

# Bakalářská práce

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Teologická fakulta  
Katedra psychologie

Bakalářská práce

SUICIDALITA U DĚTÍ

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Karolina Diallo

Autor práce: Jana Jelínková

Studijní obor: Pedagogika volného času, kombinovaná forma

Ročník: 3.

2015

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledky obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 25. 3. 2015

.....  
Jana Jelínková

Děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. et Mgr. Karolině Diallo za cenné rady,  
připomínky a metodické vedení práce a vstřícný přístup.

## Obsah

Úvod.....	7
1. Historie sebevražd.....	9
1.1 Historie sebevražd u dětí.....	9
2. Formy suicidálního chování.....	10
2.1 Suicidální myšlenky a tendence.....	10
2.2 Suicidální pokus.....	10
2.2.1 Sebeпоškozování.....	11
2.3 Suicidium.....	11
3. Způsoby sebevražedného jednání.....	14
3.1 Měkké metody sebevražedného jednání.....	14
3.2 Tvrdé metody sebevražedného jednání.....	14
4. Etiologie.....	15
4.1 Spouštěcí události.....	15
4.2 Rizikové faktory.....	16
4.2.1 Rodina.....	16
4.2.2 Škola.....	17
4.2.3 Vrstevnické vztahy.....	17
4.2.4 Zdravotní stav.....	18
4.2.5 Další rizikové faktory.....	18
5. Varovné signály.....	20
6. Sebevraždy dětí a mladistvých.....	21
6.1 Charakteristika mladšího školního věku.....	21
6.2 Charakteristika období dospívání.....	22
6.3 Specifické zvláštnosti sebevražednosti u dětí a adolescentů.....	23

7. Diagnostika suicidálních dětí a adolescentů.....	25
7.1 Diagnostické prostředky.....	25
7.1.1 Pozorování a rozhovor.....	26
7.1.2 Psychodiagnostické metody.....	26
8. Léčba suicidálních dětí a mladistvých.....	27
8.1 První pomoc.....	27
8.2 Krizová intervence.....	27
8.3 Systematická léčba.....	28
8.4 Psychoterapie.....	29
9. Prevence suicidálního chování dětí a adolescentů.....	31
9.1 Typy prevence.....	31
10. Sebevraždy a statistiky.....	34
10.1 Statistiky sebevražd podle věku.....	34
10.2 Statistiky sebevražd podle pohlaví.....	36
10.3 Statistiky sebevražd podle způsobu provedení.....	36
10.4 Statistiky sebevražd podle motivu.....	38
10.5 Statistiky suicidálních pokusů.....	38
Závěr.....	40
Seznam použitých zdrojů.....	41
Abstrakt.....	43
Abstract.....	44

## Úvod

*„V určitých situacích je místo jen pro jednu alternativu, jejich jediným východiskem může být smrt. Přesto je třeba učinit vše pro to, aby mohl člověk žít.“*

Jean-Paul Sartre

Již název práce Suicidalita u dětí je sám o sobě smutný a depresivní. Dříve byl pojem sebevraždy převážně tabuizován. Tento problém byl prolomen a dá se říci, že v dnešní době téměř nenajdeme den, kde by se o sebevražedném chování neobjevil novinový článek nebo zpráva v televizi. Otázkou zůstává, jestli již umíme tento pojem správně uchopit i s přihlédnutím k tomu, že společnost nepřestává trpět předsudky k jevům a lidem, kteří jsou se sebevraždou spojeni.

Sebevraždy je skloňována téměř každý den a o to větší bolest působí, když se týká právě dětí a mladistvých. Zejména tyto sebevraždy vždy hluboce zasáhnou celé své okolí. Je těžké připustit si motiv dítěte, který jej zažene až do konečné uličky. V naší republice patří suicidální jednání v období dospívání mezi třetí nejčastější důvod úmrtí, a tento stav je spíše setrvalý nebo vzrůstá. Což samo o sobě je dosti alarmující. Především pro skupinu dospívajících je sebevraždy častým tématem k diskuzi.

Jde také o pojem celospolečenský a zejména v dnešní době vzbuzuje velký zájem a pozornost v různých sférách, a to hlavně v případech, pokud je sebevrahem známá osoba. Nezapomínejme, že je mnoho lidí, kteří alespoň na chvíli o sebevraždě ve svých myšlenkách uvažují, i když nakonec samotný čin nespáchají. K většímu výskytu sebevražedného jednání dochází převážně ve státech s vysokou životní úrovní a průmyslově vyspělých. Je tedy důležité stále hledat cesty k odvrácení a zmírnění tohoto nebezpečí.

Pracuji jako pedagog volného času a během celého školního roku se setkávám s různými životními příběhy dětí. Jejich vyslechnutí mne jen utvrzuje v tom, jaký tlak je na děti a mladistvé kladen, jak ze strany školy, tak i rodičů. Jejich velké požadavky uvádějí děti do stresových situací a v horším případě se mohou dostavit i depresivní stavy a od sebevražedného jednání je dělí jen krůček. Nátlak je však kladen i na rodiče. Jak správně vychovávat, aby nám vyrostl zdravý jedinec, který bude schopen obstát v realitě současného světa se všemi požadavky i nástrahami?

Cílem mé práce je charakterizovat problematiku sebevražednosti dětí a mladistvých, zejména jako problému, který je v naší populaci od samého počátku a má stále zvyšující se nebo setrvalou tendenci. Přiblížím charakteristiku dětského období, kde se již vyskytují i dokonaná suicidia, a zejména období dospívání, kde je alarmující výskyt hlavně suicidálních pokusů. Z pohledu motivace sebevražedného jednání v tomto věkovém období se poukazuje hlavně na rodinu. Například skutečnost, že dnes je rozvedené téměř každé druhé manželství, děti vyrůstají v neúplných rodinách nebo s novými partnery rodičů, případně i jejich dětmi, kdy se vytvářejí složité vztahy, vazby i role, mnohdy negativně ovlivňuje vývoj jedince a spolu s dalšími problémy, například ve škole, může být příčinou vedoucí třeba až k suicidálnímu jednání.

V dalších kapitolách popíši formy, druhy, rizikové faktory, diagnostiku a léčbu suicidálního jednání u dětí a dospívajících. Součástí mé práce budou i preventivní opatření, která pokládám za velmi důležitá i z pozice pedagoga volného času. Je důležité tomuto chování předcházet a vědět, kdy a jak poskytnout pomoc, například už jen tím, že jedince předáme včas do péče odborníků. Poslední část své práce věnuji statistickým údajům, které dokazují závažnost této problematiky.



# 1. Historie sebevražd

Sebevražedné chování se u lidí vyskytuje od nepaměti. Pohled a postoj k sebevraždám se mění s vývojem společnosti. U některých národů byla přirozeným způsobem smrti. Ve starém Řecku a Římě byla dosti rozšířená. Příchod křesťanství vnáší do této problematiky nové pohledy a velké změny. Sebevraždy jsou zakázané a sankciované. V důsledku toho také sebevražd ubývá. K vzestupu dochází opět po průmyslové revoluci především ve městech. V naší zemi je ve 20. století sebevražda docela častým jevem, který souvisí se společenskou situací.<sup>1</sup>

## 1.1 Historie sebevražd u dětí

Pohled do historie dětských sebevražd je hodně ovlivněn nejednotností a malým počtem sdělení. I když již v minulém století byla velmi pečlivě vedená statistika, výsledky bývají značně zkreslené. Přesto se první zmínky o dětské sebevraždě nachází už ve spisech Plutarchových. Týkaly se milétských dívek, které se ve velkém počtu věšely.

První zprávy o dětském sebevražedném jednání pocházejí ze začátku minulého století. Problému se suicidalitou u dětí si začínají všimnout hlavně pedagogové. Sdělení z tohoto období se zaměřují především na statistiku, motivace a rozbor sebevražd. Již v této době si nejen pedagogové uvědomovali závažnost problematiky a prioritou bylo odstranění a zmírnění příčin zbytečně ztracených nejmladších životů, stejně jako v dnešní době. Z motivací u mládeže se suicidalním chováním převažují školní potíže nad všemi ostatními. Tyto výsledky však vycházejí z toho, že většina prací se zabývá převážně sledováním dospívajících z řad studentů. Příčiny suicidalního jednání mladistvých od počátku lidského života zrcadlí dobu, ve které děti a mládež žijí. Především souvisí s politickou a společenskou situací daného období.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., *Sebevražedné chování*, str. 12 - 13

<sup>2</sup> Srov. ČERNÝ, L., *Sebevražednost dětí a mladistvých se zvláštním zaměřením na preventivní opatření*, str. 9 - 12

## 2. Formy suicidálního chování

Stejně jako u dospělých, tak i u dětí a adolescentů rozlišujeme suicidální myšlenky a tendence, suicidální pokus a dokonané suicidium. Sebevražedné chování u dětí a dospívajících je výsledkem dlouhodobějšího procesu, který je interakcí vnitřních, osobnostních dispozic, jak se postižený jedinec vyrovná se stresem a dalšími zátěžovými situacemi.

### 2.1 Suicidální myšlenky a tendence

S myšlenkou, že by člověk usnul a již se neprobudil, se konfrontuje téměř každý z nás, a to hlavně v období dospívání. V této fázi života bývají spojené především s hledáním smyslu života a smrti. Převážně jde však pouze o suicidální nápady, kterým chybí samotná realizace. Skutečné suicidální myšlenky jsou intenzivní, dotyčný jimi tráví většinu svého času a nedokáže se od nich odklonit. Jde o verbální a neverbální projevy člověka, který má sebevražedné myšlenky.<sup>3</sup>

Dalším krokem k sebevraždě jsou suicidální tendence, při kterých postižený svůj čin již konkrétně připravuje. Ve většině případů dospívající píší dopisy na rozloučenou, shromažďují si potřebné množství léků a mohou si sehnat i zbraň.

### 2.2 Suicidální pokus

V tomto případě suicidálního chování jde o každý akt, provedený s úmyslem zemřít, avšak na rozdíl od sebevraždy nikoli s letálním koncem. U dětí a mladistvých jde většinou o výhrůžky, které jsou převážně účelovým jednáním ke zmírnění výchovného nátlaku, k vymáhání lásky, přátelství apod. Tyto výhrůžky mohou však svým nezájmem, vysmíváním se a bagatelizováním okolím přejít až k suicidálnímu pokusu. Postižený se tím snaží druhým dokázat, že není zbabělec. Nebezpečí ze skutečného dokonání suicidia je i v těchto případech nepatrné.<sup>4</sup>

Atypickým suicidálním pokusem je **parasuicidium**. Jde o nedokonané suicidální jednání, kde není přítomen úmysl zemřít, spíše jde o sebepoškozování. Mívá manipulativní a demonstrativní charakter a nejvíce se objevuje v období dospívání.

---

<sup>3</sup> Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., *Sebevražedné chování*, str. 28

<sup>4</sup> Srov. ČERNÝ, L., *Sebevražednost dětí a mladistvých se zvláštním zaměřením na preventivní opatření*, str. 18

Můžeme se setkat i se simulací suicidálního jednání, tedy předstíráním za účelem něčeho dosáhnout nebo se něčemu nepříjemnému vyhnout.

### 2.2.1 Sebepoškozování

Z populačních studií vyplývá, že sebepoškozování je v posledních letech na vzestupu. Rozdíl mezi sebevražděným a sebepoškozujícím jednáním je jasný.

U suicidálního jednání je patrná snaha o ukončení života, naopak u sebepoškozujícího chování je motivem snaha cítit se lépe. I tímto jednáním o sobě postižený prozrazuje, že je ve složité životní situaci. Více jsou sebepoškozováním ohroženy dívky.

Záměrné sebepoškozování slouží jako technika navození relaxace, únik od bolestivé reality stejně jako užívání návykových látek. Důležitým momentem je tedy vzniklá fyzická bolest, která přehluší bolest psychickou. Mezi nejčastější metody patří sebeřezání, sebeupálení, sebekousání, propichování kůže, vytrhávání vlasů. Většina jedinců začíná povrchoвым sebepoškováním paží nebo stehem a pak zkouší další formy a nakonec zůstává u jedné.<sup>5</sup>

## 2.3 Suicidium

*„Jde o sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým, s vědomým úmyslem zemřít.“<sup>6</sup>*

Samotné sebevraždě předchází krátké nebo delší období, které se projevuje psychickými změnami. Je označováno jako **presuicidální syndrom**. Na dětech pozorujeme, že jsou smutné, nemocné, unavené, objevují se u nich konkrétní sebevražděné myšlenky a časté jsou psychosomatické potíže. U jedinců s presuicidálním syndromem v ojedinělých případech dochází k uvolnění a zlepšení nálady. Navenek působí tím, že sebevražděné jednání je odstraněno a dochází ke zlepšení stavu. Tento stav je spojen s definitivním rozhodnutím člověka o sebevraždě a většinou končí závažným suicidálním jednáním.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Srov. VANÍČKOVÁ, E., HYNČICA, V., VOTAVOVÁ, J., *Násilí namířené proti sobě samému u teenagerské populace*, str. 18 - 21

<sup>6</sup> KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., *Sebevražděné chování*, str. 29

<sup>7</sup> Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., *Sebevražděné chování*, str. 57

Zejména u dětí dochází také k protrahovanému suicidálnímu jednání. Dítě se například intoxikuje medikamenty opakovaně v průběhu několika dní, protože neodhadne potřebnou dávku, která by vedla ke smrti. Toto chování může být prováděno různými způsoby, například pořezáním.<sup>8</sup>

Z hlediska motivace, cíle sebevražedného jednání a způsobu provedení rozlišujeme:

- **Bilanční sebevraždy**

Již z názvu je patrné, že této sebevraždě předchází bilancování, kdy osoba dojde k závěru, že její stávající situace je pro život neúnosná (např. člověk s maligním onemocněním).

- **Blízká sebevražda**

Tato sebevražda je blízká sebevraždě bilanční. Jde o suicidium v normálním duševním stavu, na základě motivů vycházejících z reality.

- **Účelově suicidální jednání**

Cílem tohoto suicidálního jednání však není smrt, ale vyřešení svízelné situace, do které se jedinec dostal. I toto jednání může skončit letálně.

- **Demonstrativní suicidální jednání**

I zde chybí úmysl zemřít, ale dotyčný své jednání provádí vědomě. Bývá používáno k vydírání nebo postrašení rodičů a většinou se uskuteční přímo před očima pozorovatelů.

- **Simulace sebevražedného jednání**

Toto jednání bývá velmi často zaměňováno s účelovým nebo demonstrativním jednáním. Na rozdíl od nich je vědomě předstírané, za účelem vyhnutí se nějaké nepříjemné situaci (např. nástup trestu).

- **Zkratkovitě suicidální jednání**

V tomto případě lidé jednají zkratkovitě, v afektu. Jedná se o častou formu u dětí a mladistvých. V dané chvíli se sebevražda zdá jako jediná možná cesta k nápravě, vyřešit momentální situaci co nejrychleji i za cenu vlastního života.

---

<sup>8</sup> Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., *Sebevražedné chování*, str. 30

- **Suicidální dohoda**

Jde o zvláštní formu sebevražedného jednání. Dva a více lidí se dohodne a společně spáchají sebevraždu. Vždy bývá jeden inductorem tohoto jednání a přesvědčí o jeho správnosti druhé. Může jít o duševně nemocného. Jsou nám známy i hromadné sebevraždy v náboženských sektách. Z trestněprávního hlediska je napomáhání k sebevraždě trestný čin.

- **Rozšířená sebevražda**

Tato sebevražda má patologický podklad. Duševně nemocný pod vlivem depresivního prožívání spáchá sebevraždu a vezme s sebou někoho ze svých blízkých. Motivací může být nesnesitelnost života pro něj, ale například i pro jeho dítě. Může nastat i situace, kdy není přítomna psychotická motivace. Příkladem může být rozvod rodičů, kdy matka z pomstychtivosti k otci nejdříve zabije dítě a poté se pokusí nebo spáchá suicidium. V tomto případě jde ale o vraždu a následnou sebevraždu.

Zvláštní formou jednání vedoucí ke smrti je **sebeobětování a sebezabití**. U sebeobětování má smrt význam oběti ve prospěch jiných lidí, společnosti, zcela chybí vědomá touha zemřít. Tak je tomu i u sebezabití, které také vede ke konci života, kdy nemocný utíká před svými nepřáteli skokem z okna.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., *Sebevražedné chování*, str. 31 - 33

### 3. Způsoby sebevražedného jednání

Způsob suicidálního jednání je důležitým faktorem pro výsledek každého sebevražedného pokusu. Již u suicidálních myšlenek se objevuje představa, jakým způsobem lze docílit ukončení života. Představa a fantazie tedy hraje důležitou roli o účincích jednotlivých metod, jejich dostupnosti a posouzení nebezpečnosti. Zejména u dětí však nemusí být hodnocena reálně. Nemají představu o účinku některých léků, zejména těch běžně dostupných v domácnosti a intoxikací si mohou vážně poškodit jiné orgány. Musíme však stále brát zcela vážně úmysl zemřít.

Způsoby suicidálního chování lze rozdělit na měkké, kde existuje určitá šance na přežití a tvrdé metody, u nichž je šance na přežití velmi malá.

#### 3.1 Měkké metody sebevražedného jednání

Jde o metody, u nichž je vyšší šance na záchranu života. Metody, které nevedou okamžitě ke smrti. Mezi nejčastější patří již zmiňovaná intoxikace medikamenty, dále povrchní pořezání a skok z nízké výšky. Stále je tu naděje, že poškozený bude nalezen a zachráněn. V adolescenci je dosti typický způsob „dát život v sázku“, kdy dospívající počítá s oběma variantami.<sup>10</sup>

Tyto metody jsou používány u suicidálních pokusů účelového a demonstrativního charakteru. S intoxikací léků se setkáváme i u zkratkovitého jednání, kdy rozhoduje rychlá dostupnost metody.

#### 3.2 Tvrdé metody sebevražedného jednání

Tyto metody vedou nejčastěji okamžitě nebo velmi rychle ke smrti a možnost záchranu je minimální. Patří mezi ně zejména strangulace, použití střelné zbraně a skok z velké výšky, pro Prahu je typický skok z Nuselského mostu. Při pořezání se bere v úvahu jeho závažnost.<sup>11</sup>

Použití tvrdých metod převažuje u dokonaných sebevražd, ale vyskytuje se i u zkratkovitého jednání, pokud jsou k dispozici. Literatura uvádí, že vlastnictví střelné zbraně pětkrát zvyšuje nebezpečí, že ji majitel použije proti sobě samému.

---

<sup>10</sup> Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., *Sebevražedné chování*, str. 34

<sup>11</sup> Tamtéž, str. 34

## 4. Etiologie

Na vzniku suicidálního chování se podílí více rizikových faktorů. Sebevraždy dětí a dospívajících bývají často vyvolány jednou konkrétní příhodou, tzv. spouštěcí událostí. Je to poslední kapka, kterou pohár přetekl.

*„Obecně lze říci, že sebevražda bývá vyvolána nějakou ztrátou nebo neúspěchem.“<sup>12</sup>*

### 4.1 Spouštěcí události

Spouštěcí událostí u dětí a dospívajících, k překvapení druhých, může být zdánlivě nepatrná událost, která však působí takovou silou, neboť zastupuje mnoho dalších věcí. Ztracená láska není jen ta jedna, ale je to každý, koho v životě budu milovat. Špatná zkušenost je důkazem toho, že v životě nebude nikdy nic v pořádku. Stejně jako neúspěch, který znamená jediné, selhávat budu znovu a znovu.

#### **Příklady spouštěcích událostí u dětí a dospívajících:**

- Rozchod nebo rozvod rodičů.
- Konflikty s rodiči.
- Smrt někoho z rodičů.
- Rozchod s přítelem či přítelkyní.
- Rozchod s kamarádem kvůli hádce.
- Přestěhování do jiného města.
- Přerušování kontaktů po absolvování školy.
- Neúspěch ve sportu, v učení nebo v jiných dovednostech.
- Zranění, které znamená konec kariéry ve sportu, v hudbě nebo v tanci.
- Neúspěch v nějaké soutěži.
- Zklamání z něčeho, s čím byly spojovány obzvláštní naděje.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Frankel, B., Kranzová, R., *O sebevraždách*, str. 43

<sup>13</sup> Srov. Frankel, B., Kranzová, R., *O sebevraždách*, str. 43 – 45

## 4.2 Rizikové faktory

Uváděné motivy nemusejí být jediným důvodem sebevražedného jednání. Často jde o kombinaci více faktorů, které se vzájemně doplňují. Představují důležitou problematiku při prevenci a plánování následné terapie. Pro vznik suicidálního chování u dětí a adolescentů jsou to především rodinná a školní situace, vrstevnická pozice a zdravotní stav.

### 4.2.1 Rodina

Během celé historie prošla rodina rozmanitým vývojem. Zejména v posledních letech je vývoj rodiny pozměněn. Přibývá plánovaných rodin s jedním rodičem, rozdělených rodin rozvodem či rozchodem, rodiny poznamenané novým sňatkem, dvojice homosexuálů s dětmi apod.

Roli zde hrají jak vlivy výchovné a identifikační, ale můžeme zde uvažovat i o genetických dispozicích k některým psychiatrickým onemocněním. Mezi nejčastější uváděný motiv suicidálního jednání u dětí bývají konflikty s rodiči. Dále nesmíme zapomenout na komplikované rozvody rodičů a následné dlouhodobé porozvodové spory, do kterých jsou děti zatahovány. Významným negativním faktorem je vyskytující se násilí v rodině, ať v podobě tělesně týraného, hrubě zanedbávaného a sexuálně zneužívaného jedince.<sup>14</sup>

Dříve bylo násilí a zlo v podstatě tolerováno jako určitá součást života. Později bylo násilí na dětech zatajováno a téměř se mohlo zdát, že již neexistuje. Bohužel však přetrvává stále a to i v dnešní době. Pohled na něj se však zcela změnil. Jednou z hlavních změn bylo přijetí tří dokumentů, které se týkají práv dítěte: Charta práv dítěte (1924), Konvence o právech dítěte (1959) a Úmluva o právech dítěte (1989).<sup>15</sup>

Pro harmonický vývoj dítěte je nutná harmonická rodina. Rodina uspokojuje nejen základní biologické potřeby dítěte, ale poskytuje také uspokojení psychologických potřeb, jako je potřeba bezpečí a citového vztahu. V jakém rodinném prostředí děti a adolescenti žijí, má vliv i na již proběhlý suicidální pokus. Stále zde hrozí riziko opakování suicidálního jednání, ke kterému mohou často přispět i rodiče tím, že danou situaci výchovně nezvládají.

---

<sup>14</sup> Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., *Sebevražedné chování*, str. 40 - 41

<sup>15</sup> Srov. VANÍČKOVÁ E., HADJ-MOUSSOVÁ Z., PROVAZNÍKOVÁ H., *Násilí v rodině*, str. 5



V roce 1993 bylo na Dětské psychiatrické klinice FN Motol hospitalizováno celkem devět dětí po suicidálním pokusu. Pouze v jednom případě šlo o kompletní rodinu s oběma biologickými rodiči. V ostatních případech proběhl rozvod a děti žili pouze s matkou nebo s nevlastním otcem.<sup>16</sup>

#### 4.2.2 Škola

Zvlášť mimořádný krok pro vývoj dítěte je vstup do školy. Poprvé se dostává do prostředí, kde je hodnocen podle svých výkonů a schopností. Škola je důležitou součástí života celé rodiny, která přináší mnoho krizových situací. V případě motivu vedoucím k sebevražednému chování jde hlavně o školní neúspěch, ať už se jedná o špatný prospěch nebo sociální chování ve skupině.

I když se dnešní školy snaží více věnovat dětem s poruchami učení a chování, stále zde hrozí riziko zkratkovitého jednání, a to především v období, kdy děti dostávají vysvědčení a jsou vystaveny většímu stresu, které je cítit i na napětí v rodinách, které opět pramení z konfliktních vztahů dítěte s rodiči. Důležité jsou i vztahy dítěte s učitelem. Komplikovaná je situace u dítěte se školní fobií či s poruchami chování, kde se většinou objeví i záškoláctví.

V roce 2000 suicidovaly z tohoto důvodu dvě děti do 14 let a pět dospívajících. V letech 1995 – 1999 udalo příčinu problému ve škole u suicidálního pokusu ze 127 hospitalizovaných na dětské psychiatrické klinice 6 % pacientů. U dalších 14 % se vyskytla v kombinaci s konflikty s rodiči.<sup>17</sup>

#### 4.2.3 Vrstevnické vztahy

Problematika vrstevnických vztahů souvisí se zapojením ve škole. Dobré zapojení mezi vrstevníky vede k přiměřenému sebevědomí. Naopak dochází-li k šikanování ze strany spolužáků, pocit neúspěchu může vést až k suicidálnímu jednání.

Za šikanování se považuje systematická agrese, která se zpravidla opakuje a dopouští se jí jedinec nebo skupina na jiném jedinci nebo skupině. Jedná se o násilí fyzické, psychické či verbální. Ohroženy jsou hlavně děti úzkostné, které se nějakým způsobem liší od ostatních a nemají proti agresorovi téměř žádnou šanci obrany.<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., *Sebevražedné chování*, str. 41

<sup>17</sup> Tamtéž, str. 41- 42

<sup>18</sup> Srov. VANÍČKOVÁ, E., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., PROVAZNÍKOVÁ, H., *Násilí v rodině*, str. 32

Špatné postavení mezi vrstevníky mají též děti obézní a to hlavně chlapci v období staršího školního věku. V poslední době čím dál více vzrůstá vliv sociálních rozdílů mezi dětmi. Postavení dítěte zhoršuje špatná sociální situace rodiny. Děti se rozlišují podle toho, kdo má lepší mobilní telefon nebo tablet. Dalším negativním faktorem je účast v tzv. partě s tendencí k negativnímu, delikventnímu jednání. Hrozí zde zneužívání drog, alkoholu a páchaní trestné činnosti.<sup>19</sup>

#### 4.2.4 Zdravotní stav

Riziko pro suicidální jednání představuje i psychiatrické onemocnění. Zejména depresivní porucha a schizofrenie. Depresivní poruchy bývají často diagnostikovány až po proběhlém suicidálním pokusu a následném vyšetření, pokud zde nejsou již známy genetické dispozice z rodinné anamnézy.<sup>20</sup>

Jedinec s depresemi má problémy s řešením obtížných životních situací a je snížena jeho schopnost vypořádat se s nimi adaptivním způsobem. Depresivní stavy se projevují zejména uzavřením do sebe, smutnou náladou, ztrátou zájmu o dosavadní záliby, dochází ke změnám chování. Děti jsou buď lítostivé, pomalejší, často se rozpláčou nebo naopak jsou zrychleny, podrážděné a roztržité.

Schizofrenie se velmi často začíná projevovat v období adolescence, a proto by se neměly právě v tomto období podceňovat změny nálad a nápadné změny v chování. Včasná diagnostika může zajistit dobře zvládnutelnou terapii. Deprese nemusí být jen příznakem psychotických onemocnění, ale mohou se vyskytovat i u jedinců závislých na alkoholu a drogách.<sup>21</sup>

#### 4.2.5 Další rizikové faktory

Dokonaným suicidiem je více ohroženo mužské pohlaví. Naopak dívky a ženy jsou více ohroženy suicidálním pokusem. Z hlediska ročních období jsou rizikem jaro a podzim. Za významný rizikový faktor je považován předcházející suicidální pokus, jeho metoda, připravenost a důkladnost plánu.

---

<sup>19</sup> Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., *Sebevražedné chování*, str. 42

<sup>20</sup> Srov. HORT, V., et al., *Dětská a adolescentní psychiatrie*, str. 407

<sup>21</sup> Srov. JEDLIČKA, R., et al., *Děti a mládež v obtížných životních situacích*, str. 240 - 245

Mezi rizikové faktory, které se vyskytují převážně u dospělých, ale mohou se objevit i v adolescentním věku, patří zejména psychiatrické onemocnění, zneužívání návykových látek, somatické onemocnění, rodinný stav a komplikovaná životní situace.

Výše uvedené rizikové faktory tvoří pozadí, které přispívá ke zhoršené adaptaci dítěte či mladistvého a může vést až k nevhodnému řešení, které se projeví suicidálním jednáním. Ve většině případů jde o problémy, které by mělo dítě s dobrým rodinným zázemím zvládnout. Velké množství suicidálních pokusů je spácháno v měsících lednu a červnu, kdy jsou obavy z blížící se školní klasifikace.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., *Sebevražedné chování*, str. 43 - 44

## 5. Varovné signály

Naštěstí je známo několik symptomů, díky kterým se dají rozeznat sebevražedné úvahy, a následně se můžeme pokusit sebevraždě zabránit. Většina těchto signálů se může zcela běžně vyskytnout v každodenním životě jakékoliv osoby. Velká pozornost by měla být věnována varovným signálům v rizikových obdobích a situacích.

### Nejvýraznější varovné signály:

- Dotyčný mluví o tom, že chce spáchat sebevraždu. Používá věty: „ Chci umřít.“ „Zabiju se.“
- Naznačuje, že se s ním něco v blízké budoucnosti stane. „ Brzy už nebudu dělat žádné problémy.“
- Dává najevo pocit samoty a izolace.
- Stahuje se do sebe a je nezvykle plachý.
- Případnou pochvalu přechází mlčením.
- Trpí nechutenstvím a poruchami spánku.
- Vykazuje zásadní změny v chování.
- Straní se společnosti a kamarádům.
- Ztrácí zájem o své koníčky a učení.
- Bezhlavě se vrhá do nebezpečných situací.
- Oddává se pití alkoholu a konzumaci drog.
- Domnívá se, že už nemůže dál.
- Neustále myslí na smrt.
- Má potíže se soustředěním.
- Slýchává hlasy, které ho nabádají k něčemu nebezpečnému.
- Prohlubující se deprese.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, *Sebevraždy, Rozvoj dalšího vzdělávání praktických lékařů a ambulantních psychiatrů v problematice komunitní péče o duševně nemocné*, str. 8 - 9 [online]. Feafes, 2006 [cit. 2015-03-14]. Dostupné na [www](http://www.cmhed.cz/dokumenty/brozury/amepra_brozura_03.pdf):

<[http://www.cmhed.cz/dokumenty/brozury/amepra\\_brozura\\_03.pdf](http://www.cmhed.cz/dokumenty/brozury/amepra_brozura_03.pdf)>

## 6. Sebevraždy dětí a mladistvých

Způsob a motivace sebevražedného jednání je závislá na věku a typických rysech vývojové fáze, ve které se právě daný jedinec nachází. Každé období je spojené se specifickými vývojovými krizemi, a tím i zvládnutím zátěžových situací. Bývá spojeno i s agresí namířenou proti vlastní osobě.

*„Dynamika vývoje sebevražedných tendencí může být různá, je do značné míry určena osobnostními rysy a životním příběhem každého jedince.“<sup>24</sup>*

### 6.1 Charakteristika mladšího školního věku

Označuje zpravidla dobu od 6 – 7 let do 11 – 12 let. Typickým znakem je vstup dítěte do školy, který rozhodujícím způsobem poznamenává toto období. Děti jsou plně zaměřeny na to, co je a jak to je, chtějí pochopit okolní svět, což můžeme pozorovat ve všech jejich projevech. Psychologicky celé toto období můžeme nazvat věkem střízlivého realismu. V tomto období jsou u dětí oblíbené pokusy a zkoušení různých možností, hlavně v technických oblastech.

Pokračuje vývoj základních schopností a dovedností. Tělesný růst je v tomto období rovnoměrný, zlepšuje se hrubá a jemná motorika. Děti jsou si v tomto období plně vědomy svých zdarů a nezdarů a poměřují se s druhými. Rozvíjí se smyslové vnímání. Děti jsou pozornější, vytrvalejší a pečlivější. Svět školáka se rozšiřuje v prostoru i v čase.<sup>25</sup>

Abstraktní význam pojmů jako je konečno – nekonečno, život – smrt mu však dosud uniká. Aktuální postoj ke smrti ovlivňuje několik faktorů, mezi které patří kognitivní a emoční vyspělost, vlastní zkušenost s nemocí a smrtí, fantazijní zpracování smrti, vliv rodiny a širšího sociálního okolí, působení sdělovacích prostředků. K pochopení smrti, jako nezvratného konce života, dochází kolem 10. roku života. Tím, že s dětmi budeme mluvit o smrti, která zasáhla někoho blízkého, můžeme zároveň zjistit, co o ní vědí a jak jí chápou. Rozhovory na toto téma patří mezi jedny z nejobtížnějších v životě člověka. Děti však většinou mají mylné představy, obavy a strach. Vysvětlením dané věci u většiny z nich dojde k uklidnění a pomalu začnou chápat nenávratnost konce života.

---

<sup>24</sup> VÁGNEROVÁ, M., *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*, str. 456

<sup>25</sup> Srov. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., *Vývojová psychologie*, str. 115 - 119

Mezi nejvýznamnější rizikové faktory tohoto období, na základě kterých dochází k suicidálnímu jednání, jsou problémy spojené se školou a potíže v rodinných vztazích. Proto je také většina sebevražedných pokusů zkratkovitou reakcí, kterou se snaží uniknout ohrožení.<sup>26</sup>

## 6.2 Charakteristika období dospívání

Jde o přechodné období mezi dětstvím a dospělostí a označuje dobu od 11. – 12. roku do 20 – 22 let. Jde o období, které je charakterizováno řadou vývojových úkolů. Mezi ně patří vývoj identity, akceptace vlastní sexuální role, odpoutání se od rodiny, naučit se spolupracovat s druhými lidmi a přijmout určité normy a ideály. V anglosaské literatuře jsou náctiletí označováni jako teenageři. Prochází rozhodující vývojovou fází vývoje své osobnosti, která s sebou přináší řadu problémů.<sup>27</sup>

Teenageři mají potřebu odlišit se od ostatních generací, a tak často šokují okolí změnou svého vzhledu a způsobem komunikace. Pro dospívání je charakteristické označení emoční labilita. Mezi teenagery jsou oblíbené adrenalinové sporty, věci neplánují dlouho dopředu, většina zážitků je dílem momentálního nápadu.

V životě jedince zahrnuje dospívání dva důležité sociální mezníky, prvním je ukončení povinné školní docházky, druhým je zpravidla ukončení střední školy, a následuje přechod do další životní dráhy, kterou bývá zaměstnání nebo vysokoškolské studium. V některých případech to může být i obojí. Podle většiny studií je pro toto období charakteristický nejvyšší výskyt sebepoškození, a to hlavně v období mezi 13. a 15. rokem života. Teenageři si také často pohrávají s myšlenkou smrti. K čemuž často přispívá i dnešní možnost ve využití moderních sdělovacích prostředků.<sup>28</sup>

Mezi 15. a 19. rokem života se zvyšuje počet suicidálních pokusů, ale i dokonaných sebevražd. Sebevražedné pokusy bývají většinou jakýmsi voláním o pomoc, ale i vydíráním, a také mohou souviset se stylem života teenagerů riskovat za každou cenu a stává se jakousi ruletou s otevřeným koncem.

---

<sup>26</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*, str. 457

<sup>27</sup> Srov. VANÍČKOVÁ, E., HYNČICA, V., VOTAVOVÁ, J., *Násilí namířené proti sobě samému u teenagerské populace*, str. 7

<sup>28</sup> Tamtéž, str. 9

Nejčastějšími rizikovými faktory suicidálního jednání u dospívajících jsou potíže v mezilidských vztazích, pocity osamělosti, problémy s vlastní identitou, nízké sebevědomí a neúspěch ve škole.<sup>29</sup>

### 6.3 Specifické zvláštnosti sebevraždy u dětí a adolescentů

Sebevražednost dětí a mladistvých má své specifické zvláštnosti proti sebevražednosti dospělých. L. Černý uvádí, že „... odlišnosti jsou dány rozličnou citovou reaktivitou, jiným složením duševních poruch v tomto věkovém období, finanční závislostí na vychovateli a obtížností nebo i nemožností změny životního prostředí, pokud v něm jsou závažné nedostatky.“<sup>30</sup>

Sebevražedné jednání u dětí před desátým rokem života nebývá časté. Postoj dětí ke smrti se mění s věkem. Přijetí smrti, jako nezvratné události, je dlouhodobý proces, k jehož dovršení dochází mezi 9. – 11. rokem věku dítěte. V současné době, kdy většina lidí umírá v nemocnicích, děti ani nemají možnost se se smrtí setkat v dětství, což se odráží ve fantaziích dítěte.<sup>31</sup>

I přesto se v literatuře objevují zprávy o dokonáných sebevraždách velmi malých dětí. Například u tříletého dítěte, kterému matka nesplnila jeho přání, a on si poté pustil plyn. V tomto případě šlo však o napodobení chování dospělých, dítě nemělo představu o prováděném činu. Mezi 6. a 10. rokem života zejména chlapci začínají ve svých hrách napodobovat příběhy, ve kterých se zabíjí a popravuje. Z čehož vyplývá, že někdo musí hrát roli popravovaného. I v tomto období se velmi zřídka můžeme setkat se suicidálními pokusy nebo i s dokonáným činem. Zde již nalzáme skutečný úmysl zemřít, který má svou motivaci.<sup>32</sup>

U dětí a dospívajících se na rozdíl od dospělých vyskytují konkrétní představy o průběhu suicidálního chování a časté suicidální myšlenky. Sebevražedné fantazie se objevují až u 50 % adolescentů a téměř u všech se objevují prchavé myšlenky se sebevražedným obsahem. Zjišťování přítomnosti této sebevražedné myšlenky je obtížné, ale u dětí se dá rozpoznat z kresleného či herního projevu.

---

<sup>29</sup> Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*, str. 457

<sup>30</sup> ČERNÝ, L., *Sebevražednost dětí a mladistvých se zvláštním zaměřením na preventivní opatření*, str. 8

<sup>31</sup> Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., *Sebevražedné chování*, str. 47

<sup>32</sup> Srov. ČERNÝ, L., *Sebevražednost dětí a mladistvých se zvláštním zaměřením na preventivní opatření*, str. 13 - 14

Nezapomínejme na to, že děti jsou odkázány na pomoc dospělých. A pokud se v různých oblastech jejich života objeví nedostatky, mohou na ně upozornit právě sebevražedným chováním. Nemohou se sebrat a odejít z domova, nejsou finančně nezávislé a jejich vývoj doprovází velké změny. Po ukončení základní školní docházky může pomoci odchod dítěte na školu s internátním zařízením<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., *Sebevražedné chování*, str. 56 - 57



## 7. Diagnostika suicidálních dětí a adolescentů

Diagnostika by měla být jednak zaměřena na skupinu jedinců, kteří již suicidální pokus mají za sebou. U této skupiny musíme zhodnotit nebezpečí opakování suicidálního jednání, ale také porozumět motivu jejich chování, na který má vliv řada okolností. Další skupinu tvoří jedinci, u kterých pouze hrozí nebezpečí, že se o tento čin pokusí. Předpokládá se, že již mají sebevražedné myšlenky a tendence.

U dětí a adolescentů musí být toto hodnocení komplexní a respektovat všechny vývojové změny a mít na paměti i možné zkreslení ze strany rodičů a dalších osob. V dnešní době se v dětské psychiatrii objevuje moderní přístup v diagnostice. Zabývá se zkoumáním všech faktorů, které se mohou na potížích podílet, abychom měli dostatek údajů pro účinný terapeutický postup.

### U dětí a adolescentů se posuzuje:

- Kognitivní a emocionální vyspělost.
- Vývoj osobnosti a charakteristiky osobnostního fungování.
- Charakter emocí a afektů.
- Způsoby adaptace, obranné mechanismy a způsob, jakým dítě reaguje na stres.
- Oblast interpersonálních vztahů.
- Psychosexuální vývoj.
- Vlastní zkušenost s nemocí a smrtí.
- Fantazijní zpracování smrti.
- Traumatické zkušenosti.<sup>34</sup>

### 7.1 Diagnostické prostředky

Tyto prostředky se zejména opírají o pozorování a rozhovor. Využívají se dotazníkové a projektivní metody. Důležitou součástí je také anamnéza a posouzení přítomnosti suicidálních nápadů a myšlenek. Důležitým vodítkem u dětí může být i neverbální projev například z volné kresby, která může vyjádřit motiv smrti. Při vyšetření spolupracuje tým, který tvoří psychiatr a psycholog, případně sociální pracovník.

<sup>34</sup> Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., *Sebevražedné chování*, str. 82

### 7.1.1 Pozorování a rozhovor

Pozorování je důležitou součástí prvního kontaktu s dítětem či dospívajícím. Posuzujeme vzhled, způsob oblečení a charakter řeči. Důležitý je i vztah s osobou, která dítě přivádí. Při pozorování rodičů se mohou objevit psychopatologické problémy, které mohou souviset s psychopatií dítěte. Další součástí vyšetření je rozhovor. Zjišťujeme, jak se cítí a co prožívá. Důležité je klást jasné a srozumitelné otázky. Nedílnou součástí je také somatické vyšetření, včetně orientačního neurologického vyšetření.<sup>35</sup>

V případech, kde jsou nedostačující verbální prostředky, může při diagnostice zvláště v dětském období pomoci hra. Pomůže lépe porozumět emocionálnímu stavu dítěte, jeho prožívání a projevování. Jsou známy znaky, které se při hře u suicidálních dětí vyskytují častěji. Například mohou mít sklony k nebezpečným hrám nebo destruktivní postoj k hračkám.<sup>36</sup>

### 7.1.2 Psychodiagnostické metody

Tyto metody jsou součástí psychologického vyšetření a v případě dětí se suicidálními tendencemi indikované. Slouží k posouzení potřebných psychických kvalit.

Mezi metody, které používají kliničtí psychiatři při hodnocení projevů deprese u dětí a adolescentů, patří například Bellevueský dotazník deprese, sebesposuzovací škála depresivity, Hamiltonova stupnice pro posouzení deprese.<sup>37</sup>

#### Nejčastěji používané projektivní metody:

- Rorschachův test – test inkoustových skvrn, obsahuje pouze deset karet.
- Tématicko-apercepční metoda – dítě vypráví příběh k předkládaným obrázkům.
- Projektivní interview – jde například o doplňování nedokončených vět.
- Test světa – dítě sestavuje svět z předložených předmětů a hraček.
- Kresebné projektivní metody – například kresba postavy, rodiny, stromu, domu.

Na základě těchto metod hodnotíme především osobnostní charakteristiku dítěte, emocionální a interpersonální aspekty a případné psychopatologické odchylky.<sup>38</sup>

---

<sup>35</sup> Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., *Sebevražedné chování*, str. 83 - 84

<sup>36</sup> Tamtéž, str. 84

<sup>37</sup> Tamtéž, str. 86

<sup>38</sup> Tamtéž, str. 87

## 8. Léčba suicidálních dětí a mladistvých

Při terapii suicidálního chování bývá poskytována první pomoc, krizová intervence a systematická léčba. Používají se zejména metody psychoterapeutické a farmakoterapeutické. Při suicidálním jednání je léčba zaměřena nejen na řešení akutních projevů, ale i na psychopatologii těchto projevů - například deprese, závislost.

Důležitým faktorem je forma vlastního sebevražedného jednání. Léčba v případě suicidálních myšlenek a tendencí bude jiná, než u akutního nebezpečí či po provedeném suicidálním pokusu. V případě dokonání suicidia nesmíme zapomínat i na následnou terapii zaměřenou na rodinu a pozůstalé. Zvláště sebevražda dětí je velkou zátěží, která může ovlivnit psychiku dospělých.

### 8.1 První pomoc

Základní první pomoc je povinen poskytnout každý, kdo je suicidálnímu jednání přítomen. Často je to blízký příbuzný nebo spolupracovník, který si všiml změn v chování. Ty mohou být jak verbální, kdy jedinec používá suicidální výroky a výhrůžky. Zde bych se ráda zmínila o mýtu, který tvrdí, že kdo mluví o sebevraždě, nikdy ji nespáchá. Naopak je to důkaz toho, že suicidální myšlenky ovlivňují psychiku člověka. Pokud se dítě nebo dospívající zabývá suicidálními myšlenkami, jde o neverbální projevy, které jsou také patrné ze změn chování jedince.<sup>39</sup>

V případě akutní hrozby sebevražedného chování spočívá první pomoc v rychlém vyhodnocení situace a navázání kontaktu s postiženým, kterého se snažíme přesunout do bezpečí. V případě odborné léčby jako první zasahuje přivolaný lékař a následně psychiatr a psycholog.

### 8.2 Krizová intervence

*„Termínem krizová intervence se označuje poskytování pomoci lidem ve stavu krize.“<sup>40</sup>*

Úkolem krizové intervence je následný léčebný zákrok, který je orientovaný na budoucnost a zejména na vyloučení rizika možného opakujícího se neadaptivního chování. Přístup se liší u každého případu a zcela záleží na individuálním posouzení.

<sup>39</sup> Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., *Sebevražedné chování*, str. 94 - 95

<sup>40</sup> VANÍČKOVÁ, E., PROVAZNÍKOVÁ, H., *Stručný průvodce dětskou krizovou intervencí*, str. 64

Jestliže jedinec odhodlaný k sebevraždě osobně vyhledá pomoc na krizovém pracovišti, jde o jeho volání o pomoc. Čeká, že mu bude podána pomocná ruka a od svého činu bude zastaven.

Dítě nebo mladistvý, který volá na linku důvěry a uvažuje o sebevraždě, potřebuje získat naději, že jeho problémy se dají vyřešit. Proto je velmi důležité při prvním kontaktu s postiženým získat jeho důvěru. Projevit zájem a ochotu ho vyslechnout, identifikovat jeho problém a nabídnout možnosti řešení. Pracovník linky důvěry musí být pružný v reakcích na jednotlivé hovory, každý volající má jiný závažný problém a je v jiném emočním rozpoložení. Volající může linku důvěry jen testovat nebo potřebuje získat určité informace, jindy potřebuje vyjádřit své emoce, vypovídat se.<sup>41</sup>

Krizová intervence trvá po dobu trvání krize. V případě ambulantního léčení jde zhruba o tři až pět setkání, mezi kterými jsou několikadenní přestávky. Končí tehdy, když je klient schopen svůj problém řešit. Pokud došlo k hospitalizaci, trvá léčba alespoň pět po sobě jdoucích dnů, během kterých se po rozebrání problému podaří najít uspokojující řešení. V případě krizové intervence u dětí a dospívajících je důležité, aby pracovník znal specifika jednotlivých vývojových etap a jejich odchylky.<sup>42</sup>

### 8.3 Systematická léčba

U dětí a adolescentů závisí na diagnóze a aktuálním posouzení sebevražedného jednání. Terapie vychází z hodnocení výsledků všech provedených vyšetření. Na samém začátku se provádí psychiatrické a psychologické vyšetření. Pokud bylo diagnostikováno psychiatrické onemocnění, je terapie zaměřena na tuto poruchu, například velké deprese či schizofrenie. V tomto případě se podávají antidepresiva, u kterých je nutné myslet na jejich účinky a toxicitu. Zejména ve spojení s možností opakování suicidálního pokusu.<sup>43</sup>

I zde je možnost volby léčby ambulantní a lůžkové. Obě mají své výhody i nevýhody. U ambulantní léčby je výhodou zachování kontaktu s rodinou, školou a vrstevníky. Nevýhodou je malá kontrola nad klientem a z toho vyplývající hrozba opakování suicidálního pokusu.

---

<sup>41</sup> Srov. VODÁČKOVÁ, D., a kol., *Krizová intervence*, str. 71 - 72

<sup>42</sup> Tamtéž, str. 65

<sup>43</sup> Srov. HORT, V., et al., *Dětská a adolescentní psychiatrie*, str. 408 - 409

## 8.4 Psychoterapie

Psychoterapie je další možností léčby s přihlédnutím k psychiatrickému onemocnění, které je spojeno se suicidálním jednáním. Má několik metod, které můžeme využít.

### 1. Individuální psychoterapie

- Suportivní psychoterapie je podpůrnou léčebnou metodou, při které dochází k posílení a podpoře adaptačních schopností.
- Psychoanalytická psychoterapie se zabývá odkrýváním a vyřešením psychických konfliktů. U dětí se využívá psychoanalyticky orientovaná herní terapie.
- Psychodynamická psychoterapie se zabývá dynamickými aspekty vzniku krize a současnými vztahy dítěte s rodinou, školou a vrstevníky.
- Kognitivně behaviorální terapie se zabývá příznaky, které jsou viditelné nyní. Pozoruje a zaměřuje se na konkrétní chování dítěte.<sup>44</sup>

### 2. Skupinová psychoterapie

- Užívá se jak v ambulantní tak lůžkové péči. Zaměřuje se na vztahy dítěte a dospívajícího s vrstevníky. Dochází při ní k rekapitulaci zážitků, zlepšení komunikace. Děti se učí přijímat odpovědnost a nové formy chování.<sup>45</sup>

### 3. Rodinná terapie

- Práce s rodinou je důležitá jednak z pohledu dalšího vývoje po již uskutečněném sebevražedném jednání, ale také z pohledu příčiny tohoto jednání u dětí a mladistvých, mezi které patří nefungující rodina a konflikty. Zejména se řeší další přístup rodičů k dítěti. A to hlavně v případě, kdy rodiče danou situaci nezvládají a jejich chování by mohlo přispět k opakování suicidálního jednání. Tato terapie je důležitá i v rodinách, u kterých došlo k suicidiu s letálním koncem. Hlavně z pohledu dalšího psychického zdraví rodičů, sourozenců a ostatních členů rodiny.<sup>46</sup>

---

<sup>44</sup> Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., *Sebevražedné chování*, str. 98

<sup>45</sup> Tamtéž, str. 98

<sup>46</sup> Tamtéž, str. 98 - 99

Mezi další psychoterapeutické prostředky, které mají úspěchy v léčbě zejména u dětí a mladistvých jsou neverbální přístupy. Jednou z metod je arteterapie, kdy se problémy diagnostikují na základě kresebného projevu dítěte. Zároveň pomáhá zlepšit i verbální projev, který u dětí bývá nesnadný. U dospívajících je možné využít možnosti muzikoterapie nebo relaxačních technik.<sup>47</sup>

---

<sup>47</sup> Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., *Sebevražedné chování*, str. 99

## 9. Prevence suicidálního chování dětí a adolescentů

V případě suicidálního chování můžeme díky preventivním opatřením zachytit presuicidální projevy verbálního i neverbálního charakteru. Je nutné zaměřit se na celkovou situaci dítěte a podmínky, které ovlivňují jeho vývoj. Jedním z cílů prevence je právě odstranění rizikových faktorů a naopak posílení protektivních faktorů. Děti pak lépe zvládají stresové situace a vývojové problémy.

Preventivní opatření u suicidálního jednání je skutečnou záchranou lidského života, proto bychom ho neměli podceňovat. Svou četností jednotlivých faktorů se řadí mezi obtížnější prevenci, při které je důležitá spolupráce školy, rodičů, ale i organizací podílejících se na trávení volného času dětí a mládeže. Významnou úlohu v oblasti prevence hrají i sdělovací prostředky.<sup>48</sup>

Prevence suicidálního chování dětí a adolescentů se zaměřuje na regulaci dostupnosti prostředků, které jsou využívány k suicidálním činům, zejména střelné zbraně a psychofarmaka, dále na dobrou informovanost o suicidálním chování u všech osob pečujících o děti a mladistvé. Důležité je i stálé profesionální zdokonalování odborníků, kteří pečují o děti. Pro pracovníky působící v krizových centrech pro děti a na linkách důvěry se jedná například o pořádání speciálních psychoterapeutických výcviků.<sup>49</sup>

Důkladné seznámení s problematikou a proškolení v odhalování sebevražedných sklonů by měli být hlavně i praktičtí lékaři. Většina jedinců nacházejících se v obtížné životní situaci navštíví právě jejich ordinaci. Včasné odeslání k psychologovi zachrání ne jeden život.

### 9.1 Typy prevence

U suicidálních dětí a adolescentů jde především o snížení výskytu tohoto chování. V případě již provedeného sebevražedného pokusu se snažíme o to, aby se neopakoval. Prevence je rozdělena do třech oblastí.

---

<sup>48</sup> Srov. ČERNÝ, L., *Sebevražednost dětí a mladistvých se zvláštním zaměřením na preventivní opatření*, str. 71

<sup>49</sup> Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., *Sebevražedné chování*, str. 109

## 1. Primární prevence

Tato prevence se týká všech osob, u kterých nejsou patrné žádné klinické poruchy. Je orientovaná na děti, rodiče a instituce, které se zabývají péčí o děti. Nesmíme zapomínat i na veřejné sdělovací prostředky. Zaměřuje se na rozvoj protektivních faktorů, které zabraňují rozvoji rizikových faktorů.

V dnešní době jsou rozlišovány tři okruhy této prevence.

- Univerzální preventivní intervence zaměřená na celkovou populaci, bez ohledu na specifická rizika. Patří do ní řada nabízených preventivních programů pro školy. Děti se během nich seznamují se způsoby možného řešení problémů a zátěžových situací a jak by na ně měly reagovat.
- Selektivní preventivní intervence, která se zaměřuje na skupiny, u kterých je větší riziko poruchových projevů. U suicidálního jednání jsou takovou skupinou především dospívající.
- Indikovaná preventivní intervence se zaměřuje na vysoce rizikové jedince. Týká se dětí a mladistvých v tíživé životní situaci, se sníženým sebehodnocením a pocitu bezmoci. Tyto děti však zatím nesplňují plnou klasifikaci klinických poruch a pohybují se na hranici mezi primární a sekundární prevencí.<sup>50</sup>

## 2. Sekundární prevence

Tento druh prevence se zaměřuje na ohrožené skupiny. Snaží se včas zachytit klinické projevy a léčbu. Z pohledu suicidálního chování jde o děti depresivní, ohrožené prostředím a adolescenty závislé na návykových látkách. Do této prevence se řadí krizová intervence, kterou zajišťují psychiatrická a psychologická pracoviště a speciální krizová centra.<sup>51</sup>

## 3. Terciální prevence

Při této prevenci již pracujeme s jedinci, kteří za sebou mají suicidální pokus. Snažíme se zmírnit následky klinické poruchy a hlavně zabránit opakování sebevražedného pokusu. Jde o komplexní prevenci všech složek podílejících se na suicidálním pokusu.

---

<sup>50</sup> Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., *Sebevražedné chování*, str. 106 - 107

<sup>51</sup> Tamtéž, str. 109 - 110



Důležitou součástí kvalitního preventivního programu je dostatečná příprava a znalost dětí, pro které je připravován. Programy zaměřené na sebevražednost dětí mohou přinášet i určité riziko. Děti se dozví možnosti řešení své svízelné situace. Při prevenci suicidálního chování u dětí je zapotřebí kooperace odborníků v mnoha oblastech.

## 10. Sebevraždy a statistiky

Pokud chceme poukázat na vážnost problematiky, neobejdeme se bez statistických údajů. Vývoj dokonaných sebevražd u dětí a mladistvých v českých zemích sledujeme od roku 1948, kdy došlo ke zkvalitnění zdravotnické statistické evidence. Nemůžeme však mluvit o 100 % údajích. Zejména v případech, kdy nelze jasně rozhodnout, zda jde o suicidium nebo o nešťastnou náhodu či dokonce zamaskovanou vraždu. Vyskytují se i případy, kdy se rodiče ze studu snaží zamaskovat sebevraždu a prezentují ji jako nešťastnou náhodu. Musíme tedy počítat i s tím, že malý počet sebevražd evidenci unikne. I přesto jsou statistiky poměrně spolehlivě vedeny, k čemuž přispělo i povinné zjišťování příčin smrti ve všech vyspělých státech. Otázkou zůstává, zda je přesná statistika sebevražd možná.<sup>52</sup>

Problém nastává u sledování statistických údajů v případě suicidálních pokusů, jejichž počet zcela převyšuje suicidia dokonaná. Zde je statistika velmi obtížná a musí se počítat s tím, že větší množství hlavně lehčích pokusů evidenci uniká. Přesněji se dá sledovat od roku 1963, kdy ministerstvo zdravotnictví zavedlo povinné hlášení všech suicidálních pokusů všemi lékaři.<sup>53</sup>

### 10.1 Statistiky sebevražd podle věku

Jedním z faktorů, ovlivňující počet sebevražd, je věk jedinců. Z dochovaných zdrojů byl první nejvyšší výskyt sebevražd ve věkové skupině chlapců od 15 do 19 let v letech 1949. Šlo o rok, který byl poznamenán politickými změnami a silně se dotýkal i života dětí a mladistvých. Byli přijímáni do škol podle kádrového profilu rodičů a napětí v rodinách stoupalo i z dalších postihů. V té době stoupla sebevražděnost až na 16 sebevražd na 100 000 jedinců této věkové skupiny.<sup>54</sup>

Znepokojivý nárůst suicidaity u dětí a mladistvých byl poté také v 90. letech, kdy sebevražděnost stoupla až na 7,57 na 100 000 obyvatel v roce 1998. Je pravděpodobné, že tyto počty nejsou úplně přesně vyčísleny, a to díky špatně vyhodnoceným případům.<sup>55</sup>

---

<sup>52</sup> Srov. ČERNÝ, L., *Sebevražděnost dětí a mladistvých se zvláštním zaměřením na preventivní opatření*, str. 27

<sup>53</sup> Tamtéž, str. 35

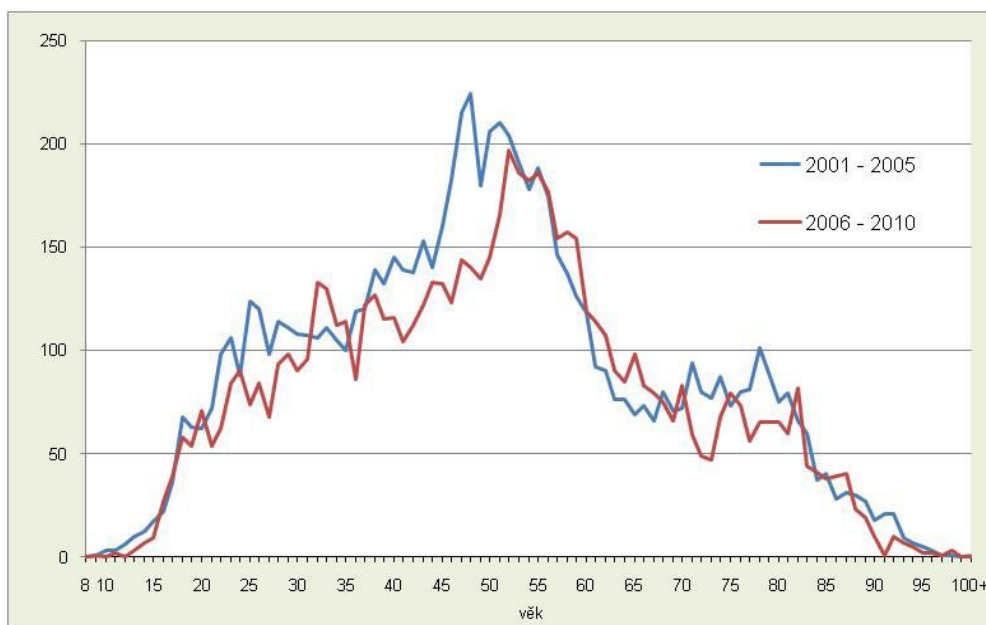
<sup>54</sup> Tamtéž, str. 28

<sup>55</sup> Srov. HORT, V., et al., *Dětská a adolescentní psychiatrie*, str. 406

### Skupiny do 19 let v 90. letech v ČR na 100 000 obyvatel

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
do 14 let	0,3	0,1	0,3	0,24	0,2	0,56	0,47	0,37	0,22	0,51
15 - 19 let	3,8	2,7	5,4	4,6	5,4	7,24	9,2	8,91	7,33	7,57

Poslední graf porovnává výskyt sebevražd podle věku v letech 2001 až 2005 a v letech 2006 až 2010. Z grafu je patrné, že počet sebevražd je rozložen nerovnoměrně. V porovnání dvou časových období u skupiny dětí a adolescentů je křivka téměř neměnná, k nárůstu sebevražd dochází až v období dospívání.



**Počet sebevražd podle věku**

Četnost jednotlivých věkových skupin ovlivňuje počet sebevražd velkou měrou. V průměru za zhodnocených pět let sebevražděnost vzrůstala od nejmladšího věku až k prvnímu vrcholu věkové skupiny 50 až 54 let. Poté začala postupně klesat a k mírnému vzestupu došlo ve věku mezi 74 až 82 roky.<sup>56</sup>

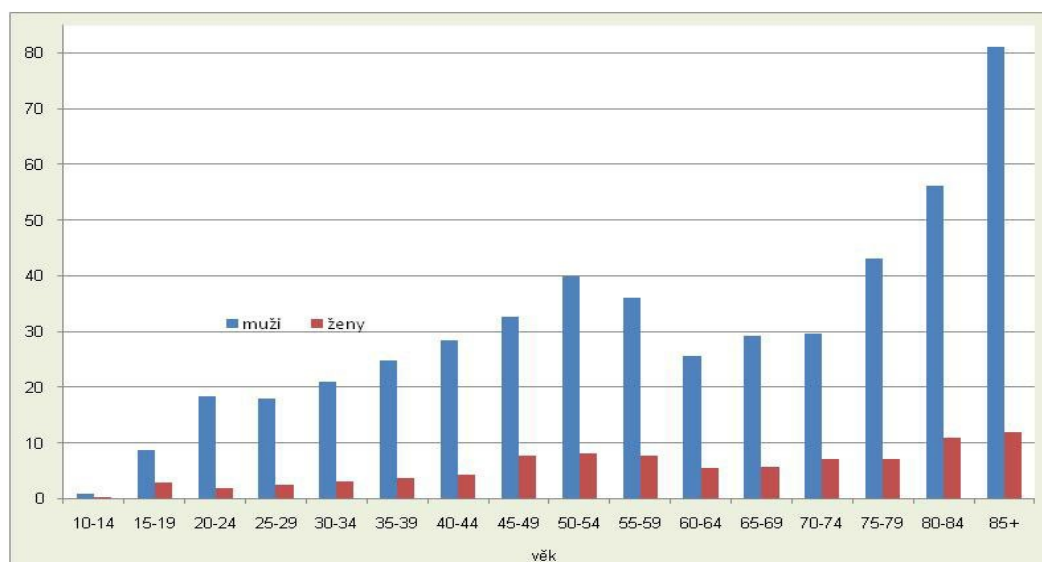
Nová historická minimální úmrtnost na sebevraždy byla naměřena v roce 2007. Poté se počet sebevražedného jednání opět zvyšuje. Jak již zmiňuji výše, je několik faktorů, které ovlivňují počet suicidálního jednání. Jeden z nejvýraznějších je roční

<sup>56</sup> Odbor statistiky obyvatelstva, *Sebevraždy v České republice 2006 až 2010*, str. 15 [online]. Český statistický úřad, 2011 [cit. 2015-03-15]. Dostupné na [www: <http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/4012-11>](http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/4012-11)

období. Z tohoto pohledu je nejvíce sebevražd spácháno na jaře, v letech 2006 a 2010 nejvíce v měsíci březnu. Sledované hodnoty se mění i podle dnů v týdnu. Nejvíce sebevražd připadá na začátek pracovního týdne, tedy pondělí. Výrazně nadprůměrným dnem je 1. leden.<sup>57</sup>

## 10.2 Statistiky sebevražd podle pohlaví

Na grafu je znázorněn počet sebevražd podle pohlaví na 100 000 obyvatel v letech 2006 až 2010. Sebevražd spáchaných ze strany mužů je ve srovnání s počtem sebevražd u žen ve všech věkových skupinách několikanásobně více. Ve skupině dětí do 14 let připadalo na jednu sebevraždu ženy 5,5 sebevražd mužů. U dospívajících od 15 do 19 let to však už jen byli tři muži na jednu ženu.<sup>58</sup>



Sebevraždy podle pohlaví a věku na 100 000 obyvatel v letech 2006 – 2010

## 10.3 Statistiky sebevražd podle způsobu provedení

Podstatné rozdíly při používání metod u suicidálního chování nejsou přímo v porovnání věkových skupin, ale nacházejí se mezi ženami, dívkami a muži, chlapci.

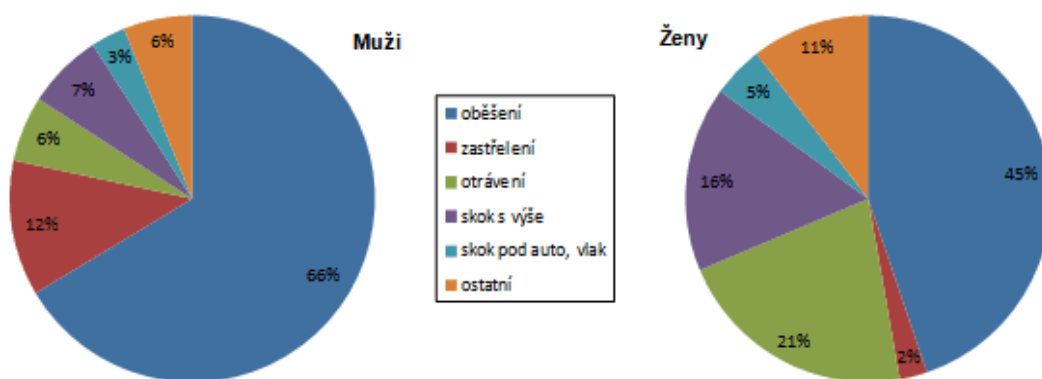
<sup>57</sup> Odbor statistiky obyvatelstva, *Sebevraždy v České republice 2006 až 2010*, str. 44 [online]. Český statistický úřad, 2011 [cit. 2015-03-15]. Dostupné na [www: <http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/4012-11>](http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/4012-11)

<sup>58</sup>Tamtéž, str. 17

Nejčastější metodou, která vede k dokonanému suicidiu, je dlouhodobě strangulace. V roce 2000 tímto způsobem ukončilo život celkem 906 osob, což je 55,7 % všech zemřelých. Následuje zastřelení s počtem 178 osob, tj. téměř 11 % a metoda skok z výšky u 173 osob, což činí 10,6 %. K dokonanému suicidiu však může vést i použití měkké metody, která je nejčastější při sebevražedných pokusech. Jde o sebeotrávení léky a podobnými látkami, v roce 2000 tak zemřelo celkem 118 osob, tedy 7,25 % všech zemřelých.

Muži se uchylují k agresivnějším a tvrdším metodám, jako je strangulace. Tato metoda se vyskytuje i u skupiny chlapců, jak u dětí do 14 let, tak i adolescentů do 19 let. U starších chlapců se vyskytuje i metoda použití střelné zbraně, kterou na rozdíl od žen preferují i muži. Ženy a dívky na rozdíl od mužů používají metody méně drastické. Mezi upřednostňované metody patří intoxikace léky, skok z výšky a pořezení. V roce 2000 zemřelo na intoxikaci léky téměř 17 % žen, zatímco mužů pouze 4,5 %. Zcela obrácený je poměr u strangulace, kdy u mužů byla použita v 61 % a u žen téměř o polovinu méně v 37,5 %.<sup>59</sup>

V letech 2009 až 2013 nejvíce jedinců volilo smrt oběšením, dále jsou jasně zřetelné rozdíly u žen a mužů v používání měkkých a tvrdých metod.<sup>60</sup>



#### Porovnání metod sebevraždy u mužů a žen

<sup>59</sup> Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., *Sebevražedné chování*, str. 34 - 36

<sup>60</sup> Srov. *Sebevraždy*, Statistické zajímavosti, [online]. Český statistický úřad [cit. 2015-03-15]. Dostupné na www: <[http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/sebevrazdy\\_zaj](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/sebevrazdy_zaj)>

## 10.4 Statistiky sebevražd podle motivu

Především sebevraždy dětí a mladistvých si zasluhují podrobnější analýzu a sledování jejich vývoje. I přesto zůstává téměř 41 % případů sebevražd v tomto věkovém období bez zjištěné příčiny.

V tabulce je možné sledovat motivy sebevražd u dětí a adolescentů v letech 2002 až 2005. Stanovení samotného motivu sebevraždy je však velmi obtížné a nejednoznačné. V tomto období jsou jedním z hlavních motivů psychické poruchy jedince. V porovnání se sebevraždami dospělých je nejčastějším motivem u žen duševní porucha a u mužů rodinné a vztahové problémy. S vyšším věkem se zvyšuje i počet suicidií motivovaných somatickým onemocněním.<sup>61</sup>

### Motivy sebevražd dětí a adolescentů

	Muži	Zeny	Muži	Zeny	Muži	Zeny
	do 15	15-18	18-20	18-20	18-20	18-20
bez zjištěné motivace	7	2	26	8	46	5
konflikty a problémy rodinné	2	1	7	2	5	5
konflikty a problémy sex. či vztahové	0	0	3	6	9	3
konflikty a problémy pracovní	0	0	0	0	1	0
konflikty a problémy školní	3	0	6	0	7	1
konflikty a problémy existenční	0	0	1	1	8	1
politický	0	0	0	0	0	0
náboženský	0	0	0	0	0	0
obava z trestního stíhání	1	0	1	0	1	0
duševní onemocnění	1	0	1	1	4	2
fyzické onemocnění	0	0	1	0	0	2
náhlá deprese	2	0	8	4	9	3
psychické problémy	0	0	2	0	3	1
jiná motivace	0	2	3	1	7	0
<b>celkem</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>59</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>23</b>
<b>zjištěno</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>33</b>	<b>15</b>	<b>54</b>	<b>18</b>

## 10.5 Statistiky suicidálních pokusů

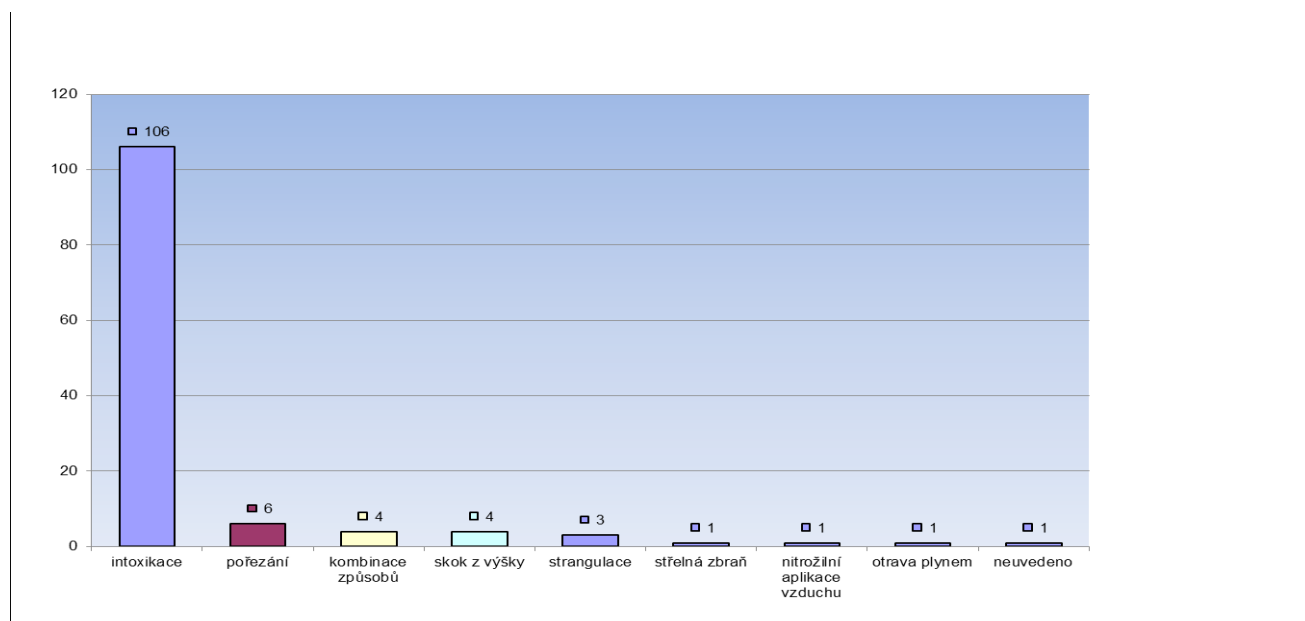
U suicidálních pokusů nelze zcela provést přesné měření, jde pouze o hrubé odhady. Ze statistických šetření ve státech Evropské unie vyplývá, že sebevraždou ročně ukončí život 43 000 osob. V případě suicidálních pokusů jde asi o 700 000 tisíc jedinců. U nás vznikla poslední statistika sebevražedných pokusů za rok 1989. Vychází z odeslaných suicidálních hlášení, která byla povinností každého lékaře. Šlo však o velmi nepřesné údaje, neboť velké množství případů nebylo hlášeno.<sup>62</sup>

<sup>61</sup> Srov. DAŇKOVÁ, Š., *Analýza: Motivace sebevražedného jednání* [online]. Demografický informační portál [cit. 2015-03-15]. Dostupné na [www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku&artclID=516](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=516)

<sup>62</sup> Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., *Sebevražedné chování*, str. 18 - 19

Ze statistiky metod u suicidálních pokusů z roku 1989 v České republice vyplývá, že nejčastější metodou je intoxikace pevnou nebo tekutou látkou a vyskytla se u 71,9 % případů v dospělosti. U dětí do 14 let šlo téměř o 90 % případů a u věkové skupiny od 15 do 19 let se vyskytla v 81 %.

V letech 1995 až 1999 bylo na Dětské psychiatrické klinice Fakultní nemocnice Motol hospitalizováno 127 dětí a adolescentů po sebevražedném pokusu. U 110 případů byla použita metoda intoxikace a poté následuje propad v číslech až na 6 případů, které použili metodu pořezání.<sup>63</sup>



#### Příčiny suicidálních pokusů u dětí a adolescentů v letech 1995 - 1999

<sup>63</sup> Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., *Sebevražedné chování*, str. 36

## Závěr

Z této práce vyplývá, že sebevražednost je stále velký problém a její setrvalý nebo vzestupný trend je alarmující. To byl i jeden z důvodů výběru mého tématu. Je problémem, který se netýká jen psychiatrů, psychologů, ale i speciálních pedagogů a sociálních pracovníků. V případě suicidálního chování u dětí a mladistvých hrají důležitou roli i pedagogové. Po rodičích jsou to oni, kdo s dětmi tráví nejvíce času a mohou přispět k primární prevenci této problematiky. Zde se však objevuje problém, kterým jsou stále se zvyšující nároky na učitele ve školách. Ve spojení s velkým pracovním vyčerpáním rodičů se naopak negativně podepisují na výchovném působení na děti.

Provádění preventivních opatření v této problematice vidím jako klíčové. V současnosti je školám nabízena celá řada programů zaměřených na prevenci, přičemž je kladen důraz zejména na oblast prevence primární. Je otázkou, jestli se do škol tyto programy dostanou skutečně v podobě prevence, to znamená k dětem, které nejsou zatím ničím ohroženy, nebo až jako reakce na vzniklý problém, kdy jde spíše již o prevenci sekundární. Například poté, kdy se ve škole objeví šikana. Tento problém by mohl být jedním z cílů v případě dalšího rozšíření této práce.

Nezapomínejme, že dnešní uspěchaná doba se dotýká hlavně těch, na kterých by nám mělo záležet nejvíce. Na děti a mladistvé jsou kladeny stále větší nároky a s nimi bohužel stoupá počet suicidálních jednání. Při psaní této práce mi dlouho zůstal v mysli jeden příběh. Ve školním klubu, kde působím jako kmenový pracovník, začala plakat dívka. Důvodem byla pouhá dvojka z pololetní písemné práce z matematiky. Na základě toho se bála jít domů, že dostane od rodičů vynadáno. Je přeci jedničkářka a nejlepší žákyní v matematice ve třídě. V tu chvíli jsem si uvědomila, jak banální mohou být příčiny a jak tenká je hranice u dětí od zkratkovitého jednání, které by mohlo vést až k sebevražednému jednání.

Naučme se jako rodiče, pedagogové a osoby, které zasahují do výchovy dětí a adolescentů vnímat je jako jedinečné osobnosti a nejednat s nimi jen podle svých představ. U většiny jedinců nepřevládá snaha zemřít, ale potřebují jen ukázat cestu z problému, který je pro ně v dané situaci neřešitelný. Před sebevraždou není nikdo z nás chráněn a někdy stačí jen málo – zastavit se a snažit se pochopit myšlenky druhých, abychom si pak nemuseli klást otázku „Proč?“.



## Seznam použitých zdrojů

ČERNÝ, L., *Sebevražednost dětí a mladistvých se zvláštním opatřením na preventivní opatření*, Praha: Avicenum zdravotnické nakladatelství, 1970, ISBN neuvedeno

FRANKEL, B., KRANZOVÁ, R., *O sebevraždách*, Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1998, ISBN 80-7106-234-0

HORT, V., et al., *Dětská a adolescentní psychiatrie*, Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-472-9

JEDLIČKA, R., et al., *Děti a mládež v obtížných životních situacích*, Praha: Themis, 2004, ISBN 80-7312-038-0

KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., *Sebevražedné chování*, Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-349-9

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., *Vývojová psychologie*, Praha: Grada, 1998, ISBN 80-7169-195-X

VÁGNEROVÁ, M., *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2014, ISBN 978-80-262-2-0692-5

VANÍČKOVÁ, E., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., PROVAZNÍKOVÁ, H., *Násilí v rodině*, Praha: Karolinum Univerzita Karlova, 1995, ISBN neuvedeno

VANÍČKOVÁ, E., HYNČICA, V., VOTAVOVÁ, J., *Násilí namířené proti sobě samému u teenagerské populace*, Praha: Univerzita Karlova 3. lékařská fakulta, 2010, ISBN 978-80-254-9075-4

VANÍČKOVÁ, E., PROVAZNÍKOVÁ, H., *Stručný průvodce dětskou krizovou intervencí*, Praha: Univerzita Karlova 3. lékařská fakulta, 2006, ISBN 80-329-8347-4

VODÁČKOVÁ, D., *Krizová intervence*, Praha: Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-342-0

## Internetové zdroje

DAŇKOVÁ, Š., *Analýza: Motivace sebevražedného jednání* [online]. Demografický informační portál [cit. 2015-03-15]. Dostupné na www: [http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku&artclID=516](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=516)

Odbor statistiky obyvatelstva, *Sebevraždy v České republice 2006 až 2010* [online]. Český statistický úřad, 2011 [cit. 2015-03-15]. Dostupné na www: <http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/4012-11>

*Sebevraždy*, Statistické zajímavosti, [online]. Český statistický úřad [cit. 2015-03-15]. Dostupné na www: [http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/sebevrazdy\\_zaj](http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/sebevrazdy_zaj)

## Abstrakt

JELÍNKOVÁ, JANA. *Suicidalita u dětí*. České Budějovice 2015. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra psychologie. Vedoucí práce Mgr. et Mgr. Karolina Diallo.

**Klíčová slova:** sebevražda, rizikové faktory, dětské období, adolescence, příčiny, suicidální pokusy, léčba, statistiky

Práce se zabývá charakteristikou sebevražedného chování u dětí a mladistvých. Má pouze teoretickou část, ve které charakterizují věkové období dětí a adolescentů s přihlédnutím ke specifickým zvláštnostem. Dále popisuje formy, příčiny, způsoby a rizikové faktory sebevražedného jednání.

V dalších kapitolách se věnuji diagnostice a léčbě sebevražednosti u dětí a mladistvých, prevenci suicidálního jednání dětí a mladistvých. Poslední kapitola se zabývá statistickými údaji, které jsou dostupné díky Českému statistickému úřadu.

## **Abstract**

### *Suicidality in children*

**Key words:** suicide, risk factors, child age, adolescence, reasons, suicidal attempts, treatment, statistics

The thesis deals with the characteristic of suicidal behaviour of children and juveniles. It has only theoretical part, where the children age and the age of adolescence is described with all the specific issues. Then the forms, reasons, ways and risk factors of suicidal behaviour are described as well.

Next chapters are focused on diagnosis and treatment of suicidal behaviour of children and juveniles and also the prevention of this behaviour. The last chapter deals with the statistic data, provided by the Czech Statistical Office.