

UNIVERSITA
JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

Bakalářské, kombinované studium

2009 – 2012

Bakalářská práce

Lenka Jírová

Sebevražda - smrt jako východisko z duševní krize

Praha 2012

Vedoucí bakalářské práce: JUDr. Mgr. Joža Spurný, Ph.D.

COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE

Bachelor, Combined Studies

2009 – 2012

Bachelor Thesis

Lenka Jírová

Sebevražda - smrt jako východisko z duševní krize

Prague 2012

The Bachelor Thesis Work Supervisor: JUDr. Mgr. Joža Spurný, Ph.D.

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 15. 6. 2012

Lenka Jírová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat JUDr. Mgr. Jožovi Spurnému PhD. za odborné vedení, podporu a pomoc, jenž mi věnoval při psaní této práce.

ANOTACE:

Teoretická část této práce se snaží nastínit a v základu popsat pojmy, které se problematiky sebevraždy týkají a definovat je v kontextu zdravotnické péče o sebevražedného pacienta.

Práce se snaží poukázat zejména na možnosti využití psychoterapie – jako jedné z integrovaných možností léčby.

Praktická část pak ukazuje tři konkrétní kazuistiky převzaté z praxe psychiatrické léčebny. Ty také zastupují konkrétní výsledky aplikovaného léčebného působení a snaží se svým prostřednictvím čtenáře s tímto tématem blíže seznámit.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Život, stres, krize, smrt, psychické onemocnění, hospitalizace, sebevražda, podpora, psychoterapie, aktivita, bezpečí, sebedůvěra, rodina

ANTOTATION:

The theoretical part of this work attempts to outline and describe the basis of concepts that relate to the issue of suicide and define them in the context of medical care for the suicidal patient.

This work tries to point out particular possibilities of psychotherapy - as one of the integrated treatment options.

The practical part shows three specific case studies taken from a psychiatric hospital practice. They also represent the concrete results of applied therapeutic effects and seeks by his readers with this theme more familiar.

KEY WORDS:

Life, stress, crisis, death, psychological disease, hospitalization, suicide, support, psychotherapy, activity, safety, self-confidence, family

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1. VYMEZENÍ POJMU SEBEVRAŽDA	10
1.1 HISTORICKÝ KONCEPT SEBEVRAŽD A SOUČASNÝ TREND	10
2. PŘÍČINY SEBEVRAŽEDNÉHO JEDNÁNÍ.....	16
2.1 RIZIKO SEBEVRAŽDY	17
2.2 DEPRESE	21
2.2.1 <i>Depresivní porucha</i>	22
2.2.2 <i>Príznaky deprese</i>	25
2.2.3 <i>Tzv. Černé myšlenky</i>	25
2.2.4 <i>Depresivní chování</i>	26
3. RIZIKOVÉ FAKTORY.....	28
3.1 DUŠEVNÍ ZÁTĚŽ A DUŠEVNÍ KRIZE	28
3.2 VNITŘNÍ A VNĚJŠÍ FAKTORY	31
3.3 PSYCHIATRICKÉ HLEDISKO SEBEVRAŽD.....	33
4. PSYCHOTERAPIE.....	36
4.1 DEFINICE PSYCHOTERAPIE.....	36
4.2 DĚLENÍ PSYCHOTERAPIE	37
4.2.1 <i>Podle délky trvání</i>	37
4.2.2 <i>Podle formy</i>	38
4.3 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ÚČINNOST A PRŮBĚH PSYCHOTERAPIE.....	39
4.4 PROSTŘEDKY PSYCHOTERAPIE.....	42
4.4.1 <i>Rozhovor</i>	42
4.4.2 <i>Sugesce</i>	43
4.4.3 <i>Imaginace</i>	43
4.4.4 <i>Relaxační metody</i>	43
4.5 PŘÍSTUPY V PSYCHOTERAPII	44
4.6 CÍLE PSYCHOTERAPIE	45
5. LÉČEBNÁ PÉČE A AKUTNÍ POMOC U SUICIDÁLNÍCH STAVŮ	46
5.1 KRIZOVÁ INTERVENCE.....	46
PRAKTICKÁ ČÁST	52
KAZUISTIKA Č. 1.....	53
KAZUISTIKA Č. 2.....	57
KAZUISTIKA Č. 3.....	62
ZÁVĚR	66
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ.....	68
BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE	73

ÚVOD

Suicidální jednání člověka, tedy akt vědomého a úmyslného ukončení vlastního života, je problematikou, se kterou se setkávají pracovníci širokého spektra pomáhajících profesí. Spolu se sebepoškozováním patří mezi nejzávažnější projevy autoagrese. Stojí za více jak 1% z celkového počtu úmrtí v ČR a je tedy jistě na místě se tímto jevem vážně zabývat.

Nejčastějším motivem k takto autoagresivnímu jednání je zátěžová situace, kterou jedinec není schopen zvládnout jiným způsobem, a kterou chápe jako zcela bezvýchodnou. V praxi je možné zachytit presuicidální syndrom (tedy suicidální chování, zahrnující sebevražedné myšlenky, pokusy a fantazie, po kterých teprve následuje vlastní suicidální jednání) a pokusit se tak o včasnou intervenci.

Jako způsob léčby se v současné době považuje za nejfunkčnější kombinace farmakoterapie a psychoterapie, jejíž úloha se jeví zcela nezastupitelná jak v akutní fázi, tak při pozdější snaze o resocializaci klienta a jeho znovu zapojení do běžného života.

Ať už je motiv sebevražedného jednání spojen s psychickým onemocněním, nebo jde o jev vycházející z reálných obtíží, je v akutní fázi často nutné přistoupit k hospitalizaci klienta. Aby mohlo dojít k postupnému zlepšení stavu a řešení obtíží, je třeba nejdříve stabilizovat psychický stav. V prostředí léčebných zařízení se tímto zabývá tým odborníků, složený z lékaře, psychologa, terapeuta a ošetřujícího personálu. Bývá nezbytné nasazení antidepresiva, zároveň s přistoupením k intenzivní psychoterapii. V pozdější fázi, po stabilizaci akutního stavu, je třeba zohlednit i sociální situaci klienta, případně zajistit následnou péči po propuštění z příslušného zařízení.

Formy psychoterapie bývají rozličné, v základu lze ale využít jak individuální psychoterapii, tak psychoterapii skupinovou. Jednotlivé psychoterapeutické přístupy se pak od sebe liší provedením, jejich prvním cílem je však vždy zvládnutí akutní suicidální krize a navázání kontaktu

s klientem. Na základě vzniklého vztahu mezi terapeutem a klientem může dojít ke hledání alternativních řešení a výhledu do budoucna, čímž se sníží, respektive eliminuje, riziko opakování suicidálního jednání.

Práce se snaží o ucelený pohled na problematiku suicidia a možnosti využití zejména psychoterapeutické intervence.

TEORETICKÁ ČÁST

1. VYMEZENÍ POJMU SEBEVRAŽDA

Sebevražda (latinsky suicidium) je většinou definována jako vědomé a záměrné chování, které je vedeno s cílem ukončit vlastní život. Světová zdravotnická organizace přijala v r. 1968 tuto definici: „Sebevražedný čin je útok proti vlastní osobě s různým stupněm úmyslu zemřít. Sebevražda je pak sebezničující čin s fatálním výsledkem.“ Rozlišuje se zde tedy sebevražedný čin zahrnující i pokus a dokonaný akt. Nejpodstatnějším rysem sebevraždy je dobrovolnost, vědomost.¹

Je zastoupená poruchou pudu sebezáchovy, generuje se v poruchách nálady (afektivity) a odráží v lidském chování specifickým obrazem, které se nazývá sebevražedné jednání.

Rozlišuje se dokonaná sebevražda: bilanční (někdy považovaná za jedinou „pravou“ sebevraždu), zkratkovitá, rozšířená a hromadná, dále biická a patická sebevražda, sebezabití; pak jsou nedokonané sebevraždy: demonstrační sebevražda (neboli parasuicidium) a sebevražedný pokus.²

Pozadí sebevraždy je jednoznačně formováno působením rizikových faktorů. Lze preventivně ovlivňovat míru jejího rizika a zacílit skupinu nejvíce ohrožených.

1.1 Historický koncept sebevražd a současný trend

Fenomén sebevraždy se objevuje během celé doby existence lidstva a jeho vnímání této oblasti se liší v závislosti na kultuře i čase. Sebevražda se tak

¹ www.sebevrazda.psychoweb.cz

² www.sebevrazda.psychoweb.cz

stává průběhem času otázkou cti a důstojnosti, stejně jako aktem opovržení a zatracení.

Po celém světě jsou díky sebevražednému jednání známa nejen jména významných sebevrahů a umělců, kteří se nechali tímto mystériem inspirovat k veledílům. Byly popsány společenské jevy, které s jednáním sebevraha úzce souvisely, ať už byl sebevrah skutečný nebo smyšlený. Tento druh chování mohl sloužit jako návod pro jednání dalších generací, nemusela ho schvalovat a také neschvalovala tehdejší mocnost a představovalo riziko doby i východisko v beznaději. V historii českého národa vešla rovněž do paměti jména osobností spojená se sebevražedným jednáním.

S aktem na protest je nejčastěji zmiňováno a připomínáno jméno Jana Palacha, známým se stal čin mladého studenta, který ukončil dobrovolně život pro vyšší ideu. Jméno českého prvorepublikového prezidenta a sociologa T. G. Masaryka spojilo lidskou společnost a projevy patologie ve spisu Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty, který u nás vydal sociologický ústav už v pěti vydáních a dodnes je v mnohém platný a aktuální. Souhrnně v něm nahlíží na problematiku jako na specifický společenský jev, mající svou vztahovou složku a rizika. Moudrým se dnes ukazuje Masarykův vhled do problému a nadčasové pojetí, akceptovatelné a použitelné i v současných podmínkách a dnešní době.

Ve své práci Masaryk tvrdil že, sebevražednost podléhá faktoriálním vlivům, úzce souvisí se stavem společnosti a její úrovní, je realizována podle možností, kterou udává sociální odpovědnost a zastoupené společenské hodnoty a role. Sebevražednost se tedy jeví jako výsledek působení pokrokové společnosti na život člověka a ovlivňuje ji míra dosaženého vzdělání a stav společenské a zdravotnické osvěty. A jelikož se jedná o akt čistě lidské povahy, souvisí s myšlením lidského jedince a jeho filosofickými postoji, je ovlivňován masovým náboženstvím a národním etickým cítěním.

„Nynější společenský hromadný jev sebevraždy je následek úpadku jednotného názoru světového, který křesťanství přivedlo k platnosti v lidu všech vzdělaných zemí. Boj svobodného myšlení s pozitivními náboženstvími

vede k beznábožnosti mas, tato beznábožnost pak znamená rozumovou a mravní anarchii a smrt.“³

Popsal dále vztah sebevraždy ke klimatickým a zeměpisným podmínkám a sebevražedné tendence významně spojil s morbiditou populace, nemocí tělesnou, duševní, a rovněž onemocněním sociální a etické roviny lidského působení.

Hlavní osobností, která svojí autoritou tuto tezi podpořila, byl francouzský sociolog Émile Durkheim, avšak např. profesor Howard Kushner ve svém příspěvku do knihy *Dějiny sebevraždy* tuto slavnou hypotézu zpochybňuje. Podle něj byly statistiky, které měly dokazovat korelaci mezi moderností a vzrůstem sebevražednosti, spíše využívány pro ilustrace tvrzení, které bylo dáno. Nikdo se tato data dopředu nesnažil hodnověrně ověřovat a hodnotit v pravé skutečnosti.

Sociolog, spisovatel a populizátor psychoanalýzy Bohuslav Brouk od 30. let minulého století psal také o životě a smrti, o úmyslné smrti, zmaru života, lidských snech a touhách. Jeho pojetí jsou vesměs sarkastická a dráždivá, spojují lidský život nebo jeho konec s erotikou a pudy. O aktu sebevraždy tvrdil, že v ní nelze vidět hrdinství, zato chorobnost, sentimentalitu a zbabělost ano.

„...lidé mohou vést tři způsoby života: oddat se práci, oddat se zločinu nebo propadnout choromyslnosti podle toho, jak je u nich základní konflikt převážně řešen. Veškeré úsilí, potřeba pracovat a tvůrčí činnost jsou pak výsledkem pudových přání, která jsou v tvůrčí činnosti sublimovaně ukájena, protože jejich přímé ukájení by vedlo k antisociálnímu chování. Vzhledem k tomu, že zejména tvořivost nejlépe uspokojuje tato přání, stává se tvorba podle psychoanalytických úvah ochranou proti propuknutí duševní choroby.“⁴

³ MASARYK, Tomáš, G. *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*. 1998, s.143

⁴ HŘÍBKOVÁ, Lenka. *Nadání a nadání*. 2005, s. 25–26

V tom mrazu nelze smát se, ni pocítiti žal
Je kolem bílé ticho — sních tiše padá dál.
Nic přírody se netkne, je jako před lety.

Sám v mrazu bloudíš plání, vědom si smrti své.
Vláda tě odpravila, však příroda ta ne.
Ač plání bloudíš stále a zíráš dokola,
nejsi už vlastně živý, jen živá mrtvola.

Nehne se ani větev nad tvójím zánikem
Ne život, ale smrt ti bude riskantním podnikem.
Vracíš se do hotelu, kdekdo tě objímá.
Zármutek nad svým skolem mrtvola přijímá.

Posmrtný začal život a zebe víc než mráz.
Nezahřeješ se dřívě, nežli si zlomíš vaz.
Člověkem stal ses byvším, bizarní osobou,
schopnou den svého skonu vyplnit rukou svou.⁵

V minulosti všichni, kteří se zajímali o sebevraždy ze sociologického či psychosociálního hlediska, však skutečně postrádali relevantní údaje o jejím výskytu a výzkum obecně chyběl, včetně primární péče. V předmoderní době společnost záměrně usilovala o umělé vymícení sebevraždy, data potvrzující její výskyt se záměrně zkrusovala nebo neevidovala a téma dobrovolného ukončení života se tabuizovalo nebo démonizovalo, podle toho, jaké měla společnost tou dobou nastavení.

Také v historii českého národa existovaly znepokojivé odhady vývoje sebevražd, o tehdejším faktickém stavu však informovaly jen „bezpečné“ zdroje. Pravý stav věci se podstatně odchyloval od nabízeného ideálu. Ve vývoji sebevražedných tendencí napříč dobou zesilovaly vlivy, především církve, církevních a společenských dogmat a také nelibost zákonných složek.

⁵ HRÍBKOVÁ, Lenka. *Nadání a nadání*. 2005, s. 136

Uvnitř společnosti se upevňovalo sociální nevědomí a zvyšovala se psychická izolace.

Rigidní postoje nehybně zůstávaly, sociální povědomí se neměnilo, ale vládnoucí aparát mohl manipulovat lidskou odpovědnost i tím, že svobodný život držel pod kontrolou, a to na jednotlivce mělo dvojí účinek. Co bylo jednomu záštitou a záchranou, to bylo jinému impulzem k nesnesitelnosti, které je třeba se postavit nebo z ní utéct. O eliminaci rizika sebevražd nemohla být řeč.

Jako další spojil historické jevy K. Pinnow, když referoval o představách komunistů bolševického Ruska, kteří před vítězstvím své revoluce předpokládali, že po vytvoření nové společnosti sebevražda zůstane už jen coby buržoazní přežitek a jako příznak individualismu bude zcela vymýcena. Když se tak ve skutečnosti nestalo, zmizely na určitou dobu i údaje všech oficiálních sebevražedných statistik. Způsobem jejich ideologie byla ze světa sebevražda vymýcena. Ne prakticky, alespoň virtuálně. Statisticky se vedly, ale data byla přísně tajná a určená pouze pro zasvěcené. Nikdo neměl srovnání s faktickou realitou a jejími čísly.

Koncem 19. stol. proběhla reforma metodického sběru dat a takto získané údaje začaly odpovědně evidovat a spravovat úřady. Důsledkem toho ihned také v české republice stoupl počet sebevražd zhruba o třetinu a v Rakousku - Uhersku po obdobné reformě sebevražednost statisticky vzrostla na dvojnásobek. Masaryk byl kritizován, vztah mezi vyšší sebevražedností a ústupem náboženství nebyl zcela prokazatelný, ani sám výskyt sebevraždy na stupních společenského vývoje.

Dlouhodobě chyběl trend posuzovat sebevraždu z hlediska vztahu člověka k sobě sama, svou vlastní odpovědností. Pohled zvenčí zpočátku člověka určoval Bohu, posléze vladaři a až nakonec jemu samotnému.

Při hodnocení a interpretaci byl fenomén sebevraždy sledován v proměnách legislativního a intelektuálního vývoje a pod různým úhlem klasifikován ve škále někde od ďábelského zločinu, přes projev bezvěrectví a beznaděje, k zoufalství zaviněnému společností, až po čin nehodný občana. Často byla hodnocena jako akt lidské /ne/svobody, ale končící patologií v

mysli vlivem úpadku úsudku. Shrnutí - pohybovala se v rozmezí od těžkého hříchu k šílenství.

Nyní názory, ať starší či pokrokovější, na tento akt nahlíží jako na svobodný, který ale nelze nikým jednoznačně schválit nebo podpořit, avšak týkající se především individua a je zapotřebí na ní takto nahlížet, s projevem soucitu a účasti.

Vedle pojetí suicidálního jevu jako sociální patologie se ve společenském mínění odráží i dnes křesťanské odsouzení tohoto činu. Křesťané zastávají, že žádný druh vraždy ani sebevraždy není možné ospravedlnit. Názor katolického apologetika je, že sebevražda je zásadním hříchem, konečné a absolutní zlo a člověk, který zabije sebe, jako by zabil celý svět.

S Palachem byl však u nás na jeho obranu ocitován výrok, že sebevrah je člověk, který pohrdá životem, zatímco mučedník pohrdá smrtí. Papež Pavel VI. Po palachově smrti prohlásil, že není možné schvalovat tuto tragickou formu svědectví, ale jeho hodnotu je třeba uchovat, jelikož poukazuje na svrchovanost oběti, obětováním sebe sama z lásky k druhým. Při takovém postoji ovšem přestává být Palach sebevrahem a stává se dobrovolnou obětí přítomnosti za lepší budoucnost.

2. PŘÍČINY SEBEVRAŽEDNÉHO JEDNÁNÍ

Pokud jde o důvody vedoucí k sebevražděnému chování, je důležité připomenout, že závažně dopadá na zdraví lidské veřejnosti a nejčastěji bývá za hlavního činitele a spouštěče stresových stavů uváděn sám stres.

„Pod slovem stres rozumíme reakci organismu na nadměrnou zátěž. Stresová odpověď se často objevuje po stresorech v mezilidských vztazích. Psychosociálním stresorem bývá některé chování lidí. Ovšem zda se jím stane, o tom rozhodne náš postoj k němu – naše hodnocení a očekávání. Ze zdravotního hlediska jde spíše o míru stresu a o to, jak často se objevuje. Škodlivým se pak stává překročení určité individuální hranice v tom, jak silný stres člověk prožívá a jak často.“⁶

Příčinami bývají často obtížně zvládnutelná sociální zatížení a znevýhodnění, pokles sebehodnocení a sebedůvěry, narušené sociální vztahy, často snášená agresivita na pracovišti, ve škole nebo v rodině. Dále nedostačující spánek, pokleslá nálada, příznaky posttraumatické poruchy, nezvládnuté pocity hněvu, studu a významný pocit společenského odcizení nebo izolace. V sociální oblasti jsou uváděny obavy z možných soudních pří, nekončící řešení právních sporů a trestních záležitostí, pochybnosti o vlastních kvalitách, kariéře a úvahy o předčasném odchodu z aktivního života a zaměstnání.

Sebevražedné myšlenky předcházejí sebevražděnému jednání a to je předvojem reálného aktu sebevraždy. Lidé po dlouhodobé zátěži nebo s oslabenými adaptačními procesy mohou mít pocit, že pokud nejsou schopni vyrovnat se s kritickou situací, může míru jejich úzkosti snížit vlastní sebedestruktivní jednání. I takové, jakým je sebevražda či pokus o ni. Je jisté, že jde o úmyslný čin, a ten může být rozdělen buď na pokus, nedokonaný nebo dokonaný akt. Výsledek závisí na způsobu provedení, na místě realizace, době, pečlivosti přípravy, fyzickém i psychickém stavu člověka a především na tom, zda je plánovaný nebo jako důsledek impulsivního jednání – afektu.

⁶ PRAŠKO, Ján; PRAŠKOVÁ, Hana. *Asertivitou proti stresu*. 2007, s.14

Úzkosti dávají do pohybu nejčastěji ty události, které mají přímé dopady na základní kvality bezpečného života, fyzické a duševní pilíře existence a systém vlastních uznávaných hodnot. Jsou jimi na příklad:

- finanční rezervy, sociální jistoty, materiální a kapitálové hodnoty (rizika ztrát, osobních bankrotů a nejistot)
- fyzická a duševní nezávislost a soběstačnost (riziko narušení či ztráty, invalidita, právní způsobilost, nesvoboda volby)
- emocionální stabilita a funkční vztahy (při úmrtích, rozvodech- strach ze samoty, izolace, ztráta milované osoby- smyslu života a životní náplně)
- systém funkčních adaptačních procesů (eustres + dystres, narušení vyvolávají náhlé traumatické události, selhání, u obětí, dlouhodobá neúměrná zátěž)
- lidská důstojnost a dodržování lidských práv a svobod (strach z těchto ztrát prohlubuje duševní krizi, omezování práv vede k izolaci, ztrátě víry, důvěry ve spravedlivý život)
- smysl vlastní existence a právo na zachování života (máme-li, pak trvá osobní účast na životě - neztrácíme se ho, ani v těžkých chvílích)

2.1 Riziko sebevraždy

Při zátěžích neúnosného charakteru, nezpracovaných traumatech a jiných šokových stavech se možnou útěchou narušené psychice stává sama existence a význam v jejím konfliktu. Takto trpící osobnost je plná viny, je fyzicky nebo duševně nemohoucí, je labilní nebo bezradná, a tak může neadekvátně vyhodnocovat a interpretovat své možnosti, stavy a pozice v nich. U takto oslabených jedinců může psychika generovat mylný předpoklad, že jejich život by se skutečně mohl stát řešením a východiskem z jinak neřešitelné situace.

Odborníci vysledovali vliv genetického faktoru spojeného s vyšším výskytem sebevraždy v rodinách u zatížených jedinců, které zastupuje rizikovější skupinu danou zachycením sledovaného jevu již v minulosti (podobně jako u syndromu závislosti). Ti jedinci, kteří prokazatelně trpí sebevražednými myšlenkami nebo tyto tendence již realizovali, nejčastěji mají v rodině zvýšenou psychiatrickou zátěž nebo proběhnuté sebevražedné jednání, eventuelně přítomné myšlenky na sebevraždu, psychiatricky sledované či neléčené onemocnění nebo závislost.

Všechny životní události působící na psychiku člověka musí mít vhodné podmínky pro zpracování a toho lze dosáhnout potřebnými mechanismy, které působí na prožívání v přítomném čase při potřebném rozložení sil. Projevující se duševní únava u člověka mívá tělesnou odezvu a značným potížením tohoto charakteru se říká psychosomatická onemocnění. Psychosomatické vztahy jsou potvrzením mocného působení jednoho celku na druhý a zastává princip vnitřního prostředí, včetně funkce žláz s vnitřní sekrecí. Rovněž hormonální prostředí člověka je schopno podkreslit stresovou nebo jinak silnou reakci na patřičný podnět. Syndromy manifestující ohrožení nebo šok spouští mechanismy v organismu, které se podílí na psychických jevech a procesech, obecně reakcích na podnět. Ty odrážejí schopnosti organismu na zátěž určitým způsobem reagovat.

Nejvyšší výskyt sebevražd byl statisticky zaznamenán u indiánských mužů, přičemž platí obecně, že mladí muži na venkově jsou sebevraždou ohroženi více, než jejich vrstevníci ve městech. Mladí homosexuálně zaměřeni lidé se o sebevraždu pokoušejí dvakrát až třikrát častěji než mládež obecně, zejména tváří v tvář psychosociálnímu břemeni spojenému s odhalením své sexuální identity. Občas se setkáváme s „epidemiemi“ sebevražd, během nichž si mladí lidé postupně či najednou berou život pod vlivem jiné sebevraždy nebo dalších spouštěcích momentů v jejich komunitě. Se zmíněným jevem souvisí také zvýšené riziko úvah o sebevraždě či pokusů o ni u dospívajících, které tato smrt připravila o blízkého přítele.

S úvahami o sebevraždě a pokusy o její uskutečnění je spojena řada rizikových faktorů. V některých rodinách se sebevražedné jednání vyskytuje

opakovaně. Mnohé studie potvrzují, že příbuzní obětí sebevražd mají zvýšené riziko úspěšných i neúspěšných pokusů o skoncování se životem, což bývá vysvětlováno předpokládaným vyšším výskytem psychiatrických onemocnění nebo poruch v těchto rodinách.

Vztah mezi sebevraždou a jejím výskytem v rodinné anamnéze je do určité míry nezávislý na dědičné psychopatologii. Ať už je rodinná anamnéza jakákoli, představuje předchozí pokus o sebevraždu nejvýznamnější rizikový faktor pro úspěšné završení podobné snahy do budoucna. K úvahám o sebevraždě mají nepochybně vztah také závažná somatická onemocnění či omezení, anamnéza tělesného či psychologického traumatu, případně zneužívání a týrání v dětském věku.

Mezi psychosociální rizikové faktory sebevraždy dospívajících patří anamnéza psychického onemocnění, poruch nálady, agresivního a impulsivního chování a emocí, sociální vyčleněnost a závislost na alkoholu či drogách. Ze zevních faktorů se bezprostředními podněty k úvahám o sebevraždě nebo k pokusům o její uskutečnění stávají prožité traumatické životní události, významná ztráta či rozkol v rodině, nedostatek vztahové a jiné sociální opory, popřípadě neúspěchy ve škole či v zaměstnání.

S růstem výskytu duálních (zdvojených) diagnóz, je třeba říci, že vlivem civilizačních nároků v populaci roste procento lidí závislých na alkoholu a jiných drogách, zrovna jako poruchy efektivity a adaptačních mechanismů.

Ví se prokazatelně, že jedinec zatížený alkoholismem s postupnou deprivací osobnosti propadá současně těžké depresi a ztrácí smysl života. Smutek se snaží oslabit alkoholem, místo úlevy a pomoci přichází však tvrdší realita a hlubší deprese. Častější užívání alkoholu, nárůst frustrace a mnohdy dobrovolný odchod ze života se stává únosnějším východiskem z duševní krize.

Užívání drog v kombinaci s atakou psychické choroby udává zhoršený obraz nemoci, osobnost i tělesná schránka rychleji upadá, slábnou sociální dovednosti, často dříve, než se stačily plně rozvinout. Jejich absence zásadně ztěžuje rehabilitaci. Riziko suicidia stojí za zády každému závislému

pacientovi a to se přímo úměrně zvyšuje s upadáním jeho zdraví a životní úrovně.

Příznaky neléčené deprese mají standartní obraz a přirozeně působí tzv. chronifikaci nemoci u pacienta. U nemocného se vlivem choroby nebo dlouhodobé zátěže rozvíjí závažný patologický stav, narůstá intrapsychická tenze, sílí smutek a obavy z budoucnosti. Přidružují se psychosomatické příznaky, ztrácí se chuť k jídlu a svalová síla, osobnost i tělo nemocného chátrá, trpí malnutricí, sníženou tělesnou i kognitivní aktivitou, organicituje. Akutně hrozí stav, který nemocného ohrožuje na životě. Takové onemocnění si neodkladně žádá odbornou péči, většinou formou hospitalizace na uzavřeném oddělení některého z léčebných psychiatrických zařízení.

Hospitalizace se často opakují, intervaly remisí se postupem času zkracují. Sebevražedné myšlenky a tendence suicidálního jednání mohou být přítomny již po krátké atace choroby nebo relapsu a je třeba obzvláště u akutních příjmů detekovat sebevražedné úmysly a riziko klasifikovat ihned jako zvýšené, uzpůsobit tomu léčebný standard. I přesto, že pacient podléhá stabilnímu dohledu, veškerý personál pečující o pacienta musí brát zřetel na fakt, že se jedná o osobnost ohroženou rizikem sebevraždy s vysokou mírou realizace, že tato výše se mění a vážně míněné záměry mohou být skrývané či zastírané.

S rizikem sebevraždy se můžeme setkat na všech odděleních psychiatrie, klinické psychologie, v oborech běžné medicíny, porodnicích, krizových a pomáhajících centrech, specializovaných poradnách a terapeutických zařízeních, v celé ambulantní sféře, v domovech pro nesoběstačné nebo jinak handicapované jedince nebo v domovech seniorů, mládeže, na ubytovnách svobodných a sociálně znevýhodněných matek, v diagnostických a výchovných či poradenských zařízeních, ústavech dlouhodobé sociální péče, určených k výkonu trestu, soudních detencí. Objevují se ve specializovaných a pedagogicko-výchovných zařízeních pobytového typu, internátech, kasárnách, na dětských táborech, v místech veřejných setkání.

Z uvedeného vyplývá, že všude tam, kde se člověk začleňuje nebo vyčleňuje ze svého sociálního prostředí a rodiny, se může setkat s potenciálním sebevrahem. Všude tam, kde se člověk nějakou formou realizuje, může zároveň i trpět pocity opuštěnosti a osobního selhávání. Tam, kde si odpykává trest nebo na něj čeká, trápí jej bezvýchodnost a psychosociální izolovanost, volá po zájmu a spoluúčasti na problému, volá po pomoci a pochopení.

Většina psychiatrů nebo klinických psychologů alespoň jednou za svoji praxi zažijí, že v jejich péči suiciduje pacient během léčby. Tato skutečnost je považována za vážné profesionální riziko s dopady na psychiku i profesní celistvost odborníka, ohrožuje zdraví zdravotnických a jiných pomáhajících profesí. Přestože jde o situace, které jsou relativně časté, bývají nedostatečně zpracovávány a diskutovány a nejsou dostatečně projektovány do speciálních výcviků pro tyto profese. Celkově není této problematice věnován adekvátní prostor pro zpracování a problém suicidia se tím umocňuje a přechází z řad pacientů do řad pečovatелů a lékařů.

2.2 Deprese

Normální smutek patří ke každodennímu, běžnému prožívání. Střídání nálady a smutek patří do každodenního lidského života, protože nálada bývá spojená se sebehodnocením a s tím, co právě děláme a jak na to reaguje naše okolí. Drobné nezdary, které během dne prožijeme nebo způsobíme, mohou zapříčinit, že naše nálada zakolísá nebo poklesne, ale stále se nejedná o depresi nebo něco nenormálního, co vyžaduje odbornou péči. Tyto stavy bývají přechodné a lze je odreagovat a to trvale. Tímto se od sebe běžná stresová událost liší od pravé deprese.

„Smutkem reagujeme na ztrátu, zejména pokud je nevratná. Ztráta člověka, kterého milujeme, přirozeně vede k hlubokému smutku. Smutek může trvat měsíce, nicméně člověk je zpravidla schopen chodit do práce a fungovat v rodině. Proto nemluvíme o depresi. Deprese může navazovat na smutek ze ztráty – pak ovšem člověka ochromí, takže jeho fungování je výrazně oslabeno.

Smutek je více o tom druhém, kterého jsme ztratili, deprese je více o nás, o tom, že se s tím nejsme schopni vyrovnat.“⁷

2.2.1 Depresivní porucha

„Depresivní porucha je onemocnění celého organismu, které postihuje tělo, náladu, myšlení i chování. Ústřední problém při určitém zjednodušení by se dal popsat jako celkový nedostatek energie. Je způsoben změnou neurotransmise některých biogenních aminů v mozku. Tento stav depresivní člověk vnímá v celkové únavnosti, nesoustředěnosti, ochablosti těla, zpomalení myšlení i pohybů. Nedostává se mu energie ani na to, aby mohl spát a aby se mohl radovat. Automatické depresivní myšlenky prohlubují depresi, depresivní emoce vedou ke zvýraznění depresivních tělesných projevů, tělesné projevy posilují depresivní chování, což si člověk v depresi interpretuje dalšími depresivními myšlenkami. Takto se může míra deprese v bludném kruhu postupně zvyšovat nebo udržovat.“⁸

Deprese patří do skupin onemocnění, které je třeba léčit, jelikož vede ke stavům utrpení a zasahuje do širokého sociálního okolí člověka, který byl, nikoli ze své vůle, depresivním onemocněním postižen. Deprese neznamena, že je člověk „nenormální“ nebo „bláznivý“, ani to není známka osobní slabosti. Bez léčby mohou příznaky úzkosti a deprese trvat i léta, ale včasná léčba pomůže naprosté většině postižených zbavit se příznaků. U depresivního jedince velmi často hrozí ztráta smyslu života, selhání funkčního systému, který jej udržuje v potřebném životním nasazení a mnohdy neléčená deprese vede k sebevražedným myšlenkám a pokusům o předčasné ukončení vlastního života.

Nejvíce kompetentní pro léčbu deprese je odborník – psychiatr. Nejdůležitější pro léčbu a předcházení deprese je užívání léků, ale velmi může pomoci psychoterapie, která pacienta naučí porozumět sobě i tomu, co se

⁷ PRAŠKO, Ján; BULIKOVÁ, Barbora; SIGMUNDOVÁ, Zuzana. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. 2009, s.10

⁸ Tamtéž. 2009, s. 56

při depresi děje a zvýší odolnost vůči stresorům. Postiženému může hodně pomoci laskavé a trpělivé přijetí od rodiny a přátel.⁹

Rozlišujeme několik stupňů deprese:

Mírná deprese - nemocný funguje v běžných životních rolích, ale nálada je změněná a dotyčný ztrácí elán do činností i mezilidských kontaktů, uzavírá se do sebe

Středně těžká deprese - nemocný přestává chodit do zaměstnání, vykonávat systematicky nějakou činnost mu činí potíže, bývá tenzní a psychomotoricky zpomalený, izoluje se od okolí, necítí se zdravý a naopak, tíží jej pocity viny a objevují se sebevražedné myšlenky. Tato fáze je indikovaná k léčbě v pracovní neschopnosti nebo i hospitalizaci v lůžkovém zařízení.

Těžká deprese - nemocný se přestává starat sám o sebe, má těžkou poruchu nálady a ta prakticky nemocnému znemožňuje vykonávat jakoukoli činnost a je neustále pohroužen do myšlenek na smrt a sebeobviňování. Dlouhodobá hospitalizace v lůžkovém zařízení je nevyhnutelná.¹⁰

Tabulka příznaků deprese podle **MKN** (mezinárodní klasifikace nemocí) ukazuje přehled diagnóz podle jejich oficiálního seznamu:

F30.0 Hypománie

F30.1 Mánie bez psychotických symptomů

F30.2 Mánie s psychotickými symptomy

F30.8 Jiné manické fáze

F30.9 Manická fáze, NS

F31.0 Bipolární afektivní porucha, současná fáze je hypomanická

F31.1 Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická bez psychotických symptomů

F31.2 Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická s psychotickými symptomy

F31.3 Bipolární afektivní porucha, současná fáze lehká nebo střední deprese

⁹ Tamtéž. 2009, s. 8

¹⁰ Tamtéž. 2009, s. 11

F31.4 Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžké deprese bez psychotických symptomů

F31.5 Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžká deprese s psychotickými symptomy

F31.6 Bipolární afektivní porucha, současná fáze smíšená

F31.7 Bipolární afektivní porucha, v současné době v remisi

F31.8 Jiné bipolární afektivní poruchy

F31.9 Bipolární afektivní porucha, NS

F32.0 Lehká depresivní fáze

F32.1 Středně těžká depresivní fáze

F32.2 Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků

F32.3 Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky

F32.8 Jiné depresivní fáze

F32.9 Depresivní fáze, NS

F33.0 Periodická depresivní porucha, současná fáze je lehká

F33.1 Periodická depresivní porucha, současná fáze je středně těžká

F33.2 Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká, ale bez psychotických symptomů

F33.3 Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká s psychotickými příznaky

F33.4 Periodická depresivní porucha, v současné době v remisi

F33.8 Jiné periodické depresivní poruchy

F33.9 Periodická depresivní porucha, NS

F34.0 Cyklothymie

F34.1 Dysthymie

F34.8 Jiné perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálady)

F34.9 Perzistentní afektivní porucha (porucha nálady), NS

F38.0 Jiné jednotlivé afektivní poruchy (poruchy nálady)

F38.1 Jiné periodické afektivní poruchy (poruchy nálady)

F38.8 Jiné určené afektivní poruchy (poruchy nálady)

F39 Neurčená afektivní porucha (porucha nálady)¹¹

¹¹ <http://www.deprese.psychoweb.cz/deprese-uvod/kody-diagnoz-mkn>

2.2.2 Příznaky deprese

Mezi nejčastější příznaky depresivního chování patří:

- přetrvávající smutná, úzkostná nebo prázdňá nálada
- pocity viny, bezmoci, ztráty smyslu života
- ztráta zájmu nebo radosti z koníčků a činností, které vás těšily
- ztráta zájmu o sexuální život
- nespavost, předčasné ranní probouzení, nebo naopak nadměrná ospalost a spavost i během dne
- ztráta chuti k jídlu, výrazné snížené váhy, nebo naopak přejídání se a přibývání na váze
- pokles energie, únava, ospalost, malátnost – jednoduché činnosti vyžadují nadměrnou námahu
- nadměrné polehávání nebo posedávání, nemožnost se přinutit k činnosti, odkládání činností
- myšlenky na smrt nebo sebevraždu, pokusy o sebevraždu
- neklid, nervozita, nadměrná podrážděnost, výbušnost
- potíže se soustředěním, zapamatováním, rozpomínáním a s pamětí vůbec a problémy s rozhodováním
- přetrvávající tělesné příznaky, jako je bolest hlavy, poruchy trávení, zácpa, dlouhodobé bolesti
- tíha na hrudi, ztuhlost tělesného svalstva, snadná únavnost
- nadměrná ustaranost, časté pocity napětí ¹²

2.2.3 Tzv. Černé myšlenky

Depresivní nemocné neustále trápí negativní myšlenky, které nebývají založeny na objektivních faktech, realitu odráží zkresleně a katastroficky. Tyto myšlenky brání nemocnému, aby se věnoval činnostem, díky kterým by se

¹² PRAŠKO, Ján; BULIKOVÁ, Barbora; SIGMUNDOVÁ, Zuzana. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. 2009, s.15

mohl cítit lépe. Depresivní člověk nejčastěji myslí na vlastní hodnotu a schopnosti, především ty, které mu podle vlastního sebehodnocení chybí.

Nejčastější témata automatických depresivních myšlenek:

- Obavy (týkají se zítřejších úkolů a zdraví – svého a rodiny, finanční situace, existenčních problémů, chování druhých osob i vlastního apod.)
- Předvídání horšího (selhání) a tragické vize budoucnosti
- Pocity viny a sebeobviňování
- Komplexy méněcennosti ¹³

2.2.4 Depresivní chování

Lidem trpícím depresí ubývá aktivita a iniciativa a psychické tempo mívají výrazně snižené. Jejich pozornost odvádí depresivní myšlenky, nevydrží déle u jedné činnosti a nemají chuť ji ani začínat. Je běžné, že na všechny své potíže neustále myslí a stěžují si na příznaky, které je trápí. Toto chování je reakcí na depresi a postiženého zaskočí a ohrožují na jeho zdraví. ¹⁴

Mezi tyto příznaky patří nízká úroveň aktivity, odkládání činnosti, vyhýbavé chování, vyhledávání pomoci a ujištění, zanedbávání příjemných a rekreačních aktivit, izolace, sebevražedné jednání. ¹⁵

Podle dnešních představ nejsou depresivní poruchy způsobené jedinou příčinou, ale spíše společným působením řady dílčích příčin. Některé z nich jsou vrozené, zděděné, jiné jsou způsobeny vlivy prostředí, v němž nemocný žije, životosprávou, kterou si zvolil, událostmi, které prožil, a sociálním prostředím, ve kterém se pohybuje. ¹⁶

¹³ Tamtéž. 2009, s.19

¹⁴ Tamtéž. 2009, s. 20

¹⁵ Tamtéž. 2009, s.20

¹⁶ Tamtéž. 2009, s. 47

Beckova stupnice pro posuzování závažnosti deprese

Beckova posuzovací škála deprese je dotazník, který se vyhodnocuje jednou týdně. Ukazuje celkovou míru deprese. Obsahuje 21 skupin tvrzení. Dotazovaný na arch zaznamenává každý den ta tvrzení, která jej nejlépe charakterizují. Součet všech položek udává celkový skóre deprese.¹⁷

Přesné stanovení výskytu deprese a její aktuální fáze je obtížné. Hodnocení může být nepřesné, podléhá vlastním změnám ve vývoji choroby a příznaky podléhají svému nositeli, jeho osobnosti a vlivům na psychiku nemocného, rozvoji choroby, genetické výbavě nemocného a somatickému stavu. Řada příznaků se objevuje v důsledku manifestace základního onemocnění nebo může jít o nežádoucí účinky některých léčebných postupů, jako při odvykacích stavech nebo odnětí nebo i účinku psychoaktivních látek a látek.

Symptomy spojované s depresí, jako např. únava a ztráta energie, porucha soustředění, paměti a spánku. Změny v prožívání i myšlení, vyjadřování emocí, poruchy smyslové, mohou být přítomné i mnoha jiným stavů a nemusí se jednat o průvodní znak depresivního onemocnění nebo poruch s depresivní náladou. Depresivní stav je v současné době často klasifikován u neurotických a úzkostných stavů vlivem přepracování a působení stresových faktorů. Místo onemocnění depresí je přítomná rozlada a místo antidepressiv je na řadě psychoterapie a úprava životního stylu.

Ukazuje se, že sebevražda není izolovanou situací, ale že jde o dynamický proces. Ačkoli bylo provedeno mnoho studií, jejichž cílem bylo objasnit tyto vztahy, je nesnadné předpovědět, zda konkrétní osoba bude pokračovat od jedné formy sebevražedného chování k další nebo zda u prvního suicidálního pokusu skončí. Údaje o rizikových faktorech sebedestruktivního jednání se získávají z psychologických studií obětí sebevraždy a ze šetření zaměřených na ohrožené vzorky populace, z rozhovorů s psychiatrickými pacienty a klienty center a poraden.

¹⁷ Tamtéž. 2009, s. 27

3. RIZIKOVÉ FAKTORY

3.1 Duševní zátěž a duševní krize

Duševní krize nastává, jestliže se jedinec střetne s překážkou, kterou není schopen zvládnout vlastními silami v přijatelném čase a navyklym způsobem. Tento stav je spojen s narušením nebo ztrátou duševní rovnováhy, jež sama o sobě není duševní chorobou ani nemocí, ačkoli pokud nedojde k řešení, může v ní vyústit. Nejčastějšími zdravotními potížemi, které souvisí s krizí, jsou depresivní stavy, tenze a rozličné tělesné příznaky nemající objektivní základ (bolesti hlavy, zad, žaludku).

Lidé, kteří mají při zátěžových situacích dostatek sil, jednají racionálně a bez zbytečných odkladů a průtahů, ti většinou specifickou psychoterapeutickou podporu nepotřebují. Obvykle krizové situace řeší sami nebo s pomocí svých známých a blízkých. Je obecně známo, že danému jedinci nejlépe pomůže rodinná podpora i opora zvenčí, zázemí, jež je pevné a stabilní. Naopak slabá a nestabilní rodina jednotlivce destabilizuje a nechrání před vnějšími zátěžovými vlivy. Obecně lze tedy říci, že bez stabilní rodiny není stabilního jednotlivce.

Nejčastěji se na lékaře obracejí lidé, nacházející se v akutní krizi, do které se dostali po náhlé, neočekávané situaci (těžká nemoc či ztráta blízkého člověka). Může jít také o krizi dlouhodobou, chronickou, v níž vyústila krize akutní. K manifestaci duševní krize dochází v situacích tělesného oslabení - horečnaté infekční onemocnění, nedostatečný příjem potravy, abusus alkoholu. Velkou skupinu pacientů žijících v chronické krizi tvoří ti, kteří psychosomatizují. Objektivní nález těchto pacientů neodpovídá subjektivním steskům. Jde v podstatě o způsob, jímž se pacient vyrovnává s dlouhodobou zátěží, s neoptimálním způsobem života či s obavami z budoucnosti.

Velmi vážným a bohužel i častým řešením duševní krize je sebevražda. Za suicidální chování je považován trvalý stav se sebevražednými představami, úvahami, vyhrožováním, pokusy a konečně dokonáním sebevraždy.

Probíhající těžké psychické procesy vyvolávají v těle celkovou patovou nebo obrannou reakci s projevy selhávání běžných funkcí v různých tělových systémech, změna dozrává do prožívání a vnímání člověka, ta se manifestuje velkou řadou projevů. Konstantní zůstává jen složka pudová, tedy instinktivní základ člověka. Individuální je práh bolesti a celkové snášení bolesti. Sebevražda jako projev zaměřený svou agresivitou proti vlastnímu tělu může být zastoupen pudovým narušením a to i těch, které mají silný význam pro život člověka, třeba sebezáchovy.

Při zátěžích neúnosného charakteru, nezpracovaných traumatech a šokových stavech se narušená psychika může změnit i dojít ke změně vlastního pojetí v prožitém konfliktu. Takto trpící osobnost se může postupně ocitat na pokraji zhroucení, prožívá pocity viny, slábne fyzicky nebo duševně, stává se labilní a postupem času stále více bezradnou. Může pak neadekvátně vyhodnocovat i interpretovat své možnosti, stavy a své pozice v nich. U takto oslabených jedinců může psychika generovat mylný předpoklad, že obětování vlastního života se může stát řešením a východiskem z jinak neřešitelné situace. Ve většině případů jsou důvody vyvolávající duševní krize důsledkem životních událostí a ty také neřešeny přímo ohrožují jednotlivce na jeho zdraví.

Tyto závažné změny mohou spadat do různých oblastí lidského působení a patří mezi ně například:

- úmrtí blízké osoby
- rozvod
- rozchod s partnerem či odluka nebo jeho návrat po dlouhém odloučení
- nástup a pobyt ve výkonu trestu
- těhotenství nebo naopak jeho opakované přerušení
- odchod dětí z domova
- exekuce a narůstání dluhů
- přechod na nový způsob práce a změna denního režimu

- změna životních návyků a postojů, změna v rodinných poměrech
- chronické konflikty nebo abúzus návykových látek v rodině
- stěhování a změna bydliště
- začátek nebo konec školního vzdělávání, zvyšování nároků v zaměstnání, rekvalifikace, odchod do důchodu
- problémy na pracovišti, tlak ze strany kolegů, známky podléhání některé z forem šikany, mobbingu či boxingu
- ubývání sexuální atraktivity a sil, sexuální dysfunkce
- nároky spojené s podnikáním a změnami ve firmě
- změny ve společenských a náboženských aktivitách
- změny společenského uskupení, zesilující politické tlaky, chronická nebo zvyšující se nejistota a strach z ohrožení ¹⁸

Podobné události vyžadují velkou energii na své zvládnutí a každá z nich je dosti závažnou i ve chvíli, kdy drobnější z těchto změn na sebe nasedají krátce za sebou nebo se shlukují. Na tyto stresové faktory je třeba se zaměřit, a pakliže působí na mé zdraví negativně, je zapotřebí orientovat se podle jejich výskytu nebo k nim zaujmout jiný postoj, než doposud.

Potíže, které souvisí s jejich nezvládnutím, mívají tradičně podobu stavů úzkosti, pocitů zmatku a ztráty soustředěnosti, únavy a zastupují celou škálu tělesných příznaků, jako jsou bolesti hlavy, nespavost, poruchy smyslového vnímání, bolesti zad a pohybového ústrojí, bolesti břicha, svírání na hrudi, potíže s polykáním a dýcháním, menstruací a sexuálními funkcemi. Typické jsou poruchy zažívání, změna chuti k jídlu a výkyvy srdečního rytmu. Změnou bývá zasažena celkově výkonnost člověka i jeho přítomná nálada a motivace.

V souvislosti se sebevraždami jsou sledovány nejrůznější aspekty, ať už jsou to socio-demografické charaktery sebevraha, regionální diferenciace

¹⁸ <http://www.velka.zlutasova.cz/index.php?page=clanky/clanek03>

sebevražednosti, způsob či časování sebevraždy. Otázkou však zůstává proč, jaké důvody vedou jedince k dobrovolnému ukončení života.

3.2 Vnitřní a vnější faktory

Existuje celá řada faktorů způsobujících jednání směřující k sebevraždě. Všeobecně je lze rozdělit na:

- faktory vnější
- faktory vnitřní

Některé vnitřní faktory jsou spojeny s vyšším rizikem sebevražedných myšlenek, protože navazují na paletu psychických poruch. Avšak při výskytu sebevražd u dospělých i u dětí jde v naprosté většině případů o korelaci vnějších a vnitřních vlivů, zjednodušeně jedno podporuje druhé a naopak.

Odborníci vysledovali vliv genetického faktoru spojeného s vyšším výskytem sebevraždy v minulosti. Pro zatížené jedince jde o informaci, že jedinci, kteří prokazatelně trpí sebevražednými myšlenkami nebo tyto tendence již realizovali, mívávají často v rodině zvýšenou psychiatrickou zátěž.

Nejedná se samozřejmě pouze o genetické vlivy, které na člověka v tomto směru negativně působí, nýbrž zcela zásadní podíl si nese i složka vnější, tedy výchovná a socializační. Tyto fakta bývají důvodem k vyšší obezřetnosti a citlivému přístupu v rodinných konstelacích.

Nejvýznamnějším rizikovým faktorem dokonané sebevraždy, stejně jako sebevražedného pokusu nebo představ, je duševní choroba. Poruchy afektivity, psychózy, závislost na psychoaktivních látkách, alkoholu nebo patologickém hráčství spouští agresivní chování, úzkost, beznaděj a nemocní vlivem poklesu úrovně života časem postrádají dostatek důvodů k životu. Má to častou souvislost se sebevražednými tendencemi a vlastními realizacemi suicidia.

Vlivy rodinné a sociální zátěže:

Rodinná heredita

- vnitřní dispozice, zatížení:
- duševní nemocí či poruchou
- onemocnění závislostí
- suicidálním chováním
- slabá somatická schránka, handicap

Vlivy a oslabení:

- absence podpory
- nefunkční vzorce chování
- slabé sociální zázemí a nízká životní úroveň
- neúplná rodinná péče, nedostatečná socializace, vývojové stagnace
- zdravotní problémy, zanedbaná prevence, nezhojené úrazy, chronické fáze nemocí, špatná výživa a hygienické návyky

Vnější vlivy:

Makro vlivy společnosti:

- sociální cítění, které stát deklaruje a standardně podporuje a uchovává
- sociální situace, standardní životní podmínky, sociální politika státu, ekonomická úroveň
- širší sociální prostředí - náboženské faktory, vliv tradičních hodnot, krizová údobí
- klimatické, geografické, demografické, geologické, ekologie prostředí, širší sociální prostředí - náboženské faktory, vliv tradičních hodnot, krizová období

Vnitřní vlivy:

Vnitřní výbava, dispozice, predispozice, „talent“

- biologická podmíněnost, genetické dispozice a zátěž
- individuální struktura osobnosti, korelace tělesných a psychických dispozic a indispozic – genetické předpoklady, neléčené úrazy z dětství, prožitá duševní traumata, sociální izolace a frustrace

3.3 Psychiatrické hledisko sebevražd

Část odborné veřejnosti spojuje sebevraždy s depresivním onemocněním, onemocněními psychotického okruhu a demonstrativní pokusy s poruchami osobnosti. Sebezabití se často spojuje s alkoholismem a drogovou závislostí. Proběhlé a zveřejněné studie pak potvrzují, že až 90% sebevrahů trpělo nějakou duševní poruchou či závislostí. Riziko sebevraždy se mění v průběhu onemocnění a nejvyšší bývá po aktuálním léčebném zákroku či intervenci. Sebevražda je v důsledku nejzávažnější komplikací duševních nemocí (u endogenní deprese, schizofrenie, závislosti na návykových látkách) nebo jako komplikace akutní intoxikace, u poruchy osobnosti, hraniční či disociativní osobnosti apod.

U dospívajících se nejčastěji zdůrazňuje souvztažný vztah mezi poruchami nálady a poruchami chování. Řada osob, které se pokusí o sebevraždu, má nejasný postoj k životu. Chtějí žít, ale zároveň však neumí žít život takový, jaký by přáli žít. Může se jim mnohokrát stát, že si přejí zemřít. Myšlenky na smrt a přání zemřít bývá spojeno s paletou různých výjevů, symbolů, vírou nebo náboženstvím, mystérii, fantaziemi, které mohou obsahovat agresí namířenou vůči vlastní osobě, ale i agresivní představy zaměřené vůči okolí nebo jedinci, se kterými má sebevrah své frustrace spojovány. Běžné jsou pak představy vlastního pohřbu, účasti truchlícího okolí, projevů smutku pozůstalých.

I u dětí a dospívajících bývá sebevražedné chování obvykle výsledkem interakce vnitřních psychických procesů a vlivu vnějšího okolí a narušené proběhnuté socializace. Všechny nezpracované konflikty na nezralou psychiku působí jako neřešená zátěž a podporuje vliv dalších negativních faktorů a růst zátěže. U dětí a adolescentů pozorujeme poruchy chování a emocí, různé vývojové stagnace, sociální selhávání a touhu po začlenění, různé projevy poruchy identity. Veškerá absence péče a lásky blízkých osob se zhmotňuje do poruch chování, může projevit onemocněním a prakticky zrcadlí v jednání s pocity nesebedůvěry, zoufalství, pocity viny a bezradnosti.

„Demonstrativní sebevražda: sebedestruktivní, avšak ne smrtelné, chování demonstrované určitým jedincem, přičemž sebevražedný úmysl nebo úvahy o sebevraždě nehrají v tomto případě zásadní roli.“¹⁹

Naopak u demonstrační sebevraždy se jedná o prostou manipulaci ze strany domnělého sebevraha s jediným úmyslem – ze situace získat. Spočívá spíše v předstírání sebevražedného jednání za cílem profitovat na dané situaci, ale jakékoli sebevražedné jednání, je závažným projevem, byť by bylo původně zcela prosté úmyslu ukončit život. Signalizuje, že s dotyčným není všechno v pořádku a upozorňuje okolí sebevraha na skutečnost, že volá o pomoc nebo zájem, avšak mnohdy nekompromisně bez hledu a citu k potřebám svého nejbližšího okolí.

V neposlední řadě je každá sebevražedná intervence nebezpečná, ať už je vážnost jejího úmyslu jakkoli skrývaná nebo předstíraná. Realizace zásahu se může vždy zdařit, a proto zachycení příznaků dekompenzace psychického zdraví patří zavčas do rukou odborníka.

Je známo, že problém uskutečnění sebevraždy netkví pouze v depresi nebo nemocné duši, ale vězí již v samotném nazírání na smrt a životní úlohu člověka na tomto světě a víru ve smysl života obecně.

¹⁹ http://www.cmhcd.cz/dokumenty/brozury/amepra_brozura_03.pdf

U člověka zachycení sebevražedných tendencí svědčí o vážném úmyslu sebevražedně jednat. Jde o kroky, které ústí v sebevražedný akt a jdou postupně za sebou:

- úvahy a myšlenky, že současný život nemá cenu
- úvahy a myšlenky o aktivní účasti na možnosti tento život ukončit
- úvahy a myšlenky o konkrétním způsobu provedení a vyhodnocování možností
- přehodnocování životních motivací a zvažování jednotlivých alternativ
- rozhodnutí k činu
- paradoxní uklidnění a upevnění pocitu správné volby
- samotná realizace aktu

4. PSYCHOTERAPIE

4.1 Definice psychoterapie

„Psychoterapie je léčebná činnost, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky. Při psychoterapii využívá psychoterapeut své osobnosti a dovedností k tomu, aby u klienta došlo k navození žádoucích změn, k uspokojivějšímu prožívání, chování ve vztazích a sociálnímu začlenění.“

„Psychoterapie je proces, ve kterém terapeut pomáhá posílit klienta, aby klient mohl dosáhnout něčeho, co si předsevzal, ale doposud neměl prostředky k dosažení takového cíle, protože ve skutečnosti nevěřil, že je to možné.“²⁰

Psychoterapie se nezabývá pouze terapií (sekundární prevence) duševních nemocí, ale také jejich profylaxí (primární prevence) a u poruch zdraví psychosociální etiologie jejich rehabilitací (terciární prevence). Cílem profylaxe je včasné rozpoznání vyšší dispozice k nemoci a zamezení vzniku psychického onemocnění. Terapie spočívá v léčbě již vzniklého problému využitím určitých psychologických strategií a prostředků podle typu poruchy.

Cílem terapie je obnova zdraví. Rehabilitace se pak pomocí psychoterapeutické pomoci snaží o zmírnění důsledků plynoucích z onemocnění a o sociální začlenění. Cílem rehabilitace je návrat do původního stavu. Obecně lze říci, že cíl psychoterapie vidíme v určité změně pacienta, dosažené v průběhu psychoterapie. Může se jednat o změnu osobní, kdy je pacient veden k větší sebeakceptaci a rozvoji svých potenciálů. Dalším cílem může být zmírnění nebo odstranění psychopatologických symptomů, podpora v dočasné životní krizi nebo úprava sociálních vztahů.²¹

Psychoterapie je samostatným oborem zastoupeným ve dvou základních složkách, teoretické a aplikované. Spojuje mezi sebou poznatky ze společenských, humanitních a přírodovědných oborů. Cílem je jasnější porozumění sám sobě, velmi výrazně a pozitivně ovlivňuje zdraví člověka.

²⁰ ZEIG, Jeffrey K. *Umění psychoterapie*. 2005, s. 29

²¹ VYMĚTAL, Jan, a kol. *Obecná psychoterapie*. 2004, s. 23-24, 42-44

Jak obecná, tak aplikovaná část psychoterapie patří mezi poměrně často uplatňovanou metodou jednak při léčbě poruch a nemocí, ale i v jejich prevenci a následné rehabilitaci. Využívá se při stavech duševní krize jako dopomoc či opora, při všech somatických onemocněních, u lidí všech věkových kategorií, rozličných forem poškození nebo zatížení, v různých sociálních rolích a životních etapách.

Vlastní vymezení psychoterapie podle Vymětala²²: „Psychoterapii považuji za interdisciplinární a transdisciplinární obor vycházející z psychologie a pomáhající člověku prostřednictvím psychologických prostředků v dosahování normality. Normalitu chápu jako život člověka, který realizuje sám sebe, tedy žije dle svých pozitivních možností ve společenství s druhými lidmi a s ohledem na ně. Psychoterapie proto nalézá uplatnění všude tam, kde jedinec nežije dle svých pozitivních možností...“

Výzkumy zjistily, že psychoterapie má pozitivní vliv na 60 – 90 % pacientů, kteří se jí zúčastní. U 5 – 10 % pacientů dojde vlivem psychoterapie ke zhoršení psychického stavu nebo ji sami hodnotí jako neúčinnou.²³

4.2 Dělení psychoterapie

V závislosti na literatuře nebo jednotlivých autorech je možné psychoterapii klasifikovat z mnoha pohledů. Pro jednoduchost a přehlednost si ji rozdělíme z hlediska času – tedy podle délky trvání – a z hlediska objektu – tedy formy psychoterapie.

4.2.1 Podle délky trvání

- **Krátkodobou** – délka trvání je do 3 měsíců
- **Střednědobou** – délka trvání je 3-6 měsíců
- **Dlouhodobou** – délka trvání nad 6 měsíců

²² VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 2003, s. 15

²³ VYBÍRAL, Zbyněk; ROUBAL, Jan. *Současná psychoterapie*. 2010, s. 34

Zpočátku je kontakt mezi pacientem a terapeutem častější (2-3x týdně), ke konci terapie jsou setkání v delších časových intervalech (1x za 2-3 týdny). Délka jednoho sezení bývá zpravidla 50 minut, pokud se jedná o terapii individuální, u skupinové terapie je to obvykle 90 minut.²⁴

Výzkumy dokazují, čím vyšší počet sezení, tím vyšší procento vyléčených. Podstatné změny probíhají u pacienta v průměru při 9. sezení, k uzdravení vede u poloviny pacientů 11 - 21 sezení. Přesný počet sezení nelze stanovit předem, záleží na průběhu terapeutického procesu.²⁵

Psychoterapie systematická je hlavním postupem při profylaxi, léčbě a rehabilitaci duševních onemocnění, jež vznikají vlivem psychosociálních činitelů. Jejím hlavním cílem je podnícení změny na straně pacienta.

Psychoterapie podpůrná bývá indikována u všech vážně a dlouhodobě nemocných osob, nejen s duševními poruchami. Bývá často v kombinaci s farmakoterapií a doplňuje ji. Podpůrná psychoterapie není zaměřená na změnu, ale na doprovázení člověka v jeho tíživé životní situaci, kterou nemůže změnit.²⁶

4.2.2 Podle formy

Individuální (dyadickou)

V této formě psychoterapie se setkává terapeut pouze s jedním pacientem. Individuální terapie je indikována tam, kde není souvislost mezi pacientovým stavem a rodinnou situací nebo tam, kde si pacient přeje účastnit se terapie sám. Terapie je vedena formou řízeného rozhovoru, na jehož podkladě se postupně odhalují příčiny potíží.²⁷

Skupinová

Tento typ psychoterapie zahrnuje buď společnou terapii rodiny a pacienta, nebo terapii skupiny pacientů s podobnými problémy. Základním

²⁴ VYMĚTAL, Jan, a kol. *Obecná psychoterapie*. 2004, s. 28-29

²⁵ VYBÍRAL, Zbyněk; ROUBAL, Jan (eds.). *Současná psychoterapie*. 2010, s. 43

²⁶ VYMĚTAL, Jan, a kol. *Obecná psychoterapie*. 2004, s. 28

²⁷ VYMĚTAL, Jan, a kol. *Obecná psychoterapie*. 2004, s. 68

prostředkem skupinové terapie je rozhovor, často doplněný expresivní terapií. Přestože se skupinové terapie účastní více pacientů, terapeut by měl být schopen se jim individuálně věnovat. Někteří odborníci vyslovují názor, že skupinová terapie je správnou volbou pro každého pacienta.

Skupiny vnášejí do terapie lidskou přirozenost, která v individuální terapii chybí. Pacienti se ve skupině rychleji mění, velkou výhodou je povzbuzení, jež poskytují ostatní pacienti s podobnými problémy. Ve skupině je také snadnější o některých věcech mluvit, pokud pacienti cítí účast a empatii od ostatních účastníků.²⁸

4.3 Faktory ovlivňující účinnost a průběh psychoterapie

Všechny tyto faktory jsou navzájem provázané a na jejich kombinaci záleží výsledek terapie.²⁹

a) Psychoterapeutický vztah

Psychoterapeutický vztah je relace mezi osobami účastnícími se terapie. V případě individuální terapie se jedná o vztah mezi terapeutem a klientem, u skupinové terapie i o vztahy mezi jednotlivými pacienty. Již Sigmund Freud zdůraznil důležitost vztahu mezi pacientem a terapeutem po celý průběh léčby. Pevné terapeutické spojenectví, které patří mezi doporučení k úspěšné léčbě, je společným faktorem, na němž se shodují všechny psychoterapeutické směry. Jednotlivé psychoterapeutické směry se však liší v tom, jak velký význam je tomuto vztahu přikládán. Napříč různými směry může být vztah pojímán jako a) předběžná podmínka; b) proces změny; c) obsah, který je třeba změnit.³⁰

Aby byly naplněny parametry kvalitního terapeutického vztahu, musí pacient klientovi důvěřovat a spolupracovat s ním. Spolupráce by neměla mít

²⁸ ZEIG, Jeffrey K. *Umění psychoterapie*. 2005, s. 498-508

²⁹ VYBÍRAL, Zbyněk; ROUBAL, Jan (eds.). *Současná psychoterapie*. 2010, s. 34

³⁰ PROCHASKA, James; NORCROSS, John. *Terapeutické systémy: průřez teoriemi*. 1999, s. 19-20

formu pasivního přijetí, ale měla by znamenat neustálé „dohadování“ dvou subjektů navzájem si rovných.

Psychoterapeut by měl mít určité osobnostní předpoklady, které se promítají i do jeho vztahu s pacientem. Jedná se o empatii, kongruenci, vstřícnost, nesoudící chování směrem k pacientovi, autentičnost, pozitivní přístup, pozornost, sebeuvědomění. Dříve často užívaný paternalistický přístup, kdy byl ve vztahu terapeut autoritou a pacient podřízeným, je již překonán. V dnešní době se klade důraz na princip partnerství, respektu, flexibility, poskytování informací a srozumitelnou komunikaci.³¹

b) Podíl pacienta

Na výsledku terapie také závisí, jak se k ní staví sám pacient. Obecně platí, že nelze léčit někoho, kdo se na léčbě alespoň částečně nepodílí. Podle více než 150 provedených studií je terapie tím úspěšnější, čím více pacient důvěřuje svému terapeutovi a jeho očekávání jsou pozitivní.³²

c) Terapeutické spojení

Mezi terapeutem a klientem se utváří tzv. aliance či terapeutické spojení, ve kterém oba spolupracují na klientem vymezených cílech a potřebách (zabývají se tím, co klienta trápí). Tento tzv. kontrakt může být v průběhu léčby pozměňován tak, aby klient i terapeut vždy aktuálně věděli, na čem realisticky spolupracují (je obvyklé, že se klientem označované potíže mohou postupem léčby proměňovat). Psychoterapeut je vázán mlčenlivostí a klientova sdělení jsou považována za důvěrná (více viz Etika v psychoterapii). Výjimkou povinné mlčenlivosti terapeuta je oznamovací povinnost trestného činu.

³¹ VYBÍRAL, Zbyněk; ROUBAL, Jan. *Současná psychoterapie*. 2010, s. 35-36

³² PROCHASKA, James; NORCROSS, John. *Terapeutické systémy: průřez teoriemi*. 1999, s. 19

d) Psychoterapeutický proces

„Obecně lze tento proces popsat jako komunikaci a vzájemnou interakci terapeuta a klienta, kdy základní vztahová nabídka terapeuta je klientem přijímána.“

„Pokud klientovi někdo zkušeně naslouchá a bezvýhradně jej přijímá, je klient schopný více naslouchat sobě, poznává a odhaluje své skryté stránky, začíná je u sebe akceptovat, stává se autentičtější a otevřenější.“³³

e) Psychoterapeutické směry

Existuje několik psychoterapeutických škol a přístupů, vyznačujících se určitými specifiky. Klient by měl být poučen o možnostech i limitech příslušného terapeutického směru, protože i tím je budován vztah mezi psychoterapeutem a klientem na reálném základě.

f) Terapeutická dohoda

Společně si dále vymezí praktické kroky, jako jsou místo a čas sezení, jejich frekvenci a finanční podmínky. Klient je informován o předpokládaném průběhu terapie, která na něho klade jisté požadavky. Zatímco farmakoterapie je pro pacienta pasivnějším a pohodlnějším způsobem léčby, kdy se spoléhá na účinek léků, psychoterapie je založena na partnerské spolupráci a vyžaduje od pacienta-klienta aktivitu, vědomí zodpovědnosti za své zdraví a vlastní motivaci k práci na sobě. V psychoterapii nelze účinně léčit člověka, který nechce být léčen.

g) Použité techniky

Terapeutický vztah a použití určitých technik spolu úzce souvisí. Vztah sám o sobě se považuje za techniku v terapii, jeho kvalita má vliv na účinnost

³³ VYMĚTAL, Jan, et al. *Obecná psychoterapie*. 2004, s. 222

techniky. V řadě psychoterapeutických směrů lze pozorovat odchýlení se od technik směrem k péči o dobrý terapeutický vztah.³⁴

4.4 Prostředky psychoterapie

Mezi prostředky psychoterapie se řadí psychoterapeutický vztah, uspořádání situací v terapii, rozhovor, imaginace, učení, sugesce a expresivní postupy. Prostředky psychoterapie mohou být verbální (rozhovor, sugesce) a neverbální (imaginace, relaxační metody).³⁵

4.4.1 Rozhovor

„Terapeutický rozhovor je velmi komplexní děj, který obsahuje kromě verbálních i četné neverbální (mimika) a paraverbální (intonace) prvky.“³⁶

Na rozhovoru obecně i na jednotlivých tématech, která se v něm vyskytují, se vždy podílejí dvě strany. Způsob jakým se rozhovor uplatňuje při léčbě, je odlišný v každém terapeutickém přístupu. Každý terapeutický přístup však využívá rozhovor v úvodní části léčby, kdy se jím zjišťují pacientovy problémy, domlouvají se pravidla a průběh léčby. Terapeut by měl flexibilně reagovat na rozdílné vyjadřovací schopnosti pacientů, zejména u těžších duševních poruch, kdy mohou mít slova naprosto konkrétní charakter.

Ke zjištění nových informací nebo ověření údajů užívá terapeut kladení otázek. Kladené otázky mohou mít různou formu- sugestivní, přímé, nepřímé, projektivní nebo otevřené. Terapeut volí formu kladení otázek podle aktuální situace. Součástí rozhovoru je také udržování očního kontaktu, které by měl terapeut přizpůsobit tomu kterému pacientovi. Důležité místo v průběhu rozhovoru hraje také vyjadřování podpory a povzbuzování pacienta.³⁷

³⁴ VYBÍRAL, Zbyněk; ROUBAL, Jan. *Současná psychoterapie*. 2010, s. 35

³⁵ VYMĚTAL, Jan, et al. *Obecná psychoterapie*. 2004, s. 73-74

³⁶ VYMĚTAL, Jan, et al. *Obecná psychoterapie*. 2004, s. 75

³⁷ VYMĚTAL, Jan, et al. *Obecná psychoterapie*. 2004, s. 75-79

4.4.2 Sugescce

Sugestivní postupy jsou založeny na imperativním působení terapeuta na pacienta tak, aby s vyloučením racionální kontroly přejal určitou ideu. Sugescce vyjadřuje zvláštní druh psychického vlivu člověka na člověka. V psychoterapii se používá buď vigilní sugescce, kdy je pacient v bdělém stavu, nebo hypnotická sugescce využívající hypnózu. Míra ovlivnitelnosti sugescemi se označuje jako sugestibilita, která je u každého člověka jiná. Sugestivní postupy se využívají u pacientů všech věkových kategorií. Hypnóza je jedním z nejdéle používaných postupů v psychoterapii.³⁸

4.4.3 Imaginace

Slovo imaginace znamená fantazii, obrazotvornost. Imaginační postupy jsou využitelné u všech věkových kategorií. Imaginace se dělí na **spontánní a záměrnou**.

Spontánní imaginace je užívána častěji u dospělých a představují ji sny. Sigmund Freud popsals dvě roviny snů - manifestní (zřejmou) a latentní (skrytou). Sny v té podobě v jaké se nám zdají, mají manifestní obsah, tedy pravý (latentní) obsah snu zůstává skrytý. Úkolem terapeuta je pomocí volných asociací pomoci odhalit pacientovi pravý obsah snu.

4.4.4 Relaxační metody

Cílem relaxačních metod je uvolnění a dosažení lepší fyzické a psychické pohody. Jednou z nejpoužívanějších metod je autogenní trénink J. H. Schultze. Autogenní trénink se může provádět vleže nebo i vsedě. V průběhu této relaxační metody nacvičuje terapeut s pacientem navození pocitu tíhy a

³⁸ < http://web.quick.cz/psychologies/sugescce_a_hypnoza.htm >

tepla v těle, klidnou dechovou a srdeční činnost a pocity tepla v oblasti břicha.³⁹

4.5 Přístupy v psychoterapii

Existuje několik psychoterapeutických škol a přístupů, vyznačujících se určitými specifiky. Klient by měl být poučen o možnostech i limitech příslušného terapeutického směru, protože tím je budován vztah mezi psychoterapeutem a klientem na reálném základě a předem je znám nejen způsob a prostředky, se kterými terapeut bude s klientem pracovat, ale i cíl, ze kterého vychází.

Osm nejzákladnějších rozdělení podle Vymětala:

- humanistická psychoterapie (též zkušenostní, filozofující – Rogersovská psychoterapie, Gestalt terapie, logoterapie)
- hlubinná psychoterapie (též dynamická – vychází z psychoanalýzy a jejích současných směrů)
- behaviorální psychoterapie (vychází z teorie učení a kognitivní psychologie)
- sugestivní a hypnoterapeutický přístup (direktivní, manipulativní přístup)
- relaxační a psychofyziologické postupy (autogenní trénink, progresivní svalová relaxace aj.)
- systémové, systemické a komunikační pojetí (uplatnění zejména v rodinné a párové psychoterapii)
- transpersonální psychoterapie (zakladatelem Stanislav Grof)
- integrativní a obecné pojetí⁴⁰

³⁹ < <http://www.relaxace.psyhoweb.cz/> >

⁴⁰ VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 2010, s.34-37

4.6 Cíle psychoterapie

Cíle psychoterapie lze rozlišovat podle několika kritérií, jako je způsob používání psychoterapie, zaměření na určité psychotherapeutické přístupy a školy nebo povahu problému⁴¹ Lze cíl psychoterapie spatřovat “ve změnách v osobnosti organismu, chování a sociálních vztazích” klienta, přičemž tyto změny jsou “předem stanoveny a v procesu terapie dosahovány psychologickými prostředky”. Obecně platí, že cíl má být jasně vymezený, rozumově zdůvodněný a především v průběhu psychoterapie sledovaný.

Kratochvíl⁴² mluví o dvou odlišných formulacích cílů psychoterapie. Prvním cílem psychoterapie je odstranění, zbavení klienta chorobných příznaků. Klient “přichází s jistými obtížemi, úkolem terapeuta je, aby ho těchto potíží zbavil, ať už postupem symptomatickým – nebo – dokonaleji – terapií kauzální, odstraňující příčinu, pokud ji odstranit lze”. Druhým cílem je “reedukace, resocializace, reorganizace, restrukturační, rozvoj či integrace osobnosti klienta.”⁴³

Výsledkem léčby podle Vymětala by měly být: změny ve struktuře osobnosti, hodnotovém systému a postojích, absence či zmírnění psychopatologických příznaků, vzhled do vlastní motivace, jiné chování, nové nahlédnutí svého místa ve světě, odstranění vnitřních rozporů, zaujmutí jiné role v rodině lze dávat do souvislosti s následujícími empirickými skutečnostmi.“⁴⁴

Osobnost je přetvářena ve směru správné adaptace či zrání, přičemž odstranění symptomů je nahlíženo spíše jako vedlejší účinek terapie. Zda došlo k vyléčení nebo zlepšení se následně posuzuje podle toho, jakého stupně osobnostních změn se klientovi podařilo dosáhnout.

⁴¹VYMĚTAL, Jan, a kol. *Obecná psychoterapie*. 2004, s. 42

⁴²KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 2006, s.7

⁴³Tamtéž. 2006, s.17

⁴⁴VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 2010, s. 38

5. LÉČEBNÁ PÉČE A AKUTNÍ POMOC U SUICIDÁLNÍCH STAVŮ

5.1 Krizová intervence

PhDr. Venglářová a MUDr. Babiaková⁴⁵ ve své knize ošetrovatelské péče pojem krize vymezily těmito slovy: „Psychickou krizi lze definovat jako nestabilní situaci s nejistým vyústěním, která způsobuje změnu v navykklém způsobu života, a vyvolává proto stav ohrožení, nerovnováhy a stresu. Přesahuje běžné adaptační možnosti člověka i zdroj jeho běžných obranných mechanismů. Nemůže být proto řešena v rámci jedincova obvyklého repertoáru vyrovnávacích strategií. U člověka je dočasně překročena schopnost zvládnout situaci. Krize může vzniknout v důsledku vnějších událostí nebo vnitřních procesů, případně jejich kombinací.“⁴⁶

Propagátorem psychologické pomoci za pomoci psychoterapeutických metod je prof. PhDr. Rudolf Kohoutek, CSc., který se věnuje psychologickému poradenství, pedagogické i klinické psychologii a rovněž definoval pojem krizového poradenství.

K pozitivnímu sebepojetí a rozvoji sebe sama, uvědomování si svých limitů i možností, formování schopností, využití osobních kapacit a zkušeností, nacházení správného životního stylu, sociálních kontaktů, systému žádoucích osobních hodnot ve všech životních etapách vede koncepce týmového, komplexního a biodromálního rozvíjejícího se poradenství. “⁴⁷

V 60. letech minulého století se začaly zakládat linky důvěry, centra a komunity zaměřené na duševní zdraví a ty měly lidem nabídnout rychlou a odbornou pomoc v duševních krizích a náhlých ohrožujících situacích. Včas

⁴⁵ MARKOVÁ, Eva; VENGLÁŘOVÁ, Martina; BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 2006, s.272

⁴⁶ Tamtéž. 2006, s.272

⁴⁶ Tamtéž. 2006, s.272

⁴⁷ <http://svp.muni.cz/ukazat.php?docId=397>

poskytnutá pomoc se nakonec prokázala i jako účinná obrana proti chronifikujícím potížím.

„Stav člověka prožívajícího krizi se vyznačuje vysokou úzkostí, nebo depresí, nebo směsí obojího. Člověk v krizi může být i agresivní. Klientovi se zdá, že není v jeho možnostech se s náročnou situací vyrovnat. Zdá se mu také, že ve svém okolí nemá dostatečné zdroje pomoci. U řady lidí se v krizi objevují sebevražedné myšlenky, někteří z nich se pokoušejí o sebevraždu a někteří z nich sami svůj život ukončí.

Na krizi je možné nahlížet i jako na příležitost k osobnímu růstu. Během krize je člověk zvýšeně vnímavý, krize ho připravuje na zásadní změnu. Otevírá mu cestu k nové úrovni vnitřní rovnováhy i k založení nového vztahu k lidem. Toto hledisko je blízké profesionálům, kteří lidem pomáhají projít krizemi. Člověk bezprostředně postižený krizí mívá naopak pole vnímání zúžené a omezený je i jeho repertoár adaptačních technik.“⁴⁸

Úkol pro odborníka při práci s klientem v krizi je dovědět se něco jak o probíhající situaci, tak o klientovi samotném. Tyto informace terapeut získá pomocí jednoduchých otázek typu:

- Co se stalo a co to způsobilo
- Klientovo sociální zázemí
- Míru aktivní účasti klienta na nabízející se pomoci v krizi (ochota spolupracovat s odborníkem)
- Psychická odolnost klienta (v období před rozvinutím krize)
- Klientovo sebehodnocení a jeho aktuální psychický stav
- Způsob, se kterým momentální situaci zvládá (event. zisky, nedostatky)

Cílem krizové intervence však není poradit dotyčnému člověku postup, který by mu mohl z dané situace odpomoci, i kdyby takový existoval a odborník by ho znal. Cílem totiž není změna klientovi osobnosti a tak postup,

⁴⁸ MATOUŠEK, Oldřich, *Potřebujete psychoterapii?* 1999, s. 72

který si klient při zvládnání krize zvolí, musí být jeho vlastní. O co tedy v krizové intervenci jde? Matoušek dále píše“ Krizová intervence chce posílit klientovy vlastní adaptační schopnosti a dosáhnout buď stavu, v jakém byl před vznikem krize, nebo stavu lepšího.“⁴⁹

Běžně aplikovaný i v našich podmínkách je systém 6-8 sezení s terapeutem, který se během tohoto časového úseku snaží o základní podporu klientova “ rozumného“ já a klient by měl, za jeho přítomnosti pochopit důvody, kterého do krize dovedly a také částečně vyventilovat své emoce. Terapie si zakládá rovněž na schopnosti posílit klientovu sebedůvěru, snaží se jej klientovo sebehodnocení, mělo by dojít i ke zmírnění nepříjemného emočního doprovodu krize (stavů úzkosti, deprese, agresivity) podněcovat v dobře namířených aktivitách a obecně v něm podporovat víru v dobrý konec situace, za podmínky existence dobře zvoleného řešení. Pracuje s cílem přiblížit klientovy efektivní zdroje podpory a jeho aktivní přístup k nim.

„Žádoucím výsledkem krizové intervence je posílení klientovy schopnosti řešit náročnou situaci, a to buď na základě strategií dříve vyzkoušených, nebo na základě postupů nově vytvořených. Spolu s tím by se mělo zlepšit i klientovo sebehodnocení, mělo by dojít i ke zmírnění nepříjemného emočního doprovodu krize (stavů úzkosti, deprese, agresivity)...“⁵⁰

5.2 Systematická léčba sebevražedných stavů

Způsob léčby pacientů se suicidální problematikou je závislý na diagnóze a celkovém posouzení aktuálního rizika sebevražedného jednání. Když se s tendencemi k ohrožujícímu jednání setkáme nečekaně nebo v terénu, je jako první nutné provést tělesnou kontrolu sebevražedně jednajícího a pokud je jeho fyzická schránka v důsledku suicidiálních intervencí ohrožena na životě, pak zachraňujeme jako první, sám holý život. Následovat, a to vždy, po

⁴⁹ MATOUŠEK, Oldřich, *Potřebujete psychoterapii?* 1999, s.73

⁵⁰Tamtéž. 1999, s. 73

stabilizaci somatické by měla stabilizace duševního stavu, tedy podrobné psychiatrické a psychologické vyšetření.

V závislosti na tomto posouzení pak odborník stanoví terapeutický plán. I v této fázi léčby musíme zvažovat, zda je vhodnější léčba ambulantní, nebo lůžková. Ambulantní péče umožňuje zachovat kontakt s rodinou, se školou a s vrstevníky, pacient se dále může věnovat svým zájmům, ale komplikací se může stát nízký stupeň kontroly, kterou poskytuje a z toho vyplývající riziko suicidálního opakovaného jednání. Tuto variantu léčby může lékař zvolit pouze v případě, že vlastní sebevražedné riziko pominulo, případně je na tak nízké úrovni, že je možné kontrolu nemocného ponechat na blízké rodině. V ostatních případech je vhodnější péče v lůžkovém zařízení na uzavřených oddělení se zvýšeným dohledem nebo intenzivní péčí.

Určitým mezistupněm může být pobyt v krizovém centru, ten přichází v úvahu u motivovaných klientů.

Psychoterapie je tak jako ostatní formy terapie závislá na psychiatrické diagnóze, se kterou je sebevražedné jednání spojeno. Své uplatnění u dané problematiky může mít psychoterapie skupinová. Důležitá je rovněž rodinná terapie. U dětí a dospívajících může být užitečná některá z forem neverbálních psychoterapeutických přístupů, jako je muzikoterapie, arteterapie, herní terapie a relaxační techniky.

5.3 Logoterapie

Logoterapií je nazýván terapeutický směr, psychoterapeutický systém zaměřený na hledání smyslu života, který se rozvíjel od 40. let minulého století a jehož základy postavil známý vídeňský psychoanalytik Viktor Frankl, po prožitých těžkých životních zkušenostech. V jeho pojetí je smysl života úzce spojen se schopností aktivně a dobře žít.

S moderní dobou a současnými technologickými vymoženostmi dochází k růstu vlivu moci a zrychlování životního tempa, současně s přeměnami zažitých postojů a hodnot.

Může se zásadně zvyšovat pocit sociálního odcizení a nestability, zásadně se měnit lidské životní strategie a návyky.

„Moderní technická civilizace zbavila člověka starostí o zajištění základního živobytí, poskytuje mu však stále méně opory v hledání smyslu života“.⁵¹

„Smysl svého života člověk nemůže odvodit z tradice, tradice mu zprostředkuje pouze hodnoty. Nalézání smyslu je vždy vysoce individuálním výkonem, který není nikdy definitivně ukončen, smysl života se mění podle životní etapy, v níž se nacházíme“.⁵²

Technika paradoxní intencí, se kterou Frankl pracoval, se úspěšně používala nejen u hledání životního smyslu, ale ve více psychoterapeutických směrech. Spočívá v návodu na paradoxní zvládnutí stresu a praktikuje se tak, že si klient aktivně přeje to, čeho se subjektivně obává nejvíc a kladením cílených dotazů tzv. tváří v tvář se terapeut propracovává s klientem k hledání jeho smyslu života.

“...přežije ten, kdo ví, proč stojí za to přežít.“⁵³ Podle této myšlenky logoterapie vidí tři základní cesty, které za naplněným osudem vedou. Patří sem nutnost prožívat hezké prožitky a cenné vztahy, žít vedeno nesobeckými hodnotami, obzvláště těmi, které pozitivně dopadají na okolní svět a držení se pevných přesvědčení, která by napomohla člověku setrvat v obraně i v období největší lidské krize.

Dopad logoterapeutické léčby by měl být poznat v klientově pokornějším přístupu k životu a ve schopnosti se životu aktivně nabízet, nejen ho sebestředně konzumovat.

5.4 Farmakoterapie při sebevražedném jednání

Při terapeutickém zvládnutí hrozícího či proběhnutého suicidálního jednání má svůj význam medikamentózní léčba. Její význam je různý podle

⁵¹ MATOUŠEK, Oldřich, *Potřebujete psychoterapii?* 1999, s. 75

⁵² Tamtéž. 1999, s. 75

⁵³ Tamtéž. 1999, s. 75

toho, zda poskytujeme první pomoc, krizovou intervenci, nebo jde o komplexní léčbu ambulantní či v lůžkovém zařízení. Pokud hovoříme o medikaci, nesmíme zapomenout na to, že některé léky nebo jejich kombinace mohou vést ke vzniku deprese a zvýšit nebo vyvolat suicidální riziko. Je tedy zapotřebí zjistit, zda dotyčný nějakou medikaci užívá a zhodnotit ji z tohoto hlediska.

PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část formou tří konkrétních kazuistik popisuje rozdílné případy mužů, hospitalizovaných na uzavřeném oddělení akutního psychiatrického příjmu jednoho léčebného zařízení. U všech byl v anamnéze zaznamenán nedokonaný pokus o suicidium, v minulosti byli v kontaktu s psychiatrickou péčí (ambulantní či lůžkovou složkou) a všechny případy spojuje ta skutečnost, že se na oddělení ocitli ve chvíli kulminace dlouhodobých somatických a duševních potíží, při dekompenzaci psychického stavu, event. zdvojenou psychiatrickou diagnózou.

Primárně jim byla poskytnuta léčba potřebná pro akutní stabilizaci stavu, nasazena léčba antidepresivy a následovně byli zařazeni do psychotherapeutického programu a péče, standardně poskytované v rámci oddělení i celého zdravotnického zařízení. V procesu centrální terapie je pacientům k dispozici paleta terapeutických aktivit s různým zaměřením a účinkem na organismus nemocného. Jde o pacienty velmi oblíbený a hojně využívaný systém psychologické pomoci.

Kazuistiky obsahují anamnestická data, zastoupeny ve všech základních složkách, obsahují subjektivní zprávu pacienta z oddělení krátce po přijetí na oddělení a stručně zachycují průběh hospitalizace i předepsanou medikaci lékařem.

Jedná se o tři osudy nemocných, se třemi odlišnými výsledky léčebného působení. V případě jednoho klienta došlo záhy k relapsu onemocnění i recidivě potíží a závislého chování. Ve druhém případě pacient úspěšně kompenzoval a zrehabilitoval svůj stav natolik, že pokračuje v následné péči s uspokojivými výsledky a nadále je motivován k aktivní účasti na uchování a podpoře svého zdraví. V posledním případě selhal adaptační systém pacienta i terapeutický záměr pomáhajících a pacientovi se podařilo v důsledku neovladatelné zátěže suicidální pokus dokonat.

KAZUISTIKA Č. 1

Klient: J M

Diagnóza: Paranoidní schizofrenie [F200]

28letý muž, opakované pobyty v PLB, naposledy dimitován v X/11 z pavilonu 26 s dg. F20.0. Aktuálně dle RZS - tu si údajně zavolal sám pro proběhlý suicidální pokus, snažil se údajně zavést si kanylu do žíly a chtěl vykrvácet. Po příjezdu PČR pacient brachiálně agresivní, vyhrožuje heteroagresí, "hovoří o střelení do lidí". Na centrálním příjmu pacientů v PLB je vyšetřen v sanitě za asistence PČR, v poutech, pacient masivně psychomotoricky neklidný, vulgární, agresivní, nadále vyhrožuje agresí zaměřenou na druhé lidi, zcela nespolupracující, výrazná intrapsychická tenze. Pokračující sebevražedné ideace. Aktuálně intoxikace alkoholem- 1,8 promile. Nelze vyloučit také pervitinem. Při příjmu na oddělení je masivně tenzní, agresivní, nutnost omezení v lůžku. Další den po vystřízlivění klidný, verbalizuje paranoidní perzekuční bludnou produkci, sluchové halucinace dehonestujícího charakteru, vizuální halucinace, nálada nadnesená.

Rodinná anamnéza:

Matka 49 let zdravá, v minulosti matka byla hospitalizovaná v PLB – pro suicidální pokus, chtěla skočit z Nuselského mostu (údaje v informačním systému léčebny nejsou). S matkou v kontaktu, od dětství ho "terorizovala", údajně hodně pije, otec taky pravidelně pivo, je mu 50 let, s pacientem se nevidají, naposled snad před 4 lety, je to bývalý voják. Rodiče rozvedeni od 10 let pacienta. Bratr mladší o 15 let - zdravý, žije ve Finsku, nejsou v kontaktu.

Osobní anamnéza:

Sledované nemoci neguje, s ničím se neléčí, operace - 0, úrazy zlomenina HK celkem 5x při sportu, zlomenina klíční kosti, commotio cerebri ve 12 letech, epilepsie - 0 , infekční žloutenka - před 10 lety, hepatitida B, HT

0, DM 0. Od poslední hospitalizace se s ničím vážnějším neléčil. Alergie: Prach, pyl, kočka, polékové neguje.

Sociální anamnéza:

Aktuálně bydlí na ulici, bydlel u přítelkyně, začal brát drogy, vyhodila ho z domu. Svobodný, 6letá dcera, v péči babičky. Svobodný, otec šestileté dcery, která v péči babičky, s matkou dcery v kontaktu, bydlel u přítelkyně (vyhodila ho z domu). Zaměstnání: ZŠ, gymnázium nedostudoval, pracoval jako operátor u Vodafone, půl roku bez práce. Má plný invalidní důchod.

Kouří asi 20 cigaret za den. Alkohol: "za tenhle měsíc se opil 3x, jinak byl furt zfetovaný", včera vypil 4 litry vína během dne. Palimpsesty: 0, ranní doušky: +, odvykací příznaky neguje, tahy neguje. Drogy: pervitin udává, že už asi 10 let, sniffing, i.v. asi 3x, poslední měsíc a půl každý den, cca 0,5 g/den. THC od 14 do 18 let intenzivně, pak přestal, včera po dlouhé době. LSD v minulosti, cca půl roku intenzivně. Heroin, kokain - před 3 roky, po dobu asi 1 roku. Rivotril tablety

Kriminalita: ve VT 1,5 rok pro vloupání, drobné krádeže a porušování domovní svobody, propuštěn před necelým rokem, aktuálně ještě cca 3 rok podmíněčný trest.

Psychiatrická anamnéza:

Opakovaná hospitalizace, dimise v X/11, dochází pravidelně do psychiatrické ambulance.

Farmakologická anamnéza:

Poslední medikace: SEROQUEL PROLONG 200 MG TABLETY, SEROQUEL PROLONG 300 MG, HELICID 20, LITHIUM CARBONICUM, HALOPERIDOL - neužíval pravidelně

Subjektivní hodnocení stavu

Dle pacienta: nesnáší policajty, proto byl včera agresivní. Nad sebevraždou přemýšlí asi 3 roky. Co se tehdy stalo? Drogy - šel do abstůku,

před tím dostal záchvat, všude se pořezal, byl celý od krve, pak ale udělal horší věc, sebevraždu tím pervitinem, pak snědl 140 Rivotrilů. To všechno přežil. Včera si koupil 20 kanyl, pak ale je nemohl najít, asi mu je někdo ukradl. Včera se k tomu rozhodl. Udělal by to, nebýt té babky, která na něj křičela, co tam dělá, ak utekl. Pak si zavolaal sám RZS. Proč si ji zavolaal? Protože věděl, že je špatně, pak se porval s kámošem. Neví proč, asi mu něco řekl, asi mu něco vyčetl. Během dne vypil asi 3 litry vína, večer další litr, pil víno, k tomu si zavedl tu kanylu. Chtěl vykrvácet, pak tam přijeli policajti, ty by hned zmlátil, nesnáší je, ale spoutali ho. Jinak by je všechny zabil. Chtěl zabít všechny.

Proč? Občas ho to chytne. Teď už to nemá, ale policajty by postřílel i dneska. S radostí. V poslední době byl zas na perníku, šňupal ho, před třemi dny naposledy. Pak jen spal a jedl. Jedl Rivotrilu, třeba 40 denně, aby mu bylo dobře, k tomu pervitinu, nechtěl se zabít. Léky moc neužíval, jen výpadkově hlasy? Asi jo, zažil divné věci za celý život, neví, co je pravda. Hlasy teď nemá, ale někdy na něj mluví, nadávají mu, nepřikazovaly mu včera, ať někomu ublíží, vidiny? Zrnění, barvy, fleky, postavy moc ne. Pocity pronásledování - proto je agresivní. Už je má 10 let, má pocit, že ho někdo sleduje, kontrarozvědka, jdou po něm, protože na ně ví spoustu věcí, čtení myšlenek neguje. Od 25/11 2011 je v Bohnicích, teď na sebevraždu nemyslí. Objektivní hodnocení stavu

Lucidní, časem orientován rámcově, ostatním plně, spolupracuje ochotně, kontakt navazuje bez obtíží, odpovídá přiléhavě, bez latence, PMT v nivaeu, myšlení koherentní, paranoidně perzekuční bludná produkce, auditorní halucinace dehonestujícího charakteru, elementární vizuální halucinace, nálada nadnesená, emotivita nepřiléhavá- neadekvátní úsměvy. Ke včerejší agresii nekritický, dnes neguje myšlenky na heteroagresii. Verbalizuje dlouhodobé suicidální úvahy, aktuálně neguje, nelze vyloučit dissimulaci. Osobnost ani KMF aktuálně nehodnotím. K abúzu nekritický.

Průběh:

Přijat na příjmové uzavřené oddělení. V řešení PČR- pacient poslal začátkem listopadu na BIS výhrůžný dopis, trestní řízení nebylo zatím

zahájeno, bude se eventuálně posuzovat jako trestný čin nebezpečného vyhrožování. Pro farmakorezistenci převeden na clozapin, dále lithium, po překladau na oddělení následné péče zavedena depotní medikace haloperidolem.

Na oddělení bezproblémový. Proklamuje ranní propady nálady, proto přidán escitalopram, ten vysazen pro sexuální dysfunkci, pro paranoidní percepci navýšen clozapin s efektem. Vztah s přítelkyní harmonický, zapojil se bez potíží do režimu léčby. Celkově s náhledem, perspektivní. Doporučeny kontroly, KO + diff. 1x týdně do poloviny dubna, nyní hraniční neutropenie. Dále kontrolní EEG (patologický nález suspektně vlivem medikace). Interval depotního HP s úmyslem prodloužení z 3 na 4 týdny, k vyhnutí se extrapyramidovým příznakům.

Propuštěn v kompenzovaném somatopsychickém stavu do ambulantní psychiatrické péče s vědomím primáře oddělení.

Diagnóza a medikace:

F20.0 Paranoidní schizofrenie

F19.2 Syndrom závislosti na více psychoaktivních látkách, v současnosti abstinuje.

LITHIUM CARBONICUM, LEPONEX 100 MG, LEPONEX 25 MG, HELICID 20, ZYRTEC por tbl flm 10 mg

KAZUISTIKA Č. 2

Klient: T. J.

Diagnóza: Středně těžká depresivní fáze [F321]

Základní onemocnění, pro které byl pacient hospitalizován na tomto oddělení: Středně těžká depresivní fáze F321. Centrum pomoci závislým – alko-toxikomanická ambulance doporučení pro nesoustředěnost, deprese, organický projev.

Rodinná anamnéza:

Otec, narozen 1926, alkoholik, údajně aktuálně již nevidí, neslyší, specialista na atomové elektrárny, žije v Rusku. Matka, narozena 1932, taky žije v Rusku, vždy bývala labilní, "hysterická". Bratranec spáchal sebevraždu oběšením, sestřenice vypila neznámou chemickou látku. Má jednu mladší sestru, 57 let, jsou v omezeném kontaktu /přes emaily/.

Osobní anamnéza:

Hypertenze, fibrilace síní s rychlou komorovou odpovědí, st.p. kardioverzi pro paroxysmální fibrilaci síní v r. 2009, aktuálně bez antiarytmik, horní dyspeptický syndrom, anamnéza VCHGD, v 1995 peptický vřed duodena, hepatopatie, retrocerebelární hypodenze bez expansivního chování v.s. arachnoidální cysta, zánět středního ucha opakovaně, opakované ztráty vědomí, fractura 2 žeber vlevo anam., VAS LS páteře bez radikální symptomatiky od 2007, od 4.11. do 16.11.2011 hospitalizován na dermatovenerologii VFN pro pyodermii cutis generalis (po zánětu středního ucha), periorální dermatitis, úraz hlavy: 2x komoce mozku, bezvědomí opakovaně /naposledy při otitis media před měsícem? Alergie: Penicilin, Ibalgin

Sociální anamnéza:

2x rozvedený, 1 syn z 1. a 1 dcera z 2. manželství, v Praze žije od 1976, studoval zde na filozofické fakultě filozofii a dějepis /diplom obhájil v Moskvě/, předtím studoval biofyziku na VŠ v Rusku, na konci studia to vzdal a nedostudoval, chybělo mu 1/2 roku. Aktuálně pracoval jako překladatel, OSVČ, firmy, pro které pracoval, mu neplatily, nyní bez práce, je veden na úřadu práce.

Kouří - 10 cigaret denně Alkohol - od 3/2011 abstinuje, od té doby měl 2dcl vodky nebo 4dcl vína/D, anamnéza- opakovaně na AT oddělení, absolvoval 2měsíční detoxifikační léčbu

Psychiatrická anamnéza:

Opakovaně protialkoholní a toxikomanická léčba v PLB - alkohol, v anamnéze F630 a F131 /snad i jiná než AT léčba před 20 lety/, do psychiatrické ambulance aktuálně nedochází, jednorázově nyní před hospitalizací /centrum pomoci závislým - AT/, v anamnéze stav po opakovaných pokusech o sebevraždu léky a elektrickým proudem - elektrody kolem zápěstí a v ústech, chtěl se zastřelit - koupil si zbraň.

Farmakologická anamnéza:

Aktuálně Anopyrin 100, Stilnox na spaní, CHPTX 15, Mirtazapin 45mg na noc, aktuálně bere 2 týdny, Rivotril 0.5, dále Valetol na bolest hlavy, v minulosti i další antidepressiva, s efektem, ale název neví.

Subjektivní hodnocení stavu:

Deprese měl pořád, ale šlo to.. Měl problémy s alkoholem, ale teď 8 let abstinoval. Měl krizi, ví, že si nesmí dát ani kapku, začal chlastat, chlastal moc, hlavně tvrdý alkohol, byl na pavilonu 31, dali ho tam do pořádku a minulý rok na Vánoce potkal "škůdce", dal si s ním vodku a 24.12. byl úplně opilý, exmanželka od něj odešla. Je překladatel, pracoval pro firmu, dělal technickou dokumentaci, ta firma je v krizi, nezaplatili mu velké peníze.. O manželce nic

neví, byl úplně sám, od té doby se to táhne. AT léčbu ukončil v březnu, od té doby abstinguje. V PLB se cítil docela normálně, dostával chlorprothixen. Pak měl blokádu páteře, byl v nemocnici, kde mu taky doporučovali hospitalizaci v PLB, utekl. Pak měl zánět středního ucha, teploty, ztrácel vědomí, spadl na židli, zlomil si dvě žebra, doma nikdo nebyl.

Uvědomil si, že život nemá smysl, chtěl se otrávit práškami, k tomu vypil 2 dcl čistého lihu, ale nic se nestalo, akorát 2 týdny zvracel /to bylo v červnu/. Teď v půlce listopadu chtěl v nemocnici skočit do šachty, asi 30m hloubka, ale pak mu zavolala dcera, která mu přivezla knihu, dortíky..Dřív ho zajímal internet, TV, teď nic. Takový stav nikdy neměl. Do 16.11. byl v nemocnici. Nemá žádné kamarády, protože mu primář pavilonu 31 původní kamarády zakázal, chlastat nemůže, protože to prohlubuje depresi.. Náladu má špatnou, bolí ho hlava. Spí špatně, má už měsíc ve spánku strašné horory.. Úzkosti má pořád, už 8 měsíců. Nejhůř mu bývá v noci. Když se vzbudí z těch hororů, jde na balkon a kouří. Myšlenky na sebevraždu už nemá, cítí se v bezpečí, ale doma by je měl. V poslední době začal trochu jíst, předtím mu nechutnalo. Zhubl 20kg za 3-4 měsíce.

Objektivní hodnocení stavu

Lucidní, plně orientován všemi směry, psychomotorické tempo v normě, kontakt naváže ochotně, odpovědi bez latencí, v relaci, zahlcující projev, myšlení koherentní, zabíhavé, bez bludné produkce, poruchy vnímání nepřítomné, nálada depresivní, hypobulie, hypoprosexie, redukce zájmů, anhedonie, dyssomnie, sny s děsivými obsahy, hyporexie s úbytkem váhy, v.s. organický terén, abúzus alkoholu v anamnéze, nyní bez známek intoxikace či odvykacího stavu, abstinující, náhled má, aktuálně bez proklamací sebevraždy, v anamnéze opakovaně vážně míněné sebevražedné tendenční jednání.

Kardiopulmonálně kompenzován., orientačně neurologicky v normě, bez známek poranění, stav po zaléčené generalizované pyodermě jako komplikaci zánětu středního ucha.

Průběh:

59- letý muž, opakovaně v PLB, převážně AT léčba pro abúzus alkoholu, aktuálně doporučen k hospitalizaci z Centra pomoci závislým, kde jednorázově vyhledal pomoc v tíživé životní situaci. Od poslední AT léčby /cca 8 měsíců/ abstinující. V průběhu posledního roku rozchod s manželkou, opakované somatické obtíže, špatná finanční situace pro problémy v pracovní oblasti. V popředí příznaky depresivního propadu, stav po opakování suicidia v anamnéze, aktuálně asuicidální. Stávající léčba antidepresívy navýšena, v popředí kolísání nálady, labilní afektivita, tendence k bilancování života, v.s. osobnost akcentovaná, depravovaná abúzem.

Pro bolesti hlavy vysazen chlorprothixen, bolesti se vyskytují jen ojediněle. Nálada postupně projasněna, spánek zlepšen, volný režim zvládá bez obtíží. Od 9. 12. 2011 na otevřeném oddělení následné péče. Zde svědomitě plní své povinnosti, dochází na psychoterapeutické aktivity, na doléčovací skupiny pro alkoholiky na pavilon 31. Nadále ale pokleslé ladění, verbalizuje úzkosti, hlavně v souvislosti s nepříznivou sociální a rodinnou situací (bydlí sám doma, rozvedený, dcera se v bytě nezdržuje), bilancuje. 1x porušení abstinence, náhodně zachyceno při testu na alkohol, pacient užití alkoholu popírá, udává užití ústní vody s obsahem alkoholu pro bolest dásní.

Poté častější kontroly moči, s negativním toxikologickým nálezem. Upravována medikace, přidán chlorprothixen pro nespavost a z anxiolytické indikace. Stav se stabilizoval, pacient klidný, bez tenze či úzkosti, nálada v normě, patrná organicita, osobnost depravována, bez psychotické produkce, spánek v normě, bez suicidálních myšlenek. Zvládal propustky do domácího prostředí, abstinovat. Somaticky opakovaně zubní ošetření pro bolesti zubu, urologická kontrola pro hypertrofii prostaty, kožní kontrola. Podána žádost o invalidní důchod. Pacient propuštěn ve stabilizovaném stavu domů.

Diagnóza a medikace:

F321 Středně těžká depresivní fáze

F102 Syndrom závislosti na alkoholu

MIRTAZAPIN 45 MG, HELICID 20, CHLORPROTHIXEN 15,
TAMSULOSIN HCL ACTAVIS 0,4 MG

KAZUISTIKA Č. 3

Klient: O. J.

Diagnóza: Středně těžká depresivní fáze [F321]

Pacient, 61 let, podruhé hospitalizován na psychiatrii (předchozí pobyt před 30-ti lety), přijat překladem z interny NNB po pokusu o sebevraždu léky + alkohol, v debaklové životní situaci. Přechodně nutnost intubace a podpory srdeční akce . Přijat na uzavřené psychiatrické oddělení. Ochotný ke kontaktu, myšlení zabíhavé, ladění mírně pokleslé, ale odklonitelný, k suicidálnímu pokusu kritický. Předán na otevřené psychoterapeutické oddělení. Proklamuje ochotu ke spolupráci, nyní nálada v normě, nepychotický, asuicidální, incipientní organicita. Povolena propustka domů. Z propustky se nevrátil, dimise proběhla administrativní formální cestou.

Rodinná anamnéza:

Psychiatrickou hereditu neguje.

Osobní anamnéza:

Hypertenze, žaludeční vředy- měl krev ve stolici, varixy dolních končetin, hemoroidy - operovány. Úrazy hlavy s bezvědomím neguje, před 5 dny vážný TS intoxikací alkoholem a medikamenty - nutnost přechodné intubace s podporou srdeční akce. Alergie: Acylpyrin, Jahody

Sociální anamnéza:

Aktuálně žije v garsonce sám, pro problematické vztahy v rodině se odstěhoval před půl rokem - děti dospělé, má 2syny a dceru, děti s ním přerušily kontakt, manželka také. Problémy vidí hlavně ve tchýni a tchánovi, viz osobní anamnéza pacienta. Zaměstnání: předčasný starobní důchod, žádal v březnu 2012, předtím automechanik, pak jezdil u dopravního podniku jako řidič tramvaje.

Partnerské vztahy: aktuálně bez partnerky, ženatý, chce se vrátit zpět k rodině, považuje za chybu, že se odstěhoval, už to nemohl vydržet, hádek bylo čím dál více.

Nekuřák, alkohol: 1 pivo k obědu nepravidelně, jinak příležitostně, před 5dny pokus o suicidium intoxikací 1,5 l rumu + medikamenty.

Psychiatrická anamnéza:

V PLB podruhé, v anamnéze před 30lety 1 hospitalizace, stav po suicidálním pokusu intoxikací, dle pacienta- „to bylo spíše demonstrativně“. V péči ambulantního psychiatra, bere atarax , dochází poslední dva měsíce, předepisuje mu Atarax tabletu na noc.

Farmakologická anamnéza: Lanzul, Betaloc 100, Detralex, Citalec 20,

Subjektivní hodnocení stavu

Pokusil se o sebevraždu no. Rozešel se s rodinou před nedávnem, má 2 syny, dceru, dva mají vysokoškolský titul, děti se s ním přestali bavit, nezdravili ho, nejstarší dcera mu řekla, že ho do smrti nechce vidět, psychicky na tom nebyl dobře, řešil to tímhle způsobem. Vzal si „petlahev“ v ní rum, asi litr a půl, 90 tablet Modureticu a šel na vlakovou zastávku, kde nikdo přes noc není, ani vlaky tam teď dočasně nestaví a v 11 hodin večer to spolykal -chtěl mít prostě jistotu, našli ho pak ale ráno.

Teď má náladu pod psa, nemá nikoho, v bytě se cítil poslední dobou nadbytečný, nechtěný, pořád se s manželkou hádali, zejména kvůli tchyni a tchánovi, on pořád pracoval, když měl dva dny v kuse volno a chtěl vzít rodinu na výlet, tak se najednou objevila ve dveřích tchyně, tak se nikam nejelo, pak už mu to začalo lézt na nervy, odstěhoval se do garsonky, čekal, že bude třeba někomu chybět a rodina bude chtít, aby se vrátil, ale to se nestalo, když přijde domů, ani ho nikdo nepozdraví, nemůže přeci hodit celý život do kanálu.

Na oddělení: viz výše, doplňuje, že chtěl opravdu zemřít, už neviděl východisko, má předčasný důchod, rozešel se s rodinou, žije sám v garsonce, opuštěnost je nejhorší. Teď je mu lépe, samozřejmě smutný, myšlenky na

sebevraždu nemá, chtěl by nějaké skupiny, na kterých by mohl hovořit o svých potížích. Takhle upovídaný jako teď, to je pořád.

Objektivní hodnocení stavu

Lucidní, orientován všemi směry správně, kontakt navazuje ochotně, přiměřeně spontánní, na otázky odpovídá adekvátně, bez latencí, dynamogenie v normě, mírně logorhoický, klidný a dobře spolupracující, myšlení koherentní, zabíhavé, bez fobických, bludných obsahů, bez příznaků poruch vnímání, nálada mírně pokleslá, odklonitelná, emoční labilita, mírná úzkost, kritický k sebevražednému pokusu, neguje přetrvávající suicidální ideace a tendence, osobnost s rysy emočně labilními, suspektně - incipientní organicita, kognitivní funkce bez známek deteriorace.

Kardiopulmonálně kompenzován, nihil acutum, afebrilní, eupnoe, ameningeální, stěžuje si na bolest žeber vlevo, mírnou bolest v krku, nekašle, bez známek infektu. Terapie: BETALOC ZOK 100 MG, CITALEC 20, DETRALEX, LANZUL 30 MG

Průběh:

61 letý pacient., druhá hospitalizace v PLB, přivezen překladem z interního oddělení NNB-st.p. vážném TS intoxikací medikamenty a alkoholem v rámci debaklové sociální situace, při neshodách v rodině, ztrátě zaměstnání, pocitech osamění, zbytečnosti. Přechodně nutnost intubace a srdeční podpory. Na příjmu orientován všemi směry, snaha spolupracovat, nálada depresivní, poruchy spánku, ranní pessima, pocity bezradnosti, beznaděje, myšlení souvislé, zabíhavé, hovorný, mírná intrapsychická tenze, úzkost, bez bludů či paranoidity, vnímání intaktní, aktuálně sebevražedné myšlenky popírá, tendence nyní nejeví, klidný, bez projevů agrese.

Přijat na uzavřené psychiatrické oddělení, v medikaci ponechána antidepressivum SSRI, která nasazeno několik dnů před přijetím ambulantně. Při vyšetření na oddělení ochotně navazující kontakt, přiměřeně spontánní, mírně logorhoický, klidný a dobře spolupracující, myšlení zabíhavé, bez psychotických příznaků., ladění mírně pokleslé, odklonitelné, spíše emoční

labilita, mírná anxieta, kritický k suicidálnímu pokusu, nejuje přetrvávající sebevražedné ideace a tendence. Předán na otevřené psychoterapeutické oddělení léčebny. Zde v projevu dominují známky incipientní organicity – pacient mírně zabíhavý, emoční labita - proklamuje ochotu ke spolupráci, zařazen do skupinové psychoterapie. Na víkend povolena propustka, ze které se na oddělení nevrátil. Dimise administrativně v rámcově stabilizovaném stavu.

Dále dle telefonního hovoru s manželkou pacienta - manžel nalezen po dokonaném pokusu o suicidium medikamenty.

Diagnóza a medikace:

F063 Jiné duševní poruchy, způsobené poškozením mozku, jeho dysfunkcí a somatickou nemocí - Organické poruchy nálady (afektivní)

Medikace: CITALEC 20, LANZUL 30 MG, BETALOC ZOK 100 MG.

DETRALEX

ZÁVĚR

Sebevražda se v dnešní době i našem prostředí kontextuálně jeví jako závažný psychosociální a ekonomický problém. Tím, že v naší společnosti pozvolna opadá vliv křesťanskožidovského modelu vnímání sebevraždy spolu s pozvolným navyšováním nespokojenosti ve společnosti a pocitu frustrace a jistého zklamání mezi lidmi všeobecně, se tento problém stává čím dál více aktuálnější a palčivější.

Také proto, že sebevražda s sebou nese velké problémy v rámci zdravotnické oblasti a dopadá citelně i do ekonomiky státního zřízení tím, že se lidé po nedokonaném pokusu o sebevraždu pravidelně ve svém následovném životě stávají, mnohdy doživotně, uživateli další systematické péče a čerpají ze systému. A to často i ve chvíli, kdy do něj sami ještě nestačili významně přidat. S četností výskytu sebevražd se zároveň snižuje věk těch, kteří se o sebevraždu pokoušejí.

Jedná se bezpochyby o velkou zdravotnickou zátěž mající psychologický podtext, jelikož do společnosti vnáší takový vzorec chování, který není užitečný ani pro samotného jedince či jeho nejbližší okolí, ani pro společnost jako celek. Takovéto vzorce jednání se mají ve společnosti tendence replikovat. Hrozí geometrická řada opakování tím, že po každém jednom případě stoupá nebezpečí, že toto chování poskytne vzor pro celé sociální okolí daného člověka.

Nejvíce je ohrožena nejbližší rodina a zejména děti a mladiství, kteří absorbují chování svých rodičů a ti zase svým potomkům předávají návod, jakým způsobem se lze vyrovnávat se zátěžovými situacemi. Rozhodně se tím podporuje budování vědomého a nepoužitelného stylu řešení nabízejících se problémů a krizí, který konsekventně sice nemusí vést až k sebevraždě, ale k vyhýbání nebo vzdávání se žádoucích řešení vlastních problémů ano. Dá se počítat, že podobný druh reakcí lze očekávat u takových stavů nebo situací, které se zdají jednotlivci či skupině populace těžko řešitelné či zvládnutelné.

V duchu současného životního stylu a míře civilizační zátěže lze tedy očekávat jak nárůst počtu spáchaných sebevražedných pokusů a počtu

dokonaných sebevražd, tak i růst zátěžových vlivů a situací, které obdobné chování budou spouštět.

Psychoterapie se osvědčila jako způsob, jak tento systém narušit a předat pacientům/klientům klíč, jak problémy takového typu překonat a nabídnout jim možnost řešení, které skutečně potřebují. Tento druh terapie samozřejmě není samospasitelnou metodou a je nutné ji kombinovat s dalšími možnostmi a zařadit ji do nějakého muldidisciplinárního systému. V něm pak nachází naprosto nezastupitelnou roli, která je nenahraditelná, a to ani farmakoterapií ani sociální intervencí. To proto, že obě zmiňované terapeutické intervence přistupují k problematice z jiného úhlu.

Farmakoterapie jistým způsobem překrývá nebo tlumí projevy lidského chování a prožívání – to, které k sebevraždě může vést a pacientovi nenabízí alternativní vzorce chování. Na rozdíl od psychoterapie se dále sociální terapie ve svých intervencích zaměřuje na to, jak postiženého člověka vrátit nebo začlenit do společnosti a je schopná mu dopomoci ve sžívání s okolím a navrátit mu kontakt se světem okolo něj, nedokáže jej však pozměnit ve vztahu k sobě sama.

Všechny tyto složky by měly mezi sebou navzájem účinně reagovat a spolupůsobit, nemocný by měl mít možnost být terapeutizován léčebným procesem, který obsahuje všechny potřebné složky – tedy farmakoterapii, psychoterapii i sociální intervenci.

Léčba medikamenty i sociální rehabilitace patří do té kategorie léčby, která už je hodnotně propracována a poměrně dlouho a běžně se v praxi používána, ví o ní mnohá odborná a rovněž laická veřejnost.

Autorka této práce se soustřeďuje na samotnou psychoterapii, což je téma zajímavé a bylo by vhodné jej podpořit a zvýraznit. Psychoterapie působí na různých úrovních a její efekt lze sledovat různým způsobem. Její účinek se projevuje rozmanitým způsobem.

V praktické části této práce jsou prezentovány tři rozdílné případy, osudy tří sebevražedných pokusů mužů z psychiatrického zařízení a dokumentují tak variabilitu výsledků léčby za použití této metody.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

LITERATURA:

BANKOVSKÁ, Lucie; DRAGOMIRECKÁ, Eva; ČERMÁK, Jan, et al. Rodinná psychoedukace u schizofrenie: demografické charakteristiky a kvality života příbuzných. *Psychiatrie*, 2009, roč. 13, č. 4. ISSN 1802-422X.

BARTKO, Daniel. *Moderní psychohygienu*. 1. vyd. Praha: Orbis, 1976. ISBN 11-072-76.

BOUČEK, Jaroslav, et al. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1354-X.

BLATNÝ, Marek a kol. *Psychologie osobnosti: Hlavní témata, současné přístupy*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN: 978-80-247-3434-7

DUŠEK, Karel; VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.

HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X

HERMANN, Ed. Erik; PRAŠKO, Ján, SEIFERTOVÁ, Dagmar, a kol. *Konziliární psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-903708-9-0, ISBN 978-80-7262-498-0

HOLUB, David MUDr.; MOTLOVÁ, Lucie MUDr. *Compliance a adherence: spolupráce při léčbě* [online]. 2005, [cit. 2005 listopad] Dostupné na WWW:

<http://www.remedia.cz/Okruhy-temat/Psychiatrie/Compliance-a-adherence-spoluprace-pri-lecbe/8-1n-bl.magarticle.aspx>

HÖSCHL, Cyril; LIBIGER, Jan; ŠVESTKA, Jaromír. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2002. ISBN 80-900130-1-5

HŘÍBKOVÁ, Lenka. *Nadání a nadaní. Pedagogicko-psychologické přístupy, modely, výzkumy a jejich vztah ke školské praxi*. Praha: UK PedF, 2005. ISBN 80-7290-213-X

KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-122-0

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Jak žít s neurózou: o neurotických poruchách a jejich zvládnutí*. 4. rozš. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-553-1

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 3., dopl. vyd. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-347-8

MARKOVÁ, Eva; VENGLÁŘOVÁ, Martina; BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6

MASARYK, Tomáš, G. *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*. 5. vyd. Ústav T. G. Masaryka, Praha 1998.

MATOUŠEK, Oldřich. *Potřebujete psychoterapii?* 2. rozš. a upr. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-314-5

PAULIK, Karel. *Vybrane poradenske a psychoterapeuticke smery*. 1.vyd.

Ostrava: Ostravska univerzita, 2009. ISBN-13: 978-80-7368-739-7

PRAŠKO, Ján; MOŽNÝ, Petr; ŠLEPECKÝ, Miloš. *Kognitivně-behaviorální terapie psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-865-1.

PRAŠKO, Ján; MOŽNÝ, Petr; ŠLEPECKÝ Miloš, a kol. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-865-1

PRAŠKO, Ján a kol. *Poruchy osobnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-737-X

PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-997-6

PRAŠKO, Ján; PRAŠKOVÁ, Hana; PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-809-0

PRAŠKO, Ján; PRAŠKOVÁ, Hana. *Asertivitou proti stresu*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1697-8

PRAŠKO, Ján; BULIKOVÁ, Barbora; SIGMUNDOVÁ, Zuzana. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. 1. Vyd. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-656-4

PROCHASKA, James; NORCROSS, John. *Terapeutické systémy: průřez teoriemi*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-766-4.

RABOCH, Jiří; ZVOLSKÝ, Petr, et al. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-2460-390-X.

SVOBODA, M. *Psychopatologie a psychiatrie*, 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

SYŘIŠŤOVÁ, Eva, et al. *Skupinová psychoterapie psychóz*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1982. ISBN 60-137-82.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VONDRÁČEK, Vladimír; DOBIÁŠ, Jan. *Lékařská psychologie*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1969. ISBN 08-024-69.

VYBÍRAL, Zbyněk; ROUBAL, Jan (eds.). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-682-7

VYMĚTAL, Jan, et al. *Obecná psychoterapie*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0723-3.

VYMĚTAL, Jan. *Speciální psychoterapie*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1315-1

VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0253-3

VYMĚTAL, Jan. *Rogersovská psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Český spisovatel, 1996. ISBN 80-202-0605-1

VYMĚTAL, Jan, a kol. *Obecná psychoterapie: učební text pregraduálního a postgraduálního studia psychoterapie na 1. LF UK v Praze*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0723-3

VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3.vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2667-0

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. 2. přeprac. vyd. Praha: WHO, 2008. ISBN 978-80-904-259-0-3

YALOM, Irvin D. *Chvála psychoterapie: otevřený dopis nové generaci psychoterapeutů a jejich pacientů*. 2.vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-894-5

ZEIG, Jeffrey K. *Umění psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-972-0

INTERNETOVÉ ZDROJE:

web.quick.cz. *Sugesce a psychóza* [online]. 2011. [cit. 2011-02-20] Dostupné na WWW: <http://web.quick.cz/psychologies/sugesce_a_hypnoza.htm>

www.sebevrazda.psychoweb.cz

<http://www.deprese.psychoweb.cz/deprese-uvod/kody-diagnoz-mkn>

<http://www.psycholog-praha.cz/zakladni-deleni-psychoterapie>

<http://www.velka.zlutasova.cz/index.php?page=clanky/clanek03>

http://www.cmhcd.cz/dokumenty/brozury/amepra_brozura_03.pdf

<http://www.relaxace.psychoweb.cz/>

<http://svp.muni.cz/ukazat.php?docId=397>

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Lenka Jírová

Obor: Manažerská studia - řízení lidských zdrojů

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Sebevražda - smrt jako východisko z duševní krize

Rok: 2012

Počet stran textu bez příloh: 76

Počet titulů české literatury a pramenů: 41

Počet internetových zdrojů: 10

Vedoucí práce: JUDr. Mgr. Joža Spurný Ph.D.