

POLICEJNÍ AKADEMIE ČESKÉ REPUBLIKY V PRAZE

FAKULTA BEZPEČNOSTNĚ PRÁVNÍ

Katedra společenských věd

Rizikové faktory suicidálního chování

Bakalářská práce

Risk factors of suicidal behavior

VEDOUCÍ PRÁCE

PhDr. Veselá Jitka Ph.D.

AUTOR PRÁCE

Denisa Zikmundová

PRAHA

2023

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem čerpala řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Podpis:

.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Jitce Veselé Ph.D. za vedení mé bakalářské práce a za rady, které mi poskytla.

Anotace

Teoretická část práce bakalářské práce pojednává o různých druzích zátěže, které mohou vést k suicidálnímu chování, o zvládání těchto situací a copingu. Dále se zabývá osobní krizí a tím, co může nastat, pokud krize není řešena. Stěžejní kapitola práce obsahuje přehled a rozdělení motivů, rizikových faktorů a spouštěčů suicidálního chování. Poslední kapitola popisuje krizovou intervenci při suicidálním jednání. Empirická část je věnována analýze odborných kazuistik. Cíl práce je popis toho, jaké motivy, spouštěče a rizikové faktory uvádějí odborné kazuistiky. Dále se empirická část věnuje tomu, zda jednotlivé faktory vystupují v kombinacích a zda se liší svou četností. Na základě analýzy 11 kazuistik byl cíl práce splněn.

Klíčová slova: sebevražda, suicidální chování, rizikové faktory sebevražedného chování, krize

Annotation

The theoretical part of bachelor's thesis describes various types of stress that can lead to suicidal behaviour, as well as managing these situations and coping. This thesis also describes personal crisis and what can happen if the crisis is not resolved. Main chapter contains an overview of motives, risk factors and triggers of suicidal behaviour. The last chapter describes crisis intervention. The empirical part is devoted to the analysis of professional case studies. The goal of this thesis is to describe what motives, triggers and risk factors are mentioned in professional case studies. Furthermore, the empirical part is devoted to whether risk factors appear in combinations and whether they differ in their frequency. Based on the analysis, the goal was fulfilled.

Keywords: suicide, suicidal behaviour, risks factors od suicidal behaviour, crisis

1 Obsah

Úvod.....	7
I. Teoretická část.....	8
1 Kumulace zátěže	8
1.1 Stres.....	8
1.2 Charakteristické znaky stresových situací	9
1.3 Fáze reakce na stres	9
1.4 Frustrace	11
1.5 Konflikt	11
1.6 Trauma.....	12
1.7 Deprivace.....	12
1.8 Zvládání zátěžových situací	13
1.9 Coping	14
2 Sebevražda jako řešení osobní krize	15
2.1 Krize.....	15
2.2 Příčiny krize.....	16
2.3 Typologie krizí.....	19
2.3.1 Situační krize	19
2.3.2 Krize z očekávaných životních změn (tranzitorní krize).....	20
2.3.3 Krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresoru	20
2.3.4 Krize zrání, vývojové	20
2.3.5 Krize pramenící z psychopatologie.....	21
2.3.6 Neodkladné krizové stavy	21
2.4 Fáze krize a jejich trvání v čase	21
2.5 Neřešená krize a její následky.....	22
3 Formy suicidálního chování	23
3.1 Suicidální myšlenky a fantazie.....	23
3.2 Suicidální pokus	24
3.3 Suicidium a jeho druhy.....	24
4 Motivy a rizikové faktory suicidálního chování	26
4.1 Motivy suicidálního chování	26
4.2 Rizikové faktory suicidálního chování	28
4.2.1 Sociodemografické faktory.....	29

4.2.2	Biologické faktory	34
4.2.3	Psychické faktory	34
4.2.4	Klinické faktory	34
4.2.5	Závislost na alkoholu a jiných návykových látkách.....	36
5	Vývoj tendence k sebevražednému jednání	36
5.1	Mylné představy a iluzivní myšlení.....	37
5.2	Ringelův presuicidální syndrom	39
6	Krizová intervence při suicidálním jednání	40
6.1	Krizová intervence při ohrožení sebevraždou	40
6.2	Krizová intervence po nezdařeném pokusu o sebevraždu	42
6.3	Krizová intervence po dokonaném suicidiu pro pozůstalé.....	43
II.	Empirická část.....	44
7	Rozbor kazuistik.....	44
7.1	Popis osob, kterých se kazuistiky týkaly	45
8	Výsledky rozboru kazuistik.....	45
8.1	Způsob spáchání sebevraždy	45
8.2	Analýza motivů a spouštěčů	46
8.3	Analýza rizikových faktorů	46
8.3.1	Rodina	47
8.3.2	Onemocnění.....	48
8.3.3	Alkohol a návykové látky	49
8.3.4	Životní okolnosti.....	50
9	Shrnutí empirické části	51
	Závěr	53
	Seznam použitých zdrojů	55
	Přílohy	57

Úvod

Z názvu mé bakalářské práce plyne, že jejím hlavním tématem jsou rizikové faktory suicidálního chování. Toto téma jsme si vybrala proto, že jsem se setkala s člověkem, který se pokusil o sebevraždu. Tato zkušenost mě donutila se o téma sebevražd zajímat více do hloubky. Téma sebevražd považuji za důležité, jelikož ročně v České republice spáchá sebevraždu zhruba 1 200 lidí. Znalost rizikových faktorů považuji za klíčovou pro odborníky, aby mohli rozeznat a zmapovat suicidální riziko. Pokud suicidální riziko rozpoznají včas a správně, mohou pracovat s pacientem jako s ohroženým suicidiem.

Cílem práce je analýza motivace suicidálního chování a na rozboru případů zjistit konkrétní motivy, rizikové faktory a spouštěče chování.

Text práce je rozčleněn na dvě části. Krom rizikových faktorů se teoretická část věnuje také stresu a jinými typům zátěže. Věnuje se osobním krizím a jejich řešení, kde může jako zdánlivé řešení vystupovat sebevražda. Dále text popisuje tíživé životní situace. Poslední kapitola teoretické části je věnována krizové intervenci. Výzkumná část je věnována hledání motivů, spouštěčů a rizikových faktorů v odborných kazuistikách, jejich četnosti a kombinacím.

I. Teoretická část

1 Kumulace zátěže

Vystavení různým typům zátěží může způsobit narušení duševní rovnováhy. Toto narušení může být částečné či dočasné a projevuje se změnami v prožívání, myšlení a chování. Tyto situace lze dělit v závislosti na jejich potenciálním nebezpečí pro další rozvoj. Různé druhy zátěže působí na každého odlišně. Výraz psychická zátěž vyjadřuje dynamiku psychického života jedince. Všechny nové situace nutí člověka, aby je řešil novým způsobem. Následující kapitoly rozvinou jednotlivé typy zátěže. ¹

1.1 Stres

Stres řadíme mezi základní typy zátěže. Pojem stres má v literatuře mnoho definice. Jednou z nich je definice Hartla a Hartlové, kteří stres definují jako *„nadměrnou zátěž neúnikového druhu, která vede k trvalé stresové reakci, ústící ve tkáňové poškození, k vysoké aktivaci adrenokortikálních funkcí a psychosomatickým poruchám.“* ² Křivohlavý ve své publikaci nabízí definici, která říká, že *„stresem se obvykle rozumí takový stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává, a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná.“* ³

Stres nemusí být vždy vnímán pouze negativně. Úměrné množství stresu může člověka podněcovat k lepším výkonům a rozvíjet tak jeho schopnosti. Někteří lidé dokonce stresové situace vyhledávají, jelikož se při nich do mozku uvolňují endorfiny, které jsou odpovědné za příjemné pocity. Jako příklad můžeme uvést zálibu v extrémních sportech, kde překonání zátěžové situace zajišťuje

¹ VÁGNEROVÁ, Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese, Vyd. 4, Praha, Portál, 2004, ISBN: 978-80-7367-414-4

² HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-303-X, strana 776

³ KŘIVOHLAVÝ, Jaro, Jak zvládat stres, Praha, Grada, 1994, ISBN: 80-7169-121-6, strana 7

osobní růst jedince, zvyšuje jeho psychickou odolnost a napomáhá zdravému sebevědomí. ⁴

1.2 Charakteristické znaky stresových situací

Důležitým znakem stresové situace je její **neovlivnitelnost**. Jako příklad můžeme uvést pacienta s nevléčitelnou chorobou. Pacientův prožitek stresu sníží jeho přesvědčení, že může řídit vývoj situace.

Na intenzitu stresu má vliv také **nepředvídatelnost** vzniku stresové situace. Informovanost nebo předchozí zkušenost s danou situací může člověku významně prožitek stresu snížit.

Znakem stresové situace může také být domnělá **nezvládnutelnost situace** nebo **tlak okolí, které vyžaduje příliš mnoho změn**.

1.3 Fáze reakce na stres

Podle R. H. Rahe dělíme reakci na stres do několik fází. První fáze je **uvědomění si zátěže a aktivace obranných mechanismů**. Tyto obranné mechanismy mohou být fyziologické i psychické.

Při fyziologické reakci na stres dochází na základě reflexů. Člověk tedy tyto bezděčné reakce nijak neovlivňuje vůlí. Nejprve nastává podráždění sympatiku a následuje vyplavení adrenalinu a noradrenalinu. Oba tyto hormony fungují jako neurotransmitery a zvyšují krevní tlak a zrychlují tep. Poté se aktivuje hypotalamo-hypofyzoadrenální osa a vyplaví se hormony hypofýzy a nadledvin. Během tohoto procesu organismus získává zdroj energie z bílkovin a sacharidů. Tučky tělo začne spotřebovávat až jako poslední. Tento postup má aktivizovat energii a připravit tělo na zdolání zátěže.

Do první fáze řadíme také **reakci psychickou**. To, jaké situace vnímá člověk za stresové je podmíněno jeho zkušenostmi, jeho aktuálním stavem, schopnostem a sociální podporou, jelikož kdyby si byl jedinec jistý, že má situaci

⁴ VÁGNEROVÁ, Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 4., Praha: Portál, 2004, ISBN 978-80-7367-414-4

pod kontrolou, nedošlo by k pocitu stresu. Stres je spojen se změnou emočního prožívání, jako je například úzkost, napětí, strach z neurčité a neznámé hrozby, může se zde vyskytovat i zlost. Není zde vyloučen ani pocit smutku či dokonce deprese, jedinec může začít být apatický a může úplně rezignovat. Nastává zde také změna kognitivních funkcí, což znamená, že daná zátěž může zapříčinit změnu myšlení a uvažování. Při jednání pod stresem může docházet ke zkratovitým reakcím a celkové smýšlení může být spíše negativní. Mohou být přítomny také různé vtíravé myšlenky, které daná situace vyvolala.

Druhá fáze je typická **hledáním účelných strategií**. Podstatné je, jak moc má člověk situaci pod kontrolou a zda věří, že ji může nějakým způsobem zvládnout. Pokud zátěž dokáže zvládnout, vrátí se jeho psychické i fyziologické funkce do běžného stavu. Jestliže zátěž přetrvává příliš dlouho, dostává se daný jedinec do třetí fáze.

Třetí fáze se vyznačuje rozvojem stresem podmíněných poruch. Zrod takovýchto potíží svědčí o selhání obranných reakcí. Z akutního problému se stává obtíž trvalejšího charakteru.

Vystavení různým typům zátěží může způsobit narušení duševní rovnováhy. Toto narušení může být částečné či dočasné a projevuje se změnami v prožívání, myšlení a chování. Tyto situace lze dělit v závislosti na jejich potenciálním nebezpečí pro další rozvoj. Různé druhy zátěže působí na každého odlišně. Výraz psychická zátěž vyjadřuje dynamiku psychického života jedince. Všechny nové situace nutí člověka, aby je řešil novým způsobem.⁵

Jednotlivé druhy zátěže dělíme na frustraci, konflikt, stres, trauma, deprivaci a krizi. O všech uvedených zátěžových situacích můžeme mluvit jako o „stresoru“. Stresor lze popsat jako událost, která oslabuje jedince psychickou i fyzickou pohodu. Reakce na stresor závisí na adaptibilitě jedince.

⁵ VÁGNEROVÁ, Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 4., Praha: Portál, 2004, ISBN 978-80-7367-414-4

1.4 Frustrace

K frustraci dochází tehdy, je-li jedinci „*znemožněno dosáhnout uspokojení nějaké subjektivně důležité potřeby, ačkoli byl přesvědčen, že tomu tak bude.*“ Frustraci člověk zažívá při náhlé ztrátě naděje a spokojenosti. Tento stav způsobuje zklamání a podněcuje reakce zaměřené na vyrovnaní negativní bilance. Zde má velký význam pozitivní očekávání, jelikož pokud osoba neočekává nic dobrého, zpravidla poté není zklamaná. Z toho plyne, že snížení pozitivního očekávání je jedním ze základních obranných mechanismů. Dalším obranným mechanismem může být například odložení uspokojení, zlepšení vytrvalosti a snahy, změna motivu nebo vzdání se.

S frustrací se všichni setkáváme běžně. V některých případech může být dokonce žádoucí, jelikož nás nutí k vyhledávání jiných možností a východisek, což může pozitivně ovlivnit rozvoj našich schopností. Jedinec se s frustrací setkává téměř od narození a je velice individuální, jak se s ní vyrovná a zda ji využije pro svůj růst a rozvoj. ⁶

Psycholog Milan Nakonečný uvádí dva druhy zdrojů frustrace. Řadíme tam vnitřní a vnější zdroje. Za vnější zdroje frustrace považujeme například náhlé překážky či reakce pro nás významných lidí, které neodpovídají našemu očekávání. Vnitřní zdroj je například naše nízké sebevědomí a sebehodnocení. ⁷

1.5 Konflikt

Konflikt je stejně jako frustrace součástí našeho každodenního života. Problematický se stává zejména v situacích, kdy je obzvlášť závažný, přetrvává příliš dlouho nebo pokud se týká okruhu věcí, které jsou pro člověka nad míru důležité a on je není schopen vyřešit. ⁸ Podle profesora Mikšíka konflikt představuje „*střetnutí rozporných sil, tendencí, vyvolávající mezi nimi napětí a tíhnoucí k nějakému řešení.*“ Jde o situaci, kdy je jedinec motivován motivy

⁶ VÁGNEROVÁ, Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 4., Praha: Portál, 2004, ISBN 978-80-7367-414-4

⁷ NAKONEČNÝ, Milan., *Lexikon psychologie*, Praha, Vodnář, 1995, ISBN: 978-80-7439-056-2

⁸ VÁGNEROVÁ, Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 4., Praha: Portál, 2004, ISBN 978-80-7367-414-4

k dosažení odlišných cílů. To znamená, že si motivy odporují.⁹ Konflikty základně rozdělujeme na vnitřní a vnější. Vnitřní konflikt „*vyjadřuje aktivaci dvou nebo více představ a staví subjekt před volbu, rozhodnutí se pro jednu z těchto tendencí nebo dvou cílových představ a staví subjekt před volbu, rozhodnutí se pro jednu z těchto tendencí, pro jeden z daných cílů.*“ Naopak vnější konflikt existuje mezi názory a postoji dvou nebo více lidí.¹⁰

Konflikty a pocit frustrace můžeme vnímat jako tzv. denní mrzutosti, anglicky *daily hassles*. Dá se říci, že kazí celkovou pohodu a dobré naladění, ale samy o sobě nejsou brány jako nebezpečné zátěžové faktory. Klíčové mohou být, pokud by nastalo jejich přílišné nahromadění. Nevyřešená a dlouhodobá frustrace či dlouhotrvající konflikt mohou působit jako stresový faktor.¹¹

1.6 Trauma

Trauma můžeme popsat jako náhlou situaci, která je pro jedince jednoznačně negativní a vede k určité újmě či ztrátě. Projevuje se hlavně emočními problémy. Traumatizovaná osoba přichází o jistotu a bezpečí. Může se zde vyskytovat i úzkost, která je výrazem pro strach z budoucnosti. Traumatická zkušenost působí také na uvažování, mění především schopnost smýšlet objektivně. Tyto změny se objevují i v chování, jehož cílem je uniknout dalšímu potenciálnímu traumatu zejména tak, že se izoluje, zvolí útěk nebo použije agresi. Trauma může být jednorázové, ale může se i opakovat. Traumatizace způsobuje podobnou fyziologickou odezvu jako stres s tím rozdílem, že počáteční fázi reakce u traumatu je šok.¹²

1.7 Deprivace

Deprivace můžeme popsat jako „*stav, kdy některá z objektivně významných potřeb, biologických či psychických, není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu.*“ Deprivace je jednou

⁹ MIKŠÍK, Oldřich, Člověk a svízelné situace, Praha, Naše vojsko, 1969, strana 254

¹⁰ NAKONEČNÝ, Milan., Lexikon psychologie, Praha, Vodnář, 1995, ISBN: 978-80-7439-056-2, strana 48

¹¹ VÁGNEROVÁ, Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 4., Praha: Portál, 2004, ISBN 978-80-7367-414-4

¹² Tamtéž

z nejnebezpečnějších zátěží. Důsledkem dlouhodobé deprivace může být negativní změna psychického stavu jedince a vznik specifických psychických odchylek. Dopad deprivace je větší v mladším věku než v později. Odborná literatura rozděluje několik druhů deprivací.¹³

- **Deprivace v oblasti biologických potřeb.** Mezi deprivace biologických potřeb řadíme například nedostatek jídla, spánku atd. Tato deprivace ohrožuje fyzické i psychické zdraví jedince. V krajních případech může jít o těžké poškození, nebo i k úmrtí. Příkladem této deprivace mohou být zanedbávané děti.
- U **podnětové deprivace** chybí žádoucí podněty a stimuly. Důvodem může být například nefunkční rodina, nebo tělesné postižení, kdy dochází k nedostatku podnětů. Mezi postižení, které mohou zapříčinit podnětovou deprivaci řadíme například postižení smyslová nebo pohybová.
- **Kognitivní deprivace** znamená, že jedinec může strádat i v oblasti poznávací. Člověk a především dítě, které je takto zanedbáváno a nedostává se mu dostatek intelektuálních podnětů, se není schopno správně rozvíjet. Může se zdát mentálně postižené, přičemž mu chybí pouze daná zkušenost.
- **Citová deprivace** je forma strádání, kdy dochází k neuspokojení základních citových potřeb. Tento druh deprivace může ovlivnit vývoj jedince a také jeho postoj k druhým i k sobě samému.
- **Sociální deprivace** označuje strádání ve společenské oblasti. Nedostatkem kontaktu s lidmi trpí především chronicky nemocní lidé.¹⁴

1.8 Zvládání zátěžových situací

Při zvládání zátěžových situací je klíčový komplex protektivních faktorů, které novodobá literatura označuje jako *hardiness*, neboli tvrdost či pevnost a resilience, což můžeme chápat jako houževnatost, tedy schopnost odolávat v čase. Mezi obranné reakce patří útok, únik a coping.

¹³ VÁGNEROVÁ, Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 4., Praha: Portál, 2004, ISBN 978-80-7367-414-4

¹⁴ Tamtéž

- **Útok** „vyjadřuje tendenci s ohrožující a nepříjemnou situací bojovat.“ Útok může být namířen přímo proti zdroji ohrožení nebo proti jinému objektu. Agresi může jedinec obrátit i na sebe samého a v krajní situaci může jít i o sebevražedné tendence. Předpoklady k agresivnímu chování jsou geneticky podmíněné i naučené.
- **Únik** je opak útoku. Jedná se o tendenci uniknout před situací, která vypadá neřešitelně. Formy úniku mohou být různé, může jít o reálný útek, rezignaci nebo přenos zodpovědnosti na druhé.
- **Adaptace** jako slovo pochází z latiny ze slova „ad-aptare“, jehož část „aptare“ znamená přizpůsobovat.¹⁵ Podle Atkinsonové je adaptace charakteristikou živých organismů.¹⁶ Existují tři druhy adaptačních reakcí:
 - Absolutní adaptace – v tomto případě se zcela obnovuje původní stav, což znamená, že je adaptace úplná.
 - Částečná adaptace – zde k obnovení původního stavu nedochází. Ovšem časem reakce na podnět klesá.
 - Žádná adaptace – ke kompenzaci nedochází.¹⁷

1.9 Coping

Coping „je vědomou volbou určité strategie“ při zvládnutí zátěže. Jedinec hodnotí a posuzuje situaci a zároveň své možnosti. Význam copingu je vylepšení celkové životní bilance, ke kterému může dojít změnou situace nebo postoje. Lze rozlišovat dva přístupy. První je coping zaměřený na řešení problému a druhý na udržení přijatelné subjektivní pohody.

Coping zaměřený na řešení problému plyne z domněnky, že problém lze vyřešit a že je toho daný člověk schopný. Když jedinec tento přístup zvolí, zpravidla celou situaci a zátěž lépe zvládne.

Coping zaměřený na udržení přijatelné subjektivní pohody. Tento přístup vychází z názoru, že situace je neřešitelná a převládá zde snaha nalézt způsob,

¹⁵ Latinský slovník, latinsky.cz, [online]. [cit. 29.1.2023]. Dostupné z: <http://latinsky-slovník.latinsky.cz/cesko-latinsky/aptare.html>

¹⁶ Atkinsonová, Rita L. a kol., *Psychologie*, Praha, Portál, 2003, ISBN: 80-7178-640-3

¹⁷ Schreiber, Vratislav, *Lidský stres*, Praha, Academia, 2002, ISBN: 80-200-0240-5

jak eliminovat negativní zážitky. Jako příklad můžeme uvést smíření se se situací. Východisko je ve změně postoje.¹⁸

Křivohlavý popisuje coping jako „vyšší stupeň adaptace.“¹⁹ Jeho definice znázorňuje coping jako úsilí bojovat s neúměrnou zátěží. Dále poukazuje na důležitost stupně vulnerability (psychické zranitelnosti) dané osoby. Vyšší psychická zranitelnost je spojená s malým sebevědomím, což může při zvládnutí obtížné životní situace vyústit v zoufalství, které může vést až k depresi.²⁰

2 Sebevražda jako řešení osobní krize

Slovo *suicidium* (*sui* = se, sebe a *caedere* = zabít, resp. *caedium* = zabití) pochází z latiny a v překladu znamená **sebevražda**. Sebevraždu i pojmy s ní spojené je velice těžké vymezit a zabývala se tím řada odborníků z řad lékařů, psychologů, filozofů či sociologů.

Podle Praška a Látlové je *suicidium* „čin vědomého a úmyslného ukončení vlastního života“.²¹

2.1 Krize

Duševní krize je podle Vágnerové narušení psychické rovnováhy. Tato nerovnováha je způsobena vystupňováním určitého problému nebo jeho dlouhým trváním. Charakteristickým rysem krize je selhání adaptačních mechanismů. Krize může být také vnímána jako podnět nutný ke změně. Pro psychickou krizi jsou typické negativní citové prožitky, kdy dochází k oslabení pocitu jistoty a bezpečí. Může být pozměněno i uvažování jedince jeho náhled na situaci, kdy jedinec ztrácí schopnost vidět východisko. Jedincovy úvahy mohou být zkratovité a celkově může být člověk snáze ovlivňován. Reakce na krizi se příliš neliší od reakce na

¹⁸ KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Jak zvládat stres*, Praha, Grada, 1994, ISBN: 80-7169-121-6

¹⁹ Tamtéž

²⁰ KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Psychologie zdraví*, 3. vydání, Praha, Portál, 2009, ISBN: 978-80-7367-568-4

²¹ LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Jan PRAŠKO, *Suicidialita u psychických poruch*, Praha, Grada 2015, ISBN: 978-80-247-4305-9, strana 9

stres, jelikož krize může být jako vyhocení stresové situace chápána. Stejně jako stres může mít krize i pozitivní účinky jako je například posílení a rozvoj jedince.²²

Pechar nahlíží na krizi jako na nevyhnutelný jev lidské civilizace.²³ Krizi můžeme vnímat jako „*subjektivně ohrožující situaci s velkým dynamickým nábojem potenciálem změny.*“ Bez krize by se člověk nedokázal posunout v před.²⁴

2.2 Příčiny krize

Existují určité obecné příčiny a tzv. precipitující faktory. Precipitory neboli urychlovače krize máme tři. Jako první hovoříme o **ztrátě objektu**. To může být například rozchod, smrt, zrada nebo zranění. Dále jako precipitující faktor literatura uvádí **změnu**. Může jít o změnu zdravotního stavu, profesního nebo rodinného. Jako poslední považujeme za precipitující faktor **volbu mezi dvěma stejnými kvalitami**.

Vnitřní precipitory krizí rozeznáváme dva. První je **přizpůsobení se svému vývoji** a změnám, které vývoj doprovázejí. Precipitor tedy může být neschopnost vyrovnat se se změnami. Druhý precipitor je tzv. **náhradní opatření**. To si můžeme představit jako provizorní řešení situace. Pokud zvolíme a použijeme náhradní řešení, musíme si uvědomit jeho časovou omezenost. Krize může poté přijít hned, nebo postupně až když si začneme uvědomovat, že vše není úplně v pořádku.

Precipitory krize ve své tabulce znázorňují autoři Holnese a Rahea. Tabulka znázorňuje míru zátěže v určitém čase.²⁵

Tab. 1 Tabulka životních událostí

²² VÁGNEROVÁ, Marie, *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., Praha: Portál, 2004, ISBN 978-80-7367-414-4

²³ PECHAR, Jan, *Pojem krize v dnešním myšlení*, Praha, 1992, ISBN: 80-7007-034-X

²⁴ Vodáčková, Daniela a kol., *Krizová intervence*, Praha, Portál, 2007, ISBN: 80-7178-696-9

²⁵ VYMĚTAL, Jan, *Duševní krize a psychoterapie*, Vyd. 1, Praha, Konfrontace, 1995, ISBN: 80-901773-4-4

Vodáčková, Daniela a kol., *Krizová intervence*, Praha, Portál, 2007, ISBN: 80-7178-696-9

Událost	Body
Úmrtí partnera	100
Rozvod	73
Rozvrat manželství	65
Uvěznění	63
Úmrtí blízkého člena rodiny	63
Úraz nebo vážné onemocnění	53
Sňatek	50
Ztráta zaměstnání	47
Usmíření a přebudování manželství	45
Odchod do důchodu	45
Změna zdravotního stavu člena rodiny	44
Těhotenství	40
Sexuální obtíže	39
Přírůstek nového člena do rodiny	39
Změna zaměstnání	39
Změna finančního stavu	38
Úmrtí blízkého přítele	37
Přeřazení na jinou práci	36
Závažné neshody s partnerem	35

Půjčka vyšší než jeden průměrný roční plat	31
Splatnost půjčky	30
Změna odpovědnosti v zaměstnání	29
Syn nebo dcera opouští domov	29
Konflikty s tchánem, tchýní, zetěm, snachou	29
Mimořádný osobní čin nebo výkon	28
Manžel, manželka nastupuje či končí zaměstnání	26
Vstup do školy nebo její ukončení	26
Změna životních podmínek	25
Změna životních zvyklostí	24
Problémy a konflikty se šéfem	23
Změna pracovní doby nebo pracovních podmínek	20
Změna bydliště	20
Změna školy	20
Změna rekreačních aktivit	19
Změna církve nebo politické strany	19
Změna sociálních aktivit	18
Půjčka menší než průměrný roční plat	17
Změna spánkových zvyklostí a režimu	16
Změny v široké rodině (úmrť, sňatky)	15

Změny stravovacích zvyklostí	15
Vánoce	12
Přestupek a jeho projednání	11

Zdroj: Vodáčková, Daniela a kol., *Krizová intervence*, Praha, Portál, 2007, ISBN: 80-7178-696-9, strana 33

Tato tabulka obsahuje počty bodů za jednotlivé situace, které mohou pro někoho znamenat zátěž. Hraniční hodnotu představuje 250 bodů za rok. Pokud se během jednoho roku tato bodová hranice přesáhne, organismus se může dostat na pomezí svých sil.²⁶

2.3 Typologie krizí

Toto dělení je založené na závažnosti krize. Každá vyjmenovaná krize je závažnější než předchozí zmíněná. U závažnějších krizí stres pramení více z vnitřku než z vnějšku.

2.3.1 Situační krize

Situační krizi můžeme definovat jako „*událost, která je precipitovaná nepředvídatelným stresem.*“ Důležitost krize je vymezena individuálně. Každý bude odlišné situace vnímat jinak zejména proto, že se u každého liší pohled na danou situaci a dostupné vyvažující faktory. Dominují zde vnější precipitory, kterými jsou ztráta a hrozba ztráty, změna a volba. Jako příklad ztráty lze uvést ztrátu zdraví, blízkého člověka nebo strach z neúspěchu. Změna může představovat rozvod, stěhování nebo změnu životního rytmu či klimatu. Volba může představovat například rozhodování mezi dvěma partnery nebo rozhodování o budoucím studiu.

²⁶ Tamtéž

Krizová intervence při tomto typu krize tkví v navození klimatu, které zajišťuje rozpoznání původ krize. Důležité je přihlídnout k individuální zranitelnosti jedince a umožnění terapeutické pomoci dle požadavků klienta.²⁷

2.3.2 Krize z očekávaných životních změn (tranzitorní krize)

Člověk se v průběhu života setkává s řadou překážek. Tyto přirozené překážky jsou žádoucí, jelikož podporují zrání a vývoj vpřed v určitém čase. Během života jednotlivce může životní změnu přinést puberta, adolescence nebo klimakterium. V rodinném rámci může životní změnu představovat výběr partnera, sňatek nebo narození dítěte.

Životní etapy jedince jsou spojeny s životním cyklem rodiny. Rodina v rámci takového cyklu prochází různými změnami a musí se jim přizpůsobovat. Při tomto procesu musí nutně docházet ke krizím.²⁸

2.3.3 Krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresoru

Tyto krize jsou precipitovány především důležitými vnějšími faktory, nad kterými nemá jedinec kontrolu. Jako příklad lze uvést úmrtí blízkého nebo přírodní katastrofy.

Hromadná neštěstí a katastrofy jsou typickým příkladem tohoto druhu krize. Reakcí na takovou situaci bývá šok. Krizová intervence spočívá v tomto případě v takové pomoci, aby daný člověk mohl projít stádía šoku a mohl své prožívání vyjádřit.²⁹

2.3.4 Krize zrání, vývojové

Tento typ krize se prolíná s již zmiňovaným náhradním řešením. Člověk je v průběhu budování vztahů postaven před množstvím otázek., které jsou pro následující vývoj klíčové. Selhání v tomto případě může znamenat problém s nedořešenými či nedokončenými tématy z jeho předchozího vývoje. Mezi tyto

²⁷ Vodáčková, Daniela a kol., *Krizová intervence*, Praha, Portál, 2007, ISBN: 80-7178-696-9, strana 34

²⁸ Tamtéž

²⁹ Vodáčková, Daniela a kol., *Krizová intervence*, Praha, Portál, 2007, ISBN: 80-7178-696-9
ŠPATENKOVÁ, Naděžda, *Krizová intervence pro praxi*, 2. aktualizované a doplněné vydání, Praha, Grada, 2001, ISBN: 80-247-0586-9

otázky může patřit kupříkladu jistota, bezpečí, hranice nebo partnerství či rodičovství.

Vývojová krize se vyskytuje zpravidla tam, kde se neuskutečnila krize tranzitorní, jelikož její jádro tkví v reakci jedince na změny a vývojové úkoly. Výhodou vývojové krize je, „že se jedinec dorovnává do přirozeného toku života.“. Pomoc při této krizi spočívá v tom, aby klient přijal krizi jako výzvu. Ve většině případů je nutná i odpovídající psychoterapeutická pomoc.³⁰

2.3.5 Krize pramenící z psychopatologie

Jedinci s předpokladem k duševnímu onemocnění jsou více náchylnější a zranitelnější než ostatní. Tito lidé jsou také méně schopni zvládat různé zátěžové situace.

Tento typ krize má také základ v nevyřešených nebo špatně vyřešených vývojových otázkách. Mnohdy jde o lidi, kteří trpí nebo trpěli duševní poruchou. Konkrétně by šlo o klienty s poruchou osobnosti, neurotickými obtížemi, depresí nebo se závislostí na alkoholu a jiných návykových látkách.³¹

2.3.6 Neodkladné krizové stavy

Do této skupiny patří velice naléhavé situace. Řadíme sem akutní psychotické stavy, problémy spojené s kontrolou impulzů a alkoholové či drogové intoxikace. Dále můžeme zmínit ještě panickou úzkost, různé druhy disociativních stavů, jako je ztráta vědomí a stavy spojené s extrémním vypětím.³²

2.4 Fáze krize a jejich trvání v čase

Vývoj krize je proces, který má určitou posloupnost. Její vznik však netrvá nijak dlouho. Jednotlivé fáze vývoje krize trvají několik hodin a nanejvýš několik dnů.

V první fázi člověk pociťuje ohrožení. To vede zpravidla ke zvýšené úzkosti. Zvýšená úzkost zpravidla vyvolá vyrovnávací strategie. Ty si každý volí

³⁰ Vodáčková, Daniela a kol., *Krizová intervence*, Praha, Portál, 2007, ISBN: 80-7178-696-9

³¹ Vodáčková, Daniela a kol., *Krizová intervence*, Praha, Portál, 2007, ISBN: 80-7178-696-9,

³² Tamtéž

individuálně. Pro někoho to znamená svépomoc a pro jiného pomoc od druhých. Pokud toto nepomůže, přichází druhá fáze.

Nefungování vyrovnávacích strategií v první fázi vede k chaosu. Ve druhé fázi je časté zažívání pocitu zranitelnosti a nedostatku kontroly. Může být přítomna snaha o vyrovnání se s problémem nahodilým způsobem. Také je zde pravděpodobnost, že dotyčný kontaktuje linku důvěry nebo vyhledá jinou odbornou pomoc. Pokud ani tady nepřichází řešení, vývoj krize přechází do třetí fáze.

Ve třetí fázi je přítomna snaha předefinovat krizi, kdy jedinec spoléhá na dosud známé vyrovnávací prostředky. Je možné, že budou fungovat i nové, inovativní způsoby řešení. V této fázi je osoba nejotevřenější odborné pomoci.

Poslední fáze se projevuje těžkou psychologickou dezorganizovaností. Reakce na úzkost může mít podobu paniky. Přichází závažné kognitivní, emocionální a psychologické změny. Pokud se v této fázi stav nelepší, je krizová intervence nutnost. Někdy může být potřebná i psychoterapie.³³

2.5 Neřešená krize a její následky

V krizi nelze být dlouhodobě. Pokud krize nebyla správně zpracována a nepřinesla nějaký posun, často se daný člověk uchýlí k určitému náhradnímu řešení. Ve čtvrtém stádiu krize se člověk začne podléhat depresi, beznaději. Může docházet k derealizaci, depersonalizaci a mohou se objevit suicidální myšlenky a tendence. Jestliže nejsou problémy náležitě řešeny, stav osoby se může pomyslně zlepšit. Nevyřešený problém je ovšem pod povrchem stále přítomný a je pravděpodobné, že se časem znovu ukáže.

Tento cyklus se v životě jedince neustále opakuje. Vždy když není problém řádně vyřešen, dojde k tzv. zapouzdření. Poté kdykoli dojde k nějakému oslabení, je zde zvýšené riziko somatické nemoci či rozvoje duševní choroby. Důležité je zmínit, že tzv. zapouzdření a zdánlivé zlepšení aktuálního stavu může jedinci zachránit život.

³³ Vodáčková, Daniela a kol., *Krizová intervence*, Praha, Portál, 2007, ISBN: 80-7178-696-9

Nikdo nemůže s jistotou říci, že zapouzdřené problémy způsobí nemoc či psychickou poruchu. Vznik jak psychické, tak fyzické nemoci je velice složitý proces, na který působí mnoho proměnných.³⁴

Neřešená krize představuje zátěž a nepříjemné stavy. Je přirozené, že když člověk není schopen dlouho najít řešení a zapouzdření a zlepšení stavu nepřichází, může se nejlepším východiskem zdát únik a útěk. Striebel jako jediný únik a útěk považuje sebevraždu a šílenství.³⁵

3 Formy suicidálního chování

Suicidální chování je rozsáhlejší pojem než suicidium, do kterého řadíme také suicidální pokusy, myšlenky a fantazie. Suicidální chování může i nemusí obsahovat dokonáný suicidální akt.³⁶

3.1 Suicidální myšlenky a fantazie

Suicidální neboli sebevražedné myšlenky reprezentují vůli vedoucí k sáhnutí si na život.³⁷ Tyto myšlenky napadnou během života spoustu lidí. U většiny jde pouze o nápady bez tendence k realizaci.³⁸ Tyto myšlenky by měli v průběhu času zpravidla pomalu vymizet. Pokud tomu tak není, může jejich přítomnost signalizovat problém.³⁹ Koutek rozlišuje suicidální myšlenky s nutkavým charakterem a dlouhodobé intenzivní myšlenky na smrt, které již řadí mezi suicidální chování. Tento intenzivní typ suicidálních myšlenek rozlišuje na egosyntonní a egodysyntonní. Egosyntonní považují pacienti za své vlastní, a ne za cizí, zatímco egodysyntonní se pacienti snaží zapudit, ale ty se i přesto vracejí. Důležitým faktorem určování nebezpečnosti těchto myšlenek je délka jejich trvání

³⁴ Tamtéž

³⁵ ŠPATENKOVÁ, Naděžda, Krizová intervence pro praxi, 2. aktualizované a doplněné vydání, Praha, Grada, 2001, ISBN: 80-247-0586-9

³⁶ VÁGNEROVÁ, Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 4., Praha: Portál, 2004, ISBN 978-80-7367-414-4

³⁷ Problémy s myšlenkami na smrt | Šance Dětem. [online]. [cit. 12.12.2022]. Dostupné z: <https://stressfix.cz/sebevrazedne-myslenky/>

³⁸ KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ, Sebevražedné chování, Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících, Praha, Portál, 2000, ISBN: 978-80-7367-349-9

³⁹ Problémy s myšlenkami na smrt | Šance Dětem. [online], [cit. 12.12.2022], Dostupné z: <https://stressfix.cz/sebevrazedne-myslenky/>

a konkrétnost. Pokud již osoba čin sebevraždy připravuje a plánuje, hovoříme o suicidálních tendencích.

Suicidální fantazie poskytují a myšlenky úlevu a pocit vysvobození, tím se mohou stávat lákavějšími. Dominuje zde snaha o ukončení utrpení a útěk od bolesti.⁴⁰

3.2 Suicidální pokus

Suicidální neboli sebevražedný pokus je další stupeň a je definován jako „*každý život ohrožující akt*“, u kterého nedojde ke smrti. U suicidálního pokusu nemusí jít záměrně o to zemřít. Koutek uvádí, že mnoho pacientů, kteří suicidální pokus přežili, „*to jen zkoušeli*“ a nevadila jim ani varianta přežití ani smrt. Specifický případ suicidálního pokusu je parasuicidium. Parasuicidium má demonstrativní charakter. Můžeme říci, že se jedná o sebevražedný pokus bez úmyslu zemřít. V praxi je velice těžké určit, zda se jednalo o sebevražedný pokus s úmyslem zemřít nebo o parasuicidium.⁴¹

3.3 Suicidium a jeho druhy

Dokonané suicidium můžeme chápat jako „*sebepoškozující akt s následkem smrti*“.⁴²

Sebevraždy dále dělíme na **sebevraždu biickou**, jejíž motiv vychází z reality a nemusí být v souvislosti s psychickou poruchou. Opakem je **sebevražda patická**, která má základ v psychopatologii. Biické sebevraždě je blízká **sebevražda bilanční**. Někteří autoři uvádí, že se jedná o jednu z forem biické sebevraždy.⁴³ U bilanční sebevraždy člověk bilancuje a hodnotí svůj život a na základě svého vyhodnocení se rozhodne pro fatální řešení, ze kterého nevidí jiné východisko. Z popisu vyplývá, že jde o promyšlený a plánovaný čin. Jako příklad bilanční sebevraždy můžeme uvést člověka s těžkým onemocněním, kdy

⁴⁰ Vodáčková, Daniela a kol., *Krizová intervence*, Praha, Portál, 2007, ISBN: 80-7178-696-9

⁴¹ KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ, *Sebevražedné chování, Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*, Praha, Portál, 2000, ISBN: 978-80-7367-349-9, strana 28-29

⁴² LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Jan PRAŠKO, *Suicidialita u psychických poruch*, Praha, Grada 2015, ISBN: 978-80-247-4305-9, strana 28

⁴² PRAŠKO, Jan, *Péče o suicidálního pacienta*, [online], *Psychiatrie pro praxi*, [cit. 2022-11-9]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/04/11.pdf>

⁴³ KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ, *Sebevražedné chování, Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*, Praha, Portál, 2000, ISBN: 978-80-7367-349-9

trpí strachem, že zůstane svým blízkým na obtíž či bude umírat sám ve zdravotním zařízení. Bilanční sebevražda se může zdát pochopitelnější, nicméně je důležité zmínit, že se nejedná pouze o racionální zvažování situace. U tohoto druhu sebevraždy hrají velkou roli emoce a rozhodnut se k uskutečnění činu je těžké.⁴⁴

Zkratkovitá neboli impulzivní sebevražda může být charakterizována jako nepřiměřená reakce na náhlou změnu situace. Pro zkratovité jednání je typická snaha dostat se co nejrychleji k danému cíli bez většího zamyšlení či připuštění možnosti ústupku. Daný člověk v tu chvíli o možnostech nepřemýšlí a nezhodnocuje pro a proti svého jednání.

Suicidální dohoda je specifický druh suicidálního jednání. Vyznačuje se dohodou dvou nebo více lidí o spáchání společné sebevraždy. Mnohdy bývá jedna osoba induktorem a přesvědčí druhého o správnosti svého tvrzení. Jako příklad můžeme uvést hromadné sebevraždy náboženských sekt.

Rozšířená sebevražda je podle Koutka vždy zásadně patologická. Psychicky nemocný jedinec s sebou k sebevražednému činu vezme dalšího blízkého člověka. Často se při rozšířené sebevraždě jedná o matku, která s sebou z bezvýchodné situace vezme i své dítě. V těchto případech se jedná o vraždu a následující sebevraždu.⁴⁵

⁴⁴ Vodáčková, Daniela a kol., *Krizová intervence*, Praha, Portál, 2007, ISBN: 80-7178-696-9

⁴⁵ KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ, *Sebevražedné chování, Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*, Praha, Portál, 2000, ISBN: 978-80-7367-349-9

4 Motivy a rizikové faktory suicidálního chování

Následující kapitoly představí problematiku motivů a rizikových faktorů suicidálního chování.

4.1 Motivy suicidálního chování

Motivy lze definovat jako individuální důvody, které osoba uvádí jako příčinu svého suicidálního chování. Identifikace motivů je velice složitá. Motivy jsou známy pouze u méně než poloviny případů. Často se stává, že motiv uváděný jedincem je jenom zástupný a pravý motiv zůstává skrytý v pozadí. Pravý motiv může být vědomý i nevědomý. Motivů může vedle sebe vystupovat několik a mohou se vzájemně prolínat. Klíčovým bodem při suicidálním jednání je tzv. poslední kapka, která jedince přiměje suicidální jednat. Tuto poslední kapku neboli spouštěč může okolí vnímat jako bezvýznamnou. Ve většině případů rozhoduje o završení dlouhodobého suicidálního vývoje právě tato malichernost.⁴⁶

Psychiatr Koutek uvádí ve své knize statistiky motivů týkající se dospívajících z roku 2000. Pouze u 40,6 % sebevražd je znám motiv. Jako nejčastější motiv bylo zmiňováno duševní onemocnění (9,8 %) dále byli čteně zmíněny motivy jako jsou zdravotní problémy (9,3 %), konflikty a problémy v rodině (7,1 %) a osobní problémy (6,5 %).⁴⁷

Podle psychologa Viewegha je suicidální motivace spojena s hodnotovým systémem dané osoby. Významné je sebehodnocení, které se o sobě jedinec dozvídá od okolí. Proto je žádoucí, aby člověk o podněty z okolí nepřišel. Pokud jedinec ztratí smysl, který viděl ve své existenci, může to představovat podnět k suicidálnímu chování.⁴⁸

Striebel popisuje čtyři motivy suicidálního jednání. Prvním motivem je agrese, kterou mají suicidální jedinci problém ventilovat. Jako další motiv zmiňuje autoagresi, kdy určití jedinci potlačují agresi tak dlouho, že ji obrátí proti sobě. Třetí motiv je apel. V tomto případě sebevražda představuje volání o pomoc. Až 80 %

⁴⁶ KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ, *Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidalitě a jejich specifika u dětí a dospívajících*, Praha, Portál, 2003, ISBN: 80-7178-732-9

⁴⁷ Tamtéž

⁴⁸ VEIWEGH, Josef, *Sebevražda a literatura* Vyd. 1, Brno: Nakl. Tomáše Janečka, 1996, ISBN: 80-858-8010-5. Vodáčková, Daniela a kol., *Krizová intervence*, Praha, Portál, 2007, ISBN: 80-7178-696-9, strana 490-491.

jedinců upozorňuje na možné uskutečnění sebevraždy dopředu. Téměř u poloviny případů není tomuto sdělení věnována pozornost. Posledním motivem podle Striebela je útěk a únik. Tento autor považuje sebevraždu jako únik ze života.⁴⁹

Motivy, které podle Špatenkové mohou být rozhodující jsou: rodinné konflikty a problémy, erotické problémy, pracovní a školní problémy, existenční (hmotné) problémy, konflikty s veřejnými zájmy, problémy se somatickým onemocněním a tělesnou vadou. Podotýká, že tento seznam není vyčerpávající.

Ve své knize zmiňuje i tzv. precipitující faktory neboli spouštěče. **U dětí a dospívajících uvádí jako spouštěč například:**

- nezvládnání nároků,
- týrání a sexuální zneužívání nebo zanedbávání,
- abúzus alkoholu nebo drog,
- nechtěné těhotenství,
- strach ze zkoušek,
- odmítnutí nebo ztráta milované osoby,
- změna prostředí,
- prožitek ztráty.

U dospělých to může být:

- partnerská krize,
- rozvody a rozchody,
- odchod dětí z domova,
- stav sociální nouze.

U seniorů se jedná o:

- osamělost,
- nemoc,

⁴⁹ ŠPATENKOVÁ, Naděžda, Krizová intervence pro praxi, 2. aktualizované a doplněné vydání, Praha, Grada, 2001, ISBN: 80-247-0586-9

- zhoršující se psychický a fyzický stav,
- smrt životního partnera,
- odchod ze zaměstnání,
- ztráta smyslu života,
- nečinnost.⁵⁰

4.2 Rizikové faktory suicidálního chování

Suicidální chování je vnímané jako složitý jev a řada odborníků se snaží přijít na jeho příčiny. Rizikové faktory představují určité ohrožení pro výskyt suicidálního chování, nicméně není pravidlem, že se suicidální chování společně s přítomností rizikových faktorů vyskytne. Suicidální riziko souvisí s určitými vnějšími faktory a vnitřní krizí. Velkou roli hraje především nedostatek copingových strategií a sociální podpory.⁵¹

Vodáčková ve své publikaci popisuje tyto rizikové faktory: mužské pohlaví, závislost, nezaměstnanost, samotu a osamělost. Na základě těchto faktorů popisuje typického sebevraha. *„Je to muž, který žije sám, je nezaměstnaný, inklinující k alkoholu nebo jiným drogám, má za sebou nějaké sebevražedné pokusy, suicidální jednání se objevovalo v rodinné historii a někdo z jeho přátel skončil život sebevraždou.“*⁵²

Špatenková jako rizikové faktory uvádí především závažné somatické onemocnění, psychickou nemoc jako je například deprese, schizofrenie nebo epilepsie, závislost, signifikantní ztrátu v raném dětství, a nakonec sebevraždu v anamnéze.⁵³

⁵⁰ ŠPATENKOVÁ, Naděžda, *Krizová intervence pro praxi*, 2. aktualizované a doplněné vydání, Praha, Grada, 2001, ISBN: 80-247-0586-9

⁵¹ SUN, Fan-Ko. A Concept Analysis of Suicidal Behavior. *Public Health Nursing*, 2011, Vol.28, No. 5, strana 458-468, [online], [cit. 11.2.2023], Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1525-1446.2011.00939.x>

⁵² Vodáčková, Daniela a kol., *Krizová intervence*, Praha, Portál, 2007, ISBN: 80-7178-696-9

⁵³ ŠPATENKOVÁ, Naděžda, *Krizová intervence pro praxi*, 2. aktualizované a doplněné vydání, Praha, Grada, 2001, ISBN: 80-247-0586-9

Koutek a Kocourková jako nejvýznamnější rizikové faktory zmiňují:

- Primární psychiatrické poruchy (deprese, poruchy chování, závislost na návykových látkách)
- Specifické osobnostní rysy a způsoby reakce na stres
- Situační a stresové okolnosti zátěže (závažné životní události)
- Selhávání primární podpůrné skupiny (hlavně rodiny)

Dále zmiňují také aktuální rizikové faktory, jako je například stav paniky, úzkosti a pocity vnitřního chaosu. Dále depresivní prožitky, vztek, nespavost, zhoršení koncentrace, ztráta zájmů a zneužívání návykových látek.⁵⁴

4.2.1 Sociodemografické faktory

Tato kapitola seznámí se sociodemografickými faktory v souvislosti s rizikem suicidia.

4.2.1.1 Pohlaví

Obecně platí, že dokonaná sebevražda představuje několikanásobně větší hrozbu pro **muže**. Jedním z důvodů může být používání tzv. tvrdých metod jako je například použití střelné zbraně, skok z výšky či strangulace. Ženy se naopak častěji pokoušejí o sebevraždu tzv. měkkými metodami, kterými nejčastěji bývá intoxikace léky a pořezání. Pro ženy je typičtější sebevražedný pokus. Je třeba upozornit, že i „měkké“ metody jsou velice nebezpečné. Více než 7 % sebevrahů zemře v důsledku intoxikace léky.⁵⁵

Sebevražda nemá pro obě pohlaví stejný význam. Ženy a muži mají většinou odlišné motivy. U žen jsou to často problémy v citových vztazích. U mužů převažují problémy se seberealizací, prací a společenským statutem. Tato odlišnost je dána odlišnou rolí a promítne se i nestejnou reakcí v různých životních fázích. U žen jako protektivní faktor před sebevražedným jednáním slouží mateřství, kdy se pro ženu dítě stává smyslem života.

⁵⁴ KOUČOURKOVÁ, Jana a Jiří KOUTEK, *Riziko suicidálního chování v dětském a adolescentním věku*, *Pediatric pro praxi*, 6, 2004, [online]. [cit. 28.2.2023]., strana 276-277, Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2004/06/03.pdf>

⁵⁵ KOUTEK, Jiří, *Jak rozpoznat a řešit suicidální riziko*, *Interní medicína pro praxi*, 2010, 12(2) [online]. [cit. 5.2.2023]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/02/12.pdf>

Odlišný je i způsob, jakým se obě pohlaví srovnávají se zátěžovými situacemi. Ženy jsou přirozeně emotivnější a spíše vyhledají odbornou nebo i laickou pomoc. Muži většinou vnímají tento způsob za nepřijatelný, jelikož ho berou jako své selhání a neschopnost. To je důvod, proč muži méně často vyhledávají telefonní linky a sklouzávají k řešením, která nemusí být vždy účinná, jako je například užívání alkoholu. ⁵⁶

V letech 2017-2021 bylo spácháno celkem 1277 sebevražd. Z toho 80,4 % bylo spácháno muži, zatímco pouhých 19,6 % ženami. Tento trend se udržuje zhruba od roku 2000. Dříve bylo procento sebevražd spáchaných ženami vyšší. V průměru se jednalo o 29,7 %. ⁵⁷

4.2.1.2 Věk

Počet sebevražd se zvyšuje s **věkem**. Větší nárůst s vyšším věkem je zejména u mužů, kdy nejvíce dokonaných sebevražd spáchají muži mezi 70 až 85 rokem věku. U žen je křivka počtu dokonaných sebevražd značně mírnější. ⁵⁸ Tento trend se obrací u sebevražedných pokusů. Ty jsou časté u adolescentů a mladých lidí a jejich frekvence s věkem klesá. ⁵⁹

- **Adolescence**

Pro tuto životní fázi je charakteristické hledání vlastní identity. Pro nalezení svého já je klíčová samostatnost, odpoutání se od předešlých vztahů a vazeb, případně je žádoucí dočasně potlačit důležitost dosud vyznávaných hodnot. Adolescence je období plné pochybností a pocitu bezradnosti. Dospívající jsou na sebe často velice přísní a nepřipadají si dostatečně dobří. Podnět k sebevražednému chování v tomto věku může být často právě zklamání a beznaděj. Sebevražedné chování může být i reakce na různé problémy a první velké nezdary. To může být zapříčiněno tím, že adolescenti často nahlíží na životní strasti příliš emocionálně

⁵⁶ VÁGNEROVÁ, Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 4., Praha: Portál, 2004, ISBN 978-80-7367-414-4

⁵⁷ Sebevraždy, Český statistický úřad, [online]. [cit. 6.2.2023] Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy_zaj

⁵⁸ Tamtéž

⁵⁹ KOUTEK, Jiří, *Jak rozpoznat a řešit suicidální riziko*, Interní medicína pro praxi, 2010, 12(2) [online]. [cit. 5.2.2023]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/02/12.pdf>

a nikoli racionálně. Emocionální hodnocení je celkově spojeno s labilitou. Takové suicidální chování pak často bývá impulzivního charakteru.

- **Mladí dospělý**

Mladí dospělí mohou prožívat životní změny a krize, které mohou mít suicidální vývoj. Mezi změny a krize můžeme zařadit například ztrátu blízké osoby, vážné onemocnění, které mladému člověku naruší životní linii a plány do budoucna nebo rozchod s milovanou osobou. Dále může být na vině zátěž spojená se změnou místa, ať už stěhování za prací nebo změna pracovní pozice i pokud jde o povýšení. Velkou životní změnu také pro mladé dospělé představují děti a odpovědnost a péče o ně.

- **Střední věk**

Krize středního věku je období změn a nejistot. Lidé v tomto období váhají nad tím, co je dříve naplňovalo. V této době dominuje snaha o nalezení nového smyslu života, kdy lidé přehodnocují své sny a cíle, popřípadě upouštějí od jejich realizace, jelikož nabývají pocitu, že je už neuskuteční. V tomto období se člověk může rozvinout a přetransformovat svůj život, který nabyde nový smysl nebo zůstanou skleslí a smutní ve své setrvačnosti.

- **Stáří**

Starší lidé jsou podle statistik nejohroženější věkovou skupinou. K sebevraždě se uchylují, když se cítí ohroženi a mají strach, že se o sebe nedokáží postarat sami a skončí ve zdravotnických zařízeních. Čelí také myšlenkám na to, že je už nic hezkého nečeká a že jsou okolí na obtíž a nemohou mu nic nabídnout.

4.2.1.3 Rodina

Pro sebevražedné chování jsou důležité jsou genetické vlivy, které způsobují náchylnost k sebevražednému chování či k určitým psychiatrickým onemocněním. Problematické jsou také dysfunkční rodinné vztahy a zátěžové situace jako například rozpad rodiny, rozvod a odchod jednoho z rodičů s následnými spory o majetek a o péči o děti.⁶⁰ Rozvod či oddělení rodičů je v dnešní době běžným

⁶⁰ Problémy s myšlenkami na smrt, Šance dětem, [online]. [cit. 8.2. 2022]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/problemy-s-myslenkami-na-smrt>

jevem. Reakce dětí mohou být různé, děvčata mají sklon k plačtivosti a depresivním projevům. Chlapci naopak reagují na situaci rebelsky a snaží se o získání větší pozornosti. Takové chování se však může později přetransformovat v asociální chování či drogovou závislost.⁶¹

Dalšími rizikovými faktory spojené s rodinou mohou být předchozí sebevražedné jednání v rodině, trestná činnost v rodině, ztráta blízké osoby, citová deprivace, dlouhodobý rodinný konflikt a také tíživé finanční a ekonomické postavení rodiny.

4.2.1.4 Školní prospěch a kolektiv

Další rizikový faktor lze spatřovat v problémech ve škole a problémech ve vztazích s vrstevníky. Vzdělání a školní docházka hraje důležitou roli v životě dítěte i celé rodiny. Úspěch ve škole má zaručeně pozitivní vliv na psychickou pohodu dětí i dospívajících, kdežto naopak školní neúspěch může zvyšovat riziko sebevražedného chování. Pokud dítě či dospívající nenalezne v takové situaci podporu dospělého, může takové zklamání vést až k depresivním prožitkům.⁶²

4.2.1.5 Nezaměstnanost

Nezaměstnanost často přináší člověku velké zklamání sám ze sebe a beznadějí. Pro většinu z nás je obtížné přijmout odmítnutí. Odmítnutí a snaha neúspěšně získat zaměstnání vyvolává v člověku pocit bezcennosti a pocit, že je své rodině na obtíž. Potenciální sebevrah v takové situaci nevidí naději. Zátěž se pro něj stává neúnosná. Nezaměstnanost je obvykle spojena s různými rizikovými faktory, jako jsou ekonomické problémy, zhoršení sociálního postavení nebo rozpad rodinných vztahů. Obecně platí, že nezaměstnanost je větší zátěží pro muže než pro ženy, jelikož ji lze vnímat jako snížení pocitu vlastní hodnoty a změnou sociálního postavení.⁶³

⁶¹ DYTRYCH, Zdeněk. *Rozvody a děti*. v: DUNOVSKÝ, Jiří a kol. *Sociální pediatrie: Vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 1999, s. 209-212. ISBN 80-7169-254-9.

⁶² Problémy s myšlenkami na smrt, Šance dětem, [online]. [cit. 8.2. 2022]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/problemy-s-myslenkami-na-smrt>

⁶³ Vodáčková, Daniela a kol., *Krizová intervence*, Praha, Portál, 2007, ISBN: 80-7178-696-9
VÁGNEROVÁ, Marie, *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., Praha: Portál, 2004, ISBN 978-80-7367-414-4

4.2.1.6 Ztráta sociálních vazeb k určité společnosti a prostředí.

Za rizikový faktor můžeme považovat migraci a emigraci. Obě situace představují zátěž, ztrátu jistot a můžou zvyšovat riziko sebevražedného chování. Změna sociálního zázemí, popřípadě úprava životního stylu také znamená zvýšené riziko sebevraždy. K velkým změnám dochází zejména při uvěznění. Klíčovou rolí zde hraje skutečnost, že osoba nemůže před změnami uniknout a musí se jim přizpůsobit. Ve vězení se sebevraždy nebo sebevražedné pokusy páchají častěji. Za rizikové můžeme považovat první týdny. ⁶⁴

4.2.1.7 Neuspokojivé nebo chybějící vztahy, osamělost, nedostatek osobní opory

Rizikově působí ztráta partnera, ať už v důsledku úmrtí, rozvodem, nebo jiným způsobem. Jakýkoli spokojený osobní vztah působí jako prevence suicidálního chování. ⁶⁵

Samotu a osamělost můžeme považovat za rizikový faktor zejména v situacích, kdy si daný jedinec s takovou situací nedokáže poradit. Samota a nevědomost, jak naplnit a budovat dále svůj život může v daném člověku probouzet strach, bezmoc, pocit zbytečnosti a pochybnosti o smyslu život. Opět platí, že muži a ženy reagují odlišně na osamělost a samotu. Ženy si více stěžují, ale muži ji častěji podlehnou. ⁶⁶

4.2.1.8 Předchozí suicidální pokus

Suicidální pokus v minulosti je jedním z nejdůležitějších rizikových faktorů. Podle Hawtona má 65 % lidí sebevrahů v anamnéze předchozí suicidální pokus. Z nejrizikovější období jsou první tři měsíce po suicidálním pokusu. Zvýšené riziko suicidálního chování přetrvává poté ještě zhruba dva roky. ⁶⁷

⁶⁴ VÁGNEROVÁ, Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 4., Praha: Portál, 2004, ISBN 978-80-7367-414-4

⁶⁵ Vodáčková, Daniela a kol., *Krizová intervence*, Praha, Portál, 2007, ISBN: 80-7178-696-9

⁶⁶ LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Jan PRAŠKO, *Suicidialita u psychických poruch*, Praha, Grada 2015, ISBN: 978-80-247-4305-9

Vodáčková, Daniela a kol., *Krizová intervence*, Praha, Portál, 2007, ISBN: 80-7178-696-9

⁶⁷ HOWTON, Keith, Joan FAGG, S. PLATT a M. HAWKINS. *Factors associated with suicide after paracicide in young people*. British Med. Journal. 1993, 1641-4

4.2.2 Biologické faktory

Významný rizikový faktor je somatické onemocnění neb obava z něj. Zde hraje klíčovou roli chronická bolest, bezmoc a pocit znehodnoceného života. To všechno může člověka dovést do situace, kdy bude cítit potřebu nad svým životem převzít kontrolu a uchýlí se k vlastnímu řešení. Případ, kdy je osoba nemocná, je typický pro bilanční sebevraždu. Často se v této situaci ocitají starší nemocní lidé.

Pro sebevražedné jednání je rizikový určitý stav mozku. U lidí, kteří spáchali sebevraždu byl zjištěn odlišný obsah neurotransmiterů společně s nízkou koncentrací GABA v hypotalamu a také nízká hladina serotoninu. Tuto reakci je možné vnímat jako prožitek stresu. ⁶⁸

4.2.3 Psychické faktory

Riziko suicidálního chování závisí na tom, jak vyvinuté má jedinec copingové strategie. Potvrzuje se, že lidé, kteří spáchali nebo se pokusili o sebevraždu, mají méně vyvinuté copingové strategie jak pro řešení problémů, tak pro udržení psychické pohody.

Důležité jsou i osobnostní rysy jedince. Dispozice k suicidálnímu jednání mají emočně labilní lidé. Dále lidé s vyšší agresivitou a sklonem k impulzivnímu jednání. ⁶⁹

4.2.4 Klinické faktory

Dalším významným faktorem je přítomnost **duševní choroby**. Mezi ohroženou skupinu patří zejména lidé trpící hraniční poruchou, depresivní poruchou, bipolární poruchou, schizofrenií a anorexií.

- **Deprese**

Oběti sebevražedných pokusů jsou podle epidemiologických dat v 59-87% lidé trpící **depresí**. Depresivní lidé se často cítí ztraceni a osamělí. V mnohých

⁶⁸ VÁGNEROVÁ, Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 4., Praha: Portál, 2004, ISBN 978-80-7367-414-4

⁶⁹ KOMADOVÁ, Katarína, Suicidálny proces v dospeljej populácii. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2009, Vedoucí práce Jiří Šípek

případech nevědí, jak si od bolesti pomoci a je zde riziko, že dojdou k názoru, že sebevražda je jediný způsob.⁷⁰

- **Bipolární porucha**

Pacienti s **bipolární poruchou** mají na rozdíl od zdravých lidí zvýšenou mortalitu. Sebevražda je u bipolárních lidí nejčastější příčina smrti. Odhadem se zhruba 25-50 % lidí trpících bipolární poruchou pokusí o sebevraždu a přibližně 8-19 % se podaří její dokončení.⁷¹

- **Schizofrenie**

Schizofrenie je chronická duševní porucha charakterizovaná zkresleným myšlením a vnímáním. Mezi schizofrenním a sebevražedným jednáním se vyskytuje velice blízký vztah zejména pokud se s ní spojí další rizikové faktory, jako například předchozí suicidální pokusy, zneužívání návykových látek či určitá těžká životní situace či ztráta.⁷²

- **Poruchy příjmu potravy**

Lidé trpící **anorexií** nebo jinou poruchou příjmu potravy mají často komorbidní onemocnění. To může být příčina vyššího sebevražedného rizika. Dále je u poruch příjmu potravy podstatná přítomnost deprese. Pacienti, kteří se pokusí o sebevraždu jsou zpravidla starší, trpí onemocněním déle a mají nižší hmotnost v porovnání s těmi, kteří se o sebevraždu nepokusí.⁷³

- **Syndrom CAN**

„CAN“ je anglická zkratka pro *Child abuse and neglect* v českém překladu znamená syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte. Pro děti

⁷⁰ LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Jan PRAŠKO, *Suicidalita u psychických poruch*, Praha, Grada 2015, ISBN: 978-80-247-4305-9

⁷¹ Tamtéž

⁷² KAŠPÁREK, Tomáš, *Suicidalita u schizofrenie*, PSYCHIATRIE PRO PRAXI 2008, 9 (4) [online]. [cit. 10.2.2023]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/04/04.pdf>
LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Jan PRAŠKO, *Suicidalita u psychických poruch*, Praha, Grada 2015, ISBN: 978-80-247-4305-9

⁷³ KUČEROVÁ, Helena a Helena HAŠKOVOCÁ, *Sebevraždy*, Praha, Galén, 2020, ISBN: 978-80-7492-485-9

LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Jan PRAŠKO, *Suicidalita u psychických poruch*, Praha, Grada 2015, ISBN: 978-80-247-4305-9

trpící tímto syndromem je typický například pocit studu. Dítě si v sobě trauma způsobené týráním, zneužíváním nebo zanedbáváním může nést velice dlouho. Takové to trauma se dá označit jako rizikový faktor suicidálního chování.⁷⁴

4.2.5 Závislost na alkoholu a jiných návykových látkách

Závislost na alkoholu či jiných návykových látkách mnohdy může přinášet pocity viny, selhání, zklamání a pocity nedostatku síly zbavit se dané závislosti. Zoufalství a bolest jsou často střídány dojmem, že o žádnou potíže nejde. Tito lidé mohou uvažovat o sebevraždě jako o východisku ze situace, kterou vlastními silami nedokáží zvládnout. Sebevraždy či sebevražedné pokusy alkoholiků či lidí závislých na jiných psychotropních látkách mnohokrát vypadají jako nešťastné náhody. Nejčastější příklad je předávkování, kdy nikdy nemůže jednoznačně určit, zda byl přítomný úmysl zemřít či nikoli.

Gamblerství, závislost na hracích automatech, dovádí většinu lidí do svízelné situace. Velké množství takto závislých lidí se topí v dluzích a sebevražda pro ně může představovat zdánlivé řešení.

V praxi se odborníci setkávají s lidmi, kteří vyhledávají odborná pracoviště nebo volají na krizové linky značně opilí, přestože nejde o alkoholiky. Tito lidé se často napijí tzv. na kuráž, kdy se snaží dostat do stavu, kdy pro ně bude spáchat sebevraždu jednodušší.⁷⁵

5 Vývoj tendence k sebevražednému jednání

Tyto tendence se zpravidla tvoří delší dobu. Proces jejich tvorby můžeme dělit do třech po sobě jdoucích fází.

První fáze **počátečních úvah o sebevraždě** je charakteristická tím, že jedinec trpí určitými problémy, jenž pro něj znamenají nezvladatelnou zátěž. Suicidální tendence se zde vyskytují ve formě úvah a představ. Sebevražda je pro suicidálního jedince v tuto chvíli jednou z alternativních možností řešení. Pro tuto

⁷⁴ BENTOVIM, Arnon, *Týránění a sexuální zneužívání v rodinách*, Praha, Grada, 1998, ISBN: 80-7169-629-3

⁷⁵ KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ, *Sebevražedné chování, Současné poznatky o suicidálnosti a její specifika u dětí a dospívajících*, Praha, Portál, 2000, ISBN: 978-80-7367-349-9,

fázi je typické, že jedinec o svých myšlenkách mluví a utěšuje ho vědomí, že pokud by bylo nejhůř, může „to udělat“.

Ve fázi **konkretizace způsobu sebevraždy** tendence k sebevražednému chování stále narůstá. Jedinec začíná sebevraždu přijímat jako řešení a přemýšlí nad způsobem provedení činu. V průběhu zvažování hodnotí pro a proti, různé metody a prostředky a jejich přijatelnost.

Třetí a poslední fáze se nazývá **realizace sebevražedného úmyslu**. Jedná se o realizaci určitého jednání, které by mohlo vést ke smrti. V této fázi je jedinec dost pravděpodobně rozhodnut čín spáchat. Takové rozhodnutí mu může poskytnout úlevu a okolí se tato kritická fáze může jevit jako zlepšení.

Výše zmíněné fáze mohou být odlišně dlouhé a nemusí se zákonitě vyskytovat všechny. Někdo může o sebevraždě přemýšlet, ale nikdy ji neuskutečnit a ani se nedostat do druhé fáze, zatímco jiný může jednat zkratovitě a čín uskutečnit bez předešlých dvou fází. Jako zásadní vnímáme **motiv, který bezprostředně vede k sebevraždě**, tzv. poslední kapka. Mnohdy totiž jde právě o poslední problém, který jedince dovede ke spáchání činu. Takový problém vnímáme spíše jako spouštěč než jako hlavní důvod sebevraždy nebo pokusu o ní. Typickým bezprostředním motivem jsou různá traumata, která jedinec není schopen zvládnout. Jednorázová těžká zátěž je riskantní jak pro lidi, u kterých se motivy kumulují již delší dobu, tak pro jedince, kteří nikdy žádnou větší zátěž neabsolvovali. U první skupiny se pak jedná o tzv. poslední kapku, naproti tomu u druhé skupiny je situace neúnosná z důvodu nedostatku zkušeností a nedostatku zažitých copingových neboli zvládacích strategií.⁷⁶

5.1 Mylné představy a iluzivní myšlení

Mezi mylné úvahy a představy o sebevraždě patří domnělé setkání s blízkými lidmi, kteří už zemřeli. Časté jsou také myšlenky a víra v posmrtný život či

⁷⁶ VÁGNEROVÁ, Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 4., Praha: Portál, 2004, ISBN 978-80-7367-414-4

v reinkarnaci. S takovými myšlenkami se může setkat každý. Mezi ohroženější patří především lidé nábožensky založení. ⁷⁷

Pro jedince, kteří uvažují o sebevraždě je typické tzv. **iluzivní myšlení**. Patří sem mylné názory a představy o smrti a o tom, co smrt doopravdy znamená. Podstata iluzivního myšlení spočívá v tom, že vnímáme realitu tak, jak chceme my a ne objektivně, tedy takovou, jaká skutečně je. Frankel a Kranz uvádějí několik mylných myšlenek.

První myšlenkou je: „**Toho budou všichni litovat!**“ Zde si můžeme všimnout, že sebevrah vnímá sebevraždu jako nástroj k pomstě. Jedinec se domnívá, že lidé v jeho okolí budou truchlit a cítit vinu a odpovědnost za jeho smrt. Tato představa může být z části pravdivá, nicméně je důležité si uvědomit, že člověk, který si svým jednáním přivodí smrt, nebude z pocitů druhých zažívat nic. Sebevrah odmítá pravou podstatu smrti, tedy to, že smrt je trvalá a nevratná. Nahlíží na ni jako dítě, které si zhruba do desátého roku věku také neuvědomuje nezvratnost takového jednání.

Další myšlenka je spojena především s dopisy na rozloučenou, kdy sebevrah nabývá mylného dojmu, že **svým činem přinutí své okolí udělat to, co chce**. Tito lidé mají většinou během svého života pocit, že je nikdo nebere vážně a že jsou zbyteční. Mylně usuzují, že sebevražda jim v tomto ohledu pomůže. Samozřejmě je možné a i pravděpodobné, že se rodina bude snažit splnit přání zemřelého, nicméně sebevrah nad tím nemá žádnou kontrolu a ani z jednání svých blízkých nemá žádný užitek.

„**Všichni mi přijdou na pohřeb – všichni mě pak budou mít rádi!**“ Tato úvaha je typická především pro dospívající, kteří se snaží získat pozornost. Obecně platí, že se o mrtvých mluví jen dobře a že na pohřbech se vyzdvihují pouze dobré vlastnosti. I v tomto případě jde o iluzivní myšlení, jelikož mrtvá osoba nebude schopna žádné ze slov slyšet a mít z nich potěšení.

Představa „**budeme zase spolu**“ je jedna z nejzávažnějších. Odchod milované osoby je pro většinu zdrcující a vyrovnání se s takovou ztrátou může být

velice náročné. Mnohým se proto představa, že se se svými blízkými po smrti opět setkají, velmi líbí. Vidina setkání se s blízkými může jedinci pomáhat zmírňovat smutek a stesk. U jedinců ohrožených sebevraždou je problém ten, že této iluzi podléhají až příliš rychle a chtějí se na druhý břeh dostat co nejrychleji. Iluzí těchto myšlenek je, že nikdo nemůže jistě říci, co je po smrti.

„**Chci se jenom zbavit bolesti.**“ Někdy se v životě dějí události, které nemá člověk pod kontrolou a představují pro něj velkou zátěž. Mnoho potenciálních sebevrahů si přesně v těchto chvílích nepřeje nic jiného než klid. Pokoj a klid vidí právě ve smrti, vnímají ji jako útěk před bolestí a neštěstím. To je ovšem opět iluze, nikdo neví, co je po smrti a také nikdo nemůže říci, že situace nemá jiné řešení nežli smrt.

„**Konečně vezmu život do svých rukou.**“ Tento typ myšlenky se může objevit především u lidí, kteří jsou odkázáni na ostatní. Často jde o pacienty, lidi finančně závislé na svém partnerovi, který je týrá a tak dále. Sebevrahovi dávají tyto úvahy pocit síly a rozhodnosti. Z části je tato myšlenka založena na pravdě. Sebevrah opravdu v danou chvíli rozhodne o svém životě, stejně jako o něm můžeme rozhodovat všichni.⁷⁸

5.2 Ringelův presuicidální syndrom

Rakouský psychiatr a neurolog E. Ringel sestavil tzv. presuicidální syndrom, který předchází každému sebevražednému jednání. „*Tento syndrom se skládá ze tří znaků. Patří mezi ně zúžení subjektivního prostoru, zablokovaná nebo proti sobě zaměřená agresivita a naléhavé sebevražedné fantazie.*“

U suicidálního jedince se objevuje **situační zúžení**, kdy člověk ztrácí orientaci a nabývá pocitu, že z jeho neúnosné situace není cesty ven a že se nachází v pasti. Další zúžení je **zúžení dynamické**, kdy převládají pocity beznaděje, strachu, úzkosti a zoufalství. Jedinec zde není schopný korigovat a kontrolovat své emoce. Obvykle nastane i zúžení ve vztazích. Jedinec se buď úplně separuje od ostatních lidí, nebo pro něj vztah, ve kterém se nachází

⁷⁸ FRANKEL, Bernard a Rachel KRANZ, *O sebevražedách*, 1998, ISBN: 80-7106-234-0, strana 41-74

přestává být důležitý. Je také možnost, že si svůj již znehodnocený vztah idealizuje. Zúžení také ovlivňuje jedincův vztah k hodnotám. To znamená, že to, co bylo pro člověka dříve zajímavé a atraktivní, začíná být bezvýznamné. Člověk se nedokáže těšit a radovat se.

Další fází je **obrácení agresivity proti sobě**. V této situaci je jedinec stále více přesvědčen, že nedisponuje kvalitami ani schopnostmi, které by měl mít a že kvůli tomu zavinil bezvýchodnost své situace. Jedinec má tendenci se znevažovat, nenávidět se a vzrůstající zlobu směřovat proti sobě.

Poté se zpravidla objevují **suicidální fantazie**. Sebevražedné představy, myšlení na smrt a nutkání k sebevraždě jsou stále lákavější a poskytují úlevu. Sebevražda se jedinci zdá jako jediné vysvobození a jako nejlepší řešení jeho situace.⁷⁹

6 Krizová intervence při suicidálním jednání

Jednání a krizová intervence při suicidálním jednání s klienty se dá dělit na tři případy. Je žádoucí krizovou intervencí použít ve stadiu ohrožení sebevražedným jednáním, po neúspěšném pokusu, nebo po dokonaném činu, což zahrnuje práci zejména s rodinnými příslušníky.

6.1 Krizová intervence při ohrožení sebevraždou

Komunikace s ohroženým sebevraždou může probíhat osobním kontaktem nebo dálkově například telefonicky. Výhodou vyhledání telefonické odborné pomoci je anonymita, rychlost a dostupnost. Krizová intervence zpravidla slouží k zamezení rizika hrozící sebevraždy. Pokud by byla v průběhu zjištěna přítomnost Ringelova presuicidálního syndromu, je cílem krizové intervence zahájení jeho zpětného chodu. To znamená, že se zamezí zúžení v mezilidských vztazích navázáním kontaktu. Při komunikaci se buduje místo pro projev agrese, čímž se snižuje riziko sebevražedného jednání. Dále vhodně zvolená komunikace dokáže poukázat na klientovi problémy, které lze řešit a dokáže mu nabídnout možné východisko. Klient

⁷⁹ Vodáčková, Daniela a kol., Krizová intervence, Praha, Portál, 2007, ISBN: 80-7178-696-9, strana 488-489

by měl z intervence nabýt důvěru a naději a pocit, že zůstat na živu je správné řešení.

Při komunikaci a krizové intervenci je nutné navázat kontakt a zároveň být klidný, tedy nedávat najevo zděšení nebo překvapení. Je také vhodné nebát se věci pojmenovat pravým jménem. Pokud má krizový intervent pocit, že daná osoba mluví nebo naznačuje myšlenky o sebevraždě, je žádoucí se klienta přímo zeptat, zda to tak je. Mezi důležité informace patří také aktuálnost, zda daný člověk myslí na sebevraždu právě teď nebo o ni uvažoval před delší dobou. Pokud je ohrožení aktuální, je na místě snaha o identifikaci Ringelova presuicidálního syndromu. Pokud se myšlenky objevovaly spíše v minulosti, je dobré zjistit, co daného jedince vedlo od činu upustit a rozhodnout se jej nerealizovat. Dalším důležitým úkolem je zhodnocení ohrožení. To znamená zjistit, jak daleko nebo jak blízko je ohrožená osoba od spáchání sebevraždy. V tuto chvíli krizového intervanta zajímá, zda je osoba na místě, ze kterého plánuje například skočit, má opatřenou zbraň nebo léky. Po zjištění ohrožení je nutná okamžitá snaha o snížení nebezpečí. V praxi to znamená rozmlouvat klientovi, aby pokračoval v rizikové činnosti, například v pití alkoholu, v držení léků či zbraně. Je žádoucí příliš neanalyzovat příčinu, ale spíše se soustředit na tzv. pomyslnou poslední kapku, tedy na to, co přispělo k danému rozhodnutí, co se stalo v nedávné době. Pro zdárné zvládnutí situace je klíčové neobviňovat klienta, nemoralizovat ho, nezlehčovat situaci, neodsuzovat ho za jeho smýšlení a ani se s klientem nehádat. Naopak je vhodné projevit zájem. V rámci Ringelova presuicidálního syndromu je podstatná identifikace záchytného bodu. Najít něco, co klientovi zůstalo, jestli vyznává určité hodnoty, zda má rodinu nebo práci, na které mu záleží. Kromě identifikace záchytného bodu by krizový intervent měl zjistit motivaci ohrožené osoby. Zajímá ho, proč daná osoba přemýšlí o smrti, zda je její jednání volání o pomoc a čeho chce svým jednáním dosáhnout. Užitečné je klientovi navrhnout alternativy a zdůraznit, že sebevražda je jen jedna z alternativ a že je nevratná. S tím souvisí i poskytnutí plánu a pomoci pro řešení klientových problémů. Pomoc spočívá v nabídnutí psychologické či psychiatrické péče, kontaktu linky důvěry či návštěvy krizového centra. Klienta není vhodné přemlouvat, ale pouze mu dát najevo, že se přikláníme k tomu, aby sebevraždu nespáchal, nicméně by mu měla

být dána volnost rozhodnutí. V takovém případě totiž většinou osoba zvolí život. Úsilí o uzavření smlouvy o nespáchání sebevraždy je účinnější než přemlouvání. Cíl tzv. smlouvy o přežití je získání času. Tato dohoda má působit na racionalitu. V žádném případě by se neměla brát jako záruka nespáchání nebo jako náhrada řádné psychoterapeutické pomoci. Uzavření této smlouvy je vhodné téměř pro všechny ohrožené, s výjimkou lidí, kteří nechtějí nebo nedokáží racionálně jednat. Může jít například o jedince pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek, mentálně postižené nebo o psychicky nemocné.

Smlouva o přežití je realizována v několika fázích. Jako první se zhodnotí ohrožení, tedy je na místě identifikace Ringelova presuicidiálního syndromu a zjištění sebevražedných myšlenek a fantazií. Není doporučeno tlačit na klienta, aby přislíbil dodržet určitou dobu. Naopak je přínosnější, když si jedinec určí dobu sám. Na konci je vhodné zjistit, kdy chce klient dohodu obnovit, kdy opět zavolat nebo přijde. Následuje realizace této dohody. Ta spočívá v programu a rozvrhu klienta, tedy kdy bude co dělat. Doporučuje se vytvořit kartičku s nouzovými kontakty. Pokud se intervent domluví s klientem na obnovení smlouvy o přežití, musí bezpodmínečně slib dodržet a být v daný čas na daném místě. Obnovovat smlouvu se nepřestává do doby, kdy se klient sám nerozhodne zůstat na živu nebo nesouhlasí s jiným druhem pomoci.

6.2 Krizová intervence po nezdařeném pokusu o sebevraždu

Jakýkoli suicidální pokus vyžaduje pozornost a stanovení diagnózy. Na prvním místě je nutné se ujistit, zda si jedinec při sebevražedném pokusu vážně neublížil a zda momentálně není ohrožen na životě. Následně se provádí zhodnocení jeho psychického stavu. Po nezdařeném sebevražedném pokusu se může jedinci zlepšit nálada, což bývá špatně interpretováno jako dobré znamení a jedincovo uvědomění a smíření se se životem. Většinou ovšem jde o úlevu způsobenou suicidálním pokusem, kdy se za nejrizikovější období označují tři měsíce po neúspěšném pokusu.⁸⁰ Podle Novalise, Rojcewicze a Peela by měla terapie

⁸⁰ ŠPATENKOVÁ, Naděžda, *Krizová intervence pro praxi*, 2. aktualizované a doplněné vydání, Praha, Grada, 2001, ISBN: 80-247-0586-9

zahrnovat léčbu symptomů, měla by se zaměřit na suicidální úvahy a motivy, které jedince vedly k pokusu. Dále označují za vhodné zjistit jaký význam má pro člověka smrt, zaměřit se na způsob, kterým klient řeší problémy. Dále je důležité zamezení prostředků ke spáchání sebevraždy, k alkoholu a k drogám.⁸¹

6.3 Krizová intervence po dokonaném suicidiu pro pozůstalé

Pozůstalý se po takto velké ztrátě dostávají do procesu truchlení, kterým je nezbytné projít, aby se člověk se ztrátou blízké osoby vyrovnal. Pozůstalý potřebují oporu a pomoc zbylých členů rodiny. Základem pro zdárnou komunikaci je včasné navázání kontaktu. Intervent by měl být citlivý, trpělivý a měl by na rozhovor mít dost času. Není na místě odsuzovat emoce klienta, nebo mu skákat do řeči. Je také žádoucí, aby intervent klientovi naslouchal a nebál se ticha. Klíčové je ujistit pozůstalé, že to, jak se cítí je v pořádku.⁸²

⁸¹ NOVALIS, Peter N., Stephen J. ROJCEWICZ. a Roger PEEL, *Klinická příručka podpornej psychoterapie*, Trenčín, Vydavateľstvo F, 1999, ISBN: 80-967277-7-X

⁸² ŠPATENKOVÁ, Naděžda, *Krizová intervence pro praxi*, 2. aktualizované a doplněné vydání, Praha, Grada, 2001, ISBN: 80-247-0586-9

II. Empirická část

Téma rizikových faktorů je velice důležité, zejména proto, že společně s aktuálními motivy ovlivňují složitý proces suicidálního chování. Toto chování nepochybně ohrožuje život a zdravotní stav jedince, který si může způsobit trvalé následky.⁸³

Tuto problematiku považuji za významnou vzhledem k počtu dokonaných sebevražd v České republice, kdy toto číslo v roce 2021 představuje zhruba 1 200 osob.⁸⁴

Empirická část mé bakalářské práce je zaměřena na to, jaké rizikové faktory, motivy a případně spouštěče se vyskytují v odborných kazuistikách a na zmapování jejich četnosti.

Cílem empirické části je na rozboru konkrétních jedenácti kazuistik označit, jaké rizikové faktory, motivy a případně spouštěče se podílely na rozvoji suicidálního chování. Empirická část se dále zaměří na to, zda jednotlivé faktory vystupují v kombinacích, jak se liší svou četností a jestli se popisovaný způsob spáchání sebevraždy liší u mužů a u žen.

7 Rozbor kazuistik

Pro empirickou část této práce byly použity kazuistiky, které jsou dostupné v odborných časopisech a literatuře. Konkrétně se jedná o knihu od Heleny Kučerové a Heleny Haškovcové, která nese název Sebevraždy. Dále jsme čerpala z odborných časopisů *Pediatric pro praxi* a *Psychiatric pro praxi*. Byly vybrány ty kazuistiky, které zmiňovaly nejvíce detailů.

Ve fázi rozboru byly nejprve získané kazuistiky přepsány a poté jsem pomocí různých barevných zvýraznění hledala zmínky o rizikových faktorech suicidia, motivech a spouštěčích, kdy každé kategorii byla přiřazena jiná barva. Motivы a spouštěče kazuistiky zmiňovaly v některých případech.

⁸³ KOUTEK, Jiří, *Suicidalita u adolescentů – Rizikové faktory a prevence*, *Pediatric pro Praxi*, 2008, [online]. [cit. 14. 2. 2023] Dostupné z: [file:///C:/Users/ziklt/Downloads/Solen_ped-200805-0007%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/ziklt/Downloads/Solen_ped-200805-0007%20(5).pdf)

⁸⁴ ČSÚ, *Sebevraždy*, [online]. [cit. 14.2.2023] Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy_za

7.1 Popis osob, kterých se kazuistiky týkaly

Kazuistiky se týkaly celkem 11 osob (5 žen a 6 mužů), většina byla staršího věku. Tři osoby byly náctileté a dvě středního věku. Pět osob mělo v anamnéze suicidální pokus a jedna osoba suicidální tendence. Ve čtyřech případech byl přítomný pouze jeden pokus a v jednom případě měl jedinec za sebou tři suicidální pokusy. Celkově se o sebevraždu pokusily tři dospělé ženy, jedna nezletilá dívka, jeden dospělý muž a jeden nezletilý chlapec. Osoba se třemi sebevražednými pokusy patřila mezi dospělé ženy. Vzdělání měli až na dvě výjimky základní. Jeden muž měl dosažené střední vzdělání a další byl vyučen.

8 Výsledky rozboru kazuistik

Tato kapitola nejprve přiblíží výsledky analýzy způsobů sebevraždy, následně popíše motivy a spouštěče, které se v kazuistikách objevily. Dále seznámí s jednotlivými kategoriemi nalezených rizik.

Pro přehlednost bude mít každá kategorie vztahující se k rizikovému faktoru přiřazenu určitou barvu. Pod seznamem nalezených kategorií budou příklady formulací, ve kterých se autoři kazuistik na faktor odkazovali. Formulace ponесou stejnou barvu jako odpovídající kategorie rizikových faktorů.

8.1 Způsob spáchání sebevraždy

Kazuistiky zmiňovaly následující způsoby spáchání sebevraždy. Zajímavé je, že ženy volily výhradně tzv. „měkké“ způsoby a muži „tvrdé“. Pro přehlednost jsou výroky vztahující se k ženám zvýrazněny červeně a výroky vztahující se k mužům modře. „...*tak si vzala prášky a nechtěla už žít.*“, „... *zavřel se v garáži, pustil motor a otrávil se výfukovými plyny.*“, „... *snědla večer, když byla v bytě přítomna i matka, několik tablet léků.*“, „...*snažil se oběsit se na klíce dveří, ...*“, „... *poprvé spolykala deset tablet Nitrazepamu, podruhé si nožem pořezala žíly a potřetí snědla osm semínek durmanu, který jim rostl na zahradě.*“, „... *byl operován po střelném poranění hlavy a mozku v sebevražedném úmyslu, ...*“, „... *v sebevražedném úmyslu požila léky.*“

Pozorované rozdíly ve způsobu spáchání nebo pokusu o suicidium byly plně v souladu s teorií Koutka a Kocourkové, která uvádí, že pro ženy jsou typické

suicidální pokusy a volba „měkkých“ metod, zatímco u mužů nalezneme častěji dokonané suicidium a volbu „tvrdých“ metod.⁸⁵

8.2 Analýza motivů a spouštěčů

Motivy suicidálního chování byly zmíněny pouze u sedmi kazuistik z jedenácti. Některé motivy se prolínaly se spouštěči, tedy s tzv. poslední kapkou, která přiměla jedince suicidálně jednat. Případy, kde se spouštěče mísily s motivy, jsou uvedené v jednom odstavci a úryvky, kde se vyskytují pouze motivy jsou v odstavci druhém.

“Poslední konflikt se stal předchozího večera, kdy manžel přišel z hospody opilý a vyhrožoval ji zabitím, tak si vzala prášky a nechtěla už žít.“, “Předešlého dne si vzal půl litru rumu a zašil se s ním do obýváku, aby ho nikdo nerušil a tam si v klidu pil. Pak slyšel nějaké hlasy, myslel si, že za manželkou přišli nějakí chlapi a že je mu nevěrná, tak ji uhodil holí a řekl si, že se oběsí.“, „Poté, co se to dozvěděli rodiče a sáhli k represivním výchovným opatřením, snědla dívka večer, když byla v bytě přítomna i matka, několik tablet léků, které měli v domácí lékárnice.“, „Jako motiv svého suicidálního jednání uvedl rozchod s dívkou, na kterou byl silně citově vázán.“

“Pacientka měla taktilní halucinace mušek, které ji údajně lezly po celém těle včetně nosu, uší a očí a bolestivě ji píchaly, celé tělo ji svědělo ve dne v noci. Potíže byly pro pacientku tak nesnesitelné, že uvažovala o tom, že by si něco udělala, ...“, “Deprese byly tak hluboké, že uvažoval I o sebevraždě.”,

8.3 Analýza rizikových faktorů

Následující podkapitoly již představí nalezené rizikové faktory v jednotlivých tematických oblastech.

⁸⁵ KOUČOURKOVÁ, Jana a Jiří KOUTEK, *Riziko suicidálního chování v dětském a adolescentním věku*, *Pediatrie pro praxi*, 6, 2004, [online]. [cit. 28.2.2023]., Dostupné z: <https://www.pediatriepropraxi.cz/pdfs/ped/2004/06/03.pdf>

8.3.1 Rodina

Faktor rodiny hraje v oblasti rizika sebevraždy velmi důležitou roli. Nebylo tak žádným překvapením, že právě problematika s rodinou spojená byla často zmiňována. Vzhledem k tomu, že související faktory mají jinou podobu u dospívajících a dospělých, budou řešeny samostatně pro dospělé a dospívající.

Nalezené faktory u dospělých bylo možné sloučit do následujících šesti kategorií, kterým byly pro přehlednost přiřazeny následující barvy:

- **Ztráta rodinného příslušníka** byla zmíněna v šesti případech z jedenácti
- **Těživá finanční situace členů rodiny** byla zmíněna v jednom případě.
- **Závažné psychické nebo zdravotní potíže blízké osoby** byly zmíněny v pěti případech, z čehož šlo třikrát o problémy psychické a dvakrát o zdravotní.
- **Závislost na alkoholu rodinného příslušníka** byla zmíněna dvakrát.
- **Domácí násilí** se vyskytlo v jednom případě, přičemž zde byla patrná vazba na kategorii uvedenou v předchozím bodě – závislost.
- **Absence partnera a bydlení s rodiči** byla zmíněna pouze v jednom případě.

Zmínky výše uvedených kategorií byly například následující: „**Vdovec**, otec dvou dcer.“, „...jeden ze dvou bratrů **se psychiatricky léčil pro neurotické potíže** a druhý syn **se narodil s mikrocefalií a v osmi letech zemřel.**“, „...bezdětný, **žil s matkou**“, „Problémy dceřiny rodiny však pokračovaly, **finanční situace byla velice zlá**, oba manželé přišli o práci a hrozilo, že jim exekutoři zabaví i kravín, takže nebudou mít kde bydlet.“, „Suicidální pokus této pacientky byl vyprovokován dlouhodobým stresem, kde bylo velmi konfliktní prostředí jednak **kvůli abusu alkoholu manžela**, který **býval v opilosti slovně i fyzicky agresivní**, a jednak **kvůli hysterické osobnosti pacientky, která tyto situace nedovedla konstruktivně řešit...**“.

U dospívajících se faktor nefunkční rodiny objevil ve všech třech případech. V příslušných kazuistikách byly nalezeny dvě kategorie, které se objevily i u dospělých (první dvě zmíněné). Jejich kompletní výčet je následující:

- **Závažné psychické nebo zdravotní potíže blízké osoby** (objevily se v jednom případě ze tří)
- **Závislost na návykových látkách rodinného příslušníka** (také v jednom případě ze tří)
- **Suicidální pokus nebo dokonané suicidium** v rodině byl zmíněn jednou.
- **Rozvod rodičů** hrál roli ve všech třech případech, v jednom případě k němu dokonce docházelo opakovaně.
- **Konflikty mezi pečujícími osobami** byly zmíněny dvakrát.

Příklady z kazuistik: „*Dívka žila od předškolního věku po rozvodu rodičů s matkou, s otcem se vídala sporadicky, vztah mezi rodiči byl stále potenciálně konfliktní.*“, „*Chlapec pocházel z dysfunkční rodiny, kdy se rodiče opakovaně rozváděli, matka byla léčena pro deprese, otec zvýšeně požíval alkohol.*“ V širším příbuzenstvu se vyskytlo *několik dokonaných suicidií.*“

8.3.2 Onemocnění

Onemocnění ať už somatické nebo psychické bylo popisováno velmi často. Psychické i fyzické obtíže snižují kvalitu života, a proto není divu, že se v kazuistikách vyskytoval tento faktor tak četně. Výčet nalezených kategorií je následující:

- **Somatické onemocnění** se vyskytlo sedmkrát. Tato kategorie byla nalézána téměř vždy v kombinaci s vysokým věkem.
- **Psychické poruchy** se objevily v 8 případech. Do této podkategorie nebyla zahrnuta závislost na návykových látkách, které je věnovaná samostatná podkapitola.
- **Medikace** byla zmíněna v 6 případech. Nejčastěji, celkem třikrát, se objevil Karbamazepin. Dále bylo četné podávání antidepresiv a antipsychotik jako jsou například Imipramin, Thioridazin, Miansirin, Risperidon nebo Citalopram.

- **Hospitalizace na psychiatrii** se v kazuistikách objevila šestkrát. Hospitalizace následovala buď po suicidálním pokusu nebo jako jeho prevence.
- **Poruchy učení** jsem našla zmíněné v jedné kazuistice u nezletilé dívky.

Jako příklady z kazuisti lze uvést: „U nemocné byla diagnostikována **taktilní halucinóza v rámci organické halucinózy ve vysokém věku** ...“, „...se léčil na **hypertenzi a hepatomegálii** a absolvoval **šest operací**, „Počáteční diagnóza byla stanovena jako **endogenní deprese involuční**, od roku 2000 pak jako **bipolární afektivní porucha**.“, „...přeložen na **dětskou psychiatrickou kliniku**...“, „...byla vyšetřována v pedagogicko-psychologické poradně pro **specifické školní potíže (dyslexie, dysgrafie)**.“, „...**cukrovka**, **zhoršil se zrak**, a následovala operace očí, **zhoršil se sluch a měl tinnitus (šumění v uších)**.“, „...to byl **imipramin a thioridazin**, později **mianserin a pimozid**, pak **sertralin a rispediron** a nejnověji **citalopram a amisulprid** spolu s **karbamazepinem** jako stabilizátorem.“.

8.3.3 Alkohol a návykové látky

Kategorie alkohol a návykové látky byla zastoupena u 4 kazuistik a týkala se různých věkových skupin. Převládala především u mužů.

Seznam návykových látek je vyjmenován a zvýrazněn v bodovém seznamu:

- **Alkohol** byl zmíněn v čtyřech případech. Jednalo se o tři dospělé muže a jednu nezletilou dívku. Závislost byla diagnostikována dvěma mužům, u zbylých dvou případů tato diagnóza zmíněna nebyla, ale na požívání alkoholu bylo poukázáno.
- **Marihuana** byla zmíněna jednou.
- **Kouření cigaret** bylo zmíněné spolu s experimentováním s marihuanou v jednom a tom samém příběhu.

Tuto kategorii zastupují příklady jako: „...začala **kouřit**, experimentovala s **marihuanou**, občas pila **alkohol**.“, „...vylepšovat **slivovičkou**...“, „...rád si dá **pivo**, každý den dvě a k tomu dá **půl litru kořalky**...“,

8.3.4 Životní okolnosti

Životní okolnosti nepředstavují příliš zmiňovanou kategorií i přesto, že v souvisejících teoriích popisovány jako důležité rizikové faktory.

Životní okolnosti byly rozřazeny do pěti kategorií:

- **Nezaměstnanost** byla zmíněna překvapivě pouze v jednom případě.
- **Samota a osamělost** byla nalezena také jen jednou, a to ve spojitosti se strastmi dospívání.
- **Stres, trauma, šok** se nacházely ve 4 případech.
- **Tíživá finanční situace** byla zmíněna pouze jednou a vztahovala se k finanční situaci rodinného příslušníka.
- **Problémy ve studiu a sociální oblasti** byly nalezeny u všech 3 dospívajících. V kazuistikách dospělých jedinců zmíněny nebyly.

Jako ukázka jednotlivých kategorií nám poslouží opět bodový seznam:

„S nastupujícím dospíváním se objevily **problémy v sociální oblasti**, hůře vycházel s vrstevníky a autoritami ...“ „Pacient líčil, že vše začalo koncem války v roce 1945, **kdy na něj nepřátelský voják, střílel ze samopalu a honil ho po lese**.“, „Jeho introvertní povahové zaměření se prohloubilo, **cítil se „jakoby mimo“**, **měl pocit, že ho ostatní neberou, přehlížejí, nerespektují**.“, „...studoval gymnázium, kde však **měl velké studijní problémy**.“ „...zasáhla do života celé rodiny **pohroma** v podobě **exekuce na dům jedné z jeho dcer**.“, „... a byla **nezaměstnaná**.“

9 Shrnutí empirické části

Nejprve byla pozornost věnována voleným způsobům spáchání suicidia. Muži v kazuistikách volili v naprosté většině „tvrdé“ metody a ženy „měkké“. Žádná žena nepoužila „tvrdou“ metodu. Jeden muž zvolil „měkkou“ metodu, konkrétně otrávení se výfukovými plyny. Tato zjištění je v souladu s teorií Koutka a Kocourkové, kteří upozornili na to, že ženy volí spíše „měkké“ a muži „tvrdé“ metody.⁸⁶

Následovala analýza motivů a spouštěčů suicidálního chování. Vzhledem k povaze textu nebyly tyto motivy ani spouštěče nalezeny ve všech kazuistikách. Motivy se vyskytovaly celkem sedmkrát. Pouze ve čtyřech případech se s motivem pojil i spouštěč neboli poslední kapka. Spouštěčem byl například rozchod s přítelkyní nebo represivní výchovné opatření rodičů. Motivem byly například dlouhotrvající deprese či psychotické symptomy.

Dále byla provedena analýza rizikových faktorů. U tohoto bodu je důležité upozornit na to, že při vyšším počtu kazuistik by jistě bylo nalezeno více rizikových faktorů. Nicméně i tak texty obsahovaly poměrně velké množství faktorů, které zmiňovala teoretická část práce. Osmkrát byly zmíněny duševní poruchy, které považuje za rizikový faktor Látalová, Kamarádová a Praško.⁸⁷ Nejčastěji šlo o depresi a bipolární poruchu. Sedmkrát byly zmíněny somatické nemoci, které zmiňují Koutek a Kocourková.⁸⁸ Rizikový faktor, který byl nalezen celkem čtyřikrát, je závislost na alkoholu a jiných návykových látkách. V teorii ji zmiňuje například Vágnerová.⁸⁹ V textech figurovaly i faktory jako je předchozí suicidální pokus a faktory spojené s rodinou (rozvod rodičů, konflikty mezi pečujícími osobami, suicidální pokus nebo dokonané suicidium v rodině, závislost na návykových látkách rodinného příslušníka a závažné psychické nebo zdravotní

⁸⁶ KOUTEK, Jiří, *Jak rozpoznat a řešit suicidální riziko*, Interní medicína pro praxi, 2010, 12(2) [online]. [cit. 5.2.2023]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/02/12.pdf>

⁸⁷ LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Jan PRAŠKO, *Suicidialita u psychických poruch*, Praha, Grada 2015, ISBN: 978-80-247-4305-9

⁸⁸ KOUTEK, Jiří, *Jak rozpoznat a řešit suicidální riziko*, Interní medicína pro praxi, 2010, 12(2) [online]. [cit. 5.2.2023]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/02/12.pdf>

⁸⁹ VÁGNEROVÁ, Marie, *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., Praha: Portál, 2004, ISBN 978-80-7367-414-4

potíže blízké osoby). Rizikové faktory z oblasti rodinného prostředí popsali například Koutek a Kocourková.⁹⁰

Některé rizikové faktory naopak kazuistiky neobsahovaly v takové míře, jak bylo při vypracování teoretické části předpokládáno. Mezi tyto faktory patří nezaměstnanost, samota a osamělost, stres, trauma, šok a problémy v sociální oblasti.⁹¹ Malý výskyt těchto faktorů je pravděpodobně zapříčiněn nízkým počtem zkoumaných kazuistik a druhem textu. Lze předpokládat, že pokud by šlo například o analýzu polostrukturovaných rozhovorů či osobních dopisů, některé rizikové faktory by byly nalezeny častěji. Polostrukturovaný rozhovor by poskytl možnosti doptávat se a cílit otázky tak, aby bylo možné detailněji zmapovat oblast výzkumného problému. Rizikovými faktory popsány v teoretické části, které nebyly nenalezeny vůbec, jsou syndrom CAN (syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte)⁹² V kazuistikách nevystupovala žádná osoba, která migrovala nebo byla uvězněna.⁹³

Některé rizikové faktory se vyskytovaly v kombinacích. Vysoký věk často vystupoval spolu se somatickými nemocemi (například s diabetem meliitus), užívání marihuany společně s kouřením cigaret a domácí násilí bylo popsáno v souvislosti s alkoholismem.

Budoucí výzkumy se mohou zabývat zkoumáním této problematiky formou rozhovorů, kde by se dalo lépe zaměřit na subjektivní vnímání a prožívání osob. Velkým otazníkem takového zkoumání by byla etická stránka výzkumu. Pokud by se rozhovory prováděly přímo s dotyčnými osobami, které jsou například v psychiatrické péči nebo po suicidálním pokusu, bylo by jistě potřebné zajistit přítomnost odborníka z řad psychologů či psychoterapeutů, což by celý výzkum dosti komplikovalo.

⁹⁰ KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ, Sebevražedné chování, Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících, Praha, Portál, 2000, ISBN: 978-80-7367-349-9

⁹¹ Vodáčková, Daniela a kol., Krizová intervence, Praha, Portál, 2007, ISBN: 80-7178-696-9
VÁGNEROVÁ, Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 4., Praha: Portál, 2004, ISBN 978-80-7367-414-4

⁹² BENTOVIM, Arnon, Týrání a sexuální zneužívání v rodinách, Praha, Grada, 1998, ISBN: 80-7169-629-3

⁹³ VÁGNEROVÁ, Marie, Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 4., Praha: Portál, 2004, ISBN 978-80-7367-414-4

Zajímavé výsledky by mohl poskytnout také výzkum zaměřený na rozhovory s blízkými osobami a rodinnými příslušníky jedinců ohrožených suicidálním chováním. Opět by ale zřejmě bylo z etického hlediska výhodou mít k ruce odborníka, jelikož lze předpokládat, že by rozhovory pro respondenty představovaly zátěž. V případě potřeby by bylo nezbytné respondentům poskytnout bezodkladnou psychologickou podporu.

Dále by bylo vhodné zkoumat suicidalitu lidí v souvislosti s používáním nových sociálních sítí (např. TikTok). Dalším zajímavým fenoménem je bezpochyby suicidalita v období pandemie COVID-19 a války na Ukrajině. Vzhledem k tomu, že se jedná o fenomény nedávné doby, nejsou tyto oblasti příliš četně probádány.

Závěr

V teoretické části se bakalářská práce věnuje druhům zátěže. Dále seznamuje s pohledem na sebevraždu jako na řešení osobní krize a definicemi suicidálního chování a jeho formami. Například Praško a Látalová sebevraždu definují jako „*čin vědomého a úmyslného ukončení vlastního života*“.⁹⁴ Stěžejní kapitola teoretické části se zaměřuje na motivy, spouštěče a rizikové faktory suicidálního chování. Ty lze dělit na sociodemografické, biologické, psychické a klinické.⁹⁵

V rámci empirické části bakalářské práce jsme zkoumali problematiku rizikových faktorů, motivů a spouštěčů suicidálního chování. Toto téma je důležité zejména proto, že suicidální chování může ohrozit zdraví a život jedince.⁹⁶ Znepokojivý je také počet dokonaných sebevražd v České republice za rok 2021, který odpovídá zhruba 1 200 případům. Přesto, že se toto číslo může zdát vysoké, patří poslední roky v historii k těm nejméně početným.⁹⁷

⁹⁴ LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Jan PRAŠKO, *Suicidalita u psychických poruch*, Praha, Grada 2015, ISBN: 978-80-247-4305-9, strana 9

⁹⁵ KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ, *Sebevražedné chování*, Současné poznatky o

suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících, Praha, Portál, 2000, ISBN: 978-80-7367-349-9,

⁹⁶ KOUTEK, Jiří, *Suicidalita u adolescentů – Rizikové faktory a prevence*, *Pediatric pro Praxi*, 2008, [online].

[cit. 22.2.2023]. Dostupné z: file:///C:/Users/ziklt/Downloads/Solen_ped-200805-0007%20(5).pdf

⁹⁷ ČSÚ, *Sebevraždy*, [online]. [cit. 22.2.2023]. Dostupné z: https://www.czso.cz/cso/czso/sebevrazdy_zaj

Cílem empirické části bylo v jedenácti odborných kazuistikách popsat, jaké rizikové faktory, motivy a případně spouštěče se podílely na rozvoji suicidálního chování. Empirická část se také zaměřila na to, zda jednotlivé faktory vystupovaly v kombinacích, jak se liší svou četností a jestli se popisovaný způsob spáchání sebevraždy liší u mužů a u žen.

U kategorie s názvem rodina byly nalezeny faktory jako je ztráta rodinného příslušníka, tíživá finanční situace členů rodiny, závažné psychické nebo zdravotní potíže blízké osoby, závislost na alkoholu rodinného příslušníka a absence partnera. Další velmi zastoupenou kategorií bylo onemocnění, kam spadaly somatické i psychické problémy a medikace. Následující kategorie pojmenovaná alkohol a návykové látky obsahovala užívání alkoholu, marihuany a kouření cigaret. Poslední a nejméně zastoupenou kategorií byly životní okolnosti. Tam spadala nezaměstnanost, samota a osamělost, stres, trauma, šok, tíživá finanční situace a problémy ve studiu a sociální oblasti.

Cíl práce byl splněn, motivy, spouštěče a rizikové faktory nalezené v kazuistikách byly popsány a rozříděny do kategorií. Byla popsána i jejich četnost a kombinace, ve kterých se některé faktory vyskytovaly. Pokud by byla například analyzována data z rozhovorů, lze předpokládat, že by motivů, spouštěčů i rizikových faktorů bylo nalezeno více.

Seznam použitých zdrojů

Knižní zdroje:

Atkinsonová, Rita L. a kol., *Psychologie*, Praha, Portál, 2003, ISBN: 80-7178-640-3

BENTOVIM, Arnon, *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*, Praha, Grada, 1998, ISBN: 80-7169-629-3

DYTRYCH, Zdeněk. Rozvody a děti. v: DUNOVSKÝ, Jiří a kol. *Sociální pediatrie: Vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 1999, s. 209-212. ISBN 80-7169-254-9.

FRANKEL, Bernard a Rachel KRANZ, *O sebevraždách*, 1998, ISBN: 80-7106-234-0, strana 41-74

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-303-X

HENDL, Jan, *Kvalitativní výzkum, základní metody a aplikace*, Praha, Portál, 2005, ISBN 80-7367-040-2

HOWTON, Keith, Joan FAGG, S. PLATT a M. HAWKINS. *Factors associated with suicide after paracicide in young people*. British Med. Journal. 1993, 1641-4

KOMADOVÁ, Katarína, *Suicidálny proces v dospeljej populácii*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2009, Vedoucí práce Jiří Šípek

KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ, *Sebevražedné chování, Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*, Praha, Portál, 2000, ISBN: 978-80-7367-349-9

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Jak zvládat stres*, Praha, Grada, 1994, ISBN: 80-7169-121-6

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, *Psychologie zdraví*, 3. vydání, Praha, Portál, 2009, ISBN: 978-80-7367-568-4

KUČEROVÁ, Helena a Helena HAŠKOVOCÁ, *Sebevraždy*, Praha, Galén, 2020, ISBN: 978-80-7492-485-9

LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Jan PRAŠKO, *Suicidialita u psychických poruch*, Praha, Grada 2015, ISBN: 978-80-247-4305-9, strana 9

MASARYK, Tomáš Garrigue. *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*. Praha, Masarykův ústav AV ČR, 2002, ISBN: 80-86495-13-2, strana 16

MIKŠÍK, Oldřich, *Člověk a svízelné situace*, Praha, Naše vojsko, 1969, ISBN:

NAKONEČNÝ, Milan., *Lexikon psychologie*, Praha, Vodnář, 1995, ISBN: 978-80-7439-056-2

NOVALIS, Peter N., Stephen J. ROJCEWICZ. a Roger PEEL, *Klinická příručka podporenej psychoterapie*, Trenčín, Vydavateľstvo F, 1999, ISBN: 80-967277-7-X

PECHAR, Jan, *Pojem krize v dnešním myšlení*, Praha, 1992, ISBN: 80-7007-034-X

Schreiber, Vratislav, *Lidský stres*, Praha, Academia, 2002, ISBN: 80-200-0240-5

ŠPATENKOVÁ, Naděžda, *Krizová intervence pro praxi*, 2. aktualizované a doplněné vydání, Praha, Grada, 2001, ISBN: 80-247-0586-9

VÁGNEROVÁ, Marie, *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., Praha: Portál, 2004, ISBN 978-80-7367-414-4

VIEWEGH.J. *Sebevražda a literatura*, Brno, Psychologický ústav AV ČR, 1996, ISBN: 80-85880-10-5, strana 19

Vodáčková, Daniela a kol., *Krizová intervence*, Praha, Portál, 2007, ISBN: 80-7178-696-9

VYMĚTAL, Jan, *Duševní krize a psychoterapie*, Vyd. 1, Praha, Konfrontace, 1995, ISBN: 80-901773-4-4

Internetové zdroje:

ČSÚ, Sebevraždy, [online]. [cit. 14.2.2023] Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy_za

KAŠPÁREK, Tomáš, Suicidalita u schizofrenie, *PSYCHIATRIE PRO PRAXI* 2008, 9 (4) [online]. [cit. 10.2.2023]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/04/04.pdf>

KOUTEK Jiří, Jak rozpoznat a řešit suicidální riziko, *Interní Med.* 2010; 12(2): 109–110, [online]. [cit. 19.2.2023]., Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2010/02/12.pdf>

KOUTEK, Jiří, Suicidalita u adolescentů – Rizikové faktory a prevence, *Pediatric pro Praxi*, 2008, [online]. [cit. 14. 2. 2023] Dostupné z: [file:///C:/Users/ziklt/Downloads/Solen_ped-200805-0007%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/ziklt/Downloads/Solen_ped-200805-0007%20(5).pdf)

Latinský slovník, [latinsky.cz](http://latinsky-slovník.latinsky.cz), [online]. [cit. 29.1.2023]. Dostupné z: <http://latinsky-slovník.latinsky.cz/cesko-latinsky/aptare.html>

PRAŠKO, Jan, *Péče o suicidálního pacienta*, [online], *Psychiatrie pro praxi*, [cit. 2022-11-9]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/04/11.pdf>

Problémy s myšlenkami na smrt, Šance dětem, [online]. [cit. 8.2. 2022]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/problemy-s-myslenkami-na-smrt>

Self destructive Behavior: Definition, Causes, and How to Stop, Choosing Therapy, [online]. [cit. 12.12.2022]. Dostupné z: <https://www.choosingtherapy.com/self-destructive-behavior/>

SUN, Fan-Ko. A Concept Analysis of Suicidal Behavior. *Public Health Nursing*, 2011, Vol.28, No. 5, strana 458-468, [online], [cit. 11.2.2023], Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1525-1446.2011.00939.x>

What is self-destructive behavior?, *Medical News Today* [online]. [cit. 5.12.2022]. Dostupné z: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/self-destructive-behavior>

KOUCOURKOVÁ, Jana a Jiří KOUTEK, *Riziko suicidálního chování v dětském a adolescentním věku*, *Pediatric pro praxi*, 6, 2004, [online]. [cit. 28.2.2023]., Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2004/06/03.pdf>

KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ, *Suicidální pokus u dětí a dospívajících – motivy a rizikové faktory*, *Psychiatrie pro praxi*, 3, 2006, [online]. [cit. 28.2.2023]., Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/03/06.pdf>

Přílohy

Kazuistika I.

„Patnáct a půl roku stará dívka byla přijata na dětskou psychiatrickou kliniku na doporučení dětské kliniky, kde byla krátce hospitalizována po požití léků. Dívka žila od předškolního věku po rozvodu rodičů sama s matkou, s otcem se vídala sporadicky, vztah mezi rodiči byl stále potenciálně konfliktní. Dívka měla v raném věku problémy ve školním zařazení, byla vyšetřována v pedagogicko-psychologické poradně pro specifické školní potíže (dyslexie, dysgrafie). Mívala konflikty se spolužačkami, které však nebyly nijak řešeny. V deváté třídě se začala stýkat více se staršími kamarády, kteří měli partu, začala kouřit, experimentovala s marihuanou, občas pila alkohol. Měla opakované sexuální zkušenosti. Zhoršil se její školní prospěch a na střední školu se dostala až po odvolání. O prázdninách řekla, že bude přes víkend u spolužačky, a byla s chlapcem. Poté, co se to dozvěděli rodiče a sáhli k represivním výchovným opatřením, snědla dívka večer, když byla v bytě přítomna i matka, několik tablet léků, které měli v domácí lékárnice. Matka zavolala RZ a dívka byla odvezena do nemocnice. Uvedla, že nechtěla zemřít, ale spíše uniknout ze situace, kterou nedokázala řešit. Z vyšetření vyplynulo, že jde o dívku s průměrnou inteligencí, která by sice chtěla, ale nedokáže naplnit aspirace vysokoškolsky vzdělaných rodičů. V klinickém obraze byly patrné známky deprese. Její osobnost byla slabě strukturovaná, spíše závislá a hledající momentální splnění přání, vývojově hůře sociálně adaptovaná. Bylo přítomno experimentování s marihuanou. Na klinice byla zařazena do programu skupinové i individuální psychoterapie, probíhaly rozhovory s matkou, opakovaně byl pozván i otec. Dívka neužívala žádné léky. Byla doporučena další terapie ambulantní formou.“ (Pediatric pro praxi, 6, 2004, strana 277)

Kazuistika II.

„Sedmnáctiletý chlapec byl přeložen na dětskou psychiatrickou kliniku z oddělení ARO, kam byl převezen po požití většího množství medikamentů. Na psychiatrické oddělení šel nerad, zdůrazňoval od počátku, že „není blázen“. Chlapec pocházel z dysfunkční rodiny, kdy se rodiče opakovaně rozváděli, matka byla léčena pro deprese, otec zvýšeně požíval alkohol. Chlapec byl jedináček. V raném i školním věku byl vcelku dobře adaptovaný, dobře se učil, neměl problémy v chování. Neměl žádné obtíže ve zdravotní oblasti. S nastupujícím dospíváním se objevily problémy v sociální oblasti, hůře vycházel s vrstevníky i autoritami, byl stále s něčím nespokojený. Jeho introvertní povahové zaměření se prohloubilo, cítil se „jakoby mimo“, měl pocit, že ho ostatní neberou, přehlížejí, nerespektují. Nekouřil, s drogami neměl zkušenost, občas vypil se spolužáky několik piv. V poslední době se seznámil se šestnáctiletou středoškolačkou, která ho chápala, navázal s ní i intimní vztah. Měl pocit, že se změnil jeho život, cítil se šťastný, že má přítelkyni, trávili spolu prakticky všechny volný čas. Půjčil si peníze, dívce nakupoval různé věci. Po několika měsících se vztah začal kazit, dívka s ním nechtěla být sama, pak došlo k tomu, že se s ním chtěla rozejít. Prožil to jako šok, řekl, že se kvůli ní zabije, zdálo se mu, že to nebrala vážně. Chlapec řekl, že se zabít nechtěl, ale počítal s tím, že by se to mohlo stát. I nyní by si přál, aby se dívka vrátila. V průběhu hospitalizace bylo zpočátku obtížné navázat s ním kvalitní kontakt, postupně se spolupráce zlepšovala. Z vyšetření bylo patrné, že jde o nadprůměrně inteligentního, introvertovaného, dlouhodobě nespokojeného chlapce, který idealizoval svůj romantický vztah a traumaticky prožíval jeho ukončení. V klinickém obraze známky deprese spolu s pohotovostí k hostilním afektům, aktuálně pod vlivem traumatického zážitku. Vývoj osobnosti s problémy v sociální adaptaci. Byla indikována individuální psychoterapie a rodinná terapie, užíval antidepresiva SSRI. Po skončení hospitalizace byla doporučena ambulantní terapie.“ (Psychiatrie pro praxi, 3, 2006, strana 131-132)

Kazuistika III.

„Sedmnáctiletý chlapec se pokusil o sebevraždu závažnou intoxikací medikamenty. Vyrůstal v úplné rodině, kde probíhaly dlouhodobé konflikty mezi rodiči, vyvrcholily rozvodovým řízením. V širším příbuzenstvu se vyskytlo několik

dokonaných suicidií. Chlapec po úspěšném zvládnutí základní školy studoval gymnázium, kde však měl velké studijní problémy. Jako motiv svého suicidálního jednání uvedl rozchod s dívkou, na kterou byl silně citově vázán. Asi měsíc se necítil dobře, byl depresivní, nesoustředil se na učení, měl pocit, že nic nemá smysl. Občasné myšlenky na sebevraždu vykrytalizovaly postupně do pevného rozhodnutí. Napsal dopis na rozloučenou (K30) a večer před ulehnutím požil větší množství medikamentů, včetně antidepresiv, které užívala matka v rámci rozvodové situace. Ráno byl nalezen v bezvědomí, podařilo se jej však zachránit. Motivem suicidálního aktu byl sice rozchod s dívkou, podílely se však i další faktory, zejména rodinné konflikty, studijní problémy.“ (Psychiatrie pro praxi, 3, 2006, strana 131-132)

Kazuistika IV.

„Muž, narozený v roce 1919, zemřel v roce 2010 ve svých 91 letech, vdovec, otec dvou dětí, vzdělání středoškolské, pracoval jako úředník do odchodu do starobního důchodu ve svých 61 letech. V rodinné anamnéze nebyla zjištěna psychiatrická přítěž. Somaticky se pacient léčil na bronchiální astma a zvětšenou prostatu. V roce 1990 prodělal operaci žlučníku a v roce 1999 byl odvezen rychlou záchrannou službou do nemocnice pro krátkodobé bezvědomí. V roce 2004 před příchodem do naší ordinace měl obě oči operovány po kataraktu. V prosinci 2004 mu byla dělána kolonoskopie se závěrem: hypotonické colon, diverticulosa sigmoidea, nodi hemoroidales int.

Do naší ordinace byl poslán praktickou lékařkou pro úpornou zácpu, která se jevila jako psychogenní. Sám pacient udával, že má „úplnou zástavu střevní peristaltiky“, což se mu opakovalo mnohokrát v životě, většinou na jaře a na podzim a bylo to spojeno se špatnou náladou. Začalo to prý vždy depresí a asi tři dny nato měl zácpu, která podle jeho slov nebyla jinak zvládnutelná než senným čajem a klystýry, které si sám prováděl, pokud tři až šest dní nešel na stolicí.

Pacient líčil, že vše začalo koncem války v roce 1945, kdy na něj nepřátelský voják střílel ze samopalu a honil ho po lese. Pacientovi se podařilo utéct a skrýt se, ale ze strachu o život se pokálel. Následně pak začaly potíže se stolicí, pro které byl ještě téhož roku 1945, vyšetřován na chirurgii a bylo mu

řečeno, že tam nic vážného nemá, že jsou to „nervy“. Pacient nikdy psychiatricky vyšetřován nebyl a svou zácpu, která ho čas od času i s depresemi potkala, léčil svými prostředky, projímadly a klysmaty. Deprese bývaly tak hluboké, že uvažoval i o sebevraždě a kdyby nebyl nábožensky založen, tak už prý by tu nebyl. Depresivní stavy se zácpou se opakovaly asi dvacetkrát za posledních šedesát let jeho života. (H. Kučerová a H. Haškovcová, Sebevraždy, strana 88-89)

Při jeho prvním psychiatrickém vyšetření v říjnu 2004 v naší ordinaci byl v depresivní náladě, špatně spával, měl nechuť do jakékoli činnosti i nechuť k jídlu a měl úpornou zácpu. Líčení střevních obtíží mělo charakter hypochondrického bludu. Stavy deprese se zácpou měly periodický ráz a sezonní zhoršení typické pro endogenitu. Paměť a intelekt byly vzhledem k věku relativně dobře zachovány.“

Kazuistika V.

„Žena narozená roku 1921, zemřela roku 1998, tedy ve svých 77 letech, vdova, matka jedné dcery. V rodině byla psychiatrická zátěž, bratranec z matčiny strany se léčil pro periodickou depresivní poruchu. Pacientka sama měla základní vzdělání a celá život pracovala jako uklízečka do odchodu do starobního důchodu ve svých 56 letech. Operovaná nikdy nebyla a vážněji se nestonala do svých 67 let, kdy dostala diabetes mellitus léčený perorálními antidiabetiky. V jejích 75 letech u ní byla zjištěna chronická ischemická choroba srdeční, celkové příznaky arteriosklerózy a chronická lymfatická leukémie. Dva roky nato pak nemocná zemřela. Pacientku jsem převzala do péče v roce 1991 po příchodu na psychiatrickou ambulanci v Hranicích na Moravě.

První kontakt s psychiatrií měla v roce 1960, tedy ve svých 39 letech, kdy jí byla stanovena diagnóza: depresivní syndrom reaktivního charakteru s neurastenickou nadstavbou. Ta byla v roce 1967 (tedy ve 46 letech pacientky) změněna na periodickou endogenní depresi a v roce 1988 (v 67 letech pacientky) na maniodepresivní psychózu s manickými i depresivními fázemi a lehčí psychoorganický syndrom, který postupně progredoval do demence. Pacientka byla celkem třináctkrát psychiatricky hospitalizována, během poslední hospitalizace zemřela. Pacientka se tedy psychiatricky léčila celkem 38 let.

Psychopatologický obraz u této nemocné byl v depresivních fázích její, dnes bychom řekli bipolární afektivní poruchy F31 podle MKN-10, dříve zvané maniodepresivní psychóza, vždy stejný a typický pro toto onemocnění: měla kleslou a smutnou náladu, úzkosti, strach, že se nikdy neuzdraví, cítila se na světě zbytečná, pobolívala ji hlava, nesnášela hluk a někdy mívala i průjem. Hlavně však pravidelně mívala myšlenky na sebevraždu, nikoli konkrétní, ale nechtělo se jí žít, říkala, že by raději nežila.

Objektivní psychiatrický nález zněl: nálada depresivní s anxiétou, projevy obavné, hypochondrické, suicidální myšlenky bez konkrétního obsahu, projevy vegetativní. V posledních dvou letech pacientčina života převládal syndrom dementní.

Pacientka bývala při zhoršení svého stavu a propuknutí hluboké depresivní fáze s vysokým suicidálním rizikem vždy léčena ústavně, během prvních pobytů dokonce sériemi elektrokonvulzí. Z léků byly v šedesátých letech minulého století používány imipramin a meprobramat, později amitriptylin, chlorprothixen, thioridazin, levopromazin, dibenzepin, a jako stabilizátor karbamazepin, v devadesátých letech pak mianserin s levopromazinem a karbamazepinem.“ (H. Kučerová a H. Haškovcová, Sebevraždy, strana 93-94)

Kazuistika VI.

„Muž, narozen roku 1938, zemřel roku 2011 ve svých 73 letech sebevraždou. Vdovec, otec dvou dcer. Vzdělání základní, pracoval jako dělník. V rodinné anamnéze nebyla zjištěna psychiatrická zátěž. Pacient měl cukrovku léčenou inzulinem. Do mé ordinace přišel poprvé ve svých 65 letech, kdy byl u jeho manželky zjištěn maligní tumor v oblasti břicha. Manželka pak po jednom a půl roce zemřela.

U pacienta jsem diagnostikovala poruchu přizpůsobení, krátkodobou depresivní reakci F43.20 podle MKN-10 a nediferencovanou somatizační poruchu F45.1 podle MKN-10.

Terapie: Trazodon 100 mg až 150 mg večer. Po nasazení antidepresiva se pacientův stav výrazně zlepšil a pacient dobře zvládal manželčino léčení i její následné úmrtí. Poté žil sám a navštěvoval rodiny svých dvou dcer. Avšak v roce 2008, tedy v pacientových 70 letech, zasáhla do života celé rodiny pohroma v podobě exekuce na dům jedné z jeho dcer. Pohroma byla ještě prohloubena „zhroucením zetě“, který byl psychiatricky hospitalizován pro nadužívání analgetik. Dceřina rodina bydlela v budově kravína, který rodině zůstal a byl provizorně upraven pro účely bydlení, zvířata byla rodině rovněž zabaven. Pacientův zdravotní stav se zhoršil zejména po stránce tělesné: dekompenzovala se mu cukrovka, zhoršil se zrak a následovala operace očí, zhoršil se sluch a měl tinnitus (šumění) v uších. Po duševní stránce zůstával kompenzován na trazodonu, který začal „vylepšovat slivovičkou“, což jsem mu samozřejmě při všech jeho chorobách a lécích zakazovala. Do roka se pacientův stav opět zlepšil a přibral na váze 11 kg. Problémy dceřiny rodiny však pokračovaly, finanční situace byla velice zlá, oba manželé přišli o práci a hrozilo, že jim exekutoři zabaví i kravín, takže nebudou mít kde bydlet. Pacient se tím velmi trápil, začal mít potíže s imunitou, měl opakované bronchitidy a dostal i zápal plic. Zhoršila se mu také cukrovka.

V zimě 2011 už pacient na kontrolu do mé ordinace nepřišel kvůli dalšímu zápalu plic, dostavila se pouze dcera pro léky. A v březnu jsme se se zdravotní sestrou dozvěděly, že pacient spáchal sebevraždu. Zavřel se v garáži, pustil motor

auta a otrávil se výfukovými plyny. Příčinou smrti však byl infarkt myokardu.“ (H. Kučerová a H. Haškovcová, Sebevraždy, strana 95-96)

Kazuistika VII.

„Žena, 97 let, vdova, matka dvou dětí. Vzdělání základní, pracovala jako dělnice. V rodinné anamnéze nebyla zjištěna psychiatrická zátěž. Pacientka byla třikrát v životě operována, a to pro mimoděložní těhotenství a dvakrát pro slepé střevo a jeho komplikace. U nemocné byla diagnostikována taktilní halucinóza v rámci organické halucinózy ve vysokém séniu F06.0 podle MKN-10. Pacientka měla taktilní halucinace mušek, které ji píchaly, celé tělo ji silně svědilo, ve dne i v noci. Pacientka si postižená místa natírala krémem, ale nepomáhalo to. Potíže byly pro pacientku tak nesnesitelné, že uvažovala o tom, že by si něco udělala, ale byla věřící a své myšlenky nerealizovala.

Terapie: Risperidon 1 mg večer a amisulprid 50 mg ráno. Vymizení psychotických příznaků nastalo asi za měsíc, avšak po třech měsících pacientka zemřela na srdeční nedostatečnost.“ (H. Kučerová a H. Haškovcová, Sebevraždy, strana 97)

Kazuistika VIII.

„Muž, narozený v roce 1929, zemřel v roce 2004 ve svých 75 letech. Byl ženatý, otec jedné dcery. V rodinné anamnéze nebyla zjištěna psychiatrická zátěž. Vzdělání základní, pracoval jako šofér z povolání, nyní ve starobním důchodu. Po tělesné stránce se pacient léčil na hypertenzi a hepatomegalii a absolvoval šest operací: jednu na prostatu a pět na ortopedii pro totální endoprotézu levého kyčelního kloubu a následnou operaci femuru při komplikaci osteomyelitidou.

Na psychiatrii byl pacient poprvé vyšetřen v mé ordinaci v roce 2001, tedy ve svých 72 letech. Byl přiveden svou dcerou a vnučkou poté, co uhodil manželku holí a snažil se oběsit se na klíce od dveří, kam uvazoval smyčku provazu. Přitom vykřikoval, že se zabije, čímž patřičně vyděsil zbytek rodiny.

Pacient sám n mé dotazy sdělil, že žádné problémy nemá, naopak, je mu dobře, rád si dá pivo, každý den dvě a k tomu si dá půl litru kořalky. Předešlého dne si vzal půl litru rumu a „zašil“ se s ním do obýváku, aby ho nikdo nerušil a tam

si v klidu pil. Pak ale slyšel nějaké hlasy, myslel si, že za manželkou přišli nějakí chlapi a že je mu nevěrná, tak ji uhodil holí a řekl si, že se oběsí. Na manželku velice žárlí, protože byl čtrnáct dní v lázních, ona byla doma sama a určitě měla doma nějaké mužské. Aktuální datum pacient neznal, pouze věděl, že rok 2001, věděl, kde je, ale nevěděl, kolik mu je let, nějaké údaje z anamnézy musela doplnit dcera, protože si je pacient nepamatoval.

Podle sdělení dcery a vnučky pacient pije alkohol hodně, denně, pivo, rum, slivovici. Když se opije, tak se pomočí a pokálí, rozumná řeč s ním není, v noci často slyší nějaké hlasy a babičce (tedy své manželce) nadává. Hodně zapomíná, nechává puštěný plyn a vodu, často padá a sám nevstane, babička ho neuzvedne, takže tam leží a močí pod sebe. Babička se s ním hrozně natrápí. Babička žádného jiného muže nemá, to si děda vymýšlí.

Objektivní psychiatrický nálezn: Pacient je lucidní, mírně dezorientován, má značné poruchy paměti. V ordinaci se chová klidně, i když chvílemi má tendenci křičet a všeobecně nadávat, po napomenutí přestane. Řeč je souvislá, jsou přítomny emulační bludy. V noci v alkoholické ebrietě a ve stavu zmatenosti měl pacient sluchové halucinace, které jsou již odeznělé. Pacient byl v tomto stavu fyzicky agresivní vůči manželce a projevil suicidální tendence uvazováním provazu na kliku se záměrem se oběsit, čemuž zabránili příbuzní. A busus alkoholu je značný, pítí každodenní, v tahu, pivo i tvrdý alkohol. Pády s pomočením a pokálením. Nemá náhled chorobnosti.

Diagnóza: Závislost na alkoholu F10.2 podle MKN-10. Suicidální tendence strangulací ve stavu zmatenosti a alkoholové ebrietě.

Pacient byl v doprovodu dcery a vnučky ihned převezen do psychiatrického lůžkového zařízení. Propuštěn byl po dvou týdnech s diagnózou: incipientní demence smíšené etiologie G30.8 plus F00.2, tranzistorní stavy zmatenosti, abusus etylalkoholu podle dokumentace.

Pacient pak do mé ordinace nedocházel. Pobyt v jeho původním bydlišti již nebyl možný vzhledem k jeho občasně agresivitě vůči manželce a k jeho poruchám paměti, kvůli nimž zapomínal zavírat plyn, vodu i elektřinu, takže byl přestěhován do domova důchodců. Tam však nadále holdoval alkoholu a ve

stavech zmatenosti z domova utíkal. V roce 2003 byl proto opět hospitalizován s diagnózou: vaskulární demence – multiinfarktová G30.8 plus F01.1, syndrom demence smíšené etiologie (alkohol, plus arteroskleróza), pokračující abusus alkoholu.

Terapie: citalopram 20 mg denně, tiapridal 100 mg denně, risperidon 1,5 mg denně, melperon 75 mg denně, Pacient se po hospitalizaci vrátil do domova důchodců, kde v roce 2004 zemřel.“ (H. Kučerová a H. Haškovcová, Sebevraždy, strana 104-106)

Kazuistika IX

„Muž narozený roku 1958, zemřel roku 2006 ve svých 48 letech sebevraždou. Byl svobodný, bezdětný, žil s matkou. V rodině nebyla zjištěna psychiatrická přítěž Po tělesné stránce se léčil na hepatopatii v důsledku nadměrného požívání alkoholu. Byl vyučen opravářem zemědělských strojů a pracoval jako řidič z povolání.

Do mojí ordinace byl přiveden svým strýcem v roce 1995 (ve svých 37 letech) poté, co byl náhodně nalezen v lese v opuštěné hornické štole, téměř zmrzlý potom, co se opil a požil nemalé množství tablet Rohypnolu (flunitrazepam). Při vyšetření bylo zjištěno, že již mnoho let nadměrně požívá alkohol, pivo i kořalku a často se opijí. Pacient si nepamatoval, jak se dostal do štoly, ani to, že by chtěl spáchat sebevraždu. Avšak podle slov jeho matky i strýce se krátce před touto příhodou několikrát zmiňoval, že nechce žít a že si něco udělá. Pacienta jsem odeslala k psychiatrické hospitalizaci s diagnózou: závislost na alkoholu, stav po intoxikaci alkoholem a Rohypnolem, motivace pravděpodobně suicidální, palimpsest. Pacient byl hospitalizován tři měsíce a po počáteční detoxikaci absolvoval klasickou protialkoholovou léčbu. Diagnóza při propuštění zněla: závislost na alkoholu, při přijetí psychotická porucha – halucinóza. Tentamen suicidii. Hepatopathia chronica.

Po propuštění z ústavního léčení se měl pacient doléčovat v mojí ordinaci, což však neučinil, neabstinoval a vyvstal problém s jeho zaměstnáním jako řidiče z povolání. Při cíleném vyšetření psychiatrickém a též psychologickém v dopravně psychologické laboratoři bylo jednoznačně uzavřeno, že pacient řidičské oprávnění mít nemůže. Přesto, že po formální stránce bylo vše policii řádně

oznámeno mnou i praktickou lékařkou, pacient řidičský průkaz neodevzdal a nadále pracoval jako řidič.

Do mé ordinace se dostavil až po deseti letech, kdy byl přistižen policií, že řídil pod vlivem alkoholu, a řidičský průkaz mu byl odebrán. Pacient byl opět doveden svým strýcem, který mi celou událost převyprávěl a ještě dodal, že pacient mluví nějak divně, nějaké nesmysli, fyzicky napadl policisty a říkal, že se zastřelí. Pacient sám byl opilý, v obličeji zarudlý a hovořil o tom, že slyšel nějaké hlasy neznámých lidí, nepamatuje si, co mu říkaly, a vůbec, on se prý zde se mnou nebude bavit. Poté pacient odešel do čekárny, kde ho naštěstí zadržel jeho strýc, než jsem zavolala sanitku k odvozu do psychiatrického lůžkového zařízení.

Diagnóza: Psychotický stav u pacienta se závislostí na alkoholu, pravděpodobně alkoholická halucinóza, aktuálně alkoholová ebrieta, vyhrožuje sebevraždou zastřelením. Amnesticky tentamen suicidii léky a alkoholem. Pacient byl hospitalizován jeden měsíc, klasickou tříměsíční odvykací léčbu odmítl. Diagnóza při propuštění: alkoholická halucinóza, po přijetí doznívající, závislost na alkoholu IV. stupně, degradace osobnosti. Anamnesticky tentamen suicidii medikamenty. Suicidální výhrůžky a agresivita před přijetím. Pacient nemůže mít řidičské oprávnění.

Pacient pak opět do naší ordinace nedocházel. Šest týdnů nato přišla zpráva z chirurgie, kde byl operován po střelném poranění hlavy a mozku v sebevražedném úmyslu, kterému třetí den podlehl.“ (H. Kučerová a H. Haškovcová, Sebevraždy, strana 107-108)

Kazuistika X

„Žena narozená v roce 1962, vdaná, matka jednoho syna, měla základní vzdělání a byla nezaměstnaná. V rodině byla přítěž: jeden ze dvou bratrů se psychiatricky léčil pro neurotické potíže a druhý syn se narodil s mikrocefálií a v osmi letech zemřel. Pacientka pak absolvovala gynekologickou operaci pro sterilizaci. S pacientkou jsem se poprvé setkala v roce 1992, tedy v jejích 30 letech, když jsem ji ve své ordinaci vyšetřovala na žádost interního oddělení nemocnice, kde byla hospitalizována poté, co v sebevražedném úmyslu požila léky. Již při odebírání anamnézy pacientka upadla do hysterického záchvatu, kdy pobíhala po

místnosti, mávala rukama a křičela, že nebude odpovídat na moje otázky. Poté utekla, naštěstí ne daleko, ale ke kolegyni praktické lékařce, která měla ordinaci ve stejné budově. Tam ztropila další kravál, takže kolegyně ji zklidnila injekcí diazepamem. Poté mi volala, ať si pro pacientku přijdu, zpět do mé ordinace. Pak již pacientka spolupracovala. Udávala, že její manžel hodně pije alkohol, opijí se a pak ji bije, tak ho dvakrát bodla do břicha kuchyňským nožem a propíchlá mu tlusté střevo. Nyní jí čeká soud. Poslední konflikt se stal předchozího večera, kdy manžel přišel z hospody opilý a vyhrožoval jí zabitím, tak si vzala prášky a nechtěla už žít. Zapila je vodou, alkohol nepije. Omlouvá se, že v obou ordinacích tak vyváděla, ale jak si vzpomene na některé věci, co jí říkal manžel, nemůže se udržet.

Objektivní psychiatrický nález. Pacientka je lucidní, krátce po začátku vyšetření začíná hystericky vyvádět, po zklidnění injekčním diazepamem (podala kolegyně) spolupracuje. Udává vážné matrimoniální konflikty, před časem v hádce bodla manžela do břicha, čeká na soud, včera opět po hádce požila léky v sebevražedném úmyslu: 10 tablet Rohypnolu (flunitrazepam) a 27 tablet Mydoclmu (tolprison). Opakování činu nevyklučuje. Udává depresivní prožívání matrimoniální konfliktní situace, nevidí z něj východiska, je nezaměstnaná.

Diagnóza: Stav po suicidálním pokusu medikamenty v depresivní reakci na matrimoniální konflikt. Smíšené disociativní poruchy, konverzní hysterie, hysterické vyvádění F47.7.

Pacientka byla na é doručení ihned odeslána z interního oddělení k hospitalizaci do psychiatrického lůžkového zařízení. Kde pobyla tři dni, byla léčena psychoterapií, thioridazinem a byla zařazena do pracovní terapie.

Diagnóza: Stav po suicidálním pokusu léky v matřimoniálním konfliktu. Histrionická porucha osobnosti aktuální dekompenzace. Propuštěna byla bez medikace, ke svému suicidálnímu pokusu kritická. Poté přišla na kontrolu do naší ordinace, nejevila známky aktuální psychické poruchy a další pravidelné kontroly a psychoterapii odmítla s tím, že by přišla, jen kdyby něco potřebovala.“ (H. Kučerová a H. Haškovcová, Sebevraždy, strana 109-111)

Kazusitika XI.

„Žena, narozená 1923, zemřela roku 2006 ve svých 83 letech, byla vdaná, ovdověla ve svých 81 letech, měla tři děti. V rodině nebyla zjištěna psychiatrická zátěž. Pacientka tělesně vážněji nestonala, léčila se ve vyšším věku pouze na vysoký krevní tlak. Vzdělání měla základní a pracovala jako úřednice do odchodu do starobního důchodu ve svých 55 letech. Pacientku jsem převzala do své péče v roce 1991 po příchodu na psychiatrickou ambulanci v Hranicích na Moravě.

Psychiatricky se léčila od roku 1975, tedy od svých 52 letech, a byla celkem desetkrát psychiatricky hospitalizována. První tři hospitalizace byly po suicidálním pokusu, další pro hluboké depresivní stavy se suicidálními myšlenkami nebo úvahami. Počáteční diagnóza byla stanovena jako endogenní deprese involuční, od roku 2000 pak jako bipolární afektivní porucha F31 podle MKN-10. Pacientka měla dvě dlouhé remise, kdy na psychiatrii docházela a léky nebrala, a sice mezi léty 1982 až 1991 a 1995 až 2000.

Obraz depresivní fáze byl u pacientky vždy téměř stejný: hluboká depresivní nálada s anxiétou, anhedonie, nechut' a neschopnost cokoli dělat, ranní pessima, celková psychická i motorická zpomalenost, nespavost, pokles tělesné hmotnosti, pacientka nebyla schopna přijímat jídlo ani dostatek tekutin. V každé fázi byly přítomny sebevražedné myšlenky a úvahy a v prvních třech fázích se nemocná pokusila o sebevraždu: poprvé spolykala deset tablet Nitrazepamu, podruhé si nožem pořezala žíly na zápěstí a potřetí snědla osm semínek durmanu, který jim rostl na zahradě. Naštěstí vždy byla včas odvezena do nemocnice a zadržána a následovaly první tři psychiatrické hospitalizace.

Od roku 2000 se pak depresivní fáze střídaly s fázemi hypomanickými až výslovně manickými, kdy pacientka naopak byla velmi hovorná, mluvila hlasitě a hojně, byla velmi čilá, uklízela, vařila a dělala další domácí práce s nadměrnou energií. Pak zase náhle zvadla a upadla do deprese. Fáze se střídaly poměrně často a někdy „se přehouply“ rovnou jedna do druhé, takže udržení kompenzovaného průběhu této bipolární poruchy nebylo snadné. Její manžel a její tři děti o ni velmi pečovali, všichni byli dostatečně informováni o její nemoci a zavčas pacientku přivedli do naší ordinace. Pacientka sama pak již věděla, že jí hrozí, že si zase něco udělá, takže vždy bez problémů souhlasila s hospitalizací, která se tak uskutečnila včas a k dalším sebevražedným pokusům již nedošlo.

Medikace pacientky během téměř třiceti let její psychiatrické anamnézy se vyvíjela jak podle jejího klinického obrazu, tak podle vývoje léčivých preparátů. V prvních letech to byl imipramin a thioridazin, později mianserin a pimozid, pak sertralin a risperidon a nejnověji citalopram a amisulprid spolu s karbamazepinem jako stabilizátorem.“ (H. Kučerová a H. Haškovcová, Sebevraždy, strana 86-87)