

Česká zemědělská univerzita v Praze

Fakulta agrobiologie, potravinových a přírodních zdrojů

Katedra etologie a zájmových chovů



**Fakulta agrobiologie,
potravinových a přírodních zdrojů**

**Využití zvířat v zoorehabilitaci u klientů s diagnózou
úmyslné sebepoškození sebevraždou**

Bakalářská práce

Autor: Štvrtňová Lucie

Obor: Zoorehabilitace a asistenční aktivity se zvířaty

Vedoucí: Ing. Kristýna Machová, Ph.D.

© 2021 ČZU v Praze

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci "Využití zvířat v zoorehabilitaci u klientů s diagnózou úmyslné sebepoškození sebevraždou" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce. Jako autorka uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne:

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala paní Ing. Kristýně Machové, Ph. D. za profesionální a odbornou pomoc při sepisování této bakalářské práce.

Využití zvířat v zoorehabilitaci u klientů s diagnózou úmyslné sebepoškození sebevraždou

Souhrn

Tato práce na základě dostupné literatury podrobně rozebrala možné účinky využití zvířat v zoorehabilitaci u skupin klientů, kteří se zdají být ve značném riziku k dokonání sebevraždy.

Zapojení zvířete jako prostředníka do terapeutického prostředí se zdá být v mnoha ohledech velice prospěšné. Přítomnost zvířete může například navozovat příjemnější a poklidnější atmosféru, přispívat k budování důvěry a zlepšovat vzájemnou komunikaci terapeuta a klienta. Zvířata se v terapeutické praxi zapojují u celé škály klientů, kteří se potýkají s nejrůznějšími diagnózami.

Nejrizikovější skupinou pro úmyslné sebepoškození jsou jedinci s psychiatrickými diagnózami. Nedávné údaje dokonce naznačují, že počet těchto jedinců může dosahovat až devadesát procent. Klienti s diagnózou úmyslné sebepoškození se vědomě a cíleně snaží ublížit sami sobě a to může i nemusí vést k tomu, že si vezmou vlastní život. Proces k sebevraždě vede většinou postupně. Od sebevražedných myšlenek přes sebevražedné tendence, chování, pokusy až k dokonání sebevraždě.

V praxi se v terapii a současně v prevenci zapojují zvířata u klientů se sebevražednými sklony převážně u válečných veteránů, vězňů a klientů v léčebných zařízeních s celou škálou psychiatrických onemocnění. Nejčastěji se jedná o posttraumatickou stresovou poruchu a depresivní stavy, u kterých je nejčastější výskyt sebedestruktivního chování a zároveň největší riziko dokonání sebevraždy. Zoorehabilitace se využívá v primární prevenci s cílem snížit u klientů možné rizikové faktory, převážně příznaky psychiatrických onemocnění. V sekundární prevenci se zvířata zapojují u klientů v krizových situacích, akutně se sebepoškozujících či se silnými tendencemi zemřít a v prevenci terciální u klientů, kteří jsou po provedeném sebevražedném pokusu s cílem zamezit jeho dalšímu opakování. Zvolené metodické postupy se liší hlavně u koní, psů a ostatních zvířat, proto byly rozděleny do tří po sobě jdoucích kapitol. V některých případech se však postupy liší i v rámci těchto skupin. Kůň se nejčastěji zapojuje v rámci hipoterapie v psychiatrii a psychologii na statku, zoorehabilitační tým spolu se psem se u klientů obvykle zařazuje do psychoterapie v léčebných zařízeních. Ostatní zvířata se u klientů se sebevražednými sklony v zoorehabilitaci také v menším zastoupení zapojují.

Z výsledků publikovaných intervencí za účasti zvířat vyplynulo, že mohou mít pozitivní vliv na zmírnění suicidálních myšlenek, tendencí i pokusů a snižovat příznaky psychiatrických onemocnění a rizik s tím spojených.

Klíčová slova: zoorehabilitace, duševní zdraví, humánně-animální interakce, psychopatologie, úmyslné sebepoškození, sebevražedné chování

Animal-assisted intervention in patients with diagnosis of intentional self-harm by suicide

Summary

Based on the available literature, this paper analyzed the possible effects of the use of animals in animal-assisted interventions for groups of clients who appear to be at considerable risk of committing suicide.

The involvement of the animal as a mediator in the therapeutic environment seems to be very beneficial in many aspects. For example, the presence of an animal can create a more pleasant and calm atmosphere, contribute to building trust and improve communication between the therapist and the client. Animals are involved in therapeutic practice for a wide range of clients who face a variety of diagnoses.

The most at risk group for intentional self-harm are individuals with psychiatric diagnoses. Recent data suggest that the number of these individuals may be as high as 90 percent. Clients diagnosed with intentional self-harm consciously and purposefully try to harm themselves which may or may not lead them to taking their own lives. The process of suicide usually leads gradually. Beginning with suicidal thoughts through suicidal tendencies, behaviors, attempts to completed suicide.

In practice, animals are involved in both therapy and prevention for clients with suicidal tendencies and mainly for war veterans, prisoners and clients in medical facilities with a whole range of psychiatric illnesses. The most often are post-traumatic stress disorder and major depressive disorder, in which there is the most common occurrence of self-destructive behavior and the greatest risk of completed suicide. Animal-assisted interventions are used in primary prevention in order to reduce possible risk factors for clients, mainly symptoms of psychiatric diseases. In secondary prevention, animals are involved in clients in crisis situations, in which they are acutely self-harming or with a strong tendencies to die. And in tertiary prevention in clients who are after a suicide attempt in order to prevent its further recurrence. The chosen methodological procedures differ mainly for horses, dogs and other animals, so they were divided into 3 consecutive chapters. However in some cases the procedures also differ within these groups. Horses are most often involved in hippotherapy in psychiatry and psychology on the farm, the therapeutic team together with dogs are usually included in psychotherapy in medical facilities. Other animals are also involved in a smaller proportion of clients with suicidal tendencies in animal-assisted interventions.

The results of published interventions involving animals have shown that they can have positive effect on alleviating suicidal ideation, tendencies, experiments and reducing the symptoms of psychiatric illnesses and the risks associated with them.

Keywords: animal-assisted intervention, mental health, human-animal interactions, psychopathology, intentional self-harm, suicidal behavior

Obsah

1 Úvod	1
2 Cíl práce	2
3 Literární rešerše	3
3.1 Zoorehabilitace	3
3.1.1 Formy zoorehabilitace	4
3.1.2 Zapojované druhy zvířat	5
3.1.3 Efekty na zdraví cílových skupin.....	8
3.1.4 Složení zoorehabilitačního týmu	10
3.2 Úmyslné sebepoškození	11
3.2.1 Sebedestruktivní chování.....	12
3.2.2 Nejčastější psychiatrická onemocnění vedoucí k sebepoškozování	21
3.3 Zoorehabilitace v praxi u klientů se suicidálními sklony	25
3.3.1 Zapojení koní v praxi u klientů se suicidálními sklony	25
3.3.2 Zapojení psů u klientů se suicidálními sklony.....	27
3.3.3 Zapojení ostatních zvířat u klientů se suicidálními sklony.....	31
3.3.4 Prevence suicidálního chování prostřednictvím zoorehabilitace.....	33
4 Závěr	35
5 Literatura	36
6 Seznam použitých zkratk a symbolů	55
7 Samostatné přílohy	1

1 Úvod

Zvířata jsou součástí lidských životů od nepaměti. Z jejich přítomnosti se těžilo již v samých počátcích lidské existence a v mnoha případech se bez nich člověk jednoduše neobešel. Od lovu, přes využití na zemědělské práce, pro transport, hlídání, až po jejich zařazení do lidských domácností, jako domácích mazlíčků. Už tehdy byla jejich přítomnost neocenitelná, ale až nedávno byla objevena jejich jedinečná schopnost „léčit“ svou přítomností.

Člověk je obecně velice společenský, každý se rodí s potřebou navázání vztahů a tak i při prožívání náročných období tíhne k sociálnímu kontaktu. Obvykle však člověk nechce slyšet názory ostatních na svou situaci, jak by ji druzí vyřešili lépe a podobně. Většinou mu bohatě postačí, když ho někdo vyslechne a je tu pro něj bez nutné potřeby něco říkat. Možná i proto se čím dál častěji těmito společníky stávají právě zvířata. Jejich zapojování jako společníků například do školek a škol je všeobecně známé, ale ani jejich účast při léčebném procesu v nemocnicích není výjimkou.

Zoorehabilitace je stále více se rozvíjející terapeutickou i preventivní metodou. Často bývají zvířata zapojována s cílem dosáhnout pokroků v léčbě, kterých nebylo možné dosáhnout obvyklými přístupy, či jejich kombinací a její pozitivní účinky se využívají u celé řady osob bez ohledu na věk, pohlaví, zdravotní stav či společenské postavení.

Lidé se v každodenním životě potýkají s nejrůznějšími potížemi. Ať už se jedná o problémy zdravotní, pracovní, školní či jakékoliv jiné, mohou se na lidech i vážně podepsat. Zátěž, pod kterou se spousta lidí nachází, může být mnohdy velmi stresující a při jejím dlouhodobém přetrvávání vyústit v řadu závažných psychických, sociálních i fyzických problémů. Někteří lidé jsou k rozvoji těchto druhotných problémů náchylnější než jiní, což může být ovlivněno horšími sociálními podmínkami, náročným profesním zatížením či podmíněno geneticky a často se tak tyto problémy stávají rizikovými.

Mnohdy je toho na lidi jednoduše moc a přidáme-li k tomu psychické, sociální či fyzické potíže, je pochopitelné, že pak hledají způsoby, jak tomu všemu uniknout. Pro celou řadu lidí to v těchto těžkých životních situacích bohužel může znamenat záměrné ukončení vlastního života, tudíž sebevraždu. Takovému jednání zpravidla předchází dobře promyšlený plán a před ním různá stádia sebevražedných tendencí a myšlenek. Odhalit tato jednání však není snadným úkolem pro žádného odborníka. Zavedení včasné a účinné prevence, a to nejen u osob více náchylných k rozvoji rizikových faktorů, a následná péče o klienty s již rozvinutým sebevražedným jednáním, je tak stěžejní k zabránění zbytečných ztrát na životech.

Právě z tohoto důvodu je cílem této práce uvést působení zvířat v rámci zoorehabilitace u této skupiny klientů se sebevražednými sklony.

2 Cíl práce

Cílem práce je zmapovat a popsat možné využití zvířat v zoorehabilitaci u pacientů s diagnózou úmyslné sebeпоškození. Práce dále uvede možné preventivní programy, které zahrnují zoorehabilitaci a jsou zaměřeny na sledovanou skupinu klientů.

3 Literární rešerše

3.1 Zoorehabilitace

Zoorehabilitace lze definovat jako terapeutický přístup, jehož záměrem je podporovat vytváření prospěšných interakcí mezi lidmi a zvířaty, která splňují specifická kritéria, s preventivními i terapeutickými cíli (Bouchard et al. 2004; McCullough et al. 2018). Účinky interakcí mezi člověkem a zvířetem mohou mít poté pozitivní vliv ve fyziologické, psychologické i sociální oblasti a mohou být vykonávány ve velmi rozsáhlé nabídce prostředí (Nimer & Lundahl 2007). Za to aktuálně nejvyhledávanější se považuje prostředí klinické (McCullough et al. 2018). V těchto prostředích je zvíře v roli tzv. koterapeuta, který navozuje důvěrnější atmosféru a tím napomáhá k lepší vzájemné komunikaci (Stefanini et al. 2016). Kromě usnadnění těchto sociálních interakcí, patří mezi další pozitivní vlivy zoorehabilitace, například zmenšování příznaků duševních chorob, zlepšení kvality života a celkové poskytnutí klidu a vyrovnanosti do běžného života klienta (Berget & Grepperud 2011). Zoorehabilitace našla své zastoupení v mnoha léčebných odvětvích a zařízeních. Mezi ně patří například zařízení dlouhodobé péče, zařízení pro léčbu duševně nemocných, ordinace zubního lékaře či pediatra a další běžná nemocniční prostředí (Abrahamson et al. 2016). Nejčastěji zapojovaná zvířata v zoorehabilitaci jsou psi. Vedle nich se však hojně zapojují zvířata jako jsou koně nebo kočky. Dále se můžeme setkat také se zvířaty, jako jsou morčata, králíci, ptáci, delfini, lamy, hospodářská zvířata a další. Terapeutické intervence za účasti zvířat mohou být indikovány klientům všech věkových kategorií - dětem, adolescentům, osobám středního věku i seniorům, zdravým i nemocným, avšak jsou využívány převážně u skupin populace se speciálními potřebami (Morrison 2007; Allison & Ramaswamy 2016). Může se jednat o klienty, kteří mají různé typy psychických, tělesných či kombinovaných znevýhodnění (Beetz 2017). Příkladem mohou být jedinci potýkající se s depresemi, schizofrenií, posttraumatickou stresovou poruchou, poruchami autistického spektra, Alzheimerovou chorobou, ale také oběti násilí, osoby se smyslovým postižením (nevidomí, neslyšící), po cévní mozkové příhodě, s trvalými následky po úrazu, děti s poruchami chování, s dětskou mozkovou obrnou a podobně (Schultz et al. 2006; Hardiman, 2010; Muñoz et al. 2011; Muñoz et al. 2015; Davis et al. 2015; Sarlon et al. 2018; Hawkins et al. 2019).

Historie

Vzájemné působení člověka a zvířete má velice dlouhou minulost. Ať už mluvíme o soužití či koevoluci, vztah člověka a zvířete je starý jako historie sama (Charry-Sánchez et al. 2018).

Zvířata začala být zapojována do moderního zdravotnictví pro terapeutické účinky s cílem, že pacienti budou mít prospěch z jejich blízkosti, pozorování, dotyku a péče o ně. K prvnímu doloženému použití terapie za účasti zvířete, jakožto nástroje k dosažení konkrétních cílů u pacienta, došlo v roce 1792 v psychiatrickém ústavu Quaker ve městě York v Anglii. V roce 1867 byla zvířata zapojena v léčbě epileptických pacientů v Německu a první zdokumentované použití ve Spojených státech se uskutečnilo v rekonvalescentní nemocnici letectva v Pawlingu roku 1942. Roku 1948 byl otevřen dětský domov v americkém Brewsteru,

kde začali využívat zvířata jako pozitivní posílení dobrého chování dětí (Connor & Miller 2000). Rok 1969 byl pro rozvoj terapie za účasti zvířat jedním z nejzásadnějších. Psychiatr Boris Levinston totiž náhodou objevil, že komunikace s předtím neverbálním dítětem se zlepšila, když byl během terapie přítomen Levinstonův pes. Tento objev se považuje za zrození dnešní rehabilitační činnosti za pomoci zvířat (Palley et al. 2010).

Vědní obor nazývaný humánně-animální interakce vstoupil do lidského povědomí teprve v osmdesátých letech minulého století. Tou dobou byla založena řada vědeckých společností, prováděly se vědecké konference a začalo se publikovat čím dál tím více článků ve vědeckých i populárně naučných časopisech. V roce 1992 vznikla mezinárodní asociace organizací (IAHAIO) zabírající se humánně-animálními interakcemi (Ranaivojaona 2012).

3.1.1 Formy zoorehabilitace

Zastřešující pojem pro všechny formy zoorehabilitace jsou intervence za účasti zvířat, z anglického sousloví Animal-Assisted Interventions (AAI). Rozumíme jím jakoukoliv intervenci, která do terapeutických, vzdělávacích a zdravotnických procesů a prostředí zařazuje zvířata za účelem terapeutických přínosů a zlepšení zdraví (Kruger & Serpell 2006). Pod tento pojem spadají následující formy zoorehabilitace:

Terapie za účasti zvířat, anglicky Animal-Assisted Therapy (AAT) je cílená a strukturovaná intervence, která je prováděná odborníky ze zdravotnických nebo sociálních služeb, vystudovaných v rámci jejich profese (Palley et al. 2010). Dále je součástí terapeutického týmu zvíře a jeho majitel. Zvířata, která jsou součástí terapie, jsou na terapii dovedena jejich majiteli tzv. handlersy, kteří jsou za zvířata zodpovědní v průběhu terapie. AAT může být prováděna v různých prostředích. Mezi ty nejčastější patří nemocnice, kliniky, pečovatelské domy, věznice, zvířecí farmy či domácnosti klientů (Friedmann & Son 2009). Záměrem celé terapie je zlepšení konkrétních kognitivních a fyzických zdravotních cílů (DeCoursey et al. 2010). K zajištění účelné terapie, je vždy prováděna dokumentace o celkovém průběhu terapie (Burr & Wittman 2019).

Aktivity za účasti zvířat, anglicky Animal-Assisted Activities (AAA) jsou oproti AAT méně formální a strukturované. I přes to, že není potřeba, aby AAA vykonávali licencovaní odborníci, měli by je provádět dostatečně kompetentní jedinci, kteří jsou vyškoleni v oboru a to ve spolupráci se zvířaty, která vyhovují určitým podmínkám (Palley et al. 2010; Jones et al. 2019). AAA nemusí být nutně určené konkrétní osobě, zvíře může být i ve vlastnictví samotného klienta a jedná se obvykle o vcelku krátkodobé intervence, bez nastavení konkrétního léčebného cíle terapie a dokumentace (DeCoursey et al. 2010; Jones et al. 2019). AAA umožňují zlepšení kvality života klientů, podporou motivace, vzdělávání či rekreace a jsou nejčastěji poskytovány týmy dobrovolníků v nemocnicích, pečovatelských zařízeních a ve školách (Burr & Wittman 2019).

Vzdělávání za účasti zvířat, anglicky Animal-Assisted Education (AAE) je stejně jako AAT cílenou, strukturovanou intervencí. Je plánovaná a řízená pedagogem s jasným pedagogickým cílem a následně hodnocena a dokumentována (Jegatheesan et al. 2015).

Ve školním prostředí napomáhají činnosti se zvířaty k rozvoji emocionálních a kognitivních schopností, mohou sloužit i jako prevence proti výrazným stresovým stavům, stavům úzkosti, deprese, osamělosti, souvisejícími například s neúspěchem klienta v různých studijních odvětvích a využívá se i k výuce samotné (Adamle et al. 2009; Sandt 2020).

Krizová intervence za účasti zvířat, anglicky Animal-Assisted Crisis Response (AACR) je orientovaná na osoby, které se vyskytly v krizi, byly postižené přírodními či technickými katastrofami nebo jinými traumaty. AACR provádí vyškolené týmy handlerů a zvířat s cílem poskytnout těmto osobám pohodlí, úlevu od stresu a silnou emocionální podporu (Lass-Hennemann et al. 2018). Kontakt, starost, zájem a péče o zvíře může rapidně zvýšit pocit bezpečí a mít tak na osobu postiženou krizí velice pozitivní dopad (Greenbaum 2006). Zvířata zapojená do AACR musí být schopna přizpůsobit se nejen různým prostředím, ale také psychicky nestabilním jedincům v emocionálně napjatém, eventuálně stresujícím prostředí (Lackey & Haberstock 2019). Zvíře, ale stejně tak i handler či terapeut musí být proto řádně připraveni na zvládání někdy velmi vysoké míry stresu (Chandler 2012). Přesto, že se odborník vedoucí krizovou intervencí do značné míry věnuje klientovi a jeho aktuálním potřebám, nesmí zapomínat na časté kontrolování terapeutického zvířete, jeho reakce na danou potencionálně stresující zátěž a zajistit mu fyzickou i psychickou pohodu (Lackey & Haberstock 2019). V praxi by odborníci vedoucí AACR měli projít školením psychologické první pomoci PFA (psychological first aid) (Brymer et al. 2006).

3.1.2 Zapojované druhy zvířat

Kůň

Hiporehabilitace je zastřešující pojem pro všechny aktivity za účasti koně i jeho zapojení do terapeutického prostředí s cílem zlepšit aktuální zdravotní stav či výsledky léčby klienta. V rámci těchto interakcí se kůň může zapojovat do různých forem terapie, jako je psychoterapie, fyzioterapie, ergoterapie, logopedie a další, kde je kůň členem léčebného týmu (Fry 2013). Zapojení koně do terapie můžeme rozdělit na tři oblasti. Oblast fyzioterapie a ergoterapie, oblast duševního a psychického zdraví a oblast pedagogiky a sociální praxe (Wood et al. 2020).

V hipoterapii v psychoterapii a psychiatrii (HTP) může být kůň zapojován v několika směrech. Klienty (jednotlivce, rodiny či skupiny) a aktivity pro HTP pečlivě vybírá školený psychoterapeut, psycholog či psychiatr na základě klientova léčebného plánu s cílem zlepšit klientovo sebevědomí a sebeúctu během terapie (Wilson et al. 2017; García-Gómez et al. 2020). Terapie může probíhat ve stájích, na pastvině, v jízdárně či v jiných prostorách a aktivity s tím spojené mohou být velice variabilní. Může se jednat o činnosti s koněm ze země či v sedle, jako je péče o koně, vedení, práce s dlouhým vodítkem, voltiž, jízda na koni či jízda na bryčce (Labinskyi et al. 2019). Kůň umí velice dobře a okamžitě reagovat nejen na každý pohyb klienta, ale také na jeho psychické naladění. Terapeut poté objasňuje tyto reakce a zpětnou vazbu koně klientovi a vytváří mu tak prostor k sebeuvědomění (White-Lewis 2019). Stejná studie uvádí, že díky tomu je terapeut schopen sledovat kognitivní, behaviorální a afektivní reakce klienta a přirovnávat je k jeho každodenním mezilidským vztahům. V tomto směru je

HTP velice účinným prostředkem u klientů, kteří se potýkají s depresemi, úzkostmi a dalšími emocionálními, psychickými a psychiatrickými poruchami (Burton et al. 2018).

Fyzioterapeut či ergoterapeut, který provádí hipoterapii ve fyzioterapii a ergoterapii (HTFE), musí být školený a licencovaný profesionál s dostatečným výcvikem v oboru (White-Lewis 2019). Účelem této terapie je řešit poruchy, omezení a postižení klientů s neuromuskuloskeletální dysfunkcí (Fry 2013). Klient na koni většinou mění různé polohy sedu, lehu či polosedu, přičemž je vždy z každé strany jištěn jednou osobou, která ho jistí (White-Lewis 2019). Trojrozměrný pohyb hřbetu, který kůň v kroku klientovi poskytuje se velice podobá lidské chůzi (Uchiyama et al. 2011). Podobnost nalézáme hlavně z hlediska bočního sklonu pánve, směru posunutí od těžiště a posloupnosti kroku (Garner & Rigby 2015). Účinky tohoto pohybu koně na posturální kontrolu klienta, smysly a motoriku mohou být použity k usnadnění koordinace, respirační kontroly, pozornosti, ke zlepšení symetrie trupu, rovnováhy, k snížení spasticity, k vyrovnanějšímu postoji a dalším (Muñoz 2015). Pohyb koní tak může velice ovlivnit neurofyziologický systém, který napomáhá k zvládnání dovedností každodenního života (Fry 2013).

V oblasti hiporehabilitace v pedagogice a sociální praxi (HPSP) se kůň do terapie zapojuje podobně jako při HTP, avšak z jiných důvodů. Těžkosti, se kterými se klienti potýkají nejsou tak závažné a náročné (Burgon 2011). Jedná se například o klienty se specifickými potřebami zdravotními znevýhodněními, o osoby s poruchami chování, učení, se smyslovými postiženími a podobně (Smith-Osborne & Selby 2010). Cílem je hlavně socializace, zlepšení komunikativních dovedností, sebeovládání, redukce emocionální otupělosti, sebeúcty, sebeuvědomění či usnadnění průběhu výuky (Selby & Smith-Osborne 2013; Burgon et al. 2018)

Pes

Z nových archeologických nálezů vyplývá, že vzájemný vztah člověka a psa má více než 140 000 letou historii. Není tedy divu, že má pes ve společnosti velké množství rolí. A to nejen jako domácí mazlíček, pes u policie, ve vojenství, ale také ve zdravotnictví (Solomon 2010).

Začleněním psa do terapie, v českém jazyce též canisterapií, rozumíme záměrné začlenění speciálně vycvičeného psa a jeho handlera do terapie s cílem kladně podpořit zdraví klienta (Hartwig & Binfet 2018).

Psi jsou do určité míry schopni velice dobře využívat formy lidské komunikace. Ani šimpanz, jako nejbližší příbuzný člověka, či vlk, jako nejbližší příbuzný psa, nejsou schopni využívat lidskou komunikaci tak pružně, jako pes domácí (Kaminski & Nitzschner 2013). Jsou schopni znamenitě pozorovat reakce lidí pomocí jejich mimořádné schopnosti rozpoznávat v lidských tvářích známky vůle a emocí. Působí na lidi přátelsky a láskyplně. (Lundqvist & Carlsson 2017). „Když psi vstoupí do lidských životů, nebo spíše, když je do nich lidé pustí, ať už se jedná o vojáky v Iráku nebo děti s autismem a jejich rodiny, stávají se tito psi součástí jejich životních příběhů“ (Solomon 2010).

Ukazuje se, že canisterapie je opravdu velice efektivním prostředkem k docílení lepšího zdravotního stavu klienta a to v rámci motivace, vzdělávání i psychologie (Eustache & LaBond 2018). Pes je jedinečným pomocníkem při zvládnání stresu, osamělosti, tělesné slabosti a onemocnění jako je epilepsie, onemocnění jater, cukrovka a mnoho dalších (Labinsky et al.

2019). Dokonce i vcelku krátká interakce člověka se psem, například od 5 do 10 minut, může mít za následek eminentní snížení stresu (Barker et al. 2016).

Není tedy divu, že jsou psi nejběžnějším společníkem člověka a nejen díky tomu jsou velice vhodným druhem pro využití v zoorehabilitaci (Lundqvist & Carlsson 2017).

Kočka

Zapojení kočky do terapie, neboli felinoterapie, je jedno z nejmladších odvětví zoorehabilitace. (Budzińska-Wrzesien et al. 2012).

Kočky jsou velice dobře schopny vycítit nemocná místa na těle klienta. Když na nich leží jsou tato místa pozitivně ionizována a kočky neutralizují škodlivé ionty pomocí jejich srsti (Giermaziak & Fryzowska-Chrobot 2018). Stejná studie uvádí, že pouhé hlazení měkké srsti kočky a její vrnění může mít velice kladný účinek na psychiku klienta. Mohou poskytnout pocit klidu, zlepšit náladu, snížit úroveň úzkosti, krevního tlaku, cholesterolu či dokonce snížit riziko infarktu. K tomu bylo dokázáno, že kočky mohou pomáhat k rychlejšímu zotavování po úrazech či léčbě vnitřních zánětlivých onemocnění a zmírňovat bolesti hlavy a kloubů. Pozitivní účinky felinoterapie byly prokázány například u dětí s enurézou, poruchou řeči, neurastenií, autismem, dětskou mozkovou obrnou a mentální retardací (Labinskyi et al. 2019). Dále u pacientů s rakovinou, Alzheimerovou chorobou, Parkinsonovu chorobou a dalších (Giermaziak & Fryzowska-Chrobot 2018). Kočky jsou dobrou volbou pro terapii i z toho důvodu, že jsou do jisté míry sociálně soběstačné. Dokáží zůstat samy delší čas nežli psi a lépe se i začlení a přijmou péči od cizích lidí. Stejná studie uvádí, že kočky nejsou tolik náročné a nevyžadují přílišně energetické interakce, což je dělá vhodné pro starší, invalidní a těžce nemocnou klientelu (Bernstein 2007).

Delfín

Delfinoterapie je jedinečná metoda, která zapojuje delfiny do terapie s cílem zlepšit lidské zdraví (Chuprikov et al. 2011). Delfinoterapie se využívá u dětí i dospělých. U jedinců, kteří jsou duševně či fyzicky nemocní, zdravotně postižení nebo s různými psychopatologiemi (Marino & Liliendfeld 2007). Delfini se začali aktivně zapojovat do rehabilitace například u lidí s posttraumatickou stresovou poruchou, depresí, emočními poruchami, chorobami pohybového aparátu a dalšími v 70-tých letech minulého století (Galich 2011). Existuje několik teorií o tom, jak delfinoterapie funguje. Ta nejpobulárnější tvrdí, že ultrazvuk vydávaný delfiny prostřednictvím echolokace, mechanicky působí na endokrinní a nervové systémy člověka a zvyšuje tak procesy hojení změnami v buněčné struktuře a tkáních jedince. Tato teorie je podpořena řadou studií, avšak důkazy podporující tuto teorii nejsou zcela dostačující (Fiksdal et al. 2012). Další dvě teorie spekulují o tom, že delfini jednoduše přinášejí lidem radost a štěstí díky jejich hravému chování a nepřetržitému „úsměvu“, nebo že jsou delfini velice vnímaví a sami od sebe přitahováni k lidem se zdravotním postižením, mají o ně starost a věnují jim tak výjimečnou pozornost hravým chováním (McKinney et al. 2001). Existuje však řada studií, která poukazuje na etické hledisko zapojení delfinů do terapie. Například někteří autoři stojí za tím názorem, že zapojení delfinů do terapie nelze morálně ospravedlnit, ledaže by delfini vykonávali terapeutickou činnost svobodně, ve svém přirozeném prostředí a nebyli k tomu

nuceni a přemístování (Taylor & Carter 2018). Při delfinoterapii je také podle některých autorů vkládán na delfiny jistý stres a může hrozit vyšší riziko nebezpečí, poranění či nákaza klientů i delfinů zoonózou (Frohoff 2011; Candelieri 2018). Většina odborníků na welfare však tvrdí, že pokud je s delfiny dobře zacházeno, mohou být intervence za účasti delfinů přípustné (Frohoff & Bekoff 2018). V mnoha ohledech se tedy může zdát zapojení delfinů do terapie diskutabilní (Hardy & Weston 2019).

Lama

Lamy jsou zařazované do zoorehabilitace díky svému druhově specifickému chování. Jsou to zvědavá, ale velice zdrženlivá zvířata. Pokud jsou řádně vychována, jejich zdrženlivost usnadňuje lidem s různými typy postižení lepší zapojení do terapie a práce se zvířaty. Účastníci terapie mohou například velice dobře trénovat svou empatii sledováním komunikace mezi jednotlivými lamami, které se dorozumívají držením těla, postavením uší a ocasu. Po určitém čase vzájemného poznání lamy a klienta, může docházet k budování intimnějšího vztahu prostřednictvím dotyku. Lamy nemají rády hrubé dotýkání, klienti se tak musí naučit dotýkání velice jemnému a klidnému. Když to zvládnou, je pro ně jemná a měkká srst lam většinou fascinujícím zážitkem a tato zkušenost může poté příznivě ovlivňovat klientovu účast v mezilidských vztazích přátelštějším chováním. Kromě tréninku empatie, může účast lam v terapii napomáhat i ke zvýšené ochotě mluvit, či podporovat koordinaci pohybu prostřednictvím pohybových cvičení, které se s lamami dají praktikovat. Mezi ty patří například túry a malé výlety do přírody (Höke 2008).

K terapii jsou vhodnější především lamy krotké (lama glama či llama) a to hlavně z toho důvodu, že lamy alpaky (lama alpaca) jsou prudší a mohou reagovat agresivněji, což může vést ke zranění klientů (Windschnurer et al. 2020). Obranné a útočné chování u obou druhů může zahrnovat kopání, kousání, narážení a může ohrozit, jak handlers, klienty, tak samotná zvířata (McGee 2014). Proto je vždy důležité, vybírat pro terapii klidné, mírné a trpělivé zvířecí jedince (Windschnurer et al. 2020).

Kromě zvířat výše zmíněných, se v zoorehabilitaci zapojují také ptáci, králíci, morčata, fretky, hospodářská zvířata, akvarijní rybičky a další (Kamioka et al. 2014). Tyto druhy zvířat mohou být dobře zařaditelné u klientů, kteří mají alergie na srst psů či koček nebo mají fobie ze zvířat většího vzrůstu, jako je kuň. U těchto zvířat se také snadněji vyhledávají ti jedinci, kteří mají vhodné chování a schopnosti k zajištění kvalitní zoorehabilitace (Fredrickson & Howie 2006).

Pozitivní účinky různých druhů zvířat na zdraví člověka jsou popsány v řadě studií, u klientů různých věkových kategorií, s různými psychickými či jinými poruchami, nemocemi a stavy (Souter & Miller 2007; Berget et al. 2008).

3.1.3 Efekty na zdraví cílových skupin

Zoorehabilitace může přinášet jisté pozitivní vlivy v emoční, kognitivní, sociální a fyzické oblasti (Amerine & Hubbard 2016).

Vliv na emoce

Řada studií dokazuje, že interakce se zvířaty mají kladný dopad na stres u klientů v průběhu terapie. Při interakci člověka a zvířete dochází ke zvyšování hladiny oxytocinu, dopaminu a endorfinu a zároveň ke snižování hladiny kortizolu (Abreu & Figueiredo 2015). To vede ke snížení krevního tlaku a srdeční frekvence, což obecně podněcuje ke klidu, relaxaci a celkové pohodě (Nagasawa et al. 2015). Kontakt a péče o zvířata může u klientů dále probouzet empatičtější chování vůči společnosti a podporovat pocit bezpečí. Tím, že se klienti cítí v bezpečí, získávají k terapeutovi pocit důvěry a jejich vztah se upevňuje. Tento hodnotný vztah klienta a terapeuta je nezbytný k dosažení kvalitní a účelné terapie (Stefanini et al. 2016). Kromě důvěry a empatie podněcuje zoorehabilitace také radost a smích. Dohromady všechny tyto složky mohou vést ke zlepšení celkového emočního stavu a kvality života klientů (Bachi & Parish-Plass 2017).

Vliv na kognitivní dovednosti

Studie uvádějí, že zapojení zvířat do terapie může u klientů s kognitivním poškozením přinášet vcelku efektivní výsledky a to například při snižování psychologických příznaků demence u těchto klientů (Hu et al. 2018). Dobrým příkladem pro rozvoj kognitivních dovedností může být zoorehabilitace za účasti hospodářských zvířat, kde klienti dostávají různé těžké úkoly a snaží se je plnit, jak nejlépe dovedou. Dochází tak k rozvíjení samostatnosti a soběstačnosti (Berget et al. 2008). U starších klientů může zoorehabilitace zvyšovat motivaci, stimulovat paměť a zlepšovat péči o sebe samé z hlediska hygieny a čistoty. U klientů s různými duševními chorobami, kteří se často cítí bezmocní a závislí na ostatních, umožňuje péče o zvíře přispívat k posílení sebevědomí a důvěry (Bachi et al. 2012). Zoorehabilitace také často pomáhá klientům s duševními chorobami cítit se normálně, neodlišovat se od ostatních a snižovat klientovo sociální stigma. Navozuje těmto pacientům pocit svobody a zapojování se do každodenních aktivit, aniž by jim byl přisuzován status člověka s duševním onemocněním (Shen et al. 2018). Při zapojení koně do zoorehabilitace může docházet ke zlepšování pozornosti a kognitivních dovedností spolu se zdokonalením v sebevyjadřování, sebevědomí a samostatnosti (Steiner & Kertesz 2015).

Vliv na podporu sociálních dovedností

Duševní nemoci mohou klienta separovat z jeho sociálního prostředí. Důvodem může být již zmíněné sociální stigma, kdy klient nesplňuje představy a očekávání společnosti, nebo také z důvodu snížené dovednosti klienta, nezbytné pro navazování sociálních vztahů a interakcí. Znovuzískání a pěstování sociálních dovedností mohou výrazně ovlivnit zvířata zapojená v léčebném procesu. Již z pouhého pozorování vzájemného vztahu handlera a zvířete, má klient možnost získat základní informace o akceptovaném nebo naopak neakceptovatelném chování. Klient dále může pociťovat, jak jeho jednání ovlivňuje a působí na zvíře a učit se tak sebeovládání a sebekázně. Na pohyby a aktuální přístup klientů vůči zvířatům, reagují zvířata přímo, vždy hned a otevřeně a jejich následná pozitivní či negativní reakce pomáhá klientovi osvojit si vhodné a přátelské chování (Chitic et al. 2012). Hlavně u dětí je zoorehabilitace

rozsáhle studována jako neúčinnější nástroj v rozvíjení sociálních dovedností. Jisté pozitivní vlivy na zvýšení sociálních dovedností byly prokázány například u dětí s poruchami autistického spektra (Steiner & Kertesz 2015).

Vliv na fyzickou aktivitu

Zoorehabilitace poskytuje také možnost účastnit se pohybových aktivit, které mohou zlepšit klientovu fyzickou zdatnost a současně přinášet zábavu. Procházka, běh, hry a jízda na zvířatech vedou k produkci endorfinů a díky jejich vyplavení do organismu dochází ke zlepšování nálady. Kromě toho tyto aktivity přispívají k procvičování jemné a hrubé motoriky (Velde et al. 2005). Při HTFE pozitivně ovlivňují motorické funkce, opožděné pohyby, špatnou rovnováhu, koordinaci, držení těla a chování, a mohou tak vést například ke zlepšení mechanismu chůze (Steiner & Kertesz 2015). Při canisterapii je zas dokázáno, že pes může značně zvýšit motivaci k fyzické aktivitě a toho je využíváno například u dětí s obezitou (Wohlfarth et al. 2013).

Přesto, že jsou kladné efekty zoorehabilitace podloženy velkým množstvím studií, jejich autoři se ve většině případů shodují na tom, že další - důkazy podložené - studie z různých terapeutických prostředí jsou klíčové pro rozvoj zoorehabilitace jako důvěryhodné, uznávané a legitimní specializace (Nimer & Lundahl 2007; Berget & Grepperud 2011; Stefanini et al. 2016)

3.1.4 Složení zoorehabilitačního týmu

Začlenění zvířat do zdravotní péče může, při správně zvolené metodice, přinášet jisté a efektivní výsledky. Ty jsou ale závislé na dynamickém vztahu klienta a zvířete. Na ten má vliv řada faktorů. Aby byly programy účinné, je nutné, aby i úroveň dovedností terapeutického týmu, schopnosti zvířat a dynamika konkrétních zařízení dávaly dohromady bezpečné prostředí, které vede k uspokojování potřeb klienta i zvířete (Fredrickson & Howie 2006).

K tomu, aby docházelo k pozitivním výsledkům v zoorehabilitaci, je klíčovou součástí týmu řádně vybrané a vycvičené zvíře s dostatečnou schopností empatie a interakce s člověkem (Fine et al. 2019).

Zvířata, která jsou zapojována do zoorehabilitace a označována jako tzv. koterapeuti, jsou povinně podrobována testování a hodnocení k ověření, zda jsou zvířata schopna pracovat s různými typy pacientů (Vaccari & Almeida 2007). Zvířata jsou pro zoorehabilitaci vybírána poměrně důkladně. Hodnotí se například jejich reakce na cizí osoby, davy lidí, jiná zvířata, lékařská zařízení, předměty, hluk, nekontrolované pohyby či jejich schopnost udržet se v klidu při nadměrném dotýkání jinými osobami (Mongillo et al. 2015). Zvířata musí být dále schopna snést jistou míru stresu, být k výkonu zoorehabilitace řádně způsobilá a zdravá (Fine et al. 2019). Zvířata musí mít potřebná očkování a odčervení, být pravidelně kontrolována na nepřítomnost blech, klíšťat a vší, mít pravidelně ošetřované zuby či zkracované drápy. Dále je nutné, aby se účastnila pravidelných vyšetření, která vyloučí podezření či přítomnost jakýchkoliv infekčních onemocnění (Marinho & Zamos 2017).

Standardy pro výběr zvířat stanovují taková zvířata, která jsou dobře kontrolovatelná, spolehlivá, do jisté míry předvídatelná, vzbuzují důvěru a jsou vhodná pro daný zoorehabilitační úkon, klientelu a pracovní prostředí. Pozornost je věnována výběru druhu, plemena, typu, pohlaví, věku, velikosti, zdraví, nadání, vhodnosti a dovedností. (Fredrickson & Howie 2006).

Koterapeuti musí být pod neustálým dohledem kvalifikovaného handlera před, v průběhu, i po jednotlivých zoorehabilitacích. Cílem handlera je, aby byla zvířata co nejvíce efektivní v léčbě lidí a zároveň, aby nebyla narušena jejich pohoda a kvalita života (Dias et al. 2020). Oba, handler i dané zvíře, musí před zapojením v zoorehabilitaci absolvovat potřebné kurzy a testování, a získat tak potřebnou certifikaci (Gilmer et al. 2016). Certifikace zaručuje, že je chování zvířat zapojených v terapii předvídatelné a spolehlivé. Celkový průběh certifikace se poté liší dle zajišťující organizace. Certifikace se vyřizuje na základě žádosti, veterinární prohlídky a hodnocení temperamentu, které testuje reakci zvířete na stresové situace a zda zvíře splňuje základní faktory poslušnosti. Každé testované zvíře musí být alespoň 1 rok staré a mít přinejmenším primární 8-týdenní kurz poslušnosti. Například pes musí zvládat základní povely a kočky či králíci musí při přesunech mezi klienty klidně přetrvávat ve svých košicích. Při testování je brán velký zřetel i na spolupráci zvířete a handlera, protože styl jakým handler komunikuje se zvířetem, má dopad na to, jak klient zvíře vidí a vnímá. Výcvik terapeutických zvířat je zkrátka klíčovou složkou při přípravě zoorehabilitace (Connor & Miller 2000).

Kromě koterapeuta a jeho handlera je dalším prvkem terapie licencovaný terapeut či odborník vystudovaný v oboru (Koukourikos 2019). Těmito odborníky mohou být doktoři, fyzioterapeuti, psychoterapeuti, sociální pracovníci, logopedi či odborníci na duševní zdraví a další (Macauley 2006). Tito odborníci zahrnují zvířata do oblastí svého působení různými způsoby, za použití rozmanitých technik a s ohledem na konkrétní terapeutické záměry (O'Callaghan & Chandler 2011). Důležité ale je, aby odborníci zvážili svůj klinický přístup, když zvířata do terapie chtějí zapojit. Pokud totiž přítomnost zvířete nekoreluje s rázem terapie, může tato interakce vytvořit více škody než užitku. Dále musejí brát zřetel na zvýšenou pozornost a na bezpečí všech zúčastněných. Současně by měli být proškoleni v základních technikách zoorehabilitace. Bez patřičného školení, by totiž mohli zapojit zvířata nevhodně a způsobit tak nepříznivé účinky. S výjimkou zaměření se na účastníky a faktory s nimi spojené, by dále mělo být jejich úkolem dobře zvolit prostředí, ve kterém bude zoorehabilitace vykonávána (Fine 2006).

3.2 Úmyslné sebepoškození

Úmyslný pokus o to zranit sám sebe je v populaci zásadním zdravotním problémem (Muehlenkamp et al. 2012). Sebepoškození je jednou z hlavních příčin hospitalizování jedinců a úmrtnosti úrazem a má významné dopady na ekonomiku a společnost (Haagsma 2016). Klasifikaci úmyslného sebepoškození můžeme najít v desáté revizi mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) pod kódy X60-X84 v závislosti na způsobu provedení (Burzyńska & Sitkiewicz 2020).

3.2.1 Sebedestruktivní chování

Sebedestruktivní chování můžeme chápat jako chování jedince, jehož záměrem není docílit psychické, sociální a fyzické pohody, nýbrž naopak sebepoškození a předčasné smrti. Nedostatek seberealizace, pocit osamělosti, izolace, nedůvěra k vlastním schopnostem a k sobě samému, nuda, prožívání deprese, to všechno může v člověku vyvolávat sklony k sebedestruktivnímu chování (Lukyanenko & Isahakyan 2019).

Pojem sebedestruktivní chování zahrnuje vskutku rozsáhlou škálu sebedestruktivních činů. Tyto činy se liší podle toho, zda se jedná o sebepoškození nesuicidální či suicidální (Kerig 2017).

Sebeпоškození nesuicidální

Jedná se o činy za účelem poškození vlastní osoby, které běžně nekončí dokonanou sebevraždou (suicidiem). Může se jednat o pokusy o oběšení, otrávení, povrchové řezání v reakci na nesnesitelné napětí a podobně (Skegg 2005).

U sebeпоškození je velké riziko recidivy těchto činů. Více než 15-25 % jedinců, kteří byli s následky sebeпоškození hospitalizováni, jsou do 1 roku hospitalizováni na základě těchto činů znovu (Carroll et al. 2014). Nejsilnějším rizikovým faktorem dokonané sebevraždy v celé řadě psychiatrických poruch je právě jedinec s historií sebeпоškození (Hawton et al. 2016). Statistiky uvádí, že 5 % jedinců, hospitalizovaných na základě následků ze sebeпоškození, spáchá sebevraždou do 9-ti let poté. Proto jsou velice důležitá zhodnocení způsobů jednání sebeпоškozujících se jedinců. Zahrnují pečlivé zvážení záměrů a přesvědčení pacienta, jeho psychického stavu a zda si uvědomoval možná rizika úmrtí. Silné sebevražedné úmysly, snaha o to nebyť odhalený či psychiatrická onemocnění jsou jasnými ukazateli vysokého rizika sebevraždy. Mezi rizikové faktory vedoucí k sebeпоškození patří zejména socioekonomická znevýhodnění a psychiatrická onemocnění, především deprese, úzkostné poruchy a užívání návykových látek. Pro efektivní léčbu je důležité vytváření důvěrného vztahu s pacientem, důkladné identifikování problémů, v případě krizové situace zajištění podpory a eventuální zabezpečení intenzivní léčby psychiatrických onemocnění (Skegg 2005).

Sebeпоškození se nejčastěji objevuje u mladých lidí, ve věku od 15 do 35 let (Hawton et al. 2007). V mnoha studiích se uvádí, i když existují mezinárodní rozdíly, že se sebeпоškození vyskytuje u zhruba 10 % adolescentů. Tyto studie také uvádějí, že ve věku 12 až 16 let je sebeпоškození častější u dospívajících dívek než-li u chlapců. S rostoucím věkem se však tento poměr obrací a sebeпоškození se stává častějším u chlapců.

V posledních několika desetiletích se u adolescentů výskyt sebeпоškození rapidně zvýšil, ale důvod pro tento nárůst není dostatečně jasný. Experti však předpokládají, že přispívajícími faktory může být například větší a lepší dostupnost léků, alkoholu, drog a nových forem komunikace (Hawton et al. 2012). U adolescentů i mladých dospělých je nejběžnější formou sebeпоškození povrchové řezání. V nemocnicích jsou však nejčastěji hospitalizováni jedinci po otravách (Rayner et al. 2018). Studie ale ukázaly, že ve srovnání s pacienty, kteří se pokusili otrávit je ještě větší riziko sebevraždy u pacientů, kteří se pokusili o oběšení, utonutí či sebeпоškození střelnou zbraní (Geulayov et al. 2019). U starších dospělých má sebeпоškození odlišné projevy než u mladších dospělých, kde je úmyslné sebeпоškození

více různorodé. U starších dospělých je poté riziko dokonaných sebevražd výrazně vyšší, ačkoli riziko opakovaného sebepoškozování bývá vysoké ve všech věkových skupinách (Troya et al. 2019).

Sebepoškození suicidální

Přestože sebevražda není nemoc, sebevražedné chování, které zahrnuje sebevražedné myšlenky, tendence, plánování, pokusy i dokonanou sebevraždu, je vážným problémem ve zdraví široké veřejnosti (Turecki et al. 2019). Přibližně 804 000 lidí každoročně zemře sebevraždou (Cleare et al. 2019) a přibližně 50 % těchto jedinců se v minulosti sebepoškozovalo (Geulayov et al. 2019).

Rizika sebevražd se pohybují na stupnici a mění se v závažnosti od pouhých myšlenek na smrt, jako takovou, nebo myšlenek pasivně suicidálních (bez záměru zemřít), po myšlenky aktivně suicidální (se záměrem zemřít) a závažnější projevy suicidálních tendencí, jako jsou přípravná chování a pokusy o suicidium. Posun od suicidálních myšlenek k suicidálnímu chování se považuje za kritický bod v procesu k dokonání suicidia. Většina jedinců se suicidálními myšlenkami totiž plán nikdy nevypracuje a ani se o sebevraždu nepokusí (Schmutte et al. 2019).

Suicidální myšlenky

Suicidální myšlenky (někdy je používán termín suicidální ideace) jsou myšlenky na ukončení vlastního života. Rozlišujeme pasivní a aktivní suicidální myšlenky. Pasivními suicidálními myšlenkami rozumíme touhu být mrtvý nebo mít myšlenky na smrt bez jakéhokoliv záměru či plánu. Aktivními suicidálními myšlenkami rozumíme již myšlenky na přijetí kroků se záměrem ukončit svůj vlastní život, včetně vybrání postupu, přípravy a tendencí jednat (Turecki et al. 2016).

Sebevražedné myšlenky se vyskytují převážně v depresivních stavech napříč různými psychopatologiemi. Následný přechod od suicidálních myšlenek k pokusům o sebevraždu souběžně podporují vyskytující se psychiatrické stavy. Tyto stavy, jako například posttraumatická stresová porucha, poruchy osobnosti, užívání drog, panická porucha a další, o kterých bude více pojednáno v kapitole 3.2.2, mohou zvyšovat úzkost nebo snižovat sebeovládání (Turecki et al. 2019). Kromě psychiatrických onemocnění mají na sebevražedné myšlenky a touhu po smrti vliv i faktory sociální. Zda je jedinec svobodný, rozvedený, ovdovělý, sociálně izolovaný, osamělý, odcizený, ztratil podporu nebo jí nemá dostatek, to vše může patřit mezi rizikové faktory u dospívajících i dospělých jedinců (Calati et al. 2018).

Suicidální tendence

Sebevražedné tendence, úmysly či záměry můžeme definovat jako rozsah, v jakém jedinec touží zemřít vlastními prostředky a můžeme u nich rozlišovat, do jaké míry je situace jedince vážná (Freedenthal 2008). Sebevražedné tendence má jedinec ve chvíli, kdy se dostane do stavu, ze kterého není schopen najít racionální východisko. Je uvězněn v dané situaci a zdá se mu, že je sebevražda jedinou možností, jak může utéct od všech problémů. Aby se osoba

se sebevražděnými sklony ze situace zvládla dostat, potřebuje okamžitou pomoc ve správný čas (Madhu 2018).

Již dlouho se rozbor sebevražděných tendencí využívá k posouzení rizika sebevraždy a to z toho důvodu, že byl brán jako ukazatel následných sebevražd (Sun & Zhang 2016). Obecně tedy platí, že čím větší jsou úmysly, tím větší je i snaha pokusit se o sebevraždu (Oquendo et al. 2008). Podle studie Jaiswala et al. (2016) jsou sebevražděné tendence většinou determinovány depresivními stavy, s jejichž rostoucí závažností se poté zvyšují i sebevražděné tendence samotné. Studie dále naznačuje, že by u jedinců se suicidálními tendencemi mělo být prověřeno, zda depresivní stavy prožívají a jak je zvládají, aby bylo možné nastavit vhodnou terapii a zabránilo se tak případným pokusům o sebevraždu.

Suicidální pokus

Pokus o sebevraždu je sebevražděné chování s naznačovaným či skutečným úmyslem zemřít (Turecki et al. 2019). Jedná se o samořízené chování, které není fatální, ale je provedeno s jistým úmyslem zemřít v důsledku tohoto chování (Darvishi et al. 2015).

Provedení pokusů značně ovlivňuje to, do jaké míry jsou impulzivní. Sahají od impulzivních pokusů s nízkou letalitou přes pokusy dobře naplánované a vysoce letální, až po dokonané sebevraždy. Počet nefatálních pokusů o sebevraždu přitom může být až 20 krát vyšší než sebevraždy dokonané (Sudol & Mann 2017). V současné době se používá měřítko impulzivity pokusů na škále od 0 do 16-ti, kde 0 znamená stoprocentně impulzivní pokus a 16 vyjadřuje, že se jedná o pokus důkladně naplánovaný a propracovaný (Baca-Garcia et al. 2005). Ve studiích zabývajících se impulzivitou nebyl zjištěn žádný zásadní rozdíl v impulzivním chování mezi mladšími a staršími věkovými skupinami (Wojnar et al. 2009). U mladých jedinců je však pravděpodobnost přežití pokusu vyšší a celková míra pokusů je až 3 krát vyšší než u jedinců starších 30-ti let (Goldman-Mellor et al. 2014). Pravděpodobnost úmrtí sebevraždou tedy stoupá s věkem a u jedinců s předešlým pokusem pokračuje dalšími, které jsou mnohdy již fatální (Miranda et al. 2011).

Dokonané suicidium

Sebevražda je čin mající fatální následek, jehož si byl před jejím dokonáním zemřelý jedinec vědom, smrtelný výsledek očekával a provedl ho za tímto účelem. Jedná se o komplexní, dynamický a různorodý sociální jev, který neovlivňuje pouze jedince, kteří sebevraždu spáchají, nýbrž celou společnost (Ljušić et al. 2017).

Volba metody se obvykle liší v různých kulturách, pravděpodobně kvůli odlišným možnostem přístupu k jednotlivým prostředkům (Ahmadi 2007). Metody se dále mohou lišit v závislosti na pohlaví. Například ženy, které vykonají sebevraždu, nemají velké sklony k tomu používat násilné způsoby, ale volí převážně drogy a otravy. Oproti tomu muži, se obvykle uchylují k násilným metodám, jako jsou střelné zbraně či oběšení. U žen je tak většinou i větší šance na přežití, než u mužů (Callanan & Davis 2011). Wu et al. (2020) klasifikuje ve své studii způsoby vykonání sebevražd do sedmi kategorií na základě výše zmíněných kódů MKN-10: Sebeotrava pesticidy (X68), všechny ostatní sebeotravy (X60-67, X69), výstřelem

či výbušninou (X72-75), oběšením, uškrcením, dušením (X70), skokem z výšky (X80), utonutím (X71) a jinými způsoby (X76-79, X81-84).

Koutek a Kocourková (2007) ve své studii rozlišují hned několik forem suicidálních jednání:

- **Biická sebevražda** je sebevražda, ke které došlo na základě podnětů vycházejících z reality, například z důvodů zadlužení či nemoci (Koutek & Kocourková 2007).
- **Patická sebevražda** je termín, který se používá v případě, že mají podněty původ v psychopatologii. Jedinec může prožívat například halucinace či bludy. V posledních desetiletích se dokonce ukazuje, že většina jedinců, kteří zemřeli sebevraždou, duševními poruchami trpěla (Brádvík 2018).
- **Bilanční sebevražda** je klasickou formou sebevražd a označují se za ně takové, kde bylo dokonané suicidium vykonáno na základě předchozího pečlivého zvážení a rozvahy, přičemž jedinec již nevidí žádné jiné východisko (Koutek & Kocourková 2007).
- **Impulzivní sebevražda** znamená, že jedinec jedná zkratkovitě, bez rozvážení a plánování, jako odpověď na jistou aktuální situaci (Stanley et al. 2019). Člověk obvykle jedná se značně omezeným ohledem na negativní důsledky, které toto chování může mít na něj samotného, či na ostatní (McHugh et al. 2019).
- **Demonstrativně suicidálním jednání** neprovádí jedinec za účelem ukončení svého života, nýbrž je zaměřeno na vyvolání určité reakce nebo tlaku na okolí (Burzyńska & Sitkiewicz 2020). Podle studie Nurkhodjaeva et al. (2020) bylo demonstrativní a manipulativní sebevražedné jednání pozorováno u 28 % dospívajících jedinců a nejčastěji se jednalo o řezná poranění a polykání velkého počtu léků.
- **Suicidální dohoda** nebo také suicidální pakt je neobvyklou formou dokonáných sebevražd. Podle studie Prat et al. (2013) zaujímá pouhé 1 % všech dokonáných sebevražd. Suicidální dohoda znamená, že se dva jedinci dohodnou na společném vykonání sebevraždy (Ateriya et al. 2019).
- **Rozšířená sebevražda** je sebevražda s jasným patologickým základem, kdy jedinec prožívající například halucinace, či velice silné depresivní stavy spáchá sebevraždu a zároveň jeho zaviněním zahynou další lidé (Gunn 2017).
- **Sebeobětování** je zvláštní forma sebevraždy, při které nemá člověk nejmenší touhu zemřít, avšak učiní tak ve prospěch ostatních lidí, společnosti či vyššího cíle. Se sebeobětováním se setkáváme již od rané historie lidstva, od křesťanských mučedníků, přes kamikadze v Japonsku až po teroristické útoky v současnosti (Whitehouse 2018).
- **Sebezabití** je důležité od sebevraždy oddělovat. Jedná se taktéž o formu, při které nemá člověk sebemenší touhu zemřít, přesto však svým zaviněním zemře. Příkladem může být například opilý člověk, který zemře za volantem v důsledku autonehody. Nebo člověk, který prožívá halucinace, rozhodne se vyskočit z okna s cílem uniknout imaginárním protivníkům a následně zemře na následky tohoto rozhodnutí (Dowie 2020).

Francouzský sociolog Émile Durkheim, ve svém díle z roku 1897 rozeznával čtyři různé druhy sebevražd. Jednotlivé druhy naznačovaly, že k sebevraždám dochází nejspíše ze sociologických důvodů. Ty udávaly buď do jaké míry je jedinec začleněn do společnosti,

a nebo v jaké míře ovládá či reguluje společnost jedince. Tedy do jaké míry jsou členové společnosti omezeni společenskými normami a zvyky (Moore 2016):

- **Egoistická sebevražda** nastává ve chvíli, kdy má jedinec pocit, že je vyčleněn ze společnosti. Míra začlenění do společnosti je tedy podle Durkheima nízká (Lester & Gunn 2016).
- **Altruistická sebevražda** naopak nastává pokud je jedinec do společnosti začleněn v příliš vysoké míře (Marson & Powell 2011).
- **Anomická sebevražda** se, oproti výše zmíněným, vztahuje k míře, do jaké je jedinec společností regulován. A právě velice nízká úroveň těchto společenských regulací má vyvolávat sebevraždu anomickou (Seffens 2020).
- **Fatalistická sebevražda** má poté vzniknout v důsledku až přílišných společenských regulací (Godor 2017).

Prevence sebevražd

Účinné zavedení prevence u suicidálních pacientů je naléhavou a obtížnou výzvou pro odborníky z různých oborů. Příkladem mohou být obory, jako psychologie osobnosti, vývojová a pedagogická psychologie, psychiatrie a mnoho dalších odvětví (Lukyanenko & Isahakyan 2019). Sebevražda je celosvětově jednou z hlavních příčin předčasné smrti a přestože jsou možnosti prevence dobře zdokumentovány a dalo by se tak předejít mnoha úmrtím, míra dokonání sebevražd se nesnižuje, naopak u některých rizikových skupin spíše stabilně stoupá (Gould et al. 2017). Pro účinnou prevenci sebevražd je nezbytný multifaktoriální přístup, který využívá spolupráce mnoha zúčastněných odborníků, v různých odvětvích (Marques et al. 2015). Alespoň částečně se dá sebevraždám předejít například právě dostatečným školením lékařů a zdravotnických či sociálních pracovníků primární péče o včasné detekci sebevražedných jedinců, jejich hodnocení, zvládání krizových stavů, nastavení odpovídající následné péče, ale také zamezením přístupu k prostředkům, které se k vykonání sebevraždy dají využít (Bachmann 2018). Při prevenci sebepoškozování a sebevražd je potřeba zaměřit se jak na prevenci u široké veřejnosti, tak vést cílenou prevenci zaměřenou na vysoce rizikové skupiny. Důležitou součástí prevence je také dobré porozumění možným rizikovým faktorům, které k sebevražednému chování často vedou (Hawton et al. 2012). Účinná prevence sebevražd poté záleží právě na tom, zda se dokáží tyto rizikové faktory úspěšně začlenit do adekvátního multifaktoriálního modelu (Yoshimasu et al. 2008).

Obecně rozlišujeme 4 typy prevence. Prevenci primordiální, primární, sekundární a terciární. Primordiální prevence spočívá v opatřeních, která se snaží minimalizovat vznik budoucích zdravotních obtíží a tím předcházet vzniku rizikových faktorů, často vedoucích k rozvoji daného onemocnění (Pandve 2014). Cílem primární prevence je oddálit či omezit výskyt onemocnění, dříve než k němu dojde, odstraněním již vzniklých rizikových faktorů (Krispin et al. 2019). Sekundární prevence má za cíl včasné odhalení, léčbu příznaků a zamezení postupu právě započaté nemoci a prevence terciární se snaží o snížení závažnosti onemocnění a o omezení postupu nemoci v již v plně rozvinutém stádiu onemocnění (Kisling & Das 2020).

Prevence sebevražd by tak měla být plánována a prováděna na těchto čtyřech úrovních. Příkladem **primordiální prevence** sebevražd mohou být různé druhy sociální intervence

například proti sociálnímu odloučení či nezaměstnanosti. **Primární prevence** zahrnuje například eliminaci rizikových faktorů a příčin či zamezení přístupu k prostředkům, které se dají využít k fatálním metodám sebevražd. Příkladem **sekundární prevence** jsou již kombinace krizových, psychologických či farmakologických intervencí u jedinců s již rozvinutými akutními sebevražednými myšlenkami, aby se budoucímu sebevražednému chování zabránilo (Marques et al. 2015). Pro **terciární prevenci** sebevražd u jedinců, u kterých se již sebevražedné chování projevilo, mohou být důležitou součástí intenzivní psychiatrické intervence, které kladou důraz na sociální faktory, zmírnění příznaků, na snahu o zabránění jejímu opakování a zvládnutí stavu bez opětovné potřeby krizové intervence, medikace či hospitalizace (Coyle et al. 2018).

Suicidalita představuje opravdu velký zdravotní a společenský problém, a proto by její prevenci měla být dána dostatečně vysoká priorita (Bachmann 2018).

Detekce, diagnostika a léčba sebevražedného chování

Odhalení existence sebevražedných myšlenek, sebevražedného chování a výše sebevražedného rizika je obtížný úkol i pro zkušené poradce, terapeuty a jiné odborníky (Nutting et al. 2005). Podle statistik se téměř všichni tito odborníci setkají za svou praxi s klientem se sebevražednými tendencemi. Až 70 % z nich pracuje s klienty, kteří se o sebevraždu přímo pokusili a zhruba 23 % profesionálních poradců za svou kariéru, klientovu sebevraždu zažilo (Granello 2010). Rozpoznání krizových a předkrizových stavů sebevražd je tedy velice důležitou součástí celého procesu péče o jedince se sebevražednými tendencemi. Odhaduje se, že až 66 % jedinců, kteří spáchali sebevraždu, vyhledalo odbornou pomoc měsíc před tím, avšak jejich sebevražedné tendence často nebyly odhaleny (Mann et al. 2005).

K úspěšné identifikaci jedinců, kteří mají sklon uchýlit se k sebevraždám, by měl odborník vždy zohlednit možné rizikové faktory (Gordon & Melvin 2014). Mezi takové rizikové faktory mohou patřit: psychiatrická onemocnění, traumatické prožitky z minulosti, jako je týrání či zneužívání, šikana, beznaděj, nebo vypořádávání se se svou sexuální orientací. Dále konzumace návykových látek, předchozí pokusy o vykonání sebevraždy, sebepoškozování, agrese, impulzivita, problémy či problematická atmosféra v rodině, zázemí, historie sebevražedného chování v rodině, poruchy spánku, chronická onemocnění, ale také socioekonomické faktory, jako jsou nízké příjmy, nezaměstnanost atd. (Schwartz-Lifshitz 2012; LeFevre 2014; Dilillo et al. 2015; Prajsová et al. 2018). Přesné a důkladné zohlednění všech rizikových faktorů je podstatným krokem k zjištění možných sebevražedných rizik u klientů a následně i k určení potřebných, konkrétních a komplexních intervencí (Granello 2010).

Neexistuje však jedno konkrétní testování k identifikaci jedinců majících sklon k sebevraždám. Odborníci využívají k detekci sebevražedného chování různých metod, za použití velké škály technik v celé řadě oborů (Gordon & Melvin 2014). Nejčastěji se však k detekci využívá metod klinických, jako jsou dotazníky a cílené rozhovory realizované odborníkem (Ji et al. 2020). Dotazníky hodnotí zaznamenané odpovědi jedinců na otázky vycházející z určitých psychologických rizikových faktorů, kterými mohou být traumata, stres, úzkost, potíže, pocity, nálady, zoufalství, deprese a podobně (Lewis et al. 2014). Dotazníky, které většinou vyplňují sami pacienti, jsou časově i finančně výhodné, snadno se aplikují,

a proto se ukázaly být dobrou alternativou nejen v pohotovostních a ambulantních zařízeních (Rueda-Jaimes 2017). Nejčastěji využívanými škálami pro hodnocení sebevražedného rizika jsou škála SSI (Scale for Suicide Ideation), která zahrnuje 19 položek hodnotících rozsah sebevražedných myšlenek, obvykle za poslední týden (Gratch et al. 2020). Dále škála RFL (Reason for Living Inventory), která zahrnuje 48 položek hodnotících důvody pro zachování života podle důležitosti od 1 (není ukládána vůbec žádná důležitost) - 6 (ukládána extrémní důležitost) a je velmi účinná v měření rizika suicidálního chování (Chen et al. 2019). Další často využívanou škálou je škála SBQ (Suicidal Behaviors Questionnaire), která obsahuje 4 položky a hodnotí sebevražedné myšlenky i chování a to jak to minulé, tak budoucí (Rueda-Jaimes 2017). Cílené rozhovory mohou vycházet z obdobných otázek, avšak využívají osobního kontaktu s jedincem, kde se odborník snaží odhalit možné suicidální chování při společné komunikaci na základě klientova vystupování (Scherer et al. 2013). Dotazníky se mohou jevit jako objektivnější oproti subjektivnímu vyhodnocení daného odborníka, to však platí pouze, pokud jsou samy dotazníky objektivně vyplněny a pacient se své sebevražedné tendence nesnaží skrývat. Proto se jako nejefektivnější přístup ukazuje kombinace obou metod (Venek et al. 2014). Méně často se pak používají metody využívající měření srdeční frekvence v klidovém stavu v závislosti na různých podněty související se životem a smrtí (Sikander et al. 2016). Dále pak v dnešní době stále více se rozvíjející diagnostické aplikace, které automaticky rozeznávají suicidální chování na internetu. Jedná se převážně o objevování specifického vystupování adolescentů a mladých dospělých na sociálních sítích a jiných platformách, na kterých suicidální jedinci často sdílejí své sebevražedné myšlenky (Ji et al. 2020).

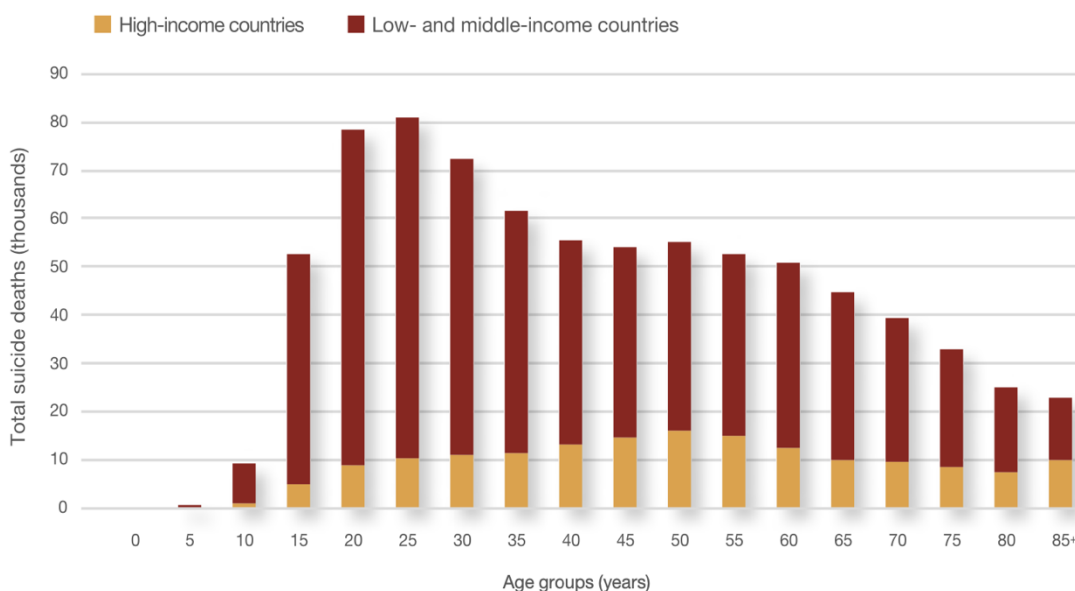
Pokusy o sebevraždu bývají po celém světě velice málo dokumentovány. V případě, že statistiky k dispozici jsou, bývá jejich kvalita obvykle kvůli nedostatku spolehlivých záznamů velice nízká. Důvodem tohoto problému jsou nedostatečné, neúplné, mylné či zcela neprovedené diagnostické výstupy (Bachmann 2018). Prvním krokem k účelné diagnostice je právě identifikování potencionálně ohrožených jedinců. S ohledem na to, že jedinci se suicidálními tendencemi nemají vždy přístup k odborníkům, je důležité, aby osoby v jejich okolí (rodina, přátelé, zaměstnanci školy apod.) měly dostatek prostředků k včasné identifikaci rizik a zprostředkovaly jedinci včasné vyhledání pomoci. Důležité je tak i vzdělávání široké veřejnosti o možných druzích takovéto pomoci (Schwartz-Lifshitz et al. 2012). Nicméně někteří klienti, kteří jsou příliš odhodláni k tomu ukončit svůj vlastní život, nemají v úmyslu být odhaleni v jejich sebevražedném pokusu a nechtějí, aby ostatní zjistili, jaké jsou jejich záměry, a tak může být pro okolí i terapeuta velice těžké tyto sebevražedné tendence objevit (Sudol & Mann 2017).

Po rozpoznání jedince s možnými sebevražednými tendencemi je nutná efektivní intervence k zvládnutí krizové situace (Larsen et al. 2015). Psychoterapie a farmakoterapie jsou základními nástroji primární intervence používané v klinickém prostředí k snížení rizika sebevražd. Vzhledem k tomu, že se u většiny jedinců, kteří sebevraždu spáchají, vyskytují psychiatrická onemocnění, bývá terapie zaměřena na podporu dobrého duševního stavu klienta (O'Connor et al. 2013). Tou nejúčinnější metodou je psychoterapie. Konkrétně pak kognitivně-behaviorální terapie a související přístupy, jako jsou dialektická behaviorální terapie, terapie zaměřená na řešení problémů (problem-solving therapy) a terapie skupinové (LeFevre 2014). Jiné přístupy mohou také zahrnovat psychodynamickou terapii, terapii interpersonální a další (O'Connor et al. 2013). Farmakoterapie využívá nejčastěji antidepresiv, které snižují výskyt

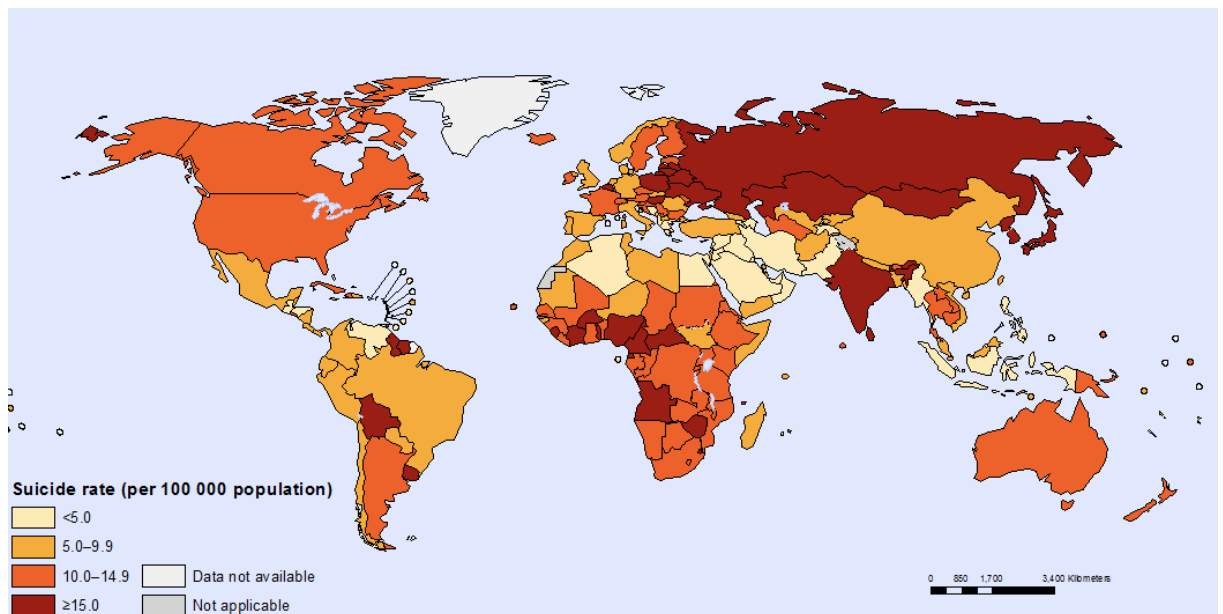
sebevražedných myšlenek převážně u mladých dospělých (18-29 let) s depresemi. U jedinců například se schizofrenií se využívá některých antipsychotik a u jedinců s bipolární poruchou stabilizátorů nálady (Julious 2012).

Statistické údaje sebevražd

Jak již bylo zmíněno, každoročně zemře sebevraždou více než 800 000 lidí (Bachmann 2018). Podle WHO (světové zdravotnické organizace) to znamená, že sebevraždou někdo na světě zemře každých 40 vteřin. Nicméně statistiky jsou ještě více zneklidňující, pokud jde o adolescenty a mladé dospělé. V této věkové kategorii, zhruba od 15 do 26 let věku, je totiž sebevražda druhou nejčastější příčinou úmrtí. Předstihují ji pouze úmrtí na následky dopravních nehod (Glenn et al. 2019). Mezi lety 2007 a 2017 míra sebevražd v této věkové kategorii stoupla o 56 % (Zohuri & Zadeh 2020). Ve věkové kategorii od 15 do 44 let je sebevražda třetí nejčastější příčinou úmrtí a celkově tvoří 2 % celosvětové úmrtnosti. Celkem umírá sebevraždou mnohem více mladých jedinců než starých, avšak relativní množství podle věkových kategorií je u starších osob až 8 krát vyšší (Lu et al. 2020). K větší úmrtnosti dochází podle statistických údajů, znázorněných v Grafu 1, v zemích s nízkými a středními příjmy, kde se konkrétně dokončí až 78 % sebevražedných pokusů (Knipe et al. 2019). Na Obrázku 1 můžeme pozorovat, v jakých zemích dochází k největšímu počtu dokonaných sebevražd. Přičemž podle Ahmeda et al. (2017) je 0,5 % všech sebevražd dokonáno v Afrických regionech a 1,9 % v oblastech východní Asie.



Graf 1: Míra celosvětových sebevražd (v tisících) za 1 rok, závislá na věku a výši příjmu (příjmy podle Světové banky 2017) jednotlivých zemí. Žlutě země s vysokými příjmy, červeně země s nízkými a středními příjmy (Ordóñez-Monak et al. 2020).



Obrázek 1: Procento sebevražd u obou pohlaví po celém světě (na 100 000 obyvatel) od světlých barev po tmavé vzestupně. Bílá barva- nedostupná data, šedá barva- nepoužitelná data (Bachmann 2018).

Zaměří-li se statistiky na význam pohlaví, jsou to muži, kteří spáchají sebevraždu až 3 krát častěji než ženy. Oproti tomu je však u žen až 3 krát větší pravděpodobnost, že se o spáchání sebevraždy pokusí. Jedinou výjimkou z celosvětové statistiky je v tomto ohledu Čína (Da Silva-Meleiro & Correa 2020). Způsoby vykonání sebevražd se poté na základě pohlaví poměrně liší dle výskytu v jednotlivých světových regionech. Například v USA 61 % mužů a 36 % žen volí způsob sebevraždy střelnou zbraní. Oproti tomu v Evropě se většina žen i mužů uchyluje k sebevraždě oběšením a v Asii volí až 43 % mužů a 23 % žen sebevraždu skokem z výšky. Z celosvětového hlediska jsou převládajícími metodami oběšení a otravy (Barrigon & Cegla-Schwartzman 2020).

Zajímavé jsou také statistiky poukazující na fakt, že některé skupiny osob jsou rizikovější, tedy náchylnější k vykonání sebevraždy. Nejčastěji se jedná o skupiny osob s psychiatrickými onemocněními (Mullins et al. 2019). Váleční veteráni jsou jednou ze skupin, kteří mají k sebevraždám větší predispozice. Každý den si vezme život přibližně 20 válečných veteránů, celkově tedy více než 6 000 ročně (Adams & Dahlen 2021). Další ohroženou skupinou jsou například jedinci s menšinovou sexuální orientací. U těchto jedinců je až 5 krát větší pravděpodobnost výskytu suicidálních myšlenek a až 7 krát větší pravděpodobnost suicidálních pokusů a to převážně u adolescentů (Baiden et al. 2020). Dále do těchto skupin statistiky zařazují policisty, hasiče a záchranáře, u kterých je patrný vysoký pracovní stres. Oproti jiným zaměstnáním jsou i u nich zaznamenány vyšší míry sebevražd (Milner et al. 2017). Vyšší míry sebevražd jsou také zřejmé u osob vykonávajících nepodmíněné tresty ve věznicích. Velká škála studií udává, že okolo 39 % uvězněných jedinců sebevraždu zvažovalo a 19 % se o ni pokusilo (Favril et al. 2020). Ostatní rizikové skupiny, mohou být bezdomovci, uprchlíci, jedinci v terminálních stádiích nemocí a jiní (Bachmann 2018).

V poslední řadě se dá za aktuálně zajímavou statistiku považovat zvyšování počtu sebevražd ve vztahu ke světovým epidemiím. Příkladem může být Španělská chřipka v letech 1918-1919 či aktuální pandemie nemoci COVID-19, která začala na konci roku 2019, a které jsou významně spojeny s rychlými nárůsty v počtu sebevražd (Sher 2020).

3.2.2 Nejčastější psychiatrická onemocnění vedoucí k sebepoškození

Sebevražedné jednání obvykle nemá jednu jedinou jasnou příčinu, dokonce ani duševní poruchu. Sebevražedné chování je však s duševními poruchami úzce spojeno (Lönnqvist 2009). Více než 90 % jedinců, kteří se pokusí o sebevraždu, má jistou psychiatrickou diagnózu (Mullins et al. 2019). Prakticky všechna psychiatrická onemocnění nesou zvýšené riziko sebevražedných myšlenek, pokusů i sebevražd. Myšlenky a pokusy o sebevraždu jsou u duševně nemocných pacientů velice běžné, avšak pouhé minimum sebevražd nakonec vykoná (Lönnqvist 2009).

Mezi nejčastější psychiatrické diagnózy patří stavy jako jsou deprese, schizofrenie, užívání návykových látek a psychózy, ale také úzkosti, posttraumatická stresová porucha či poruchy osobnosti, nálad a stravování (Röcker & Bachmann 2015).

Těžké depresivní stavy a bipolární porucha mají nejvyšší zaznamenané počty pokusů o sebevraždu a dokonaných sebevražd mezi psychiatrickými poruchami (Hällgren et al. 2019). Odhaduje se, že společně stojí až za 60 % dokonaných sebevražd (Beyer & Weisler 2016).

Depresivní stavy

Ve společnosti se čím dál tím více rozrůstají a současně nabývají klinického významu depresivní stavy. Podle WHO se s ní potýká přes 350 milionů lidí (Smith 2014). Depresivní poruchy byly k roku 2015 třetí hlavní příčinou zdravotních problémů a jsou také nejčastější psychickou poruchou vedoucí k sebedestruktivnímu chování (Park & Zarate 2019).

Depresivní stavy se vyznačují patologicky sníženou (depresivní) náladou, výrazně sníženým až zcela omezeným zájmem, pocity bezcennosti, nepřiměřené viny, nespavostí nebo naopak zvýšenou spavostí, nechutenstvím a snížením hmotnosti, sníženou schopností soustředění a myšlení či snadnou unavitelností (Durisko et al. 2015). Přibližně 60 % jedinců potýkající se s depresí udává závažné zhoršení všeobecného fungování, které značně ohrožuje jejich schopnost péče o sebe samé a vedení nezávislého života (Fried & Nesse 2015).

Celoživotní prevalence deprese se pohybuje od 3 % v Japonsku do 16,9 % v USA (Ferrari et al. 2013). Souvislost mezi depresí a suicidálními myšlenkami je markantní, hlavně co se týká jejich výskytu a míry v průběhu depresivních epizod, přičemž riziko sebevraždy odpovídá během aktu zhruba 15 % (Ponsoni et al. 2018).

Deprese může být podle závažnosti depresivní epizody mírná, středně těžká a těžká, lišící se hlavně na základě závažnosti a množství příznaků, funkčního poškození a intenzitě utrpení (Zimmerman et al. 2018). Zároveň s těžkou depresivní epizodou se pak mohou vyskytovat psychotické příznaky, které jsou typické přítomností bludů či halucinací (Gournellis et al. 2017).

Největší riziko sebevraždy je převážně v těžších depresivních stavech (Li et al. 2017). Gournellis et al. (2017) ve své studii srovnal výsledky různých studií, které zjišťovaly míru

rizika sebevražedných pokusů a dokonaných sebevražd v depresivních stavech s a bez psychotických příznaků a jejichž výsledky byly vcelku rozdílné. Čtyři studie prokázaly, že depresivní stavy s psychotickými příznaky zvyšují riziko **sebevražedných pokusů** a tři studie toto tvrzení neprokázaly. Jiné studie poté upozornily, že historie sebevražedného pokusu u jedinců s těžkou depresivní poruchou až 35 krát zvyšuje pravděpodobnost dokonané sebevraždy oproti běžné, deprese prosté populace. V této souvislosti existuje i řada studií, které uvádí, že psychóza v rámci těžké depresivní epizody zvyšuje riziko **dokonaných sebevražd**, našly se však opět i takové studie, které toto tvrzení neprokázaly. Tak jako tak je dokázáno, že depresivní stavy obecně, jasně a výrazně zvyšují riziko sebevražedných myšlenek, pokusů i dokonaných sebevražd (Dong et al. 2018).

Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha (PTSD) je duševní porucha, která se může vyvinout bezprostředně po vystavení mimořádně intenzivní, tragické, děsivé, stresující či jinak traumatické události (Bisson et al. 2015). Skutečnosti, které u zúčastněného jedince vedou k rozvoji PTSD mohou být například sexuální či fyzická napadení, havárie, přežití přírodních katastrof či válečných konfliktů a také osobní přítomnost u sebevraždy jiné osoby (Gradus et al. 2010; Padoan et al. 2020). PTSD se vyznačuje přetrváváním intenzivních reakcí, změněnou náladou, pocitem bezprostředního ohrožení a nadměrnou ostražitostí, vždy po připomenutí traumatické události (Shalev et al. 2017). Dále se obvykle projevuje poruchami spánku, soustředění, výpadky paměti a intenzivními reakcemi na strach (Brownlow et al. 2015; Zlomuzica et al. 2018). Pro diagnostiku PTSD se využívá posuzovací systém, tzv. systém kritérií. Ten zahrnuje vystavení traumatické události, stále se vracející vzpomínky a jejich prožívání v současnosti, úmyslné vyhýbání se podobným situacím, pocity ohrožení, různá funkční poškození a dobu trvání delší než 1 měsíc. Jedinec s diagnostikovanou posttraumatickou poruchou by měl splňovat alespoň 5 z těchto kritérií (Brewin 2019). PTSD se vyskytuje přibližně u 10 % populace a je 2 krát častější u žen než u mužů. Přestože vystavení traumatu je hlavní příčinou PTSD, udává se, že svou roli v závažnosti, nástupu příznaků a délce průběhu hrají i biologické a psychosociální rizikové faktory (Yehuda et al. 2015).

Diagnóza PTSD byla označena za jeden z důležitých faktorů, které by mohly být odpovědné za zvýšené počty sebevražd u osob, které byly vystaveny traumatizujícímu zážitku (Panagioti et al. 2015). Uvádí se, že u jedinců s PTSD je až 15 krát vyšší pravděpodobnost suicidálního pokusu než u jedinců, kteří se s PTSD nepotýkají (Rojas et al. 2014). Řada studií, která zkoumala vliv PTSD na sebevražedné chování vyhodnotila, že vystavení traumatickému zážitku s následně diagnostikovanou PTSD je výrazným prediktorem pokusu o sebevraždu, zatímco vystavení traumatické události bez diagnostikované PTSD nebylo spojováno s pozdějšími suicidálními pokusy. Vztah PTSD a suicidálního chování byl ve studiích popsán v různých fázích suicidálních tendencí, s akutní i chronickou PTSD, u psychiatrických i nepsychiatrických jedinců, vystavených všem možným druhům traumatických událostí. Stejně studie nenašly žádnou závislost věku a pohlaví na sebevražedné chování u jedinců s PTSD (Wilcox et al. 2009; Krynsinska et al. 2010; Panagioti et al. 2012).

Riziko sebevraždy může být vyšší u pacientů s PTSD z důvodu již výše zmíněných příznaků, ale také zásluhou často současně se vyskytujícími psychiatrických stavů, jako je

deprese či užívání návykových látek (Nock et al. 2009). Celá řada studií podotýká, že se PTSD velice často vyskytuje současně s depresivními stavy, kde přítomnost jednoho, zvyšuje přítomnost druhého a obráceně (Stevens et al. 2013). Depresivní stavy se objevují přibližně u 48 % jedinců s PTSD (Rojas et al. 2014). Navíc současný výskyt obou těchto poruch zvyšuje až trojnásobně riziko sebevražedného chování (Cougler et al. 2009). Velká pozornost by v tomto ohledu měla být věnována válečným veteránům, u kterých je výskyt PTSD až v 17 % (Xue et al. 2015). Dokonce Jakupcak et al. (2009) uvádí, že je u veteránů s PTSD až 4 krát větší pravděpodobnost suicidálního chování než u veteránů bez této poruchy a při současném výskytu PTSD a depresivních stavů se pravděpodobnost ještě několikanásobně zvyšuje. Současný výskyt deprese tak hraje v riziku sebevražd u osob s PTSD významnou roli (Gradus 2018).

Schizofrenie

Schizofrenie je závažné chronické onemocnění, projevující se celou řadou příznaků s celosvětovou prevalencí 0,4 % (Jin & Mosweu 2016). Příznaky rozlišujeme na tři hlavní skupiny, a to pozitivní, negativní a kognitivní. Za **pozitivní příznaky** považujeme poruchy vnímání, podezíravost, bludy, halucinace a pro tuto poruchu typické intrapsychické halucinace. Při intrapsychických halucinacích je jedinec se schizofrenií přesvědčený, že jsou mu někým jiným do hlavy vkládány či odebírány myšlenky (Patel et al. 2014; Ross 2020). Pod **negativní příznaky** schizofrenie patří například snížení nálady, demotivace, asociálnost a často se pojí s **kognitivními příznaky**, které se vyznačují poruchami paměti, pozornosti se zhoršenou schopností plánování a slovní plynulosti (McCutcheon et al. 2019). Porucha se většinou projeví v rané dospělosti s lehce pozdějším nástupem u žen (Gogtay et al. 2011).

Mezi schizofrenií a suicidiem je poměrně úzký vztah. Podle získaných údajů vykoná sebevraždu 10-13 % osob se schizofrenií a přibližně 2-12 % všech sebevražd jsou se schizofrenií spojena (Popovic et al. 2014). Vcelku zajímavý je fakt, že míra dokonaných sebevražd u osob se schizofrenií je vyšší u pacientů v ústavních zařízeních (Balhara & Verma 2012).

Ke snížení počtu sebevražd u pacientů se schizofrenií je opět důležité dbát na možné rizikové faktory. Mezi ty může patřit počet hospitalizací na základě psychiatrického stavu pacienta se schizofrenií, které mohou svědčit o závažnosti onemocnění (Qin & Nordentoft 2005). Poté pocit úzkosti a beznaděje, které nutně nemusí souviset s depresí. Předpokládá se, že pocit beznaděje je ještě lepším ukazatelem dokonané sebevraždy než deprese samotná, a že pohled pacienta na onemocnění vede k sebevraždě hlavně pokud je ryze beznadějný (Balhara & Verma 2012). Dále je u schizofrenních pacientů, oproti jiným psychiatrickým onemocněním, větší riziko vykonání sebevraždy u osob mladšího věku a jedinců v ústavní péči (Gómez-Durán et al. 2012). Větší riziko také nastává v prvních letech nemoci, kdy 0,48 % schizofrenních pacientů ročně vykoná sebevraždu do 5 let od vypuknutí nemoci a dokonce 2,4 % spáchá sebevraždu již při úplně první psychotické epizodě (González-Pinto et al. 2007). Fang et al. (2017) ve své studii uvádí, že nepatrně vyšší riziko je dále u zástupců mužského pohlaví, rozdíl však není tak markantní, jako u běžné populace. Stejná studie nezávisle na tomto faktu uvádí, že ve vyšší míře rizika sebevraždy může hrát roli také hormonální narušení. V případě schizofrenie to může být zvýšená hladina prolaktinu. V neposlední řadě hrají roli nepochybně opět stavy deprese, historie sebevražedného pokusu, užívání návykových látek, které bylo

hlášeno až u 50 % osob se schizofrenií a podobně (Popovic et al. 2014). Uvedená zjištění odpovídají skutečnosti, že riziko sebevraždy souvisí hlavně s afektivními příznaky. K jejich potlačení se využívá antipsychotický lék Klozapin, který může míru sebevražedného chování výrazně snížit a dokonáním sebevraždám tak předejít (Subramanian et al. 2017).

Bipolární porucha

Bipolární porucha je psychická porucha, často geneticky podmíněná, vyznačující se střídajícími se stavy depresivních, hypomanických a manických epizod (Dickinson et al. 2017). Rozlišujeme bipolární poruchu typu I a II podle výskytu, délky a intenzity psychotických příznaků (Foley et al. 2018). Bipolární porucha I. typu se projevuje zjevnými manickými epizodami s řadou projevů, jako je nadměrné sebevědomí, agrese, výřečnost, vznešenost, impulzivita, podrážděnost, ztráta sebekontroly, snížení potřeby spánku a vysoce zvýšené nálady (Sparding et al. 2017). Psychotické příznaky, jako jsou bludy a halucinace, se vyskytují v 75 % manických epizod (Perugi et al. 2017). Obecně mohou manické epizody narušit psychosociální fungování natolik, že je nutná hospitalizace jedinců (Chatterton et al. 2017). Bipolární porucha II. typu je charakterizována hlavně epizodami deprese střídajícími se spíše s hypománií (povznesená nálada) než mánií. (Dickinson et al. 2017). Bipolární porucha se obvykle projevuje do 20 roku života jedince (Vieta et al. 2018). První epizoda bipolární poruchy je zpravidla depresivní a depresivní fáze v průběhu nemoci trvá většinou o dost déle než fáze manické nebo hypomanické. Z tohoto důvodu bývá bipolární porucha často mylně diagnostikována jako těžká depresivní epizoda (Dong et al. 2019).

Beyer & Weisler (2016) ve své práci zmiňují, že se 25-50 % osob s bipolární poruchou pokusí o sebevraždu a přibližně 7 % osob s bipolární poruchou sebevraždu dokoná. Z údajů vyplývá, že míra sebevražd je u osob s bipolární poruchou až 30 krát vyšší oproti běžné populaci (Plans et al. 2019). Již dlouho se předpokládá, že by vysoká míra pokusů o sebevraždu u osob s bipolární poruchou mohla souviset s vyšší úrovní impulzivního chování, které se u poruchy projevuje. Řada studií se však potýká se smíšenými výsledky. Důvodem toho může být například to, že je pravděpodobně třeba zaměřit se pouze na jisté aspekty impulzivity (Johnson et al. 2016). Existují také jasné důkazy o tom, že důležitou roli hrají sociální faktory, jako je atmosféra v rodinném prostředí či špatné sociální zkušenosti (Owen et al. 2015). Kromě toho je důležité vzít v potaz i zvýšené riziko sebevražedného chování při aktuálně probíhající epizodě a její závažnost. Dále by se měla samozřejmě zvážit i obecná rizika, jako jsou historie sebevražedného pokusu, sebevražda v rodině, tragická životní událost a podobně. Pacienti s výše zmíněnými rizikovými faktory, by tedy měli být pečlivě sledováni, aby se sebevražedným pokusům, popřípadě dokonáním sebevraždám zabránilo (Umamaheswari et al. 2014).

Zvýšené riziko pokusu o sebevraždu se vyskytuje současně s psychiatrickým onemocněním a podstatně tak ovlivňuje celkové riziko dokončení sebevraždy. K tomu, aby se toto riziko snížilo, je zapotřebí nastavit efektivní preventivní programy a zahájit následnou péči rizikových pacientů a to hlavně v prvních letech od diagnostikování onemocnění a zejména během prvních dvou let po pokusu o sebevraždu (Tidemalm et al. 2008).

3.3 Zoorehabilitace v praxi u klientů se suicidálními sklony

Jisté efekty zoorehabilitace v různých oblastech byly již v této práci popsány. Tato kapitola se však již cíleně zaměří na to, jak mohou být zvířata v zoorehabilitaci zapojena v rámci rizikových skupin, rizikových faktorů a preventivních opatřeních přímo se pojících se suicidálními tendencemi.

3.3.1 Zapojení koní v praxi u klientů se suicidálními sklony

Koně se u klientů se suicidálními sklony zapojují převážně v rámci hipoterapie v psychiatrii a psychologii (HTP) (Olenick et al. 2018). Se skvělými výsledky se HTP pyšní hlavně u dětí a mladistvých, ale výjimkou nejsou ani ostatní věkové kategorie (Burgon 2011). Konkrétně se koně zapojují u klientů, kteří se sebepoškozují, mají sebevražedné myšlenky, tendence či u klientů, kteří jsou po provedeném sebevražedném pokusu a terapeut ve spolupráci s koněm se v rámci HTP snaží o to, aby nedošlo k jeho opakování (Karol 2007; Cantin & Marshall-Lucette 2011; Carlsson et al. 2015; Carlsson 2016; Tuuvas et al. 2017; Romaniuk et al. 2018). V praxi jsou popsány případy, ve kterých se nejčastěji jedná o rizikové adolescenty, válečné veterány, osoby, které byly svědky násilí v rodině, zažily traumatickou událost, byly oběťmi týrání, a osoby potýkající se s depresemi, úzkostmi, poruchami chování, nálad, s halucinacemi, bludy, PTSD či ADHD (Schultz et al. 2006; Karol 2007, Cantin & Marshall-Lucette 2011; Tuuvas et al. 2017; Romaniuk et al. 2018; White et al. 2020).

Ve většině případů se HTP se suicidálními pacienty uskutečňuje v rámci individuální terapie (Karol 2007; Carlsson et al. 2015; Carlsson 2016; Tuuvas et al. 2017; Romaniuk et al. 2018). Cantin & Marshall-Lucette (2011) však zjišťovali účinky HTP, jak za využití terapie individuální, tak v podobě terapie skupinové. Byli také jediní, kteří své výsledky porovnávali s kontrolní skupinou. V několika případech se autoři potýkali s obtížemi, které vedly k vyřazení některých klientů z terapie. Důvody pro vyřazení byly například strach a odpor ke koním či nesouhlas rodičů (Schultz et al. 2006; Carlsson 2016).

Dle autorů, kteří zapojovali koně v terapii se suicidálními klienty, je přítomnost koně v terapeutickém prostředí velice nápomocná k navozování předmětné konverzace (Karol 2007; Carlsson 2016). Klient bývá plně přítomen v daném okamžiku, komunikuje otevřeně a neokázale vyjadřuje své myšlenky a pocity, které většinou souvisejí s právě probíhajícím zážitkem, ale zároveň často přímo souvisejí s problémy, se kterými se klient potýká v každodenním životě (Karol 2007; Wilson et al. 2017; Carlsson 2016). Celkově jsou výjimečné schopnosti koně (vnímat lidské chování a emoce společně s jeho talentem postřehnout každý detail a podnět, kterého si sami klienti mnohdy ani nevšimnou) nepostradatelné (Olenick et al. 2018; Latella & Abrams 2019). Díky těmto přednostem nabízí kůň podle autorů bohaté prostředí k vytváření metafor, které se mohou dotýkat vnitřních i vnějších světů klienta, pomoci mu si uvědomit své emoce a porozumět situacím, ve kterých se nachází (Burton et al. 2018). Tyto vlastnosti jsou jednoduše neocenitelné, jako přirozená terapeutická pomůcka, díky které se mohou klienti ztotožnit s instinktem koní hledat bezpečí a jistotu, což může sloužit jako metafora, která může pomoci klientům zlepšit vnímání vlastní účinnosti, sebevědomí a sebedůvěry (Wilson et al. 2017; Latella & Abrams 2019). Právě tyto

přednosti koně jsou podle autorů to, co ho dělá jedinečného pro terapii s klienty se suicidálními sklony (Karol 2007; Wilson et al. 2017; Carlsson et al. 2015; Carlsson 2016; Lac 2017).

Často byly použity dotazníky, které zjišťovaly účinnost provedených intervencí. Ty byly prováděny obvykle před začátkem terapeutických intervencí a poté znovu po ukončení celého terapeutického procesu. U dětí byla použita tzv. GAF (Global Assessment of Functioning) škála, která měřila psychologické, sociální a všední fungování pomocí 100 bodové stupnice. Platí přitom, že čím lepší celkové fungování, tím vyššího skóre dítě na GAF škále dosáhne (Schultz et al. 2006). U adolescentů byl využit dotazník Y-OQ (Youth Outcome Questionnaire) k určování míry problémového chování a nálad, který byl vyplněn, jak rodiči klientů, tak i samotnými adolescenty a sledovalo se hlavně symptomatické, ale i psychosociální fungování adolescentů (Cantin & Marshall-Lucette 2011). U dospělých a některých adolescentů se suicidálními sklony dotazníky v HTP prováděny nebyly a vyhodnocování probíhalo prostřednictvím cílených rozhovorů (Karol 2007; Carlsson et al. 2015; Carlsson 2016; Tuuvas et al. 2017; Romaniuk et al. 2018).

Následné metodické postupy v HTP u suicidálních pacientů volili terapeuté povětšinou obdobné. Jednalo se o aktivity s koněm ze země, například o úpravu koně, jeho hřebelcování, česání, práci ve stáji, procházky, při kterých klient koně vedl a další aktivity, které byly vždy připraveny zkušeným terapeutem pro daného klienta na míru, podle jeho individuálních potřeb (Karol 2007; Carlsson et al. 2015; Wilson et al. 2017; Carlsson 2016). V některých případech pokračovala terapie také jízdou klienta v sedle na koni v kroku (Karol 2007; Carlsson et al. 2015; Carlsson 2016).

Studie, které zapojovaly koně v terapii u suicidálních klientů, vykázaly příznivé výsledky. Při hodnocení efektivity HTP u dětí se sebevražděnými úmysly pomocí GAF škály bylo po proběhlých intervencích zaznamenáno zvýšení tohoto skóre, a tak byla HTP vyhodnocena jako účinná v zlepšení celkového symptomatického a psychosociálního fungování (Schultz et al. 2006). Cantin & Marshall-Lucette (2011) vyhodnocující dotazníky sebepoškozujících se adolescentů a jejich rodičů došli k závěru, že u dospívajících klientů došlo oproti kontrolní skupině k výraznému zlepšení intrapersonálního vnímání. Při práci s veterány a jejich partnery bylo prokázáno, že tato intervence může být užitečná ve snížení příznaků PTSD, stresu, úzkosti a deprese a to může znamenitě snižovat vyšší riziko sebevražd u této skupiny klientů a tím vést k celkovému zlepšení kvality jejich života (Romaniuk et al. 2018). Karol (2007) došla k závěru, že HTP výrazně napomohla klientům nahlédnout do svého nitra, porozumět vlastním emocím, seberozvoji, zlepšení sebeuvědomění, sebevědomí a tím i ke zlepšení celkového psychického stavu.

Zjišťoval se i dopad, který HTP zanechala na klientech po několika letech odstupu. HTP měla klientům do jisté míry otevřít oči, motivovat je a ovlivnit jejich vůli žít. Klienti popisovali, že před začátkem terapie byli emočně nestabilní, měli sebevražedné myšlenky a řada z nich se i pokusila o sebevraždu. Po terapeutických intervencích za účasti koní, však znovu vůli žít objevili (Tuuvass et al. 2017).

Vybrané kazuistiky zapojení koní u klientů se suicidálními sklony (Karol, 2007):

- Dospělá žena, která se svěřila, že konstantně myslí na to, že spáchá sebevraždu a k tomu se potýká s depresemi, které skrývá před svou rodinou. Žena byla v minulosti obětí týrání a vysvětlila, že nikomu dostatečně nedůvěřuje natolik, aby se se svými problémy svěřila.

Při projížděce s terapeutkou hovořily o tomto jejím talentu „skrývání se” a zjistily, že zakořenil již v dětství. Klientka vyrůstala s narcistickou matkou a tak ono „skrývání se”, pro ni bylo dobrým prostředkem k útěku z nepříjemných situací. Následně se terapeutka zeptala klientky, jak se tato její poměrně dobře rozvinutá schopnost projevuje v aktuálně probíhajícím ježdění. Klientka odpověděla, že se naopak schovávat vůbec nemohla, protože aby byla dobrým jezdcem musela být v dané situaci plně přítomna. Stejně tak se ani kůň neskrýval před ní, jeho reakce byly okamžité a jasné. Na konci terapie, jako kdyby kůň svou hlavou klientku objal a ta podotkla, že v jeho náklonnosti nebylo nic předstíraného. Jejich vzájemná interakce jí tedy umožnila zažít vztah, který nebyl založen na falešnosti. Zažila naprostou náklonnost jiné bytosti, před kterou se nemusela nijak skrývat a chránit.

- Nezletilá dívka, která byla doporučena pro tento typ terapie na základě těžkých depresivních stavů, suicidálních tendencí a nedávno provedeného pokusu o sebevraždu. Pro klientku bylo typické, že byla vyučována doma a doma s rodiči trávila skoro všechn svůj čas. V průběhu terapie se rozhodovala, zda jet na 5ti týdenní tábor, kde by byla pryč od rodičů. V jízdárně měla klientka při jízdě problém koně odklánět z blízkosti stěn jízdárny. Koně se totiž v blízkosti stěn cítí komfortně a v bezpečí. Terapeutka se zeptala dívky, proč si myslí, že se chce kůň držet u stěny, ta správně odpověděla, že tam hledá útěchu. Terapeutka poté použila metaforu a zeptala se klientky, co je její „stěnou jízdárny”, u které se chce držet blízko. Klientka přirovnání ihned porozuměla. Řekla, že se ve skutečnosti nebála opustit svou rodinu a po chvíli zamýšlení podotkla, že ví co je její „stěnou jízdárny”. Je to právě to, že se zrovna teď opět začíná cítit vyrovnaná, našla klid a že se bojí, že tento pocit znovu ztratí.

- Nezletilá dívka, která se v minulosti potýkala se sebevražednými sklony. Její problémy se odvíjely od konfliktů s „ochraňáckými” rodiči kvůli potřebě dívky získat od nich větší nezávislost. Po účasti v rodinné terapii začali dávat rodiče své skoro již 18ti leté dceři onu větší nezávislost, avšak klientka si se svou nově nabytou svobodou nevěděla rady. Bála se, že bude dělat chyby a rodiče jí to budou vyčítat, což následně vyvolalo ještě větší nepokoje mezi ní a rodiči. Při terapii použila terapeutka koně opět jako účinnou metaforu. Terapeutka požádala klientku, aby si koně představila v podobné situaci a tu situaci jí popsala. Klientka řekla, že je to jako kdyby chtěl kůň opustit jízdárnu a jít se napást, ale mezi jízdárnou a pastvou by stála nebezpečná dálnice. Terapeutka se jí zeptala, zda by šlo dopravu zpomalit či zastavit umístěním semaforu, aby byl pro ně pro oba přechod méně nebezpečný. Nejdříve si klientka neuměla představit, jak by měla tyto imaginární auta zpomalit v reálném životě, ale poté se zamyslela a přišla s vlastním plánem, který by jí pomohl cítit se více v bezpečí. Spočíval v tom, že by poprosila staršího, starostlivého a důvěryhodného přítele, jehož úsudku by mohla důvěřovat, který by ji doprovodil. Svým způsobem nechala tuto osobu stát se jejím náhradním opatrovatelem do té doby, než si začne sama sobě věřit ve vlastních rozhodnutích. Díky této metafoře, zvládla klientka sama vyřešit svoje vnitřní dilema.

3.3.2 Zapojení psů u klientů se suicidálními sklony

U klientů se suicidálními tendencemi se v praxi zapojují psi převážně u válečných veteránů, ve vězeňském prostředí a u klientů hospitalizovaných v léčebných zařízeních. Jedná

se o klienty s depresivními poruchami, úzkostmi, v akutních fázích schizofrenie, se sebevražednými myšlenkami, plány, klienty dlouhodobě se sebepoškozující a o klienty po nedávném pokusu o sebevraždu (Hoffmann et al. 2009; Jasperson 2010; Lang et al. 2010; Jasperson 2013; Mercer et al. 2015; Sarlon et al. 2018; Dell et al. 2019; Parish-Plass & Pfeiffer 2019; Scotland-Coogan et al. 2020).

Intervence za účasti psů probíhají ve většině případů formou skupinové terapie (Hoffmann et al. 2009; Jasperson 2010; Lang et al. 2010; Jasperson 2013; Mercer et al. 2015; Scotland-Coogan et al. 2020). Individuální terapie však nebyla výjimkou (Sarlon et al. 2018; Dell et al. 2019; Parish-Plass & Pfeiffer 2019). Hoffmann et al. (2009), Jasperson (2010), Lang et al. (2010) a Jasperson (2013) využili kontrolní skupinu, ke srovnání výsledků.

Skoro všichni autoři zapojovali psy u klientů se sebevražednými sklony s jasnými terapeutickými cíli. Primárními cíli bylo většinou snížení příznaků psychiatrických onemocnění pojících se se suicidálními tendencemi (Hoffmann et al. 2009; Lang et al. 2010). Scotland-Coogan et al. (2020) si kladli za cíl zlepšit sebekontrolu a zvládnutí reakcí, emocí a chování klientů. Přímou se zaměřovali na soustředění myšlenek klientů na daný úkol, aby klienti neulpívali na vlastních myšlenkách a jiných rozptýleních, která by mohla vést klienty ke zvýšené úzkosti. Jiné studie cílily na snížení sebepoškozování, zmírnění akutních krizových situací či zamezení opakování suicidálních pokusů (Jasperson 2010; Jasperson 2013; Sarlon et al. 2018; Dell et al. 2019; Parish-Plass & Pfeiffer 2019). Pouze výjimečně nebyly stanoveny žádné terapeutické cíle (Mercer et al. 2015).

Průběh terapeutických intervencí za účasti psa se suicidálními klienty probíhal v mnoha případech obdobně, v některých se však lišil. Nejčastěji docházel terapeutický tým za klienty do zařízení, ve kterých se nacházeli. Konkrétně se jednalo o věznice a léčebná zařízení. Zde docházelo většinou k několika terapeutickým sezením, která se pravidelně opakovala (1 až 2 krát týdně) po dobu i několika měsíců. V rámci terapií navozovali terapeuti konverzaci s klienty, při které docházelo většinou k libovolným interakcím se psem. Ty mohly zahrnovat hlazení, drbání, krmení, zkoušení různých povelů (nejčastěji sed a pac) a někdy i aktivity mimo zařízení, jako je aportování a procházky. Po skončení terapeutické intervence se psem následovalo ve všech případech společné vyhodnocení, sdílení pocitů, emocí, myšlenek, zkrátka k podrobnému rozebrání jednotlivých částí terapie a jejich výstupů (Jasperson 2010; Jasperson 2013; Sarlon et al. 2018; Dell et al. 2019). Stejný průběh volili i autoři Hoffmann et al. (2009) a Lang et al. (2010) uskutečnili však pouze dvě půl hodinová sezení s každým klientem s 1 denním rozestupem. Ve studii Parish-Plass & Pfeiffer (2019) probíhala terapeutická sezení pravidelně po dobu několika měsíců, také za využití obdobných postupů, avšak nejednalo se o docházení terapeutického týmu za klientem, nýbrž klienta za psychoterapeutem formou ambulantního programu. Pokud se pracovalo s kontrolní skupinou, terapeutická sezení se uskutečňovala s polovinou klientů, kteří měli sezení za účasti psa a druhou polovinou (kontrolní skupinou) bez jeho účasti (Hoffmann et al. 2009; Jasperson 2010; Lang et al. 2010; Jasperson 2013). Jiný průběh zapojení psů u suicidálních klientů zvolili Mercer et al. (2015), kteří na jednom vybraném vězeňském oddělení umožnili vězňům libovolné interakce se psy, volně se pohybujícími po daném oddělení. Netradiční intervenci se psy zvolili autoři Scotland-Coogan et al. (2020) a to v rámci 14-ti týdenního výcvikového programu psů (1 hodina/týdně). V programu byli účastníci rozdělení do menších skupin a pod vedením odborníka cvičili svého vlastního servisního psa. Jednalo se o různé úkony

od jednoduchých povelů, jako jsou: ke mě, zůstaň, sedni, lehni, popros a jiné, až po úkony složitější, které zahrnovaly například reakce na různé signály v pestré škále prostředí za současného působení rušivých elementů a podobně.

Pouze Hoffmann et al. (2009), Lang et al. (2010) a Scotland-Coogan et al. (2020) využili před začátkem a na konci terapeutických intervencí vyhodnocovací dotazníky. Hoffmann et al. (2009) a Lang et al. (2010) použili dotazník STAI (State- Trait Anxiety Inventory), který poskytuje spolehlivé, relativně stručné stupnice sebehodnocení stavu a rysů úzkosti. Skládá se ze dvou 20 položkových stupnic. První měří intenzitu úzkosti jako emočního stavu, kterou jedinec vyplní podle toho, jak se aktuálně cítí na škále 1-4 (vůbec ne - velmi). Druhá podle individuálních rozdílů v náchylnosti k úzkosti na základě osobnostních rysů, kde jedinec uvádí, jak se cítí obecně na škále 1-4 (téměř nikdy - téměř vždy) (Spielberger 2010). Lang et al. (2010) poté u svých klientů vypracoval na začátku i po skončení terapeutických intervencí pozitivní a negativní škálu schizofrenních syndromů PANSS (Positive And Negative Symptom Scale). PANSS hodnotí 30 položek, které se skládají ze 7 negativních, 7 pozitivních a 16 patologických příznaků typických pro schizofrenii, jejichž závažnost měří lékař na stupnici 1-7, přičemž vyšší číslo odpovídá větší závažnosti příznaků (Gopalakrishnan et al. 2020). Scotland-Coogan et al. (2020) použil u svých klientů dotazník TSI-2 (Trauma Symptom Inventory-2). TSI-2 je měřítkem psychologických aspektů traumatu a jiných nežádoucích účinků, které účastníci vyhodnocují na škále 0-3 (nikdy-často) podle toho, jak často prožívali danou zkušenost za posledních 6 měsíců (Godbout et al. 2016). Obsahuje 136 položek popisujících různé traumatické zkušenosti a k tomu zahrnuje 12 klinických škál a podškál, 4 faktory (vnímání sebe sama, posttraumatický stres, somatizace, externalizace) a 2 stupnice validity (Nilsson et al. 2018). Stupnice validity zjišťují důvěryhodnost odpovědí, kde první zjišťuje, zda nedošlo k nedostatečnému vyjádření či úplnému popření příznaků, a druhá vyhodnocuje tendence přeceňovat příznaky související s traumatem (Henry & Gornbein 2020). Mercer et al. 2015 využil k vyhodnocení efektivity terapie částečně řízené rozhovory, které byly nahrávány, poté doslovně přepsány a vyhodnoceny pomocí techniky tematické analýzy (TA). Jedná se o systematický přístup k identifikaci, analýze a hlášení jednotlivých vzorů, jejichž soubor tvoří témata napříč obsáhlým souborem dat, která se rozdělí do kategorií, čímž dojde k redukci informací a jejich zjednodušení (Braun & Clarke 2013). Účinnost terapií lze dále vyhodnocovat i na základě cílených rozhovorů s klienty a zaměstnanci zařízení (Jaspersen 2010; Jaspersen 2013; Sarlon et al. 2018; Dell et al. 2019; Parish-Plass & Pfeiffer 2019).

Autoři ve většině případů vyhodnotili terapeutické intervence za účasti psa u suicidálních pacientů v praxi s jistými pozitivními účinky. Podle Lang et al. (2010), který pracoval s dotazníky STAI, bylo výsledné skóre STAI za přítomnosti psa oproti kontrolní skupině významně sníženo. Autoři se dále domnívají, že zapojení psů do terapie může mít pozitivní vliv na snížení úzkosti u schizofrenních pacientů a současně tak snižovat možné riziko dokonaných sebevražd u těchto jedinců. Hoffmann et al. (2009) uvádějí, že po terapii asistované psem bylo skóre STAI také podstatně sníženo a v kontrolní skupině zůstalo nezměněno. U klientů hospitalizovaných s těžkou depresivní poruchou - se suicidálními sklony u většiny z nich - došlo podle autorů k výraznému snížení úzkosti, což mohlo celkově pozitivně ovlivnit rizikový stav, ve kterém se klienti nacházeli. Z výsledků Mercera et al. 2015 bylo patrné hned několik pozitivních vlivů v různých sférách lidského chování, avšak nejvýznamnější byly u vězňů změny se vztahem k sebepoškození. Zaměstnanci věznic i samotní vězni vnímali

účast v tomto zoorehabilitačním programu za důležitý faktor ve snižování či v některých případech i úplnému vymizení sebepoškození u vězňů. Podobné pozitivní efekty na své klienty popsala také Jaspersen (2010). Avšak při zopakování obdobné studie o pár let později, žádné pozitivní účinky psů na cílovou skupinu oproti skupině kontrolní nepozorovala (Jaspersen 2013). Program, který pracoval s dotazníky TSI-2 vyhodnotil výrazné snížení skóre na každém z měřítek. Podle autorů snížená skóre poukazují na to, že u účastníků došlo k výraznému poklesu psychologických příznaků spojených s PTSD, problémů v mezilidských vztazích a sebevražedného chování. Sami účastníci programu uváděli významné snížení sebepoškození, sebevražedného myšlení, posttraumatického stresu, externalizace a somatizace. Důležité je však ještě podotknout, že analýza výsledků probíhala zvláště u jedinců od 18 do 49 let a u jedinců nad 50 let, přičemž u jedinců nad 50 let nebylo snížení na škálách sebepoškození a sebevražedných myšlenek pozorováno. V ostatních aspektech, jako je zlepšení posttraumatického stresu, partnerských vztahů a mezilidských kontaktů obecně, bylo dosaženo obdobných výsledků jako u mladší skupiny (Scotland-Coogan et al. 2020). Nicméně samotné zlepšení sociálních vztahů může u válečných veteránů snížit riziko sebevraždy, vzhledem k tomu, že často trpí existenciální krizí, která se se zvýšeným rizikem sebevraždy často pojí (Rozanov & Carli, 2012). Toto tvrzení je dále autory podpořeno sníženou sebevražedností hlášenou účastníky tohoto programu. Celková zjištění podle autorů podporují myšlenku, že by program výcviku psů mohl být velice účinnou terapeutickou intervencí u této skupiny klientů (Scotland-Coogan et al. 2020). Parish-Plass & Pfeiffer (2019) uvedli, že přítomnost psa v terapii odvracela klienta od sebepoškození a disociačního chování v průběhu terapie, a následně uvedli, že po ukončení terapeutických intervencí ustanulo toto chování klienta i v každodenním životě. Dell et al. (2019) uvádí, že po terapeutických intervencích došlo na určitou dobu k úplnému vymizení v sebepoškozujícího jednání, a kromě toho, k uklidnění ve stavech velkého rozrušení. Dále se projeví i pokroky v rámci zvýšeného soustředění, sebeúcty a ve sdílení svých pocitů s ostatními. V jiné studii předkládají, že zvýšená fyzická aktivita, kterou pes poskytoval, schopnost psa cítit krizové momenty spojené se sebepoškozením a jeho empatie, hrály pozitivní roli ve fyzickém i duševním stavu klienta. Autoři dále uvádí, že přítomnost psa a jeho změny v chování, by mohly dobře signalizovat krizové chování u takto rizikových jedinců a být tak vhodným doplňujícím prostředkem v terapii pro hodnocení rizika u depresivní poruchy a sebevražedných tendencí do budoucna (Sarlon et al. 2018).

Vybrané kazuistiky zapojení psů u klientů se suicidálními sklony:

- Klientka, která byla přes 5 let hospitalizována v léčebném zařízení na základě depresivní poruchy s chronickým, 2 roky trvajícím průběhem, sebevražednými myšlenkami a plány. Klientce byla indikována intenzivní psychiatrická a psychoterapeutická péče a i přes pečlivé dodržování léčby a adekvátních dávek antidepressiv se nedařilo snížit příznaky onemocnění či docílit remise. Do léčby byl tedy s cílem docílit pokroků zapojen pes. Pes projevoval většinu času spíše nenápadné chování, které se zdálo být paralelní s psychiatrickou stabilitou klientky. Změny v chování psa, ale přicházely současně se stupňujícími se psychiatrickými a kritickými stavy, například při sebepoškození, sebevražedných myšlenkách a chování. Pes se normálně dotýkal pouze končetin klientky, v těchto rizikových chvílích však navazoval kontakt i s její hlavou, obličejem a snažil se ho olizovat. Podle klientky

jí pes pomáhal se zvládnutím depresivních nálad, denního režimu a s usnadňováním sociálních kontaktů. Následně na to byla klientka postupně stabilizována a propuštěna do ambulantní péče (Sarlon et al. 2018).

- Dítě, které se účastnilo terapie za účasti psa po nedávném pokusu o sebevraždu. Dítě se při terapeutických sezeních často odpoutávalo od reality, vykazovalo disociační příznaky, nereagovalo na komunikaci a začalo se sebepoškozovat. Zařazení psa do terapie však přineslo uspokojivé výsledky. Ve chvílích, kdy dítě začalo se zmíněným chováním, přiběhl k dítěti pes a začal dítě odvracet od sebepoškozování a lízal mu tvář. Dítě se díky tomu odvrátilo od sebepoškozování, začalo psa hladit, položilo na něj hlavu a poslouchalo jeho klidný dech. Díky této interakci se podařilo udržet dítě plně přítomné na terapeutickém sezení a ta díky tomu mohla nadále pokračovat (Parish-Plass & Pfeiffer 2019).

- U ženy, která byla účastnicí canisterapeutického vězeňského programu a dlouhodobě se potýkala se sebepoškozováním, došlo při jedné terapii k těžkému rozrušení během rozhovoru s psychoterapeutem a klientka se začala výrazně sebepoškozovat. Ve chvíli, kdy však jeden ze zaměstnanců zařízení připomněl klientce přítomnost terapeutického psa, došlo u klientky až k neuvěřitelnému uklidnění a se sebepoškozováním ihned přestala. Obdobné pozitivní účinky na její emoční stavy se u klientky prokázaly nejen při terapiích, ale i mezi jednotlivými sezeními. Například jednou v období mezi setkáními poukázala na to, že se na své cele velice rozrušila, avšak fotky terapeutických psů, které měla u sebe, jí dokázaly uklidnit a odvrátit od spouštěčů sebepoškozování a sebepoškozování samotného (Dell et al. 2019).

- Účastník vězeňského programu, který zahrnoval volný pohyb psů po oddělení, uvedl po jednom měsíci trvání programu, že když se začal cítit napjatý a ve stresu, což ho vedlo ke sklonům si ubližovat, vyhledal přítomnost psa, který ho vždy velice zrelaxoval a uklidnil. To podle vězně zapříčinilo, že si přestal ubližovat. Zaměstnanci dále popisovali i případy několika dalších vězňů, u kterých se rapidně snížil výskyt sebepoškozování. Jeden z nich byl následně z věznice propuštěn, přičemž se jednalo o jedince, který se zatím vždy po propuštění do měsíce opět vrátil zpět. Tentokrát po pobytu na vězeňském oddělení se psy, se však podle zaměstnanců jeho postoj zcela změnil, našel si práci a již půl roku zvládal žít normálním životem, za což podle zaměstnanců vděčí právě pobytu na oddělení se psy (Mercer et al. 2015).

- Válečný veterán s PTSD, kterého sužovaly intenzivní migrény a úzkost. Tyto stavy spolu s dalšími příznaky PTSD ho dovedly k nabití své služební zbraně a pokusu o sebevraždu. V této chvíli však k dotčenému měl přiběhnout jeho pes, lehnout si mu do klína a i přes několikeré odstrčení měl stále prokazovat náklonnost svému pánovi. Veterán si sebevraždu rozmyslel a později uvedl, že za následné zlepšení příznaků poruchy vděčí právě svému čtyřnohému příteli (Altschuler 2017).

3.3.3 Zapojení ostatních zvířat u klientů se suicidálními sklony

V terapii se suicidálními klienty se v praxi zapojuje celá řada zvířat. Mercer et al. (2015) například pracoval s kachnami, kozami a poníky. Zapojují se též ptáci, rybičky, křečci, králíci,

husy či jeleni (Deaton 2005). Výjimkou nejsou ani kočky, lamy a morčata (Crossman & Kazdin 2015). Muela et al. (2017) pracoval s různými zvířaty od kuřat přes ovce až po prasata. Klienty účastnicemi se terapií byli studenti vysokých škol, vězni, pacienti na nemocničních odděleních, adolescenti s poruchami chování, se sebevražednými myšlenkami, tendencemi a s přidruženými psychiatrickými onemocněními (deprese, PTSD) (Deaton 2005; Crossman & Kazdin 2015; Mercer et al. 2015; Altschuler 2017; Muela et al. 2017).

Většina aktivit probíhala spíše individuálně (Deaton 2005; Crossman & Kazdin 2015; Mercer et al. 2015; Muela et al. 2017). Byly ale i takové, které probíhaly formou skupinové terapie (Muela et al. 2017). Kontrolní skupiny, k zajištění plnohodnotných výsledků, byly sestaveny jen v několika případech (Deaton 2005; Crossman & Kazdin 2015; Muela et al. 2017).

Studie se zaměřovaly na různé terapeutické cíle. Například Deaton (2005) se zaměřoval na snížení agresivního chování a sebevražedných pokusů. Crossman & Kazdin (2015) zkoumali vliv zvířat na snížení stresu u jedinců se sebevražednými tendencemi. Mercer et al. (2015) se zaměřili na snížení sebepoškozování a jiní autoři na snížení psychiatrických příznaků (Muela et al. 2017).

Průběh terapií s různými druhy zvířat u suicidálních pacientů se ve většině případů poněkud lišil. Některé terapie probíhaly například formou návštěvního programu ve věznicích, kde měli vězni možnost návštěvy a libovolné interakce se zvířaty na speciálním oddělení (Mercer et al. 2015). Jinde bylo využito programu rezidentního, který umožňoval vězňům na nemocničních odděleních přítomnost zvířat na cele spolu s vězni (Deaton 2005). Muela et al. (2017) zvolil 12-ti týdenní pobytový program na farmě, ale byly prováděny i krátkodobé návštěvy na farmách (Deaton 2005). Několik dalších autorů využilo různé druhy zvířat u studentů vysokých škol a kombinovalo různé druhy intervencí, metod a programů (Garlow et al. 2008; Crossman & Kazdin 2015).

Terapeutické účinky byly skoro ve všech případech vyhodnocovány na základě cílených rozhovorů s rezidenty zařízení, klienty a zaměstnanci (Deaton 2005; Crossman & Kazdin 2015; Mercer et al. 2015). Pouze u adolescentů byl využit k vyhodnocení dotazník BASC (Behaviour Assessment System for Children) (Muela et al. 2017). Jedná se o systém nástrojů, který u adolescentů hodnotí chování, emoce, myšlenky i silné povahové stránky. Zahrnuje hodnotící škálu pro rodiče (PRS), která hodnotí adaptivní i problémové chování jedinců v různých prostředích a vlastní sebehodnocení osobnosti (SRP), které umožňuje jedincům popsat své vlastní emoce a vnitřní vnímání sebe samého (Gladman & Lancaster 2003).

Ve všech případech se autoři setkali s kladnými výsledky. Mercer et al. (2015) došel k závěru, že přítomnost zvířat rapidně snížila sebepoškozování a agresivní chování, zlepšila komunikaci, budování důvěry a podpořila pocit odpovědnosti u sledovaných osob. Pacienti na oddělení se zvířaty potřebovali o polovinu méně léků a podstatně se snížily počty násilných případů. Na tomto oddělení nedošlo ani k jednomu sebevražednému pokusu. Oproti tomu na oddělení bez zvířat, které sloužilo jako kontrolní skupina, bylo za stejnou dobu zaznamenáno 8 případů suicidálních pokusů (Deaton 2005). Výsledky autorů Crossman & Kazdin (2015) ukázaly, že aktivity se zvířaty měly jisté pozitivní vlivy na snížení míry stresu u vysokoškolských studentů se sebevražednými tendencemi a psychickými problémy. Muela et al. (2017) dále poukázali na to, že u jedinců účastnicích se AAT, došlo oproti kontrolní skupině ke snížení depresivních stavů a pocitů nedostatečnosti. Účastníci dále uvedli snížení

intenzity smutku a zoufalství, zvýšení důvěry v sebe sama a vůle žít. Zaměstnanci zařízení poté poznamenali, že díky AAT se u účastníků snížil počet problémů, které je ovlivňovaly v jejich každodenních činnostech. V této souvislosti autoři opět poukazují na úzkou souvislost depresivních stavů a sebevražedných tendencí, myšlenek, pokusů i dokonaných sebevražd. Altschuler (2017) uvádí, že využití zoorehabilitace může významně zlepšovat příznaky PTSD a spolu s tím hrát u těchto klientů důležitou roli v prevenci sebevražd a to při zapojení nejrůznějších druhů zvířat.

3.3.4 Prevence suicidálního chování prostřednictvím zoorehabilitace

Zoorehabilitace má, kromě jejího využití jako terapeutického prostředku, značný význam současně jako prevence a může jí být použito právě i v předcházení sebevražednému chování (Bouchard et al. 2004; Allison & Ramaswamy 2016; Scotland-Coogan et al. 2020). Terapeutické intervence za účasti zvířat a jejich konkrétní metody práce, popsané v předchozím textu, jsou ve všech případech zároveň i různými druhy prevence. Níže je uvedeno rozdělení těchto terapeutických intervencí z pohledu preventivních opatření.

Primordiální prevence

Do primordiální prevence prostřednictvím zoorehabilitace by měly spadat takové aktivity se zvířaty, které obecně podněcují ke zlepšení životních podmínek a takto k předcházení vzniku rizikových faktorů, které by v budoucnu mohly vést k sebevražedným tendencím. Světová zdravotnická organizace doporučuje zaměřit programy primordiální prevence na potencionálně problémové chování, postoje a sociální hodnoty jedinců (Ursoniu 2009). Příkladem primordiální prevence sebevražd by tak mohly být aktivity za účasti zvířat (AAA), s cílem podpory prosociálního chování široké veřejnosti, převážně dětí (Boyer & Mundschenk 2014). V raném vývoji je totiž vyšší riziko vzniku problémového chování, které může vést ke vzniku rizikových faktorů pro sebevraždu v budoucnu (Ursoniu 2009). Studie využívající AAA zaměřených na prosperitu veřejného zdraví a na to, co dává životu smysl, jsou tak dobrým příkladem primordiální prevence sebevražd (Friedmann et al. 2015; Costanza et al. 2020).

Primární prevence

Konkrétními příklady primární prevence sebevražd prostřednictvím zoorehabilitace mohou být například preventivní programy zavedené na školách za účelem snížit míru stresu u adolescentů a mladých dospělých (Katz et al. 2013). Přičemž u většiny zavedených preventivních programů za účasti zvířat bylo u studentů sledováno snížení sebevražedného chování a pokusů (Crossman & Kazdin 2015; Haggerty & Mueller 2017; Pendry et al. 2019; Lalonde et al. 2020). S dalším zapojením zoorehabilitace v primární prevenci sebevražd se můžeme setkat například u psychiatrických pacientů či seniorů v ústavní péči (Huss 2018; Young et al. 2020). Jejichž cílem bylo snížení různých rizikových faktorů souvisejících se sebevraždou, jako jsou úzkosti, deprese, osamělost, psychiatrická onemocnění a jiné (Huss 2018; Kil et al. 2019; Widmayer et al. 2019). Prakticky všechny studie, které v terapeutických

intervencích zapojují zvířata u klientů potýkajících se s různými rizikovými faktory, které v budoucnu mohou vést k sebevražednému chování (trauma, užívání návykových látek, sociální izolace a další), a které již byly zmíněny v předchozích kapitolách, jsou, dalo by se říci, součástí primární prevence sebevražd (Maujean et al. 2015). V této fázi je tedy velice důležitá celková podpora duševního zdraví, a právě intervence za účasti zvířat přinášejí, kromě jistých pozitivních zdravotních výsledků, také možné zmírnění či celkovou prevenci vzniku příznaků duševních obtíží a poruch (Allison & Ramaswamy 2016).

Sekundární prevence

Součástí sekundární prevence osob, u kterých se aktuálně objevily sebevražedné tendence, by mohla prostřednictvím zoorehabilitace být metoda krizové intervence za účasti zvířat (AACR) (Yeager & Roberts 2015). Prvotní kontakt s jedincem, který má silné suicidální myšlenky, může být poněkud choulostivý. Začlenění terapeutického zvířete do týmu krizové intervence může pomoci nejen s budováním důvěry s terapeutem a vytvářením pocitu bezpečného prostředí, ale také s odvedením pozornosti od rizikových myšlenek zpět do aktuálního okamžiku a reality (Greenbaum 2006). Konkrétně může jít o již zmíněný případ sebepoškozující se ženy či dítěte při probíhající terapii (Dell et al. 2019; Parish-Plass & Pfeiffer 2019). Odborníci, vedoucí krizovou intervencí přímo u suicidálních klientů, by poté měli absolvovat školení ASIST (Applied Suicide Intervention Skills Training) pro zlepšení kompetence v intervenci s akutně suicidálním klientem (Lackey & Habersock 2019). Při hledání účinné léčby pro klienty s vysokým rizikem budoucí sebevraždy, jsou krizové intervence za účasti zvířat podle mnoha studií ta správná volba, avšak pouze jako podpůrné intervence prováděné současně s jinými terapeutickými a léčebnými postupy, jako je například psychoterapie a farmakoterapie (Robinson 2004; Hawton et al. 2012; Tedeschi & Jenkins 2019).

Terciární prevence

Terciární prevence sebevražd prostřednictvím zoorehabilitace se může využívat u jedinců, kteří se již v minulosti pokusili o sebevraždu, a klade si za cíl zabránit jejímu dalšímu opakování. Studie, které se zabývaly touto problematikou, vykazují u většiny případů uspokojivé výsledky. Klienti s historií sebevražedného pokusu získali po absolvování terapie za účasti zvířete nový pohled na svět a větší vůli žít. V žádné z těchto studií nebylo zaznamenáno následné opakování sebevražedných tendencí. Studie, spojující v praxi intervence za účasti zvířat u klientů po pokusu o sebevraždu, jsou podrobněji rozebrány v předchozích kapitolách a mohou spadat právě do terciární prevence (Deaton 2005; Karol 2007; Altschuler 2017; Tuuvás et al. 2017).

Přestože může být účast zvířete v terapeutických intervencích se suicidálním pacientem velice efektivní, nedílnou součástí však zůstává profesionální přístup terapeuta ke klientovi, náležitě vedený rozhovor a kvalitní schopnost komunikovat (Hoffmann et al. 2009).

4 Závěr

Cílem práce bylo zmapovat a popsat možné využití zvířat v zoorehabilitaci u pacientů s diagnózou úmyslné sebepoškození a také to, jakým způsobem může být zapojení zvířat do terapie současně prevencí u této skupiny klientů.

Zapojení zvířat do terapeutických intervencí u klientů se sebevražednými sklony mělo vliv na zmírnění rizikových faktorů vedoucích k úmyslnému sebepoškození, samotných sebevražedných myšlenek, tendencí, pokusů a v některých případech i dokonání sebevražd. A to především díky zklidnění, motivování a poskytnutí nových příležitostí, změnám v prostředí, poznání nových přátel a pobytu mimo léčebná zařízení. V případech, kde se pozitivní efekty nepotvrdily, nebyly vykázány ani žádné negativní účinky.

Zoorehabilitace byla do péče o tyto klienty zařazována jako preventivní opatření a současně také jako terapeutický proces, jehož cílem bylo zamezit rozvoji úmyslného sebepoškození tím, že se zaměřoval na rizikové faktory u ohrožených jedinců. Pozitivní výsledky v těchto preventivních programech následně motivovaly k dalšímu rozvoji zoorehabilitace u této cílové skupiny. Tyto pozitivní výsledky přetrvávaly i po skončení terapeutických intervencí za účasti zvířat. Ne vždy se ale dlouhodobý efekt terapie po ukončení intervencí za účasti zvířat zohledňoval.

V kontextu této jisté nedostatečnosti výzkumů je důležité podotknout, že prakticky u všech zmiňovaných studií bylo využito vcelku malého počtu účastníků s nízkým zastoupením obou pohlaví, různých věkových kategorií a jednotlivých fází suicidality. Současně v několika uváděných studiích zcela chyběla kontrolní skupina, či se v ní nevyskytoval dostatečný počet účastníků. Tyto nedostatky tak platnost některých závěrů v tomto ohledu snižují. Nutné je také zohlednit malou četnost dostupných studií napříč touto problematikou v celosvětovém měřítku a jejich úplné minimum v České republice.

Tato fakta poukázala na potřebu dalších studií, které budou dostatečně podloženy, aby nabyly kvalitní výpovědní hodnoty a staly se tak základem pro další rozvoj zoorehabilitace u této skupiny klientů napříč různými obory a současně tak podpořily rozvoj účinných preventivních programů.

Budoucí rozšíření účinných preventivních programů prostřednictvím zoorehabilitace, které by seznamovaly s touto problematikou širokou veřejnost, podporovaly duševní zdraví jedinců a vedly ke včasné identifikaci rizikových faktorů, jejich vyhodnocení a včasné přijetí následných opatření, by tak mohlo vést k záchraně mnoha lidských životů.

5 Literatura

1. Abrahamson K, Cai Y, Richards E, Cline K & O’Haire ME. 2016. Perceptions of a hospital-based animal assisted intervention program: An exploratory study. *Complementary Therapies in Clinical Practice* **25**:150-154.
2. Abreu T & Figueiredo AR. 2015. Paws for Help - Animal-assisted Therapy. *European Psychiatry* **30**:1651.
3. Adamle KN, Riley TA & Carlson T. 2009. Evaluating College Student Interest in Pet Therapy. *Journal of American College Health* **57**:545-548.
4. Adams JM & Dahlen B. 2021. Preventing Suicide in the United States. *Public Health Reports* **136**:3-5.
5. Ahmadi A. 2007. Suicide by Self-Immolation: Comprehensive Overview, Experiences and Suggestions. *Journal of Burn Care & Research* **28**:30-41.
6. Ahmed HU, Hossain MD, Aftab A, Soron TR, Alam MT, Chowdhury MWA, Uddin A. 2017. Suicide and depression in the World Health Organization South-East Asia Region: A systematic review. WHO South East Asia. *Journal of Public Health* **6**:60-6.
7. Allison M, Ramaswamy M. 2016. Adapting Animal-Assisted Therapy Trials to Prison-Based Animal Programs. *Public Health Nursing* **33**:737-1209.
8. Altschuler EL. 2017. Animal-Assisted Therapy for Post-traumatic Stress Disorder: Lessons from “Case Reports” in Media Stories. *Military Medicine* **183**:11-13.
9. Amerine JL & Hubbard GB. 2016. Using Animal-assisted Therapy to Enrich Psychotherapy. *Adv Mind Body Med* **30**:11-1.
10. Ateriya N, Saraf A, Meshram V, Kanchan T, Shekhawat RS, Setia P. 2019. Quadruple hanging: a rare scenario in filicide-suicide. *Egyptian Journal of Forensic Sciences* **9**:56.
11. Baca-Garcia E et al.. 2005. Suicide attempts and impulsivity. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* **255**:152-156.
12. Bachi K & Parish-Plass N. 2017. Animal-assisted psychotherapy: A unique relational therapy for children and adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* **22**:3-8.
13. Bachi K, Terkel J, Teichman M. 2012. Equine-facilitated psychotherapy for at-risk adolescents: the influence on self-image, self-control and trust. *Clin Child Psychol Psychiatry* **17**:298-312.
14. Bachmann S. 2018. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **15**:1425.
15. Baiden P, LaBrenz C, Asiedua-Baiden G, Muehlenkamp JJ. 2020. Examining the intersection of race/ethnicity and sexual orientation on suicidal ideation and suicide attempt among adolescents: Findings from the 2017 Youth Risk Behavior Survey. *Journal of Psychiatric Research* **125**:13-20.
16. Balhara YP, Verma R. 2012. Schizophrenia and suicide. *East Asian Archives of Psychiatry* **22**:126-133.
17. Barker SB, Barker RT, McCain NL & Schubert CM. 2016. A Randomized Cross-over Exploratory Study of the Effect of Visiting Therapy Dogs on College Student Stress Before Final Exams. *Anthrozoös* **29**:35-46.
18. Barrigon ML & Cegla-Schvartzman F. 2020. Sex, Gender, and Suicidal Behavior. *Current Topics in Behavioral Neurosciences* **46**:89-115.

19. Beetz AM. 2017. Theories and possible processes of action in animal assisted interventions. *Applied Developmental Science* **21**:139-149.
20. Berget B, Ekeberg Ø, Braastad BO. 2008. Animal-assisted therapy with farm animals for persons with psychiatric disorders: effects on self-efficacy, coping ability and quality of life, a randomized controlled trial. *Clin Pract Epidem Ment Health* **4**:9.
21. Berget B & Grepperud S. 2011. Animal-Assisted Interventions for psychiatric patients: Beliefs in treatment effects among practitioners. *European Journal of Integrative Medicine* **3**:91-96.
22. Bernstein PL. 2007. The Human-Cat Relationship. *Animal Welfare* **16**:47-89.
23. Beyer JL & Weisler RH. 2016. Suicide Behaviors in Bipolar Disorder. *Psychiatric Clinics of North America* **39**:111-123.
24. Bisson JI, Cosgrove S, Lewis C, Robert NP. 2015. Post-traumatic stress disorder. *British Medical Journal* **351**:2-7.
25. Bouchard F, Landry M, Belles-Isles M, Gagnon J. 2004. A magical dream: a pilot project in animal-assisted therapy in pediatric oncology. *Canadian Oncology Nursing Journal* **14**:14-7.
26. Boyer VE & Mundschenk NA. 2014. Using Animal-Assisted Therapy to Facilitate Social Communication: A Pilot Study. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology* **38**:26-38.
27. Braun V. & Clarke V. 2013. *Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners*. Sage Publications, London.
28. Brådvik L. 2018. Suicide Risk and Mental Disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **15**:2028.
29. Brewin CR. 2019. Complex post-traumatic stress disorder: a new diagnosis in ICD-11. *BJPsych Advances* **26**:1-8.
30. Brownlow JA, Harb GC, Ross RJ. 2015. Treatment of Sleep Disturbances in Post-Traumatic Stress Disorder: A Review of the Literature. *Current Psychiatry Reports* **17**: 41.
31. Brymer M, Layne C, Pynoos R, Ruzek JI, Steinberg A, Vernberg E, Watson PJ. 2006. *Psychological first aid: Field operations guide*. US Department of Health and Human Services, Washington.
32. Budzińska-Wrzesien E, Wrzesien R, Jarmuł-Pietraszczyk J, Świtacz A. 2012. Therapeutic role of animals in human life- examples of dog and cat assisted therapy. *Ecol Chem Eng A* **19**:1375-1381.
33. Burgon HL. 2011. "Queen of the world": experiences of "at-risk" young people participating in equine-assisted learning/therapy. *Journal of Social Work Practice*, **25**:165-183.
34. Burgon HL, Gammage D, Hebden J. 2018. Hoofbeats and heartbeats: Equine-assisted therapy and learning with young people with psychosocial issues: Theory and practice. *Journal of Social Work Practice* **32**:3-16.
35. Burr M & Wittman P. 2019. The influence of a therapy dog on a pediatric therapy organization: A mini ethnography. *Complementary Therapies in Clinical Practice* **38**:1744-3881.

36. Burton LE, Qeadan F & Burge MR. 2018. Efficacy of equine-assisted psychotherapy in veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Integrative Medicine* **1**:2095-4964.
37. Burzyńska M & Sitkiewicz W. 2020. Suicidal Behavior in the Opinion of Students of Lotz Universities. *Journal of Health Study and Medicine* **2**:67-82.
38. Calati R, Ferrari C, Brittner M, Oasi O, Olié E, Carvalho AF & Courtet P. 2018. Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: a narrative review of the literature. *Journal of Affective Disorders* **230**:1-124.
39. Callanan VJ & Davis MS. 2011. Gender differences in suicide methods. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **47**:857-869.
40. Candelieri I. 2018. Healing and Caring in Dolphin-Assisted Therapy: Criticisms of Effectiveness and Ethical Issues. *Gestalt Theory* **40**:326-336.
41. Cantin A & Marshall-Lucette Sylvie. 2011. Examining the literature on the efficacy of equine assisted therapy for people with mental health and behavioural disorders. *Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice* **8**:51-61.
42. Carlsson C. 2016. Triads in Equine-Assisted Social Work Enhance Therapeutic Relationships with Self-Harming Adolescents. *Clinical Social Work Journal* **45**:320-321.
43. Carlsson C, Nilsson RD, Traeen B. 2015. Mentalizing and Emotional Labor Facilitate Equine-Assisted Social Work with Self-harming Adolescents. *Child and Adolescent Social Work Journal* **32**:329-339.
44. Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. 2014. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PLoS One* **9**:89944
45. Cleare S, Gumley A & O'Connor RC. 2019. Self-compassion, Self-forgiveness, Suicidal ideation and Self-harm: a Systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy* **26**:1-20.
46. Connor K & Miller J. 2000. Animal-assisted therapy. *Dimensions of Critical Care Nursing* **19**: 20-26.
47. Costanza et al.. 2020. Suicide prevention from a public health perspective. What makes life meaningful? The opinion of some suicidal patients. *Acta BioMedica* **91**:128-134.
48. Coughle JR, Resnick H, Kilpatrick DG. 2009. PTSD, depression, and other comorbidity in relation to suicidality: Cross-sectional and prospective analyses of a national probability sample of women. *Depression and Anxiety* **26**:1151-1157.
49. Coyle TN, Shaver JA, Linehan MM. 2018. On the potential for iatrogenic effects of psychiatric crisis services: The example of dialectical behavior therapy for adult women with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **86**:116.
50. Crossman MK & Kazdin AE. 2015. Animal Visitation Programs in Colleges and Universities: An Efficient Model for Reducing Student Stress. Pages 333-337 in Fine AH, editor. *Handbook on animal-assisted therapy: Foundations and guidelines for animal-assisted interventions*. Elsevier Academic Press, USA.
51. Da Silva-Meleiro AMA, Correa H. 2020. Suicide and Suicidality in Women. *Women's Mental Health* **23**:221-225.

52. Darvishi N, Farhadi M, Haghtalab T & Poorolajal J. 2015. Alcohol-Related Risk of Suicidal Ideation, Suicide Attempt, and Completed Suicide: A Meta-Analysis. *Plos One* **10**:1-14.
53. Davis TN et al..2015. "Animal Assisted Interventions for Children with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review." *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities* **50**:316-329.
54. Deaton C. 2005. Humanizing Prisons with Animals: A Closer Look at "Cell Dogs" and Horse Programs in Correctional Institutions. *The Journal of Correctional Education* **56**:48-62.
55. DeCoursey M, Russell AC & Keister KJ. 2010. Animal-Assisted Therapy: Evaluation and Implementation of a Complementary Therapy to Improve the Psychological and Physiological Health of Critically Ill Patients. *Dimensions of Critical Care Nursing* **29**:211-214.
56. Dell C, Chalmers D, Stobbe M, Rohr B, Husband A. 2019. Animal-assisted therapy in a Canadian psychiatric prison. *International Journal of Prisoner Health* **15**:209-231.
57. Dias FGG, Pereira LF, Machado MA, Honsho DK, Thomaz A, Costa GB, Oliveira AR, Honsho CS. 2020. Co-therapist animal as complementary alternatives in the health and human well-being: literature review. *Brazilian Journal of Development* **6**:36264-36282.
58. Dickinson T, Becerra R, Coombes J. 2017. Executive functioning deficits among adults with Bipolar Disorder (types I and II): A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* **218**:407-427.
59. Dilillo D, Mauri S, Mantegazza C, Fabiano V, Mameli Ch, Zuccotti CV. 2015. Suicide in pediatrics: epidemiology, risk factors, warning signs and the role of the pediatrician in detecting them. *Italian Journal of Pediatrics* **41**:49.
60. Dong M, Lu L, Zhang L, Zhang Q, Ungvari GS, Ng CH, Yuan Z, Xiang Y, Wang G, Xiang YT. 2019. Prevalence of suicide attempts in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* **25**:1-9.
61. Dong M, Wang SB, Li Y, Xu DD, Ungvari GS, Ng CH, Chow IHI, Xiang YT. 2018. Prevalence of suicidal behaviors in patients with major depressive disorder in China: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* **225**:32-39.
62. Dowie SE. 2020. What is suicide? Classifying self-killings. *Med Health Care and Philos* **23**:717-733.
63. Durisko Z, Mulsant BH, Andrews PW. 2015. An adaptationist perspective on the etiology of depression. *J Affect Disord* **172**:315-23.
64. Eustache KL & LaBond V. 2018. 184 Dog-Assisted Therapy in the Emergency Department: Identifying Potential Risks of Clinically Significant Microbial Transmission. *Annals of Emergency Medicine* **72**:74-75.
65. Fang X, Chen Y, Wang Y, Zhang C. 2019. Identification of risk factors for suicidal ideation in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research* **271**:195-199.
66. Favril L, Stoliker B, Laenen F. 2020. What Differentiates Prisoners Who Attempt Suicide from Those Who Experience Suicidal Ideation? A Nationally Representative Study. *Suicide and Life-Threatening Behavior* **50**:975-989.

67. Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, Norman R, Patten SB, Vos T, Whiteford HA. 2013. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychological Medicine* **43**:471-481.
68. Fiksdal BL, Houlihan D & Barnes AC. 2012. Dolphin-Assisted Therapy: Claims versus Evidence. *Autism Research and Treatment* **2012**:1-7.
69. Fine AH. 2006. Incorporating animal-assisted therapy into psychotherapy: Guidelines and suggestions for therapists. Academic Press, San Diego
70. Fine AH, Beck AM, Ng Z. 2019. The State of Animal-Assisted Interventions: Addressing the Contemporary Issues that will Shape the Future. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **16**:3997.
71. Foley S, Bracher-Smith M, Tansey K, Harrison J, Parker G, Caseras X. 2018. Fractional anisotropy of the uncinate fasciculus and cingulum in bipolar disorder type I, type II, unaffected siblings and healthy controls. *The British Journal of Psychiatry* **213**:548-554.
72. Fredrickson M & Howie AR. 2006. Methods, Standards, Guidelines, and Considerations in Selecting Animals for Animal-Assisted Therapy. Pages 99-114 in Fine AH, editor. *Handbook on animal-assisted therapy: Foundations and guidelines for animal-assisted interventions*. Elsevier Academic Press, USA.
73. Freudenthal S. 2008. Assessing the wish to die: a 30-year review of the suicide intent scale. *Arch Suicide Res* **12**:277-298.
74. Friedmann E & Son H. 2009. The Human-Companion Animal Bond: How Humans Benefit. *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice* **39**:293-326.
75. Fried EI & Nesse RM. 2015. Depression sum-scores don't add up: why analyzing specific depression symptoms is essential. *BMC Medicine* **13**:72.
76. Friedmann E, Son H, Saleem M. 2015. The animal-human bond: Health and wellness. Pages 73-88 in Fine AH, editor. *Handbook on animal-assisted therapy: Foundations and guidelines for animal-assisted interventions*. Elsevier Academic Press, USA.
77. Frohoff T. 2011. Lessons from dolphins. Pages 135-139 in Brakes P & Simmonds MP, editors. *Whales and Dolphins: Cognition, Culture, Conservation and Human Perceptions*. Routledge, NY.
78. Frohoff T & Bekoff M. 2018. Ethics. Pages 338-344 in Würsig B, Thewissen JGM, Kovacs KM, editors. *Encyclopedia of Marine Mammals*. Academic Press, USA.
79. Fry NE. 2013. Equine-Assisted Therapy: An Overview. *Biotherapy - History, Principles and Practice: A Practical Guide to the Diagnosis and Treatment of Disease using Living Organisms* **10**:255-284
80. Galich S. 2011. Vozmozhnosti delfinoterapii kak jele-menta perinatal'noj ohrany vnutriutrobnogo rebenka. *Zturbotoju pro zhinku* **1**:42-45.
81. García-Gómez A, Guerrero-Barona E, García-Peña I, Rodríguez-Jiménez M & Moreno-Manso JM. 2020. Equine-assisted therapeutic activities and their influence on the heart rate variability: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice* **39**:101167.
82. Garlow SJ, Rosenberg J, Moore J, Haas AP, Koestner B, Hendin H, Nemeroff CB. 2008. Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from

- the American foundation for suicide prevention college screening project at Emory University. *Depression and Anxiety* **25**:482-488.
83. Garner BA & Rigby BR. 2015. Human pelvis motions when walking and when riding a therapeutic horse. *Human Movement Science* **39**:121-137.
 84. Geulayov G et al.. 2019. Suicide following presentation to hospital for non-fatal self-harm in the Multicentre Study of Self-harm: a long-term follow-up study. *The Lancet Psychiatry* **6**:1021-1030.
 85. Giermaziak W & Fryzowska-Chobot I. 2018. Animal-assisted therapies in treatment and rehabilitation of diseases and disabled. *Główna Biblioteka Lekarska im. Stanisława Konopki, Warszawa*
 86. Gilmer MJ, Baudino MN, Goddard AT, Vickers DC & Akard TF. 2016. Animal-Assisted Therapy in Pediatric Palliative Care. *Nursing Clinics of North America* **51**:381-395.
 87. Gladman M & Lancaster S. 2003. A Review of the Behaviour Assessment System for Children. *School Psychology International* **24**:276-291.
 88. Glenn CR, Kleiman EM, Kellerman J, Pollak O, Cha CB, Esposito EC, Porter AC, Wyman PA, Boatman AE. 2019. Annual Research Review: A meta-analytic review of worldwide suicide rates in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* **61**:294-308.
 89. Godbout N, Hodges M, Briere J, Runtz M. 2016. Structural analysis of the Trauma Symptom Inventory-2. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma* **25**:333-346.
 90. Godor BP. 2017. Academic Fatalism: Applying Durkheim's Fatalistic Suicide Typology to Student Drop-Out and the Climate of Higher Education. *Interchange* **48**:257-269.
 91. Gogtay N, Vyas NS, Testa R, Wood SJ, Pantelis C. 2011. Age of onset of schizophrenia: perspectives from structural neuroimaging studies. *Schizophrenia Bulletin* **37**:504-13.
 92. Goldman-Mellor SJ, Caspi A, Harrington H, Hogan S, Nada-Raja S, Poulton R & Moffitt TE. 2014. Suicide Attempt in Young People. *JAMA Psychiatry* **71**:119-126.
 93. González-Pinto A, Aldama A, Gonzalez C, Mosquera F, Arrasate M, Vieta E. 2007. Predictors of suicide in first-episode affective and nonaffective psychotic inpatients: five-year follow-up of patients from a catchment area in Vitoria, Spain. *Journal of Clinical Psychiatry* **68**:242-247.
 94. Gopalakrishnan M, Farchione T, Mathis M, Zhu H, Mehta M, Uppoor R, Younis I. 2020. Shortened Positive and Negative Symptom Scale as an Alternate Clinical Endpoint for Acute Schizophrenia Trials: Analysis from the US Food & Drug Administration. *Psychiatric Research and Clinical Practice* **2**:1-8.
 95. Gould TD et al.. 2017. Animal models to improve our understanding and treatment of suicidal behavior. *Translational Psychiatry* **7**:1092.
 96. Gournellis R, Tournikioti K, Touloumi G, Thomadakis C, Michalopoulou PG, Christodoulou C, Papadopoulou A, Douzenis A. 2017. Psychotic (delusional) depression and suicidal attempts: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **137**:18-29.
 97. Gordon M, Melvin G. 2014. Risk assessment and initial management of suicidal adolescents. *Australian Family Physician* **43**:367-72.

98. Gómez-Durán EL, Martín-Fumado C, Hurtado-Ruiz G. 2012. Clinical and epidemiological aspects of suicide in patients with schizophrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría* **40**:333-345.
99. Gunn JC. 2017. Extended suicide. *Criminal Behaviour and Mental Health* **27**: 286-289.
100. Gradus JL. 2018. Posttraumatic Stress Disorder and Death From Suicide. *Current Psychiatry Reports* **20**:98.
101. Gradus JL, Qin P, Lincoln AK, Miller M, Lawler E, Sorensen HT, Lash TL. 2010. Posttraumatic Stress Disorder and Completed Suicide. *American Journal of Epidemiology* **171**:721-727.
102. Granello DH. 2010. The Process of Suicide Risk Assessment: Twelve Core Principles. *Journal of Counseling & Development* **88**:363-370.
103. Gratch I, Choo TH, Galfalvy H, Keilp J, Itzhaky L, Mann J, Oquendo M, Stanley B. 2020. Detecting suicidal thoughts: The power of ecological momentary assessment. *Depression and Anxiety* **38**:2-9.
104. Greenbaum SD. 2006. Introduction to working with Animal Assisted Crisis Response animal handler teams. *International Journal of Emergency Mental Health* **8**:49-63.
105. Haagsma J. 2016. The global burden of injury: incidence, mortality, disability-adjusted life years and time trends from the Global Burden of Disease study 2013 **22**:3-18.
106. Haggerty JM, Mueller MK. 2017. Animal-assisted Stress Reduction Programs in Higher Education. *Innovative Higher Education* **42**:379-389.
107. Hardiman D. 2010. Animal-assisted therapy in mental health. *SCAS Journal* **9**:14-17.
108. Hardy KK & Weston RN. 2019. Canine-Assisted Therapy for Children with Autism Spectrum Disorder: a Systematic Review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders* **7**:197-204.
109. Hartwig EK & Binfet JT. 2018. What's Important in Canine-Assisted Intervention Teams? An Investigation of Canine-Assisted Intervention Program Online Screening Tools. *Journal of Veterinary Behavior* **29**:2-24.
110. Hawkins EL, Hawkins RD, Dennis M, Williams JM, Lawrie SM. 2019. Animal-assisted therapy for schizophrenia and related disorders: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research* **115**:51-60.
111. Hawton K et al. 2007. Self-harm in England: a tale of three cities. Multicentre study of self-harm. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **42**:513-21.
112. Hawton K, Saunders KE & O'Connor RC. 2012. Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet* **379**:2373-2382.
113. Hawton K, Witt KG, Salisbury TLT, Arensman E, Gunnell D, Hazell P, Townsend E, van Heeringen K. 2016. Psychosocial interventions following self-harm in adults: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* **3**:740-750.
114. Hällgren J, Ösby U, Westman J, Gissler M. 2019. Mortality trends in external causes of death in people with mental health disorders in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health* **47**:121-126.
115. Henry GK & Gornbein J. 2020. Posttraumatic stress disorder and noncredible symptom reporting on the Trauma Symptom Inventory-2. *Applied Neuropsychology: Adult* **27**:1-6.

116. Hoffmann AOM, Lee AH, Wertenuer F, Ricken R, Jansen JJ, Gallinat J, Lang UE. 2009. Dog-assisted intervention significantly reduces anxiety in hospitalized patients with major depression. *European Journal of Integrative Medicine* **1**:145-148.
117. Höke H. 2008. Tiergestützte Therapie mit Lamas. *Erfahrungsheilkunde* **57**:604-609.
118. Hu M, Zhang P, Leng M, Li C, Chen L. 2018. Animal-assisted intervention for individuals with cognitive impairment: A meta-analysis of randomized controlled trials and quasi-randomized controlled trials. *Psychiatry Research* **260**:418-427.
119. Huss R. 2018. Hounds at the Hospital, Cats at the Clinic: Challenges Associated with Service Animals and Animal-Assisted Interventions in Healthcare Facilities. *Law Faculty Publications* **40**:490.
120. Chandler CK. 2012. *Animal assisted therapy in counseling*. Routledge, New York.
121. Chatterton M, Stockings E, Berk M, Barendregt J, Carter R, Mihalopoulos C. 2017. Psychosocial therapies for the adjunctive treatment of bipolar disorder in adults: Network meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* **210**:333-341.
122. Charry-Sánchez JD, Pradilla I & Talero-Gutiérrez C. 2018. Animal-assisted therapy in adults: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice* **32**:169-180.
123. Chen JI, Osman A, Freedenthal SL, Gutierrez PM. 2019. An Examination of the Psychometric Properties of the Reasons for Living Inventory within a Male Veteran Clinical Sample. *Archives of Suicide Research* **24**:1-50.
124. Chitic V, Rusu AS, Szamoskozi S. 2012. The Effects of Animal Assisted Therapy on Communication and Social Skills: A MetaAnalysis. *Transylvanian Journal of Psychology* **13**:1-17.
125. Chuprikov AP, Galich SR, Shpatakovskaja GV. 2011. Psihologicheskie treningi i delfinoterapija v optimizacii techenija perinatalnogo perioda. *Perinatologija i pediatrija* **4**:22-24
126. Jaiswal SV, Faye AD, Gore SP, Shah HR, Kamath RM. 2016. Stressful life events, hopelessness, and suicidal intent in patients admitted with attempted suicide in a tertiary care general hospital. *Journal of Postgraduate medicine* **62**:102-104.
127. Jakupcak M, Cook J, Imel Z, Fontana A, Rosenheck R, McFall M. 2009. Posttraumatic stress disorder as a risk factor for suicidal ideation in Iraq and Afghanistan War veterans. *Journal of Traumatic Stress* **22**:303-306.
128. Jaspersen RA. 2010. Animal-Assisted Therapy with Female Inmates with Mental Illness: A Case Example From a Pilot Program. *Journal of Offender Rehabilitation* **49**:417-433.
129. Jaspersen RA. 2013. An animal-assisted therapy intervention with female inmates. *Anthroösc* **26**:135-45.
130. Jegatheesan B et al.. 2015. *The IAHAIO Definitions for Animal-Assisted Intervention and Guidelines for Wellness of Animals Involved*. Academic Press, USA.
131. Ji S, Pan S, Li X, Cambria E, Long G, Huang Z. 2020. Suicidal Ideation Detection: A Review of Machine Learning Methods and Applications. *IEEE Transactions on Computational Social Systems* **7**:1-13.
132. Jin H & Mosweu I. 2016. The Societal Cost of Schizophrenia: A Systematic Review. *PharmacoEconomics* **35**:25-42.

133. Johnson SL, Carver CS, Tharp JA. 2016. Suicidality in Bipolar Disorder: The Role of Emotion-Triggered Impulsivity. *Suicide and Life-Threatening Behavior* **47**:177-192.
134. Jones MG, Rice SM, Cotton SM. 2019. Incorporating animal-assisted therapy in mental health treatments for adolescents: A systematic review of canine assisted psychotherapy. *Plos One* **14**:210761.
135. Julious SA. 2012. Efficacy and suicidal risk for antidepressants in paediatric and adolescent patients. *Statistical Methods in Medical Research* **22**:190-218.
136. Kaminski J & Nitzschner M. 2013. Do dogs get the point? A review of dog-human communication ability. *Learning and Motivation* **44**:294-302.
137. Kamioka H et al.. 2014. Effectiveness of animal-assisted therapy: A systematic review of randomized controlled trials. *Complementary Therapies in Medicine* **22**:371-390.
138. Karol J. 2007. Applying a Traditional Individual Psychotherapy Model to Equine-facilitated Psychotherapy (EFP): Theory and Method. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* **12**:77-90.
139. Katz C, Bolton SL, Katz LY, Isaak C, Tilston-Jones T, Sareen J. 2013. A Systematic Review Of School-based Suicide Prevention Programs. *Depression and Anxiety* **30**:1030-1045.
140. Kerig PK. 2017. Self-Destructive Behavior. Pages 1-5 in Schreck CHJ, editor. *The Encyclopedia of Juvenile Delinquency and Justice*. John Wiley & Sons Incorporation, USA.
141. Kil T, Kim HM, Kim M. 2019. The effectiveness of group combined intervention using animal-assisted therapy and integrated elderly play therapy. *Journal of Animal Science and Technology* **61**:371-378.
142. Knipe D, Williams AJ, Hannam-Swain S, Upton S, Brown K, Bandara P, Chang SS, Kapur N. 2019. Psychiatric morbidity and suicidal behaviour in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine* **16**:1-29.
143. Koukourikos K, Georgopoulou A, Kourkouta L, Tsaloglidou A. 2019. Benefits of Animal Assisted Therapy in Mental Health. *International Journal of Caring Sciences* **12**:1898-1905.
144. Koutek J, Kocourková J. 2007. *Sebevražedné chování*. Nakladatelství Portál, Praha.
145. Kisling LA & Das MJ. 2020. *Prevention Strategies*. StatPearls Publishing, Treasure Island.
146. Krispin E, Danieli-Gruber S, Hadar E, Gingold A, Wiznitzer A, Tenenbaum-Gavish K. 2019. Primary, secondary, and tertiary preventions of preterm birth with cervical cerclage. *Archives of Gynecology and Obstetrics* **300**:305-312
147. Kruger KA & Serpell JA. 2006. *Animal-assisted interventions in mental health: Definitions and theoretical foundations*. Academic Press, New York.
148. Krynsinska K, Lester D. 2010. Post-traumatic stress disorder and suicide risk: a systematic review. *Archives of Suicide Research*. **14**:1-23.
149. Labinskyi AI, Hrytsyna MR, Gutyj BV, Labinska HB. 2019. Animal therapy as a promising direction of human rehabilitation treatment. *Scientific Messenger of Lviv National University of Veterinary Medicine and Biotechnologies. Series: Economical Sciences* **21**:160-164.

150. Lac V. 2017. Why Horses? What is Equine Therapy?. *Equine-Facilitated Psychotherapy and Learning* **2**:7-16.
151. Lackey R & Haberstock G. 2019. Animal-Assisted Crisis Response: Offering Opportunity for Human Resiliency During and After Traumatic Incidents. Pages 373-934 in Tedeschi P & Jenkins MA, editors. *Transforming Trauma: Resilience and Healing Through Our Connections With Animals*. Purdue University Press, Indiana.
152. Lalonde R, Dell C, Claypool T. 2020. PAWS Your Stress: The Student Experience of Therapy Dog Programming. *Canadian Journal for New Scholars in Education* **11**:78-90.
153. Lang UE, Jansen JB, Wertenaue F, Gallinat J, Rapp MA. 2010. Reduced anxiety during dog assisted interviews in acute schizophrenic patients. *European Journal of Integrative Medicine* **2**:123-127.
154. Larsen ME, Cummins N, Boonstra TW, O’Dea B, Tighe J, Nicholas J, Shand F, Epps J, Christensen H. The Use of Technology in Suicide Prevention. *Engineering in Medicine and Biology Society* **37**:7316-7319.
155. Lass-Hennemann J, Schäfer SK, Römer S, Holz E, Streb M & Michael T. 2018. Therapy Dogs as a Crisis Intervention After Traumatic Events? An Experimental Study. *Frontiers in Psychology* **9**:1627.
156. Latella D & Abrams B. 2019. The Role of the Equine in Animal-Assisted Interactions. Pages 133-162 in Fine AH, editor. *Handbook on animal-assisted therapy: Foundations and guidelines for animal-assisted interventions*. Academic Press, USA.
157. LeFevre ML. 2014. Screening for Suicide Risk in Adolescents, Adults, and Older Adults in Primary Care: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine* **160**:719.
158. Lester D & Gunn JF. 2016. Sociology of Suicide. *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior* **33**:273-276.
159. Lewis AJ, Bertino MD, Bailey CM, Skewes J, Lubman DI, Toumbourou JW. 2014. Depression and suicidal behavior in adolescents: a multi-informant and multi-methods approach to diagnostic classification. *Frontiers in Psychology* **5**:766-790.
160. Li H, Luo X, Ke X, Dai Q, Zheng W, Zhang C, Cassidy RM, Soares JC, Zhang X, Ning Y. 2017. Major depressive disorder and suicide risk among adult outpatients at several general hospitals in a Chinese Han population. *PLoS One* **12**:1-15.
161. Ljušić D, Ravanić D, Soldatović I, Filipović-Danić S, Stojanović-Tasić M, Cvetković J. 2017. Socio-demographic characteristics of persons with psychiatric disorders who committed suicide. *Medicinski pregled* **70**:18-24.
162. Lönnqvist J. 2009. Major Psychiatric Disorders in Suicide and Suicide Attempters. Pages 275-286 in Wasserman D & Wasserman C, editors. *Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: A Global Perspective*. Oxford University Press, New York.
163. Lu DY, Wu HY, Cao S, Che JY. 2020. Historical analysis of suicide. *Journal of Translational Genetics and Genomics* **4**:203-209.
164. Lukyanenko M & Isahakyan O. 2019. Correction of self-destructive behavior of adolescents by means of art therapy. *SHS Web of Conferences* **70**:1010.
165. Lundqvist M & Carlsson P. 2017. Patient benefit of dog-assisted interventions in health care: A systematic review. *MBC Complement Altern Med* **17**:358.

166. Macauley BL. 2006. Animal-assisted therapy for persons with aphasia: A pilot study. *Journal of Rehabilitation Research & Development* **43**:357-366.
167. Madhu S. 2018. An approach to analyze suicidal tendency in blogs and tweets using Sentiment Analysis. *International Journal of Scientific Research in Computer Science and Engineering* **6**:34-36.
168. Mann JJ et al.. 2005. Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama* **294**:2064-2074.
169. Maujean A, Pepping CA & Kendall E. 2015. A systematic review of randomized controlled trials of animal-assisted therapy on psychosocial outcomes. *Anthrozoös* **28**:23-36.
170. Marinho JRS & Zamos RS. 2017. Terapia assistida por animais e transtornos do neurodesenvolvimento. *Estudo e Pesquisas em Psicologia* **17**:1063-1086.
171. Marino L & Lilienfeld SO. 2007. Dolphin-assisted therapy for autism and other developmental disorders: a dangerous fad. *American Psychological Association* **33**:2-3.
172. Marques JG, Guerreiro DF, Sampaio D. 2015. Assessment of Suicidal Behavior in a Psychiatric Emergency Room in Lisbon. *Acta Médica Portuguesa* **28**:469-73.
173. Marson SM & Powell RM. 2011. Suicide among elders: a Durkheimian proposal. *International Journal of Ageing and Later Life* **6**:5979.
174. McCullough A, Jenkins MA, Ruehrdanz A, Gilmer MJ, Olson J, Pawar A, O'Haire, ME. 2018. Physiological and behavioral effects of animal-assisted interventions on therapy dogs in pediatric oncology settings. *Applied Animal Behaviour Science* **200**: 86-95.
175. McCutcheon RA, Reis Marques T, Howes OD. 2019. Schizophrenia- An Overview. *JAMA Psychiatry* **76**:997-1098.
176. McGee BM. 2014. Camelid management. Handling techniques facilities and herd management. Pages 22-50 in Cebra C, Anderson DE, Tibary A, Van Saun RJ, Johnson LW, editors. *Llama and Alpaca Care*. Elsevier, St. Louis.
177. McHugh CM, Corderoy A, Ryan CJ, Hickie IB, Large MM. 2019. Association between suicidal ideation and suicide: meta-analyses of odds ratios, sensitivity, specificity and positive predictive value. *BJPsych Open* **5**:18.
178. McKinney A, Dustin D & Wolff R. 2001. The promise of dolphin-assisted therapy. *Parks and Recreation* **36**:46-50.
179. Mercer J, Gibson K, Clayton D. 2015. The therapeutic potential of a prison-based animal programme in the UK. *The Journal of Forensic Practice* **17**:43-54.
180. Milner A, Witt K, Maheen H, LaMontagne AD. 2017. Suicide among emergency and protective service workers: A retrospective mortality study in Australia, 2001 to 2012. *Work* **57**:281-287.
181. Miranda R, Gallagher M, Bauchner B, Vaysman R & Marroquín B. 2011. Cognitive inflexibility as a prospective predictor of suicidal ideation among young adults with a suicide attempt history. *Depression and Anxiety* **29**:180-186.
182. Mongillo P, Pitteri E, Adamelli S, Bonichini S, Farina L, Marinelli L. 2015. Validation of a selection protocol of dogs involved in animal-assisted intervention. *Journal of Veterinary Behavior: Clinical Applications and Research* **10**:103-110.

183. Moore MD. 2016. Durkheim's types of suicide and social capital: a cross-national comparison of 53 countries. *International Social Science Journal* **66**:151-161.
184. Morrison ML. 2007. Health Benefits of Animal-Assisted Interventions. *Complementary Health Practice Review* **12**:51-62.
185. Muehlenkamp J, Claes L, Havertape L, Plener P. 2012. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* **6**:10.
186. Muela A, Balluerka N, Amiano N, Caldentey MA & Aliri J. 2017. Animal-assisted psychotherapy for young people with behavioural problems in residential care. *Clinical Psychology & Psychotherapy* **24**:1485-1494.
187. Mullins N et al.. 2019. GWAS of Suicide Attempt in Psychiatric Disorders and Association With Major Depression Polygenic Risk Scores. *American Journal of Psychiatry, The American Journal of Psychiatry* **176**:651-660.
188. Muñoz LS, Ferriero G, Brigatti E, Valero R, Franchignoni F. 2011. Animal-assisted interventions in internal and rehabilitation medicine: a review of the recent literature. *Panminerva Medica* **53**:129-36.
189. Muñoz LS, Máximo N, Valero R, Atín MA, Varela E, Ferriero G. 2015. Animal assisted interventions in neurorehabilitation: a review of the most recent literature. *Neurol* **30**: 1-7.
190. Nagasawa M, Mitsui S, En S, Ohtani N, Ohta M, Sakuma Y, Kikusui T. 2015. Oxytocin-gaze positive loop and the coevolution of human-dog bonds. *Science* **348**: 333-336.
191. Nilsson D, Dahlström Ö, Wadsby M, Bergh-Johannesson K. 2018. Evaluation of the Swedish Trauma Symptom Inventory-2 in a clinical and a student population. *European Journal of Trauma & Dissociation* **2**:71-82.
192. Nimer J & Lundahl B. 2007. Animal-Assisted Therapy: A Meta-Analysis. *Anthrozoös* **20**: 225-238.
193. Nock MK et al.. 2009. Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Medicine* **6**:1-17.
194. Nurkhodjaev S, Babarakhimova S, Abdullaeva V. 2020. Early Detection and Prevention of Suicidal Behavior in Adolescents. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology* **14**:7259-7263.
195. Nutting PA, Dickinson LM, Rubenstein LV, Keeley RD, Smith JL, Elliott CE. 2005. Improving detection of suicidal ideation among depressed patients in primary care. *Annals of Family Medicine* **3**:529-36.
196. O'Callaghan DM & Chandler CK. 2011. An Exploratory Study of Animal-Assisted Interventions Utilized by Mental Health Professionals. *Journal of Creativity in Mental Health* **6**:90-104.
197. O'Connor E, Gaynes B, Burda BU, Williams C, Whitlock EP. 2013. Screening for Suicide Risk in Primary Care: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Evidence Syntheses* **103**:13.
198. Oquendo MA, Baca-García E, Mann JJ, Giner J. 2008. Issues for DSM-V: suicidal behavior as a separate diagnosis on a separate axis. *Am J Psychiatry* **165**:1383-1384.

199. Olenick M, Flowers M, Richard L, Munecas T, Kelava S. 2018. Taking the Reins: U.S. Veterans and Equine Assisted Activities and Therapies. *Journal of Trauma & Treatment* **7**:1-4.
200. Owen R, Gooding P, Dempsey R, Jones S. 2015. A qualitative investigation into the relationships between social factors and suicidal thoughts and acts experienced by people with a bipolar disorder diagnosis. *Journal of Affective Disorders* **176**:133-140.
201. Padoan CS, Cardoso TA, Martini M, Farias CA, Contessa JC, Magalhães PVS. 2020. Case report on the multiple pathways to posttraumatic stress disorder following suicide. *Death Studies* **44**:384-391.
202. Palley LS, O'Rourke PP & Niemi SM. 2010. Mainstreaming Animal-Assisted Therapy. *ILAR Journal* **51**:199-207.
203. Panagioti M, Gooding PA, Tarrrier N. 2012. A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: the role of comorbid depression. *Comprehensive Psychiatry* **53**:915-930.
204. Panagioti M, Gooding PA, Triantafyllou K, Tarrrier N. 2015. Suicidality and posttraumatic stress disorder (PTSD) in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. **50**:525-37.
205. Pandve HT. 2014. Quaternary prevention: need of the hour. *Journal of Family Medicine and Primary Care* **3**:309-310.
206. Parish-Plass N & Pfeiffer J. 2019. Implications of Animal-Assisted Psychotherapy for the Treatment of Developmental Trauma Through the Lens of Interpersonal Neurobiology. Pages 123-188 in Tedeschi P & Jenkins MA, editors. *Transforming Trauma: Resilience and Healing Through Our Connections With Animals*. Purdue University Press, Indiana.
207. Park LT, Zarate CA. 2019. Depression in the Primary Care Setting. *The New England Journal of Medicine* **380**:559-568.
208. Patel KR, Cherian J, Gohil K, Atkinson D. 2014. Schizophrenia: overview and treatment options. *Pharmacy and Therapeutics* **39**:638-45.
209. Pendry P, Vandagriff JL, Carr AM. 2019. Clinical depression moderates effects of animal-assisted stress prevention program on college students' emotion. *Journal of Public Mental Health* **18**:94-101.
210. Perugi G, Medda P, Toni C, Mariani MG, Socci C, Mauri M. 2017. The Role of Electroconvulsive Therapy (ECT) in Bipolar Disorder: Effectiveness in 522 Patients with Bipolar Depression, Mixed-state, Mania and Catatonic Features. *Current Neuropharmacology* **15**:359-371.
211. Plans L, Barrot C, Nieto E, Rios J, Schulze TG, Papiol S, Mitjans M, Vieta E, Benabarre A. 2019. Association between completed suicide and bipolar disorder: a systematic review of the literature. *J Affect Disord* **242**:111-22.
212. Ponsoni A, Branco LD, Cotrena C, Shansis FM, Grassi-Oliveira R, Fonseca RP. 2018. Self-reported inhibition predicts history of suicide attempts in bipolar disorder and major depression. *Comprehensive Psychiatry* **82**:89-94.
213. Popovic D, Benabarre A, Crespo JM, Goikolea JM, González-Pinto A, Gutiérrez-Rojas L, Montes JM, Vieta, E. 2014. Risk factors for suicide in schizophrenia:

- systematic review and clinical recommendations. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **130**:418-426.
214. Prajsová J, Chomynová P, Dvořáková Z, Příhodová K, Csémy L. 2018. Analýza projevů suicidálního chování u českých adolescentů: rizikové faktory pro suicidální myšlenky, plány a pokusy. *Československá psychologie* **62**:16-31.
215. Prat S, Rérolle C, Saint-Martin P. 2013. Suicide pacts: six cases and literature review. *Journal of Forensic Sciences* **58**:1092-1098.
216. Qin P & Nordentoft M. 2005. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Archives of General Psychiatry* **62**:427-432.
217. Ranaivojaona M. 2012. Qu'est-ce qu'un nouvel animal de compagnie ou NAC? *Actualités Pharmaceutiques* **51**:12-17.
218. Rayner G, Blackburn J, Edward K, Stephenson J & Ousey K. 2018. Emergency department nurse's attitudes towards patients who self-harm: A meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing* **28**:40-53.
219. Rueda-Jaimes GE, Castro-Rueda VA, Rangel-Martínez-Villalba AM, Corzo-Casadiago JD, Moreno-Quijano C, Camacho PA. 2017. Validity of the Suicide Behaviors Questionnaire-Revised in patients with short-term suicide risk. *The European Journal of Psychiatry* **31**:145-150.
220. Robinson R. 2004. Counterbalancing misrepresentations of critical incident stress debriefing and critical incident stress management. *Australian Psychologist* **39**:29-34.
221. Rojas SM, Bujarski S, Babson KA, Dutton CE, Feldner MT. 2014. Understanding PTSD comorbidity and suicidal behavior: Associations among histories of alcohol dependence, major depressive disorder, and suicidal ideation and attempts. *Journal of Anxiety Disorders* **28**:318-325.
222. Romaniuk M, Evans J, Kidd C. 2018. Evaluation of an equine-assisted therapy program for veterans who identify as "wounded, injured or ill" and their partners. *Plos One* **13**:1-15
223. Ross CA. 2020. Voices. *Journal of Nervous & Mental Disease* **208**:658-662.
224. Rozanov V & Carli V. 2012. Suicide among war veterans. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **9**:2504-2523
225. Röcker S & Bachmann S. 2015. Suicidality in mental illness - prevention and therapy. *Therapeutische Umschau* **72**:611-7.
226. Sandt DD. 2020. Effective Implementation of Animal Assisted Education Interventions in the Inclusive Early Childhood Education Classroom. *Early Childhood Education Journal* **48**:103-115
227. Sarlon J, Staniloiu A, Schöntges A, Kordon A. 2018. Vegetative symptoms and behaviour of the therapy-accompanying dog of a chronically suicidal patient. *BMJ Case Reports* **11**:1-4.
228. Scotland-Coogan D, Whitworth JD, Wharton T. 2020. Outcomes of Participation in a Service Dog Training Program for Veterans with PTSD. *Society & Animals* **28**:2-22.
229. Seffens PR. 2020. Elder suicide: Durkheim's vision. *Journal of Applied Gerontology* **2**:1-2.

230. Selby A & Smith-Osborne A. 2013. A systematic review of effectiveness of complementary and adjunct therapies and interventions involving equines. *Health Psychology* **32**:418-432.
231. Shalev A, Liberzon I, Marmar C. 2017. Post-Traumatic Stress Disorder. *New England Journal of Medicine* **376**:2459-2469.
232. Scherer S, Pestian JP, Morency LP. 2013. Investigating the speech characteristics of suicidal adolescents. *Institute of Electrical and Electronics Engineers* **1**:709-713.
233. Schmutte T, Olfson M, Xie M & Marcus SC. 2019. Self-Harm, Suicidal Ideation, and Attempted Suicide in Older Adults: A National Study of Emergency Department Visits and Follow-up Care. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* **28**:646-658.
234. Schultz PN, Remick-Barlow GA, Robbins L. 2006. Equine-assisted psychotherapy: a mental health promotion/intervention modality for children who have experienced intra-family violence. *Health & Social Care in the Community* **15**:265-271.
235. Schwartz-Lifshitz M, Zalsman G, Giner L, Oquendo MA. 2012. Can We Really Prevent Suicide? *Current Psychiatry Reports* **14**:624-633.
236. Shen RZZ, Xion P, Chou UI & Hall BJ. 2018. “We need them as much as they need us”: A systematic review of the qualitative evidence for possible mechanisms of effectiveness of Animal-Assisted Intervention (AAI) in participants’ overall conditions. *Complementary Therapies in Medicine* **23**:1-16.
237. Sher L. 2020. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *An International Journal of Medicine* **113**:707-712.
238. Sikander D et al.. 2016. Predicting risk of suicide using resting state heart rate. *Asia-Pacific Signal and Information Processing Association Annual Summit and Conference (APSIPA)* **1**:1-4.
239. Skegg K. 2005. Self-harm. *The Lancet* **366**:1471-1483.
240. Smith K. 2014. A global view of the burden caused by depression. *Nature* **515**:181
241. Smith-Osborne A & Selby A. 2010. Implications of the Literature on Equine-Assisted Activities for Use as a Complementary Intervention in Social Work Practice with Children and Adolescents. *Child and Adolescent Social Work Journal* **27**:291-307.
242. Solomon O. 2010. What a dog can do: Children with autism and therapy dogs in social interaction. *Ethos* **38**:143-166.
243. Souter MA & Miller MD. 2007. Do Animal-Assisted Activities Effectively Treat Depression? A Meta-Analysis. *Anthrozoös* **20**:167-180.
244. Sparding T, Pålsson E, Joas E, Hansen S, Landén M. 2017. Personality traits in bipolar disorder and influence on outcome. *BMC Psychiatry* **17**:159.
245. Spielberger CD. 2010. State-Trait Anxiety Inventory. *The Corsini Encyclopedia of Psychology* **4**:1698-1699.
246. Stanley B, Michel CA, Galfalvy H, Keilp J, Rizk M, Richardson R, Oquendo MA, Mann JJ. 2019. Suicidal subtypes, stress responsivity and impulsive aggression. *Psychiatry Research* **280**:112486.
247. Stefanini MC, Martino A, Bacci B & Tani F. 2016. The effect of animal-assisted therapy on emotional and behavioral symptoms in children and adolescents hospitalized for acute mental disorders. *European Journal of Integrative Medicine* **8**: 81-88.

248. Steiner H & Kertesz Z. 2015. Effects of therapeutic horse riding on gait cycle parameters and some aspects of behavior of children with autism. *Acta Physiol Hung* **102**:324-35.
249. Stevens D, Wilcox HC, MacKinnon DF, Mondimore FM, Schweizer B, Jancic D, Coryell WH, Weissman MM, Levinson DF, Potash JB. 2013. Posttraumatic stress disorder increases risk for suicide attempt in adults with recurrent major depression. *Depress Anxiety* **30**:940-946.
250. Subramanian S, Völlm BA, Huband N. 2017. Clozapine dose for schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Reviews* **6**:2-78.
251. Sudol K & Mann JJ. 2017. Biomarkers of Suicide Attempt Behavior: Towards a Biological Model of Risk. *Current Psychiatry Reports* **19**:30-38.
252. Sun L & Zhang J. 2016. Psychological Strains and Suicidal Intent. *The Journal of Nervous and Mental Disease* **204**:855-860.
253. Taylor CS & Carter J. 2018. Care in the contested geographies of Dolphin-Assisted Therapy. *Social & Cultural Geography* **21**:1-22.
254. Tedeschi P & Jenkins MA. 2019. *Transforming Trauma: Resilience and Healing Through Our Connections With Animals*. Purdue University Press, Indiana.
255. Tidemalm D, Langstrom N, Lichtenstein P, Runeson B. 2008. Risk of suicide after suicide attempt according to coexisting psychiatric disorder: Swedish cohort study with long term follow-up. *British Medical Journal* **337**:2205-2205.
256. Troya MI, Dikomitis L, Babatunde OO, Bartlam B & Chew-Graham CA. 2019. Understanding self-harm in older adults: A qualitative study. *EClinicalMedicine* **12**:52-61.
257. Turecki G & Brent DA. 2016. Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet* **387**:1227-1239.
258. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J & Stanley BH. 2019. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers* **5**:74.
259. Tuuvas M, Carlsson J, Norberg J. 2017. A healing relationship: Clients' experiences of the long-term relational significance of the horse in horse assisted psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy & Counselling* **19**:307-328.
260. Uchiyama H, Ohtani N, Ohta M. 2011. Three-dimensional analysis of horse and human gaits in therapeutic riding. *Appl Anim Behav Sci* **135**:271-276.
261. Umamaheswari V, Avasthi A, Grover S. 2014. Risk factors for suicidal ideations in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders* **16**:642-651.
262. Ursoniu S. 2009. Primordial prevention, developing countries and the epidemiological transition: thirty years later. *Wiener Klinische Wochenschrift* **121**:168-172.
263. Vaccari AMH, Almeida FA. 2007. A importância da visita de animais de estimação na recuperação de crianças hospitalizadas. *Eisten* **5**:111-116.
264. Velde BP, Cipriani J, Fisher G. 2005. Resident and therapist views of animal-assisted therapy: Implications for occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal* **52**:43-50.
265. Venek V, Scherer S, Morency LP, Rizzo A, Pestian J. 2014. Adolescent suicidal risk assessment in clinician-patient interaction: A study of verbal and acoustic behaviors. *Institute of Electrical and Electronics Engineers* **8**:204-215.

266. Vieta E, Salagre E, Grande I, Carvalho AF, Fernandes BS, Berk M, Birmaher B, Tohen M, Suppes T. 2018. Early Intervention in Bipolar Disorder. *American Journal of Psychiatry* **175**:411-426.
267. White E, Zippel J & Kumar S. 2020. The effect of equine-assisted therapies on behavioural, psychological and physical symptoms for children with attention deficit/hyperactivity disorder: A systematic review. *Complementary Therapies in Clinical Practice* **39**:101101.
268. Whitehouse H. 2018. Dying for the group: Towards a general theory of extreme self-sacrifice. *Behavioral and Brain Sciences* **41**:1-62.
269. White-Lewis S. 2019. Equine-assisted therapies using horses as healers: A concept analysis. *Nursing Open Journal* **7**:58-67.
270. Widmayer S, Borgwardt S, Lang UE & Huber CG. 2019. Could Animal-Assisted Therapy Help to Reduce Coercive Treatment in Psychiatry? *Frontiers in Psychiatry* **10**:794.
271. Wilcox HC, Storr CL, Breslau N. 2009. Posttraumatic stress disorder and suicide attempts in a community sample of urban American young adults. *Archives of General Psychiatry* **66**:305-311.
272. Wilson K, Buultjens M, Monfries M, Karimi L. 2017. Equine-assisted psychotherapy for adolescents experiencing depression and/or anxiety: A therapist's perspective. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* **22**:16-33.
273. Windschnurer I, Eibl C, Franz S, Gilhofer EM, Waiblinger S. 2020. Alpaca and llama behaviour during handling and its associations with caretaker attitudes and human-animal contact. *Applied Animal Behaviour Science* **226**:104989.
274. Wohlfarth R, Mutschler B, Beetz A, Kreuser F & Korsten-Reck U. 2013. Dogs motivate obese children for physical activity: key elements of a motivational theory of animal-assisted interventions. *Frontiers in Psychology* **4**:1-6.
275. Wojnar M, Ilgen MA, Czyz E, Strobbe S, Klimkiewicz A, Jakubczyk A, Glass J, Brower KJ. 2009. Impulsive and non-impulsive suicide attempts in patients treated for alcohol dependence. *Journal of Affective Disorders* **115**:131-139.
276. Wood W, Alm K, Benjamin J, Thomas L, Anderson D, Pohl L, Kane M. 2020. Optimal Terminology for Services in the United States That Incorporate Horses to Benefit People: A Consensus Document. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* **26**:1-8.
277. Wu Y, Schwebel DC, Huang Y, Ning P, Cheng P, Hu G. 2020. Sex-specific and age-specific suicide mortality by method in 58 countries between 2000 and 2015. *Injury Prevention* **27**:1-10.
278. Xue C, Ge Y, Tang B, Liu Y, Kang P, Wang M, Zhang L. 2015. A Meta-Analysis of Risk Factors for Combat-Related PTSD among Military Personnel and Veterans. *Plos One* **10**:1-24.
279. Yeager K & Roberts A. 2015. *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research*. Oxford University Press, Oxford.
280. Yehuda R, Hoge C, McFarlane A, Vermetten E, Lanius RA, Nievergelt CM, Hobfoll SE, Koenen KC, Neylan TC Hyman SE. 2015. Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Disease Primers* **1**:15057.

281. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. 2008. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environmental Health and Preventive Medicine* **13**:243-256.
282. Young J, Bowen-Salter H, O'Dwyer L, Stevens K, Nottle C, Baker A. 2020. A Qualitative Analysis of Pets as Suicide Protection for Older People. *Anthrozoös* **33**:91-205.
283. Zimmerman M, Balling C, Chelminski I, Dalrymple K. 2018. Understanding the severity of depression: Which symptoms of depression are the best indicators of depression severity? *Comprehensive Psychiatry* **87**:84-88.
284. Zlomuzica A, Woud ML, Machulska A, Kleimt K, Dietrich L, Wolf OT, Assion HJ, Huston JP, De Souza Silva MA, Dere E, Margraf J. 2018. Deficits in episodic memory and mental time travel in patients with post-traumatic stress disorder. *Prog Neuropsychopharmacol and Biological Psychiatry* **83**:42-54.
285. Zohuri B & Zadeh S. 2020. Global Suicide Rate Among Youngsters Increasing Significantly. *Journal of Neurology and Brain Disorders* **3**:300-310.

Grafy:

Graf 1: Ordóñez-Monak I, Arroyave I, Cardona D. 2020. Educational inequalities in suicide in a middle-income country: A socioeconomic approach of mental health. *Suicide and Life-Threatening Behavior* **50**:1087-1089.

Obrázky:

Obrázek 1: Bachmann S. 2018. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health* **15**:1425.

Přílohy:

Příloha 1: Kliem S, Lohmann A, Mößle T, Brähler E. 2017. German Beck Scale for Suicide Ideation (BSS): psychometric properties from a representative population survey. *BMC Psychiatry* **17**:389-394.

Příloha 2: Cwik J, Siegmann P, Willutzki U, Nyhuis P, Wolter M, Forkmann T, Glaesmer H, Teismann T. 2017. Brief Reasons for Living inventory: A psychometric investigation. *BMC Psychiatry* **17**:358.

Příloha 3: Osman A, Bagge CL, Guitierrez PM, Konick LC, Kooper BA, Barrios FX. 2001. The Suicidal Behaviors Questionnaire Revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples, *Assessment* **5**:443-454.

Příloha 5: Keith Russell. 2003. An Assessment of Outcomes in Outdoor Behavioral Healthcare Treatment **32**:355-381.

Příloha 6: Kabacoff RI, Segal DL, Hersen M, Van Hasselt VB. 1997. Psychometric properties and diagnostic utility of the Beck Anxiety Inventory and the state-trait anxiety inventory with older adult psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders* **11**:33-47.

Příloha 7: Gopalakrishnan M, Farchione T, Mathis M, Zhu H, Mehta M, Uppoor R, Younis I. 2020. Shortened Positive and Negative Symptom Scale as an Alternate Clinical Endpoint for Acute Schizophrenia Trials: Analysis from the US Food & Drug Administration. *Psychiatric Research and Clinical Practice* **2**:1-8.

Příloha 8: Nilsson D, Dahlström Ö, Wadsby M, Bergh-Johannesson K. 2018. Evaluation of the Swedish Trauma Symptom Inventory-2 in a clinical and a student population. *European Journal of Trauma & Dissociation* **2**:71-82.

Příloha 9: Community-University Partnership for the Study of Children, Youth, and Families. 2011. Review of the Behavior Assessment System for Children-Second Edition (BASC-2). Edmonton, Alberta, Canada.

6 Seznam použitých zkratek a symbolů

<i>AAI</i>	<i>Animal-assisted Interventions</i>
<i>AAT</i>	<i>Animal-assisted Therapy</i>
<i>AAE</i>	<i>Animal-assisted Education</i>
<i>AACR</i>	<i>Animal-assisted Crisis Response</i>
<i>PFA</i>	<i>Psychological first aid</i>
<i>HTP</i>	<i>Hipoterapie v psychiatrii a psychologii</i>
<i>HTFE</i>	<i>Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii</i>
<i>HPSP</i>	<i>Hiporehabilitace v pedagogice a sociální peči</i>
<i>MKN</i>	<i>Mezinárodní klasifikace nemocí</i>
<i>SSI</i>	<i>Scale for Suicide Ideation</i>
<i>RFL</i>	<i>Reason for Living</i>
<i>SBQ</i>	<i>Suicidal Behaviors Questionnaire</i>
<i>WHO</i>	<i>World Health Organization</i>
<i>PTSD</i>	<i>Post-traumatic stress disorder</i>
<i>ADHD</i>	<i>Attention deficit hyperactivity disorder</i>
<i>GAF</i>	<i>Global Assessment of Functioning</i>
<i>Y-OQ</i>	<i>Youth Outcome Questionnaire</i>
<i>STAI</i>	<i>State-Trait Anxiety Inventory</i>
<i>PANSS</i>	<i>Positive And Negative Symptom Scale</i>
<i>TS-2</i>	<i>Trauma Symptom Inventory-2</i>
<i>TA</i>	<i>Tematická analýza</i>
<i>BASC</i>	<i>Behaviour Assessment System for Children</i>
<i>ASIST</i>	<i>Applied Suicide Intervention Skills Training</i>

7 Samostatné přílohy

Příloha 1:

Přehled 19 položek SSI (Scale for Suicide Ideation)

1. <i>Touha žít- Wish to live</i>	11. <i>Důvody k sebevražednému pokusu- Reasons for attempt</i>
2. <i>Touha zemřít- Wish to die</i>	12. <i>Specifika plánování- Specificity of planning</i>
3. <i>Důvody proto žít či zemřít- Reasons for living or dying</i>	13. <i>Dostupnost nebo příležitost- Availability or opportunity</i>
4. <i>Aktivní sebevražedný pokus- Active suicide attempt</i>	14. <i>Schopnost sebevražedný pokus vykonat- Capability to carry out attempt</i>
5. <i>Pasivní sebevražedný pokus- Passive suicide attempt</i>	15. <i>Očekávání skutečného sebevražedného pokusu- Expectancy of actual attempt</i>
6. <i>Doba trvání sebevražedných myšlenek- Duration of suicidal thoughts</i>	16. <i>Rozsah skutečných příprav- Extent of actual preparation</i>
7. <i>Frekvence sebevražedných myšlenek- Frequency of ideation</i>	17. <i>Sebevražedný dopis- Suicide note</i>
8. <i>Postoj k sebevražedným myšlenkám- Attitude toward ideation</i>	18. <i>Finální sebevražedné jednání- Final acts</i>
9. <i>Kontrola nad sebevražedným jednáním- Control over suicidal action</i>	19. <i>Klamání a zatajování- Deception and concealment</i>
10. <i>Co odradí od sebevražedného pokusu- Deterrents to attempt</i>	-

Příloha 2:

Přehled 6 podškál, 48 položkové škály RFL (Reason for Living Inventory)

<i>Sebevražda a zvládání víry- Suicide and Coping Beliefs</i>
<i>Strach z nesouhlasu okolí- Fear of Social Disapproval</i>
<i>Obavy související s dětmi- Child-related Concerns</i>
<i>Strach ze sebevraždy- Fear of Suicide</i>
<i>Morální námitky- Moral Objections</i>
<i>Odpovědnost za rodinu- Responsibility to Family</i>

Příloha 3:

Přehled 4 položek v dotazníku sebevražedného chování SBQ (Suicidal Behaviors Questionnaire)

<p>Myslel jste někdy na sebevraždu nebo se o ni pokusil? <i>Have you ever thought about or attempted to kill yourself?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Nikdy- Never<input type="checkbox"/> Jen mi to prolétlo hlavou- It was just a brief passing thought<input type="checkbox"/> Alespoň jednou jsem měl plán na sebevraždu, ale nepokusil jsem se o ni- I have had a plan at least once to kill myself but did not try to do it<input type="checkbox"/> Alespoň jednou jsem měl plán na sebevraždu a opravdu si přál zemřít- I have had a plan at least once to kill myself and really wanted to die<input type="checkbox"/> Pokusil jsem se o sebevraždu, ale nechtěl jsem zemřít- I have attempted to kill myself, but did not want to die<input type="checkbox"/> Pokusil jsem se o sebevraždu a opravdu si přál zemřít- I have attempted to kill myself, and really hoped to die
<p>Jak často jste myslel na sebevraždu za poslední rok? <i>How often have you thought about killing yourself in the past year?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Nikdy- Never<input type="checkbox"/> Zřídka- Rarely (1 time)<input type="checkbox"/> Občas- Sometimes (2 times)<input type="checkbox"/> Často- Often (3-4 times)<input type="checkbox"/> Velice často- Very Often (5 or more times)
<p>Svěřil jste se někdy někomu, že chcete sebevraždu spáchat, nebo že by jste to mohl udělat? <i>Have you ever told someone that you were going to commit suicide, or that you might do it?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ne- No<input type="checkbox"/> Ano, pouze jednou, ale nechtěl jsem opravdu zemřít- Yes, at one time, but did not really want to die<input type="checkbox"/> Ano, pouze jednou a opravdu jsem si přál zemřít- Yes, at one time, and really wanted to die<input type="checkbox"/> Ano, vícekrát, ale nechtěl jsem to opravdu udělat- Yes, more than once, but did not want to do it<input type="checkbox"/> Ano, vícekrát a chtěl jsem to opravdu udělat- Yes, more than once, and really wanted to do it
<p>Jaká je pravděpodobnost, že někdy sebevraždu spácháte? <i>How likely is it that you will attempt suicide someday?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Nikdy- Never<input type="checkbox"/> V žádném případě- No chance at all<input type="checkbox"/> To je opravdu nepravděpodobné- Rather unlikely<input type="checkbox"/> Spíše ne- Unlikely<input type="checkbox"/> Pravděpodobně- Likely<input type="checkbox"/> Nejspíš ano- Rather likely<input type="checkbox"/> Určitě- Very likely

Příloha 4:

Příklad 100 bodové stupnice dotazníku GAF (Global Assessment of Functioning):

Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

<i>Tazatel:</i>	<i>Název a lokace (obec) zařízení:</i>	<i>Datum:</i>	<i>Číslo respondenta:</i>	<i>Skóre (uveďte přiřazenou hodnotu na škále GAF)</i>

Zvažte u vašeho pacienta úroveň psychických, sociálních a pracovních funkcí v hypotetickém kontinuu zdraví - nemoc.

Neberte v úvahu zhoršení funkcí způsobené tělesnými omezeními (nebo vlivem prostředí).

Poznámka: *Používejte kontinuálního skórování od 0 do 100. Celkové skóre tedy může dosahovat libovolných hodnot, 45 stejně jako 68, či 72.*

91- 100

Vynikající fungování v širokém okruhu aktivit, životní problémy se nikdy nevymykají zcela z ruky, jedinec je vyhledáván jinými pro řadu dobrých vlastností. Nejsou přítomny žádné příznaky.

81- 90

Příznaky chybějí nebo jsou minimální, dobře funguje ve všech oblastech, projevuje zájem o široký okruh aktivit a je v nich dobře zapojen, je sociálně aktivní, celkově spokojen se životem, nemá žádné závažnější, než běžné denní problémy nebo těžkosti.

71- 80

Jsou-li příznaky přítomny, jedna se o přechodné a očekávané reakce na psychosociální zátěž. Není více než lehké zhoršení ve výkonu sociálních, pracovních a studijních funkcí.

61- 70

Několik mírných příznaků NEBO určité obtíže v oblasti sociální, pracovní či studijní, ale celkově funguje dobře, má několik smysluplných interpersonálních vztahů.

51- 60

Středně závažné příznaky NEBO středně závažné obtíže při výkonu sociálních, či pracovních nebo studijních funkcí.

41- 50

Závažné příznaky NEBO závažné zhoršení při výkonu sociálních, pracovních nebo studijních funkcí.

31- 40

Určité zhoršení v hodnocení reality nebo v komunikaci NEBO velké zhoršení v několika oblastech, jako je práce ve škole, rodinné vztahy, úsudek, myšlení nebo nálada.

21- 30

Chování je závažně ovlivněno bludy nebo halucinacemi NEBO těžkým zhoršením v oblasti komunikace a úsudku NEBO neschopnost výkonu funkcí ve všech oblastech.

11- 20

Určité nebezpečí, že ublíží sobě nebo jiným NEBO příležitostně chybí dodržování minimální osobní hygieny NEBO značné zhoršení komunikace.

1- 10

Trvale nebezpečí těžkého ublížení sobě nebo jiným NEBO trvalá neschopnost udržet minimální osobní hygienu NEBO závažné suicidální jednání s jasným očekáváním smrti.

0

Neúplné informace

Dostupné z: <http://merrps.cz/domains/merrps.cz/wp-content/uploads/2017/03/GAF.pdf> (10. Duben 2021)

Příloha 5:

Přehled 6 subškál dotazníku Y-OQ (Youth Outcome Questionnaire)

Intrapersonální rozrušení- <i>Intrapersonal Distress</i>
Tělesné- <i>Somatic</i>
Mezilidské vztahy- <i>Interpersonal Relations</i>
Kritické položky- <i>Critical Items</i>
Sociální problémy- <i>Social Problems</i>
Behaviorální dysfunkce- <i>Behavioral Dysfunction</i>

Příloha 6:

Přehled 40 otázek v dotazníku úzkosti a úzkostlivosti STAI (State-Trait Anxiety Inventory):

<i>Jak se cítíte právě teď?</i>	<i>Jak se obvykle cítíte?</i>
1. Cítím se klidný/á- <i>I feel calm</i>	21. Cítím se příjemně- <i>I feel pleasant</i>
2. Cítím se v bezpečí <i>I feel secure</i>	22. Unavuje mě nervozita a neklid <i>I tire nervous and restless</i>
3. Jsem napjatý/á <i>I am tense</i>	23. Cítím se sebou spokojen/a <i>I feel satisfied with myself</i>
4. Jsem ztrnulý/á <i>I am strained</i>	24. Kéž bych mohl/a být tak šťastný/á, jako ostatní <i>I wish I could be as happy as others seems</i>
5. Cítím se v pohodě- <i>I feel at ease</i>	25. Cítím se jako selhání- <i>I feel like a failure</i>
6. Cítím se naštvaně- <i>I feel upset</i>	26. Cítím se odpočatě- <i>I feel rested</i>
7. Pořád se strachuji <i>I am presently worrying</i>	27. Jsem klidný, rozvážený a v pohodě <i>I am calm, cool, and collected</i>
8. Cítím se spokojen/a <i>I feel satisfied</i>	28. Moc se něčeho obávám <i>I worry too much over something...</i>
9. Cítím se vyděšen/a- <i>I feel frightened</i>	29. <i>I worry too much over something...</i>
10. Cítím se pohodlně- <i>I feel comfortable</i>	30. Jsem šťastný/á- <i>I am happy</i>
11. Cítím se sebejistě <i>I feel self-confident</i>	31. Mám sklony k tomu, brát věci těžce <i>I am inclined to take things hard</i>
12. Cítím se nervózně- <i>I feel nervous</i>	32. Chybí mi sebevědomí- <i>I lack self-confidence</i>
13. Cítím se vylekaně <i>I feel jittery</i>	33. Mám znepokojivé myšlenky <i>I have disturbing thoughts</i>

14. Cítím se nerozhodně- <i>I feel indecisive</i>	34. Jednoduše se rozhoduji- <i>I make decisions easily</i>
15. Jsem uvolněný/á- <i>I am relaxed</i>	35. Cítím se být nedostatečný/á- <i>I feel inadequate</i>
16. Cítím se být úplný/á- <i>I feel content</i>	36. Cítím se být úplný/á- <i>I am content</i>
17. Strachuji se <i>I am worried</i>	37. Mám nedůležité myšlenky <i>Some unimportant thought runs...</i>
18. Cítím se zmateně <i>I feel confused</i>	38. Zklamání beru horlivě <i>I take disappointments so keenly...</i>
19. Cítím se stabilně- <i>I feel steady</i>	39. Jsem stabilní člověk- <i>I'm a steady person</i>
20. Cítím se příjemně <i>I feel pleasant</i>	40. Jsem ve stavu napětí nebo zmatku <i>I get in a state of tension or turmoil...</i>

Příloha 7:

Přehled 30 položek PANSS (Positive And Negative Symptom Scale):

Pozitivní příznaky (7)	Negativní příznaky (7)	Psychopatologické příznaky (16)
Bludy <i>(Delusions)</i>	Citová oploštělost <i>(Blunted affect)</i>	Zabývání se tělesným stavem <i>(Somatic concern)</i>
Pojmová dezorganizace <i>(Conceptual disorganization)</i>	Emocionální odtažitost <i>(Emotional withdrawal)</i>	Úzkost <i>(Anxiety)</i>
Chování pod vlivem halucinací <i>(Hallucination)</i>	Špatné interpersonální porozumění <i>(Poor rapport)</i>	Pocit viny <i>(Guilt feelings)</i>
Vzrušení <i>(Excitement)</i>	Pasivní sociální odtažitost <i>(Passive social withdrawal)</i>	Tenze <i>(Tension)</i>
Velikášství <i>(Grandiosity)</i>	Poruchy abstraktního myšlení <i>(Difficulty in abstract thinking)</i>	Manýrismus a pozérství <i>(Mannerisms & posturing)</i>
Podezíravost <i>(Suspiciousness)</i>	Nedostatečná spontánnost a plynulost konverzace <i>(Lack of spontaneity)</i>	Deprese <i>(Depression)</i>
Nepřátelství <i>(Hostility)</i>	Stereotypní myšlení <i>(Stereotyped thinking)</i>	Motorická retardace <i>(Motor retardation)</i>
		Neochota spolupráce <i>(Uncooperative)</i>
		Neobvyklé myšlenkové obsahy <i>(Unusual thought content)</i>

		Dezorientace (Disorientation)
		Poruchy pozornosti (Poor attention)
		Porucha úsudku (Lack of judgment)
		Porucha vůle (Disturbance volition)
		Slabá kontrola impulzivity (Poor impulse control)
		Roztržitost (Pre-occupation)
		Aktivní vyhýbání se sociálnímu kontaktu (Social avoidance)

Příloha 8:

Škály a podškály (12) TSI-2: (Trauma Symptom Inventory-2)

Škály	Podškály
Úzkostnost- Anxious Arousal (AA)	Úzkost- Anxiety (AA-A) Přílišná rozrušení- Hyperarousal (AA-H)
Deprese- Depression (D)	-
Vzteky- Anger (ANG)	-
Intruzivní zkušenosti <i>Intrusive Experiences (IE)</i>	-
Vyhýbání se situacím <i>Defensive Avoidance (DA)</i>	-
Disociace Dissociation (DIS)	-
Tělesná roztržitost <i>Somatic Preoccupation (SOM)</i>	Bolest- Pain (SOM-P) Obecné- General (SOM-G)
Sexuální obtíže <i>Sexual Disturbance (SXD)</i>	Sexuální obavy- Sexual Concerns (SXD-SC) Nefunkční sexuální chování <i>Dysfunctional Sexual Behaviour (SXD-DSB)</i>
Sebevražedné tendence <i>Suicidality (SUI)</i>	Sebevražedné myšlenky- Ideation (SUI-I) Sebevražedné chování- Behaviour (SUI-B)
Nejistota/strach ze vztahů <i>Insecure Attachment (IA)</i>	Vyhýbání se vzájemným vztahům <i>Relational Avoidance (IA-RA)</i> Citlivost na odmítnutí

	<i>Rejection Sensitivity (IA-RS)</i>
Zhoršení sebehodnocení <i>Impaired Self-Reference (ISR)</i>	Snížené sebeuvědomění <i>Reduced Self-Awareness (ISR-RSA)</i> Jiné- Other Directedness (ISR-OD)
Chování při sníženém napětí <i>Tension Reduction Behaviour (TRB)</i>	-

Příloha 9:

Základní škály (16) BASC (Behaviour Assessment System for Children)

Činnosti každodenního života- <i>Activities of Daily Living</i>	Problémy s pozorností- <i>Attention Problems</i>
Funkční komunikace- <i>Functional Communication</i>	Sociální dovednosti- <i>Social Skills</i>
Přizpůsobivost- <i>Adaptability</i>	Jinakost- <i>Atypicality</i>
Hyperaktivita- <i>Hyperactivity</i>	Somatizace- <i>Somatization</i>
Agrese- <i>Aggression</i>	Porucha chování- <i>Conduct Disorder</i>
Vůdcovství- <i>Leadership</i>	Studijní dovednosti- <i>Study Skills</i>
Úzkost- <i>Anxiety</i>	Deprese- <i>Depression</i>
Problémy s učením- <i>Learning Problems</i>	Odnětí- <i>Withdrawal</i>