

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA**

Magisterské kombinované studium
2010–2012

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Miluše Kubíčková

Suicidální pokusy vězňů a krizová intervence

Praha 2012

Vedoucí diplomové práce:
PaedDr. Lubomír Bajcura, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE

Master Combined Studies
2010–2012

DIPLOMA THESIS

Miluše Kubíčková

Suicide attempts by prisoners and crisis intervention

Prague 2012

The Diploma Thesis Work Supervisor:
PaedDr. Lubomír Bajcura, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová 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 5.3.2012

Jméno autorky

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucímu diplomové práce panu PaedDr. Lubomíru Bajcurovi, Ph.D. za odborné vedení, za pomoc a rady, které mi poskytl při zpracování této práce.

Moje poděkování patří i paní PhDr. Jolaně Mižikarové, za pomoc při vyhodnocování psychologického testu v praktické části diplomové práce, bez kterého by tato část práce nemohla být vytvořena.

Anotace

V teoretické části jsem se zabývala suicidálním jednáním jak u běžné populace, tak ve vězenství.

Cílem této diplomové práce je zmapování rizika suicidálního jednání u odsouzených i obviněných umístěných ve výkonu trestu odnětí svobody a ve výkonu vazby ve věznici Ostrov. Bylo vybráno 100 respondentů z různých kolektivů a za pomoci psychologického testu zkoumáno riziko sebevražedného jednání. Vybráni byli obvinění a odsouzení, kteří jsou poprvé ve výkonu vazby nebo ve výkonu trestu, a nikdy před tím nebyli soudně trestáni. Stejně jako je popisováno v odborné literatuře, nejvíce ohroženou skupinou ve výkonu trestu odnětí svobody jsou odsouzení, kteří užívali drogy, odsouzení umístění v nástupním oddělení a odsouzení s psychiatrickým onemocněním.

Klíčové pojmy

Krizová intervence, obviněný, odsouzený, sebepoškozování, sebevražda, sebevražedný pokus, výkon trestu odnětí svobody, výkon vazby, vězeňství.

Annotation

Theoretical part is focused on suicidal behavior in general population as well as in prison.

The goal of this thesis is to map the risks of suicidal behavior of sentenced prisoners and defendants imprisoned in Jail in Ostrov. Hundred of prisoners were chosen of different collectives and risk of suicidal behavior was examined with help of psychological test. Defendants and sentenced prisoners were chosen, who are for the first time in custody or punishment and were never sentenced by judge. As well as it is written in professional literature, the most endangered group in punishment are prisoners who used drugs, prisoners placed in commune department and prisoners with psychiatric illness.

Key words

Crisis intervention, defendant, sentenced prisoner, selfharming, suicide, suicide attempt, custody, imprison punishment, prison.

OBSAH

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	
1. Historie sebevražd	12
2. Hledisko sociologické, medicínské, psychologické	14
2. 1 Sociologický přístup	14
2. 2 Medicínský přístup	15
2. 3 Psychologický přístup	17
3. Formy sebevražedného jednání.....	18
3. 1 Suicidální myšlenky	18
3. 2 Suicidální tendence	18
3. 3 Suicidální pokus	19
3. 4 Sebevražda	20
4. Sebevražedné jednání.....	24
4. 1 Způsoby sebevražedného jednání	28
4. 2 Motivy sebevražedného jednání	29
4. 3 Rizikové skupiny sebevražedného jednání	29
4. 4 Faktory sebevražedného jednání	30
4. 5 Varovné signály sebevražedného jednání.....	32
4. 6 Mýty o sebevraždách	32
5. Sebepoškozování	34
5. 1 Patologické sebepoškozování	35
6. Krizová intervence	39
6. 1 Krizová intervence při ohrožení suicidálním pokusem	40
6. 2 krizová intervence po nezdařeném pokusu o sebevraždu.....	43
7. Sebevražednost vězňených osob	46
7. 1 Přehled sebevražedného jednání ve VS ČR za období let 2006-2010	46
7. 2 Přehled sebevražedného jednání ve VS ČR za rok 2010	47
7. 3 Přehled psychologické intervence z důvodu zvýšeného rizika sebevražedného jednání v roce 2010	48
7. 4 Přehled sebevražedného jednání ve věznicí Ostrov za období let 2006-2010	50
8. Sebevražednost ve výkonu vazby a ve výkonu trestu.....	51
8. 1 Psychické a sociální důsledky výkonu vazby	51
8. 2 Psychické a sociální důsledky výkonu trestu odnětí svobody	56
9. Sebevražedné jednání ve vězeňském prostředí	60
9. 1 Anormální chování ve vězeňském prostředí.....	60
9. 2 Autodestruktivní jednání	62
9. 3 Poruchy osobnosti ve vězeňském prostředí	63
10. Sebepoškozování ve vězeňském prostředí	67
11. Prevence sebevražedného jednání ve vězeňském prostředí	69
11. 1 Mimořádná událost ve Vězeňské službě ČR	69
11. 2 Zacházení s vězňenými osobami v krizi	70
11. 3 Činnost odborných zaměstnanců ve vězeňském prostředí	72

PRAKTICKÁ ČÁST	
12. Průzkum sebevražedného jednání ve věznici Ostrov	75
12. 1 Cíl průzkumu	75
12. 2 Stanovení hypotéz.....	75
12. 3 Průzkumná metoda šetření.....	76
12. 3. 1 Obsahové zaměření testu.....	76
12. 3. 2 Postup šetření	76
12. 3. 3 Charakteristika respondentů průzkumného souboru	77
12. 3. 4 Popis jednotlivých škál testu PROS	79
12. 3. 5 Výsledky šetření	81
12. 4 Kazuistiky	88
12. 5 Výsledky průzkumu.....	98
12. 5. 1 Ověření hypotéz	98
12. 6 Shrnutí průzkumu	99
12. 7 Doporučená stanoviska.....	100
ZÁVĚR.....	103
SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY A PRAMENŮ	108
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	109
SEZNAM PŘÍLOH	110

ÚVOD

Svět se hekticky žene neznámo kam. Lidé se jen málokdy umějí odpoutat od každodenního stresu, jsou podrážděnější, nervóznější a globálně agresivnější. Nejsou schopni čelit úskalím života, neúspěchům a různým jiným nervovým vypětím. S tímto jevem úzce souvisí výskyt sebevražd. Sebevražda se naší populací šíří jako virové onemocnění, přijde nečekaně, nezvaně a málokdy se obejde bez následků.

Výskyt sebevražd se za posledních 45 let celosvětově zvýšil o 60 %. Sebevražda dnes patří mezi tři hlavní příčiny úmrtí. Nejohroženější skupinou ve třetině všech zemí jsou v současné době mladí lidé. Můžeme se proto domnívat, že fenoménu jménem sebevražda je věnováno málo pozornosti.

V naší společnosti existuje dvojí morálka. Jedna, která odsuzuje jakoukoli sebevraždu, vidí v ní slabost a hloupost. Druhá, která odlišuje případ od případu, uznává jí a obdivuje. (Monestier, 2003)

Pokud budeme mluvit o sebevraždách, neměli bychom zapomenout na sebevrahy. Každý z nich dal svému činu jedinečnost, která odráží jeho povahu, jeho důvod a nesnesitelnost podmínek, ve kterých se ocitnul. (Monestier, 2003)

Dobrovolný odchod ze světa má mnoho tváří, důsledků a příčin. K sebevraždě mohou vést nejen osobní důvody, ale i společenské a politické poměry.

Lidé tedy páchají sebevraždy z mnoha důvodů a pravděpodobně nejbolestivější je situace, kdy není možno zjistit, proč se člověk rozhodl pro takový odchod ze života. Obecně můžeme říci, že sebevražda bývá vyvolána neúspěchem či nějakou ztrátou. Někdy představuje ztrátu něčeho, s čím člověk spojoval všechny své naděje.

Důvodů, pro které lidé páchají sebevraždy, je mnoho a některé z nich jsou smutné a představují definitivní ztrátu, smrt, jsou stresující. Mají však jednu věc společnou – vyžadují, aby se člověk přizpůsobil změně. (Frankel, Kranzová, 1998)

V průběhu života se člověk dostává do různých situací. Jednou z těch složitějších je pobyt ve výkonu vazby nebo ve výkonu trestu odnětí svobody.

U těchto odsouzených a obviněných se může dostavit anticipační¹ úzkost, vnitřní napětí, což může vyvolat nebezpečí vzniku psychických poruch ve formě sebepoškozování, agrese, sebevražd či sebevražedných pokusů. Jejich život se musí podřít řadě předpisů, jsou nuceni přizpůsobit se pravidlům výkonu trestu či vazby a autoritě zaměstnanců vězeňské služby. Ze svého občanského života se najednou ocitají ve společnosti lidí, jejichž společnost si nevybrali. S tímto soužitím mají problémy zpravidla ti, kteří se nacházejí ve výkonu vazby a výkonu trestu odnětí svobody poprvé a kterým adaptace na vězeňské podmínky činí velké problémy. Tato adaptace je doprovázena vznikem negativních jevů, z nichž nejzávažnější je suicidální jednání. (Fischer, 2006)

Předcházet těmto negativním jevům je snahou moderního vězeňství. Vězeňská služba České republiky eviduje a zároveň sleduje osoby s rizikem sebevražedného chování. Na základě této evidence navrhuje Psychologické pracoviště VS ČR preventivní programy, které mají tyto negativní jevy v co největší míře eliminovat.

Téma diplomové práce „Suicidální pokusy vězňů a krizová intervence“ jsem si zvolila z toho důvodu, že jsem začala pracovat ve věznicí Ostrov jako sociální pracovníce v nástupním oddělení. Podílím se na zpracování komplexní zprávy o odsouzených. Vedu prvotní pohovor s odsouzenými a na základě těchto dat vyhotovuji sociální anamnézu. Při těchto pohovorech přicházím do kontaktu s lidmi, kteří se někdy v minulosti o sebevraždu už pokusili.

S takovými případy se často setkáváme právě i ve vězenství, kde řešení obtížné životní situace a vliv prostředí umocňuje pokusy o sebevraždu a dokonané sebevraždy. Zajímalo mě proto, jaká je pravděpodobnost výskytu sebevražedného jednání ve věznicí, ve které teď pracuji.

Prostřednictvím zpracování diplomové práce bych chtěla zjistit, zda se tento negativní jev vyskytuje ve věznicí Ostrov. K průzkumu použiji testovou metodu. Tento test bude zpracováván položkovou analýzou. Tímto testem

¹ Přizpůsobivé chování očekávané v dané sociální skupině.

můžeme zjistit úroveň depresivity a míru suicidálního rizika. Test bude rozdán 100 respondentům – v oddělení výkonu vazby 20 respondentům, v nástupním oddělení 20 respondentům, v ubytovnách L, H2 a D celkem 60 respondentů. Tyto kolektivy byly vybrány záměrně, nacházejí se v nich odsouzení, kteří jsou ve výkonu trestu odnětí svobody poprvé. V oddělení výkonu vazby bude vybráno 20 respondentů, kteří nikdy před tím nebyli ve výkonu vazby.

K tomu záměru jsem si stanovila hypotézy:

HO - V jakém poměru se ve věznici Ostrov vyskytuje riziko suicidálního jednání.

H1 - Ve věznici Ostrov je u pruvěžněných riziko suicidálního jednání.

H2 - Ve výkonu vazby je suicidální riziko vyšší než ve výkonu trestu odnětí svobody.

H3 - Ve specializovaném oddělení ubytovny L je u toxikomanů riziko suicidálního jednání vyšší než v běžném výkonu trestu.

Teoretická část diplomové práce bude zaměřena na sebevražedné jednání z pohledu odborné literatury. V této části bude stručně popsána historie sebevražd. Dále bude uvedeno hledisko sociální, medicínské a psychiatrické. Objasněny budou pojmy sebevražedné chování, sebevražedné jednání a krizová intervence. Zaměření zde bude na problematiku sebevražedného jednání ve vězeňství, tato problematika bude doplněna statistickými údaji.

V praktické části se budu věnovat statistikám sebevražedného jednání ve věznici Ostrov. Suicidální jednání bude vyjádřeno pomocí tabulek a grafů s příslušným komentářem. Dále zde budou uvedeny kazuistiky odsouzených a doporučující stanoviska k předcházení sebevražedného jednání.

V závěru diplomové práce se budu věnovat celkovému shrnutí uvedené problematiky a ověření stanovených hypotéz.

Teoretická část

1. HISTORIE SEBEVRAŽD

Již od antiky se filosofové zabývali problematikou sebevražd a postoji k ní. V antice se vedla svobodná diskuze zahrnující různá stanoviska o ukončení vlastního života. Můžeme se o tom přesvědčit v dochovaných literárních dílech. Připomeňme si např. Sokrata nebo staré Řeky a Římany, pro které byl tento způsob smrti privilegium a pamatovalo na něj i římské právo. „V antice bylo obvyklým motivem sebevražděného jednání zachování si cti, vyhnutí se bolesti nebo stáří, reakce na ztrátu blízké osoby nebo sebeobětování ve prospěch obce. Sebevražda byla vcelku tolerována a chápána jako záchrana před utrpením a potupou.“ (Dragomirecká, 1998, s. 28)

„Později některé antické směry (např. stoicismus) prezentovaly dobrovolnou smrt jako pozitivní lidský vývoj.“ (Viewegh, 1996)

Stoikové pojímali utrpení či smrt jen jako zdánlivé a dospěli k tomu, že člověk se musí zbavit všeho, co stojí mimo něj. Přívrženci kynismu zase opovrhovali konvencemi běžného života i vymoženostmi civilizace, upřednostňovali skromnost a jednoduchost, snažili se vystačit si s minimem věcí. (Monestier, 2003)

Sebevraždou se ve středověku zabýval a jednoznačně ji odsuzoval katolický filosof a teolog scholastické tradice Tomáš Akvinský. Ostatně nástup křesťanství znamenal zapovězení sebevraždy jako těžkého hříchu, který byl spojen se stigmatem postihujícím celou rodinu. (Koutek, Kocourková, 2003)

Lidé ve středověku byli většinou nevzdělaní a silně věřící, proto zejména díky víře žili v poslušnosti. Bylo jim vštěpováno, že pokud se tak budou chovat, bude jim umožněn za odměnu vstup do ráje. Jen málokterý křesťan se však uchýlil k sebevražděnému způsobu ukončení života, neboť pro sebevrahy byl ráj nedostupný. Tento pohled se začal měnit pronikáním vědy do společnosti, lidé postupně začali přecházet z nábožensky mystického myšlení k myšlení vědecky logickému. Lidé se přestali obávat, že kvůli svému rozhodnutí

spáchat sebevraždu budou po své smrti pykat, a začali se odklánět od víry v nebe a peklo. (www.sfkislington.cz)

V 19. století se tematikou sebevraždy zabýval sociolog Émile Durkheim, který ve svém díle *La Suicide* (Sebevražda) popisuje příčiny, motivy a způsoby tohoto negativního jevu. Nejvýznamnějším představitelem, který se tímto sociálně patologickým jevem zabýval ve svém díle „Sebevražda jako masový sociální jev přítomnosti“, byl Tomáš G. Masaryk. (www.e-prestigio.blog.cz)

Období 20. století je dobou, kdy se suicidium v důsledku světové války, hospodářské krize a nástupu komunismu stává velmi častým jevem. (Koutek, Kocourková, 2003). Je součástí vědeckého výzkumu, pozornost se začíná obracet na „faktickou stránku“ sebevraždy. (Viewegh, 1996)

Sebevražda začíná být monitorována i našimi statistickými ústavy - Českým statistickým úřadem (ČSÚ) a Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). (www.e-prestigio.blog.cz)

2. HLEDISKO SOCIOLOGICKÉ, MEDICÍNSKÉ A PSYCHOLOGICKÉ

Sebevražedné jednání je posuzováno z několika hledisek: sociologického, medicínského a psychologického.

2.1 Sociologický přístup

Sociologický přístup hledá příčiny převážně v neuspokojivých lidských vztazích, osamělosti, v rodině a také v ekonomických faktorech, jako jsou např. sociální postavení, vykonávaná profese či nezaměstnanost.

Francouzský sociolog Émile Durkheim, který je považován za jednoho ze zakladatelů vědecké sociologie, si problematiku sebevraždnosti vybral ke zkoumání proto, aby na ní dokumentoval specifičnost sociologické metody. Snažil se ukázat, že i rozhodnutí natolik intimní, jako je vlastní sebedestrukce člověka, není z pohledu sociologického jen individuální záležitostí.

V závislosti na charakteru suicidogenních proudů, které společností probíhají, rozlišuje Durkheim tyto typy sebevražd:

- „egoistická sebevražda - vyplývá z nedostatečné vazby mezi jedincem a společností,
- altruistická sebevražda - vázanost individua na skupinu je příliš těsná, takže jedinec nemá pro motivy svého jednání dostatečný odstup,
- anomická sebevražda - v jejímž pozadí stojí náhlé sociální zvraty, které podstatně naruší kontakt jedince s jeho dosavadním společenstvím.“
(Viewegh, 1996, s. 38)

Durkheimova teorie se pojí s tvrzením, že sebevražednost závisí na stupni integrace a regulace společnosti a na účinnosti vztahů, které jedince obklopují. Integrace může být náboženská (vliv náboženství, zejména katolického, je chápán jako faktor protektivní z hlediska sebevražednosti), politická (integrace se zvyšuje v situacích politické krize) nebo rodinná (u osob žijících

v manželství je integrace výraznější než u těch, kteří žijí osaměle (svobodní, rozvedení, ovdovělí), což spolu s dalšími faktory přispívá k nižší sebevraždnosti osob žijících v manželství.

T. G. Masaryk, ji spojuje s postupující sekularizací², ta bere člověku pocit zakotvení a smysl života. Masaryk podává obsáhlý přehled a analýzu jednotlivých suicidálních vlivů, od přírodních přes somatopsychické až po sociální a kulturní. Podle Masaryka mají rozhodující podíl na růstu sebevraždnosti nepříznivé důsledky rozvoje civilizace, které se pak projevují v mravním a především náboženském úpadku.

Ve své sociologické studii „Sebevražda jako masový sociální jev přítomnosti“ stanovil širší a užší definici sebevraždy.

„V širším smyslu slova rozumí se jí ten nepřirozený způsob smrti, jenž byl přivozen neúmyslným vsahováním člověka v životní proces, ať kladným, činným vlastním jednáním, nebo záporným, trpným chováním k nebezpečí života.

V užším a vlastním smyslu je naproti tomu ten sebevrahem, kdo učiní svému životu konec úmyslně a vědomě, kdo si smrti jako takové přeje a je si jist, že svým jednáním nebo opomenutím smrt přivodí. Rychlost smrti není podstatnou známkou činu; neboť je též možno způsobit si smrt velmi zdlouhavým způsobem, znenáhla.“ (Masaryk, 2002, s. 16)

2.2 Medicínský přístup

V souvislosti s medicínským přístupem logicky vyplývá problém patologičnosti suicidálního jednání. Proto se ptáme, čím je ovlivněn rozšířený názor, že každá sebevražda je určitým způsobem podmíněna patologicky. V naší sociokulturní oblasti stojí v pozadí tohoto pojetí vědomé i nevědomé hodnocení smrti. Kdyby dobrovolná smrt figurovala v obecném povědomí jako vysoce kladný čin, byla by zcela určitě posuzována odlišně. Obecné mínění, pokud je živené tradicí, může přímo nebo nepřímo ovlivnit i odborný vědecký postoj k sebevraždě.

² Světský, zesvětštělý

Otázka „normy“, „normality“ a „patologie“ se stává složitým problémem metodologickým i aplikačním. Např. otázka normality osobnosti má kořeny jak v obecných biologických zákonitostech, tak ve specifických zákonitostech psychického vývoje a psychosociální interakci člověka a v neposlední řadě i v eticko-filosofických normách. (Viewegh, 1996)

Psychiatr Nevole přidává k otázce normality zajímavý postřeh: „Obecné hodnocení duševních projevů jako kladných nebo záporných, zdravých nebo chorobných je obtížné proto, že řád lidské společnosti je produktem téhož duševního a biologického dění, pro něž má být potom měřítkem.“ (Viewegh, 1996, s. 44)

Podle Hillmanna: „Se musíme snažit především porozumět samotnému člověku, o jehož sebevraždu jde, pokusit se sestoupit do hlubin jeho osobnosti, odhalit smysl, který přikládá utrpení a smrti. V každém případě problém dobrovolné smrti mnohonásobně překračuje úzce medicínské pojetí suicidia jako „poruchy.“ (Viewegh, 1996, s. 45)

Rozšířenou variantou patologizujícího pojetí sebevraždy je hypotéza, že podstata sebevraždy spočívá v oslabeném či jinak deformovaném pudu sebezáchovy.

Psychiatr Prokop je zastáncem tohoto pudového hlediska a ve své monografii člení příčiny sebevraždy na exogenní (vnější faktory – celkový vliv prostředí přírodního a sociálního) a endogenní (vnitřní faktory – dědičnost – vrozené předpoklady). Vnější vlivy nepovažuje samy o sobě za rozhodující, primární je podle něho vždy reakce osobnosti.

Prokopova biologická definice sebevraždy: „Z biologického hlediska je sebevražda v podstatě zvrácením, negací pudu sebezachování, který je dán každému organismu jako nejmocnější ochrana jeho vlastní existence.“ (Viewegh, 1996, s. 46)

Medicínský neboli psychiatrický přístup považuje tedy za příčiny sebevraždy duševní onemocnění, omamné látky, alkohol, poruchy osobnosti a jejího vývoje. Psychiatrie rozlišuje tzv. patologické (psychotické) sebevraždy a nepatologické, u kterých se předpokládá narušení osobnosti (psychopatie) nebo alespoň závažné vychýlení z afektivní rovnováhy. V rámci psychiatrie se

začíná v posledních desetiletí prosazovat liberálnější přístup, který připouští, že sebevražda nemusí být podmíněna přítomností duševní poruchy či odchylky.

2.3 Psychologický přístup

Psychologický výzkum sebevraždy je zaměřen na postižení některých psychických, zejména osobnostních vlastností suicidanta. Zaměřuje se na dlouhodobější proces, tzv. suicidální vývoj. Sebevražedné chování přičítá hlavně stresu, pocitu beznaděje, silným emocím.

Freud byl přesvědčen, že jsou člověku dány od narození dvě mocné síly, libido a pud smrti. Pud smrti bere na sebe různé formy agrese a destrukce zaměřené jednak navenek, jednak i dovnitř. Pokud dominuje pud smrti, zejména vlivem silných nebo častěji se opakujících traumatizujících událostí, objeví se v různých podobách, zejména jako sadismus či masochismus, nebo i v jiné formě sebeničivá tendence.

Pro autoagresivní jednání vzniknou podmínky tehdy, jestliže jedinec zažívá ambivalentní city (lásky a nenávisti) vůči osobě, kterou ztratil. Pokud se jedinec ztotožní s tímto objektem ambivalentních citů, nastává přesun agrese na vlastní osobu a vzniknou tak agresivní sadistické tendence obrácené dovnitř. Podle Freuda: „Čin, který se jeví jako sebevražda, je tedy - v podstatě vraždou, neboť úmysl zabít platí někdejšímu objektu lásky, se kterým se pachatel podvědomě identifikoval.“ (Viewegh, 1996, s. 58)

Stále více odborníků připouští možnost, že sebevražedné jednání se vyskytuje i u jedinců bez patrných známek psychické poruchy. Jde o tzv. bilanční sebevraždy, které jsou provedeny v podstatě „normálními lidmi“ na základě rozumové úvahy. Suicidium je zde chápáno jako dynamický proces, který přihlíží ke smysluplným souvislostem v životě suicidanta.

3. FORMY SEBEVRAŽEDNÉHO CHOVÁNÍ

Do sebevražděného chování zahrnujeme nejen dokonané sebevraždy, ale i další formy - suicidální myšlenky, tendence, suicidální plány a suicidální pokus.

3.1 Suicidální myšlenky

Suicidální myšlenky znamenají, že člověk přemýšlí o sebevraždě bez konkrétního plánování. Myšlenkami na sebevraždu se zřejmě zabývala většina lidí a asi každý z nás přemýšlel o tom, co by bylo, kdyby nebyl, kdyby usnul a už se neprobudil. Tyto fantazie většinou nepředstavují výraznější riziko, jde spíše o nápady a chybí u nich tendence k realizaci.

Suicidální myšlenky jsou charakterizovány podle Poustky:

„Verbálními i neverbálními projevy toho, že se jejich nositel zabývá myšlenkami na sebevraždu. Pokud zkoumáme suicidální myšlenky, musíme se zabývat hodnocením jejich intenzity, kolik času pacientovi zabírají, nakolik jsou odklonitelné.“ (Koutek, Kocourková, 2003, s. 28)

Nejprve se objevují prchavé, nekonkrétní myšlenky („Zajímalo by mne, jaké by to bylo být mrtvý“), poté se stávají závažnějšími („Vím, že nechci žít, nevidím žádné východisko ze své situace“) až po zcela konkrétní („Rozvážil jsem řadu možností jak se zabít, zvolil jsem jednu z nich, připravil jsem, co k ní potřebuji a určil jsem si, kdy a kde sebevraždu uskutečním“).

3.2 Suicidální tendence

Pokud je sebevražda již konkrétně promyšlena a připravována, hovoříme o suicidálních tendencích. To znamená, že si člověk obstarává zbraň, shromažďuje léky, plánuje místo a čas smrti, dotyčný bojuje s nutkáním sebevraždu realizovat. Některé sebevraždy mohou být předem pečlivě připravované, jiné naopak mohou být impulzivního charakteru.

Celý tento proces může trvat různě dlouho a všechny fáze suicidálních tendencí nemusí být uskutečněny. Např. ten, kdo o sebevraždě uvažuje, ji nakonec neuskuteční, jindy naopak může proběhnout ve zkratce. Lidé mohou jednat impulzivně, bez předběžných úvah, ale ani za těchto okolností není jisté, zda o sebevraždě předtím přemýšleli. Suicidální tendence představují v suicidálním chování další krok směrem k suicidii.

Vágnerová (2008, s. 501) dělí motivace na následující fáze:

- „Fáze počátečních úvah o sebevraždě. Člověk má problémy, které pro něj představují subjektivní, obtížně zvládnutelnou zátěž. Uvažuje o jejich řešení a jednou z alternativ se mu začíná jevit sebevražda. Suicidální tendence existují zatím jen na symbolické úrovni, v rovině úvah a představ. Mnozí lidé v této fázi o sebevraždě i mluví.
- Fáze konkretizace způsobu sebevraždy. Tendence k suicidii roste, jedinec akceptuje sebevraždu jako řešení svých problémů a začíná uvažovat o způsobu, jak ji uskutečnit.
- Fáze realizace sebevražedného úmyslu, jeho uskutečnění, konkrétní aktivity zaměřené na zničení vlastního života.“

3.3 Suicidální pokus

Suicidální pokus je dalším stupněm suicidálního chování a představuje suicidální jednání s úmyslem zemřít, je ale odlišný od sebevraždy tím, že člověk tento pokus zpravidla přežívá.

Suicidální pokus je definován: „Jako každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, avšak nikoli s letálním³ koncem.“ (Koutek, Kocourková, 2003, s. 28)

Suicidální pokus je projevem impulzivního činu, svědčí o tom i skutečnost, že například po probuzení, kdy nedojde pro nedostatečnost zvolených prostředků nebo v důsledku zásahu jiné osoby k ukončení života, jejich akutní krize

³ Smrtný, smrtící, mající za následek smrt.

pomíjí. Z lékařského pohledu ale mohou být tyto pokusy někdy velmi závažné a mohou skončit smrtí, byť nechtěně. „Mluvíme o nich také jako o „volání o pomoc“, když subjekt touží po soucitu a zájmu ze strany okolí ve své momentálně tíživé situaci.“ (Pavlovský, 2009, s. 29)

Mezi akutní rizikové faktory sebevražedného pokusu patří třeba závažné onemocnění, smrt blízkého člověka, problémy se zákonem.

Mezi chronické faktory řadíme dlouhodobou neuspokojivou rodinnou situaci, zadluženost, problémy ve škole či zaměstnání.

Mezi suicidiem a suicidálním pokusem Koutek a Kocourková (2003, s. 29) uvádějí tyto rozdíly:

- „U žen se vyskytuje častěji suicidální pokus, u mužů dokonané suicidium;
- sebevražedný pokus u obou pohlaví dominuje především v první polovině života, zatímco dokonané suicidium v druhé polovině;
- při sebevražedných pokusech je častěji použita tzv. měkká metoda (např. intoxikace medikamenty), zatímco u dokonáných suicidií jsou voleny tzv. tvrdé metody (strangulace, střelná rána);
- motivy vedoucí k suicidálním pokusům jsou většinou z oblasti interpersonálních vztahů, zatímco u sebevraždy bývají motivy z oblasti intrapsychické a z problémů ohrožení;
- k suicidálním pokusům dochází nejčastěji ze spontánního, málo promyšleného rozhodnutí, suicidium je naproti tomu výsledkem delšího plánování a příprav.“

3.4 Sebevražda

Sebevražda je vědomé a úmyslné rozhodnutí o ukončení života a má biologickou, sociologickou a psychologickou podstatu.

Sebevražda může představovat extrémní a drastický způsob řešení krize. „Je výrazem hlubokého zoufalství člověka, který neumí, nemůže, nebo už nechce hledat jiné řešení své situace, který už nevidí jinou možnost, jiné východisko, než spáchat sebevraždu.“ (Špatenková, 2004, s. 137)

„Dokonané suicidium je charakterizováno jako sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým s vědomým úmyslem zemřít.“ (Koutek, Kocourková, 2003, s. 29)

Suicidium definuje Jan Prokop (psychiatr): „Sebevrah je ten, který očekává, že si svým činem smrt přivodí.“ (VS ČR GŘ, Psychologické pracoviště, 2011, s. 3)

Toto vymezení suicidia nezahrnuje ovšem nevědomé motivy, proto je pro vymezení vhodnější Stengelova definice: „Záměrný a sebepoškozující akt, při němž si osoba, která se ho dopouští, nemůže být jista, zda jej přežije.“ (VS ČR GŘ, Psychologické pracoviště, 2011, s. 3)

Vodáčková uvádí: „Sebevraždu lze definovat jako násilné jednání charakteristické úmyslem dobrovolně zničit vlastní život, jako autoagresivní projev.“ (Vágnerová, 2008, s. 489)

Důraz v definici je kladen na vlastní rozhodnutí takto konat.

Člověk je v rámci sebevražedného jednání jednajícím subjektem i objektem, na který je tato aktivita zaměřena. Jako poruchu pudu sebezáchovy lze hodnotit sebevražedné jednání a člověk, který se rozhodne, že se zabije, může sice aktuálně uvažovat, prožívat i reagovat nestandardně, jeho psychika však nemusí být patologicky změněna.

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.“ (Monestier, 2003, s. 14)

Rozlišuje se tedy sebevražedný čin zahrnující pokus i dokonáný akt. Vědomost a dobrovolnost jsou nejpodstatnějšími rysy sebevraždy. Výsledky výzkumů vedou některé vědce k názoru, že ti, kteří se pokusí nebo kteří spáchají sebevraždu, reprezentují dvě odlišné, ale částečně se překrývající skupiny.

Další zastávají názor, že chování těch, kteří se pokusí o sebevraždu a těch, kteří spáchají dokonané suicidium, představuje tzv. kontinuální sebevražedné chování.

„Kontinuální model suicidálního jednání:

SUICIDÁLNÍ NÁPADY	postupné narůstání suicidálního
SUICIDÁLNÍ MYŠLENKY	rizika a možnosti letálního
SUICIDÁLNÍ TENDENCE	zakočení
SUICIDÁLNÍ POKUS	
DOKONANÉ SUICIDIUM“	(Koutek, Kocourková, 2003, s. 30)

Dále se v souvislosti se sebevražedným chováním můžeme setkat s následujícími termíny:

- **Bilanční sebevražda** – na základě předchozího bilancování člověk ukončí svůj život, často ji plánuje v naprostém soukromí, proto je velmi obtížné této sebevraždě zabránit. Dotyčný došel k závěru, že životní situace je neúnosná a bezvýchodná, např. nevléčitelné onemocnění.
- **Autoagresivní sebevražda** – vyskytuje se u závažných psychiatrických onemocnění a je provedena drasticky, např. skokem z okna nebo podřezáním žil.
- **Biická sebevražda** – je blízká autoagresivní sebevraždě, kdy člověk spáchá sebevraždu v normálním duševním stavu, avšak motivy vycházejí z prožívané reality, u patologických sebevražd motivy vycházejí z nemoci. Toto je zapotřebí rozlišit (např. člověk, který má depresi, mylně vyhodnotí svoji situaci jako bezvýchodnou).
- **Účelové suicidální jednání** – cílem takového jednání není smrt, ale vyřešení obtížné životní situace, což se děje nevědomě.
- **Demonstrativní suicidální jednání** - je provedena s cílem neodejít ze života, ale dovolat se pomoci ze strany okolí. I tato sebevražda může skončit letálně, např. při špatném načasování, neodhadnutí působení léků apod.
- **Zkratkovité suicidální jednání** – člověk jedná zkratkovitě, nepřemýšlí a sáhne si na život, aniž by zvažoval jiné možnosti řešení.
- **Suicidální dohoda** – jedná se o dohodu dvou nebo více osob, že společně spáchají sebevraždu.

- **Rozšířená sebevražda** – jedinec, který trpí duševní poruchou, spáchá pod vlivem své nemoci sebevraždu a vezme s sebou ještě někoho ze svých blízkých.
- **Rituální sebevražda** – většinou se týká příslušníků různých sekt, často bývá skupinová či hromadná.
- **Sebeobětování** – nelze ho chápat jako suicidální jednání, chybí zde totiž vědomá touha zemřít. Např. ve válce, kdy obětují svůj život ve prospěch jiných lidí.
- **Sebezabití** – opět nejde o suicidální jednání, smrt je způsobena nezáměrně, např. duševně nemocného člověka, který utíkal před domnělým nepřítelem, srazí auto.

4. SEBEVRAŽEDNÉ JEDNÁNÍ

Zatímco suicidální chování zahrnuje sebevražedné pokusy, tendence, myšlenky a fantazie, suicidální jednání zahrnuje projevy, které směřují k sebevražednému činu. Suicidální jednání je aktem autoagrese.

Každému sebevražednému jednání předchází tzv. **presuicidální syndrom**, který zformuloval vídeňský profesor Ringel, a který se touto problematikou zabýval celý život. V uvažování budoucích sebevrahů našel opakující se témata:

- „zúžení subjektivního prostoru,
- potlačovaná a proti sobě zaměřená agresivita,
- sebevražedné fantazie.“ (Vymětal, 1995, s. 47)

Zúžením subjektivního prostoru míníme ochuzení v prožívání hodnot, meziosobnostních vztahů a zájmů člověka, kdy člověk neví, kudy kam, ztrácí dosavadní možnosti volby. Uzavírá se do sebe, vztahy pro něj ztrácejí smysl. Vše, co jej zajímalo nebo mu bylo příjemné, pozbývá ceny. Přestává se na cokoli těšit, radovat se, užívat si života. Toto jsou typické znaky deprese.

Potlačovaná a proti sobě zaměřená agrese je druhým znakem presuicidálního syndromu. Emoce se zaměřují jedním směrem k zoufalství, beznaději a strachu. Člověk obviňuje sebe a vidí příčinu všeho nedobrého jedině v sobě, stále se utvrzuje ve své vlastní neschopnosti, nedostacích. Je to fáze nenávisti k vlastní osobě, neschopnosti prolomit bludný kruh negativních myšlenek a pocitů, kdy hněv stále roste a obrací se proti němu samému.

Sebevražedné fantazie přinášejí představu úlevy a jsou stále lákavější a postupně se zdají být jediným možným řešením. Zvláště ohroženi jsou ti lidé, kteří sní o tom, že si sami nebo někdo blízký sáhne na život. A odtud už je opravdu velmi blízko k sebevraždě.

V myšlenkách suicidanta je také možné nalézt typické znaky a ty se shrnují jako Pöldingerův suicidální rozvoj.

Těmito znaky jsou:

- „**úvahy**;
- **ambivalence** (rozpolcenost) – oznámení záměru, ale zatím není realizován;
- **rozhodnutí** – zdánlivá úleva, příprava.

Existuje, ale i mírně rozšířená obdoba názoru Pöldingerova se zkratkou

MTÚRR:

- „**Myšlenky**: život nestojí za nic.
- **Tendence**: něco si udělám.
- **Úvahy**: skočit? Utopit se?
- **Rozhodnutí**: koupím si láhev a skočím.
- **Realizace**...“ (www.sebevrazda.psychoweb.cz)

E. Shneidman, kalifornský suicidolog, na základě mnohaleté zkušenosti v práci se sebevrahy dal dohromady deset společných charakteristik sebevražd.

Tyto charakteristiky jsou následující:

- **Nesnesitelná psychická bolest**. Nikdo se nerozhodne pro sebevraždu z pouhého rozmaru. Život je ohrožován bolestí a právě před touto bolestí člověk hledá úniku.
- **Frustrované psychické potřeby**. Pokud člověk postrádá pocit bezpečí, úspěchu, důvěry a přátelství, prožívá život trýznivě, připadá si zbytečný, nehodný života.
- **Snaha vyprostit se**. Sebevražda má vždycky svou pointu a svůj smysl, není náhodná. Sebevražda je způsob jak uniknout krizi nebo jak se zbavit problému.
- **Snaha zbavit se vědomí**. Ukončit vědomí, zastavit uvědomování si bolestné existence, vypnout život, to je cílem sebevraždy.
- **Bezmoc a skleslost**. Stud a vina, ztráta výkonnosti a zklamání ze vztahů a řada dalších vypadají jako „skutečná“ příčina sebevraždy. Pod tím vším se skrývají pocity slabosti a nemohoucnosti, které spolu s bolestí vedou k jedinému východisku.

- **Zúžené možnosti.** Suicidální jedinci přestávají brát v úvahu rozmanité možnosti řešení svých problémů a začínají se pohybovat pouze v extrémech.
- **Ambivalence.** My všichni můžeme cítit současně lásku i nenávisť ke svým blízkým, vůči sobě samým, ale pro sebevraha to znamená život i smrt. Člověk chce umřít, ale zároveň volá o pomoc, obojí je opravdové.
- **Sdělování svého záměru.** Asi okolo 80 % lidí, kteří se odhodlávají k sebevraždě, naznačí někomu ze svého okolí svůj záměr zabít se. Dávají najevo svou bezmoc, ale zároveň doufají v pomoc, v záchranu.
- **Úniky.** Útěky z domova, rozchody s partnery, opouštění zaměstnání, to všechno jsou úniky, ale sebevražda je únik konečný, únik jednou provždy.
- **Celoživotní modely zvládnání.** Při identifikaci potenciálního sebevraha se můžeme opřít o tendenci k záchvatům rozrušení, k uzavřenosti, ale také o myšlení „buď, anebo“. Jsou to způsoby řešení ostrým řezem. (Vodáčková, 2002)

Shneidman dále uvádí: „Žádná z uvedených deseti charakteristik není smrtelná sama o sobě, avšak dohromady tvoří smrtelnou kombinaci.“ (Vodáčková, 2007, s. 489)

Striebel identifikuje čtyři základní psychologické motivy suicidálního jednání:

- „Agrese;
- Autoagrese;
- Apel;
- Útěk, únik.“ (Špatenková, 2004, s.138)

Někteří suicidální jedinci mají problémy s tím, aby svoji agresi ventilovali, potlačují ji nebo zadržují, až ji nakonec obrátí proti sobě. Příčinou autoagrese mohou být například pocity viny, pocity, že „jsem mohl udělat něco správně, ale neudělal, nebo že „jsem mohl něčemu zabránit, ale nezabránil.“ Sebevrah chce touto formou volání o pomoc obrátit pozornost sociálního okolí na sebe.

V 80 % suicidální jedinci ohlašují svůj záměr dopředu, ale u 50 % z nich není tomuto apelu věnována jeho okolím dostatečná pozornost. Sebevražda má hodně společného s útekem ze života.

Striebel: „Dokonce považuje sebevraždu spolu se „šílenstvím“ za nouzový únik ze života.“ (Špatenková, 2004, s. 139)

Výzkumy ukazují, že suicidanti jsou více depresivní a „anxiózní“⁴. Povahově jsou více nešťastní, více vzrušitelní a celkově vykazují sníženou schopnost regulace svých afektů. Prožívají více beznaděje, zoufalství, jsou více perfekcionističtí a iracionální ve svých domněnkách. Jejich postoje k životu jsou zvláštní a nezvyklé, jsou více přitahováni smrtí a méně životem a také méně orientováni na budoucnost.

Vědci a odborníci na mentální zdraví věří, že většina lidí trpí lékařsky zjištěnými depresemi. Také u těch, kteří se pokusili o sebevraždu, je opakující se faktor deprese.

Nejběžnější depresivní onemocnění je „unipolární“ deprese. Stav, který se vyznačuje změnou chování, sklíčeností a také sebevražednými myšlenkami, ale bez extrémní impulzivity a povznesené nálady.

Riziko sebevraždy se mění v průběhu onemocnění, nejvyšší je v nejbližším období po lékařském zásahu (hospitalizace, terapie, léky). Zatímco někteří autoři nepřipouštějí sebevraždu u duševně zdravého jedince, jiní se domnívají, že duševní poruchou lze vysvětlit jen určité procento sebevražedných jednání. Zvýšené riziko sebevraždy se vyskytuje také u osob trpících somatickým onemocněním. Většinou se předpokládá, že zde hraje roli více faktorů. Somatické problémy se mohou vyskytnout např. následkem sebepoškozování nebo užívání psychoaktivních látek u osob s duševními problémy. Vliv somatických onemocnění na vznik sebevražedného jednání může být zprostředkován i fyzickou bolestí, která je se somatickými onemocněními spojena. Tak mohou silné bolesti, které není v daném okamžiku možné utlumit, vést k jednání končícímu sebevraždou.

⁴ úzkostní

4.1 Způsoby sebevražedného jednání

Způsoby sebevražd jsou rozmanité a prostředky, které sebevrah volí k ukončení svého života, jsou různé a závisí na řadě faktorů. Člověk, který chce svým činem upozornit na své potíže, bude volit méně spolehlivé prostředky než ten, který je k smrti definitivně rozhodnut. Významnou roli hraje představa a fantazie o účinku jednotlivých metod, jejich dostupnost a v neposlední řadě posouzení jejich nebezpečnosti. I demonstrativní pokus, který nebyl původně míněn vážně, může skončit smrtí či vážným tělesným poškozením.

Způsoby sebevražedného jednání lze rozdělit na metody tvrdé a měkké. (Koutek, Kocourková, 2003)

Mezi **měkké metody** patří takové, kdy je vyšší šance na přežití, kdy dotyčný bude včas nalezen a zachráněn. Řadíme sem užití léků nebo jiných látek k intoxikaci, povrchové pořezání, skok z nízké výšky apod. Tyto metody jsou používány u sebevražedných pokusů účelového nebo demonstrativního charakteru.

Naopak charakteristikou pro **tvrdé metody** je okamžitá a rychlá smrt. Možnost záchrany je velmi nízká či zcela vyloučena. Řadíme mezi ně oběšení, skok z velké výšky, utopení, použití střelné zbraně. Pro tyto tvrdé metody jsou typické dokonané sebevraždy.

Čtyři z pěti sebevražd spáchají muži, od kterých se očekává, že materiálně zajistí svoji rodinu. Muž je úspěšný podle toho, jak se má jeho rodina. Neúspěch znamená silnou hanbu, kterou neunes a řeší ji sebevraždou. Ženy jsou ve svém konání méně rozhodnější a často svůj čin nedovedou do hořkého konce. Důvodem může být i to, že společnost na ženy nevyvíjí tak vysoký tlak, mají i zřejmě silnější mateřský instinkt.

Nejvíce lidí volí pro svou dobrovolnou smrt strangulaci neboli oběšení, i když ženy si za způsob sebevraždy více vybírají požití prášků, jedů a skok z výšky. Muži navíc kromě oběšení volí i smrt zastřelením.

Prostředky užívané k sebevraždě se různí a užití je spojeno i s převládající módou a kulturou, pohlavím a s některými aspekty psychiky a socializace

jedinice. Převládá názor, jestliže je dostupnost jednoho prostředku omezena, povede to k poklesu sebevražednosti jen tehdy, dokud nebude nahrazen jiným, stejným či spolehlivějším.

4.2 Motivy sebevražedného jednání

Sebevraždy mohou být vyvolány jednou konkrétní příhodou, kterou psychologové označují jako tzv. „spouštěcí událost.“ Někdy se může jednat o docela malou, bezvýznamnou příhodu, někdy zase naopak o skutečně závažnou událost. Zprávy, které zůstaly po lidech, kteří spáchali sebevraždu, hovoří o neřešitelných lidských krizích. Velká část sebevrahů byla buď smrtelně nemocná, nebo byli narkomany, lidmi závislými na návykových látkách ve formě drog nebo léků. Mezi zemřelými byli i lidé, kteří nedokázali vyřešit svoji tíživou životní situaci nebo měli velmi vážné psychické problémy. Mnozí z nich popisují, co to znamená být v trvalé chronické bolesti, ztratit někoho milovaného, být bez peněz a nemít na splácení účtů, nebýt schopen plnit i docela jednoduché úkoly.

Mezi nejčastější motivy suicidálního chování patří duševní onemocnění, zdravotní problémy, tělesná vada, rodinné a jiné osobní problémy. Oproti ženám mají muži výrazně větší tendenci ke spáchání sebevraždy ze zdravotních problémů, u žen je častou příčinou spíše duševní onemocnění. U dětí a adolescentů jsou častým motivem k sebevraždě rodinné, pracovní a školní problémy. U dívek také somatické zdravotní potíže.

4.3 Rizikové skupiny sebevražedného jednání

Mezi rizikové skupiny patří:

- “Děti a dospívající, kteří nemají dostatek znalostí, dovedností a zkušeností se zvládáním náročných životních situací.
- Staří lidé, kteří se cítí osaměle.

- Osoby vytržené ze svého obvyklého řádu (normálního fungování), např. lidé po úraze, viníci závažné (např. automobilové) nehody, osoby ve vyšetřovací vazbě, emigranti a jedinci „vykořenění“ z dosavadního prostředí (např. přestěhování z vesnice do města) atd.
- Lidé postrádající smysl a cíl svého života, např. lidé v krizi, nezaměstnaní atd.
- Specifickou rizikovou skupinou jsou pracovníci v pomáhajících profesích.“ (Špatenková, 2004, s. 137)

Typického sebevraha vykreslují tyto faktory:

„Je to muž, který žije sám, je nezaměstnaný, inklinující k alkoholu nebo jiným drogám, má za sebou nějaké sebevražedné pokusy, suicidální jednání se objevilo v jeho rodinné historii a někdo z jeho přátel skončil život sebevraždou.“ (Vodáčková, 2007, s. 490)

Tento popis „pasuje“ přesně na člověka, který je ohrožen sebevraždou. Čím více má člověk uvedených znaků, tím je riziko sebevraždy vyšší.

4.4 Faktory sebevražedného jednání

Faktory, které způsobují jednání směřující k sebevraždě:

- **Charakter osobnosti člověka** – za rizikové v této oblasti se dá považovat obrácená agrese proti sobě, uzavřenost, zranitelnost, impulsivnost, emoční labilita, závislost na druhých, nízké sebevědomí, nepřijetí sama sebe, vyhýbání se řešení konfliktů.
- **Věk a životní etapy** – za rizikové lze považovat především přechody z jedné etapy života do druhé. Tento přechod je spojen s bouřlivými emocemi, změnami a očekáváními. Člověka staví do nových rolí, které v některých případech nemůže nebo nechce naplnit. Adolescence a stáří jsou považovány za velmi rizikové etapy, jsou to etapy, které jsou doprovázeny největšími životními změnami
- **Osamělost** – většinou se projevuje u starých lidí, kteří se bojí nemoci, ubývá jim sil, vlastně si s osamělostí neumějí poradit. Osamělí se

mohou cítit i ti, kteří se rozvedou nebo kterým děti odejdou z domova. Najednou postrádají dosavadní smysl života.

- **Závislost na návykových látkách** – člověk, který je závislý na alkoholu nebo jiných návykových látkách, má často pocit viny, bezmoci, zklamání ze sebe i z ostatních. Tato závislost může být příčinou, pro kterou se člověk rozhodne ukončit svůj život. Ale může být též i prostředkem podpurným, dodá mu kuráž k poslednímu kroku.
- **Porucha osobnosti** - podle Mezinárodní klasifikace nemocí (aktuálně v desáté revizi - MKN-10) vytvořené Světovou zdravotnickou organizací, představují poruchy osobnosti: „extrémní nebo významné odchylky od způsobů, kterými průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště utváří vztahy s druhými.“ (Praško, 2003, s. 16).
- **Deprese** – v depresivní epizodě mívají nemocní opakované myšlenky na smrt, představují si sebevraždu a často se o ni i pokusí. Mají jasný úmysl zemřít a tím se zbavit svého subjektivního utrpení.
- **Schizofrenie** – tendenci k sebevraždě posilují stavy deprese, pocity opuštěnosti, selhání, beznaděje, zavržení rodinou či přítelkyní, užívání drog nebo alkoholu, popřípadě obojího.
- **Nezaměstnanost** – je velmi důležitým faktorem dnešní doby, neboť vyvolává v dotčeném pocit méněcennosti, neschopnosti, nenávisti.
- **Sebevražda v rodině nebo v okolí** – pokud se vyskytla v rodině, může být určitým modelem chování, dodává odvalu k rozhodnutí.
- **Krize** - „Do duševní krize se dostáváme, střetneme-li se s překážkou, kterou nejsme schopni vlastními silami, eventuálně za pomoci nám blízkých lidí zvládnout v přijatelném čase a navyklým způsobem.“ (Vymětal, 1995, s. 13)
- **Věřící lidé** jsou sebevraždou ohroženi mnohem méně než ti, u kterých je absence víry.

Ať už je příčina sebevražedného jednání z uvedených faktorů jakákoli, je tato situace natolik vyčerpávající, že může dojít i k přetížení.

4.5 Varovné signály sebevražedného jednání

Sebevražda se nikdy nestane „z ničeho nic“. Sebevrah naznačuje, co plánuje a vysílá varovné signály. Takovými varovnými signály mohou být:

- **Rozdávání věcí** – ten, kdo plánuje sebevraždu, může rozdávat svůj majetek, zvláštní pozornost bychom měli věnovat především darování cenností nebo pro jedince zvláště významných, důležitých věcí, na kterých mu dříve záleželo.
- **Vize beznaděje do budoucnosti** – na špatné psychické rozložení jedince poukazují poznámky typu: „Když tady nebudu, bude vám lépe.“ „Nechci vás už otravovat.“ Poznámky mohou také naznačovat úvahy o plánování sebevraždy: „Už se asi nevidíme,“ nebo „Nechci vás už déle trápit.“
- **Časté hovory týkající se smrti** – sebevrah je těmito hovory fascinován a neustále se jimi zaobírá.
- **Dlouhodobá silná deprese** – může se projevovat výrazným agresivním chováním, např. vášnivými hádkami, náhlým úbytkem nebo přírůstkem hmotnosti, poruchami spánku, nepřiměřeným riskováním, únavou a ztrátou energie.
- **Nadměrné požívání alkoholu nebo drog** - jestliže daná osoba k nim dříve neměla žádné sklony.

4.6 Mýty o sebevraždách

Pokud chceme pomoci lidem, kteří chtějí spáchat sebevraždu, nebo tento pokus již započali, měli bychom si ujasnit svůj vztah k problematice sebevražd. To, jaký máme k této problematice postoj, určuje, jak budeme k suicidálním jedincům přistupovat.

- **„Ti, kteří hovoří o sebevraždách, to nemyslí vážně.**
Tento mýtus nabádá nebrat suicidální hrozby vážně, protože je považuje za vydírání, manipulaci, blafování. Ve skutečnosti každý

člověk oznamuje rozhodnutí zemřít slovy, gesty, změnami chování. Období krize provázejí ambivalentní pocity a člověk rozhovorem s jiným člověkem se snaží najít důvod, proč se rozhodnout pro život. V čase kulminace krize se vyslovují nahlas věci, které by jinak zůstaly tabu. Když člověk zjistí, že s někým může sdílet pocity a myšlenky na sebevraždu, tak se mu uleví.

- **Dotaz, zda člověk uvažuje o suicidiu, může sebevraždu podnítit.**

Tento mýtus odkrývá strach hovořit o sebevraždě s rizikovými lidmi. Bylo prokázáno, že rizikovou osobu nestimuluje úmysl zemřít, právě naopak, přispívá ke snížení pravděpodobnosti spáchání sebevraždy. Pokud člověk naznačuje, že jeho život nemá smysl, zpravidla čeká na naši přímou otázku, zda myslí na to, že by tady nebyl. Pokud řekne ano, je nutné se zeptat přímo, zda o suicidiu uvažuje. Pro člověka se touto otázkou mění situace. Často to, o čem mlčel, nedokázal se s tím svěřit, styděl se za to, prožíval ambivalence, bylo poprvé hlasitě pojmenováno. Pak se s tím může dále pracovat.

- **Když je někdo po depresi veselejší a v pohodě, znamená to, že nebezpečí již nehrozí.**

Může to být pouze „klid před bouřkou“. Úleva před tím, než se člověk definitivně rozhodne.

- **Když se někdo chce zabít, tak se zabije.**

Naší úlohou je pokusit se jeho rozhodnutí zvrátit, anebo vyslechnout volání o pomoc, poskytnout náhled, prostor pro vyjádření emocí.“ (VS ČR GŘ, Psychologické pracoviště, 2011, s. 8)

5. SEBEPOŠKOZOVÁNÍ

„Sebepoškozování představuje chování bez vědomého a cíleného záměru zemřít, jehož důsledkem je poškození tělesné integrity.“ (Koutek, Kocourková, 2003, s. 73)

Již samo o sobě slovo sebepoškozování vyvolává hrůzu a lze si jen těžko představit, že jsou mezi námi lidé, kteří se k této sebezničující destrukci uchylují. Jedná se o vědomé poškození zdraví vlastního těla, tedy o sebedestruktivní čin, který si člověk vyvolává sám z vlastního rozhodnutí.

Koutek, Kocourková (2003, s. 73) zmiňují nejčastěji: „Poranění kůže, zápěstí, předloktí, hřbetů rukou, škrábance, vyřezávání znaků do kůže. K sebepoškození bývají používány ostré předměty, např. žiletka, sklo. Další formou sebepoškození je popálení např. cigaretou nebo zapalovačem. Do okruhu sebepoškozování bývá zahrnuto i předávkování léky, které je opakováno a není u něj patrný přímý suicidální motiv.“

Sebepoškozující chování může stejně jako zneužívání alkoholu a jiných návykových látek, přejídání se a hladovění sloužit jako strategie zvládnání zátěže, technika navození relaxace, daň za sociální interakci nebo jako únik od bolestivé reality. Záměrné sebepoškozování je proto třeba chápat jako velmi závažný problém a důkaz hluboké psychické nepohody, který vyžaduje nejen pozornost odborníků, ale i širší laické veřejnosti.

Spouštěcím faktorem sebepoškozování může být např. odmítnutí od člověka, kterého máme rádi, pocit ztráty kontroly nad sebou samým či pocit viny. Začátek sebepoškozování je obvykle mezi 10 až 16 lety. Tedy v době, kdy nastává nějaká důležitá změna v životě jedince. Tou může být rozvod rodičů, špatná rodinná situace, rozchod či smrt někoho blízkého. Sebepoškozování vlastního těla není spojeno s vědomým přáním se zabít. Lidé, kteří mají vlastní zkušenost se sebepoškováním, udávají, že se dostavuje úleva od vnitřního napětí, stresu, úzkosti či jiných nepříjemných stavů. Sebepoškozování navozuje uvolnění a uklidnění a fyzická bolest odvádí pozornost od nepříjemných psychických stavů. Při poranění dochází k uvolnění endorfinu, tj. hormonu, který navozuje příjemné pocity a tlumí bolest.

Na sebepoškozování se může vyvinout závislost, která je srovnatelná s alkoholismem nebo závislostí na drogách. Úleva je jen dočasná a může se objevit znovu, tentokrát ve vážnější formě a intenzita, s jakou si člověk ubližuje, se může zvyšovat.

Důvody tohoto jednání mohou být např. zmírnění úzkosti, vzteku nebo odbourání napětí. Sebepoškozující se pomocí takovýchto činů uvádí zpět do klidu z nepříjemných a stěží kontrolovatelných pocitů, vyjadřují tak vnitřní bolest. Často to bývá způsob, jak „utéct před sebevraždou“.

Potrestání nebo kontrola sebe samého je často důsledkem opakovaného traumatu. Ulehčit si od nepříjemných intenzivních pocitů, kdy místo nich nastupuje fyzická bolest, která je lépe snášena.

Ti, kteří se sebepoškozují, říkají, že to dělají, aby něco cítili, např. že jsou stále naživu.

Fischer a Škoda (2009, s. 85) uvádějí jako rizikové skupiny ohrožené sebepoškozováním:

- „Osoby pohlavně zneužívané, tělesně či sexuálně týrané, které mívají problematický vztah ke svému tělu. Vlastní tělo vnímají jako poskvrněné a špinavé, které odmítají a sebepoškozování je bráno jako trestání.
- Ženy – mají sklon k sebeobviňování a problémy berou osobněji.
- Mladí lidé – nemají zkušenosti se strategií řešit problémy a překonávání překážek. Způsobují si rány převážně na místech, kde vědí, že je nemohou ohrozit na životě. V některých subkulturách lze uvažovat i o vlivu módních trendů či náboženských faktorů.
- Osoby s duševními poruchami.“

5.1 Patologické sebepoškozování

Kulturně akceptovanou mez sebezraňujícího jednání překračuje patologické sebepoškozování. Pro ty, kteří se sebepoškozují patologicky, není důležitý výsledek, ale mnohem důležitější je průběh sebepoškození.

Terminologie patologického, sebepoškozujícího chování bývá v odborné literatuře rozlišena do těchto skupin:

- **“Automutilace** (self-mutilation)
- **Sebepoškozování** (self-harm)
- **Syndrom záměrného sebepoškozování** (deliberate self-mutilation)
- **Syndrom pořezaného zápěstí** (wrist-cutting)“ (Koutek, Kocourková, 2003, s. 73–74)

Psychotická porucha je nejčastější motivací **automutilace** a sebepoškození může mít symbolický význam. Automutilace při těžké depresi bývá právě zaměřena proti určité části těla a vyjadřuje symbolicky patologické pocity viny. Výskyt tohoto jednání zaznamenáváme u osob, které trpí poruchou osobnosti v zátěžové situaci. Tou může být například nedobrovolná hospitalizace či trestní stíhání.

Termínem **sebepoškozování** označujeme zcela záměrné, opakované a hlavně vědomé poškozování kožní integrity. Nemusí se jednat jen o řezná poranění kůže, hřbetů rukou, zápěstí či předloktí, ale i o vědomé popálení zapalovačem, cigaretou. S tímto druhem sebepoškození se setkáváme často u narušené osobnosti hraničního charakteru. U hraniční osobnosti má pacient narušené nebo nejasné představy o sobě samém, o svých cílech a vnitřních preferencích (včetně sexuálních). Bývají nadměrně kritičtí. Dotyční mívají pocity prázdnoty, jsou pro ně typické prudké změny sebehodnocení, efektivity, velmi často prožívají intenzivní, krátkodobé citové vztahy, v jejichž důsledku dochází k emočním krizím se sebepoškozujícími i sebevražednými sklony. Nejčastější motivace vyplývá z pocitu vzteku na sebe sama či úlevy od napětí.

Syndrom záměrného sebepoškozování bývá specifickým patologickým projevem u poruch osobnosti hraničního, disociálního či histriónského charakteru, dále u pacientů závislých na návykových látkách nebo u pacientů s poruchou příjmu potravy. U osob trpících poruchou osobnosti disociálního charakteru je příznačný rozpor mezi chováním a uznávanými společenskými normami. Tito jedinci od dětství lžou, kradou, toulají se a neadaptují se.

Syndrom pořezaného zápěstí nemá vědomý suicidální motiv. Pacienti prožívají dysforii a tenzi vedoucí k sebepořezání a k následné úlevě a k opakování tohoto jednání.

„Opakované sebepoškozování bývá spojováno s osobnostní patologií, nejčastěji s poruchou osobnosti hraničního typu. Otto Kernberg se zabýval typy pacientů s hraničně organizovanou osobností s agresivními projevy vůči vlastnímu tělu. Nalezl u nich nedostatečnou integraci superega, neschopnost prožívat vinu a pohotovost k afektům hněvu. Vyčlenil tři skupiny těchto pacientů:

- Pacienti s histriónskou nebo infantilní osobnostní poruchou, kteří mají nejbližší k typu hraniční osobnosti. Autodestruktivní projevy se u nich objevují v době, kdy cítí hněv nebo hněv smíšený s depresí a ztrácejí kontrolu nad svými objekty. Jejich autodestruktivní chování evokuje v druhých osobách pocity viny.
- Vážnější typ představují pacienti s maligním narcismem. Autodestruktivní chování se objevuje tehdy, když je znehodnocena jejich patologická grandiozita. Jejich autodestruktivní projevy mají triumfující charakter a působí sadisticky na druhé osoby, které se kvůli tomu trápí.
- Psychotičtí pacienti s bizarními suicidálními pokusy.“ (Koutek, Kocourková, 2003, s. 75)

V odborné literatuře se uvádějí dva odlišné přístupy k sebepoškozování. První přístup zdůrazňuje psychodynamický průběh a motivaci a posuzuje sebepoškozující jednání odděleně od suicidálního chování.

Argumenty se opírají o následující rozdíly:

- “Způsoby sebepoškozování nemají letální důsledky.
- Sebepoškozování vede k častému opakování sebepoškození (více než 60 % sebepoškozujících se osob opakuje toto chování ve vysokém počtu případů).

- Suicidální úmysl je při sebepoškozování spíše výjimečný.“ (Koutek, Kocourková, 2003, s. 76)

Druhý přístup dokazuje, že sebepoškozování a suicidální chování jsou přinejmenším ve vzájemném vztahu. Asi 55 - 85 % osob, které se sebepoškozují, uskuteční suicidální pokus z těchto důvodů:

- „Sebepoškozující se osoby prožívají depresi a beznaděj,
- mají často suicidální myšlenky a fantazie,
- jsou více agresivní, afektivně nestabilní a projevují hraniční osobnostní patologii,
- podceňují riziko autodestruktivního chování, věří, že mohou být zachráněny a mají tendenci pojmát smrt méně definitivně.“ (Koutek, Kocourková, 2003, s. 76)

Pokud budeme posuzovat souvislosti sebepoškozování a suicidálního chování důležitou úlohu zde bude hrát osobnost pacienta a typ osobnostní patologie.

6. KRIZOVÁ INTERVENCE

Nejrůznější obory služeb lidem spojuje pomáhání, které probíhá ve zcela zvláštním kontextu a týká se těch nejobyčejnějších věcí všedního života. Profesionální pomoc je typická tím, že se dostává ke slovu až tehdy, kdy ostatní způsoby pomoci selhávají nebo nejsou dosažitelné.

Ve světové psychiatrii se pojem krize začal užívat v šedesátých letech dvacátého století. V této době se začaly zakládat linky důvěry a komunitní centra duševního zdraví. V těchto centrech měla být občanům dostupná rychlá a kvalifikovaná pomoc. Výzkumy, které proběhly v USA a západní Evropě, naznačovaly, že včasná a efektivní pomoc může předejít dlouhodobým psychickým obtížím. „Krizovou intervencí rozumíme obvykle odvrácení rizika hrozící sebevraždy.“ (Špatenková, 2004, s. 146)

Léčba suicidálního jednání je dána řadou okolností a velmi důležitým faktorem je doba, ve které v průběhu suicidálního jednání terapeutickou pomoc poskytujeme. Přístup pak můžeme rozdělit na první pomoc, krizovou intervenci a systematickou léčbu.

Každý člověk, který je přítomen suicidálnímu jednání, je povinen poskytnout první pomoc.

Krizovou intervencí by měl poskytovat pouze odborník, tedy psychiatr, psycholog nebo proškolený sociální pracovník. Následná léčba je závislá na posouzení psychiatra, kdy v úvahu přichází ambulantní nebo lůžková léčba, někdy postačí pouhý pobyt v krizovém centru.

Krizová intervence, pomoc profesionála nastupuje právě tam, kde končí možnosti běžné mezilidské pomoci. Člověk, který prožívá krizi, se vyznačuje vysokou úzkostí, depresí nebo směsí obojího, může být i agresivní. V krizi se u řady lidí objevují sebevražedné myšlenky, někteří se dokonce pokoušejí o sebevraždu a jiní sami svůj život ukončí.

Krizová intervence zahrnuje dvě základní sdělení:

- Odbornou práci s člověkem, který se ocitl v krizové situaci. V krizovém stavu se může ocitnout každý z nás, to znamená zdravý člověk,

bez vážnější poruchy duševního či tělesného zdraví nebo člověk, jehož krize má přímý či nepřímý vztah k jeho nemocnění.

- Má významný preventivní potenciál. Krizová intervence by měla zajistit klientovi pocit bezpečí, podporu, naději a vedení, aby se mohl vrátit zpět na předkrizovou úroveň života.

V České republice je možné specifikovat pět forem krizové pomoci:

- forma ambulantní;
- forma hospitalizace;
- forma služby v terénu;
- pomoc a služby v klientově přirozeném prostředí;
- forma telefonická.

Krizovou intervenci lze provádět:

v situaci ohrožení suicidálním pokusem, po neúspěšném suicidálním pokusu, po dokonaném suicidiu.

6.1 Krizová intervence při ohrožení suicidálním pokusem

Krizovou intervenci dělíme podle způsobu práce s klientem na intervenci v tváři v tvář a telefonickou krizovou intervencí. Charakteristickým prvkem je bezodkladný kontakt klienta s odborníkem. Kontakt může probíhat ambulantní formou, formou hospitalizace v chráněném prostředí nebo také výjezdem ke klientovi.

Odborník, který pomáhá klientovi v krizi, by měl zhodnotit následující aspekty krize:

- co krizi vyvolalo a kdy,
- současný psychický stav klienta a zda je ochoten přijmout pomoc,
- jaký je jeho současný vztah k lidem, nebo k životu vůbec,
- podobnost současné krize s minulými zážitky,

- způsob současné adaptace na krizi a úroveň adaptace před vznikem krize.

Cílem krizové pomoci je snížení nebezpečí, že se bude krizový stav dále prohlubovat. Důležitým krokem krizové pomoci, je-li to možné, je zajistit klientovi fungování na úrovni, v jaké byl před započítím krize, a pohovořit s ním i o blízké budoucnosti, popřípadě jej nasměrovat na další možnosti řešení.

Prevence suicidálního jednání sehrává významnou úlohu a jejím cílem je oslabit počet a vliv rizikových faktorů, posílit protektivní faktory na straně jedince, rodiny a prostředí, v němž se potenciální sebevrah nalézá.

Špatenková (2004) nabízí model, který zahrnuje větší množství konkrétních kroků. Krizová intervence v případě suicidálního jednání může probíhat následovně:

- **Navázání kontaktu s klientem**, který přemýšlí o sebevraždě.
- **Zachovat klid** - intervent by neměl být zahlcen kritickou situací, neměl by tedy projevovat zděšení, zdrcení a neměl by propadat panice.
- **Krátké zhodnocení situace** - jestliže situace nasvědčuje suicidálním úmyslům klienta, je vhodné se otevřeně zeptat, zda se dotyčný chystá spáchat sebevraždu. Pokud ano, je vhodné ptát se na konkrétní plán. Další otázka pak může směřovat na předchozí suicidální myšlenky. Jestliže se klient těmito myšlenkami zabýval v předchozích dvou letech, lze identifikovat Ringelův presuicidální syndrom.
- **Zhodnocení nebezpečí** - intervent by měl dále zjistit, zda má klient v ruce zbraň, jak je daleko od okraje střechy, zda si vzal nějaké léky, pokud ano, tak jaké, kolik a kdy.
- **Okamžitá redukce nebezpečí** - intervent by měl odrazovat klienta od další konzumace alkoholu a drog, přimět ho, aby odložil zbraň z dosahu, vysypal zbytek léků a vyvolal si zvracení, nebo aby vypnul plyn a otevřel okna apod.

- **Odpustit si hlubokou analýzu příčin** - intervent by se měl zaměřit na aktuální podněty a problémy, než se věnovat zjišťování psychologických příčin suicidálního jednání.
- **Vyjádřit opravdový zájem o klienta, nepřemlouvav, neobviňovat, neodsuzovat, nemoralizovat a nebagatelizovat** - intervent by měl dát klientovi najevo, že stojí na jeho straně.
- **Identifikovat záchytný bod** - intervent se zaměřuje na to, co je pro klienta ještě důležité – rodina, práce, zvířecí mazlíček apod.
- **Určit motivující faktor** - intervent zjišťuje, čeho chce svým jednáním sebevrah dosáhnout. Zda je jednání impulzivní nebo plánované, zda je v tom skutečná touha zemřít, nebo je to volání o pomoc, změně něčeho.
- **Nabídnout jinou alternativu** - intervent by měl hovořit o tom, že sebevražda je pouze jedna z mnoha alternativ a toto řešení je už nevratné.
- **Nabídnout specifický plán** - Špatenková doporučuje: (2004, s. 147) „Nabídnout možné spektrum řešení problémů a realisticky spolu s klientem vyhodnotit jiné možné řešení jeho problému, než sebevraždou.“
- **Nabídnout možnosti pomoci** – intervent v této fázi nabízí kontakt na linku důvěry, návštěvy krizových center, psychologa nebo psychiatra.
- **Uzavřít smlouvu o nespáchání sebevraždy** - Smlouva představuje dohodu o tom, co bude klient dělat, pokud by jej znovu začaly tížit silné suicidální tendence. Dále se v ní zavazuje, že si v určitém časovém období nepřivodí újmu na zdraví. Tato smlouva o přežití by se měla obnovovat tak dlouho, dokud klient nedospěje k závěru, že chce zůstat naživu. Smlouva o přežití není však vhodná pro ty, co nechtějí nebo nemohou jednat rozumně, např. mentálně postižení lidí, psychotici, osoby pod vlivem drog nebo v opilosti.

6.2 Krizová intervence po nezdařeném pokusu o sebevraždu

Každý sebevražedný pokus vyžaduje podrobnou diagnostiku. Intervenci po sebevražedném pokusu je třeba začít zhodnocením jednak somatického stavu, dále posoudit, zda je nutná lékařská pomoc a na závěr diagnostikovat jejich psychický stav, máme tím na mysli přítomnost sebevražedných myšlenek či tendencí. Pokud byl pacient umístěn v nemocnici, tak je vhodné, jakmile to umožní jeho fyzický i psychický stav, navázat s ním kontakt.

Jedinci po sebevražedném pokusu se nachází ve zvláštní situaci, jednak jsou obklopeni péčí a kontrolou, jednak se ale zároveň od nich očekává, že převezmou za svůj život odpovědnost.

Po sebevražedném pokusu můžeme pozorovat u suicidentů lepší přístup k životu, zlepšení nálady. Ale může jít také pouze o přechodné uvolnění vyvolané samotným sebevražedným pokusem.

Nejrizikovější po sebevražedném pokusu bývají první tři měsíce a suicidenti by měli být v péči terapeuta, nejlépe psychoterapeuta.

Terapeutická péče by měla být zaměřena na:

- „Léčbu symptomů, příp. základní duševní poruchy (např. deprese, schizofrenie apod.).
- Zaměřit se na suicidální úvahy, i když o nich klient sám nehovoří, a to zejména na:
 - a) neúspěšný suicidální pokus,
 - b) anamnézu suicidálních myšlenek a jednání,
 - c) rodinnou anamnézu suicidia (někteří klienti mohou mít pocit, že pokusem o sebevraždu hrají nějakou rodinnou roli),
 - d) klíčová výročí (např. úmrtí partnera a pocit, že suicidium povede k opětovnému setkání s touto osobou).
- Objasnit motivy sebevraždy a využít je v terapii.
- Zjistit význam smrti, sebevraždy a fantazií o jejich důsledcích (např. jaké reakce očekává klient od sociálního okolí).
- Pracovat s klientovou tendencí „řešit“ problémy zásadním jednáním.

- Objasnit nedávné ztráty, včetně ztrát v souvislosti s terapií (např. ztráta, odchod někoho, kdo byl pro klienta důležitý).
- Minimalizovat dostupnost prostředků použitelných ke spáchání sebevraždy (např. přístup ke zbraním, lékům apod.) a také přístup k alkoholu a drogám.
- Pokusit se poskytnout chybějící prvky sociální opory.
- V případě předpisu medikace se vyhýbat preskripci léků do zásoby a letálních dávek.
- Včas oznámit svoji nepřítomnost a povzbuzovat klienta, aby pokračoval v terapii se zastupujícím terapeutem.
- Snažit se pochopit význam sebevražedného pokusu pro klienta a pokusit se nalézt vhodnou alternativu.“ (Špatenková, 2004, s. 149)

Krizová intervence by měla také směřovat k rodině suicidanta, neboť příčinou sebevražedného pokusu mohou být špatné rodinné vazby, nedůvěra mezi členy rodiny, může jít též o prostředí plné výčitek, kritiky, násilí nebo zneužívání.

Sebevražedný pokus může nastartovat u ostatních členů rodiny ochotu naslouchat a tím i překonat krizi, nebo naopak tuto krizi může ještě více prohloubit.

Krizová intervence by měla zabránit vzniku nevráživé atmosféry. Rodina by se měla natolik zmobilizovat, aby poskytla sebevrahovi oporu a bezpečí a dětem podporu, aby se dokázaly s touto situací vyrovnat.

Tato situace není příjemná jak pro suicidanta, tak pro jeho rodinu.

Suicidanti mají vůči svým blízkým pocit viny, ale stejný pocit má i rodina, má výčitky, stydí se a přemýšlí, co se stalo, proč si ublížil. Proto je velmi vhodné sejít se po sebevražedném pokusu nejen se suicidantem, ale i s celou jeho rodinou. Setkání je velmi nezbytné, krizový intervent může komunikaci a chování členů rodiny usměrňovat, tím, že dává každému prostor pro ventilaci jeho problémů a emocí a akceptuje je.

Velmi důležitá pro rodinu je krizová intervence po dokonaném suicidiu, kdy se jedná o velmi bolestivou a traumatizující událost, která vyvolává velmi silné emocionální reakce. V takové situaci by měla být poskytnuta i jiná forma pomoci, např. poradenství pro pozůstalé.

Fischer a Škoda (2009, s. 80) uvádějí tyto druhy prevence:

- **„Primární prevence** se zaměřuje na snížení výskytu poruch v populaci, eliminaci rizikových faktorů. Orientuje se na osoby, u kterých ještě nedochází k přímým projevům sebevražedného chování. Důležitou součástí je podpora duševního zdraví a posílení projektivních faktorů.
- **Sekundární prevence** je orientována na včasné zachycení a zahájení léčby klinických projevů. Zaměřuje se na rizikové skupiny osob (lidé s depresemi, závislí na psychoaktivních látkách, lidé v období po sdělení závažné diagnózy atd.).
- **Terciární prevence** se snaží zmírnit následky klinické poruchy a zabránit jejímu opakování“.

V oblasti prevence sebevražedného jednání bylo nejcennějším přínosem zjištění, že u naprosté většiny lidí nepřevládá snaha zemřít, ale touha žít a potřeba naděje na přijatelnější řešení problémů. Měli bychom brát vážně veškeré signály „volání o pomoc“. Společným znakem těch, kteří chtějí spáchat sebevraždu, je osamocenosť, resp. ztráta kontaktu s okolím, které by jim mohlo poskytnout potřebnou pomoc.

7. SEBEVRAŽEDNOST VĚZNĚNÝCH OSOB

Statistika VS ČR jednoznačně ukazuje, že nelze očekávat, že by existence sebevražedného jednání ve věznicích, s ohledem na typ klientely, která se ve věznicích kumuluje, a s ohledem na počet osob umístěných ve výkonu vazby a výkonu trestu, zcela vymizela. Úplnou eliminaci tohoto jednání nelze očekávat ani ve společnosti mimo vězeňské prostředí.

7.1 Přehled sebevražedného jednání ve VS ČR za období let 2006–2010

V období let 2006 až 2010 bylo evidováno ve VS ČR celkem 354 pokusů o sebevraždu a 55 dokonaných sebevražd.

Z uvedených počtů dokonaných sebevražd bylo u obviněných 27 sebevražd (z toho 23 mužů a 4 ženy) a u odsouzených mužů 28 sebevražd.

Pokusů o sebevraždu bylo u obviněných 142 (131 mužů, 7 žen, 3 mladiství muži a 1 mladistvá žena)

U odsouzených 212 pokusů o sebevraždu (198 mužů, 4 ženy, 9 mladistvých mužů a 1 mladistvá žena).

Tabulka 1:

Přehled sebevražedného jednání ve VS ČR za období let 2006–2010

Mimořádná událost		2006		2007		2008		2009		2010	
		M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž	M	Ž
Pokus o sebevraždu											
Obvinění	dosp.	31		27	1	22	1	22	3	29	2
	mlad.			3	1						
Odsouzení	dosp.	36		40	1	43		50	1	29	2
	mlad.	1		3	1	2		1		2	
Celkem		68		77		68		77		64	
Sebevražda											
Obvinění	dosp.	4	1	6		6	1	5	1	2	1
	mlad.										
Odsouzení	dosp.	4		3		6		7		8	
	mlad.										
Celkem		9		9		13		13		11	

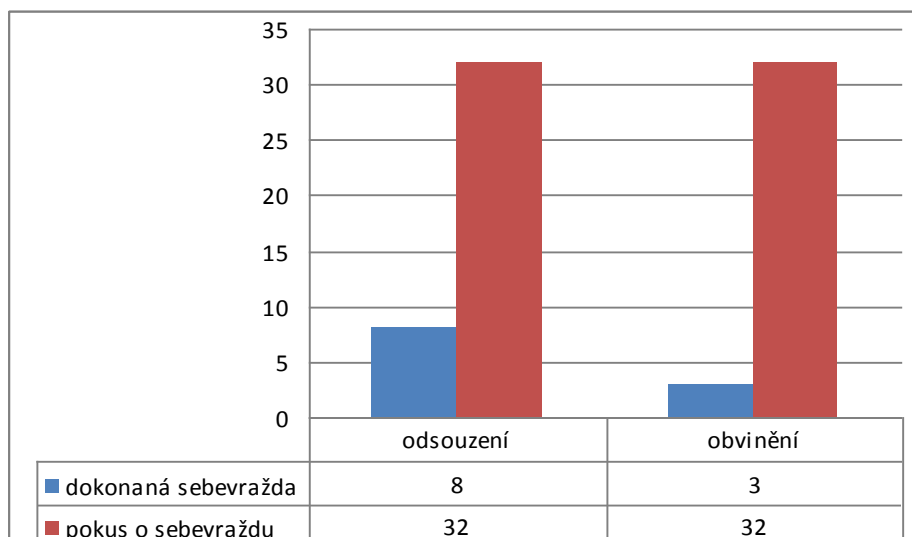
Zdroj: Statistická ročenka VS ČR, 2010

Z tabulky je patrné, že nejméně pokusů o sebevraždu bylo spácháno v roce 2010, nejvíce v roce 2007 a 2009. Dokonaných sebevražd bylo nejméně v roce 2006 a 2007, nejvíce v letech 2008 a 2009.

7.2 Přehled sebevražedného jednání ve VS ČR za rok 2010

Od 1. 1. 2010 do 31. 12. 2010 bylo ve VS ČR evidováno 11 dokonaných sebevražd, z toho 3 sebevraždy u obviněných a 8 u odsouzených. Klasifikováno jako pokus o sebevraždu bylo 64 případů jednání vězňů osob. Poměr pokusů byl shodný - jednalo o 32 případů obviněných a 32 případů odsouzených. Celkem tak bylo ve statistice mimořádných událostí vězňů osob zaznamenáno 75 případů sebevražedného jednání.

Graf č.1: Přehled sebevražedného jednání ve VS ČR za rok 2010

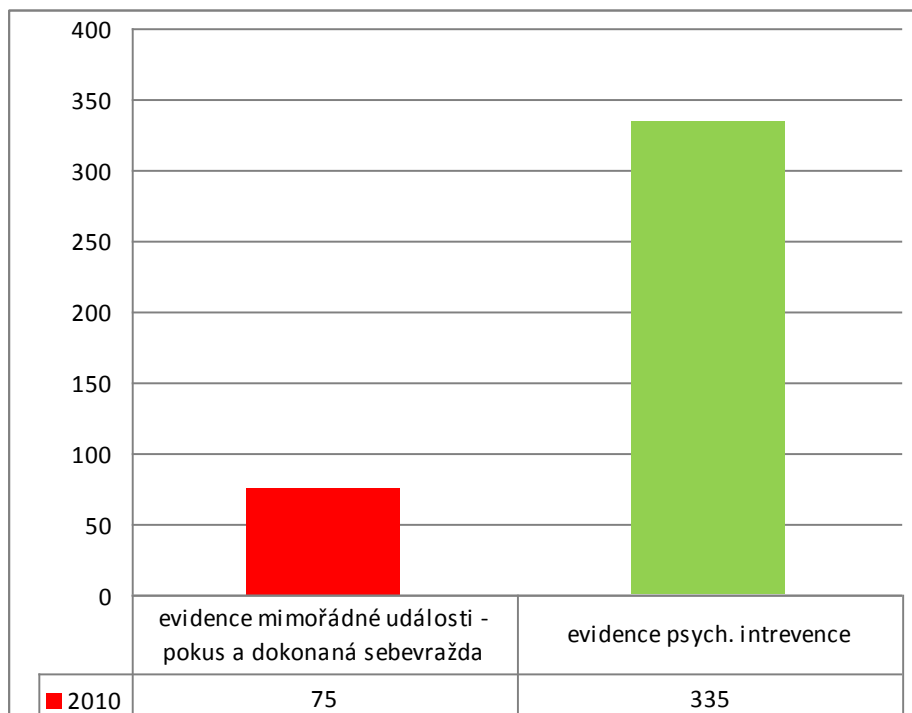


Zdroj: VS ČR GR, Psychologické pracoviště, Praha, 2011

7.3 Přehled psychologické intervence z důvodu zvýšeného rizika sebevražedného jednání v roce 2010

Psychologická intervence z důvodu zvýšeného rizika sebevražedného jednání byla poskytnuta v roce 2010 celkem 335 osobám. Riziko sebevražedného jednání bylo zaznamenáno 4,5krát častěji než vznik mimořádné události ve fázi pokusu či dokonaného suicidia.

Graf č.2: Přehled psychologické intervence z důvodu zvýšeného rizika sebevražedného jednání v roce 2010



Zdroj: VS ČR GR, Psychologické pracoviště, Praha, 2011

7.4 Přehled sebevražedného jednání ve věznici Ostrov za období let 2006–2010

Celkem bylo za období let 2006 až 2010 ve věznici Ostrov 19 pokusů o sebevraždu a 1 dokonaná sebevražda.

Tabulka 2: Přehled sebevražedného jednání ve věznici Ostrov za období let 2006–2010

	vazba	trest	celkem	pokus	dokonaná	celkem
2006	2	0	2	2 oběšením	0	2
2007	4	1	5	4 oběšením	1 oběšením	5
2008	1	6	7	1 oběšením 1 léky 2 oběšením 3 pořezáním	0	7
2009	0	2	2	2 oběšením	0	2
2010	4	0	4	1 oběšením 2 léky 1 pořezáním	0	4
Celkem	11	9	20	19	1	20

Zdroj: VS ČR, věznice Ostrov, 2011

Vzhledem k tomu, že sebevražedné jednání je v odborné literatuře pojímáno jako „volání o pomoc“, můžeme říci, že i zvýšená pozornost, která je této problematice věnována, vede k eliminaci tohoto jednání.

8. SEBEVRAŽEDNOST VE VÝKONU VAZBY A VE VÝKONU TRESTU

8.1 Psychické a sociální důsledky výkonu vazby

„Spáchání kriminálního činu bývá spojeno s jeho vyšetřováním, případným uložením trestu a pobytem ve vězení.“(Fischer, 2009, s. 172)

Když se člověk dostane do role obviněného, začíná se měnit jeho prožívání, uvažování a chování, neboť obvinění pro něho představuje psychickou zátěž. Představuje pocit ohrožení, které není zatím konkretizováno (člověk bude teprve souzen). Důsledkem působení zátěžové situace je pocit úzkosti, nejistoty a strachu z budoucnosti.

Jak se obviněný s touto situací dokáže vyrovnat, bude závislé:

- „Na osobnosti obviněného a jeho vybavenosti ke zvládnání zátěžových situací,
- na podmínkách výkonu vazby, v nichž se aktuálně nachází (pevná nebo volná vazba, ale i na pracovní příležitosti ve vazbě, skladba obviněných na cele, zejména u pevné vazby),
- na předchozích zkušenostech (zda se jedná o situaci novou nebo opakovaně prožívanou),
- na sociální situaci, v níž se nacházel před vzetím do vazby (kvalita rodinných vztahů, rodinné, pracovní a finanční problémy),
- na aktuální sociální situaci (vzdálenost od místa bydliště, aktuální rodinné, finanční problémy, kvalita kontaktu s rodinou, kvalita kontaktu s advokátem, fáze vyšetřování či soudního projednávání),
- na celkovém zdravotním a aktuálním stavu,
- na životních návycích (drogová závislost, závislost na alkoholu apod.).“
(Štěrbá, 2007, s. 60)

Závažnější stresovou situací, než jakou je obvinění, je umístění do vyšetřovací vazby. Člověk se najednou nachází v novém a pro něho neznámém prostředí,

na které si musí zvyknout, musí se naučit orientovat a adaptovat se na novou situaci.

Zejména u těch, kteří se nacházejí ve vazbě poprvé, dochází k silné vazební reakci, která je způsobena frustrací jednotlivých potřeb (zejména potřebou bezpečí a jistoty) a šokem z okamžité izolace.

V souvislosti s uvězněním se mohou objevit různé somatické a psychické potíže, případně se u obviněných mohou vyskytnout vazbové neurózy, které se projevují především emočními odchylkami či projevy vyčerpání nervového systému, často i s nějakým tělesným dopadem. Potíže vznikají také působením stresu, konfliktu či zátěže. Mezi neurózy patří např. úzkostná, fobická, obsedantní, hypochondrická, depresivní a hysterická neuróza.

Ganserův syndrom (označovaný též jako vazbová reakce) je specifickou variantou poruchy navozené pobytem ve výkonu vazby. Hlavním příznakem Ganserova syndromu je kvalitativní porucha vědomí. Postižený člověk reaguje zvláštním způsobem, na otázky odpovídá přiléhavě, ale uvádí nesprávné odpovědi, takže vyvolává vcelku oprávněně podezření na účelové jednání. Jedná se o neuvědomované napodobení duševní poruchy, tato porucha patří do kategorie disociačních poruch a je zde zřejmá souvislost mezi rozvojem dané symptomatologie a psychickou zátěží. (Vágnerová, 2008)

U většiny lidí se dostaví po nástupu do vězení prvotní šok z neznámého prostředí. Tato situace bývá označována jako krize z uvěznění, jejímž jádrem je mnohdy obrácený způsob uspokojování primárních i sekundárních potřeb a psychosociální strádání. V oblasti psychosociální jsou nejzávažnější problémy např. v osobnostní rovině, vztahově-partnerské či pracovní, ale i vlivy fyzikální a hygienické představují rovněž stresor, který má na psychosociální účinky svůj vliv.

S. Fischer (2006, s. 55) popsal jednotlivé etapy typického průběhu krize z uvěznění:

- „propuknutí krize je šokem, panikou, „výkřikem“ jako bezprostřední reakce na nástup do věznice, buď jako výbuch hysterie nebo naopak jako slabost, otupení, deprese.

- jednání, jako by se nic nestalo, znamená popírání krize, s příznaky citového útlumu, apatie, nerespektování reality.
- etapa zátěžové krize je hlavní etapa zjetí krize. Jedná se o určité, nepříjemné, přitom subjektivně ovládané opakování úvodní etapy - vlastního propuknutí krize. Je to nejvýznamnější etapa, jedná se o jakýsi pokus určitého prvotního zvládnutí krize na úrovni psychických mechanismů, především kognitivních a emočních, bez zapojení akčních složek osobnosti.
- vyrovnání se s krizí následuje až po částečném „vyvázání se“ z krizového zjetí, kdy jde o hledání adaptace na podmínky uvěznění, nejčastěji cestou náhradního uspokojování základních potřeb.
- odeznění krize, jedná se o poslední etapu, která vede ke smíření s danou situací. Vyrovnání se s krizí se může projevovat rezignací, nebo naopak nesmířením se s daným stavem, jež může mít dekompenzační charakter.“

Pro všechny vězně je první fáze nejkritičtější, tedy etapa „výkřiku“, kdy šok z izolace od zažitých zvyklostí doprovází deprivace z následných úkonů. Jsou známé stavy jako manifestační pláč s nesrozumitelně formulovanými obavami, depresivními stavy s představami pokusů o sebevraždu, rozvíjející se poruchy s bludy, propuknutí ataků u schizofrenie, různé deprese a mánie.

Reakce na výkon vazby můžeme odvodit ze dvou základních způsobů reagování jedince na zátěžové situace - z agrese a úniku.

Jako nejčastější reakce obviněných na výkon vazby jsou uváděny tyto (Štěrbá, 2007):

- **Heteroagrese** – agrese orientovaná do okolí.

Tato agrese může být namířena buďto proti vězeňskému personálu, a to formou fyzickou (přímým útokem) nebo verbální, nebo může být namířena proti dalším obviněným formou šikany. Šikany se dopouštějí fyzicky zdatnější obvinění, tudíž dominantnější jedinci, a bývá motivována nudou, dokázáním si potřeby vlastní síly nad druhým,

bojem o vůdčí postavení ve skupině apod. Osobnosti s psychopatickými rysy se dopouštějí šikany. V ničení zařízení cel se může projevit agresivní chování vězňů.

- **Autoagrese** – agrese obrácená vůči sobě.
 - a) **Sebepoškozování** – tzv. automutilace, příčinou tohoto jednání je reakce na stav úzkosti, beznaděje, bezradnosti, nejistoty a nahromadění vnitřního napětí (důsledkem je pak např. pořezání žiletkami, sklem nebo jiným ostrým předmětem na nejrůznějších částech těla, u recidivistů je to především polykání různých předmětů a nutného následného chirurgického zákroku, intoxikace léky apod.). Autoagresivní projevy mají spíše demonstrativní povahu a mohou sloužit jako pokusy o vydírání personálu, avšak nejčastějším motivem je „pomsta“ různým subjektům, které „mohou“ za to, že jsou obvinění uvězněni. Může se jednat i o citové vydírání blízkých (kdy po sebepoškození následují dopisy apelující na neopuštění, slibující tu nejrůzovější budoucnost).
Mezi častý způsob sebepoškozování patří soustavné odmítání stravy (hladovka). Důvody jsou obdobné jako u předchozího způsobu a obvykle jsou prováděny dramaticky a teatrálně. (Fischer, 2006)
 - b) **Suicidální jednání** – jde o nejzávažnější mimořádnou událost. Je nutné odlišit demonstrativní pokusy emočně nestabilní či histriónské osobnosti – tato osobnost touží po jakékoli změně jako reakce na nudu, jsou zde patrné pokusy o citové vydírání personálu nebo skutečné rozhodnutí spáchat sebevraždu jako řešení velmi závažné životní situace. (Fischer, 2006)
- **Přímý a nepřímý únik ze zátěžové situace**
 - a) **Přímý fyzický únik** - může se jednat o pokusy o útěk nebo úplným doznáním něčeho co jedinec nespáchal,

b) **Nepřímý fyzický únik** – projevuje se stažením do sebe, únikem do fantazie, někdy i únikem k droze, únikem do somatických nemocí, mohou se projevit i psychické nemoci. U psychopatických osobností se jedná o dekompenzace psychického stavu do hraničního psychotického stavu, do vazební psychózy.

I když každý jedinec prožívá zátěžovou vazební situaci odlišně, je zde závažná skutečnost, která postihuje všechny obviněné, a to bez rozdílu – frustrace potřeb jako:

- „Potřeba stimulace – je mnohem méně uspokojována, prostředí je stereotypní, navíc zde nepříznivě působí výrazné omezení jakékoli aktivity i běžných sociálních kontaktů.
- Potřeba citové jistoty a bezpečí – je uspokojována nanejvýš symbolicky, spoléháním se na zázemí, které člověku zůstalo mimo vazební věznici. Pocity vztažené k domovu mohou oscilovat mezi podezíravostí, strachem z opuštění a idealizací domova. Nejistota bývá značně generalizována, člověk ještě nebyl odsouzen a neví, co s ním bude dál. Pocit napětí a ohrožení je silnější u lidí, kteří jsou ve vězení poprvé.
- Potřeba seberealizace - rovněž nemůže být za těchto podmínek přijatelně, resp. běžným způsobem uspokojována. U zkušených recidivistů ji může saturovat pocit moci a nadvlády nad spoluvězni, seberealizace má v tomto případě podobu dokazování vlastní síly. Jiný způsob sebepotvrzení je pro většinu obviněných těžko dostupný. Dominantním pocitem bývá nuda. Člověk, který se do podobné situace dostává poprvé, může mít pocit, že ztrácí svou identitu, svou profesní roli i postavení.“ (Vágnerová, 2008, s. 815)

8.2 Psychické a sociální důsledky výkonu trestu odnětí svobody

I když jsou dodržovány zákonné podmínky, chápeme trest odnětí svobody jako velmi výraznou zátěžovou situaci. Pokud se do takové situace dostane prvotrestaný a prvovězňený jedinec, představuje to pro něho velmi závažný životní zlom. Tato situace je specifickou společenskou sankcí za prokázané delikventní jednání. Nejen že tento jedinec se dostává do role kriminálního, ale má pro něho i další sociální stigmatizační a etiketizační důsledky. Nálepka kriminálního jedinci zůstává i po odpykání trestu odnětí svobody.

S výkonem trestu ztrácí jedinec dvě základní opory, bez jejichž existence je pozdější návrat ke způsobu života nemožný.

Jsou to:

- „Rodina, další sociální kontakty a vztahy,
- zaměstnání, pracovní návyky a dovednosti.“ (Fischer, Škoda, 2009, s. 181)

Udržování kontaktů s rodinami a posilování těchto vztahů je prioritou zájmu specialistů ve vězeňské službě při působení na vězněné jedince. V průběhu uvěznění dochází ke ztrátě těchto kontaktů a více než 50 % prvotrestaných a 70 % vícekrát trestaných toto zázemí buďto definitivně ztrácí, nebo je vůbec nemá.

Pokud jedinec nemá zajištěné zaměstnání, zpravidla není ani schopen návratu do společnosti bez další delikvence. Tento aspekt patří k důležitým úkolům při zacházení s odsouzenými vězni. Během výkonu trestu by si měli osvojit pracovní návyky a dovednosti, měli by být připravováni pro další život na svobodě. V naprosté většině případů toto existuje u těch jednotlivců, u kterých je jejich zázemí postavené na výše uvedených oporách. V opačném případě je propuštění zátěží a stává se tím více závažnější, čím déle jsou ve vězení.

Pobyt ve výkonu trestu či vazební uvěznění znamená ztrátu osobní svobody, možnosti uspokojovat řadu primárních potřeb. Negativní důsledky jsou u obou typů věznění stejné.

Do jaké míry se bude odsouzený adaptovat na vězeňské prostředí závisí:

- „Na osobnosti odsouzeného – na jeho připravenosti ke zvládnutí náročných životních situací, na jeho adaptačních schopnostech, na jeho schopnostech a ochotě k poznání své osobnosti a ke změně chování a úpravě či změně dosavadního životního stylu.
- Na podmínkách výkonu trestu – na typu věznice, na sociálním klimatu oddělení, na němž se nachází apod.
- Na novosti požadavků a podmínek – je-li tato situace pro něj nová, neznámá, nastupuje-li přímo do výkonu trestu apod.“ (Štěrbá, 2007, s. 109)

Pobyt ve výkonu trestu odnětí svobody je pro ty odsouzené, kteří přecházejí z výkonu vazby, protahovanou zátěžovou situací. Úlevu pocítují zejména ti, kteří vykonávali pevnou vazbu, a dále ti, kteří dostali navíc příležitost pracovat. Jinak pocítují výkon trestu ti, kteří nastupují přímo, zde můžeme předpokládat, že projdou počátečním „šokem ze ztráty svobody“. Lze tedy u nich očekávat i obdobné reakce, jaké prožívají obvinění ve výkonu vazby (heteroagrese, autoagrese, únik ze zátěžové situace).

„Vyrovnání se se zátěží v podmínkách výkonu trestu může probíhat několika formami:

- **Rezistentně** – vytyčením si reálných cílů ve výkonu trestu odnětí svobody.
- **Agresivně.**
- **Regresivě** – představuje krok zpět, projevuje se plačtivým prošením, donašečstvím a podobnými formami chování.
- **Rezignací** – což vede k pasivitě, depresím, sebevražedným tendencím.“ (Štěrbá, 2007, s. 110)

Problematikou vyrovnávání se zátěžovou situací výkonu trestu odnětí svobody se u nás zabýval J. Čepelák, který rozlišuje 5 základních typů adaptace:

- **„Realistické přizpůsobení** – odpovídá rezistentní formě vyrovnání se, týká se odolných jedinců, kteří si vytkli reálné cíle, jichž chtějí ve výkonu trestu dosáhnout. Předpokládaným osobnostním typem je jedinec sociálně zralý a psychicky odolný vůči zátěži. Takový jedinec se orientuje na vyhlídku podmíněného propuštění, je motivován k hlubšímu poznání své osobnosti a ke změně svého chování.
- **Agresivně nepřátelské přizpůsobení** – odpovídá agresivní formě vyrovnání se ze zátěží. Agresivní nepřátelství bývá namířeno jak proti personálu věznice, tak proti spoluvězňům. Tato adaptace na pobyt ve výkonu trestu se projevuje ironizováním, zesměšňováním nebo zastrašováním, fyzickým napadáním druhých, tedy celkovým postojem „proti všem“. Výchovná práce s takovým jedincem je nesnadná, vyžaduje si důkladný rozbor příčin takového chování, které tkví většinou v hluboké minulosti, až v zážitcích z dětství.
- **Přizpůsobení nepřiměřenou kompenzací** – spočívá v přehlušení obvyklých reakcí na výkon trestu (starostí, pocitů porážky apod.) tím, že se odsouzený vychloubá svou dosavadní trestnou činností i tím, až se dostane na svobodu. Takový jedinec hraje ve vězení roli „velkého zločince“. Obvykle si říká: „Nemám vůbec vyhlídky, celý svět stejně za nic nestojí, až se dostanu ven, budu dělat větší věci, ale šikovněji“. Jedinec, který se chvástá svými budoucími zločiny, si ve skutečnosti není jist sám sebou.
- **Přizpůsobení se nepřiměřenou reakcí** – jako nejjednodušší způsob zacházení s pocitem viny. Spočívá v obvinění někoho jiného. Je to nejjednodušší způsob sebeobranu nebo vyhnutí se odpovědnosti tvrzením, že za trestný čin může někdo jiný nebo ho způsobil někdo jiný. Jedná se o tvrzení: „Kdyby manželka byla bývala doma, nešel bych do hospody, neopil bych se a dnes bych nebyl ve vězení“.

- **Přizpůsobení se únikem** – představuje takový typ přizpůsobení se podmínkám vězení, při němž člověk plánuje, jak ve skutečnosti ze situace unikne, nebo uniká do denního snění. Adaptace únikem bývá často provázena drogou a může snadno vyústit do vzniku drogové závislosti, může být i jejím pokračování.“ (Štěrbá, 2007, s. 110)

9. SEBEVRAŽEDNÉ JEDNÁNÍ VE VĚZEŇSKÉM PROSTŘEDÍ

Skutečnost, že ve výkonu trestu odnětí svobody dochází k prohlubování psychických změn ve směru psychopatizace osobnosti, dokládají výzkumy i empirické zkušenosti. Nejzranitelnější jsou jedinci ve vazbě a v prvním období po vynesení rozsudku, nebezpečí se též zvyšuje při samovazbě.

V podmínkách vězení není sebevraždné jednání jen patologickým fenoménem, ve většině případů jde o tzv. účelové jednání. Toto účelové jednání je výrazným znakem chování podstatné části vězeňské subkultury.

Nejzávažnější a alarmující psychickou poruchou pudu sebezáchovy je sebevražda. Je velmi obtížné předvídat, kde, kdy a u koho toto nebezpečí hrozí.

9.1 Anormální chování ve vězeňském prostředí

Ve vězeňském prostředí se vyskytuje anormální chování, které je dvojího typu (Mařádek, 2003):

- **Anomální chování**, kterým se zabývá patopsychologie. Patopsychologie popisuje, studuje, vysvětluje a snaží se napravovat chování člověka, jedná se o chování, pro které není a nemusí být jeho nositel hospitalizován v psychiatrickém zařízení, často však potřebuje intervenci psychologa. Tato porucha obecně představuje nežádoucí či škodlivou odchylku od funkčně normálního, zdravého stavu člověka. Anomálie se vždy jeví jako viditelná odchylka od normy a nezahrnuje patologický stav. U vězňů se specificky anomálním chováním rozumíme takové chování, které není duševní poruchou či nemocí, ale vyznačuje se odchylností a výjimečností jak od obecné lidské normy, tak i od běžné normy ve vězeňské populaci. Příčinně se anomální chování váže k vězeňskému prostředí jako běžná reakce na nenormální podmínky uvěznění.

Pro anomální chování je vhodná intervence ze strany psychologů nebo jiných členů vězeňského personálu, není ani vyloučeno samovolné odeznění, na které se však nemůžeme spoléhat.

Anomální chování způsobuje zpravidla to, že se u vězňů odehrává na osobnostním terénu, primárně zeslabením psychopatickým vývojem osobnosti, chybnou socializací, mentální zaostalostí či předchozím kriminálním vývojem.

Nejtypičtějším anomálním chováním ve vězení je:

- a) „krize (vězeňské krize);
- b) sebepoškozování;
- c) agrese;
- d) šikanování;
- e) násilí mezi vězni;
- f) autodestruktivní jednání;
- g) latentní anomální chování;
- h) útěky, pokusy o útěky z věznění apod.“ (Mařádek, 2003, s. 13)

Vedle psychologické intervence a psychologického poradenství je psychoterapie metodou psychologické pomoci či formou léčení psychologickými prostředky. Psychoterapie je u anomálního chování samostatnou metodou léčení a pomoci. Cílem psychologické intervence je zakročit v krizi vězně a navrhnout řešení pro ostatní vězeňský personál.

- **Abnormální chování** studuje psychopatologie. Abnormální chování vězňů potřebuje výhradně psychiatrickou péči. Abnormální chování ve vězeňském prostředí je takové chování, v jehož základě stojí duševní porucha nebo přímo duševní nemoc. Do abnormálního chování patří těžké psychopatie, poruchy intelektu, psychózy spojené s alkoholismem, dále vazbové a vězeňské psychózy či neurozy a drogové závislosti. Do abnormálního chování patří i některé typy sebevražd nebo autodestruktivního jednání.

9.2 Autodestruktivní jednání

Koncepce autodestruktivního jednání ve vězeňském prostředí:

- „Sebeusmrcení
 - a. Sebezabití
 - impulzivní jednání;
 - zkratkovité jednání;
 - psychotické onemocnění;
 - v dětských hrách;
 - demonstrativní sebevražedné jednání končící nechtěnou smrtí;
 - b. Sebevražda
 - anomálních osobností;
 - jako reakce na životní trauma;
 - bilanční sebevražda;
 - jako společenský úzus (zvyklost);
 - ideologicky (filosoficky, nábožensky) zdůvodněná;
 - indukovaná sebevražda;
 - některé případy sebeoběti;
 - rozšířená sebevražda;
 - c. Sebeobět'
 - sebeobět' z ideových důvodů;
- Suicidální (sebevražedné) aktivity nekončící smrtí
 - a) Skutečný pokus o sebevraždu (Tentamen Suicidii)
 - b) Suicidální aktivita účelová
 - alarmová (volání o pomoc či porozumění);
 - nátlaková až vyděračská;
 - imitační“ (Mařádek, 2003 s. 16)

Pro vězeňské prostředí mají význam některé typy autodestruktivních jednání, především dominuje typ anomálních osobností. Nemůžeme vyloučit ani typ

sebevraždy jako reakce na životní trauma či nátlakovou až vyděračskou aktivitu.

Sebevražda anomálních osobností, jde o sebevraždu osobností, především s disharmonickým či psychopatickým vývojem, nebo může jít i o osobnost nezralou. Výjimečně se ve věznicích odehraje sebezabití typu bilanční sebevraždy.

Sebevražda jako reakce na životní trauma, kdy se mohou negativní příčiny ve vězeňském prostředí násobit: trauma způsobené výkonem vazby nebo výkonem trestu, přidat se může i trauma z rodinného prostředí, např. úmrtí blízkého člověka.

Nátlaková až vyděračská sebevražda, jde o nátlak, divadlo ze strany vězně a v těchto případech nelze přistupovat na hru vězně, jde o účelové jednání, o pokus dostat se za jakoukoli cenu ven z věznice, alespoň do nemocničního prostředí.

Mezi další sebevraždy ve vězeňském prostředí patří například:

- **Indukovaná sebevražda** – jedná se o sebevraždu, kdy dojde k přemluvení spoluvězně k sebevraždě, i když on sám by ji nikdy nespáchal.
- **Rozšířená sebevražda** – tento případ sebevraždy nelze vyloučit ve vězeňském prostředí, jedná se o společné sebevražedné jednání více vězňů.
- **Alarmová sebevražda**, typ sebevraždy která má být signálem volání o pomoc. Příčinou bývá ve vězeňském prostředí kruté šikanování.

9.3 Poruchy osobnosti ve vězeňském prostředí

Ve vězeňském prostředí se nachází vysoké procento lidí s poruchou osobnosti. Jejich osobnost je charakterizována řadou rysů asociálních až antisociálních a psychopatických. Tito lidé bývají egocentričtí, mají silnou potřebu aktuálního uspokojení a nedovedou snášet frustraci.

Pro poruchu osobnosti je příznačná:

- „relativně slabá schopnost inhibovat⁵ chování, když hrozí trest,
- snížený zájem o negativní následky chování, zvýšená schopnost odporu vůči trestu,
- tendence opakovat tytéž vzorce chování bez ohledu na následky
- pohled na druhé lidi jako na překážky, jež mají být překonány a manipulace s nimi
- tendence získat kontrolu nad prostředím a vlastními odměnami.“
(Štěrba, 2007, s. 111)

Psychopatií je celá řada, se zločinností souvisí nejčastěji tyto typy:

- **„psychopaté popudliví (výbušní, explozivní, dráždiví)** – nedovedou se snadno vypořádat s nepříjemnými událostmi a zážitky. Mají malou schopnost sebeovládání a sníženou toleranci na frustraci a konflikty. Jestliže často útočí v afektu, do kterého se dostanou z malicherných příčin, hovoříme přímo o agresivních psychopatech.
- **anetičtí psychopaté** – nalézají se hojně mezi nejnebezpečnější a nejméně napravitelnou skupinou kriminálních recidivistů. U těchto jedinců nejsou vyvinuty vyšší sociální a morální city, včetně jejich projevů, jako je lítost, soucit, náklonnost, svědomí a soudružnost. Nechápují a odmítají city druhých a to i nejbližších osob. Ke všemu jsou lhostejní, krutí a zlomyslní. Často u nich převládá pomstychtivost a žárlivost. Vlídlná domluva je u nich naprosto neefektivní. Totéž se dá říci i o přísném trestu. Často stojí v čele kriminálních (zločineckých) skupin a velmi často projevují až nepochopitelnou agresi a hostilitu.
- **psychopatie nestálé (nezdrženlivé)** – lidé jimi trpící mají poruchu ve volní a citové sféře. Nestálí nevydrží na jednom místě. Vyhýbají se závazným vztahům, nebo nečekaně opouštějí rodinu či pracoviště. Žijí jen pro okamžité uspokojení a jemu často všechno obětují, až dochází ke střetnutí se zákonem. Obvyklým rukopisem v trestné činnosti je pro ně především krádež, podvod, zneužívání léků, receptů apod.

- **pohlavně úchylní (sexuální devianti, sexuální psychopati)** – jde o jedince, kteří trpí úchylným zaměřením sexuálního pudu. Z nich nejdůležitější je malá skupina, nazývaná násilnými sexuálními delikventy. Ti se domáhají pohlavního uspokojení agresivním způsobem, přemožením odporu oběti, jejím zraněním, výjimečně i zabitím.
- **psychopatie polymorfní (komplexní, složité)** – zde jde o kombinaci mnoha popsaných zvláštností chování psychopatů v jeden celek. Typická kombinace s penitenciárním významem je nezdrženlivý psychopat s agresivními rysy. Existují i kombinace jiné.
- **zločinecké psychopatie** – jsou podle některých autorů samostatnou skupinou psychopatů. Je pro ně charakteristické páchaní trestné činnosti, recidiva a silný výskyt tetováže.“ (Mařádek, 2003, s. 67)

Dle mezinárodní klasifikace nemocí se v penitenciárním prostředí setkáváme nejčastěji s poruchou osobnosti typu:

- “Hraniční – u tohoto typu se uvádějí nejasné a narušené představy o sobě samém, angažování v intenzivních a nestálých vztazích s následnými citovými krizemi, nadměrná snaha vyhnout se opuštěnosti, trvalé pocity prázdnoty a tendence k sebepoškozování.
- Disociální – je charakterizována lhostejností k citům druhých, naprostou a trvalou nezodpovědností a nerespektováním sociálních norem, neschopností udržet trvalé vztahy při schopnosti nové vztahy lehce navazovat, velmi nízkou tolerancí k frustraci a nízkým prahem pro spuštění agresivního jednání, nepřipuštěním pocitu vlastní viny, neschopností poučit se z dosavadních zkušeností a tendencemi k racionalizaci vlastního jednání se svalováním viny na okolí.
- Smíšená - jedná se o kombinaci poruch osobnosti:
 - emočně nestabilní – se vyskytuje jako typ impulzivní s výraznými tendencemi jednat neuváženě a nepředvídatelně, vyvolávat konflikty včetně kverulantského chování,

⁵ Utlumit, zabránit

s tendencemi k výbuchům zlosti nebo násilí, s projevy netrpělivosti a kolísavou náladou.

- histriónská – se projevuje tendencemi k dramatizování, přehnanými emočními projevy, které jsou mělké a labilní, zvýšenou sugestibilitou, snahou být stále ve středu událostí, nadměrným zdůrazňováním vlastní tělesné přitažlivosti, stálou touhou po oceňování, zvýšenou zranitelností a manipulativním chováním. Histriónská porucha má nejbližší k povaze hysterické.
- disociální porucha osobnosti.“ (Pavlovský, 2004, s. 80–81)

Pokud je u odsouzeného diagnostikována porucha osobnosti, vyžaduje ve výkonu trestu odnětí svobody specifické odborné zacházení, zejména psychologů a psychiatrů.

10. SEBEPOŠKOZOVÁNÍ VE VĚZEŇSKÉM PROSTŘEDÍ

Sebepoškozování (automutilace) v podmínkách vězení není nijak vzácné a může být velmi různorodé, podle typu člověka i jeho příležitostí. Mezi nejčastější druhy patří:

- „Pořezání zápěstí, předloktí, v loketních jamkách. Pořezání se nejčastěji děje střepy skla nebo žiletkami (břity).
- Polykání cizích předmětů – jde o různé předměty, jako jsou knoflíky, kusy skla, hřebíky, kusy drátů, držadla od lžic, držadla jídelních misek (tzv. „ešusy“) apod. (Mezi nejnebezpečnější patří tzv. „kotvičky“, jde o zavírací špendlíky ohnuté do písmene W a stažené bavlněnou nitkou nebo vměstnané do umačkaného chleba. V zažívacím traktu se nitka nebo chléb rozloží a kotvička se napruží a zasekne do stěn žaludku nebo jícnu).
- Intoxikace léky nebo chemikáliemi.
- Sypání tuhy do očí nebo vpravování náplně propisovacích tužek do spojivkového vaku.
- Úmyslné způsobování hnisavých zánětů (píchání slin, mýdla, tuhy apod. pod kůži).
- Vyvolání infekční nemoci.
- Strangulace bývá většinou avizována spoluvězňům, aby včas přivolali personál. Někdy mají vězni dokonce domluveno „hlídání“, aby nedošlo k vážnějším škodám na zdraví a zůstalo jen předstírání „pokusu“. Toto jednání je převážně vedeno snahou, aby na krku byla patrná strangulační rýha jako důkaz vážného úmyslu.
- Jiné druhy sebepoškození (vpravení cizích těles pod kůži, poranění kůže opálením, opařením apod.)
- Bizarní sebepoškození jsou poměrně ojedinělá. Např. je popsán případ, kdy si vězeň doslova vtloukl v oblasti spánku do hlavy přední díl propisovací tužky.“ (Sochůrek, 2007, s. 33)

Nejčastějšími příčinami sebevražedného jednání či sebepoškozování ve vězení jsou pocity beznaděje, prázdnoty, osamělosti, ztráty smyslu života. Pokud se vězeň cítí méněcenný a nespokojený, objevují se konflikty nejrůznějších charakterů. Mezi největší problémy, které vězně trápí je ztráta kontaktu s rodinou a přáteli, tedy s běžnou společností vůbec. Mezi další problémy řadíme zamítnutí odvolání, pocit viny, výčitky svědomí, např. u vrahů partnera, u vrahů svého dítěte.

Sebevražedné jednání bývá spojeno nejen s pocitem snažícím se vyvolat lítost nebo solidarizační efekt, ale též i s citovým vydíráním blízkých osob či vlastní rodiny.

Sebevražedné jednání v podmínkách vězení je jiného rázu než obdobné jednání v „normální“ společnosti, tedy ve světě mimo vězení. Většinou jde o účelové jednání, které patří mezi základní znaky chování podstatné části vězňených osob.

11. PREVENCE SEBEVRAŽEDNÉHO JEDNÁNÍ VE VĚZEŇSKÉM PROSTŘEDÍ

Odborníci a specialisté vězeňské služby se snaží o uvězněné osobě získat co nejvíce informací a věnovat jí co nejvíce péče, zejména v prvních dnech uvěznění.

11.1 Mimořádná událost ve Vězeňské službě ČR

Pro vymezení okruhu mimořádných událostí ve VS ČR, způsobu jejich hlášení a povinností zaměstnanců Vězeňské služby související s prevencí při vzniku mimořádné události vydal generální ředitel VS ČR NGRŘ č. 71/2010. Zde jsou vymezeny pojmy, rozděleny mimořádné události z hlediska jejich závažnosti, způsob hlášení závažných mimořádných událostí a mimořádných událostí, stanoveny úkoly a povinnosti stálé služby i odpovědnost za včasnost, správnost a úplnost zpracované hlášené služby.

Pod pojmem mimořádná událost ve Vězeňské službě ČR se rozumí např. významné narušování řádného výkonu vazby, výkonu trestu odnětí svobody nebo výkonu zabezpečovací detence.

Jedná se o události ohrožující nebo poškozující chráněné hodnoty nebo práva a oprávněné zájmy, kterými jsou:

- život nebo zdraví zaměstnance, obviněného, odsouzeného nebo osoby ve výkonu zabezpečovací detence, případně osoby nacházející se v prostorách věznice v souvislosti s plněním úkolů věznice.
- ochrana majetku ve správě VS ČR
- ochrana životního prostředí uvnitř i vně objektů a prostor Vězeňské služby v souvislosti s činností Vězeňské služby
- pořádek a bezpečnost v objektech nebo prostorách Vězeňské služby, soudu, státního zastupitelství nebo ministerstva, nebo při předvádění a eskortách vězněných osob.

Seznam závažných mimořádných událostí je dále uveden v příloze č. 1 tohoto nařízení a jedná se například o prokazatelnou přípravu vězněné osoby k útěku, pokus o útěk nebo útěk vězněné osoby, vraždu nebo podezření z vraždy poté, kdy lékař konstatuje smrt, nebo podezření z pokusu o vraždu, vzpouru vězněných osob, vyhlášení hromadného odmítání stravy apod..

V příloze č. 2 tohoto nařízení jsou uvedeny mimořádné události a jedná se např. o: Smrtelný, těžký nebo hromadný úraz, sebevražda nebo úmrtí vězněné osoby poté, kdy lékař konstatuje smrt, volní odmítání stravy, je-li indikován stav vyžadující odeslání k ústavnímu léčení a ukončení volního odmítání stravy, otrava vězněné osoby, závažné nebo náhlé změny zdravotního stavu hrozící bezprostředním ohrožením života nebo závažnou komplikací zdravotního stavu apod.

Maximální pozornost personálu věznic je věnována zejména mimořádným událostem směřující na život, a nebo zdraví. Z psychohygienického hlediska každá takováto mimořádná událost znamená negativní zásah do duševní rovnováhy jak vězněných osob, tak i vězeňského personálu. Proto se Vězeňská služba ČR snaží těmto negativním jevům předcházet, eliminovat rizika vedoucí k sebevražednému jednání vězněných osob a zároveň přijímat opatření, která povedou k prevenci a praktickému předcházení mimořádných událostí.

11.2 Zacházení s vězněnými osobami v krizi

Jedním z mnoha opatření k zabránění sebevražednému jednání ve výkonu vazby a výkonu trestu je, že u každého nově přijímaného obviněného nebo odsouzeného se musí zajistit osobní kontakt se specialistou věznice, který posuzuje, mimo jiné, zejména rizika sebevražedného jednání.

Kontakt odborného zaměstnance s nově přijatým obviněným nebo odsouzeným se uskuteční nejdéle do 24 hodin od jeho přijetí. Toto odborné vyšetření provede vždy psycholog, pokud je na pracovišti přítomen. V případě nepřítomnosti psychologa provede pohovor jiný proškolený odborný zaměstnanec dle stanoveného schématu pohovoru. V takovém případě psycholog provede revizi pohovoru neprodleně po příchodu na pracoviště.

V případě odůvodněných zjištění se na návrh psychologa zařadí obviněný či odsouzený do seznamu vytypovaných osob (např. jako možný objekt násilí, pro nízkou mentální úroveň, na základě druhu spáchaného trestného činu). V některých případech je nutné přijmout i výjimečná opatření (např. časté kontroly či nepřetržitý dohled). V případě zjištění vysokého rizika sebevraždného jednání je vždy informován rovněž lékař zdravotnického střediska věznice. Vězněná osoba se v těchto případech na návrh psychologa zpravidla umístí do tzv. Krizového oddělení, kde je s ním denně prováděn pohovor s psychologem a dalšími odbornými zaměstnanci, zároveň je v nařízených intervalech prováděna kontrolní činnost dozorčí služby. Některé aktuální stavy vězněných osob vyžadují také odborná psychiatrická vyšetření, která jsou prováděna zpravidla v civilním zdravotnickém zařízení a na základě doporučení psychiatra může být tento obviněný nebo odsouzený hospitalizován ve vězeňské nemocnici.

Obecná úprava zacházení s osobou s rizikem sebevraždného jednání je obsažena v Nařízení generálního ředitele č. 25/2011 o krizových odděleních a zacházení s vězněnými osobami v krizi.

Podle § 2 se pro účely tohoto nařízení rozumí:

- a) krizovým psychickým stavem (dále jen „krize“) vězněné osoby individuálně prožívaná závažná zátěžová situace či akutní duševní tíseň, které zvyšují riziko nepřiměřeného jednání,
- b) mimořádným krizovým stavem situace, kdy v agresi či masivním neklidu vězněná osoba ohrožuje své okolí, sebepoškozuje se nebo vykazuje známky sebevraždného jednání,
- c) agresivní slovní nadávky, vyhrožování, zjevná tendence napadnout druhého fyzicky, či přímé fyzické napadení, rozbíjení a ničení předmětů a zařízení,
- d) masivním neklidem nadměrná a situaci nepřiměřená pohybová aktivita, často spojená se sníženou kontrolou emocí (výbušností) a s poruchou vědomí (zmateností),
- e) sebepoškozováním takové jednání, při němž vězněná osoba závažným způsobem ohrožuje sebe sama,

- f) krizovou intervencí individuální péče o vězněné osoby v krizi, která je zaměřena na stabilizaci psychického stavu, snížení nebezpečí prohlubování krize, zpracování zátěžové situace, získání nadhledu a zmapování možností řešení zátěžové situace.

11.3 Činnost odborných zaměstnanců ve vězeňském prostředí

Během uvěznění je nutné na jedince působit specifickými postupy, které jsou zaměřeny na prevenci a eliminaci krizových situací. „Jedním ze základních východisek pro práci s odsouzenými delikventy, pro snahu o jejich sociální korekci, je penitenciární diagnostika. Můžeme ji charakterizovat jako komplexní posouzení jedince pro proces penitenciární péče, a to z hlediska fyziologického (zdravotního), psychologického a sociálního.“ (Fischer, 2006, s. 90). Tento proces je výsledkem týmové kooperace speciálních pracovníků. Především speciálního pedagoga, psychologa, sociálního pracovníka, lékaře, vychovatele.

Pilířem pro výběr a stanovení aktivit ovlivňování a působení na jedince v průběhu výkonu trestu je tzv. komplexní zpráva. Komplexní zpráva se zpracovává v nástupním oddělení každé věznice.

Komplexní zpráva by měla obsahovat minimálně následující fakta (Hála, 2006):

- základní data o osobě odsouzeného (jméno, narození, rodinný stav), informace o současné i předchozí trestné činnosti, jestliže je opakovaně ve výkonu trestu odnětí svobody,
- důkladnou sociální anamnézu (dětství, rodina, zaměstnání, adresa trvalého či přechodného bydliště, zázemí po výkonu trestu, platné doklady totožnosti),
- psychologickou charakteristiku odsouzeného včetně jeho postojů ke spáchanému trestnému činu a uloženému trestu. Anamnézu a zdravotní handicap, psychiatrickou léčbu, závislosti, sebevražedné pokusy či sebepoškození v minulosti, v jakém stavu se nachází aktuálně. Vyhodnocení rizika z pohledu nebezpečnosti pro společnost, s tím

související problémy, obtíže a překážky, které brání budoucí dobré reintegraci odsouzeného do společnosti.

- lékařská doporučení, která se týkají zdravotních rizik nebo omezení k pracovním, vzdělávacím, sportovním i dalším aktivitám.
- speciální pedagog – je koordinátorem týmu odborných pracovníků. Zpracovává individuální program zacházení, který by měl být realizován minimálně v následujících oblastech:
 - práce
 - vzdělávání (všeobecné i profesní)
 - poradenství
 - terapie
 - volnočasové aktivity.

Povinností speciálního pedagoga je vytvářet podmínky pro realizaci tohoto programu a metodicky řídit práci vychovatelů, kteří prakticky realizují přímé zacházení s vězňenými osobami.

„Program zacházení se chápe jako základní forma cílevědomého a komplexního působení na odsouzeného. Program zacházení obsahuje konkrétně formulovaný cíl působení na odsouzeného, metody zacházení s odsouzenými směřující k dosažení cíle a způsob a četnost hodnocení.“

(Mařádek, 2003, s. 61)

Vězňeným osobám, které se nedokáží sami vyrovnat s adaptací na podmínky výkonu vazby nebo trestu odnětí svobody či prožívají omezení svobody jako vysoce stresovou situaci, je věnována péče odborných pracovníků nejen při jejich nástupu do vězení, ale i po celou dobu jejich uvěznění.

Nepostradatelnou součástí práce psychologa je prevence a překonávání negativních jevů po mimořádných událostech. Rozhovor s psychologem dává vězňené osobě, která se zaobírá myšlenkou na sebevraždu, naději aby se rozhodla pro život, nabízí ji alternativu řešení, ukazuje ji možný směr či jinou cestu.

Lékař věznice znamená pro vězněné osoby naději, jež spočívá ve formě kvalifikované pomoci. Vězni se na něho obracejí se svými tělesnými, sociálními ale i psychickými problémy. Pokud mají závažný zdravotní problém, jsou na doporučení lékaře odesláni k vyšetření lékařem specialistou. Lékaři se také setkávají ze strany vězňů s účelovým předstíráním či zveličováním chorobných příznaků. Tím si vynucují různé úlevy či medikamenty.

Ve věznicích mají nezastupitelné místo také sociální pracovníci. Spolupracují zejména s Probační a mediační službou, s kurátory sociální péče, s obecními, městskými či krajskými úřady, úřady práce, azylovými domy či charitami a neziskovými organizacemi. Poskytují vězněným osobám sociálně právní poradenství a snaží se je vést k samostatnosti.

Další významnou pomoc ve věznicích představují také duchovní registrovaných církví či náboženských společností, kteří jsou ke své práci pověřeni vězeňskou duchovenskou službou. Činnost duchovního spočívá v odvracení negativního chování vězně, snaží se na vězně působit pozitivně nejen v otázkách života, ale i viny, pomáhají jim zvládat tíživou životní situaci a dávají jim možnost nového začátku.

Snaha o nalezení jedinečné metody úspěšného zacházení a pozitivního ovlivňování vězněných osob provází vězeňství po staletí. Je to však cesta velmi obtížná, neboť delikventní subkultura vězněných osob je z psychologického i terapeutického hlediska velmi heterogenní skupinou.

PRAKTICKÁ ČÁST

12. Průzkum sebevražedného jednání ve věznici Ostrov

Praktická část mé diplomové práce byla provedena ve věznici Ostrov. Do této věznice se umisťují odsouzení muži zařazení do typu věznice s dozorem. Ve věznici je zřízeno také oddělení pro výkon vazby.

12.1 Cíl průzkumu

Zmapování rizika suicidálního jednání u odsouzených i obviněných umístěných ve výkonu trestu a ve výkonu vazby ve věznici Ostrov.

12.2 Stanovení hypotéz

V odborné literatuře se uvádí, že zejména u vězňů, které jsou poprvé ve výkonu trestu nebo vazby, dochází k silné vazební reakci, která je způsobena frustrací jednotlivých potřeb, zejména pocitu bezpečí a jistoty a šokem z okamžité izolace.

Závažné stavy nastávají také u skupiny vězňů toxikomanů. Po akutní intoxikaci dochází ke změnám psychických, fyziologických a behaviorálních funkcí. U těchto vězňů je zvýšené riziko suicidálního jednání.

Na základě získaných poznatků a tvrzení byly stanoveny následující hypotézy pro průzkum:

HO – V jakém poměru se ve věznici Ostrov vyskytuje riziko suicidálního jednání.

H1 – Ve věznici Ostrov je u prvovězňů riziko suicidálního jednání.

H2 – Ve výkonu vazby je suicidální riziko vyšší než ve výkonu trestu odnětí svobody.

H3 – Ve specializovaném oddělení ubytovny L je u toxikomanů riziko suicidálního jednání vyšší než v běžném výkonu trestu.

12.3 Průzkumná metoda šetření

K průzkumu byl použit standardizovaný test PROS, který vydává psychodiagnostika Brno, 2005. Při jeho vyhodnocování jsem spolupracovala s psychologkou věznice.

12.3.1 Obsahové zaměření testu

V tomto testu jsou mimo jiné položky, které měří depresivitu, organicitu a impulzivitu. Kombinací těchto tří škál vzniká tzv. suicidální riziko.

12.3.2 Postup šetření

Průzkum testovou metodou byl proveden v období srpen až říjen 2011 za dohledu sociálních pracovníků, psychologů a vychovatelů.

Test PROS byl zadán 100 respondentům ve výkonu trestu a ve výkonu vazby ve věznici Ostrov.

Specialisté zadali testy s vysvětlením respondentům a ihned po jejich vyplnění je osobně vybrali, čímž se zajistila větší pravděpodobnost návratnosti těchto testů. Nezanedbatelným zjištěním bylo, že při zadávání testu nikdo z respondentů neodmítl jejich vyplnění.

12.3.3 Charakteristika respondentů průzkumného souboru

Soubor tvoří dvě výběrově sestavené skupiny:

- **Obvinění**, kteří nebyli ještě soudně trestáni (nikdy nebyli ve výkonu vazby ani trestu odnětí svobody).
- **Odsouzení**, kteří nebyli, před jejich současným uvězněním, nikdy soudně trestáni a nikdy v minulosti nebyli umístěni ve výkonu trestu odnětí svobody.

Pro uvedený průzkum bylo vybráno 5 následujících oddělení:

- **Oddělení výkonu vazby** – Toto oddělení plní stejné úkoly jako vazební věznice. Do oddělení pro výkon vazby jsou umístováni obvinění na základě rozhodnutí soudce, jedná se o obviněné muže, ženy i mladistvé. Oddělení výkonu vazby zajišťuje také tzv. průběžné eskorty, kdy z jiných věznic jsou eskortováni obvinění nebo odsouzení k soudnímu jednání k Okresním soudům v Karlových Varech, Sokolově a Chebu, nebo pro orgány činné v trestním řízení PČR. Oddělení pro výkon vazby zajišťuje také nástupy k výkonu trestu v případech, kdy z občanského života nastoupí odsouzený do výkonu trestu buďto sám na základě rozhodnutí soudu, anebo je dodán policií na základě příkazu soudu.

Do výkonu vazby jsou umístováni obvinění zadrženi policií a na něž byla soudcem uvalena vazba podle § 67 zákona č. 141/1961 Sb.. Většina z těch, kteří se ocitnou ve výkonu vazby, nárazovitě ztrácí kontakt se svým sociálním prostředím (rodina, přátelé, eventuálně zaměstnání), nachází se v nejistotě, co bude dál. Obvinění neznají délku vazby, jsou zcela vykořeněni a vytrhnuti z dosavadního reálného světa. Jsou v izolaci i mezi sebou. Jsou zpravidla bez prostředků, jsou vystaveni značnému stresu se všemi z toho vyplývajícími negativními důsledky.

- **Nástupní oddělení** – do tohoto oddělení se umístují odsouzení, kteří byli k výkonu trestu eskortováni z jiných věznic do věznice Ostrov a

odsouzení zařazení soudem do typu věznice s dozorem po předchozím výkonu vazby. Nově přijatí odsouzení se do nástupního oddělení umisťují z důvodu adaptace na podmínky výkonu trestu odnětí svobody, k vytvoření komplexní zprávy, stanovení programu zacházení, zjištění možného pracovního zařazení či zařazení do vhodného kolektivu ostatních odsouzených. V nástupním oddělení jsou odsouzení seznamováni se Zákonem o výkonu trestu odnětí svobody, Řádem výkonu trestu, s obsahem Vnitřního řádu věznice a s prostředím, ve kterém budou trest vykonávat. Dále jsou školeni v oblastech bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, protipožární ochrany, manipulace s vlastními finančními prostředky, způsobu dostupnosti a zabezpečování zdravotnické péče, stanovených opatření v protidrogové prevenci, materiálního vybavení, stravovacích náležitostech, možnosti a způsobu zařazování do pracovního procesu, možností řešení osobních a sociálních problémů s příslušnými zaměstnanci věznice, možností a způsobech řešení vlastní žádosti o přemístění do jiné věznice. Následně se o tomto proškolení provede záznam v osobní kartě odsouzeného, který jej stvrdí svým podpisem. Odsouzení jsou, stejně jako obvinění ve výkonu vazby, vytrženi ze svého sociálního prostředí, což má negativní vliv na jejich psychický stav.

- **Ubytovna H2** – zde jsou umisťováni vytypovaní odsouzení, u nichž je předpoklad adaptačních problémů, mají za sebou např. psychiatrickou léčbu, nebo mají nízkou mentální úroveň, jsou negramotní, zbavení právních úkonů, fyzicky slabí a také odsouzení za § 187 a § 188 zák. č. 40/2009 Sb. (dříve § 242 zák. č. 140/1961 Sb.). Tato skupina odsouzených je umisťována odděleně od ostatních odsouzených, aby se zabránilo jejich možnému zneužívání, šikanování a nedocházelo tak případně ke zhoršení jejich psychického stavu.
- **Ubytovna L** – do této ubytovny jsou umisťováni odsouzení, kteří splňují kritéria tzv. bezdrogové zóny. Zde se uskutečňují speciální

programy zaměřené na uživatele drog. Odsouzeným se zde věnují specialisté výkonu trestu, především psycholog, speciální pedagog, vychovatel-terapeut, sociální pracovník a také vychovatelé i dozorcí. Odsouzení jsou v rámci terapeutických programů motivováni ke spolupráci s cílem snížit nebo úplně odstranit potřebu návratu k drogové minulosti. Do bezdrogové zóny jsou umisťováni odsouzení na vlastní žádost. Dále jsou do ní umisťováni odsouzení s poruchou osobnosti a chování, jejíž příčinou bylo užívání návykových látek.

Účelem specializovaného oddělení je přispět ke zkvalitnění a prohloubení odborné péče o odsouzené, kteří mají problémy s drogami.

- **Ubytovna D** – zde jsou umisťováni odsouzení poprvé ve výkonu trestu odnětí svobody, u nichž není předpoklad větších adaptačních problémů, nevyžadují zvláštní péči a pozornost. Odsouzení zde tráví svůj čas pracovními, vzdělávacími či zájmovými aktivitami.

12.3.4 Popis jednotlivých škál testu PROS

Deprese (D):

Vysoké skóre = deprese, sklíčenost, bojácnost, malomyslnost, subjektivní vyčerpání, emoční rozladěnost, pocity méněcennosti, úzké zájmy, introvertní zaměření, sklon k přehnaným starostem, ojediněle vysoké D bez dalších příznaků může znamenat „usmívající se depresi“ (tito nemocní při exploraci depresivní tendence negují, což zvyšuje nebezpečí suicidia), vysoké skóre mají lidé utrápení, upřímní, emotivní, sentimentální.

Nízké skóre = sklon k veselosti a entusiasmu, nízké skóre mají lidé milí, laskaví, ochotní, přizpůsobiví, sebedůvěřiví, kooperativní a přirození.

Hypochondrie (Hs):

Vysoké skóre = pacienti trpící prokazatelným organickým onemocněním mají jen lehce zvýšený Hs skór, jeho vzestup nad 65 signalizuje vždy psychickou

komponentu i u pacienta s organickým onemocněním; pesimismus, zatrpkllost, cynismus; lehké zvýšení ještě v mezích normy je signifikantní pro osoby nestálé, zabíhavé a vrtkavé; osoby, které mají starost o své tělesné funkce, sklon k tělesným potížím, trpí bojácností, jsou strnulé.

Nízké skóre = vůbec si nedělají nebo jen v malé míře starosti o své tělesné symptomy anebo si nechtějí své obavy přiznat;

Hysterie (Hy):

Vysoké skóre = pacienti nevyzrálí, nerealističtí, přístupní ke skupinovým ideám, přátelští, uctíví, naivní, potřebují sociální souhlas, narcističtí, nerozumní, při skóru nad 70 konverzní symptomy, otevření, musí se ukazovat vždy z lepší stránky, laskaví, potřebují oblíbenost, terapeuticky rezistentní, dobrodružní, prostosrdeční, zabíhaví, citově nadnesení, utrápení, schopní nadšení.

Nízké skóre = skromní, bez velkých zájmů.

Psychastenie (Pt):

Vysoké skóre = pacienti starostliví, zdráhaví, napjatí, nejistí, trpící pocity méněcennosti, zmatení, úzkostliví, vzrušení, starají se o maličkosti a jednotlivosti, dělají si starosti, zda něco bylo uděláno správně, nerozhodní, podráždění, sami se dělají špatnými, cítí se ohroženi, neschopní, až k nutkavosti přesní.

Nízké skóre = vyrovnaní, uvolnění, s dostatečnou sebedůvěrou.

Schizofrenie (Sc):

Vysoké skóre = pacienti ostýchaví, stažení do sebe, přecitlivělí, opatrní, nepřesní, oddaní, odmítání skupinami, mají denní snění, uzavření, u mladistvých se Sc pohybuje mezi 60 až 70T, osoby s hodnotami nad 75T mají téměř vždy schizoidní mentalitu, jsou utrápení, přátelští a s estetickými zájmy.

Nízké skóre = psychicky vyrovnaní.

Psychopatie (Pd):

Vysoké skóre = pacienti nezodpovědní, nespolehliví, impulzivní, egocentričtí, asociální, individualističtí, beztaktní, nerozvážní, je u nich malá schopnost posouzení vlastního vlivu na jiné, afektivně mělčí, působí kouzelně, neberou si poučení ze svých zkušeností, bouří se proti autoritě, jsou nekonformní, neschopní zachovávat normy, terapie nemá dobrou prognózu, jsou popisováni jako družní, hovorní, nerozvážní, individualističtí, se sklonem k alkoholu.

Nízké skóre = vážní, dobrosrdeční, konvenční, vyrovnaní, s úzkostným okruhem zájmů.

Kombinace škál:

+D,+Hs,+Hy : neurotický trias, může být podpořen **+Pt**

+D,+Pt : napětí, všeobecná nervozita, vnitřní úzkost, starostlivost, vzrušenost

+D, +Pt, +Hy : závislý, vyžaduje pomoc druhých, pociťuje úzkost

+D,+Pd, +Pt, +Sc : facilitátor suicidálních tendencí

+Pt, +Sc : jestliže Pt je větší než Sc, pak jedinec bojuje se svým problémem, brání se rozvoji fixovaných znaků.

Normální hodnoty se pohybují mezi 30–50 percentilem, hodnoty vyšší než 50 percentil se považují za vysoké skóre, hodnoty pod 30 percentilem se považují za nízké skóre. Vyhodnocení probíhá počítačovým zpracováním.

12.3.5 Výsledky šetření

Následující tabulky nám znázorňují výsledky testového šetření. Výsledky jsou zpracovány položkovou analýzou. Z popisu škál vyplývá, že jsem sledovala především škály, které mají souvislost se suicidálním jednáním. Jsou to škály deprese, organicity, impulzivity, psychastenie, schizofrenie, jasnější pohled na celou problematiku nám pak dává jejich vzájemná kombinace.

Tabulka 3: Neurotický trias a depresivita na oddělení výkonu vazby

	D	D+Hs	D+Hy	D+Hs+Hy
Oddělení výkonu vazby	0	8	3	3

Ve výkonu vazby se nevyskytly žádné samotné deprese, pouze ve škále s organicitou CNS (drobné odchylky v centrální nervové soustavě), respondenti, kteří mimo výkon vazby užívali alkohol drogy, léky, mají různá zdravotní onemocnění, proto se u nich nejvíce vyskytuje kombinace D+Hs. Ve škále s Hy se vyskytly 3 případy (v této škále jsou nejvíce zastoupeny deprese, nezralost osobnosti, impulzivita). **Nejrizikovější jsou 3 případy – pokud jsou zvýšené hodnoty D a současně Hs a Hy, jde o tzv. neurotickou triádu.**

Tabulka 4: Neurotický trias a depresivita v nástupním oddělení

Nástupní oddělení	D	D+Hs	D+Hy	D+Hs+Hy
	1	5	3	8

U odsouzených v nástupním oddělení se vyskytuje samostatně 1x deprese, dále se u 5 odsouzených vyskytuje škála D+Hs, u 3 odsouzených škála D+Hy a **nejrizikovější je 8 případů, u kterých se objevila kombinace D+Hs+Hy, tzv. neurotická triáda** (je zde prožívána zátěž, ale ne ve smyslu suicidiality, přesto se jedná o skupinu odsouzených ohrožených určitým rizikem).

Tabulka 5: Neurotický trias a depresivita v ubytovně L

Ubytovna L	D	D+Hs	D+Hy	D+Hs+Hy
	0	5	2	9

V ubytovně L se neobjevuje žádná samostatná deprese, u 5 odsouzených se vyskytuje ve škále D+Hs, dále u 2 odsouzených ve škále D+Hy. **Nejrizikovější škála D+Hs+Hy se objevuje u 9 případů.** Vyšší výskyt v této ubytovně si vysvětlují záměrným výběrem odsouzených do tohoto kolektivu. Je zde zřízeno také specializované oddělení pro poruchy osobnosti a chování způsobených užíváním návykových látek.

Tabulka 6: Neurotický trias a depresivita v ubytovně H

Ubytovna H	D	D+Hs	D+Hy	D+Hs+Hy
	0	5	6	5

V ubytovně H se opět nevyskytuje žádná samostatná deprese, pouze v kombinaci škál a to u 5 odsouzených D+Hs, u 6 odsouzených D+Hy a **nejrizikovější škála D+Hs+Hy se objevuje u 5 odsouzených.**

Tabulka 7: Neurotický trias a depresivita v ubytovně D

Ubytovna D	D	D+Hs	D+Hy	D+Hs+Hy
	4	8	4	0

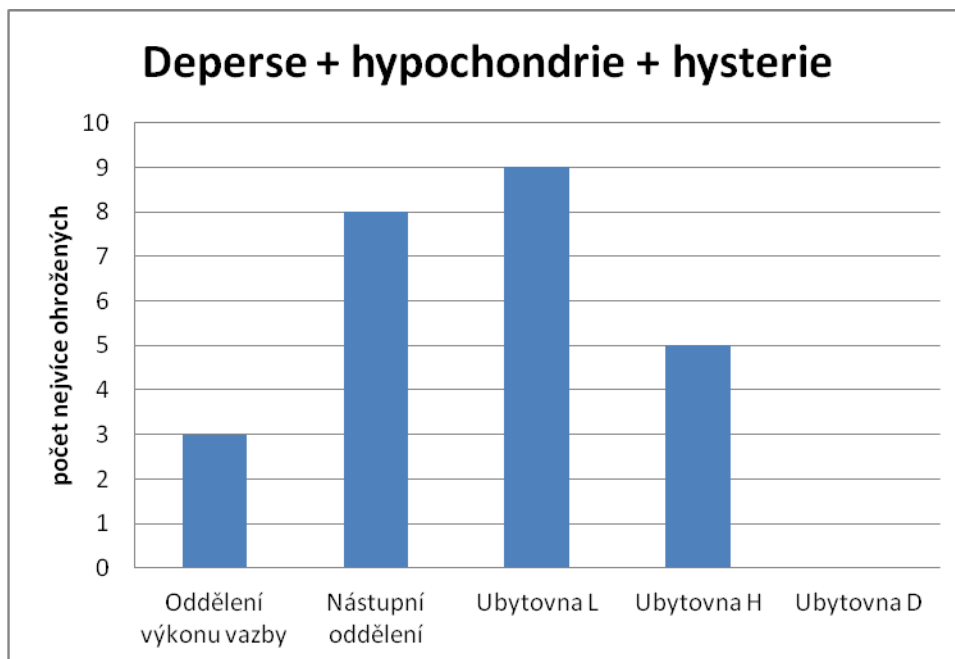
V ubytovně D se u 4 odsouzených objevila deprese, u 8 odsouzených je ve škále D+Hs, u 4 odsouzených v kombinaci D+Hy, **nejrizikovější škála D+Hs+Hy se zde neobjevila.**

Tabulka 8: Celkový souhrn neurotického triasu a depresivity

	Oddělení výkonu vazby	Nástupní oddělení	Ubytovna L	Ubytovna H	Ubytovna D	Celkem
D	0	1	0	0	4	5
D+Hs	8	5	5	5	8	31
D+Hy	3	3	2	6	4	18
D+Hs+Hy	3	8	9	5	0	25
CELKEM	14	17	16	16	16	79

Nejčastější kombinací je depresivita a prožívání zdravotních obtíží (D+Hs), dále se vyskytuje tzv. neurotická triáda (D+Hs+Hy) a na třetím místě se objevuje deprese v kombinaci s nezralostí a impulsivitou (D+Hy). Čisté depresivní znaky se ve třech kolektivech nevyskytují vůbec.

Graf č.3: Celkový přehled neurotického triasu



Z tohoto grafu č.3 je patrné, že tzv. neurotickou triádou jsou nejvíce ohroženou skupinou odsouzení, kteří jsou umístěni v ubytovně L (toxikomani), dále v nástupním oddělení (poprvé ve výkonu trestu), poté následuje ubytovna H (převážně jde o odsouzené, kteří se léčí dlouhodobě na psychiatrii) a dále v oddělení výkonu vazby. V ubytovně D se tato triáda neobjevuje.

Tabulka 9: Výskyt suicidálních tendencí na oddělení výkonu vazby

Oddělení výkonu vazby	Pt + Sc	Hs+Hy+D+Pt+Sc	Hs+D+Pt+Sc
	8	5	3

Z 20 testovaných obviněných byla u 5 z nich zjištěna velmi vysoká rizikovitost ve smyslu suicidality.

Tabulka 10: Výskyt suicidálních tendencí v nástupním oddělení

Nástupní oddělení	Pt+Sc	Hs+Hy+D+Pt+Sc	Hs+D+Pt+Sc
	9	9	2

Z 20 testovaných odsouzených v nástupním oddělení bylo 9 výrazně ohrožených suicidialitou.

Tabulka 11: Výskyt suicidálních tendencí v ubytovně L

Ubytovna L	Pt+Sc	Hs+Hy+D+Pt+Sc	Hs+D+Pt+Sc
	6	9	5

Z 20 testovaných odsouzených v ubytovně L bylo 9 odsouzených výrazně ohroženo suicidialitou.

Tabulka 12: Výskyt suicidálních tendencí v ubytovně H

Ubytovna H	Pt+Sc	Hs+Hy+D+Pt+Sc	Hs+D+Pt+Sc
	10	2	8

Z 20 testovaných v ubytovně H se nejvíce projevil podíl psychiatricky léčených odsouzených, mohlo by to ukazovat na dobrou psychiatrickou a psychoterapeutickou péči. Proto jsou zde suicidialitou ohroženi pouze 2 odsouzení.

Tabulka 13: Výskyt suicidálních tendencí v ubytovně D

Ubytovna D	Pt+Sc	Hs+Hy+D+Pt+Sc	Hs+D+Pt+Sc
	9	0	11

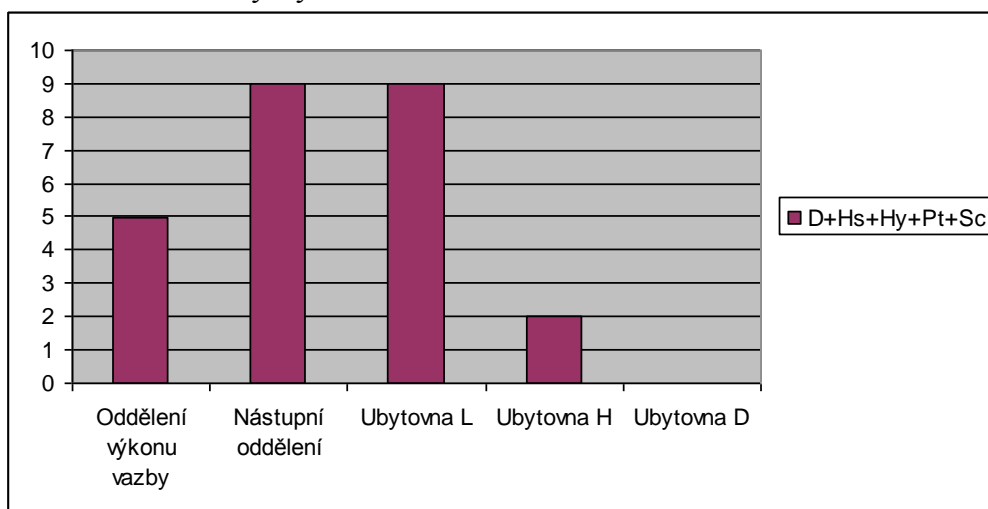
V ubytovně D se neprokázala tendence k suicidialitě, ale je zde v 11 případech zvýrazněna starostlivost, napětí, nejistota, pocity méněcennosti, úzkost, podrážděnost, ohrožení.

Tabulka 14: Celkový souhrn výskytu suicidálních tendencí

	Oddělení výkonu vazby	Nástupní oddělení	Ubyt.L	Ubyt.H	Ubyt.D	Celkem
Pt+Sc	8	9	6	10	9	42
D+Hs+Hy+Pt+Sc	5	9	9	2	0	25
D+Hs+Pt+Sc	3	2	5	8	11	29
CELKEM	16	20	20	20	20	96

Z této tabulky vyplývá, že nejvíce ohrožení suicidalitou (D+Hs+Hy+Pt+Sc) jsou respondenti umístění v kolektivech L a nástupním oddělení. Nejméně ohrožení jsou respondenti umístění v kolektivu D.

Graf č.4: Přehled výskytu suicidálních tendencí



Z grafu č.4 je patrné, že nejvíce respondentů ohrožených suicidalitou je v nástupním oddělení a na ubytovně L.

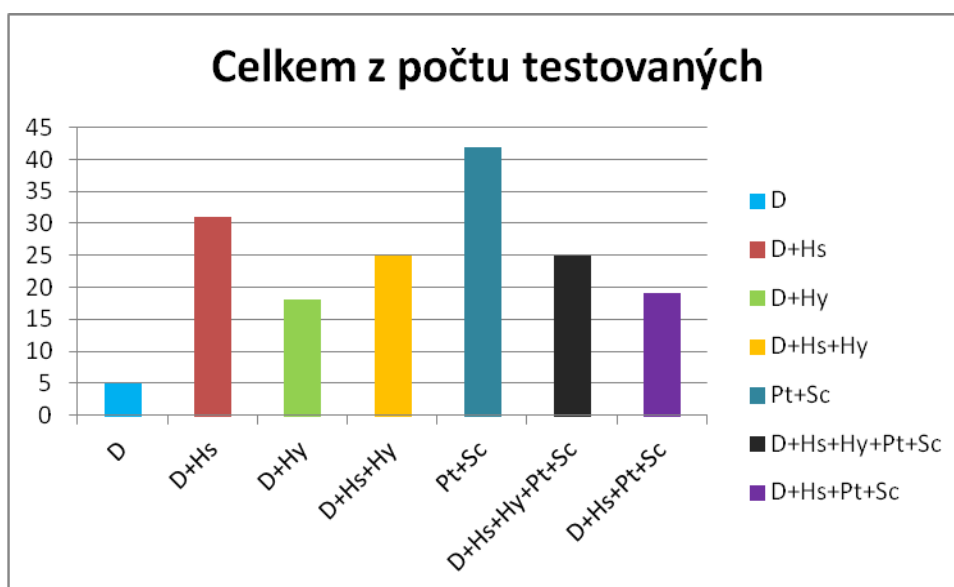
Tabulka 15: Přehled výskytu všech škál

	Oddělení výkonu vazby	Nástupní oddělení	Ubytovna L	Ubytovna H	Ubytovna D	Celkem
D	0	1	0	0	4	5
D+Hs	8	5	5	5	8	31
D+Hy	3	3	2	6	4	18
D+Hs+Hy	3	8	9	5	0	25
Pt+Sc	8	9	6	10	9	42
D+Hs+Hy+Pt+Sc	5	9	9	2	0	25
D+Hs+Pt+Sc	3	2	5	8	11	29

Tabulka nám znázorňuje přehled všech škál, které jsme zjišťovaly. Samostatná deprese se vyskytuje pouze u 5 respondentů, dále u 42 respondentů se objevila škála Pt+Sc. Respondenti uvádí, že jsou trvale v napětí, cítí se ohroženi a obtížně se prosazují v kolektivu odsouzených a obviněných.

Škála D+Hs je depresivita a prožívání zdravotních obtíží a objevila se u 31 respondentů. Dále se vyskytuje u 25 respondentů tzv. neurotická triáda (D+Hs+Hy), nejrizikovější kombinace škál (D, Hs, Hy, Sc, a Pt) se objevila u 25 respondentů, deprese v kombinaci s nezralostí a impulsivitou (D+Hy) se objevila u 18 respondentů.

Graf č.5: Celkový přehled výskytu všech škál



Z celkového přehledu v grafu č.5 nám vyplývá, že rizikovou skupinu (tj. kombinace D, Hs, Hy, Sc, a Pt) tvoří 25 respondentů, kombinace škál D a Hs tvoří 31 respondentů (jedná se o respondenty, kteří jsou většinou uživateli drog, alkoholu či léků). Třetí skupinu v počtu 25 tvoří respondenti v kombinaci škál D, Hs a Hy (přidává se kombinace nezralé osobnosti, impulzivity).

12.4 Kazuistiky

Kazuistika č. 1

Pokusy o sebepoškození.

Základní údaje:

Pohlaví: Muž

Věk: 30 let

Vzdělání: základní, nedoučen kuchař-číšník

Rodinný stav: svobodný, bezdětný

Bydliště: velkoměsto

Dosud trestán: 4x soudně, 2x ve výkonu trestu odnětí svobody

Charakteristika trestné činnosti:

Poprvé ve výkonu trestu v roce 2005 za krádež. Nyní vykonává trest za odcizení uzamčeného horského kola, na místě zadržen hlídkou PČR. Trestnou činnost přiznává.

Primární socializace:

Byl vychováván v úplné rodině. Má dvě nevlastní sestry (z 1. manželství matky) a vlastního bratra. Vztahy v rodině v době dospívání hodnotí jako dobré, bez problémů. V rodině nebyl nikdo soudně trestán. S rodinou udržuje kontakt.

Životní styl/zaměstnání:

Spíše konzumní způsob života bez náročnějších životních cílů. Před nástupem výkonu trestu žil u rodičů, kam se bude i vracet.

V prvním pracovním poměru byl asi 6 měsíců, pracoval jako kuchař. Před výkonem trestu pracoval pouze brigádně jako uhlíř, uklízeč, naposledy jako pomocný kuchař. Z evidence úřadu práce byl vyřazen.

Psychotropní látky/psychické problémy:

Od 18 let užívá marihuanu, pak pervitin, heroin. Alkohol příležitostně. Kouří 10 cigaret denně. V roce 2008 byl 2 měsíce v psychiatrické léčebně, důvodem byly drogy. Ve výkonu trestu byl také v psychiatrické péči – halucinace, opakovaně se pokusil o sebepoškození, užívá Risperidol.

Závěr psychologického vyšetření:

Z písemných podkladů, aktuálních projevů psychického stavu a ani z vlastní výpovědi jmenovaného nevyplývá předpoklad aktuálního výskytu závažných psychických problémů. Po zvážení všech dostupných informací lze konstatovat, že zpracování psychologické charakteristiky není v současné době nutné. Pokud v průběhu výkonu trestu dojde ke změně, bude odsouzenému věnována potřebná péče s tím, že případné následné vyšetření bude realizováno cíleně k danému problému.

Výpis z dokumentace:

2.8.2011 – doporučeno, aby odsouzený byl umístěn do krizového oddělení, měl halucinace, chová se zmateně, občas odpovídá vulgárně, těžký uživatel drog.

3.-8.8.2011 – předvádí se, chce na sebe upoutat pozornost, na těle má několik modřin – údajně si je způsobil sám, stále má halucinace, ale vnímá je jako dar, odmítá psychiatrické oddělení v Brně.

11.8.2011 – domnívá se, že má rozdvojenou osobnost, roztrhal stravenku, chce tím protestovat proti světové chudobě.

14.8.2011 - znovu uvádí, že má halucinace, orientačně porucha osobnosti v důsledku dlouhodobého užívání drog.

17.8.2011 – závěr psychologického vyšetření - emocionálně labilní, má vyšší aspirace, úzkostný, emocionálně lehce vzrušivý, spoléhá na náhodu, neplánuje, potřebuje obdiv a uznání od druhých, ve stresové situaci není schopen korigovat své chování racionálně, nevázaný, impulzivní – realizuje okamžitý prožitek.

Závěr: hysterické rysy, toxikoman, možné flasbacky.

18.8.2011 – znovu se odsouzený stěžuje na vizuální a auditivní halucinace, doporučeno umístění na krizové oddělení a psychiatrické vyšetření.

10.9.2011 – neklidný, excitovaný, patrné známky akutního stresu, má strach, uvádí halucinace vizuální povahy.

Závěr: akutní psychotická porucha, včetně známek sebepoškození, doporučena eskorta na psychiatrii do Brna.

7.10.2011 – návrat z eskorty, neudává žádné problémy.

11.10.2011 – patrné sebepoškození v oblasti hlavy, jinak klidný, orientovaný, odsouzený uvádí, že má pocit ohrožení, strachu – není schopen to blíže specifikovat, vysoké riziko sebedestruktivního chování, doporučeno umístění do krizového oddělení a kontroly po 30 minutách.

13.10.2011 – na obličeji hematom, který si odsouzený udělal sám, není schopen racionálně vysvětlit svůj čin, dozorcí upozorňují na potíže s dodržováním hygieny, pije vlastní moč.

Závěr: zjevný výskyt psychotických příznaků, riziko suicidia vysoké, kontrolní vyšetření na psychiatrii.

21.10.2011 – znovu destruktivní chování (hlavou proráží zeď), patrné jsou známky akutního stresu, z dopisu od rodiny patrný tlak na odsouzeného, aby již šel do sebe, odsouzený neumí situaci řešit.

Závěr: s ohledem na opakované silné destruktivní jednání doporučen převoz na psychiatrii v Brně, odsouzený se tímto opakovaným jednáním ohrožuje na životě.

11.11.2011 – po návratu z eskorty z Brna, klidný, spolupracuje.

V listopadu 2011 byl odsouzený propuštěn z výkonu trestu odnětí svobody. Odsouzenému bylo doporučeno i po výkonu trestu pokračovat v psychiatrické a psychoterapeutické péči.

KAZUISTIKA č. 2

Pokus o sebevraždu

Základní údaje o suicidantovi

Pohlaví:	muž
Věk:	35 let
Vzdělání:	vyučen zedník
Rodinný stav:	svobodný
Bydliště:	maloměsto

Dosud trestán: 11x soudně, 9x ve výkonu trestu odnětí svobody.

Charakteristika trestné činnosti:

Do výkonu trestu byl dodán policií ČR. Nyní vykonává trest za krádež kola. Předcházející výkon trestu byl pro větší počet krádeží kol. Přiznává, že od 17 let se žíví trestnou činností a trestnou činnost přiznává.

Primární socializace:

Narodil se do úplné rodiny, ve věku tří let mu zemřel otec, Matka si našla nového partnera, s nímž má další dvě děti. Vůči odsouzenému se matka chovala, oproti jeho sourozencům, velmi špatně, což odsouzený špatně nesl a začaly u něho psychické problémy. Dětství hodnotí jako „nic moc.“ Od 14 do 18 let byl umístěn ve výchovném ústavu. Odsouzený není s rodinou dlouhodobě v žádném kontaktu.

Životní styl/zaměstnání:

Odsouzený má přítelkyni, která bydlí u rodičů, bude s ní udržovat kontakt formou návštěv. Před nástupem výkonu trestu bydlel v azylovém domě.

Vyučil se zedníkem. V oboru pracoval vždy jen brigádně mezi výkony trestů, neboť většinu života v dospělosti strávil ve výkonu trestu. Před současným trestem byl veden v evidenci úřadu práce, přičemž byl současně na neschopence (problémy se zády).

Psychotropní látky/psychické problémy:

K drogám uvádí, že v minulosti bral téměř vše, co bylo dostupné. Alkohol nepožívá, neboť bere psychofarmaka. Kouří asi 10 cigaret denně.

Je dlouhodobě v péči psychiatra, medikován, opakované pobyty v psychiatrické léčebně pro opakované pokusy o sebevraždu, z toho 2x ve výkonu trestu, nechtěl být zachráněn, deprese, panická porucha osobnosti.

Doporučení:

Ve výkonu trestu mnohokrát. Uvádí, že v minulosti měl problémy se šikanou v jiných věznicích, proto žádá o umístění do kolektivu MON (možný objekt násilí). Na základě chování v posledním výkonu trestu není toto doporučeno.

Závěr psychologického vyšetření:

Profil osobnosti odpovídá specifické poruše osobnosti, emočně nestabilní, hraniční, impulzivita, sklon ke zkratkovitému jednání (agresivního rázu), silné málo zvladatelné afekty, škodlivé užívání návykových látek, upoutávání pozornosti, manipulace s okolím, nedostatečné zvládání emocí, opakované sebepoškozování a suicidální pokusy. Projevy poruchy podléhají výkyvům, nejčastěji v kontextu se životními událostmi. Jmenovaný je prožitkovým vzrušivým, neregulovaným typem – spontánní, základem je vysoké emocionální nabuzení se spontánní situační reagencí, impulzivní, reaguje bezprostředně, prožívá napětí a tenze, má nižší vhléd do dynamických situací, nepřizpůsobivý, výbušný, emocionálně labilní, úzkostný, potřebuje nabuzení, vnitřní napětí uvolňuje motorickým neklidem, ve stresové situaci není schopen reagovat racionálně, chybí volní vlastnosti, nespolehlivý, nezodpovědný, neučí se z předchozích chyb, není schopen adekvátně řešit a rozhodovat se ve vznikající

situaci, nezvažuje jiné možnosti, drží se svých naučených postupů a schémat chování.

Okolnosti sebevraždy:

Odsouzený byl zařazovací komisí umístěn do „běžného kolektivu“, kde odmítl splnit příkaz, který mu byl udělen. Po tomto incidentu byl umístěn na oddělení kázeňských trestů a zde se pokusil o suicidium (oběšením), poté byl v březnu 2011 převezen do psychiatrické léčebny.

Výpis z dokumentace:

28.4.2011 Při pohovoru uvádí, že již nechce dál žít, nic nemá smysl, neví, co bude dál, nic ho nečeká. Zítra by měl nastoupit kázeňský trest, o kterém již týden ví. Slibuje, že o sebevraždu se nepokusí, odmítá zklidňující injekce a vydrží do zítřejšího pohovoru s psychologem.

29.4.2011 odsouzený manipuluje, aby nemusel nastoupit KT. Vyjadřuje se vulgárně, nebytovávat samostatně.

10.5.2011 – u odsouzeného byl nalezen dopis na rozloučenou, dekompenzace poruchy osobnosti, chování je vedeno okamžitým impulzem.

11.5.2011 – odsouzený neustále uvádí suicidální myšlenky.

27.5.2011 – ukončen pobyt v krizovém oddělení a odsouzený byl přemístěn do kolektivu H2 jako možný objekt násilí.

4.11.2011 – opět doporučeno umístit odsouzeného do krizového oddělení, obraz osobnosti odpovídá abstinenčním příznakům, dále. zjištěna informace, že si odsouzený shání návykové léky (Rivotril).

7.11.2011 – necítí se subjektivně dobře, našly se u něj léky, které u sebe mít neměl, znovu se snaží manipulovat s okolím.

12.11.2011 – odsouzený je v tenzi, bije hlavou o zeď, nervózní, sděluje, že se cítí velmi špatně, nemůže v noci spát, je úzkostný, nervózní, agresivní.

Znovu účelové jednání – za 2 dny má nastoupit na oddělení kázeňských trestů, doporučeno psychiatrické vyšetření.

13.11.2011 – vysoká pravděpodobnost sebepoškozujícího jednání za účelem odvrácení vykonání kázeňského trestu, odsouzený se snaží zneužívat psychofarmaka, snaží se o manipulaci, doporučeny kontroly po 30 minutách.

28.11.2011 doporučeno vyřazení z MON pro opakované vyvolávání konfliktů mezi spoluodsouzenými.

Odsouzený bude propuštěn z výkonu trestu v únoru 2012.

Aktuálně je umístěn na „běžném kolektivu, je klidný, spolupracuje, neudává žádné psychické problémy.

Kazuistika č. 3

Pokus o sebevraždu

Základní údaje o suicidantovi:

Pohlaví: Muž
Věk: 25 let
Vzdělání: vyučen řezník
Rodinný stav: svobodný, bezdětný
Bydliště: maloměsto
Dosud trestán: 2x soudně, ve výkonu trestu nebyl.

Charakteristika trestné činnosti:

Poprvé trestán v roce 2006. Nyní vykonává trest za tuto trestnou činnost – během návštěvy odcizil notebook a mobil, dále odcizil 3 mobily, zapálil dřevostavbu určenou k demolici, opakovaně zapálil plastické kontejnery. Trestnou činnost přiznává.

Primární socializace:

Vyrůstal do 15 let v úplné rodině, poté se rodiče rozvedli. Vztahy v rodině během dospívání byly dobré, bez problémů. Má starší sestru. V rodině nebyl nikdo soudně trestán. S rodiči kontakt udržuje.

Životní styl/zaměstnání:

Před výkonem trestu žil společně s rodiči, k nim se bude i vracet. Naposledy pracoval brigádně jako pomocný kuchař. Nebyl veden v evidenci úřadu práce. Kvůli psychickým problémům má zažádáno o částečný invalidní důchod.

Psychotropní látky/psychické problémy:

Drogy neužíval, alkohol občas, nekuřák.

Pro rodinné problémy a žhářství (přítom údajně byl dobrovolným hasičem) byl 2x v ústavním léčení, v kterém bude po výkonu trestu pokračovat – soudem má nařízenou ochrannou psychiatrickou léčbu. V roce 2006 se pokusil o sebevraždu, důvodem byl rozchod s přítelkyní.

Okolnosti sebevraždy:

Odsouzený byl umístěn do nástupního oddělení, kde se během dne na WC pořezal žiletkou na zápěstí. Jako důvod uvádí neschopnost adaptace na podmínky výkonu trestu a zvyknout si na spoluvězně.

Výpis z dokumentace:

1.12.2010 – doporučeno umístění do kolektivu MON, v minulosti opakované pokusy o sebevraždu, aktuálně psychicky dekompenzován, uvádí myšlenky na sebevraždu, má strach, že to psychicky nezvládne.

2.12.2010 – stále se cítí unavený, má divné sny, stále přemýšlí o sebevraždě, má strach z lidí, během dne se pokusil o sebevraždu.

3.12.2010 – medikován, stále se objevují myšlenky na sebevraždu.

4.12.2010 – myšlenky na sebevraždu ustupují, pomalu si zvyká na podmínky VT.

5.-16.12.2010 – myšlenky na sebevraždu ustoupily, denně prováděny pohovory se specialisty, zařazen do seznamu osob s rizikem sebevražedného chování.

22.12.2010 – odsouzený obdržel dopis, ve kterém mu matka sděluje, že sestra je po vážné autonehodě a má malou naději na přežití, doporučeno umístění do krizového oddělení a kontroly po hodině.

23.12.2010 – klidnější, i když má obavy o život sestry.

27.12.2010 – vyřazen z krizového oddělení, vytypován znovu do seznamu ORSCH (osoby s rizikem suicidálního chování).

28.12.2010 – doručen dopis od matky, která mu píše, že sestra zemřela. Nechce žádat o povolení k účasti na pohřbu, psychicky by to nezvládal. Psychicky je na tom špatně, je mu na zvracení, točí se mu myšlenky v hlavě, ale pokus o suicidium nebo o sebepoškození neguje.

29.12.2010 - smutný, ale není depresivní, dnes má telefonický rozhovor s matkou, neví, jak má reagovat na pláč matky, sestra mu chybí, doporučeno zrušení 30 minutových kontrol.

5.1.2010 – kompenzovaný, klidný, má zájem o výuku AJ.

18.1.2011 – nebyl mu přiznán invalidní důchod, cítí se znovu dekompenzovaný, vystresovaný, cítí neklid, nemůže unést tlak, má chuť něco podpálit.

27.1.2011 – znovu psychicky na dně, přišlo mu navýšení trestu – unavený, nemůže spát, žádá o psychiatrickou hospitalizaci– doporučeno.

4.2.2011 – žádá o umístění do krizového oddělení, stále myslí na zemřelou sestru, vadí mu lidi v kolektivu, doporučen pobyt v krizovém oddělení.

14.2.2011 – stabilizován, ukončen pobyt v krizovém oddělení.

15.2.2011 – přišlo další navýšení trestu, psychicky dekompenzován, má nutkání něco podpálit – jako ventilaci napětí, neumí to ovládat, čeká narození syna, na riziko destruktivního jednání upozornění – lékař, dozorcí, vedoucí výkonu trestu.

8.4.2011 – kdyby si včera nešel po uklidňující injekci lehnout, tak by si něco udělal – chce se pořezat žiletkou, má nutkavé impulzy něco podpálit, pohádal se s dozorcem.

7.5.2011 – melancholický, depresivní, ztráta pocitu užitečnosti, po propuštění nemá kde bydlet, nebude mít práci, doporučen převoz do vazební nemocnice Brno.

7.7.2011 – nemohl to vydržet, pořezal se– chce být umístěn v psychiatrické léčebně, kde se nachází i jeho milenec, s kterým navázal partnerský vztah ve výkonu trestu, nemůže to bez něho vydržet, byl na ambulanci, vysadili mu

léky, na které je zvyklý, nasazeny jiné léky, cítí se po nich divně – neumí blíže specifikovat.

24.8.2011 – smutek po odsouzeném, s kterým udržuje partnerský vztah, žádá o umístění do krizového oddělení – doporučeno.

20.9.2011 – necítí se dobře, unavený, podrážděný, bez nálady, suicidium neguje, doporučeno krátkodobě umístit do krizového oddělení.

20.-27.10. 2011 umístěn do krizového oddělení.

11.1.2012 – pohovor na žádost odsouzeného, má zájem o umístění do specializovaného oddělení výkonu trestu – terapeutické působení ve výkonu trestu se jeví jako diskutabilní s ohledem na medikaci, kterou užívá.

Pozn. Ze spisu vyplývá přeměna z ústavní formy léčení na ambulantní. Doporučení – umístit do krizového oddělení, riziko suicidia nezjištěno.

Odsouzený by měl být propuštěn z výkonu trestu v listopadu 2012.

Všechny tři kazuistiky spojuje emočně nestabilní porucha osobnosti s rysy histriónství, výkyvy nálad, impulzivitou, zvýšenou úzkostností a depresivitou. Všichni tři odsouzení se v situaci stresu, a to jak na svobodě, tak i ve výkonu trestu, dostávají do napětí, které kompenzují buď pokusem o sebepoškození, nebo pokusem o sebevraždu. První dvě kazuistiky spojuje dlouhodobé zneužívání drog. Po výkonu trestu odnětí svobody budou mít všichni zmiňovaní problém vrátit se do civilního života, v kterém nemají zajištěné bydlení, práci. Budou se tak pohybovat v existenciálním vakuu umocněným finančními problémy. V budoucnosti budou potřebovat psychiatrickou léčbu. Příčiny vzniku jejich poruchy lze vysledovat již v dětství, v dospívání jejich problémy většinou kulminují, následně se poměrně rychle dostávají do střetu se zákonem a otvírá se propast mezi vedením tzv. normálního života a života na okraji společnosti. Lze předpokládat, že nemají dostatečné kompetence pro zvládnutí běžného života a jejich pobyt ve výkonu trestu a na psychiatrii se bude opakovat. Pokud budou ve výkonu trestu, tak budou i nadále vyžadovat zvýšenou psychologickou a psychiatrickou péči. Každý další pobyt ve výkonu trestu bude snižovat jejich šanci na uplatnění v civilním životě.

12. 5 Výsledky průzkumu

12.5.1 Ověření hypotéz

HO – v jakém poměru se ve věznici Ostrov vyskytuje riziko suicidálního jednání

Z šetření vyplynulo, že přímým suicidálním jednáním ve věznici Ostrov je ohroženo 25 respondentů z celkového počtu 100 respondentů. Zároveň je zde ve 31 případech depresivní ladění u osob, kteří v minulosti zneužívali drogy, alkohol a léky. U dalších 25 respondentů se v osobnosti objevují znaky nezralosti a možné impulzivity. Dá se tedy říci, že sledovaný jev (nebo jeho kombinace) ve věznici Ostrov se nám objevil u 81 případů ze 100 respondentů.

H1 – ve věznici Ostrov je u prvovězněných riziko suicidálního jednání

Ve věznici Ostrov se sledovaný jev objevil u 25 prvovězněných respondentů. Hypotéza se potvrdila.

H2 - ve výkonu vazby je suicidální riziko vyšší než ve výkonu trestu odnětí svobody

Tato hypotéza se nepotvrdila. Ve výkonu vazby je výskyt suicidality nižší, pouze u 5 respondentů. Ve výkonu trestu odnětí svobody především v nástupním oddělení a ubytovně L se tento jev objevuje v 18 případech. Pouze v kolektivech odsouzených v ubytovnách D a H vykazují nižší jev než ve výkonu vazby.

H3 – ve specializovaném oddělení ubytovny L je u toxikomanů riziko suicidálního jednání vyšší než v běžném výkonu trestu

Tuto hypotézu potvrzují, skutečně v kolektivu odsouzených ubytovny L se ve vyšším počtu objevují rizikovní respondenti.

12.6 Shrnutí průzkumu

Testovým šetřením jsem zjistila, že ze 100 respondentů se u **25 respondentů objevilo vysoké riziko suicidálního jednání**. Tito respondenti se nacházejí především v kolektivech odsouzených nástupního oddělení a ubytovny L.

V nástupním oddělení jsou umístěni respondenti, kteří nastupují do výkonu trestu. Do kolektivu odsouzených ubytovny L, kde je zřízeno Specializované oddělení pro odsouzené s poruchou osobnosti a chování způsobenou užíváním návykových látek, jsou umístováni odsouzení, kteří před výkonem trestu užívali drogy.

42 respondentů uvádí, že jsou trvale v napětí, tenzi, cítí se ohroženi a obtížně se prosazují v kolektivech odsouzených a obviněných. Nejsou sice přímo ohroženi suicidalitou, ale pobyt ve výkonu vazby a výkonu trestu považují za nepříjemný a zatěžující.

U 31 případů se objevuje depresivní ladění, jsou to ti, kteří zneužívali drogy, alkohol nebo léky. Tento jev se objevuje i ve výkonu vazby a v kolektivu odsouzených ubytovny D. U dalších 25 respondentů se v osobnosti objevují znaky nezralosti a možné impulzivity. Sledovaný jev nebo jeho kombinace se nám, ve věznici Ostrov, objevil u 81 respondentů ze 100. To znamená, že 25 respondentů je přímo ohroženo suicidalitou, 25 respondentů vykazuje neurotický trias a 31 respondentů vykazuje depresivitu v kombinaci s organicitou.

Ze 100 respondentů vykazuje 25 tzv. neurotický trias (D, Hs, a Hy), což znamená, že pobyt ve výkonu vazby a výkonu trestu považují za vysokou zátěž. Jsou to především odsouzení, kteří v minulosti zneužívali drogy, alkohol a léky, a jejichž osobnosti vykazují znaky nezralosti a impulzivity. Jsou to respondenti, kteří jsou pro věznici Ostrov také riziková, neboť při další životní prohře nebo konfliktu, mohou svoji situaci zkratkovitě řešit pokusem o sebevraždu.

Hypotézy H0, H1 a H3 se potvrdily. Překvapením pro mě byla hypotéza H2, kdy výskyt suicidálního jednání ve výkonu vazby je nižší než ve výkonu trestu odnětí svobody v nástupním oddělení. Ve výkonu trestu by se dalo předpokládat, že odsouzení mají již nějakou zkušenost z výkonu vazby a zároveň znají délku svého trestu. Jako vysvětlení uvádím, že ve výkonu vazby je všem obviněným nebo zde umístěným odsouzeným věnována specializovaná prvotní péče. U všech nových příjmů je prováděn vstupní pohovor a do 24 hodin pohovor s psychologem nebo určeným proškoleným specialistou. Můžeme si to vysvětlit i tím, že v oddělení pro výkon vazby ve věznici Ostrov je vězněným osobám, ze strany specialistů, věnována zvýšená péče. Během týdne mají 4x aktivitu se speciálním pedagogem, 1x týdně aktivitu (zájmovou i poradenskou) se sociální pracovníci, 1x týdně pohovor s psychologem. Jinak je jim psycholog každý den k dispozici a řeší s nimi náhlé tenze či jiné, z pohledu vězněných osob, akutní stavy. V nástupním oddělení uvádějí odsouzení nejistotu, nervozitu, napětí, strach z toho, do jakého kolektivu budou zařazeni, s jakými odsouzenými budou ubytováni a jak bude vypadat samotný výkon trestu odnětí svobody.

12.7 Doporučená stanoviska

Na předcházení suicidálního jednání odsouzených i obviněných se mohou podílet všichni zaměstnanci VS ČR. Největší díl práce zajišťují v této problematice odborní zaměstnanci (lékař, psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník). Velkou oporou jim může být vychovatel ale i pověřený duchovní. Zvláště bych chtěla vyzvednout práci psychologů, kteří dokáží odhalit v chování uvězněných osob rizika, která mohou vést k sebevražednému jednání.

Zvýšenou péči ze strany zaměstnanců vězeňské služby je potřeba věnovat osobám, které jsou poprvé ve výkonu vazby nebo trestu odnětí svobody. U těchto osob je také zpravidla největší předpoklad resocializace.

Za velmi důležité považuji také proškolení nejen odborných zaměstnanců, ale i vzdělávání všech, kteří přicházejí do kontaktu s uvězněnými osobami

(příslušníci vězeňské služby, vychovatelé apod.), a to zejména v dané problematice s psychologickým zaměřením na poznávání osobnosti.

Jako stěžejní v práci specialistů vidím komplexní poznání osobnosti odsouzeného, jeho minulosti i současnosti, psychiatrické zátěži – jestli se již někdy pokusil o sebevraždu a jaký byl její motiv, zda se v rodině vyskytl tento negativní jev, zda byl někdo v rodině léčen na psychiatrii nebo on sám, předchozí pokusy o sebepoškození, užívání drog nebo alkoholu apod.. Je potřeba pravidelně vést pohovory s vězňenými osobami, zapojit je do co nejširšího spektra individuální i skupinové práce.

Pomocí vězeňského informačního systému zajistit aktuálnost informací k jednotlivým odsouzeným.

Velmi závažný problém spatřuji v přeplněnosti věznic a omezené možnosti pracovního zařazení. Na tyto problémy navazuje nízký počet odborných pracovníků. Přeplněnost věznic činí problémy v adaptaci uvězněných osob na podmínky věznice, zvyšuje to konfliktnost mezi odsouzenými, míru šikany, narůstá agresivita nejen navzájem mezi uvězněnými osobami, ale i vůči personálu. To vše klade zvýšené nároky a požadavky na personál věznice (příslušníky, vychovatele, odborné zaměstnance - pro všechny pak i nárůst administrativních úkonů).

Velmi důležitou roli pro uvězněné osoby může sehrát také rodina a přátelé. Velký problém nastává, pokud rodina ztrácí o uvězněného zájem, rozpadá se mu manželství, nebo rodina s ním nechce navázat osobní kontakt formou návštěvy či korespondencí. Obviněný i odsouzený může mít vůči své rodině výčitky, že jim ublížil, cítí vinu.

Po výkonu trestu nemá mnohdy již potřebné zázemí, zpravidla ani zajištěné zaměstnání, nemá tak vytvořeny základní podmínky pro to, aby se mohl bez problémů začlenit do společnosti. V této složité a náročné životní situaci se pak vrací k bývalým kamarádům, k užívání drog či alkoholu a následně pak také k páchání další trestné činnosti.

Pokud rodina o odsouzeného nemá zájem, jsou zpřehrány veškeré vazby, je snahou sociálních pracovníků ve spolupráci s Probační a mediační službou, s kurátory sociální péče zajistit mu ubytování, případně oslovit neziskovou

organizaci či občanské sdružení, které by těmto osobám pomáhalo po výkonu trestu s adaptací a zapojením se do normálního společenského života.

ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se zabývala problematikou suicidálního jednání.

V první, druhé, třetí a čtvrté kapitole teoretické části jsem se zabývala historií sebevražd, jaký je na ně psychologický, medicínský a sociologický pohled. Popsala jsem formy suicidálního chování, mezi které zahrnujeme suicidální myšlenky, tendence, suicidální pokus a sebevraždu. Snažila jsem se popsat, co rozumíme pod pojmem suicidální jednání. Zatímco sebevražedné chování zahrnuje různé formy, suicidální jednání zahrnuje projevy, které směřují k sebevražednému činu. Dále jsem se zabývala tím, jaké jsou způsoby, motivy, rizikové skupiny a faktory, varovné signály a jaké vznikají mýty o sebevraždách.

V páté kapitole jsem se zaměřila na sebepoškozování, které představuje jednu z forem suicidálního jednání. Věnovala jsem se patologickému sebepoškozování, u kterého není důležitý výsledek, ale jeho průběh.

V šesté kapitole jsem se zabývala krizovou intervencí, která může být poskytnuta při ohrožení suicidálním pokusem, při nezdařeném pokusu a měla by též směřovat k rodině suicidanta.

Sedmá kapitola je zaměřena na sebevražednost vězňených osob ve Vězeňské službě České republiky. Uvádím zde přehled sebevražedného jednání za období let 2006–2010, přehled krizové intervence z důvodu zvýšeného rizika sebevražedného jednání. Dále uvádím i přehled sebevražedného jednání ve Věznici Ostrov za období let 2006–2010. Tento přehled jsem zpracovala proto, že v této věznici pracuji a byl v ní proveden i můj průzkum sebevražedného jednání.

V osmé kapitole jsem se snažila popsat psychické a sociální důsledky výkonu vazby a výkonu trestu odnětí svobody.

V deváté kapitole se zaměřuji na samotné suicidální jednání ve vězeňském prostředí. Popsala jsem anormální chování, autodestruktivní jednání a poruchy osobnosti ve vězeňském prostředí.

V desáté kapitole uvádím sebepoškozování ve vězeňském prostředí, jeho nejčastější druhy a příčiny.

Jedenáctá kapitola je zaměřena na prevenci sebevražedného jednání ve vězeňském prostředí. Poskytují informace o mimořádných událostech ve Vězeňské službě České republiky, způsob zacházení s vězňenými osobami s rizikem suicidia. Zároveň také popisují činnost odborných zaměstnanců, kterou považují za velmi důležitou, a kladu na ní velký důraz.

V praktické části jsem se snažila zmapovat výskyt suicidálního jednání u prvovězňených obviněných a odsouzených ve Věznici Ostrov. Testovou metodou jsem zjistila, že ze 100 odsouzených a obviněných má 25 vysoké riziko suicidálního jednání. Tito respondenti se nacházejí především v kolektivu nástupního oddělení a ubytovně L. V nástupním oddělení jsou umístěni odsouzení, kteří nastupují do výkonu trestu a nejsou ještě zařazeni a to podle toho, zda jsou ve výkonu trestu poprvé nebo opakovaně. Do ubytovny L, kde je specializované oddělení pro poruchy osobnosti a chování, které byly způsobeny užíváním návykových látek, a do tzv. bezdrogové zóny, jsou umístěni odsouzení, kteří mají ve svém životě drogovou minulost.

Ze 100 respondentů jich 42 uvádí, že jsou trvale v napětí, cítí se ohroženi a obtížně se prosazují v kolektivech odsouzených a obviněných. Nejsou sice přímo ohroženi suicidalitou, ale pobyt ve výkonu vazby nebo výkonu trestu odnětí svobody považují za velmi nepříjemný a zatěžující.

Ze 100 respondentů se u 31 objevuje depresivní ladění. Jsou to osoby, které zneužívaly drogy, alkohol nebo léky.

U dalších 25 respondentů ze 100 se v osobnosti objevují znaky nezralosti a možné impulzivity.

Ve věznici Ostrov se sledovaný jev objevil u 81 respondenta ze 100.

U 25 respondentů ze 100 se objevuje tzv. neurotický trias, což znamená, že pobyt ve výkonu trestu a výkonu vazby považují za vysokou zátěž. Jsou to respondenti, kteří jsou pro věznici Ostrov také riziková, neboť při další životní prohře nebo konfliktu mohou svoji situaci zkratkovitě řešit pokusem o sebevraždu.

K tomuto záměru jsem si stanovila čtyři hypotézy:

HO – v jakém poměru se ve věznici Ostrov vyskytuje riziko suicidálního jednání.

Z šetření vyplynulo, že přímým suicidálním jednáním ve věznici Ostrov je ohroženo 25 respondentů z celkového počtu 100 respondentů.

Tato hypotéza se potvrdila.

H1 – ve věznici Ostrov je u prvovězněných riziko suicidálního jednání.

Ve věznici Ostrov se sledovaný jev objevil u 25 prvovězněných respondentů.

Hypotéza se potvrdila.

H3 – ve specializovaném oddělení ubytovny L je u toxikomanů riziko suicidálního jednání vyšší než v běžném výkonu trestu

Tato hypotéza se potvrdila, skutečně v kolektivu odsouzených ubytovny L se ve vyšším počtu objevují rizikovní respondenti.

H2 - ve výkonu vazby je suicidální riziko vyšší než ve výkonu trestu odnětí svobody

Hypotéza H2 se nepotvrdila, neboť ve výkonu vazby je riziko suicidálního chování nižší než ve výkonu trestu v nástupním oddělení. Ve výkonu vazby se nevyskytly žádné samotné deprese, pouze ve škále s organicitou CNS (drobné odchylky v centrální nervové soustavě), respondenti, kteří mimo výkon vazby užívali alkohol, drogy, léky, mají různá zdravotní onemocnění, proto se u nich nejvíce vyskytuje kombinace deprese a hypochondrie. Ve škále s hysterií se vyskytly 3 případy (v této škále jsou nejvíce zastoupeny deprese, nezralost osobnosti, impulzivita). Nejrizikovější jsou 3 případy tzv. neurotické triády – jsou-li současně zvýšeny hodnoty deprese, hypochondrie a hysterie. Nízký výskyt suicidálního rizika v oddělení výkonu vazby přičítám tomu, že obviněným je po jejich příjmu věnována zvýšená pozornost a ve velmi krátké době s nimi pracuje tým specialistů – psycholog, speciální pedagog a sociální pracovníce. Obviněným se snaží pomoc řešit jejich momentální situaci, akutní problémy a poskytnout co nejvíce informací o průběhu vazby. Většinou sami obvinění žijí s představou, že se jejich situace rychle vyřeší, že jde o krátkou přechodnou dobu, že se brzy zase dostanou na svobodu.

Na předcházení suicidálního jednání odsouzených i obviněných se mohou podílet všichni zaměstnanci VS ČR.

- Zvýšenou pozornost je potřeba věnovat zejména nově přijatým obviněným a odsouzeným.
- Provádět záchyt rizikových informací - drogy, alkohol, psychiatrická onemocnění v minulosti, psychiatrické léčby v rodině, somatická aktuální onemocnění, vyrovnávání se s nástupem do výkonu vazby, trestu, předchozí pokusy o sebepoškození nebo sebevraždu.
- Sledovat chování a projevy obviněných a odsouzených nejen při pohovorech, ale i při ostatních činnostech (např. vycházkách návštěvách, různých aktivitách apod.).
- Sledovat především změny nálad, nespavost, nechutenství, nápadnosti v chování, zapojování se do aktivit v kolektivu, zaměřit se na kontrolu korespondence.
- Důležitou roli má pro uvězněné osoby zachování sociálních vztahů, zejména s rodinou a přáteli.
- O případných zjištěných poznacích provádět zápisy do seznamu ORSCH (osob s rizikem sebevražedného chování).

V problematice, která je předmětem mé práce, mají největší míru vlivu na regulaci jednání a na pomoc v krizových situacích odborní zaměstnanci (lékař, psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník). Velkou oporou obviněným a odsouzeným může být také vychovatel nebo pověřený duchovní.

Závěrem bych chtěla říci, že při volbě své diplomové práce jsem netušila, s jak širokou problematikou budu pracovat, otevřela se mi nová pole poznání, překvapila mě psychická náročnost při práci s touto tematikou. Zároveň to byla poučná a zajímavá cesta. V mé odborné činnosti jsem získala větší cit pro práci s těmito vězněnými osobami. Poznala jsem, že při vypracování komplexního posouzení je velmi důležitá spolupráce s odbornými pracovníky věznic, neboť každý z těchto specialistů nese zlomek poznání osobnosti odsouzeného

a poskládání těchto dílků nám dává šanci predikovat riziko suicidálního chování.

Diplomová práce může být využita pro přiblížení dané problematiky i ostatním pracovníkům věznice.

SEZNAM POUŽITÉ ČESKÉ LITERATURY A PRAMENŮ

Seznam odborné literatury

ČEPELÁK, J. *Penitenciární psychologie*. 1. díl. Úvod do penitenciární psychologie. Penitenciární psychologická diagnostika. 1. vyd. Praha : VŠ SNB, 1982. 328 s.

ČERNÍKOVÁ, V. a kol. *Sociální ochrana. – terciární prevence, její možnosti a limity*. 1.vyd. Plzeň : Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, s.r.o., 2008. 256 s. ISBN 978-807380-138-0.

ČÍRTKOVÁ, L. *Policejní psychologie*. 1. vyd. Praha : Linde, 2006. 316 s. ISBN 80-86898-73-3

ČÍRTKOVÁ, L. *Moderní psychologie pro právníky*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing a.s., 2008. 149 s. ISBN 978-80-247-2207-8

DIGIULIO, R., KRANZOVÁ, R. *O smrti*. Praha : NLN, s.r.o., 1997. 152 s. ISBN 80-7106-210-3.

FISCHER, S. *Etopedie v penitenciární praxi*. 1. vyd. Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2006. 183 s. ISBN 80-7044-722-9.

FISCHER, S., ŠKODA, J. *Sociální patologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2009. 215 s. ISBN 978-80-247-2781-3.

FRANKEL, B., KRANZOVÁ, R. *O SEBEVRAŽDÁCH*. 2. vyd. Praha : Lidové noviny, 1998. 145 s. ISBN 80-7106-234-0.

HÁLA, J. *Úvod do teorie a praxe vězeňství*. Vysoká škola evropských a regionálních studií, o.p.s. České Budějovice, 2006. 183 s. ISBN – 80 - 86708-30 – 6.

HOUBOVÁ, D. *Psychologie pro právníky*. 2. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 1998. 221 s. ISBN 80-210-1896-8.

KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 125 s. ISBN 80-7178-732-9.

MAREŠOVÁ, A. a kol. *Sociálně patologické jevy u mládeže a návrh opatření k omezení jejich vzniku*. 1. vyd. Praha : Institut pro kriminologii a sociální prevenci : Kufř , 1997. 154 s. ISBN 80-86008-34-7.

- MAŘÁDEK, V. *Výkladový slovník penologie*. 1. vyd. Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2003. 142 s. ISBN 80-7042-256-4.
- MAŘÁDEK, V. *Vězeňství*. 1. vyd. Ostrava : Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2005. 203 s. ISBN 80-7368-002-5.
- MASARYK, T.G. *Sebevražda hmadným jevem společenským moderní osvěty*. 5.vyd. Praha: Masarykův ústav AV ČR, 2002. 221 s. ISBN 80-86495-13-2.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha : Portál, 2007. 312 s. ISBN 978-80-7367-331-4.
- MÜHLPACHR, P. *Sociální patologie*. Brno : 1. vyd. Masarykova univerzita, 2001. 104 s. ISBN 8021025115.
- MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd*. 1.vyd. Praha : DYBBUK, 2003. 409 s. ISBN 80-903001-8-9.
- NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. 1. vyd. Praha : Academia, 1999. 287 s. ISBN 80-200-0690-7.
- NĚMEC, J. *Psychopatie a kriminalita*. 1. vyd. Praha : MV ČR Centurion, 1993. 71 s. ISBN 80-901121-7-X.
- PAVLOVSKÝ, P. a kolektiv. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 201 s. ISBN 80-247-0542-7.
- PAVLOVSKÝ, P. a kolektiv. *Soudní psychiatrie a psychologie*. . 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 232 s. ISBN 978-80-247-2618-2.
- PRAŠKO, J. *Poruchy osobnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 360 s. ISBN 80-7178-737-X.
- SOCHŮREK, J. *Kapitoly z penologie*. III.díl. Negativní jevy ve vězení. 1. vyd. Technická univerzita v Liberci, 2007. 69 s. ISBN 978-80-7372-205-0.
- ŠPATENKOVÁ, N. a kolektiv. *Krizová intervence pro praxi*.1. vyd. Praha: GRADA Publishing, a.s., 2004. 137 s. ISBN 80-247-0586-9.
- ŠTĚRBA, V. *Penologie*. 1. vyd. Praha: ARMEX PUBLISHING s.r.o., 2007. 148 s. ISBN 978-80-86795-48-5.
- VÁGNEROVÁ ,M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*. 1. vyd. Psychologický ústav AVČR Brno, 1996. 269 s. ISBN 80-85880-10-5.

VODÁČKOVÁ, D., a kolektiv. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 544 s. ISBN 80-7178-696-9.

VYMĚTAL, J. *Duševní krize a psychoterapie*. 1. vyd. Hradec Králové: KONFRONTACE, 1995. 88 s. ISBN 80-901773-4-4.

Časopisecké zdroje

DRAGOMIRECKÁ, E. Sebevražda jako jev sociální patologie. Hledisko filozofické, sociologické a psychologické. *Amireport*, 1998. roč. 6. č. 28. s. 27-28. ISSN 1211-3530.

Internetové zdroje

SFK Islington. *Sebevraždy v naší společnosti*. [online]. 12.11.2011 [cit. 17-01-2009]. Dostupný z WWW: <<http://sfkislington.cz/2009/01>>.

Sebevražednost. [online]. 26.10.2011 [cit.2008-10-29] Dostupný z WWW: <<http://e-prestigio.blog.cz/0810/sebevrazednost>>.

Sebevražda>>Ringelův presuicidální syndrom a Pöldingerov suicidální rozvoj-myšlení sebevraha. [online]. 20.11.2011 Dostupný z WWW: <<http://www.sebevrazda.psychoweb.cz/3/ringel-a-poldinger>>.

Právní předpisy

Zákon č. 169/1999 Sb., o výkonu trestu odnětí svobody a o změně některých souvisejících zákonů.

Vyhláška Ministerstva spravedlnosti č. 345/1999 Sb., kterou se vydává řád výkonu trestu odnětí svobody.

Zákon č. 293/1993 Sb., o výkonu vazby.

Vyhláška Ministerstva spravedlnosti č. 109/1994 Sb., kterou se vydává řád výkonu vazby.

Sbírka Nařízení generálního ředitele Vězeňské služby České republiky, ročník 2011, Nařízení č. 25 o krizových odděleních a zacházení s vězňnými osobami v krizi.

Sbírka Nařízení generálního ředitele Vězeňské služby České republiky, ročník 2010, Nařízení č. 71 o mimořádných událostech ve Vězeňské službě České republiky.

Ostatní zdroje

Statistická ročenka vězeňské služby České republiky. Vězeňská služba České republiky Generální ředitelství. Praha, 2010.

Stančák, A. Profil osobnosti – Pros. Psychodiagnostika, s.r.o. Brno, 2005.

Informační materiál pro psychology o sebevražedném jednání vězňů v roce 2010 a zacházení s nimi. Vězeňská služba České republiky Generální ředitelství. Psychologické pracoviště. Praha, 2011.

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Přehled sebevraždného ve VS ČR za období let 2006-2010	47
Tabulka 2	Přehled sebevraždného jednání ve věznici Ostrov za období let 2006-2010	50
Tabulka 3	Neurotický trias a depresivita na oddělení výkonu vazby ...	82
Tabulka 4	Neurotický trias a depresivita v nástupním oddělení	82
Tabulka 5	Neurotický trias a depresivita v ubytovně L	82
Tabulka 6	Neurotický trias a depresivita v ubytovně H	83
Tabulka 7	Neurotický trias a depresivita v ubytovně D	83
Tabulka 8	Celkový souhrn neurotického triasu a depresivity	83
Tabulka 9	Výskyt suicidálních tendencí na oddělení výkonu vazby.....	84
Tabulka 10	Výskyt suicidálních tendencí v nástupním oddělení	85
Tabulka 11	Výskyt suicidálních tendencí v ubytovně L	85
Tabulka 12	Výskyt suicidálních tendencí v ubytovně H	85
Tabulka 13	Výskyt suicidálních tendencí v ubytovně D	85
Tabulka 14	Celkový souhrn výskytu suicidálních tendencí	86
Tabulka 15	Přehled výskytu všech škál	87

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1	Přehled sebevraždného jednání ve VS Č za rok 2010	48
Graf č. 2	Přehled poskytnuté intervence z důvodu zvýšeného rizika sebevraždného jednání v roce 2010	49
Graf č. 3	Celkový přehled neurotického triasu	84
Graf č. 4	Přehled výskytu suicidálních tendencí	86
Graf č. 5	Celkový přehled výskytu všech škál	87

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Test osobnosti - PROS	I
Příloha B - Vyhodnocení testu - PROS	II
Příloha C - Dopis na rozloučenou	III
Příloha D - Fotografie sebepoškozování.....	IV

Příloha A – TEST PROS

Profil osobnosti PROS muži

Příjmení, jméno : nar. :
 Datum vyšetření : stav :
 Vzdělání : zaměst.:

Instrukce :

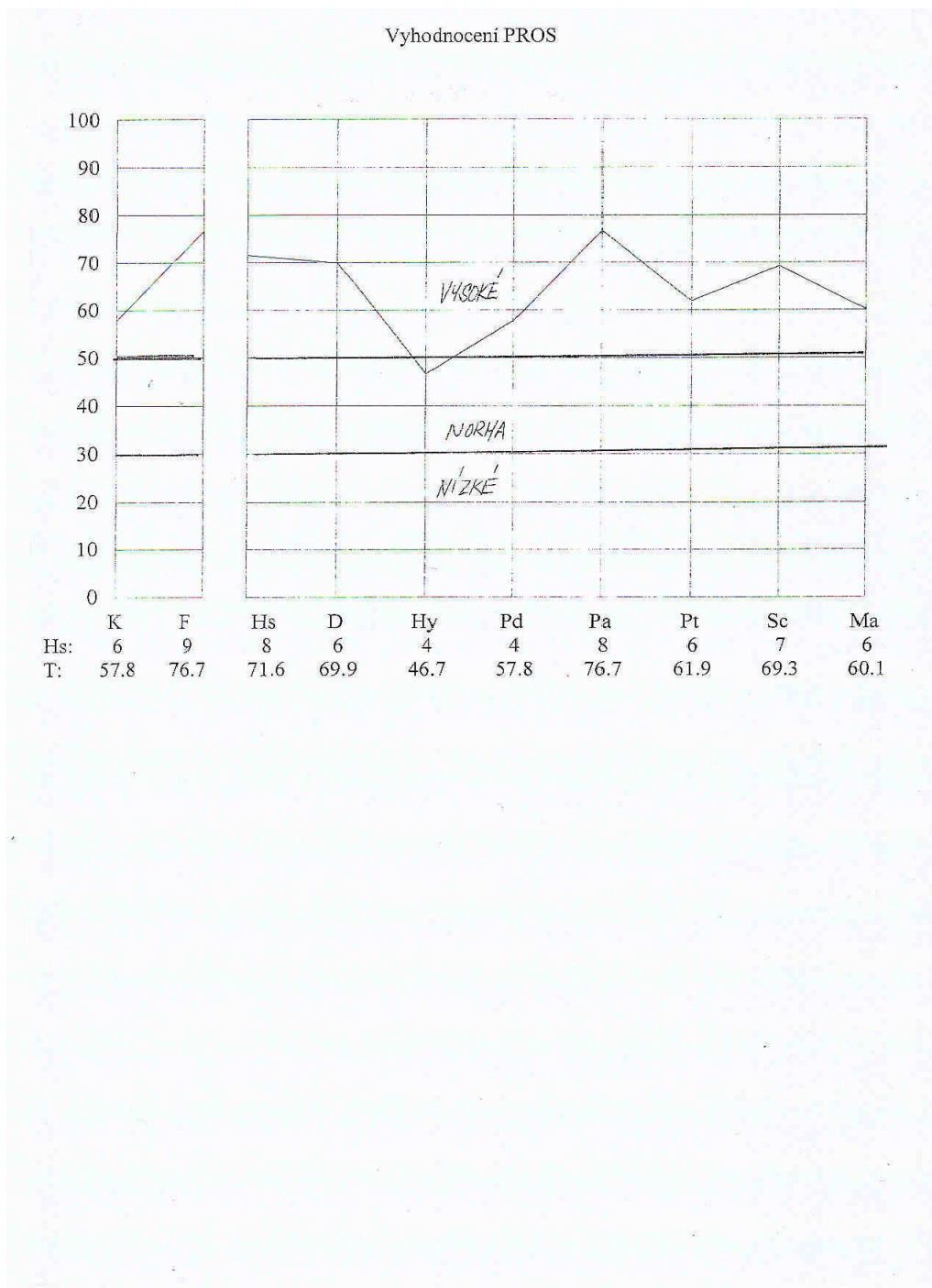
Na každou předloženou otázku odpovězte tak, že vyhovující odpověď zakroužkujete. Nejsou dobré ani špatné odpovědi, správné ani nesprávné. Jde zde o určení podobnosti Vaší reakce v porovnání s jinými osobami. Pracujte podle možnosti rychle, neztrácejte čas dlouhým uvažováním o významu jednotlivých otázek. Odpovězte na každou otázku.

1. Rád čtu v novinách články o různých zločinech a zprávy ze soudních jednání ano ne
2. Několikrát za týden cítím pálení v žaludku ano ne
3. Někdy odložím na zítřek to, co bych měl udělat dnes ano ne
4. Je potřebné porozumět snům a podle nich se v životě řídit ano ne
5. Rád čtu články popisující různé senzace nebo detektivní příběhy ano ne
6. Každý člověk, který dokáže a chce solidně pracovat, má naději na úspěch v životě ano ne
7. Někdy mám chuť zničit všechno, co mi přijde pod ruku ano ne
8. Můj otec je (byl) dobrý člověk ano ne
9. Dosud jsem vedl nevhodný způsob života ano ne
10. V různých částech těla často cítím svědění, pálení, tuhnutí a nebo trnutí ano ne
11. Každý den čtu úvodník v novinách ano ne
12. Při těžkostech je nejlepší držet jazyk za zuby .. ano ne
13. Někdy jsem posedlý zlými duchy ano ne
14. Na světě by bylo lépe, kdyby se většina právních předpisů zrušila ano ne
15. Většinu dne bych nejraději proseděl a prosnil ... ano ne
16. Často jsem musel vykonávat příkazy osob, které toho věděly méně než já ano ne
17. Jako dítě jsem splnil všechny příkazy hned a bez odmítání ano ne
18. Myslím si, že jsem nervóznější než většina lidí .. ano ne
19. Často pozoruji, že se pro něco trápím ano ne
20. Někdy se rozzlobím ano ne
21. Mívám těžkosti s vyprázdňováním nebo zadržováním stolice ano ne
22. Lidí zveličuji svoje těžkosti, aby získali sympatie a pomoc druhých ano ne
23. Jsem důležitá osoba ano ne
24. Ve škole jsem byl někdy předvolán k řediteli, protože jsem vyrušoval při vyučování ano ne
25. Víím, že proti mě něco chystají ano ne
26. Někdo mne sleduje ano ne
27. Někdy dráždím zvířata ano ne
28. Někdo se mě pokusil otrávit ano ne
29. Převážně si myslím, že stojím za to žít ano ne

- | | | |
|---|-----|----|
| 30. Často slyším nějaké hlasy, aniž bych věděl, odkud přicházejí | ano | ne |
| 31. Stávalo se mi, že jsem nadměrně pil alkohol | ano | ne |
| 32. Někdo řídí moje myšlenky | ano | ne |
| 33. Často uvažuji o tom, proč jsem tak mrzutý a podrážděný | ano | ne |
| 34. Měl jsem rád školu | ano | ne |
| 35. Často mne bolí v krku | ano | ne |
| 36. Vždy říkám pravdu | ano | ne |
| 37. Někdo se snažil ovlivnit moje myšlenky | ano | ne |
| 38. Často jsem doplatil na to, že jsem se neuměl rychle rozhodnout | ano | ne |
| 39. Obávám se nakažlivých chorob | ano | ne |
| 40. V naší rodině je méně lidského tepla a pohody než v jiných rodinách | ano | ne |
| 41. Téměř stále mám strach o něco nebo o někoho | ano | ne |
| 42. Hodně se zlobím, když si někdo ze mne dělá "dobry den" | ano | ne |
| 43. Někdy jsem tak rozrušený, že nemohu usnout | ano | ne |
| 44. Někdy cítím nenávisť vůči těm členům rodiny, které mám v podstatě rád | ano | ne |
| 45. Moji rodiče měli často výhrady k lidem, se kterými jsem se stýkal | ano | ne |
| 46. Někteří lidé se tak rádi dělají důležitými, že mám chuť jim dělat naschvály i tehdy, když mají pravdu | ano | ne |
| 47. Někdy myslím na věci, o kterých se nepatří mluvit | ano | ne |
| 48. Když jsem byl dítě, patřil jsem do skupiny přátel, kteří stáli při sobě v dobrém i ve zlém | ano | ne |
| 49. Určité záležitosti jsou pro mne tak choulostivé, že mi je těžko o nich mluvit | ano | ne |
| 50. Každých pár dní, někdy i častěji, mívám nepříjemné bolesti v oblasti žaludku | ano | ne |
| 51. Často musím skrývat svoji nesmělost | ano | ne |
| 52. Někdo se pokusil mne okrást | ano | ne |
| 53. Velmi často mám pocit ucpaného nosu nebo pocit tlaku v hlavě | ano | ne |
| 54. Téměř všichni moji příbuzní mne mají rádi | ano | ne |
| 55. Někdy se cítím úplně zbytečný | ano | ne |
| 56. Mám rád mnohé hry a zábavy | ano | ne |
| 57. Kdysi jsem prožil zklamání v lásce | ano | ne |
| 58. Někdy se dopouštím drobných krádeží | ano | ne |
| 59. Lehce se rozzlobím, ale zlost mne rychle přejde | ano | ne |
| 60. Mé konání bývá mnohými nesprávně pochopeno | ano | ne |
| 61. Když se nudím, rád něco udělám pro oživení společnosti | ano | ne |
| 62. Bez váhání poprosím přátele o pomoc, dokonce i tehdy, když vím, že se jim nemohu odvděčit | ano | ne |
| 63. Jsou období, kdy se mi zdá, že moje myšlení je pomalejší než obvykle | ano | ne |
| 64. Občas jsem plný energie | ano | ne |
| 65. Mám ve zvyku zbytečně počítat různé věci (např. pouliční lampy, kostky na chodníku apod.) | ano | ne |
| 66. Moji rodiče a příbuzní vidí na mně víc chyb, než jich mám ve skutečnosti | ano | ne |
| 67. Někdy mám pocit, že se rozhoduji s neobvyklou lehkostí | ano | ne |

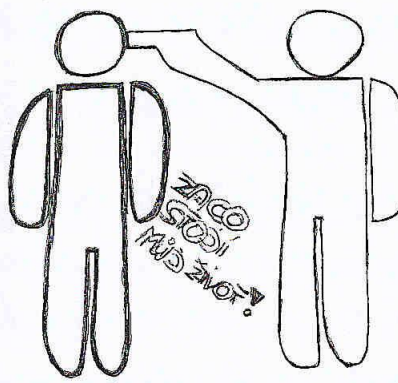
- | | | |
|--|-----|----|
| 68. Když mám odejít z domu, třeba jen na krátkou dobu, jsem rozrušený a úzkostlivý | ano | ne |
| 69. Přihodilo se mi již, že jsem vyzvracel nebo vykašlal krev | ano | ne |
| 70. Rozhovor s lidmi začínám zpravidla jako první ... | ano | ne |
| 71. Někdy se nemohu zbavit nepěkných slov, která mi sama přicházejí na mysl | ano | ne |
| 72. Mám nepřátele, kteří mi opravdu chtějí ublížit .. | ano | ne |
| 73. Někdy mi jdou hlavou bezvýznamné myšlenky a zne-
pokojují mne po celé dny | ano | ne |
| 74. To, co dělali někteří z mé rodiny, mne vylekalo
(šokovalo) | ano | ne |
| 75. Špatně se cítím v uzavřené místnosti | ano | ne |
| 76. Někdy cítím podivné vůně | ano | ne |
| 77. Mám sklon se pro všechno se trápit | ano | ne |
| 78. Mám příčiny závidět některým svým příbuzným | ano | ne |
| 79. Těžko se na cokoli soustředím | ano | ne |
| 80. Někdy mne tak zaujme zručnost podvodníka, že mu
přeji, aby nebyl chycen a potrestán | ano | ne |
| 81. Často se zklamám v lidech | ano | ne |
| 82. Jestliže se několik lidí ocitne v nepříjemné si-
tuaci, nejlépe je domluvit se na nějaké výmluvě
a držet se jí | ano | ne |
| 83. Jedinou zajímavou částí novin je rubrika humoru . | ano | ne |
| 84. Často se mi zdá, že věci nejsou skutečné | ano | ne |
| 85. Rád někdy trápím lidi, které mám rád | ano | ne |
| 86. Někdy u lidí vzbuzují strach a moc mne to baví .. | ano | ne |
| 87. Někdy mám kůži na temeni hlavy obzvláště citlivou | ano | ne |
| 88. Jsem citlivější než většina lidí | ano | ne |
| 89. Spím neklidně a často se probouzím | ano | ne |
| 90. Snadno začnu plakat | ano | ne |
| 91. Myslím, že se určitě o mně mluví | ano | ne |
| 92. U většiny lidí, kteří mne znají, jsem oblíbený .. | ano | ne |
| 93. Často se cítím úplně slabý | ano | ne |
| 94. Obyčejně si dávám pozor na lidi, kteří jsou přá-
telštější, než očekávám | ano | ne |
| 95. Několikrát jsem se něčeho vzdal, protože jsem měl
příliš nízké mínění o svých schopnostech | ano | ne |
| 96. Někdy po celé dny, týdny, měsíce jsem nic pořádně
neudělal, protože jsem se nemohl vzchopit | ano | ne |
| 97. Mám starosti s penězi a starosti v zaměstnání ... | ano | ne |
| 98. Určitě mám málo sebedůvěry | ano | ne |

Příloha B – Vyhodnocení testu PROS



Příloha C – Dopis na rozloučenou

Dopis odsouzeného adresovaný psycholožce věznice



VAZENÁ PANÍ PSYCHOLOŽKO,
ZDE JE PÁR SLOV PROČ TU JĚŠTĚ JSEM,
PROČ TU JĚŠTĚ PŘEKÁŽÍM. A PROČ JSEM SE
ROZHODL ODEJÍT Z TOHOTO SVĚTA. CHCI
VÁM ZDĚLIT ŽE SLOVA JSOU PRO MNĚ UŽ
ZBYTEČNÁ JAKO BY ŠLA KOLEM MĚ, TĚ VÁŠE
SLOVA A SLOVA ZPOUSTY DALŠÍCH LIDÍ. JSEM
JÍ ŠE SLYŠEL MNOHOKRÁT, MŮJ MĚ AUKAČI NĚ
MATOLIK, ŽE UŽ NEMÁM SILU, VATOŽ CHCI MA
NĚ ODPOVÍDAT. MÁM JICH PLNOU HLAVU, TAK PLNOU
ŽE SE MI MUŽE ROZPŘÍT, Z TĚCH RAD A SLOV.
AMAROVIM UJ TĚCH RAD A SLOV MÁM POKAK, TĚČOU MI UŽI UŠIMA, JEN SLYŠÍM
SLOV BUDE LÍP A UŽ JSICH NEJRADEJI VRAŽDIL. ŽETO TO SAMÉ PORÁD DO-
KOLA, AKORÁT JE TO JINAK ZAKALENÉ, SERA VÁM NA TO !!! ŽETO STÁLE TO
SAMÉ, BUDE LÍP PANE
ZLE PSYCHICKY, (COŽ VY ZTĚŽI POCHOPIŤE, NEBOŤ SI NYSČETE, ŽE ČLOVĚK VYDRŽÍ
VŠE) ZLE, ŽE SPAD AMI JINÝ KONEC VIDĚT NECHCI, PROČ A Z JAKÉHO
PŘÍVODU TO DEFINITIVNĚ NEZAKALIT, CO MI PORADÍTE? DALŠÍ ŘEČIA
A ONO JE ZATÍM! STÁLE HŮR. UŽ MI JE TAK
12 NECHCI POSLYCHAŤ, PROTOŽE MĚ UŽ JEN ROZČULUJÍ, DALŠÍ VARIANTY UŽ
VEDOU A TAKY PROČ !!! VENKU MĚ ČEKA JÍ JEN DLUHÝ, BÝDA A SPOUSTY
PROBLÉMU. ŽÁDNÍ KAMARÁDI, ŽÁDNÁ RODINA, TÍ JSEM JTEJNĚ NEMĚL, AMI
ŽÁDNÁ RADOŠT ZE ŽIVOTA, ŽÁDNÁ MÁMĚ PRO OBEJMUŤ, CO TO ULASTNĚ
JE !!! TAK PROČ VÁS MÁM ZDE JĚŠTĚ OTRAVOVAT, POTĚ KURÁTORA, SOCIÁLNÍ
PRACOVNÍKŮ ATO, MĚ UŽ TO VŮBEC NEČASNÝ, TEN ZKURVENÝ KOLETOČ. TAK ZKUSÍM
PRAKOVNÍKŮ ATO, MĚ UŽ TO VŮBEC NEČASNÝ, TEN ZKURVENÝ KOLETOČ. TAK ZKUSÍM
Z MĚJ VYSTOUPÍ, TĚBĚ BA TO UŽ KONEC MĚ VÝJĚDE, MŮJ ŽIVOT STÁL A STODÍ
ZA PRD, ZA HOVNO, ZA NIČ, NIKDY JSEM NIČ NEODKÁZAL, NIKDY JSEM
NIČ NEMĚL, AMI TO PITOMÍ KOLA, NA CO JĚŠTĚ ČEKAT? PŘEBĚRTE
JŠÍ TO JAK CHCETE.

Příloha D – Fotografie sebepoškození





BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Miluše Kubíčková

Obor: Andragogika

Forma studia: Kombinovaná

Název práce: Suicidální pokusy vězňů a krizová intervence

Rok: 2012

Počet stran textu bez příloh: 98

Celkový počet stran příloh: 7

Počet titulů české literatury a pramenů: 40

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 0

Počet internetových zdrojů: 3

Vedoucí práce: PaedDr. Lubomír Bajcura, Ph.D.