

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA



SUICIDÁLNÍ JEDNÁNÍ DĚTÍ A MLÁDEŽĚ

**Bakalářská práce**

**Autor:** Veronika Benešová

**Vedoucí práce:** MUDr. Josef Kříž

2008

## **ABSTRACT**

The topic of my bachelor's thesis, entitled "Suicidal Behaviour in Children and Adolescents" is swathed in a certain mystery. Even though it is the second most common cause of death in young people, it is rarely discussed and often overlooked.

Perhaps all of us once in our lives, especially during adolescence, have wondered thought what would happen if we were no longer be here, if we were to leave this world voluntarily. But of course it is a very big step from having the idea to actually putting it into practice. This work focuses specifically on those children and adolescents who went so far that they tried to cross the boundary dividing life and death.

The theoretical part covers suicidal behaviour in general and explains some of the terms associated with this subject. This section also discusses the different forms and methods involved in suicidal behaviour. Another important part comprises the risk factors or developmental aspects of suicidal behaviour and the concept of death. Also worth mentioning is self-harming, which is closely connected with suicidal activities. The last chapter is devoted to prevention, which in this case is indispensable.

The aim of my work is to describe the disorder of the self-preservation instinct and to assess the characteristics shared by a sample of children and adolescents with a case history of suicidal behaviour.

Based on the information available I decided to carry out a qualitative survey. The documents analysis method was used for this. More specifically, this was documentation available concerning children and adolescents who had been observed as having a disorder of the self-preservation instinct. The research sample consisted of fifteen boys with a case history of suicidal behaviour and who were hospitalized in a mental institution. As this was a small, monothematic sample group, I opted for the qualitative form of work.

The most crucial result of the research was the finding that children with suicidal habits come from a background with a low level of emotion and inadequate emotional support. These deficiencies then make it harder for the person to adapt and unable to deal with conflict situations.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Suicidální jednání dětí a mládeže“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne .....

### **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. Josefu Křížovi za jeho podnětné připomínky, cenné informace, rady a ochotu, kterou mi věnoval při zpracování mé bakalářské práce.

## OBSAH

ÚVOD.....	7
1. SOUČASNÝ STAV.....	8
1.1 <i>Suicidium</i> .....	8
1.1.1 <i>Co je to suicidium?</i> .....	8
1.1.2 <i>Suicidium a historie</i> .....	8
1.1.3 <i>Výskyt sebevražedného jednání</i> .....	9
1.2 <i>Formy suicidálního jednání</i> .....	10
1.2.1 <i>Suicidální myšlenky</i> .....	10
1.2.2 <i>Suicidální pokus</i> .....	11
1.2.3 <i>Dokonané suicidium</i> .....	11
1.2.3.1 <i>Bilanční sebevražda</i> .....	11
1.2.3.2 <i>Impulzivní a zkratkovité suicidální jednání</i> .....	12
1.2.3.3 <i>Demonstrativní a účelové suicidální jednání</i> .....	12
1.2.3.4 <i>Zvláštní formy suicidálního jednání</i> .....	12
1.3 <i>Způsoby suicidálního jednání</i> .....	13
1.3.1 <i>Měkké metody</i> .....	14
1.3.2 <i>Tvrdé metody</i> .....	15
1.3.3 <i>Statistiky</i> .....	15
1.4 <i>Rizikové faktory suicidálního chování dětí a mladistvých</i> .....	16
1.4.1 <i>Rodina</i> .....	16
1.4.2 <i>Škola</i> .....	17
1.4.3 <i>Vrstevnické vztahy</i> .....	17
1.4.4 <i>Zdravotní stav</i> .....	18
1.4.5 <i>Sociální situace</i> .....	18
1.4.6 <i>Náboženství</i> .....	19
1.4.7 <i>Další rizikové faktory</i> .....	19
1.4.8 <i>Vyvolávající faktory</i> .....	20

1.5	<i>Vývojové aspekty suicidálního chování</i> .....	20
1.5.1	<i>Představy dítěte o smrti</i> .....	21
1.5.2	<i>Postoje ke smrti u normálních a suicidálních dětí a adolescentů</i> .....	21
1.6	<i>Sebepoškozování</i> .....	22
1.6.1	<i>Co je to sebepoškozování?</i> .....	22
1.6.2	<i>Výskyt sebepoškozování</i> .....	23
1.6.3	<i>Sebepoškozování a suicidální chování</i> .....	24
1.7	<i>Prevence suicidálního jednání</i> .....	24
1.7.1	<i>Možnosti pomoci a prevence</i> .....	25
1.7.2	<i>Typy prevencí</i> .....	25
1.7.3	<i>Preventivní programy a intervence</i> .....	26
2.	<b>CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY</b> .....	28
2.1	<i>Cíl Práce</i> .....	28
2.2	<i>Hypotézy</i> .....	28
3.	<b>METODIKA</b> .....	29
3.1	<i>Použitá metoda</i> .....	29
3.2	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i> .....	29
4.	<b>VÝSLEDKY</b> .....	30
4.1	<i>Ukázková kasuistika</i> .....	30
4.2	<i>Společné znaky</i> .....	34
5.	<b>DISKUSE</b> .....	46
6.	<b>ZÁVĚR</b> .....	50
7.	<b>KLÍČOVÁ SLOVA</b> .....	52
8.	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	53
9.	<b>PŘÍLOHY</b> .....	56

## ÚVOD

*„To čemu se říká důvod k životu,  
může být i důvod k smrti.“*

*Albert Camus*

Sebevražda, pokus o sebevraždu a obecně sebevražedné chování je tematika obestřená určitým tajemstvím. Často je to téma, které je tabuizované a opomíjené. Lidé jsou rozpačití, když se s takovým jevem setkají. Jedni považují sebevraha za hrdinu, druzí zase za duševně nemocného člověka. Ale jaké jsou ve skutečnosti důvody suicidantů? Co může člověka přinutit, aby si sáhl na svůj vlastní život a dobrovolně odešel z tohoto světa?

Asi každého z nás někdy v životě napadlo, co by bylo, kdyby on nebyl, kdyby vlastní rukou ukončil svůj život. Neznamená to ale, že každý svou myšlenku hned realizuje. Těch, kteří se pokusí překročit pomyslnou hranici mezi životem a smrtí, je sice menšina, ale taková, které by se měla poskytovat náležitá péče. Vždyť život je základní a nedocenitelná lidská hodnota.

Ve své práci se zaměřím pouze na sebevražedné jednání dětí a mládeže, protože náchylnost dětí těchto vývojových období je v současné době poměrně vysoká. V dnešní době je totiž suicidální jednání dětí a mládeže jednou z nejčastějších příčin úmrtí. Přestože je to alarmující údaj, dle mého názoru mu není věnováno dostatek pozornosti.

Tato problematika se mi zdá velmi zajímavá a poutavá. Provází nás snad od samého počátku lidstva a pokud si jí nebudeme všímat, bude nás v čím dál tím větším měřítku provázet dál. Ve své práci bych se chtěla zabývat popisem poruchy pudu sebezáchovy a snažit se odpovědět na všechny otázky, které se suicidalitou souvisejí. Doufám, že určitým dílem přispěji i k prevenci tohoto nežádoucího jevu.

## 1. SOUČASNÝ STAV

### *1.1 Suicidium*

#### *1.1.1 Co je to suicidium?*

Suicidium neboli sebevražda patří mezi poruchu pudu sebezáchovy(7). Podle Hartla, Hartlové jde o úmyslné ukončení vlastního života, obvykle jako reakce na tíživou situaci spojenou se ztrátou smyslu života(7, s. 525). Vágnerová definuje sebevraždu jako násilné jednání charakteristické úmyslem dobrovolně zničit vlastní život(22, s. 489).

Vymezením samotného pojmu sebevražda (suicidium) se zabývala spousta lékařů, psychologů, filozofů a dalších odborníků. Durkheim chápal sebevraždu jako každý případ úmrtí, který je přímým nebo nepřímým výsledkem činu nebo opomenutí spáchaného jedincem, o němž věděl, že vede ke smrti(13). Dle K. A. Meningera jsou v sebevraždě obsažena tři skrytá přání: zabít, být zabit, přání zemřít. S. Freud tvrdil, že sebevražda je agrese obrácená proti sobě jako reakce jedince na frustraci, či jde o přesun agrese: „nikdo nezabíjí sebe sama, chtěl přece zabít někoho jiného“(7). T. G. Masaryk rozlišuje sebevraždu v širším a užším slova smyslu. Sebevražda v širším slova smyslu je „ten nepřirozený způsob smrti, jenž přivozen byl neúmyslným vsahováním v životní proces, ať kladným, činným vlastním jednáním, či záporným, trpným chováním se vůči nebezpečí života“(13). V užším a vlastním slova smyslu je pak v jeho pohledu sebevrahem ten, kdo úmyslně a vědomě chce učinit konec svému životu, smrt si přeje a očekává, že si ji svým činem přivodí(13,15).

Rizikem sebevražedného jednání se z klinických a sociologických pohledů zabývá suicidologie(21).

#### *1.1.2 Suicidium a historie*

Je velmi pravděpodobné, že suicidální chování se u lidí vyskytuje od nepaměti. U některých národů patřila sebevražda mezi přirozené způsoby smrti. Ve starém Řecku a zejména v Římě za doby císařství byl odchod ze světa sebevraždou dosti rozšířený. Ke



změně došlo s rozšířením křesťanství, které sebevraždu přísně zakazuje a sankcionuje. Sebevražda stigmatizovala oběť stejně jako její rodinné příslušníky. Ve středověku v důsledku tohoto postoje se počet sebevražd pravděpodobně výrazně snížil, i když jistě nevymizely zcela. Častějším jevem byla sebevražda v dobách renesance. V průběhu 18. a 19. století docházelo k vzestupu sebevražedného jednání, zvláště ve městech. Na tom se podílela průmyslová revoluce se stěhováním obyvatel z venkova do měst a s prudkým nárůstem počtu městského obyvatelstva(13). Na přelomu 18. a 19. století jsou položeny základy vědeckého výzkumu tohoto jevu, v druhé polovině 19. století je už věnována pozornost faktické stránce sebevraždy a objevují se fundované práce vycházející ze statistik(15). V průběhu 20. století se dokonané suicidium stává značně častým jevem. Dochází k výkyvům, které zřejmě souvisí se společenskou situací – např. vzestup sebevražednosti ve čtyřicátých letech v souvislosti s druhou světovou válkou a jejími následky(13). V dnešní době epidemiologické studie uvádějí, že sebevražedné jednání je druhou nejčastější příčinou smrti u adolescentů(6).

### *1.1.3 Výskyt sebevražedného jednání*

Výskyt sebevražedného jednání dnes závisí na věku i na pohlaví(22). Suicidium, jako příčina úmrtnosti v dětském věku, nehraje až tak významnou roli. U mladistvých jsou ale úmrtí zaviněná suicidiem na druhém místě za nehodami a smrtelnými úrazy. Úrazy jsou příčinou smrti v 60%, sebevraždy u chlapců dosahují až 17% a u děvčat činí 7,5%(15). Dle statistických dat počet suicidálních pokusů prudce stoupá kolem 15. roku, ve věkové kategorii 15–19 let dosahuje vrcholu a pak postupně klesá v dalších věkových kategoriích. Podíl suicidálních pokusů a dokonaných suicidií dosahuje u dospívajících chlapců 10:1, u dospívajících dívek 30:1(24). U chlapců tedy převažuje počet dokončených sebevražd ve srovnání s dívkami, u nichž převažují sebevražedné pokusy(6).

V posledních letech jsou tedy ve vývoji sebevražednosti v České republice vidět dva odlišné trendy. Na jedné straně pokračuje pokles sebevražednosti v celé populaci, na druhé straně je patrný zejména v adolescentním věku s určitým kolísáním vzestupný trend (viz Příloha 1)(13).

V mezinárodním srovnání nejvyšší sebevraždnost vykazuje Maďarsko, skandinávské státy, Švýcarsko, Německo a Japonsko, ve všech věkových kategoriích je to více než 25 na 100 000 obyvatel. Naopak nízkou suicidalitu vykazuje Španělsko, Itálie, Irsko a Nizozemsko – méně než 10 na 100 000 obyvatel. V České republice byl počet dokonaných suicidií udáván 15,7 na 100 000 obyvatel(9).

## ***1.2 Formy suicidálního jednání***

Suicidální chování u dětí a adolescentů se vyskytuje, stejně tak jako u dospělých, v několika formách. Můžeme rozlišit suicidální myšlenky, suicidální tendence, suicidální pokus a dokonané suicidium(13).

### ***1.2.1 Suicidální myšlenky***

Suicidální myšlenky jsou charakterizovány verbálními či neverbálními projevy toho, že jejich nositel se zabývá myšlenkami na sebevraždu. Úmysl zemřít ale nemusí být jednoznačný, mohou se zde vyskytovat ambivalentní postoje ke smrti a suicidálním činem je dáván život v sázku. Takové postoje ke smrti mohou být vědomé i nevědomé(9). Suicidální myšlenky jako forma suicidálního chování jsou velmi intenzivní, někdy mají spíše nutkavý charakter. Dotyčný se jimi zabývá převážnou část svého času a myšlenky jsou obtížně odklonitelné(13).

S myšlenkou, co by bylo, kdyby člověk nebyl, kdyby se jednoho dne už neprobudil, je asi konfrontován téměř každý. Ale právě pro období dospívání jsou takové myšlenky typické(13). Představy o vlastní smrti a o tom, jak na to ostatní budou reagovat, vyplývají většinou z pocitů ukřivdění a nespravedlnosti, mají charakter jakéhosi denního snění. Vyskytují se velmi často a v přechodné formě u většiny dětí v prepubertálním a pubertálním věku(15).

Pokud je suicidium již konkrétně připravováno, to znamená, že dotyčný si už například shromažďuje léky nebo si pořídil za tímto účelem zbraň, hovoříme o suicidálních tendencích. Takové suicidální tendence znamenají další krok v suicidálním chování směrem k suicidiu(13).

### ***1.2.2 Suicidální pokus***

Suicidální (sebevražedný) pokus můžeme také označit jako tentamen suicidii (z lat. tentamen = zkouška, pokus)(1). Jedná se o další stupeň suicidálního chování a je definován jako každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, avšak nikoli s letálním koncem. Mezi suicidiem a suicidálním pokusem existuje několik rozdílů – například to, že u žen se vyskytuje častěji suicidální pokus, kdežto u mužů dokonané suicidium nebo fakt, že sebevražedný pokus se vyskytuje především v první polovině života atd. (viz Příloha 2)(13).

Zvláštním případem nedokonaného suicidálního jednání je parasuicidium, které bývá definováno jako suicidální pokus, u něhož není přítomný úmysl zemřít, jde tedy spíše o sebepoškození. Bohužel i takové jednání může nešťastnou náhodou či nesprávným odhadem skončit letálně(9,13).

V každém případě je třeba sebevražedný pokus považovat za stejně vážný čin jako dokonanou sebevraždu. Lidé ze skupiny suicidálních pokusů přecházejí do skupiny dokonaných suicidií mnohem častěji než ti, kteří se o sebevraždu nikdy nepokusili(1). Podle Davisona a Nealea se zhruba polovina lidí, kteří spáchali sebevraždu, o ni přinejmenším jednou předtím pokusila(1, s. 172).

### ***1.2.3 Dokonané suicidium***

Dokonané suicidium můžeme charakterizovat jako sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým s vědomým úmyslem zemřít, s úmyslem zemřít „zde a nyní“(13).

#### ***1.2.3.1 Bilanční sebevražda***

Za bilanční sebevraždu považujeme suicidium dokonané na základě předchozího bilancování, kdy dotyčný dojde k závěru, že jeho stávající situace je pro další život neúnosná(13). Tuto sebevraždu provede osoba „na základě rozumové úvahy“ jako důsledek rozvahy o dosavadním životě. Velmi se dotýká smyslu života a osobní stupnice hodnot(1). Příkladem takové sebevraždy může být sebevražda starého člověka,

který trpí nevléčitelnou nemocí, žije osamocen a od života již nic pozitivního nečeká(22).

Velmi blízkým typem je sebevražda biická, což je sebevražda v normálním duševním stavu, tedy na základě motivů vycházejících z reality(13).

#### *1.2.3.2 Impulzivní a zkratkovité suicidální jednání*

Zkratkovité suicidální jednání je suicidální aktivita, při níž jedinec jedná zkratkovitě, je stimulována afektivně, náhlým rozhodnutím a je pod vlivem okamžitého impulsu(13,22). Jde o náhlou a bezprostřední reakci na nějaký subjektivně traumatizující podnět, jako může být výtka k chování, k práci, k oblečení, úpravě vlasů...(15) Chlapec či dívka si přeje okamžitě vyřešit tíživou situaci, dostat se z ní a to co nejrychleji a nejpříměji, i za cenu vlastního života(13). Uvádí se, že impulzivních sebevražd je asi čtyřikrát více než bilančních(24).

#### *1.2.3.3 Demonstrativní a účelové suicidální jednání*

Při demonstrativním či účelovém suicidálním jednání se dítě či adolescent snaží dosáhnout řešení své objektivně nebo subjektivně vnímané svízelné situace. Při demonstrativním suicidálním aktu je uvedený motiv vědomý, zatímco u účelového bývá naopak nevědomý(9). Takové jednání může mít charakter vydírání a většinou je zaměřeno proti určité osobě nebo situaci. Bývají načasovány tak, aby se staly činem reverzibilním. Na druhou stranu mohou být také voláním o pomoc u dětí a mladistvých v krizových a konfliktních situacích. A v některých případech může dojít k úmrtí (i přesto, že úmysl zemřít chybí)(5,15).

#### *1.2.3.4 Zvláštní formy suicidálního jednání*

Zvláštní formou suicidálního jednání je tzv. suicidální dohoda, která spočívá v tom, že se dva nebo více lidí dohodne na spáchání sebevraždy. Často se stává, že jeden z nich je induktorem tohoto jednání a přesvědčí druhého o nutnosti a vhodnosti zemřít(13).

Rozšířené suicidium je takové suicidální jednání, kdy duševně nemocný člověk v psychotické motivaci před vlastní sebevraždou usmrtí blízkou osobu, například z důvodu ochránit ji před zlem tohoto světa(9).

Dalším typem je sebevražda skupinová, často v podobě „rodinné“ sebevraždy, ale také u mladistvých v partách narkomanů(1,15). Jedná se o sebevražedné jednání více lidí, přičemž je nutno odlišit iniciátora a pasivní účastníky. Motivem skupin bývá snaha získat něco lepšího, hodnotnějšího než je současná existence, ale také to může být z důvodu bezvýchodné situace (př. parašutisté, kteří spáchali atentát na Heydricha, se zabili bezprostředně před dobytím krypty kostela, kde se skrývali před gestapem)(22).

Hromadné sebevraždy se vyskytují především u nejrůznějších sekt, které jsou ovládány charismatickými psychopaty. Děti jsou při podobných akcích oběťmi a ve své podstatě jsou popraveny. Přesto je aktivní účast mladistvých na hromadné sebevraždě možná. Někdy se takové případy vyskytnou v kolektivních zařízeních výchovného typu pro děti a mladistvé. Jednání má většinou demonstrativní charakter, bývá protestem proti režimu v zařízení či proti personálu nebo určité osobě(15).

Sebeobětování je další specifickou kategorií. Hodnotí se jako jednání, které vychází z dobrovolného a svobodného rozhodnutí obětovat život v zájmu hodnot, které mají aktuálně větší cenu než vlastní život(22). Sebeobětováním chce jedinec upozornit na situaci, ovlivnit tím společnost a je přesvědčen o morálním významu svého činu (př. sebeobětování Jana Palacha)(15).

Jako typickou sebevraždu nelze rovněž považovat sebezabití. I když vede k ukončení života, není zde přítomna snaha zemřít nebo si uškodit. Takovým jednáním může být situace, kdy psychicky nemocný člověk s halucinacemi uniká svým domnělým nepřátelům skokem z okna(13).

### ***1.3 Způsoby suicidálního jednání***

Způsob suicidálního jednání je podstatným faktorem pro výsledek každého sebevražedného pokusu. Obsahem téměř všech suicidálních myšlenek bývá úvaha o způsobu, jak lze ukončení života docílit. V takových úvahách hraje významnou roli představa a fantazie o účinku jednotlivých metod, posouzení nebezpečnosti a jejich

dostupnost(13). Při hodnocení nebezpečnosti musíme brát v úvahu zejména u dětí a dospívajících, že nebezpečnost metody nemusí být hodnocena zcela reálně. Dítě může suicidální pokus naprosto vážně minit i při požití jen několika tablet málo toxického léku, na druhé straně nemusí být úmysl zemřít přítomen, a přesto může být použita toxická dávka Paralenu v domnění, že jde o „banální“ lék na snížení teploty(9). Dostupnost prostředku do určité míry podmiňuje jeho užití při sebevražedném jednání. Tato dostupnost závisí nejen na individuálních možnostech, ale i na legislativních omezeních (př. omezení prodeje léků na lékařský předpis, omezení držení a prodeje zbraní apod.) Obecně však ale převládá názor, že omezení dostupnosti jednoho prostředku povede k poklesu sebevražednosti jen tehdy, pokud nebude nahrazen jiným, stejně či více spolehlivým prostředkem(11). Způsoby suicidálního jednání lze rozdělit na tzv. měkké a tvrdé metody(9).

### ***1.3.1 Měkké metody***

Mezi měkké metody patří ty, u nichž je nebezpečnost nižší a možnost záchranu života vyšší. Jedná se tedy o takové metody, které většinou nevedou okamžitě ke smrti. Můžeme sem zařadit intoxikaci medikamenty, povrchní pořezání nebo skok z nízké výšky. Při takovém způsobu suicidálního jednání zůstává naděje, že dotyčný bude včas nalezen a zachráněn. U jednotlivých typů suicidálního jednání pak lze uvažovat o vědomých či nevědomých tendencích přežít sebevražedný pokus. U adolescentů je velmi typický způsob „dát život v sázku“, kdy suicidant počítá s oběma možnostmi: buď zemře, nebo bude zachráněn, přičemž oba výsledky jsou pro něj stejně přijatelné(13).

Je samozřejmé, že tzv. měkké metody jsou používány zejména u suicidálních pokusů často účelového či demonstrativního charakteru. U zkratkovitého jednání má význam zejména rychlá dostupnost metody, ovšem nelze u něj vyloučit ani použití nebezpečnější metody například použití střelné zbraně, pokud je k dispozici. Uvádí se, že vlastnictví střelné zbraně pětkrát zvyšuje nebezpečí, že ji její majitel obrátí proti sobě samému(13).

### ***1.3.2 Tvrdé metody***

Takzvané tvrdé metody vedou nejčastěji okamžitě nebo velmi rychle ke smrti a možnost záchrany je velice snížena, popřípadě vyloučena. Do této kategorie patří zejména strangulace, použití střelné zbraně a skok z velké výšky. Na pomyslné hranici stojí pořezání. Při jeho hodnocení musíme brát v úvahu jeho závažnost a též místo suicidálního činu (pro Prahu je typický a ke smrti jednoznačně vedoucí způsob – skok z Nuselského mostu)(13).

U dokonaných suicidií samozřejmě převažuje použití tzv. tvrdých metod(8).

### ***1.3.3 Statistiky***

Ve většině případů je sebevražda provedena jen jediným způsobem. Sebevražedná jednání za použití více prostředků současně jsou velmi ojedinělá, přičemž nejčastěji byly zaznamenány kombinace užití léku a alkoholu, podřezání a oběšení či skoku z výše. Z takového chování lze usuzovat, že suicidant trpí psychickou poruchou(11).

Z údajů za Českou republiku z let 2000–2004 vyplývá, že dominujícím způsobem provedení sebevraždy je strangulace neboli oběšení a to u obou pohlaví. U mužů je podíl suicidií provedených tímto způsobem (63%) vyšší než u žen (44%). Dalšími nejčtenějšími způsoby u mužů jsou užití střelné zbraně (13%) a skok z výše (7%). U žen se, vedle skoku z výše (16%), také významně podílí na celkovém počtu sebevražd otrava léky. Ta je u žen druhou nejčastěji užívanou metodou. Dalšími relativně často volenými metodami byly otravy jinými chemickými látkami (většinou otrava plynem), málo častá jsou upálení. U žen se případy sebeupálení téměř nevyskytovaly, naopak volily k sebevraždě, častěji než muži, utopení a ostrý předmět(11).

Ve skupině dětí do 14 let a adolescentů do 19 let se u chlapců objevuje převážně strangulace, u dívek pak skok z výše. Výjimečně vedlo ke smrti pořezání, u starších chlapců pak zastřelení. U dětí do 14 let byla při sebevražedném pokusu nejčastěji použita metoda intoxikací pevnou či tekutou látkou, v praxi převážně medikamenty. Šlo o téměř 90% suicidálních pokusů, v ojedinělých případech se vyskytla strangulace, pořezání a skok z výšky. Ve věkové kategorii 15–19 let vede opět intoxikace léky

(81%). Přibývá již však i dalších způsobů a to zejména pořezání. To se objevilo celkem u 15% případů a je preferováno převážně chlapci(13).

#### ***1.4 Rizikové faktory suicidálního chování dětí a mladistvých***

Na syndromu suicidálního chování se může podílet a většinou podílí více faktorů. Mezi nejdůležitější patří rodinné faktory (genetické dispozice, výchovné a identifikační vlivy apod.), dále faktory spojené s vrstevnickým a školním kolektivem. Sebevražedné chování může být vyprovokováno také školními problémy, šikanou a mnoha dalšími faktory(2). Kromě těchto rizikových faktorů mají význam také faktory vyvolávající, které působí jako spouštěč neadaptivního jednání. Zda se faktory projeví a vyústí v nežádoucí chování, záleží rovněž na individuální zranitelnosti a schopnosti adaptace(13).

##### ***1.4.1 Rodina***

Hereditární a genetické faktory hrají bezpochyby roli v etiologii řady psychiatrických onemocnění, které následně mohou představovat rizikový faktor pro suicidium. Mnoho studií též prokazuje nespecifickou vulnerabilitu pro suicidální jednání, nezávislou na psychiatrické diagnóze. V každém případě byly na základě výzkumů nalezeny důkazy o významu hereditu(9,13).

Suicidální jednání v rodině má rovněž psychologický význam. Výskyt suicidia v rodině může být považován za určitý model či dokonce návod na řešení eventuálních krizových situací(13).

Rodiny suicidantů bývají málo soudržné a bez emoční podpory jednotlivých členů. Mezi rizikové faktory tedy patří nefungující rodinné vztahy, ztráta základní vztahové osoby (tj. nejčastěji matka), citová deprivace(13,20). Velmi traumatizující jsou dlouhodobé konflikty v rodině nebo komplikovaný rozvod rodičů a následující porozvodové spory, do kterých bývají děti často zatahovány. Závažným negativním faktorem je týrání či sexuální zneužívání. Naopak jako protektivní faktor můžeme označit fungující rodinu a přiměřené citové vazby v ní. Pffeferová uvádí, že obecně



riziko suicidálního jednání u dětí je spojeno se separací rodiny, rozvodem rodičů, rodičovským alkoholismem, zneužíváním, depresí a suicidálním jednáním u rodičů(13).

Rodinné prostředí hraje významnou roli i v případě již proběhlého suicidálního pokusu. Předchozí suicidální pokus totiž představuje specifické riziko pro opakování suicidálního pokusu. Rodiče na to většinou reagují strachem a zvyšují napětí v rodině, které nakonec skutečně může vést k dalšímu sebevražednému pokusu. Proto je nutné terapeuticky pracovat s celou rodinou(13).

#### ***1.4.2 Škola***

Škola má, jak pro dítě, tak celou rodinu, velký význam. Přiměřené školní úspěchy mají nepochybně pozitivní význam v duševní hygieně dítěte a mladistvého. Na druhou stranu neúspěšnost, ať v oblasti prospěchové nebo v chování, zvyšuje nebezpečí suicidálního jednání(13). Drtílková z psychiatrické kliniky FN Brno uvádí, že v současnosti přibývá více pokusů o sebevraždu kvůli studijním problémům. Důvodem je větší tlak na úspěch dětí, ty pak mohou mít pocit, že parametry nesplňují(8). Mezi ohrožené děti tak patří zejména školáci s menším nadáním, školsky přetěžovaní, děti s hyperkinetickým syndromem, ale i děti s dyslexií či dysgrafií(13).

Je zřejmé, že význam školního selhání je ovlivněný rodinou situací a závisí na vztazích dítěte s rodiči. Rozbory pacientů ukazují, že nejčastěji se suicidální pokusy vyskytovaly v měsících lednu a červnu. Z toho lze usuzovat, že právě v těchto měsících, kdy se očekává pololetní a konečná klasifikace ve škole, narůstá napětí v rodinách. Důležitým prvkem jsou též vztahy dítěte s učiteli. Komplikovanou situací pak může být dítě se školní fobií nebo s poruchami chování, u něhož se popřípadě objeví záškoláctví(13).

#### ***1.4.3 Vrstevnické vztahy***

Se školní problematikou souvisí také problematika vrstevnických vztahů. Dobré zapojení mezi vrstevníky vede k přiměřenému sebevědomí. Naopak pocit nedostačivosti a neúspěchu mezi nimi nebo dokonce šikana od spolužáků vede k nebezpečí sebevražedného jednání(9). Do skupiny ohrožených dětí můžeme zařadit děti, které

nějakým způsobem vybočují, například může jít o děti se sníženou adaptabilitou, úzkostné či uzavřené. Typicky špatné postavení mezi vrstevníky mají děti obézní a tělesně méně obratné. Pro období staršího školního věku je zejména u chlapců charakteristické fyzické zápolení. U dívek má zase význam pěkný vzhled a postava. Proto je také třináctý až čtrnáctý rok věku jedním z období, kdy se nejčastěji vyskytují poruchy příjmu potravy. Pozitivně v tomto období působí mimoškolní aktivity, zájmy a sport. Negativní význam může mít účast v tzv. partě – ve vrstevnickém kolektivu s tendencí k negativnímu jednání. Dochází zde často ke zneužívání drog a jsou popsány i případy sebevraždy více členů takové party(13).

#### ***1.4.4 Zdravotní stav***

Rizikový faktor pro suicidální jednání představuje i závažné tělesné onemocnění a to zejména v dospělosti. V dětství a adolescenci je jeho význam menší, ale pouze z důvodů kvantitativních, neboť je méně časté než například školní problémy. I přesto má chronické onemocnění velký vliv, bývá spojeno s poruchou přizpůsobivosti, depresivním prožíváním a dalšími psychickými obtížemi. Komplikuje tím harmonický vývoj osobnosti a navíc může být pocíťováno jako velké životní znevýhodnění(13).

Významným specifickým rizikem je psychiatrické onemocnění. Se suicidálním chováním bývá spojena zejména depresivní porucha a schizofrenie(21). Někteří autoři uvádějí, že až 40% dětí a dospívajících s těmito onemocněními vykazuje sebevražedné jednání. Mezi další rizikové poruchy patří poruchy vývoje osobnosti často nasedající na hyperkinetický syndrom a poruchy chování, dále poruchy příjmu potravy a toxikomanie(5,9). U alkoholové či drogové závislosti se často setkáváme s pocity viny, bezmoci a zklamání sebe samého i okolí. Přesto uživatel není schopen se své závislosti zbavit, dostává se do bludného kruhu a může uvažovat o sebevraždě, jako o východisku ze své situace(24).

#### ***1.4.5 Sociální situace***

V dospělosti je za rizikový faktor považován nižší sociální status, nižší vzdělání, horší postavení v zaměstnání a hlavně nezaměstnanost(24). Sociální situace rodiny a

nezaměstnanost rodičů se nepochybně přenesse i na dítě nebo adolescenta. Nezaměstnanost se však může týkat i samotného adolescenta, stejně jako opuštění domova. Je prokázána významná souvislost mezi chováním delikventním a suicidálním. V poslední době vzrůstá vliv sociální situace rodiny na postavení dítěte mezi vrstevníky, děti dnes bohužel registrují sociální rozdíly mezi sebou(13).

#### **1.4.6 Náboženství**

Česká republika patří mezi nejméně religiózní země, nicméně náboženství může hrát v suicidálním jednání určitou roli. Jedná se převážně o roli pozitivní, protože většina náboženství sebevraždu zakazuje. V praxi se ale objevily i případy, kdy se adolescent hlásil k náboženskému vyznání, a přesto se pokusil o suicidium(13).

Větší význam pro suicidální jednání může mít příslušnost k sektě. Ve světě byla zaznamenána řada hromadných sebevražd mladých lidí právě v souvislosti s příslušností k nějaké sektě. V poslední době se můžeme rovněž setkat u dětí a adolescentů s různými představami o posmrtném životě. Právě takové úvahy mohou vést k usnadnění sebevražděného jednání, typickým příkladem jsou reinkarnační teorie. Často pacienti po závažném suicidálním pokusu sdělují, že počítají s novým lepším životem, nebo alespoň s nějakou jinou formou posmrtného života(13).

#### **1.4.7 Další rizikové faktory**

Jako další rizikový faktor pro dokonané suicidium je považováno mužské pohlaví, dívky a ženy jsou více ohroženy suicidálním pokusem. Z hlediska ročních období jsou jako rizikové uváděny jaro a podzim. Podle statistik se nejvíce suicidií objevuje v dubnu, březnu a únoru. Za podstatný rizikový faktor je, jak v dospělosti, tak i v dětství považován předcházející suicidální pokus(9,13).

Hawton shrnuje následující rizikové faktory pro opakování suicidálního jednání:

- mužské pohlaví, zejména u starších adolescentů
- dřívější suicidální pokusy
- psychiatrická onemocnění
- původ z velké rodiny

- alkoholismus v rodině
- narušené vztahy k členům rodiny
- odloučení od rodiny
- chronické problémy a poruchy chování
- zneužívání alkoholu nebo drog
- sociální izolace
- špatná školní výkonnost
- depresivní tendence(9).

#### ***1.4.8 Vyvolávající faktory***

Vyvolávající faktor je vlastně spouštěč suicidálního jednání. Takovým posledním podnětem může být konflikt s rodiči, konflikt nebo rozchod s partnerem či partnerkou, špatné školní výsledky, hádka s kamarádem, ztráta blízké osoby apod. Většinou se jedná o problémy, které dítě nebo mladistvý s dobrým rodinným zázemím zvládne. Pokud však působí najednou více faktorů a ty se ve svých účincích ještě umocňují, může dojít k nějaké formě suicidálního jednání(13).

#### ***1.5 Vývojové aspekty suicidálního chování***

Suicidální jednání v dětství a adolescenci je výrazně ovlivněno stupněm psychického vyžívání dítěte a dospívajícího. Na aktuální postoje dětí a adolescentů ke smrti působí několik faktorů:

- kognitivní a emocionální vyspělost
- vlastní zkušenost s nemocí a smrtí
- fantazijní zpracování smrti
- coping mechanismy (způsoby, jak se dítě či dospívající vyrovnává se stresem)
- objektní vztahy
- vývojové a osobnostní poruchy
- psychiatrické klinické syndromy
- vliv rodiny a širšího sociálního okolí, působení sdělovacích prostředků(13).

### ***1.5.1 Představy dítěte o smrti***

Postoj dětí ke smrti se s jejich věkem mění. Dítě a dospívající se vyvíjí, jeho osobnost se postupně formuje a tím se i mění a vyzrává koncept smrti. Pochopení otázky smrti u dětí reflektuje jejich kognitivní vyspělost(13).

Ve věku tří až pěti let si děti uvědomují, že se sice něco stalo, ale nedokážou pochopit nezvratnost smrti. V některých případech se mohou domnívat, že smrt samy způsobily tím, že zlobily. Je důležité, aby děti porozuměly tomu, že za smrt milované osoby nenesou žádnou odpovědnost(4). Dítě smrt chápe spíše jako odloučení, které je dočasné a nejspíše mu připomíná spánek(15). Někdy proto mohou projevovat jakoby nedostatek zármutku, o čemž si dospělí myslí, že „to dítě nezajímá“ nebo „to ještě nechápe“(4).

Až do šesti let děti nevnímají smrt jako absolutní konec. Jejich představy o smrti jsou vázány na určité symboly, na specifické situace, na vlastní zážitky (např. noc, temnota, nemoc, bolest)(17).

Do 9. roku věku si dítě smrt personifikuje a představuje si, že lze smrti čelit. Teprve na konci tohoto období si začíná uvědomovat konečnost života a definitivnost smrti(15,17). Přestože si dítě již ztrátu smrti uvědomuje, nemá emoční zkušenosti či zralost k tomu, aby se s ní vypořádalo. Pokud se jedná o první kontakt se smrtí, dítě se snaží „vztah“ nějak zachovat například tím, že si schovává věci na památku. Někdy dítě uvádí, že zemřelou osobu vidí či slyší, ale tyto pocity nemají vlastnosti halucinací(4).

Od 9. roku věku si dítě uvědomuje podstatu smrti, což souvisí s pochopením rozdílu mezi vzpomínkou a fantazií, smrtí a nepřítomností, umíráním a odchodem. V tomto období je již smrt spojena s představou zániku tělesných funkcí a rozkladu živé hmoty. Dítě zjišťuje, že i ono samo může zemřít, proto v nich úmrtí někoho jiného může podporovat děsivé myšlenky na vlastní smrt. Přibližně od třinácti let je dítě schopné chápat smrt racionálně, podobně jako dospělý(12,15).

### ***1.5.2 Postoje ke smrti u normálních a suicidálních dětí a adolescentů***

Někteří autoři poukazují na to, že koncept smrti u normálních a suicidálních dětí je odlišný. Normální děti školního věku se smrtí zabývají převážně na základě reálné

zkušenosti (př. smrt blízké osoby) a jejich prožívání má charakter smutku a truchlení. U suicidálních dětí můžeme vidět, že se více zabírají tématy smrti ve fantaziích a že se v jejich představách objevují agresivní i autoagresivní charakteristiky. Explorace těchto fantazií je nesnadná, ale mnohdy je možné identifikovat je v kresebném projevu či v herní terapii. Některé studie ukazují, že suicidální děti mají častější fantazie o své smrti nebo smrti blízkých osob. V takových představách je více násilných prvků a častěji jsou přítomné fantazie o posmrtném životě. Naopak u průměrných dětí myšlenky na smrt vzbuzují úzkost a děti mají tendenci se jim vyhýbat(13).

V adolescentním období je velmi obvyklé zabývání se konečností života a jeho smyslem. Pro toto období typické hledání vlastní identity a hodnoty vlastního života je spojeno se skupinovou identifikací a zvnitřněním hodnot. U suicidálního jednání záleží rovněž na tom, jak je toto chování posuzováno v sociokulturním prostředí, v němž adolescent žije. Prostor, kde je hodnota individuálního života nízká (sekty, gangy), a obdiv k rizikovému chování představují živnou půdu nejen pro agresivní, ale i autoagresivní (suicidální) chování(13).

## ***1.6 Sebepoškozování***

### ***1.6.1 Co je to sebepoškozování?***

Sebepoškozování je z psychiatrického hlediska patologickým behaviorálním projevem, které může být součástí klinického obrazu celé řady duševních poruch(16). Podle wikipedie je sebepoškozování neboli automutilace záměrné a opakované ubližování si ve snaze vypořádat se s nepříjemnými duševními stavy(18). Projevuje se zraňováním vlastního těla a je signálem vážného psychického problému, jenž postižený nedokáže zvládnout jinak(18). Lze ho chápat i jako nevhodný způsob vyjádření nesnesitelného napětí a úzkosti. Sebepoškozování funguje jako obrana v silně stresující situaci, se kterou se dítě nedovede vypořádat lépe. Může být také projevem neschopnosti odlišit sebe sama od svého okolí, výrazem změny citlivosti k bolesti atd(23).

Sebepoškozování je fenomén, který někdy vede k akceptaci, jindy k důraznému odmítání společnosti. Společensky přijímané či tolerované formy mohou mít podobu určitého zdobení, iniciačního rituálu, magické ochrany a podobně. V našich kulturních podmínkách je to tetování a piercing. I v takových formách porušování tělesné integrity můžeme najít určitý symbolický či archetypální význam, i když řada nositelů argumentuje pouze módním hlediskem(16).

Sebepoškozování v pravém slova smyslu můžeme přirovnat k závislosti na alkoholu či drogách. Člověk se pomocí sebepoškozování snaží vyřešit nepříjemný stav a dosáhnout potřebné úlevy. Toto působení je ale jen dočasné, problémy se objevují znovu a ve vážnější formě. Tím dochází k opakování sebepoškozujícího chování(18).

Sebepoškozování se vyskytuje v nejrůznějších formách – škrábání a řezání na různých místech těla, naznačené podřezávání především na předloktích, polykání nestravitelných předmětů, škrcení za účelem vyvolání orgastických pocitů, různá dechová cvičení k vyvolání kolapsových stavů nebo jiných změn chování apod(15).

### ***1.6.2 Výskyt sebepoškozování***

Sebepoškozování u dospělých jedinců může dosáhnout 4% a u psychiatrických pacientů až 21%. Predilekční věk začátku sebepoškozování je adolescence, průměrný věk prvního sebepoškozování u dívek je dvanáct let, u chlapců patnáct let. Ve studii s pacienty adolescentního věku popsalo 95% souboru sebepoškozování jako samotářskou aktivitu. Důležitým faktem je, že asi 50% pacientů uvádí nevnímání bolesti při sebepoškozování. Uvádí se též fakt, že frekvence a výskyt závažnějších forem (hlubší řezná poranění, větší rozsah) se zvyšuje s dobou jeho trvání(16).

Se sebepoškozováním impulzivního charakteru se u dětí a dospívajících nejčastěji setkáváme u pacientů s poruchami vývoje osobnosti, zejména se pak jedná o pacienty s nevyváženým až disharmonickým vývojem osobnosti. Dále se s tímto jevem setkáváme u dissociativních poruch, poruch příjmu potravy a u dětí a dospívajících experimentujících až závislých na návykových látkách. Po přijetí na detoxifikační jednotku se obvykle intenzita tohoto chování zvyšuje. Bylo zjištěno, že se vyskytuje u 30% jedinců, kteří užívali drogy orálně, a u 10%, kteří si drogu aplikovali injekčně(16).

Jako důvod sebepoškozování uvádí až 65% adolescentů snahu přerušit nepříjemné stavy jako je pocit napětí, úzkosti a „deprese“. Mechanismus úlevy vázaný na tento akt patří mezi výrazné faktory posilující toto chování, a to i přesto, že trvání pocitu úlevy je pouze krátkodobé. Více než polovina sebepoškozujících pacientů pak popisuje následné zklamání, zahanbení a vinu(16).

Sebepoškozování se může rozšířit na psychiatrických odděleních, ústavních zařízeních, vězeních a podobných zařízeních, kde má podobu psychické nákazy neboli epidemie(13).

### ***1.6.3 Sebepoškozování a suicidální chování***

V odborné literatuře můžeme najít dva odlišné přístupy k sebepoškozování. První přístup posuzuje sebepoškozování zcela odděleně od suicidálního chování a argumentuje následujícími rozdíly:

1. Způsoby sebepoškozování nemají letální důsledky.
2. Sebepoškozování vede k častému opakování sebepoškozování.
3. Suicidální úmysl je při sebepoškozování spíše výjimečný(13).

Druhý přístup dokladuje, že sebepoškozování znamená vysoce rizikový faktor pro dokonané suicidium u adolescentů a že sebepoškozování a suicidální chování jsou ve vzájemném vztahu(16). Opírá se o následující důvody:

- 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.

Při posuzování souvislosti mezi sebepoškozováním a suicidálním chováním hraje úlohu osobnost pacienta a typ osobnostní patologie(13).

### ***1.7 Prevence suicidálního jednání***

Preventivní přístup v dětské psychiatrii a psychologii se snaží o podporu duševního zdraví a prevenci patologických projevů. Příčiny suicidálního chování u dětí a



adolescentů jsou multifaktoriální a jsou vázány na interakci řady rizikových faktorů. Proto se odborníci snaží nalézt preventivní strategie, které by ovlivnily rizikové faktory suicidálního jednání a oslabily suicidální riziko. Jde o zaměření na celkovou situaci dítěte a podmínky, které na jeho vývoj působí (rodinné prostředí, škola, vrstevníci). Jedním z cílů preventivního přístupu je tedy odstranění nebo alespoň oslabení rizikových faktorů a posílení protektivních faktorů, které dítěti a dospívajícímu pomáhají adaptivním způsobem zvládat stres a vývojové problémy(13).

### ***1.7.1 Možnosti pomoci a prevence***

Nejcennějším přínosem v oblasti prevence sebevražedného jednání je zjištění, že u naprosté většiny lidí, kteří mají sklon k takovému jednání, nepřevládá snaha zemřít, ale touha žít a potřeba naděje na přijatelné řešení problémů. Je nutné brát vážně veškeré signály, jako jsou suicidální úvahy a fantazie či vyhrožování sebevraždou. Neplatí, že ten kdo o sebevraždě mluví, ji nakonec nespáchá(22). Společným znakem těchto lidí je jejich osamocení a izolace, respektive ztráta kontaktu s okolím, které by jim mohlo poskytnout potřebnou oporu(20). Proto jsou velice důležité linky důvěry a krizová centra. Fungují totiž jako spojovací článek mezi trpícími lidmi a odborníky, kteří jim mohou poskytnout potřebnou pomoc(22).

Pokus o sebevraždu musíme chápat i jako signál budoucího rizika. Je nutné co nejdříve po takové události zajistit psychiatrické vyšetření. Pokud byla příčinou duševní porucha, je třeba ji léčit. Farmakologická podpora může být vhodná i v jiných případech, například v situaci akutní osobní krize. Dále je nezbytné pomoci klientovi řešit problémy, které byly podnětem k sebevraždě v rámci psychoterapeutického vedení. Vhodná může být i socioterapeutická pomoc zaměřená na vyřešení sociální situace klienta(22).

### ***1.7.2 Typy prevencí***

Preventivní postupy bývají obvykle rozdělovány na tři oblasti a to na primární, sekundární a terciární prevenci(13).

Primární prevence je zaměřována na snížení výskytu poruchy v populaci. Orientuje se na eliminaci příčinných a rizikových faktorů, které spolupodmiňují vznik poruchy. Zaměřuje se na osoby, u kterých dosud nemusí být patrné znaky klinické poruchy. Důležitou součástí je podpora duševního zdraví a posílení protektivních faktorů, které oslabují riziko rozvoje klinické poruchy(12,13).

Sekundární prevence je zaměřena na včasné zachycení a léčbu klinických projevů. Za součást bývá považována krizová intervence. Sekundární prevence se orientuje na pečlivé zhodnocení a krizovou intervencí u dětí se suicidálními projevy nebo na ty, které můžeme považovat z hlediska suicidia za zvýšeně rizikové (např. depresivní děti, adolescenti závislí na návykových látkách apod.)(13). Tento typ prevence zahrnuje dosažitelnost týmu krizové intervence pro každého, dále poradenství, jehož cílem je oslovit u lidí jejich vlastní úzkosti ze smrti a ukázat důvody k žití(3).

Terciární prevence se snaží zmírnit následky klinické poruchy a především zabránit jejímu opakování. Tento typ lze v podstatě označit za terapii(12,13).

### ***1.7.3 Preventivní programy a intervence***

Preventivní přístupy orientované na děti se většinou zaměřují nespecificky na zvýšení psychické odolnosti dětí a zlepšení jejich schopnosti řešit problémy a těžkosti. Zajímavý přístup pro školáky je zaměřen na trénink chování dítěte, které se ocitne v obtížně řešitelné situaci a potřebuje nalézt pomoc. Děti se při tom učí, že žádný problém není bezvýchoďný, a získávají informace a dovednosti, jak hledat pomoc v závažné situaci. Preventivní programy zaměřené na suicidální jednání dětí a mládeže představují určité riziko, jakým může být například identifikace s dosud neuvědomovanou možností řešit tíživou situaci tímto způsobem(13).

Preventivní programy orientované na dospělé osoby (učitelé, sociální pracovníci, sportovní vedoucí a další), kteří pracují se skupinami mladých lidí, zejména v zátěžových situacích. Tyto programy jsou zaměřeny, jak na získání znalostí z oblasti suicidologie, tak na získání komunikačních dovedností. Jedná se rovněž o programy pro rodiče, jejichž dítě projevuje suicidální jednání nebo pro rodiče, kteří ztratili dítě v důsledku suicidia(13).

Preventivní intervence v krizových situacích může zabránit či zmírnit suicidální chování dítěte či dospívajícího. Krizovou intervencí pro rodiče a děti v krizové situaci poskytují psychiatrická a psychologická pracoviště a specializovaná krizová centra (ambulantní či lůžkový charakter). Specifickou variantu představují linky důvěry, jejichž cílem je zejména poskytnutí okamžité odborné pomoci v krizové situaci. V pedopsychiatrii mají význam především linky, na které se mohou obrátit děti či dospívající sami(10,13).

Většina studií, které se věnují otázkám prevence v dětské psychiatrii, zdůrazňuje potřebnost výzkumu a průkazné identifikace rizikových faktorů spolu s hodnocením efektivity preventivních strategií. V prevenci suicidálního jednání dětí a adolescentů je nezbytná spolupráce odborníků ze všech oblastí, které mají vliv na děti, rodiny, školy a institucí, které se dětmi a jejich rodinami zabývají(10,13).

## **2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY**

### ***2.1 Cíl práce***

Cílem mé práce je popsat poruchu pudu sebezáchovy. Vzhledem k tomu, že v dnešní době je náchylnost dětí a mládeže k suicidální tematice poměrně vysoká a nezanedbatelná, chtěla bych zhodnotit tuto skutečnost na souboru dětí a mladistvých, kteří mají v anamnéze sebevražedné jednání. A především také uspořádat společné znaky u takovýchto jedinců.

### ***2.2 Hypotézy***

Jelikož v práci bylo použito metody kvalitativního výzkumu, hypotézy budou stanoveny až na závěr.

### 3. METODIKA

#### ***3.1 Použitá metoda***

Na základě dostupných informací jsem se rozhodla ve své práci pro kvalitativní studii.

Byla zde použita metoda analýza dokumentů. Jedná se o klasickou metodu. Je to v podstatě analýza či studie jakýchkoliv dokumentů, které nebyly vytvořeny za účelem výzkumu. Dokumentem je chápán jakýkoliv způsob zachycení informace na hmotném médiu. Podle média je možné tyto dokumenty dělit na dokumenty tištěné nebo psané na papíře, dokumenty na magnetofonových páscích, na videozáznamech, fotografiích apod.(14)

V mém případě se jednalo o dokumenty tištěné na papíře. Jde o dostupnou dokumentaci dětí a mládeže, u nichž byla zaznamenána porucha pudu sebezáchovy, a proto u nich byla nutná hospitalizace. Byli hospitalizováni a ošetřeni v psychiatrické léčebně po nedokonaném suicidálním chování tedy po suicidálním pokusu.

#### ***3.2 Charakteristika výzkumného souboru***

Jak jsem již zmínila, výzkumný soubor se skládal z dětí a mladistvých, kteří mají v anamnéze suicidální jednání. Pro následky jejich suicidálních aktivit bylo nutné je hospitalizovat v psychiatrické léčebně, kde absolvovali různě dlouhý léčebný pobyt.

Konkrétně se jedná o patnáct chlapců ve věku od čtrnácti do osmnácti let. Každý z nich trpí suicidálními tendencemi, které vyvrcholily v suicidální pokus různého charakteru.

Šlo tedy o soubor malý, výběrově monotematický, proto jsem zvolila kvalitativní formu práce.

## 4. VÝSLEDKY

### 4.1 Ukázková kasuistika

Sedmnáctiletý chlapec byl hospitalizován pro suicidální pokus intoxikací medikamenty.

#### **Rodinná anamnéza**

Chlapcovi rodiče se na žádost matky rozvedli. V jeho šesti letech ale soužití dokonce i manželství obnovili, důvodem byly hlavně děti. Manželství poté trvalo až do otcovy smrti, kdy chlapci bylo 12 let. Toto manželství bylo již otcovo druhé. Z prvního měl jednoho syna, který velmi špatně snášel rozvod svých rodičů a později s otcem neudržoval žádný kontakt.

Vlastní matka je vyučena, nyní v částečném invalidním důchodu kvůli zranění z autonehody. V minulosti byla psychiatricky léčena pro problémy se spánkem, medikována. Též prodělala protialkoholní léčbu v psychiatrické léčebně, jednou za rok absolvuje opakovací léčbu, nyní abstinuje. Její matka byla dlouhodobě psychiatricky léčena a opakovaně psychiatricky hospitalizována pro maniodepresivní psychózu. Ve svých 40 letech spáchala sebevraždu medikamenty.

V současnosti žije matka s novým partnerem, který je v rodině již tři roky. Má dvě dospělé dcery z předchozího manželství, které chlapec vůbec nezná.

Chlapec má jednu vlastní sestru, která navštěvuje základní školu a je zcela zdravá.

#### **Osobní anamnéza**

Chlapec je z druhého těhotenství a to rizikového. Porod proběhl bez komplikací a v termínu. Kojen byl tři měsíce. Psychomotorický vývoj byl dle matky opožděný, zejména v motorice a řeči.

Odmala byl chlapec často nemocný. Trpí astmatem, alergií na prach a roztoče. Jednou měl zlomeninu lokte, dále zlomenou čelist, protože ho zbili kamarádi. Odmítl léčbu a sám si fixaci čelisti vyndal. Kromě toho utrpěl drobné úrazy hlavy, které

potřebovaly ošetřit. Po 11. roce se nemocnost zlepšila. Chlapec má sklony k hypochondrii.

### **Škola**

Chlapec navštěvoval mateřskou školu od 6. roku věku. Ve školce se dobře adaptoval. Zaškolen do základní školy byl po ročním odkladu školní docházky pro opožděný vývoj. Na nižší stupeň základní školy chodil do vesnické školy, ze které poté musel přejít do městské školy. V polovině 6. třídy byl přeřazen do zvláštní školy, kde vyšel z 9. třídy a ani jednou neopakoval. Dále nastoupil do tříletého učebního oboru zedník, ale nestačil tam. Proto byl nucen přestoupit na dvouletý učební obor stavební výroba. Nyní studuje ve druhém ročníku.

### **Sociální anamnéza**

Kvůli problémům ve škole a záškoláctví je chlapec již dva roky v evidenci DPA. Do školy nechce chodit, odmítá matčiny pokyny a myslí si, že mu matka ubližuje. Rodiče ho do školy vozí, ale i přesto chodí za školu. Matka mu absence omlouvá, aby se syn doučil a navíc jim neodebrali přídavky. Důvodem záškoláctví je podle chlapce to, že si nerozumí se spolužáky. Kromě toho chlapec často lže a občas chodí domů až ve velmi pozdních hodinách. Matku uráží a vůbec se chová jako zhruba dvanáctiletý.

Matka požádala o omezení způsobilosti k právním úkonům k 18. roku věku, protože neumí hospodařit s penězi, rozprodává věci, mobilní telefony a peníze pro něj nemají žádnou hodnotu. Bere peníze doma a u babičky, v učení vzal spolužákovi mikinu. Za kradené peníze si potom kupuje kamarády. Je velmi ovlivnitelný vrstevníky a jeho přátelé patří mezi rizikové.

### **Trestná činnost**

I přes svůj mladý věk již chlapec páchá trestnou činnost. Na svém kontě má drobné krádeže, se svým kamarádem se vloupali do jednoho bytu. Za toto provinění byl souzen a odsouzen k podmíněnému trestu odnětí svobody na zkušební dobu 1 rok. Chlapec musí prokazovat docházku do učení a spolupracovat s probační a mediační službou.

### **Drogová kariéra**

Chlapec má evidentní zkušenosti s některými návykovými látkami. Přestože je astmatik, kouří cigarety a je závislý na nikotinu. Je zde také nebezpečí počínající závislosti na alkoholu. Poprvé požil alkohol ve 12 letech, když vypil s kamarádem 0,5 litru vína. Byl opilý, motal se a následně zvracel. Dále několikrát zkusil kouřit marihuanu. Podle matky jiné drogy neužíval, ale stýká se s kamarády, kteří drogy berou a do budoucna ho to může negativně ovlivnit.

### **Suicidální aktivity**

V anamnéze se objevuje opakované suicidální jednání. Chlapec má časté suicidální myšlenky. Odmítá matku poslouchat s tím, že prohlašuje, že raději nebude žít. Výroky mají až výhrůžný charakter. U chlapce jsou viditelné známky sebepoškozování, které se jistě opakovalo.

Aktuálně je chlapec hospitalizován pro suicidální pokus medikamenty, je to jeho první hospitalizace v psychiatrické léčebně. Chlapec vyhrožoval suicidálním jednáním a asi dva dny poté se předávkoval Neurolem. Našli ho doma rodiče, když přišli z práce, ležel v posteli a byl v bezvědomí. Jako důvod intoxikace později uvedl, že ho zajímá, zda existuje Bůh a co se děje s člověkem po smrti. Chlapec byl ošetřen v nemocnici a byla mu doporučena léčba na psychiatrii.

### **Psychiatrické vyšetření**

Pacient je lucidní, správně orientovaný všemi směry. Ochotně navazuje kontakt a spolupracuje. Jeho odpovědi jsou adekvátní. Projevuje se sníženou autokritikou, jeho ladění je mírně pokleslé. Vykazuje známky citové deprivace a emoční lability, bez psychotických fenoménů. Jeho osobnost je egocentrická a má nedostatečně vyvinutý smysl pro plnění povinností. Jeho intelekt se nachází v pásmu podprůměru.

### **Psychologické vyšetření**

Sedmnáctiletý chlapec vyrůstal v nestabilních rodinných poměrech s významnou oboustrannou psychiatrickou zátěží v rodině. Celková úroveň intelektových funkcí je na



rozhraní pásma podprůměru a výrazného podprůměru. Frustrační tolerance je výrazně snížena. Sám sebou si je velmi nejistý, je závislý na vnější podpoře. Jeho osobnost je nevyzrálá, ale bez hrubého deficitu sociálního porozumění. Zdá se, že poruchové chování neplyne z neznalosti sociálních norem či chybné interpretace sociálních signálů.

Začlenění do vrstevnických vztahů je pro chlapce vysokou hodnotou. Touha po kamarádech vede k tomu, že je ochoten vlastní chování zcela podřídit zájmům party, aniž by zvažil nepřijatelnost asociálního jednání.

Uzavřenost, nedůvěra a vyhýbání se lidskému světu je zřejmě obrannou reakcí pod vlivem traumatické zkušenosti z dětství – hrubé chování v rodině. Raná traumata zřejmě stojí i v pozadí jeho úzkostně depresivního prožívání.

Byla zjištěna závažná kombinace faktorů potencující suicidální riziko, které je nejspíše dlouhodobé (nízká odolnost vůči zátěži, ambivalentní sebepojetí, významná depresivní složka spolu s impulsivitou).

## **Diagnóza**

Porucha chování a emocí

Počínající závislost na alkoholu s nebezpečím fixace

Nikotinismus

Abusus THC

## **Průběh hospitalizace**

Doporučována je souběžná psychofarmakologická a psychoterapeutická léčba.

Po přijetí má pacient pokleslou náladu, ale postupně se zapojuje do programu. Absolvoval propustku domů, avšak poté se objevily opoziční projevy. Postupně začíná dělat přestupky proti režimu, vyskytuje se u něho agrese vůči spolupacientům, krádeže na oddělení. Opakovaně napadl slabší spolupacienty a způsobil jim vážná zranění, což bylo ohlášeno Policii ČR. K léčbě není motivován, několikrát utekl z léčebny. Nespolupracuje, navíc byla zjištěna manipulace s medikací.

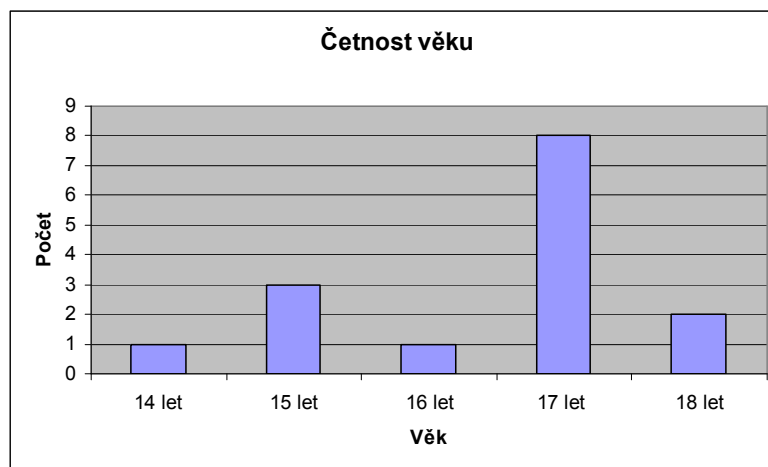
Psychoterapie je zaměřena na vytváření náhledu a motivaci k léčbě. Postupně dochází ke zlepšování spolupráce, ubývá agresivního jednání. Přesto ještě dva dny před propuštěním napadl mladšího spolupacienta a způsobil mu vážné zranění.

Celková hospitalizace trvala přes čtyři měsíce. Chlapec byl v relativně kompenzovaném stavu trvale propuštěn matce, medikován. Doporučuje se další ambulantní léčba.

#### 4.2 Společné znaky

Výzkumný vzorek tvoří celkem patnáct chlapců ve věku od 14 do 18 let, přičemž nejmladší 14 letý je pouze jeden. Chlapci ve věku 15 let jsou tři, ve věku 16 let opět jen jeden. Nejčetnější soubor tvoří 17 letí a to přesně osm chlapců. Ve věku 18 let se vyskytují dva chlapci.

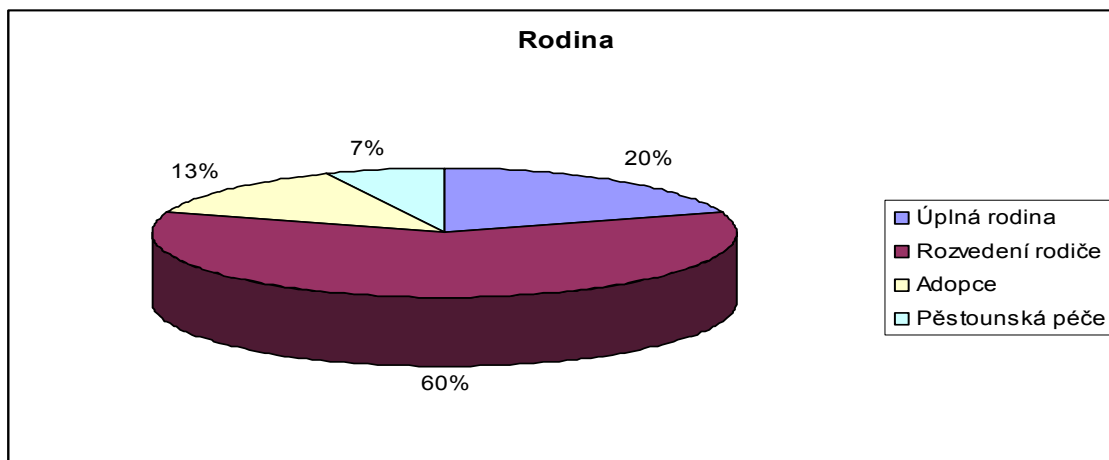
Graf 1



Zdroj: Vlastní výzkum

Pouze tři chlapci pocházejí z úplné funkční rodiny. Naopak většina žije v rodině rozvrácené, rodiče jsou rozvedení. Dva chlapci jsou adoptováni, jeden svěřen do pěstounské péče.

Graf 2



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu rozvedených rodičů již šest z nich žije ve společné domácnosti s novým partnerem.

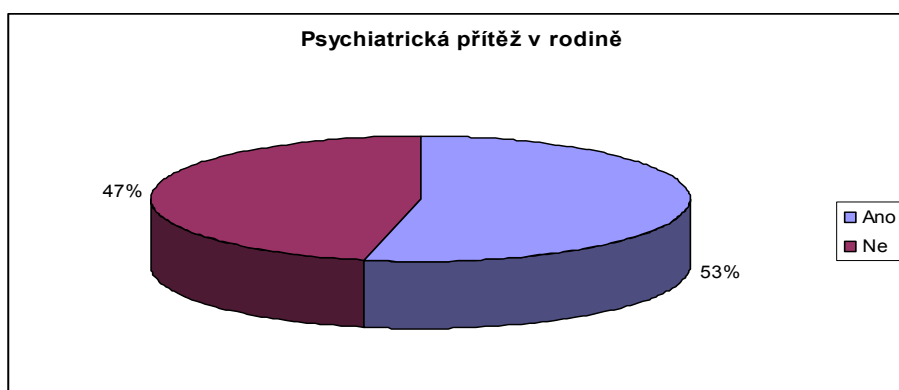
Dva chlapci museli být v poslední době umístěni do výchovného ústavu.

U obou adoptovaných chlapců se dozvídáme minimum informací o biologických rodičích. Vliv heredity se předpokládá.

100% uvedlo, že vyrůstá v konfliktním rodinném prostředí.

Sedm chlapců je bez psychiatrické zátěže v rodině, zbylých osm má v rodině psychiatrickou přítěž různého druhu.

Graf 3



Zdroj: Vlastní výzkum

Typy psychiatrické přítěže:

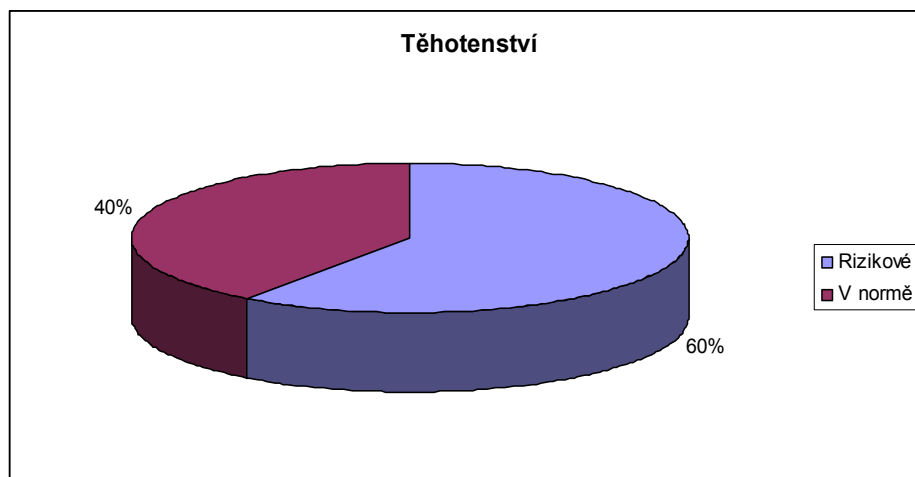
Ve třech případech se vyskytlo více přitěžujících faktorů v rodině:

- 1) Alkoholismus, psychiatrické onemocnění, suicidium v rodině
- 2) Alkoholismus, násilí, suicidální pokus v rodině
- 3) Alkoholismus, násilí a suicidální výhrůžky v rodině

Ve zbylých pěti případech se jednalo o jeden faktor. Z toho u dvou rodin jde o alkoholismus, u dalších dvou rodin je to psychiatrické onemocnění v rodině a v posledním případě představuje psychiatrickou přítěž narkomanismus.

V 60% případů probíhalo těhotenství rizikově, u dalších 40% bylo těhotenství v normě.

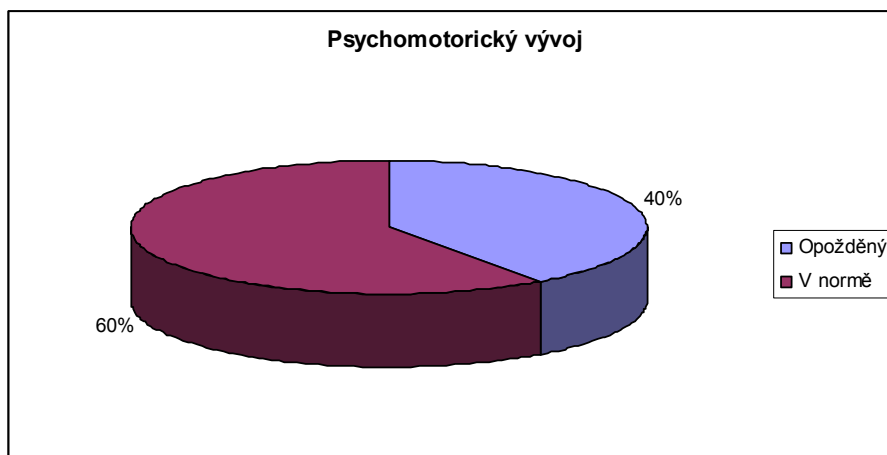
Graf 4



Zdroj: Vlastní výzkum

Šest chlapců mělo opožděný psychomotorický vývoj. Ostatních devět chlapců bylo v normě.

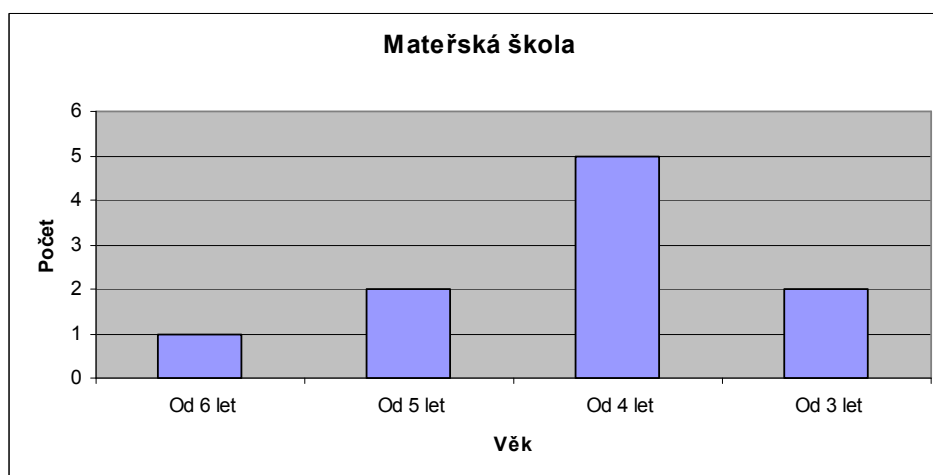
Graf 5



Zdroj: Vlastní výzkum

Deset chlapců navštěvovalo mateřskou školku a to od různého věku. U zbylých pěti to bohužel nebylo zjištěno. Od svých tří let navštěvovali školku dva chlapci, od čtyř let již chlapců pět. Ve svých pěti letech začali chodit do školky dva chlapci a od šesti let pouze jeden.

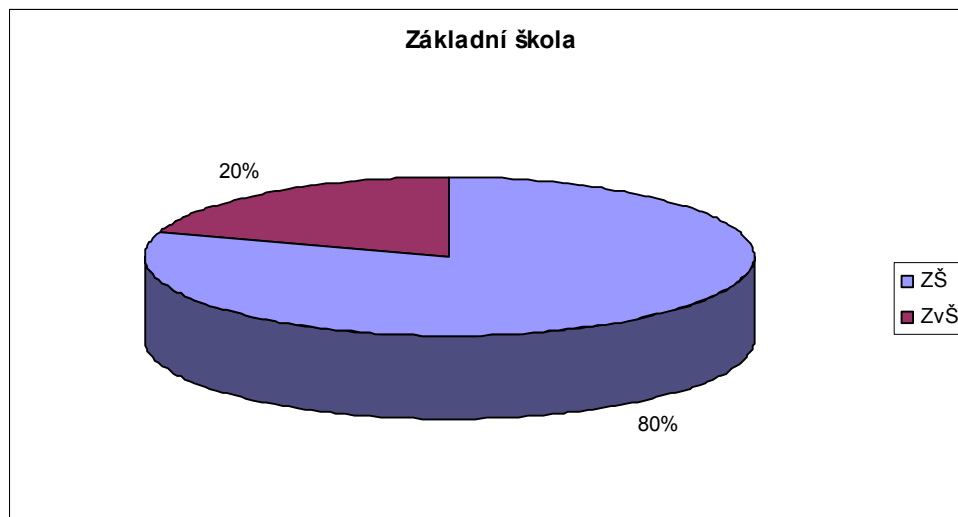
Graf 6



Zdroj: Vlastní výzkum

80% chlapců bylo zaškoleno do základní školy, 20% potom do školy zvláštní.

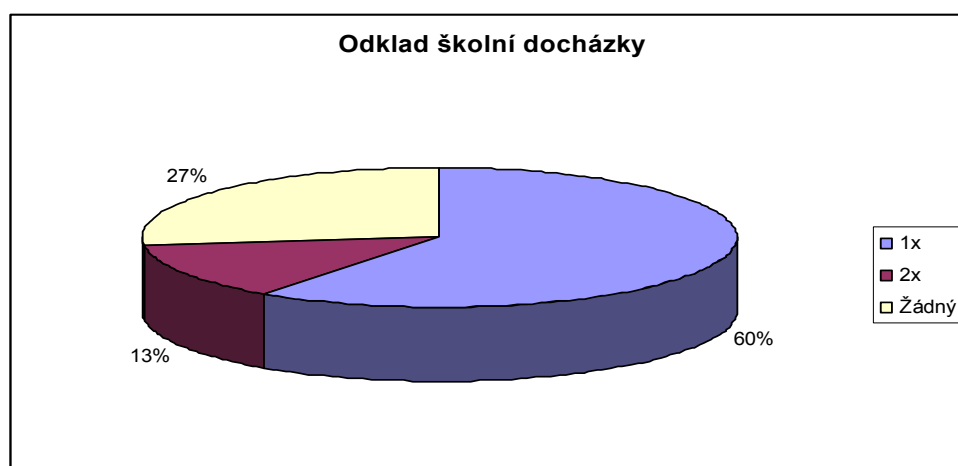
Graf 7



Zdroj: Vlastní výzkum

Jedenáct chlapců bylo zaškoleno později, přičemž devět z nich mělo odklad školní docházky jedenkrát (nastoupili do školy o rok později) a dva dvakrát (nastoupili školní povinnou docházku o dva roky později). Čtyři chlapci neměli žádný odklad školní docházky.

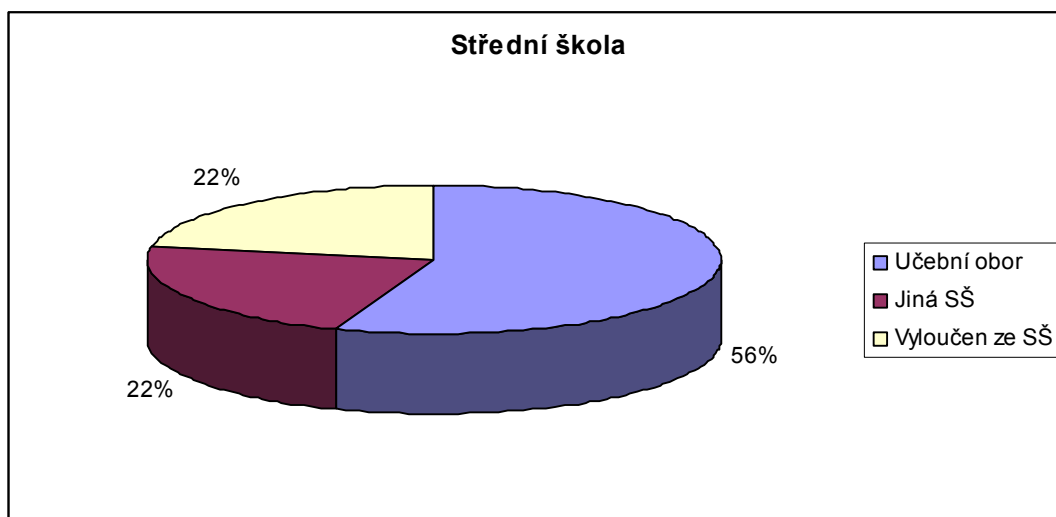
Graf 8



Zdroj: Vlastní výzkum

Šest chlapců stále navštěvuje základní popř. zvláštní školu. Dalších pět již chodí na nějaký učební obor a dva na jinou střední školu. Poslední dva chlapci byli ze střední školy vyloučeni a v současnosti žádnou školu nenavštěvují.

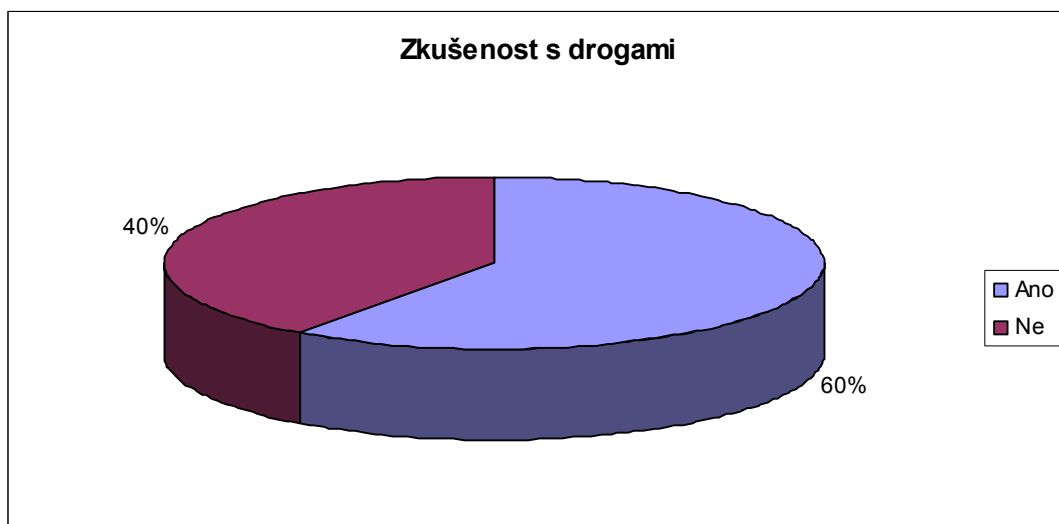
Graf 9



Zdroj: Vlastní výzkum

60% z těchto chlapců má zkušenost s drogami, zbylých 40% nikdy drogu nepožilo.

Graf 10



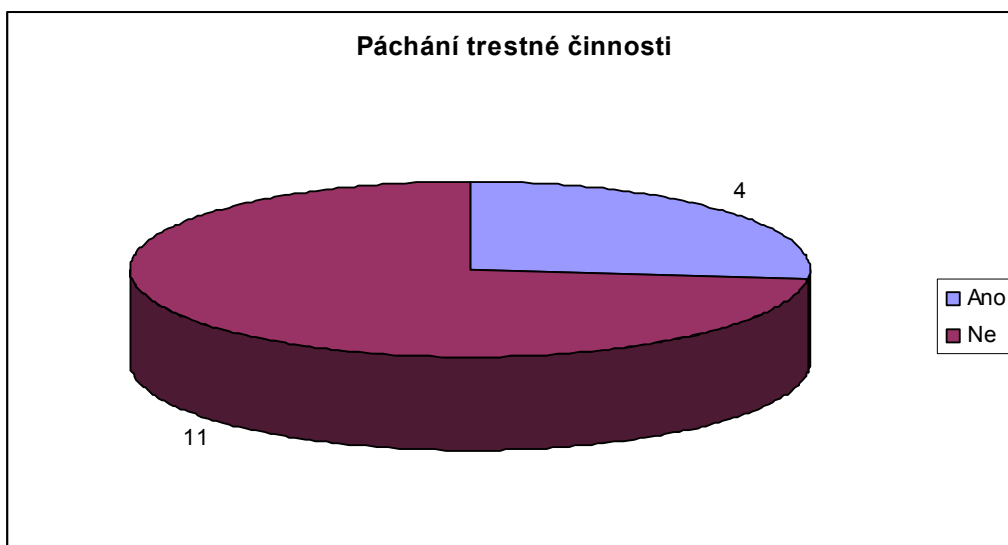
Zdroj: Vlastní výzkum

Typy drog v jednotlivých případech:

- 1) Tabák, alkohol, experimenty s marihuanou
- 2) Tabák, experimenty s marihuanou
- 3) Tabák
- 4) Marihuana, léky, opiáty
- 5) Tabák, alkohol
- 6) Tabák, alkohol, experiment s pervitinem
- 7) Alkohol
- 8) Alkohol, léky, marihuana
- 9) Alkohol

Pouze čtyři chlapci z patnácti páchali trestnou činností.

Graf 11

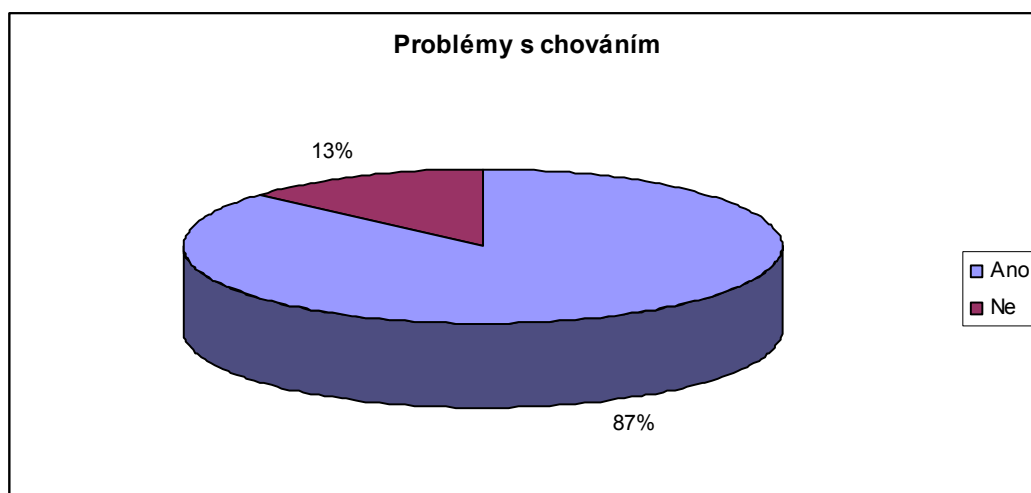


Zdroj: Vlastní výzkum



Naopak problémy s chováním, především ve škole, a zhoršení prospěchu v poslední době (před sebevražedným úmyslem) doprovázelo až 87% chlapců.

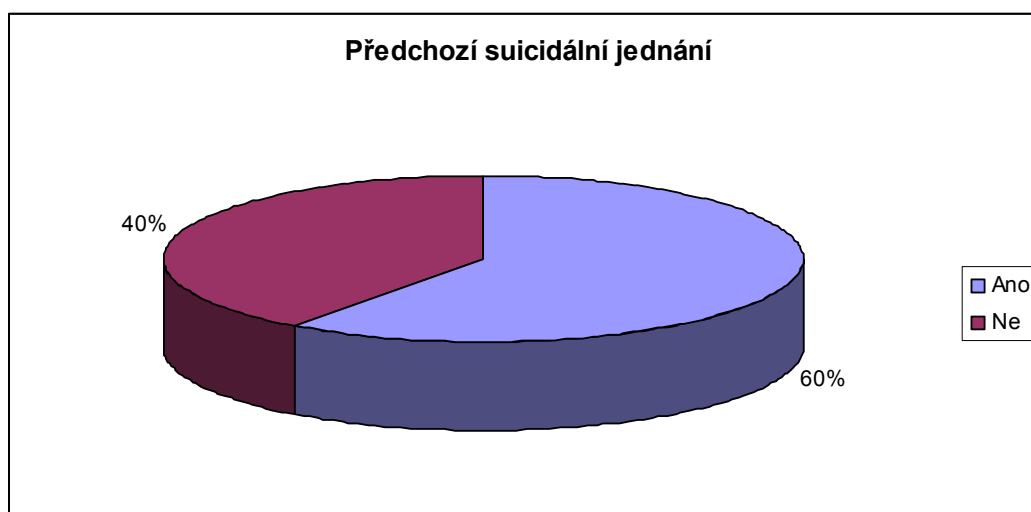
Graf 12



Zdroj: Vlastní výzkum

60% chlapců má v anamnéze již předchozí suicidální jednání.

Graf 13



Zdroj: Vlastní výzkum

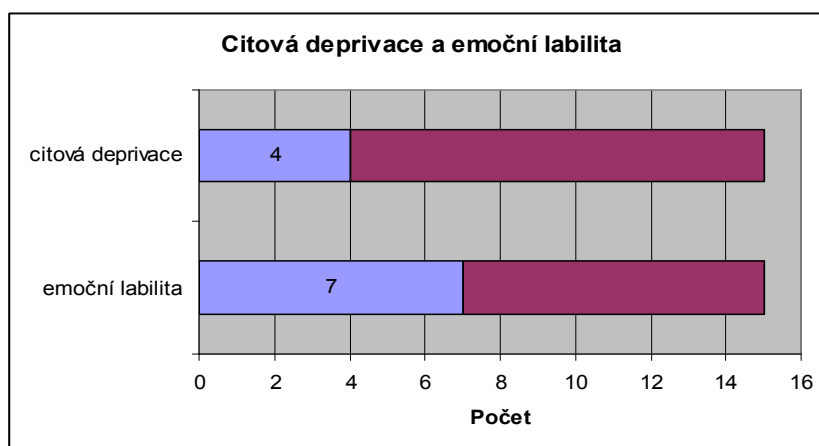
Všech patnáct chlapců uvedlo důvod svého suicidálního jednání:

- 1) Zvědavost, co je po smrti, zda existuje Bůh
- 2) Život nemá smysl
- 3) Demonstrace, v souvislosti s umístěním do výchovného ústavu
- 4) Nepříznivá rodinná situace, pocit, že ho nikdo nemá rád
- 5) Nástup do učení, neopětovaná láska
- 6) Vlastní selhání, pocit neschopnosti, zklamání blízkých
- 7) Obezita, praxe ve škole
- 8) Konflikty v rodině, manipulace s rodiči
- 9) Demonstrace, v souvislosti s umístěním ve výchovném ústavu, chce vždy dosáhnout svého
- 10) Konflikt s otcem
- 11) Nešťastná láska
- 12) Z nudy
- 13) Nešťastná láska
- 14) Konflikty s otcem, nešťastná láska
- 15) Demonstrace, musí dosáhnout svého

1/3 chlapců měla pro své jednání více důvodů.

Psychiatrické vyšetření prokázalo u sedmi chlapců emoční labilitu a u čtyř chlapců známky citové deprivace.

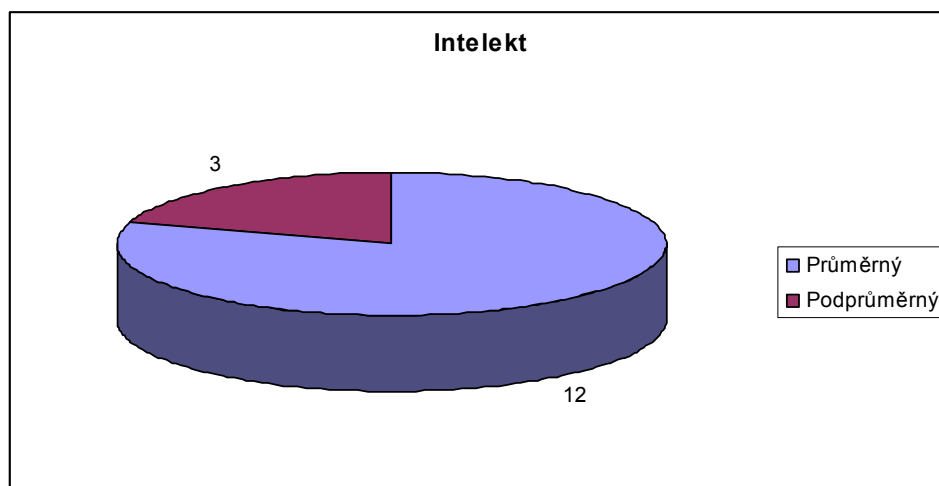
Graf 14



Zdroj: Vlastní výzkum

Další vyšetření ukázalo, že většina chlapců má průměrný intelekt. Dvanáct chlapců má inteligenční schopnosti v normě, pouze tři se nacházejí v pásmu podprůměru.

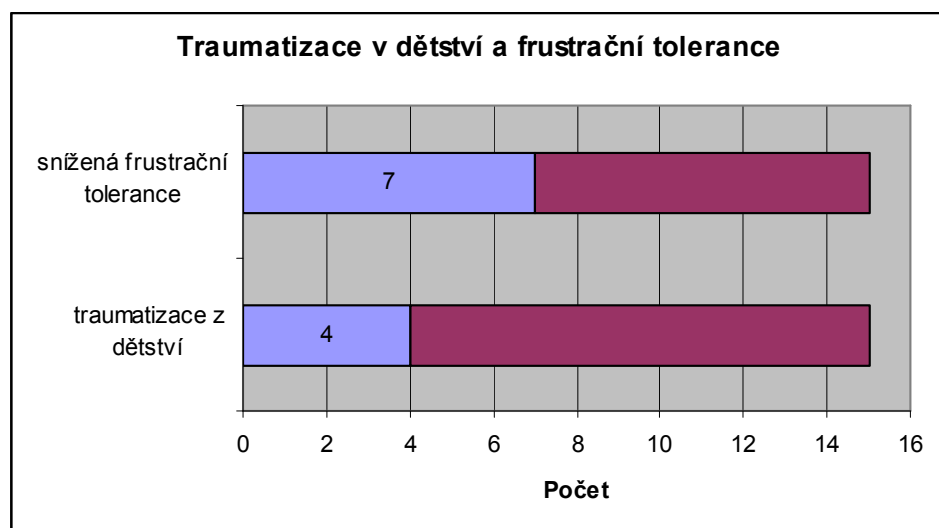
Graf 15



Zdroj: Vlastní výzkum

Dále bylo zjištěno, že ze všech chlapců jich sedm má sníženou frustrační toleranci a hůře zvládá problémové situace v zátěži. Čtyři chlapci jsou dodnes traumatizováni z období dětství.

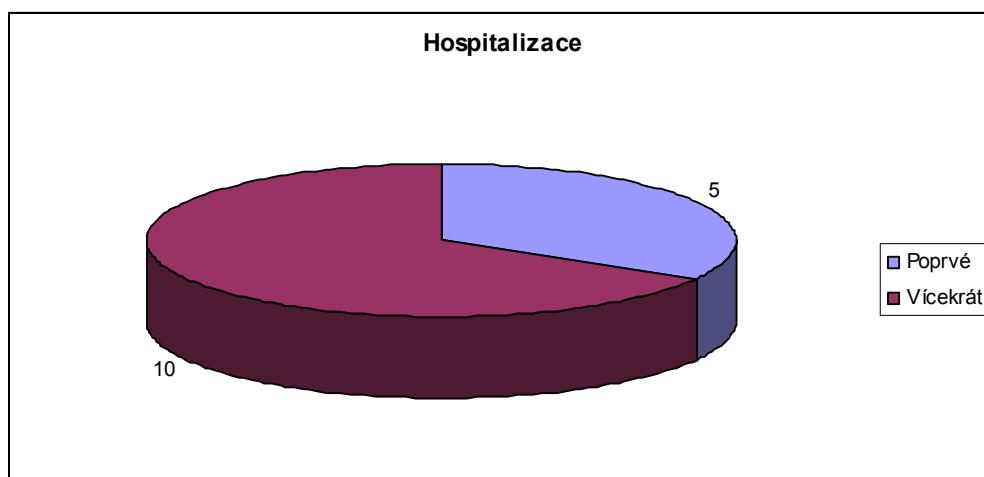
Graf 16



Zdroj: Vlastní výzkum

1/3 chlapců byla v tomto případě poprvé psychiatricky hospitalizována, avšak pro 2/3 to byla hospitalizace opakovaná.

Graf 17

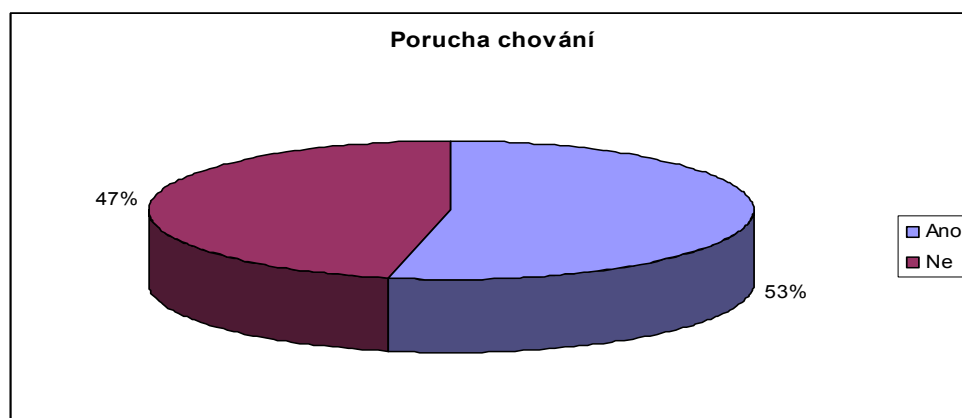


Zdroj: Vlastní výzkum

Z těch, co byli hospitalizováni vícekrát, je to u 50% z důvodu předchozího suicidálního jednání či opakované sebepoškozující aktivity.

U více jak poloviny chlapců byla diagnostikována porucha chování.

Graf 18



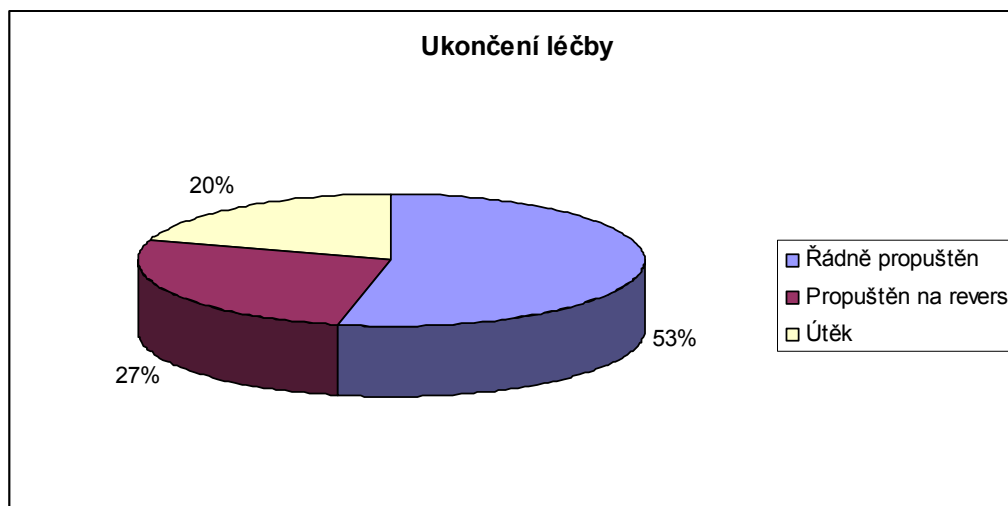
Zdroj: Vlastní výzkum

Jako další diagnostiky se často vyskytovaly:

- dystymie
- disharmonický vývoj osobnosti
- poruchy osobnosti
- poruchy přizpůsobení

Způsob ukončení léčby může být různý. V tomto případě bylo 53% řádně propuštěno z léčby s následnými doporučeními. Avšak 27% chlapců bylo předčasně propuštěno na revers proti radě lékaře a 20% dokonce z léčebny uteklo.

Graf 19



Zdroj: Vlastní výzkum

## 5. DISKUSE

Na základě šetření v předchozí kapitole je možné určit některé společné znaky pro suicidální děti a dospívající. Všech patnáct chlapců tedy spojuje sebevražedné jednání v anamnéze. Na základě toho byli všichni také psychiatricky hospitalizováni.

Prvním alarmujícím znakem u takových dětí je rodina a rodinné prostředí. Jen tři chlapci totiž pochází z úplné rodiny. Avšak více než polovina zkoumaných chlapců pochází z rozvrácené rodiny. Jejich rodiče jsou rozvedení a často spolu neudrží žádný kontakt, stejně tak s jejich dětmi. Pro dítě či dospívajícího to může být velká citová ztráta a velmi náročná situace. Pro harmonický vývoj dítěte je nutná harmonická rodina, jako riziko může působit právě nefungující rodinné vztahy, ztráta kontaktu s blízkou osobou či citová deprivace(13).

V šesti případech se v rodině chlapce objevil nový partner. Mohl tak sice nahradit roli chybějící matky či otce, ale většinou se to nestalo. Velmi znepokojující je totiž zjištěný fakt, že 100% chlapců uvedlo, že žijí v konfliktním rodinném prostředí.

Pro názornost ještě uvádím příklad z Dětské psychiatrické kliniky FN Motol. V roce 1993 zde bylo hospitalizováno celkem 9 dětí po suicidálním pokusu. Pouze v jednom případě se jednalo o kompletní rodinu s oběma biologickými rodiči, ostatní děti žily v rozvedené rodině, většinou jen s matkou popř. s nevlastním otcem(13).

V případě rodiny nesmíme také zapomenout na hereditární a genetické dispozice především k psychiatrickým onemocněním, které pak následně mohou představovat riziko pro suicidium(9,13). Přes 50% chlapců vykazuje psychiatrickou přítěž v rodině. Mezi nejčastější patří alkoholismus, psychiatrické onemocnění a dokonce i suicidální jednání v rodině.

Téměř všichni chlapci také dnes vykazují známky některého psychiatrického onemocnění či poruchy. U osmi chlapců byla diagnostikována porucha chování, která může značně ovlivňovat suicidální jednání. Dále se mezi chlapci vyskytly poruchy přizpůsobení, poruchy osobnosti, disharmonický vývoj osobnosti a další. Lze tedy usuzovat, že psychické zdraví má značný vliv na suicidální tendence.

Co se týká školní problematiky, za nejdůležitější považuji zjištění, že u 73% chlapců byl uložen odklad školní povinné docházky, u dvou chlapců dokonce dvakrát za sebou. Může to ukazovat na celkovou nezralost dítěte či opožděný vývoj, který se později může odrazit na osobnosti chlapce. Z pohledu vrstevnických vztahů pak mohli mít tito chlapci ve třídě výsadní postavení díky vyššímu věku, ale také se mohli stávat terčem posměchu. Přičemž pocit nedostačivosti či šikana od spolužáků vede k nebezpečí sebevražedného jednání(9).

Mezi další rizikové faktory patří také toxikomanie, závislý uživatel totiž vidí sebevraždu často jako jediné východisko z jeho situace(24). Proto jsem se také zaměřila na zkušenosti chlapců s různými drogami. Celých 60% mělo již ve svém věku zkušenost s drogou. Nejčastěji to byl tabák, alkohol a marihuana. Příležitostně se objevily experimenty i s jinými drogami. I přes jejich mladý věk se zde již objevují závislosti a to především na nikotinu a počínající alkoholová závislost. Jestliže závislost nebyla příčinou nynějšího suicidálního jednání, může představovat hrozbu do budoucna.

U třinácti chlapců z patnácti byly objeveny výchovné problémy. Projevují se především problémy ve škole, záškoláctvím, lhaním nebo zhoršením prospěchu. Právě náhlé zhoršení prospěchu či selhávání ve škole a odpor k učení se uvádí jako jeden z alarmujících signálů, který může být součástí depresivního syndromu. Deprese je jedním ze stavů, které mohou například lékaře vést k myšlence potenciálního ohrožení sebevraždou(5).

Dva chlapci z mého výzkumného vzorku byli kvůli výchovným problémům, které se již nedali zvládat, umístěni do výchovného ústavu. Jak se zdá, poruchové chování většinou však neplyne z neznalosti sociálních norem či chybné interpretace. Jako možné vysvětlení problémového chování můžeme považovat např. upoutání pozornosti dítěte či adolescenta, demonstrace nebo dokonce prosbu o pomoc.

Podobné důvody zřejmě existují i u trestné činnosti dětí a mládeže. Trestnou činnost páchali pouze čtyři chlapci a to nejčastěji krádeže. Chlapec uvedený v ukázkové kasuistice byl jako jediný za své provinění odsouzen a to k podmíněnému trestu. Kromě pohnutek, které vedou k páchání trestné činnosti (opět upoutání pozornosti či volání o pomoc), jsem neshledala žádnou jinou souvislost se suicidálním jednáním.

Z psychologických a psychiatrických vyšetření jsem získala tyto poznatky. Intelekt chlapců se u většiny pohybuje v normě, jen tři chlapci mají intelekt podprůměrný, což samozřejmě může ovlivnit jejich suicidalitu. Větší význam ovšem má třeba emoční labilita. Znamky emoční lability a impulsivity se vyskytují u sedmi chlapců. Tyto faktory u nich mohou zapříčinit impulsivní či zkratkovité jednání a to i suicidální, které je vedle demonstrativního suicidálního jednání u dětí a adolescentů velmi běžné(15).

Stejný počet chlapců má také sníženou frustrační toleranci. Následkem je potom menší odolnost vůči stresu a nezvládnutí řešení problémových situací. Takoví chlapci mohou trpět pocitem nejistoty a komplexem méněcennosti. Jejich sebevědomí je většinou značně nízké a právě to je také jedním z rizik suicidálního jednání(13).

Dalším důležitým zjištěním bylo, že čtyři chlapci jeví známky citové deprivace, což mohl být například důsledek špatné rodinné situace, jak jsem již zmiňovala. Čtyři chlapci byli také určitým způsobem v dětství traumatizováni. Fakt opět ukazuje na rodinné zázemí, většinou se totiž jednalo o násilí v rodině.

Velmi závažný je zjištěný fakt, že celých 60% chlapců má v anamnéze předchozí suicidální jednání. 1/3 chlapců byla již dokonce kvůli předešlému suicidálnímu jednání v minulosti hospitalizována. Tato informace ukazuje na velký význam terapie po suicidálním činu a nezbytnou práci, jak s klientem, tak s celou rodinou. Literatura uvádí, že asi 25% mladistvých suicidantů suicidální jednání opakuje, přičemž 4,3% pak již končí letálně(9).

Důležité je také zmínit příčiny suicidálního jednání. Všichni chlapci svůj důvod uvedli, přičemž 1/3 chlapců měla pro své jednání více důvodů. Na syndromu suicidálního jednání se totiž může podílet a často podílí více faktorů(2).

Často se jako důvod objevovaly konflikty s jedním nebo oběma rodiči či nepříznivá rodinná situace. Další pak byla nešťastná láska a problémy v souvislosti se školou. Ve dvou případech šlo o čistě demonstrativní čin, kdy oba chlapci tímto způsobem protestovali proti umístění do výchovného ústavu. Někteří chlapci realizovali suicidální čin, aby dosáhli za každou cenu svého a mohli manipulovat s rodiči. V jednom případě šlo o suicidální pokus kvůli obezitě a jejím následkům. Podle Koutka, Kocourkové mají obézní děti typicky špatné postavení mezi vrstevníky(13, s.42). Další chlapec uvedl, že



jeho jednání bylo z nudy, jiný zase tvrdil, že jeho život nemá smysl. Zajímavým důvodem bylo tvrzení, které je spojené se stále populárnějšími úvahami o posmrtném životě, že chlapec byl zvědavý, co je po smrti a zda existuje Bůh. Shrnutím těchto informací je možné dostat ty rizikové faktory, které i literatura uvádí jako nejčastější.

Délka hospitalizace byla u každého chlapce jinak dlouhá, závisela především na způsobu ukončení léčby. Nejdelší dobu hospitalizace samozřejmě absolvovali ti, kteří podstoupili celou terapii a neukončili ji předčasně. Takových chlapců bylo ale jen osm z patnácti. Byli trvale propuštěni z léčby s tím, že jim z preventivního hlediska byla doporučena ještě další ambulantní léčba, aby nedocházelo k opakování suicidálního jednání.

Další tři chlapci léčbu nepřijali a během terapie z léčebny utekli, útěk byl hlášen Policii ČR. Zbývající čtyři chlapci byli propuštěni předčasně na revers proti radě lékařů. Byl zde zjevný nátlak pacientů na rodiče a velká schopnost manipulace s nimi.

Na základě zjištěných informací mohu stanovit tyto hypotézy:

1. Děti a dospívající se sklony k suicidálnímu jednání pochází z prostředí s nízkou úrovní citových vztahů, s nedostatečnými citovými vazbami, chybí jim opora v krizových situacích.
2. Tento nedostatek citové opory vede k tomu, že se hůře a neadaptivně vyrovnávají s možnými konfliktními situacemi. Reagují pak na ně jednáním, které má charakter poruchy pudu sebezáchovy.
3. Zdroje těchto konfliktů mohou být multifaktoriální, zejména jsou to problémy vztahů s vrstevníky, erotická zklamání, školní selhání, pocity méněcennosti, odlišnosti, mohou se vyskytnout i důvody zdánlivě iracionální.

## 6. ZÁVĚR

Ocitáme se až na samém závěru mé bakalářské práce. Vzhledem k rozsahu zvoleného tématu jsem se snažila zmínit všechny nejzávažnější problémy, týkající se suicidality obecně i jednotlivých konkrétních námětů.

Na základě kvalitativního šetření na vzorku patnácti chlapců s poruchou pudu sebezáchovy jsem došla k mnoha zjištěním, jež jsem zformulovala do těchto tří hypotéz:

1. Děti a dospívající se sklony k suicidálnímu jednání pochází z prostředí s nízkou úrovní citových vztahů, s nedostatečnými citovými vazbami, chybí jim opora v krizových situacích.
2. Tento nedostatek citové opory vede k tomu, že se hůře a neadaptivně vyrovnávají s možnými konfliktními situacemi. Reagují pak na ně jednáním, které má charakter poruchy pudu sebezáchovy.
3. Zdroje těchto konfliktů mohou být multifaktoriální, zejména jsou to problémy vztahů s vrstevníky, erotická zklamání, školní selhání, pocity méněcennosti, odlišnosti, mohou se vyskytnout i důvody zdánlivě iracionální.

Závažným faktem, který také vyplynul z výzkumu, je četnost psychiatrických onemocnění u suicidálních dětí a dospívajících. Vzhledem k tomu, že u více než poloviny chlapců byla diagnostikována porucha chování, objevují se zde i poruchy osobnosti, poruchy přizpůsobení a další, lze tvrdit, že psychický stav má velký vliv na suicidální jednání dětí a mládeže.

Domnívám se, že cíle, které byly v práci stanoveny, byly splněny. Jejím cílem bylo popsat poruchu pudu sebezáchovy, zhodnotit ji na malém vzorku a utřídit společné znaky dětí a adolescentů se suicidálními tendencemi. Popisu poruchy pudu sebezáchovy je věnována zvláště teoretická část, ostatním cílům pak převážně část praktická.

Myslím, že práce by mohla být využita v praxi a to zejména v oblasti prevence. Jsou zde uvedeny rizikové faktory suicidálního jednání, které je třeba eliminovat, aby k tomuto jevu v budoucnosti nedocházelo nebo byl jeho výskyt alespoň minimalizován. Je třeba věnovat pozornost všem signálům, které by mohly vyústit v nežádoucí chování a nepodceňovat suicidální jednání jakéhokoliv charakteru. Předcházet by se mělo také opakovanému suicidálnímu chování, především pak těmto dětem a dospívajícím věnovat dostatečnou terapeutickou péči.

V druhé řadě by pak zjištěné a uvedené poznatky mohly přispět k větší informovanosti především laické veřejnosti, jelikož tento jev je v současnosti poměrně častý a setkat se s ním může opravdu každý.

## **7. KLÍČOVÁ SLOVA**

Prevence suicidálního jednání

Rizikové faktory suicidálního jednání

Sebepoškozování

Suicidální jednání dětí a mládeže

Suicidální pokus

Suicidium

## 8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BAŠTECKÁ, Bohumila, et al. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3.
2. ČERNÁ , Ria. *Sebevražednost dětí a dospívajících* [online]. 2005 [cit. 2007-11-10]. Dostupný z WWW: <[http://www.socialniprace.wz.cz/www/seminarky/sebevrazednost\\_deti\\_a\\_dospivajicich.htm](http://www.socialniprace.wz.cz/www/seminarky/sebevrazednost_deti_a_dospivajicich.htm)>.
3. DÖRNER, Klaus, PLOG, Ursula. *Bláznit je lidské*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1999. 353 s. ISBN 80-7169-628-5.
4. ELLIOT, Julian, PLACE, Maurice. *Dítě v nesnázích*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. 208 s. ISBN 80-247-0182-0.
5. FRANZ, Jiří. Tentamen suicidii v PNP. *Urgentní medicína : Časopis pro neodkladnou lékařskou péči* [online]. 2004, roč. 7, č. 4 [cit. 2007-11-10], s. 20-23. Dostupný z WWW: <[http://www.mediprax.cz/um/casopisy/UM\\_2004\\_04.pdf](http://www.mediprax.cz/um/casopisy/UM_2004_04.pdf)>. ISSN 1212-1924.
6. GJURIČOVÁ, Šárka, KOCOURKOVÁ, Jana, KOUTEK, Jiří. *Podoby násilí v rodině*. 1. vyd. Praha : Vyšehrad, 2000. 104 s. ISBN 80-7021-416-3.
7. HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
8. HLOUŠKOVÁ , Lenka. *V Česku se ročně pokoušejí o sebevraždu tisíce dětí* [online]. 2003 [cit. 2008-03-29]. Dostupný z WWW: <<http://www.novinky.cz/clanek/136376-v-cesku-se-rocne-pokouseji-o-sebevrazdu-tisice-deti.html>>.

9. HORT, Vladimír, et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9.
10. JEDLIČKA , Richard, et al. *Děti a mládež v obtížných životních situacích : Nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí*. 1. vyd. Praha : Themis, 2004. 479 s. ISBN 80-7312-038-0.
11. KASALOVÁ DAŇKOVÁ, Šárka. Analýza: Metody používané při sebevražděném jednání. *Demografie* [online]. 2006 [cit. 2008-03-15]. Dostupný z WWW: <[http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku=&artclID=246](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=246)>. ISSN 1801-2914.
12. KOUSALOVÁ, Hana. *Jak se vyvíjí názor na smrt v dětském věku-retrospektivní studie s dospělými*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 75 s. Vedoucí bakalářské práce MUDr. Josef Kříž.
13. KOUTEK, Jiří, KOCOURKOVÁ, Jana. *Sebevražedné chování*. 1. Vydání. Praha : Portál, 2003. 128 s. ISBN 80 – 7178 – 732 – 9.
14. KOZLOVÁ, Lucie. *Výzkum v sociální oblasti* [online]. 2002 [cit. 2008-03-15]. Dostupný z WWW: <[http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb\\_305/index.htm](http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm)>.
15. KŘÍŽ , Josef. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 2. vyd. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2004. 76 s. ISBN 80-7040-724-7.
16. MALÁ , Eva, et al. *Dítě a stres*. 1. vyd. Praha : Tigis, 2007. 143 s. ISBN 978-80-903750-1-7.

17. ROGGE, Jan – Uwe. *Dětské strachy a úzkosti*. 1. vyd. Praha : Portál, 1999. 216 s. ISBN 80-7178-237-8.
18. *Sebepoškozování* [online]. 2008 [cit. 2008-04-13]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Sebepoškozování>>.
19. *Seznam linek důvěry* [online]. 2006 [cit. 2008-05-10]. Dostupný z WWW: <<http://www.krizovaintervence.cz/linky.html>>.
20. Syndrom rizikového chování v dospívání. *Medicína : Odborné fórum lékařů a farmaceutů* [online]. 1998, roč. 4 [cit. 2008-04-06]. Dostupný z WWW: <[http://www.zdrava-rodina.cz/med/med498/m498\\_40.html](http://www.zdrava-rodina.cz/med/med498/m498_40.html)>.
21. TUČEK, Jan, CHODURA, Vladimír. *Psychiatrie*. 3. vyd. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 90 s. ISBN 80-7040-786-7.
22. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. Rozšířené a přepracované vyd. Praha : Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
23. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese : Variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vyd. Praha : Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.
24. VODÁČKOVÁ, Daniela, et al. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002. 544 s. ISBN 80-7178-696-9.

## 9. PŘÍLOHY

**Příloha 1:** Celkový počet dokonaných suicidií všech věkových kategorií a počet suicidií adolescentů v ČR v letech 1989-2000 na 100 000 obyvatel

**Příloha 2 :** Srovnání lidí, kteří se o sebevraždu pokusili, a lidí, kteří ji dokonali

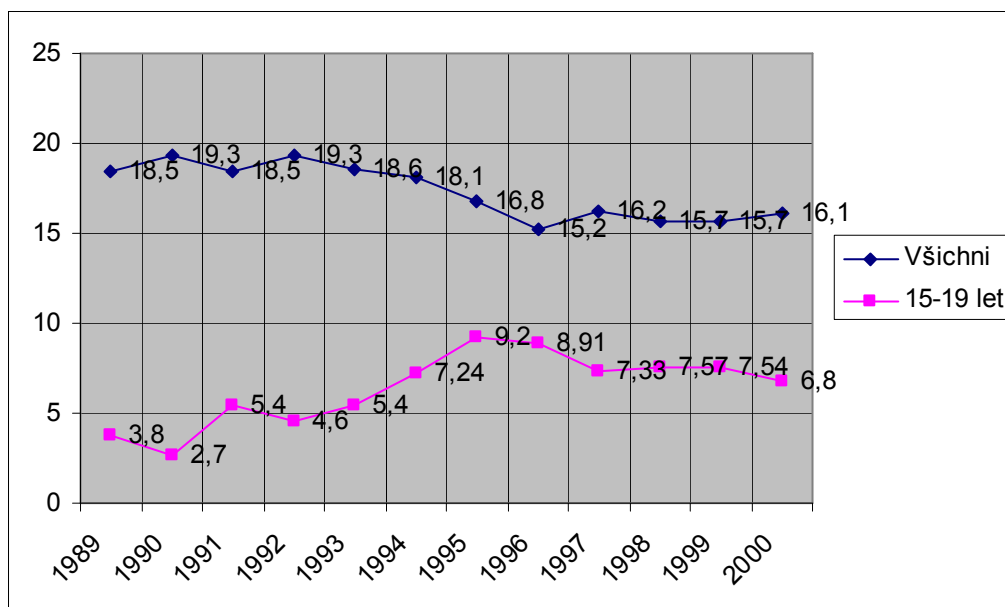
**Příloha 3 :** Patnáctiletá dívka se suicidálními myšlenkami a fantaziemi, která kreslí představu o svém pohřbu.

**Příloha 4 :** Kresba jedenáctiletého chlapce, který má velké problémy ve vrstevnické skupině.

**Příloha 5 :** Seznam linek důvěry



**Příloha 1:** Celkový počet dokonaných suicidií všech věkových kategorií a počet suicidií adolescentů v ČR v letech 1989-2000 na 100 000 obyvatel



Zdroj: 13

**Příloha 2:** Srovnání lidí, kteří se o sebevraždu pokusili, a lidí, kteří ji dokonali

	<b>Sebevražedné pokusy</b>	<b>Dokončené sebevraždy</b>
pohlaví	převážně ženské	převážně mužské
věk	převážně mladý	riziko s věkem vzrůstá
metoda	s nízkou úmrtností (prášky, pořezání)	více násilná (střelná zbraň, skok z výšky)
okolnosti	pravděpodobná záchrana	opatření proti odhalení
nejčastější diagnózy	dystymie, těžká porucha nálady	hraniční porucha osobnosti, alkoholismus, schizofrenie
převládající emoce	deprese s hněvem	deprese s beznadějí
motivace	změna situace, volání o pomoc	smrt

Zdroj: 1

**Příloha 3** : Patnáctiletá dívka se suicidálními myšlenkami a fantaziemi, která kreslí představu o svém pohřbu. Zabývá se tím, jak by ostatní reagovali na to, kdyby zemřela.



Zdroj: 13

**Příloha 4** : Kresba jedenáctiletého chlapce, který má velké problémy ve vrstevnické skupině. Byl hospitalizován po suicidálním pokusu skokem z výšky. Chlapec trpěl úzkostnými sny, které znázorňuje v kresbě.



Zdroj: 13

**Příloha 5 : Seznam linek důvěry**

**SEZNAM LINEK DŮVĚRY**

České republiky

aktualizován k 1.listopadu 2006

**Linka důvěry (Blansko)** – nonstop, tel. 516 410 668

- pro celou populaci

**Linka naděje (Brno)**- nonstop, tel. 547 212 333

- pro celou populaci

**Modrá linka – centrum a linka důvěry pro děti a mládež (Brno)** – 9,00 – 21,00 hod.,

tel. 549 241 010

- pro děti a mládež

**Linka důvěry (České Budějovice)** – nonstop, tel. 387 313 030

- pro celou populaci

**Linka důvěry (Havířov)** – nonstop, tel. 596 410 888

- pro celou populaci

**Linka důvěry (Hodonín)** – 16,00- 22,00 hod., tel. 518 341 111

- pro celou populaci

**Linka důvěry (Karviná)** - nonstop, tel. 596 318 080

- pro celou populaci

**Linka důvěry (Kladno)** – nonstop, tel. 312 684 444

- pro celou populaci

**Linka důvěry (Kutná Hora)** – 8,00 – 22,00 hod., tel. 327 511 111

- pro celou populaci

**Linka důvěry (Liberec)** – nonstop, tel. 485 177 177, 485 106 464

- pro celou populaci

**Linka důvěry (Mladá Boleslav)** – 9,00 – 18,00 hod., tel. 326 741 481

- pro celou populaci

- Linka duševní tísně ( Most)** – nonstop, tel. 476 701 444  
- pro celou populaci, důraz na G/L minoritu a AIDS
- Linka důvěry (Olomouc)** – nonstop, tel. 585 414 600  
- pro celou populaci
- Linka důvěry (Opava)** – 10,00 – 6,00 hod., tel. 553 61 64 07  
- pro celou populaci
- Linka důvěry (Ostrava)** – 12,00 – 6,00 hod., So,Ne – nonstop, tel. 596 618 908  
- pro celou populaci
- Linka důvěry (Písek)** – 8,00 – 22,00 hod., tel. 382 222 300  
- pro celou populaci
- Linka důvěry a psychologické pomoci (Plzeň)** – nonstop, tel. 377 462 312  
- pro celou populaci
- Linka důvěry RIAPS – MCSSP (Praha)** – nonstop, tel. 222 580 697  
- pro celou populaci
- Linka důvěry CKI – PL Bohnice (Praha)** – nonstop, tel. 284 016 666  
- pro dospělé
- Linka důvěry SOS – centra Diakonie (Praha)** – 9,00 – 22,00 hod., tel. 222 514 040  
- pro celou populaci
- Gay linka pomoci (Praha)** – St – 9,00 – 19,00 hod., tel. 222 514 040  
- pro homosexuálně orientované
- Linka psychopomoci (Praha)** – 9,00 – 21,00 hod., tel. 224 214 214  
- pro celou populaci
- Senior telefon (Praha)** – nonstop, tel. 800 157 157  
- pro stárnoucí, starší generace, osamělí senioři, rodiny pečující  
o těžce nemocné seniory
- Zlatá linka seniorů – Elpida (Praha)** – 8,00 – 22,00 hod., tel. 800 200 007  
- pro seniory a lidi o seniory pečující
- Linka bezpečí (Praha)** – nonstop, tel. 800 155 555  
- pro děti a mládež do 18 let (studenti do 26 let)
- Internetová linka (Praha)** – nonstop, email: lb@linkabezpeci.cz

- pro děti a mládež do 18 let (studenti do 26 let)

**Linka vzkaz domů (Praha)** – 8,00 – 22,00 hod., tel. 800 111 113

- pro děti a mládež na útěku či vyhozené

**Rodičovská linka (Praha)** - Po: 13,00 - 16,00 hod., St: 16,00 - 19,00, tel. 283 852 222

- pro rodiče

**Linka důvěry Dětského krizového centra (Praha)** – nonstop, tel. 241 484 149

- pro děti a rodiče, příbuzné, spolupracující odborníky, kteří se dostali do kontaktu se syndromem CAN (Child Abuse and Neglect - syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte), obecně ale pro všechny lidi, kteří se dostali do krizové situace a potřebují rychlou a dostupnou pomoc.

**DoNa linka (Praha)** – nonstop, tel. 251 511 313

- pro oběti domácího násilí

**Linka pomoci v krizi – Policie ČR (Praha)** – nonstop, tel. 974 834 688

- pro příslušníky a zaměstnance rezortu MV a pro jejich rodinné příslušníky

**Linka pomoci (Ústí nad Labem)** – nonstop, tel. 475 603 390

- pro celou populaci

**Linka důvěry (Ústí nad Orlicí)** – nonstop, tel. 465 524 252

- pro celou populaci

**Linka důvěry (Vsetín)** – nonstop, tel. 571 413 300

- pro celou populaci

**Linka důvěry (Zlín)** – nonstop, tel. 577 431 333

- pro celou populaci

Zdroj: 19