

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav pedagogiky a sociálních studií

Zuzana Černá

Obor: Pedagogika – sociální práce

Vliv rodiny na suicidální chování dětí a dospívajících

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jitka Skopalová, Ph.D.

Olomouc 2011

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci

.....

Poděkování:

Děkuji paní Doc. PhDr. Jitce Skopalové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a kritické připomínky, které mi poskytla při vypracování méj bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat psycholožce Mgr. Janě Kolářové z oddělení klinické psychologie z Fakultní nemocnice Olomouc a psychiatři Haně Velartové PhDr., Phd. z kliniky psychiatrie, taktéž z Fakultní nemocnice Olomouc, za poskytnutí rozhovoru k méj bakalářské práci.

Obsah

Úvod.....	5
1 Sebevražednost.....	6
1.1 Definice a pojmy související s problematikou suicidality	6
1.2 Historie dětské a adolescentní suicidality	7
1.3 Formy suicidálního chování.....	9
2 Rodina a další rizikové faktory suicidálního chování dětí a dospívajících.....	13
2.1 Suicidální jednání a rodina.....	13
2.2 Další rizikové faktory.....	16
3 Deprese u dětí a adolescentů	20
3.1 Předškolní věk.....	20
3.2 Školní věk	21
3.3 Adolescenti.....	22
3.4 Sociální důsledky	22
4 Prevence suicidálního chování dětí a adolescentů	24
4.1 Typy prevence.....	25
4.2 Rizikové a protektivní faktory ve vývoji dítěte	27
4.3 Druhy pomoci	28
4.3.1 Jak (ne)jednat se sebevrahem a varovné signály.....	30
5 Vliv rodiny na sebevražednost dětí a dospívajících.....	32
5. 1 Charakteristika metody	32
5. 2 Realizace rozhovoru.....	34
5. 3 Shrnutí.....	39
Závěr	41
Seznam použité literatury.....	42
Přílohy	44
ANOTACE	

Úvod

Název mojí bakalářské práce je „**Vliv rodiny na suicidální chování dětí a dospívajících.**“ Zmiňované téma jsem si vybrala, neboť se domnívám, že k němu není zpracováno dostatek materiálů. Je řada knížek o sebevraždách, ale problematikou sebevraždění dětí a mladistvých se moc autorů nezabývá.

Cílem bakalářské práce je zpracovat informace o sebevraždění dětí a mladistvých do jednoho celku, zmínit možný podíl rodiny na zvyšujícím se počtu dokonaných sebevražd dětí a dospívajících. Hlavním záměrem práce je demonstrovat závažnost problematiky suicidality dětí a mladistvých. Mou snahou je také oslovit konkrétní odborníky z praxe, kteří se setkávají s dětmi a mladistvými se sebevražděným chováním, abych zjistila jejich zkušenosti s danou problematikou. Nikdo z nás nemůže vědět, zda se někdy do takové situace nedostane, kdy bude v blízkosti někoho, kdo má suicidální myšlenky a tendence a nebo dokonce my sami se dostaneme do takové situace, kdy budeme potřebovat pomoc.

Bakalářskou práci jsem rozdělila do pěti kapitol. V prvních čtyřech kapitolách se zabývám teoretickými východisky a v páté kapitole mám strukturovaný rozhovor, který jsem provedla s psycholožkou a psychiatrickou pro problémové děti a mladistvé.

1 Sebevražednost

V první kapitole objasňuji pojem suicidalita, dále pojmy, které souvisejí se sebevražedností a ve zkratce nastiňuji historii sebevražednosti dětí a dospívajících. Na závěr kapitoly jsem popsala různé formy suicidálního chování.

1.1 Definice a pojmy související s problematikou suicidality

Hned v úvodu této podkapitoly zmiňuji základní pojmy týkající se sebevražednosti jako jsou suicidant, parasuicidium, tentamen suicidii (TS) a další. Uvádím zde definice na sebevraždu (suicidium) z pohledu různých autorů, kteří tomuto tématu věnovali pozornost.

Suicidant neboli sebevrah může spáchat demonstrativní sebevraždu bez smrtelného konce, záměrně se zraní, požije jed nebo větší množství léků za účelem volání o pomoc, nebo ve snaze vyvolat pozornost okolí. Tomuto jednání se říká **tentamen suicidia** nebo také sebevražedný pokus.¹

Je důležité si uvědomit rozdíl sebevraždy od **sebezabití**, v tomto případě člověk nechce dobrovolně zemřít. Tato forma se objevuje u duševních poruch nebo u tzv. impulzivního a zkratkového jednání, ale k sebezabití může dojít i u zcela zdravých lidí, kteří tento druh suicidálního jednání využívají jako nátlak nebo k vydírání svého okolí.²

T. G. Masaryk chápe sebevraždu ze dvou hledisek. „V širším slova smyslu rozumí se jí ten nepřírozený způsob smrti, jenž byl přivolen neúmyslným vsahováním člověka v životní proces, ať kladným, činným vlastním jednáním, nebo záporným, trpným chováním k nebezpečím života. V tomto smyslu je např. sebevrahem ten, kdo pro nemravný nebo nemoudrý život nalezne předčasnou smrt, neboť normální by bylo, kdyby každý člověk dosáhl stařeckého věku – podle Flourense byl by normální člověk sto let stár – a pak teprve opustil tento svět pro slabost stáří a života. V užším a vlastním smyslu je naproti tomu jenom ten sebevrahem, kdo učiní svému životu konec úmyslně a vědomě, kdo si smrti jako

¹ PETERKOVÁ, M. *Sebevražda* [online]. 2008-2010 [cit. 2010-11-04]. Přístup z: <http://www.sebevrazda.psychoweb.cz/3/slovnicek-pojmu>

² VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*. 1. vyd. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka, 1996. s. 19-20.

takové přejí a je si jist, že si svým jednáním nebo opomenutím smrt přivodí. Rychlost smrti není podstatnou známkou činu; neboť je též možno způsobit si smrt velmi zdlouhavým způsobem, znenáhla.“³

Durkheim chápal sebevraždu „jako každý případ úmrtí, který je přímým nebo nepřímým výsledkem činu nebo opomenutí spáchaného jedincem, o němž věděl, že vede ke smrti“.⁴

Koutek a Kocourková také dále vyzdvihují definici od **Stengela**, která jako jediná počítá s nevědomými motivy a tendencemi. Podle této charakteristiky lze suicidální jednání definovat jako „záměrný a sebepoškozující akt, při němž si osoba, která se ho dopouští, nemůže být jista, zda jej přežije“.⁵

Světová zdravotnická organizace v roce 1968 definuje suicidium jako: „Sebevražedný čin je útok proti vlastní osobě s různým stupněm úmyslu zemřít. Sebevražda je pak sebezničující čin s fatálním výsledkem.“⁶

Každý autor má jinou definici suicidia, avšak všichni se shodují v tom, že se jedná o úmyslné jednání s cílem ukončit svůj život.

1.2 Historie dětské a adolescentní suicidality

Suicidalita se objevuje od nepaměti ve všech zemích, a proto zde uvádím ve zkratce historii sebevražednosti, jak u dětí mladšího věku, tak adolescentů.

Dříve sebevraždy dětí byly vymezeny pouze v Japonských statistikách, kde připadala jedna sebevražda na tři miliony obyvatel. Jeden z případů se odehrál v roce 1994, kdy se devítileté dítě oběsilo na elektrické šňůře v Točigi, v severním Japonsku. To dovršilo pětici sebevražed, jež postihly v posledních týdnech deseti až sedmnáctileté Japonce.⁷ U nás dochází k vzestupu suicidality dětí a dospívajících v průběhu devadesátých let 20. století.⁸

³ MASARYK, T. G. *Sebevražda*. 4. vyd. Praha: Ústav T. G. Masaryka, 1998, s. 2.

⁴ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 12.

⁵ Tamtéž, s. 12. STENGEL, E. in Kocourková, Koutek.

⁶ PETERKOVÁ, M. *Sebevražda* [online]. 2008-2010 [cit. 2010-11-04]. Přístup z: <http://www.sebevrazda.psychoweb.cz/>

⁷ MONESTIER, M. *Dějiny sebevražed*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Dobbuj, 2003, s. 191.

⁸ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 13.

Tab. 1: Suicidalita v různých věkových kategoriích v ČR (v letech 1994 – 2000).⁹

Věk	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
do 15 let	15	6	7	6	8	10	23
15 - 18	19	28	20	12	20	22	15
18 - 20	29	24	30	25	23	33	26
Celkem	63	58	57	43	51	65	64

Z uvedené tabulky vidíme, že v letech 1994 až 2000 byl největší nárůst sebevražd ve věkové kategorii do 20 let v roce 1999 a nejmenší počet byl v roce 1997. Z vybrané věkové kategorie je největší výskyt sebevražd mezi 18. a 20. rokem. Z uvedené tabulky nelze hovořit o vzrůstajícím se počtu dokonaných sebevražd za jednotlivá léta.

Tab. 2: Suicidalita v různých věkových kategoriích v ČR (v letech 2002 – 2006).¹⁰

Věk	2002	2003	2004	2005	2006
do 15 let	5	4	6	6	3
15 - 18	24	15	26	17	22
18 - 20	28	33	27	35	33
Celkem	57	52	59	58	58

Z tabulky vyčteme, že v letech 2002 až 2006 byl nejmenší počet dokonaných sebevražd v roce 2003 a největší počet byl v roce 2004. Největší výskyt sebevražd je ve věkové kategorii 18 až 20 let. Stejně jako u první tabulky nelze hovořit o vzrůstajícím se počtu sebevražd za jednotlivá léta.

Pokud porovnáme údaje z 1. a 2. tabulky, vidíme, že počet sebevražd do 15 let v letech 2002 až 2006 je menší než v letech 1994 až 2000.

Psychologové tvrdí, že do dvou let věku dítě nedokáže pochopit smysl smrti. Do pěti let si dítě neuvědomuje definitivnost smrti, chápe ji jako něco pomíjivého a dočasného. Mezi pátým a devátým rokem smrt dítě personifikuje. Chápe ji jako konec života, avšak ne jako něco nevyhnutelného, co potká jednou všechny. Jsou ovšem případy, kdy je smrt tak malého dítěte diagnostikována jako sebevražda, ale

⁹ Ministerstvo vnitra ČR: Sebevraždy evidované Policií ČR. [online]. 2001 [cit. 2011-02-08].

Dostupný z WWW: http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/statistiky/krim_stat/2000/sebevraz.html

¹⁰ HLOUŠKOVÁ, L. Ročně se pokoušejí o sebevraždu tisíce dětí. *Právo*, 29.března, 2008, s. 3.

s velkou pravděpodobností se jednalo jen o hru nebo nápodobu.¹¹ Toto tvrzení bylo doloženo případem, kdy šestiletá holčička v roce 1993 skočila pod vlak, aby se mohla stát andělem a hlídat svou těžce nemocnou maminku.¹² Období kolem devátého roku dítěte je odborníky bráno, kdy dítě dokáže pochopit smrt jako celostní událost, avšak uvádí se, že až kolem jedenácti let se představy přibližují představám dospělých lidí.¹³

Sebevražednost mladistvých mezi patnáctým a dvacátým čtvrtým rokem se rok od roku zvyšuje a je nejčastějším úmrtím této věkové skupiny. Ze studie věnované tomuto tématu vyplývá, že ve Francii v letech 1980 až 1985 došlo k nárůstu o 20 % , což je průměrný roční nárůst o 3,5 %. V Québecu v letech 1961 až 1981 vzrostla suicidalita u této věkové skupiny více než osmkrát. V dnešní době umírá ve Francii až 1000 chlapců a dívek. I přes toto hrozné číslo, počet dokonaných sebevražd je více. S ohledem na rodinu lékaři zapíší smrt mladého člověka, který zemřel vlastní rukou jako nehodu.¹⁴

V roce 1994 se ptali mladých Američanů, jaké důvody měli k pokusu o sebevraždu a mnozí odpovídali takto: 36 % uvádí problémy dospívání, 35 % problémy s drogami, 31 % tlak okolí a 28 % vztahy s rodiči.¹⁵

Dříve se nevěnovala velká pozornost suicidalitě dětí a mladistvých. Statistiky z dřívějších let jsou zkresleny, jelikož spousta úmrtí byla lékaři na žádost rodičů zapsána jako nehoda. Přesto lze usoudit z výše uvedeného, že se suicidalita zmiňované skupiny zvyšuje.

1.3 Formy suicidálního chování

Sebevražedné chování u dětí a adolescentů neznamená jen dokonalé suicidium, ale existuje více forem tohoto jednání. Patří sem suicidální myšlenky a tendence, suicidální pokus a dokonané suicidium. Každý autor si formy suicidálního chování rozděluje podle svého, já zmiňuji rozdělení podle Kocourkové a Koutka.

¹¹ CHALOUPKA, L. *Úvod do sociální patologie. Sebevražednost dětí a mládeže*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1983, s. 21-22.

¹² MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Dubbuj, 2003, s. 192.

¹³ CHALOUPKA, L. *Úvod do sociální patologie. Sebevražednost dětí a mládeže*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1983, s. 22.

¹⁴ MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Dubbuj, 2003, s. 192-193.

¹⁵ Tamtéž, s. 194.

Každý z nás se jistě nacházel v takové tíživé situaci, kdy jsme chtěli uprchnout od všech starostí a přemýšleli jsme, jaké by to bylo, kdybychom tu nebyli a komu bychom chyběli v případě, že by se nám něco stalo. Tyto myšlenky jsou typické pro dospívajícího jedince, ale ve většině případech se jedná pouze o nápady ve frustračních situacích, bez realizace těchto myšlenek.¹⁶

„**Suicidální myšlenky** a **tendence** jsou charakterizovány verbálními či neverbálními projevy toho, že jejich nositel se zabývá myšlenkami na sebevraždu. Úmysl zemřít však nemusí být jednoznačný. Mohou být přítomny ambivalentní postoje ke smrti a suicidálním činem je dáván život v sázku. Postoje ke smrti mohou být vyjádřeny charakterem, a tedy často i výsledkem suicidálního jednání.“¹⁷

Pokud se zabýváme zkoumáním suicidálního myšlení, musíme přihlédnout k tomu, kolik času člověk stráví přemýšlením nad sebevraždou a do jaké míry jsou tyto představy propracované. Zda uvažuje, kdy a kde by se měla odehrát sebevražda a jakým způsobem, abychom zjistili nebezpečnost těchto myšlenek. Pokud je suicidium propracováno do detailů a jedinec si například zvolil konkrétní budovu, ze které chce skočit a nebo má přichystaný provaz a napsaný dopis na rozloučenou, hovoříme o suicidálních tendencích. Sebevražedné tendence nás přibližují k dokonanému suicidiu.¹⁸

Suicidální pokus (tentamen) je další ze stupňů suicidálního jednání. Je definován jako každý ohrožující čin s úmyslem zemřít, ale ne s letálním koncem. Stanoviska ke smrti mohou být vědomé a nevědomé. Nevědomé stanovisko k smrti je typické pro dospívající. Mnozí jen zkouší, jaké by to bylo, kdyby umřeli. Podobné jednání spatřujeme u adolescentů, kteří provozují adrenalinové sporty.¹⁹

Při logickém zamyšlení lze usoudit, že suicidálních pokusů je daleko více než dokonaných suicidií.

Úvahu nám potvrzuje statistika od Stengela, kde lze vidět, že v naší zemi jsou pokusy 8 až 10krát častější než dokonané sebevraždy.²⁰ Počet sebevražedných pokusů narůstá kolem 15. roku, ve věkové kategorii 15-19 let tentamen dosahuje vrcholu a po 19. roku začíná klesat. Odlišnost tentamenu můžeme spatřit mezi

¹⁶ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 28.

¹⁷ HORT, V., HRDLÍČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 405.

¹⁸ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 28.

¹⁹ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 28-29.

²⁰ VIEWEGH, Josef. *Sebevražda a literatura*. 1. vyd. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka, 1996, s. 26. STENGEL, E. in VIEWEGH.

dospívajícími chlapci a dívkami. Podíl mezi suicidálním pokusem a dokonanou sebevraždou je u chlapců 10:1 a u dívek 30:1.²¹

Do suicidálního pokusu řadíme **parasuicidium**, v tomto případě sebevrah nechce zemřít a jde spíše o sebepoškozování nebo také o demonstrativní sebevraždu.²²

„**Suicidium** je definováno jako sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým, s vědomým úmyslem zemřít.“²³ Více o tomto pojmu viz. kapitola Definice a pojmy související s problematikou suicidality.

Každý autor dělí suicidium podle vlastního uvážení, já jsem pro dělení dokonané sebevraždy vybrala publikaci od Kocourková a Koutka.

Dokonané suicidium můžeme dělit na bilanční sebevraždu, účelové suicidální jednání, zkratkovité jednání a suicidální dohodu. **Bilanční sebevražda** je suicidium, které je plánované rozhodnutí. Člověk zvážil všechna pro a proti a nevidí důvod, proč setrvávat na světě. Detaily provedení má pečlivě promyšleny a připraveny. Tomu je blízká **biická sebevražda**, která má původ v realitě a člověk se nachází v normálním duševním stavu. **Účelové sebevražedné jednání** je takové chování, kdy hlavním cílem není smrt, ale vyřešení určité svízelné situace, se kterou si nevíme rady. **Zkratkovité suicidální jednání** neboli impulzivní, je taková aktivita, vznikající z náhlého popudu. Člověk nepřemýšlí nad jiným řešením, chce co nejrychleji uniknout ze svízelné situace a ztrácí se pud sebezáchovy. Tento typ je nejčastěji volen mladšími dětmi, které mají strach z rodičů, například kvůli špatnému vysvědčení. Zvláštní formou je **suicidální dohoda**. To je hromadná sebevražda týkající se více lidí. Tento druh suicidia je často spojován se sektami.²⁴

Rozlišujeme různé formy suicidia. Záleží, ve které fázi suicidálního chování se jedinec nachází, na věkové kategorii, kde u mladších dětí se spíše objevuje demonstrativní sebevražda, ale také záleží na pohlaví. U žen se více vyskytuje suicidální pokus, kdežto u mužů převládá dokonané suicidium.

Shrnutí

Sebevražednost je z velké části tabuizována, ale každého z nás se jistě určitým způsobem dotkla nebo dotýká, ať už takovým způsobem, že někdo zemřel vlastní

²¹ VODÁČKOVÁ, D. a kol.. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha : Portál, 2007, s. 284.

²² KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 29.

²³ HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 405.

²⁴ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 31 – 32.

rukou v našem okolí, například v našem bydlišti a nebo hůře, suicidant byl člověk nám velmi blízký. Proto jsem v první kapitole věnovala pozornost obecnému vymezení suicidia, co sebevražednost vůbec znamená a jaký pohled mají různí autoři na tuto tematiku.

2 Rodina a další rizikové faktory suicidálního chování dětí a dospívajících

V této kapitole se věnuji zejména rodině, která je jedna z příčin ovlivňující suicidální chování dětí a mládeže. Hrají zde roli dědičné dispozice k jistým psychiatrickým onemocněním, jako je depresivní porucha a další onemocnění jako je například schizofrenie, ale i vlivy výchovné a identifikační. Dále uvádím další faktory působící na suicidální jednání této věkové skupiny. Patří sem hlavně vrstevnické a partnerské vztahy, školní neúspěch, pohlaví, somatické problémy, užívání návykových látek, náboženství a další.

2.1 Suicidální jednání a rodina

Důležitost rodiny a rodinného prostředí je připisována hlavně z toho důvodu, že na dítě rodiče působí od nejtělejšího věku a formují ho. Prostřednictvím rodičů se dítě seznamuje se svým okolím. Pro dítě jsou rodiče největší autoritou a vzorem. Podle nich se integruje do společnosti, přejímá od nich názory na život, postoje, různé zvyky a návyky. Rodinné prostředí má také sloužit jako místo, kde má dítě jisté zázemí, prožívá zde pocit bezpečí, klidu a v neposlední řadě by to mělo být místo, kde může dítě vždy vyhledat pomoc a porozumění. Vzhledem k tomu, že jsou zde silné citové vazby, rodina má nezastupitelné místo. Právě proto rodinné prostředí má velký vliv na sebevražedné chování dětí a dospívajících. Důležitou funkci zastupuje jak při prevenci, tak i u suicidálního pokusu, kde dítě zůstane naživu.²⁵

Jak už zde bylo zmíněno, významným etiologickým faktorem mohou být **psychiatrické onemocnění**, pro které můžeme v některých rodinách najít citlivost a častější výskyt a můžou se přenášet z generace na generaci. Mezi nejčastější onemocnění, ovlivňující suicidální jednání, patří depresivní syndrom a schizofrenie.²⁶ Asi 10 % všech onemocnění se nejlépe rozpoznají v období dospívání. Odhaduje se, že deprese má podíl na dokonaných sebevraždách ze 70-80 %, 15 % pacientů s depresí suiciduje. Také u pacientů po suicidálním pokusu

²⁵ CHALOUPKA, L. *Úvod do sociální patologie. Sebevražednost dětí a mládeže*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1983, s. 50.

²⁶ HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 407.

zjišťujeme depresivní symptomy. Je důležité odlišit intenzitu deprese, abychom odlišili běžnou rozladu u dospívajících, kteří této rozladě s oblibou říkají „depka“. Další závažnou nemocí duševního charakteru ovlivňující suicidalitu je schizofrenie. U tohoto onemocnění je riziko sebevraždy 10-20krát vyšší než u zdravých jedinců. Je však důležité podotknout, že asi u 60 % schizofreniků se projevují v jisté intenzitě depresivní symptomy.²⁷

Také **funkčnost rodiny** patří do závažných rizikových faktorů suicidality. Patří sem neuspokojivá rodinná situace, vlastní výchovné působení, rozvod rodičů a s ním spojené „tahanice“ o dítě a dlouhodobé konflikty rodičů, do kterých jsou často vtahovány jejich děti, pak alkoholismus a úmrtí jednoho z rodičů. Ve složce 39 pacientů po suicidálním pokusu byla fungující rodina u 28 %, u 33 % se rozváděli rodiče nebo již se rozvedli a žijí odděleně, v 15 % se objevovalo výrazné konfliktní manželství rodičů, v 10 % došlo k úmrtí jednoho z rodičů a ve 14 % se objevily jiné rodinné problémy.²⁸ Avšak nejzávažnějšími faktory ovlivňující suicidalitu dětí a mladistvých je týrání a sexuální zneužívání dítěte.²⁹

Podle odborníků prochází rodina v dnešní době určitou krizí a přestává plnit své tradiční funkce. Problémové chování dětí a dospívajících může být způsobeno nejen nepřítomností obou rodičů, z důvodu úmrtí nebo v převážné části z důvodu rozvodu, ale i chronickým nedostatkem času rodičů na péči o své děti.³⁰ Neúplné domácnosti, kde chybí otec, nepříznivě působí na děti asi ve 42 % případech. V rodinách, kde chybí otec se o suicidální jednání pokouší převážně dívky a naopak tam, kde chybí spíše matka suicidují ve většině případech chlapci.³¹

Suicidální jednání dětí a adolescentů se však nevyskytuje jen v „ohrožených“ rodinách. Existují případy suicidálního jednání v rodinách, kde je velmi dobrá až přepečlivá výchova. Avšak při bližším zkoumání této rodiny je často zjištěna perfekcionista výchova, která může mít na děti a adolescenty nepříznivý

²⁷ KOUTEK, J. *Suicidalita u adolescentů – rizikové faktory a prevence*. Pediatrie pro praxi [online]. 2008, č. 5 [cit. 2010-11-7]. Přístup z: < <http://www.pediatriepropraxi.cz/artkey/ped-200805-0007.php> >

²⁸ HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 407.

²⁹ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s.41.

³⁰ MARKOVÁ, M. *Vliv sociálních faktorů na problémové chování adolescentů*. Pediatrie pro praxi [online]. 2008, č. 3 [cit. 2010-11-7]. Přístup z: < <http://www.pediatriepropraxi.cz/artkey/ped-200803-0011.php> >

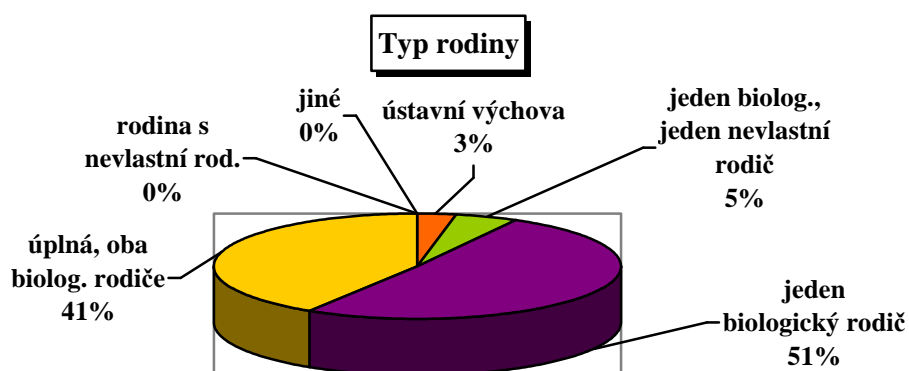
³¹ MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Dubbu, 2003, s. 194.

vliv. Zejména tehdy, jsou-li příliš vysoké nároky na děti vzhledem k jejich možnostem a schopnostem.³²

Významnou roli hraje rodina i v případě suicidálního pokusu. Je vysoká míra pravděpodobnosti, že se suicidální chování může opakovat. Rodiče mají strach o dítě a zvyšují tak napětí v rodině, které může způsobit opakování suicidia. Z tohoto důvodu je důležité, aby se i rodiče zapojili do terapeutického programu spolu se svým dítětem.³³

Nyní uvádím grafickým znázorněním rodinnou situaci a funkčnost rodiny dětí, které spáchali suicidální pokus. „Autoři provedli psychiatrické vyšetření pacientů hospitalizovaných na Dětské psychiatrické klinice FN Motol a 2. LF UK v roce 2004. Šlo celkem o 38 dětí a dospívajících, 7 chlapců a 31 dívek, průměrný věk byl 15 let a 3 měsíce, nejmladšímu bylo 11 let a 5 měsíců, nejstaršímu 18 let a 1 měsíc.“

Graf č. 1: Rodinná situace pacientů³⁴



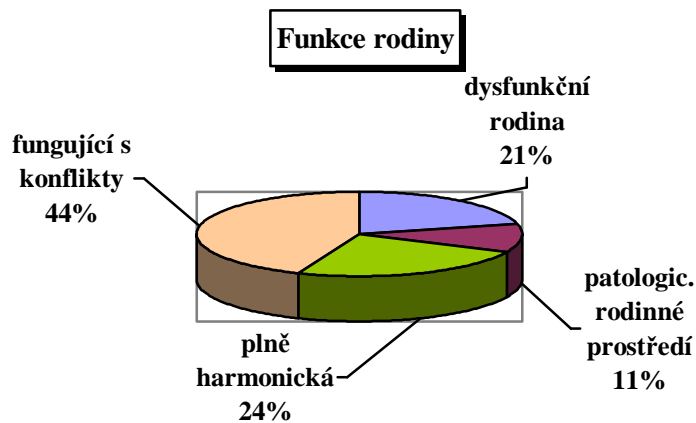
Z grafu lze vyčíst, že nejvíce dětí pocházelo z rodin, kde byl jen jeden biologický rodič, až 51%. Procento dětí, které přišly z úplné rodiny s oběma biologickými rodiči je sice také vysoké, ale otázkou je, do jaké míry je tato rodina funkční. Dále počet dětí z ústavní výchovy jsou 3% a tam, kde byl přítomen jen jeden biologický rodič a druhý rodič byl nevlastní je 5%.

³² ČERNÝ, L. *Sebevražednost dětí a mladistvých se zvláštním zaměřením na preventivní opatření*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1970, s. 58-59.

³³ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s.41.

³⁴ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ J. Některé charakteristiky suicidálního jednání u dětí a adolescentů. *Československá psychologie*, LI, 2007/1, s. 76.

Graf č. 2: Funkčnost rodiny³⁵



Tento graf nám znázorňuje funkčnost rodiny u dětí, u kterým bylo přítomno suicidální jednání. Největší zastoupení má rodina fungující s konflikty 44%. Plně harmonické prostředí má druhé největší zastoupení 24%, rodina dysfunkční 21% a rodina, kde bylo přítomno patologické prostředí má 11%. Tudiž 76% případů dětí pocházelo z rodin neplnících své funkce, což je alarmující množství.

Z výše uvedeného, lze usuzovat, že rodina hraje u suicidálního chování dětí a mladistvých významnou roli. Důležitá je jak dědičnost, kdy se psychické poruchy mohou přenášet z generace na generaci, tak i výchovný styl rodičů. Rodina dítě nejvíce ovlivňuje, protože na něho působí od raného věku a utváří jeho osobnost.

2.2 Další rizikové faktory

Vznik suicidálního chování nemůžeme připisovat pouze rodině, i když právě ta je v této problematice nejčastějším rizikovým faktorem. Jsou zde i jiné rizikové faktory, které by mohly vyvolávat u dětí a dospívajících suicidální chování.

Jeden z rizikových faktorů je **školní neúspěch**. Školními problémy jsou nejvíce ohroženy děti s menším nadáním, s hyperprotektivním syndromem a školáci, kteří jsou ve škole přetěžováni a kteří trpí jistou poruchou učení, jako je například dyslexie³⁶ a dysgrafie³⁷. Pokud je jejich okolí nedokáže pochopit, může školní zátěž

³⁵ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ J. Některé charakteristiky suicidálního jednání u dětí a adolescentů. *Československá psychologie*, LI, 2007/1, s. 77.

³⁶ dyslexie = závada či porucha schopnosti a dovednosti čtení. KUČERA, R. *ABZ.cz: slovník cizích slov - on-line hledání* [online]. [cit. 2010-11-12]. Přístup z : <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=dyslexie>.

způsobit přetížení dítěte a to pak může vyvolat u školáka pocit naprosté neúspěšnosti, depresi a v horším případě až suicidální tendence.³⁸

Z výzkumu Kocourkové a Koutka bylo v letech 1995-1999 zjištěno v souboru 127 pacientů, kteří byli hospitalizováni na dětské psychiatrické klinice po suicidálním pokusu, že školní problémy byly uváděny jako motiv v 6 % a s propojeností s rodinnými konflikty ve 14 %. Lze tedy usoudit, že školní úspěch je velmi úzce propojen se vztahy mezi dítětem nebo adolescentem a rodiči. Zajímavé zjištění se naskytlo z výzkumu prováděného v letech 1982-1986. Suicidální pokusy se nejvíce objevovaly v měsících lednu a červnu, kdy děti dostávají vysvědčení a tím narůstá napětí v rodinách. Školní neúspěch řešený následným suicidálním chováním může také být spojován se vztahy dítěte s učiteli.³⁹

Vrstevnické vztahy mohou být dalším rizikovým faktorem. Školní kolektiv hraje nezastupitelnou roli v životě dítěte a adolescenta. Začlenění do kolektivu a dobré vztahy se spolužáky utvářejí zdravé sebevědomí. Naopak šikanování, pocit nedostačivosti a neúspěchu ve školním kolektivu může být jistým rizikem suicidálního jednání. Nejvíce jsou ohroženy děti, které se jistým způsobem liší od ostatních vrstevníků. Patří sem děti a mladiství se sníženou adaptibilitou, děti úzkostné a introvertní⁴⁰. Mezi nejrizikovější typy patří děti obézní, dále děti se sníženou tělesnou obratností. Nejčastějšími případy jsou chlapci staršího věku, u kterých je fyzické zapojení charakteristické a ti kteří neobstojí, stojí stranou a jejich sebevědomí se snižuje.⁴¹

Pro dívky tohoto věku je důležitý vzhled a krásná postava. Mezi třináctým a čtrnáctým rokem se u dívek často objevuje porucha příjmu potravy jako je anorexie⁴² a bulimie⁴³. Riziko také stoupá přibývajícím sociálními rozdíly mezi dětmi a ke špatnému postavení dětí mezi vrstevníky přispívá špatná sociální situace

³⁷ dysgrafie = porucha motorické složky psaní. KUČERA, R. *ABZ.cz: slovník cizích slov - on-line hledání* [online]. [cit. 2010-11-12]. Přístup z : <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=dysgrafie>.

³⁸ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 41.

³⁹ Tamtéž, s. 41-42.

⁴⁰ Introvertní = obrácený do vlastního nitra, do sebe samého, uzavřený. KUČERA, R. *ABZ.cz: slovník cizích slov - on-line hledání* [online]. [cit. 2010-11-12]. Přístup z : <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=introvert>.

⁴¹ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 42.

⁴² anorexie = nechutenství. KUČERA, R. *ABZ.cz: slovník cizích slov - on-line hledání* [online]. [cit. 2010-11-12]. Přístup z : <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=anorexie>.

⁴³ bulimie = chorobná chuť k jídlu, přejídání. KUČERA, R. *ABZ.cz: slovník cizích slov - on-line hledání* [online]. [cit. 2010-11-12]. Přístup z : <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=bulimie>.

rodiny. Děti jsou velmi všímavé a přikládají význam tomu, zda někdo nosí značkové oblečení nebo zda má nejmodernější mobilní telefon. Pozitivní charakter mají různé školní kroužky a sporty, ale naopak velmi negativně působí na děti a adolescenty účast v různých nebezpečných partách. V těchto skupinách dochází často ke zneužívání návykových látek, jako jsou drogy a alkohol. Zde je vyšší riziko suicidálního chování.⁴⁴

V období adolescence stoupají na hodnotě **partnerské a sexuální vztahy**. Nešťastná láska bývá často uváděna jako motiv suicidálního pokusu. Jedním z problémů také bývá obava z homosexuální orientace a následující obava z odhalení mezi vrstevníky. Riziko suicidálního jednání stoupá, pokud náš blízký kamarád suiciduje.⁴⁵

Mezi další rizikové faktory řadíme **sociální situaci rodiny**, do které patří nízký sociální status rodiny, nezaměstnanost rodičů, ale i adolescentů a jejich opouštění domova.⁴⁶

Náboženství a sekty mohou představovat jisté suicidální riziko. Především účast v sektě hraje významnou roli. Ve světě se můžeme setkat s hromadnými sebevraždami mladistvých, kteří se hlásili k určité sektě. V poslední době se také setkáváme u dětí a adolescentů s různými představami o posmrtném životě. Věří v reinkarnaci jejich duše a to vede k usnadnění suicidálního jednání. Pacienti po suicidálním pokusu sdělují, že chtěli ukončit svůj život, aby mohli začít žít nový, lepší život.⁴⁷

Mezi další rizikové faktory řadíme **pohlaví**, kdy u mužů je více dokonaných sebevražd a u žen naopak převládají suicidální pokusy. Co se týká **ročního období**, nejvíce suicidií je na jaře. Významný rizikový faktor je také **předcházející suicidální pokus a aktuální zdravotní stav** dítěte a adolescenta.⁴⁸

Ve zkratce jsem uvedla nejčastější příčiny suicidálního chování, ovšem příčin je daleko více. Lidé vnímají každou situaci různě, a proto máme různé příčiny pro sebevražedné jednání.

⁴⁴ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 42.

⁴⁵ KOUTEK, J. *Suicidalita u adolescentů – rizikové faktory a prevence*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2008, č. 5 [cit. 2010-11-12]. Přístup z :< <http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200805-0007.php> >

⁴⁶ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 43.

⁴⁷ Tamtéž, s. 43.

⁴⁸ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 43-44.

Shrnutí

Ve druhé kapitole, kterou ukončuji, jsem věnovala pozornost především rodině, jako hlavnímu rizikovému faktoru suicidálního jednání, kde je graficky znázorněn typ rodiny a její funkčnost u suicidálních jedinců. Dále jsem uvedla jiné rizikové faktory ovlivňující suicidální chování. U většiny případů, kdy děti a adolescenti uvádějí za motiv suicidálního jednání, například školní neúspěch, partnerské, vrstevnické vztahy a jiné, je často součinnost více motivů, nejčastěji jsou tyto motivy provázány s funkčností rodiny.

3 Deprese u dětí a adolescentů

V této kapitole nastíním problematiku deprese u dětí a adolescentů, jelikož je často suicidální jednání spojované právě s depresí.

Všeobecné mínění dospělých je, že děti jsou šťastné, jsou spokojené, hrají si, nemají žádné starosti a všechny jejich bolístky hned přejdou. Tato naivní představa byla odborníky vyvrácena již před lety, stejně jako tvrzení, že děti mohou být nemocné jen po fyzické stránce a po duševní stránce jen zřídka. Přitom depresivní děti a dospívající mají velmi podobné až stejné příznaky jako dospělý člověk trpící depresí: nedokážou mít z ničeho radost, nízké sebehodnocení, jsou podráždění až agresivní, sociálně izolovaní, neustále se z něčeho obviňují, mají smutnou, až zoufalou náladu se suicidálními myšlenkami, jindy mohou být unavení a tiší. Depresí trpí 1-8 % dětí a dospívajících. U těchto jedinců je riziko suicidality až 20krát vyšší než u těch, kteří depresí netrpí. Mezi rizikové faktory pro vznik deprese řadíme rodičovskou psychopatologii, rodinné konfliktní prostředí, nedostatečné sociální dovednosti, způsoby zvládání stresu a omezené nebo žádné vrstevnické vztahy. U zranitelnějších jedinců s tíživou situací mohou být tyto rizikové faktory spouštěcím faktorem deprese.⁴⁹

3.1 Předškolní věk

Už děti mladší 6 let mohou trpět depresivními příznaky, respektive jejich emoční vývoj může být nasměrován k depresi - potvrzeno ze studií u dětí matek s depresivní epizodou. Byly zjištěny jak psychologické (sklon k sebeobviňování), tak biologické varovné signály.⁵⁰

Deprese se projevuje krátkodobými afektivními výbuchy (záchvaty pláče, křiku), nejsou tak zvědavé, jak zdravé děti, nedokáží se soustředit na činnost, nechtějí si hrát, mají změny chuti k jídlu, trpí poruchou spánku.⁵¹ V mateřské škole si učitelé mohou

⁴⁹ HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 189-190.

⁵⁰ GOETZ, M. *Deprese u dětí a adolescentů*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2005, č. 6 [cit. 2010-11-12] Přístup z : <<http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200506-0003.php>>

⁵¹ HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 196.

všimnout stranění kolektivu až samotářství, nezájem o hru, rychlé ukončení hry nebo ničení hraček.⁵²

Již v předškolním věku lze vyzorovat příznaky depresivního syndromu. Zvýšená pozornost se přikládá u dětí matek, které trpí poporodní depresivní epizodou. Příznaky deprese mohou vyzorovat rodiče i učitelky v mateřské škole.

3.2 Školní věk

Deprese u školáků mohou vyzorovat nejen rodiče, ale i učitelé ve školních třídách.

U těchto dětí dochází k emoční labilitě. V jednu chvíli se smějí a vzápětí pláčou. Porucha soustředění může vyvrcholit k nezájmu o učení, zhoršuje se jejich prospěch, jsou podrážděné a unavené. U starších školáků je deprese charakterizována zvláštním smutkem, nedokáží uspět a uchopit šanci, která se jim naskytne. Sklíčenost, pocity viny, nízké sebehodnocení a suicidální tendence odpovídají u starších školáků depresivnímu syndromu dospělých.⁵³ Avšak s bilančními otázkami, zda má smysl žít, se můžeme setkat i u mladších školáků.⁵⁴

Anhedonii (neschopnost prožívat kladné emoce a city) mohou rodiče rozpoznat u svých dětí, když jejich potomek ztrácí zájem o kroužky, hry a na celkové znuženosti. Hlavní důraz je kladen na komunikaci s vrstevníky, ale i s dospělými. Dítě se straní kamarádům, je samotářské, ale také může popudit vrstevníky proti sobě svou podrážděnou náladou. Dítě nevyvolává konflikty jen mezi svými vrstevníky, ale i s rodiči a s učiteli. Starost rodičů kvůli školním neúspěchům může dítě cítit, jakože je nechtěné a že ho nikdo nemá rád. Často tyto myšlenky přímo verbalizuje svým rodičům..⁵⁵

Pokud mají rodiče a učitelé znalosti o možných projevech deprese v tomto věku, dalo by se říci, že rozpoznatelnost těchto projevů je snadnější než u předškolního věku.

⁵² GOETZ, M. *Deprese u dětí a adolescentů*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2005, č. 6 [cit. 2010-11-12] Přístup z : < <http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200506-0003.php> >

⁵³ HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 196-198.

⁵⁴ GOETZ, M. *Deprese u dětí a adolescentů*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2005, č. 6 [cit. 2010-11-12] Přístup z : < <http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200506-0003.php> >

⁵⁵ Tamtéž.

3.3 Adolescenti

V období adolescence je deprese a riziko sebevraždy hůře rozpoznatelné, jelikož deprese je často běžnou součástí dospívání. Tělesný růst, hormonální změny, přibývající starosti s dospíváním, různé nátlaky a napětí spojené s odpoutáním se od rodiny, to vše může vést ke vzniku deprese.⁵⁶

U adolescentů se můžeme setkat se stabilnější depresivní náladou než u předškoláků a školáků do 15 let. Symptomy jsou výraznější, mají hluboké pocity viny a nedokáží se skoro z ničeho těšit.⁵⁷ Neschopnost zvládat stresovou situaci vede k antisociální aktivitě, a ta zase způsobuje prohloubení deprese. Vytváří se „začarovaný kruh“, kdy adolescent vidí jako jediné východisko v suicidii.⁵⁸

U těchto jedinců je typické rychlé střídání apatie a lhostejnosti, zvláštní kvalita odlišná od běžného smutku a pocit bezmocnosti.⁵⁹ Dále se objevuje snížené sebehodnocení, pocit beznaděje a ztrácejí smysl života. To vše se může promítnout do riskantního chování, například zapojení se do nějaké party, která užívá návykové látky. Také sledujeme u depresivních adolescentů znuďenost a pasivitu, například nadměrným sledováním televize či hraním počítačových her.⁶⁰

U této věkové kategorie je sice depresivní nálada stabilnější než u předešlých kategorií, avšak hůře rozpoznatelná, jelikož v tomto období nastává mnoho změn pro jedince a je celkově velmi bouřlivé. Tudíž se velmi těžko poznává, zda dané chování lze zařadit do normálu a nebo dané chování již vybočuje z normy.

3.4 Sociální důsledky

Až u 80 % depresivních školních dětí a adolescentů sledujeme sociální stažení a od svých vrstevníků často dostávají nálepku „outsider“. Jednou ze základních potřeb dítěte dle Maslowa je potřeba uznání a ocenění, to jim dává zpětnou vazbu smysluplného života. U depresivních dětí tyto základní potřeby chybí a hlavně

⁵⁶ FRANKEL, B., KRANZOVÁ, R. *O sebevraždách*. Praha: Nakladatelství lidové noviny, 1998, s. 59.

⁵⁷ GOETZ, M. *Deprese u dětí a adolescentů*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2005, č. 6 [cit. 2010-11-12] Přístup z : < <http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200506-0003.php> >

⁵⁸ HORT, V., HRDLÍČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 199.

⁵⁹ Tamtéž, s. 199.

⁶⁰ GOETZ, M. *Deprese u dětí a adolescentů*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2005, č. 6 [cit. 2010-11-12] Přístup z : < <http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200506-0003.php> >

depresivní rodiče upřednostňují hyperprotektivní výchovu, kde chybí jakákoliv pochvala. Depresivní jedinec je také velmi ovlivněn ve školních úspěších a mnohdy školní výsledky neodpovídají jejich intelektu. Avšak nejzávažnějším sociálním důsledkem depresivního syndromu je neschopnost úspěšné adaptace v dospělosti a již zmiňované riziko sebevraždy.⁶¹ V této populaci můžeme sledovat 2-4 % výskyt suicidálního jednání, to je asi 6x více než u zdravých adolescentů.⁶²

Depresivní syndrom velmi ovlivňuje začlenění jedince do společnosti. Společnost často nahlíží na zmiňovanou skupinu jako na „podivíny“ a straní se jim, což umocňuje riziko suicidálního chování.

Shrnutí

V této kapitole jsem se soustředila na depresi v jednotlivých věkových kategoriích a jejich projevech v předškolním, školním věku a u adolescentů. Je velmi obtížné rozpoznat skutečné depresivní příznaky od běžných náladových výchylek. Proto je velmi důležité odborné vzdělání pedagogických pracovníků v dané problematice.

⁶¹ HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 193.

⁶² GOETZ, M. *Deprese u dětí a adolescentů*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2005, č. 6 [cit. 2010-11-12] Přístup z :< <http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200506-0003.php>>

4 Prevence suicidálního chování dětí a adolescentů

V této kapitole se věnuji prevenci suicidálního jednání dětí a dospívajících, rozdělením prevence na primární, sekundární a terciární. Dále se budeme věnovat rizikovým a protektivním faktorům ve vývoji dítěte, druhy pomoci, kde se budeme hlavně soustředit, jak jednat a nejednat s potencionálním sebevrahem.

Cílem prevence u suicidálního chování je snaha snížit výskyt suicidálního jednání u dětí a dospívajících.⁶³

Prevence sebevraždy je obtížná záležitost, a to zejména díky složitosti a mnohotvárnosti jednotlivých rizikových faktorů. Proto je nezbytné, aby se do prevence zapojovali všichni, jichž se týká. To jsou především lékaři, psychologové, sociologové, pedagogové, rodina suicidanta a další. Dále je nutné informovat společnost o skutečnostech souvisejících se sebevraždami dětí a dospívajících, neboť veřejnost má nedostatek vědeckých poznatků, a proto dodnes přetrvávají zaostalé názory a mýty o sebevraždě.⁶⁴ Nejznámější mýta o sebevraždách jsou tato: *„Lidé, kteří o sebevraždě mluví, ji nikdy nespáchají. Většina sebevrahů jsou blázni. Když někdo přijme pokus o sebevraždu, tak už se obvykle znovu o sebevraždu nepokusí. Jestliže je někdo skutečně rozhodnut spáchat sebevraždu, pak už se mu v tom nedá zabránit.“*⁶⁵

Preventivní programy by však neměly být zaměřené jen na negativní projevy dětí a dospívajících, ale měly by zastřešovat celkově rizikové chování. Důležitou roli hrají v prevenci suicidálního chování zdravotníci a sociální pracovníci. Bylo by ku prospěchu zřídit na základních a středních školách „poradenské centrum“, kde by působila tzv. školní sestra a školní sociální pracovník a plnili by zde významnou funkci. Jejich hlavní prací by byla péče o žáky a studenty s určitým zdravotním handicapem ve vedení preventivních programů, vyhledávání rizikového chování a negativních jevů v oblasti psychosociální, což je například deprese, pocity úzkosti, poruchy příjmu stravy a další.⁶⁶

⁶³ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 106.

⁶⁴ CHALOUPKA, L. *Úvod do sociální patologie. Sebevražednost dětí a mládeže*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1983, s. 46-47.

⁶⁵ FRANKEL, B., KRANZOVÁ, R. *O sebevraždách*. Praha: Nakladatelství lidové noviny, 1998, s. 30-38.

⁶⁶ MARKOVÁ, M. *Vliv sociálních faktorů na problémové chování adolescentů*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2008, č. 3 [cit. 2010-11-13]. Přístup z: < <http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200803-0011.php> >

4.1 Typy prevence

Jak už bylo zmíněno výše, že cílem prevence je snížit riziko suicidálního chování dětí a adolescentů, dalším cílem je zaměřit se i na jedince, u kterým se již suicidální jednání určitým způsobem objevilo. Dále se snažíme snížit negativní dopad na vývoj dítěte a celou rodinu, ale také se zaměřujeme na to, aby se již více suicidální chování u dětí a mladistvých neopakovalo. Dle těchto charakteristik prevenci lze rozdělit na primární, sekundární a terciární prevenci.⁶⁷

Primární prevence se zaměřuje na snížení suicidality ve společnosti. Zaměřuje se na snížení rizikových faktorů, které způsobují vznik poruchy. Primární prevence se soustřeďuje na osoby, u kterých ještě nemusí být zjištěny znaky suicidality. Její důležitou součástí je podpora duševního zdraví a posílení protektivních faktorů, které eliminují toto riziko.⁶⁸ U adolescentů se v první řadě jedná o podporu rodinných vztahů. Velký význam je také přikládán dostupnosti vzdělání nebo zaměstnání a dostatek mimoškolním aktivit. Snahou primární prevence je nadále snižovat dostupnost návykových látek.⁶⁹

Školní prostředí se významně podílí na formování osobnosti dítěte a dospívajícího, jelikož zde dítě, student tráví většinu svého času a navíc je školní období obdobím, kdy je osobnost dítěte plastická, což znamená, že lehce podléhá vlivům, které na něho působí a lehce se nechá strhnout k rizikovému chování. Proto je důležité eliminovat působení těchto negativních vlivů, a to pomocí odpovídajících pedagogických prostředků a vhodnou formou. Tyto úkoly plní učitelé a vychovatelé, kteří jsou dostatečně zkušené a odborně vzdělání. Z toho důvodu je velký důraz kladen na osobnost pedagoga. Ve škole je nutné vytvářet prostředí, aby se děti z ohrožených rodin necítily určitým způsobem handicapovány a neprožívaly pocit méněcennosti. Totéž platí u dětí nějakým způsobem postižených, ať už tělesně nebo duševně. Proto je kladen důraz na takt a pedagogické schopnosti učitelů a výchovných pracovníků. Musí dokonale znát osobnost dítěte a adolescenta, jejich vývojové zvláštnosti typické pro určitou věkovou kategorii, ale taktéž by měli znát

⁶⁷ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 106.

⁶⁸ Tamtéž, s. 106.

⁶⁹ KOUTEK, J. *Suicidalita u adolescentů – rizikové faktory a prevence*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2008, č. 5 [cit. 2010-11-13]. Přístup z: <<http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200805-0007.php>>

jejich rodinné prostředí, protože pocit méněcennosti může u nich vyvolat snahu upoutat na sebe pozornost, v některých případech právě suicidálním jednáním.⁷⁰

Jednou z možností primární prevence ve školních institucích by se mohly stát výchovné programy pro rodiče a učitele, které se zaměří na nácvik výchovných dovedností, komunikaci s adolescenty nebo vedení tříd. Školy by mohly organizovat různé školení a kurzy pro rodiče, které se věnují na vhodnou komunikaci s mladistvými. Konkrétně by se měly soustředit na pravidla účinné komunikace, způsoby podpory sebedůvěry, předcházení a eliminace agresivního chování u dospívajících, přijímání odpovědnosti, rozpoznání rizikového chování, například psychických problémů a psychopatologických stavů, jako je bulimie, anorexie, deprese, toxikomanie, psychózy a jiné.⁷¹

Sekundární prevence se orientuje na včasné zachycení a léčbu klinických projevů a podstatnou součástí sekundární prevence je krizová intervence⁷². Může být orientována na děti a adolescenty se suicidálními projevy nebo na ty, kteří jsou ohroženi rizikovými faktory způsobujícími suicidální jednání.⁷³

Do sekundárního programu by také mělo patřit vyhledání dětí, které žijí v nevhodném rodinném prostředí, kde by mohl být jejich budoucí rozvoj ohrožen. V plně funkčních rodinách nebude preventivní opatření působit problémy. Hůře se provádějí preventivní opatření u rodin, které neplní své základní funkce. Rizikové rodiny jsou ty, kde se vyskytují alkoholici, osoby trestané a další. Děti z těchto rodin vyžadují větší pozornost orgánů zabývajících se ochranou dětí a mladistvých. Ovšem pozornost by neměla být věnována jen těmito orgány, zabývajících se péčí o děti, ale také pedagogicko psychologickými poradnami a samotnou školou. Pokud je rodinné prostředí natolik narušené a pozitivní vývoj dítěti je ohrožen, je vhodné tohoto jedince z takového prostředí odebrat.⁷⁴

⁷⁰ CHALOUPKA, L. *Úvod do sociální patologie. Sebevražednost dětí a mládeže*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1983, s. 52-53.

⁷¹ MARKOVÁ, M. *Vliv sociálních faktorů na problémové chování adolescentů*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2008, č. 3 [cit. 2010-11-13]. Přístup z: <<http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200803-0011.php>>

⁷² krizová intervence = psychoterapeutická služba a pomoc v přímém kontaktu nebo po telefonu zaměřená na akutní potíže postiženého nebo jeho blízkých osob (např. rodinných příslušníků) v naléhavých krizových situacích jako je sebevražedný pokus, těžký předmanželský či manželský konflikt, předávkování drogou. KUČERA, R. *ABZ.cz: slovník cizích slov - on-line hledání* [online]. [cit. 2010-11-12]. Přístup z: <http://slovník-cizích-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=dyslexie>.

⁷³ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 106.

⁷⁴ CHALOUPKA, L. *Úvod do sociální patologie. Sebevražednost dětí a mládeže*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1983, s. 51.

Terciární prevence se zaměřuje na zmírnění následků proběhlého suicidálního chování a snaží se zabránit dětem a dospívajícím opakovat suicidální pokus.⁷⁵

Pro prevenci je důležitá jak informovanost profesionálů pracujících s adolescenty v oblasti výchovy, vzdělávání, psychoterapie při řešení krizových situací, ale tak i osvěta celé veřejnosti. To by mohlo přispět k včasné identifikaci nebezpečí a tím pádem může být zachráněno spousta životů.⁷⁶

4.2 Rizikové a protektivní faktory ve vývoji dítěte

Primární prevence se v dětské psychiatrii z velké části soustřeďuje na rozpoznání a zmírnění rizikových faktorů, které mohou mít za důsledek suicidální chování, a proto se objevuje snaha zachytit a popsat protektivní faktory, které oslabují vliv rizikových faktorů. Vzájemná interakce mezi protektivními a rizikovými faktory je velmi náročnou záležitostí a zahrnuje vzájemně se ovlivňující okolnosti na straně dítěte a adolescenta, jeho rodiny a okolí. Úkolem primární prevence je ovlivnění těch faktorů, u nichž předpokládáme rizikový nebo protektivní význam ve vztahu ke vzniku či rozvoji určité poruchy. **Rozlišujeme rizikové a protektivní faktory na straně dítěte, v rodině a ve vztahu k sociálnímu prostředí.**⁷⁷

Rizikové faktory na straně dítěte zvyšují jeho zranitelnost a odolnost vůči nežádoucím vlivům. Do těchto faktorů řadíme například předčasné narození dítěte, vývojové opoždění, poruchy nálady a chování, zneužívání návykových látek, disharmonický vývoj osobnosti, jistý handicap, traumatizující zážitky a další. Naopak mezi protektivní faktory na straně dítěte řadíme pozitivní temperament, průměrná inteligence a sociální zdatnost, díky které se dítě a adolescent dokáže přizpůsobovat na změny, jež jsou v jeho vývoji žádoucí.⁷⁸

Do rizikových faktorů v rodině řadíme takové situace, jako je rozvod, konflikty mezi rodiči a dětmi, násilí v rodině, jak už páchané mezi rodiči nebo mezi rodičem a dítětem, v podobě týrání nebo sexuálního zneužívání. Pak sem patří alkoholismus, drogová závislost rodičů, psychiatrické onemocnění rodičů (hlavně depresivní

⁷⁵ KOUTEK, J. *Suicidalita u adolescentů – rizikové faktory a prevence*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2008, č. 5 [cit. 2010-11-13]. Přístup z: < <http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200805-0007.php> >

⁷⁶ Tamtéž.

⁷⁷ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 107.

⁷⁸ Tamtéž, s. 107.

syndrom na straně matky) a kriminalita rodičů. Typickým rizikovým faktorem týkající se rodiny je suicidální chování v rodině nebo blízké osoby. To se může na dítěti nebo adolescenta podepsat v podobě vyhrožování, že spáchá sebevraždu při konfliktu s rodiči, suicidálním pokusem nebo v horším případě dokonaným suicidiem. Protektivními faktory v tomto případě je plně funkční harmonická rodina, přiměřené výchovné postoje rodičů, podpora dítěte a pochopení ze strany rodičů.⁷⁹

U sociálního prostředí je rizikovým faktorem špatná adaptace ve škole, dysfunkční rodina, nezaměstnanost jednoho z rodičů, nízký sociální status rodiny a neustálé stěhování rodiny z místa na místo. Tyto negativní vlivy mají dopad na vývoj dítěte a na rodinné vztahy. Z hlediska suicidálního chování má suicidium z řad vrstevníků vliv na jiné jedince, se kterými byli v kontaktu a také má vliv, jakým způsobem je suicidalita prezentována v masmédiích a v blízkém sociálním okolí dítěte a dospívajícího. Za protektivní faktory ve vztahu k sociálnímu prostředí lze považovat dobré školy a kvalitní pedagogové, dostupnost mimoškolních aktivit a fungující instituce zabývající se péčí o děti. Z pohledu suicidálního jednání zde hrají významnou roli linky důvěry a krizová centra pro děti a mladistvé a především jejich dostupnost.⁸⁰

Čím je dítě mladší, tím více bude preventivní intervence působit na osoby, se kterými je dítě nejvíce v kontaktu a na kterých je závislé, hlavně na rodiče a školní instituce. Tato intervence bude působit v podobě informovanosti o problematice suicidality, pro lepší rozpoznání znaků rizikového chování, ale také pro lepší orientaci v oblasti zdravotních a sociálních služeb, které nabízejí pomoc.⁸¹

Z výše uvedeného lze konstatovat, že do protektivních faktorů lze zařadit fungující rodinu, která se chová adekvátně k dítěti, naslouchá a podporuje dítě. Důležitou roli také hrají školní instituce a kvalitní učitelé a vychovatelé.

4.3 Druhy pomoci

V této podkapitole se budeme věnovat tomu, jakým způsobem se dá pomoci suicidantovi a jeho blízkému okolí. Nejčastější formou pomoci je terapie, jak už skupinová, tak rodinná. Dále to jsou linky důvěry, krizová centra, pedagogicko-

⁷⁹ KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 108.

⁸⁰ Tamtéž, s. 108.

⁸¹ Tamtéž, s. 108-109.

psychologická poradna, ale i jiné poradny, jako jsou poradny pro rodinu, pro manželství a mezilidské vztahy, protialkoholové a protidrogové poradny a další. Na závěr tohoto úseku nastíníme varovné signály, které můžeme vyzorovat na dítěti nebo adolescentovi se suicidálními tendencemi a jakým způsobem jednat a nejednat s těmito jedinci.

Terapie vychází z výsledků vyšetření. Pokud byla diagnostikována psychická porucha, například deprese nebo schizofrenie, musí být zvolena správná léčba, což u depresivní poruchy jsou antidepresiva. Pokud hrozí opakování suicidálního pokusu, je nutná hospitalizace. Rodinná terapie je nezbytná práce, jelikož suicidální jednání jednoho člena rodiny zvyšuje napětí. Rodiče často mají pocity viny a zlosti, omezují své děti a hlídají je, což vede ke konfliktům a může zvýšit riziko suicidia dítěte.⁸²

Školený terapeut bývá sociální pracovník, psycholog nebo psychiatr. Pomáhá například s pocity viny, se studem a se sebeobviňováním a také se snaží pomoci pochopit a přijmout jejich pocity tak, aby se naučili mít se rádi.⁸³

Skupinové terapie a podpůrné skupiny si jedinci se suicidálními tendencemi velmi pochvalují. Tyto skupiny jsou vedeny školenými profesionály a ti pomáhají každému členovi skupiny, aby se svěřil se svými pocity.⁸⁴

Linka důvěry (viz příloha č. 2) je pracoviště, se kterým se můžete spojit telefonicky. Tyto linky bývají zařízené při poradnách, při krizovém nebo psychoterapeutickém centru nebo existují jako samostatná pracoviště. Na linku důvěry se můžete obrátit s jakýmkoliv problémem, pokud to nejsou specializované linky na jisté krizové situace. Lze se s nimi telefonicky spojit kdykoliv, protože mají většinou nepřetržitou službu.⁸⁵

Další z možností, kde hledat pomoc jsou **krizová centra** (viz příloha č. 2) pomáhající lidem v naléhavých životních situacích a jejichž provoz bývá nepřetržitý. Do krizového centra je možné přijít kdykoliv, ale nejdříve je vhodné telefonicky se spojit s pracovníky tohoto centra. Pracovníky zde bývají psychologové, sociální

⁸² HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 408.

⁸³ FRANKEL, B., KRANZOVÁ, R. *O sebevraždách*. Praha: Nakladatelství lidové noviny, 1998, s. 106-107.

⁸⁴ Tamtéž, s. 107.

⁸⁵ Tamtéž, s. 107-108.

pracovníci, psychiatři a zdravotní sestry, tito pracovníci jsou zároveň psychoterapeuty.⁸⁶

V každém regionu naší republiky je **pedagogicko-psychologická poradna** (viz příloha č. 2) a je určena dětem, které mají problémy se školou. Klientem se může stát dítě od 3 do 15 let.⁸⁷

Poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy (viz příloha č. 2) se také nacházejí v každém regionu a klientem se může stát člověk každé věkové kategorie, pokud má problém s nějakým typem vztahu. Například může jít o rodinné vztahy, ale také o vztahy milenecké, partnerské a manželské. Centra lze navštěvovat jednotlivě nebo skupinově s celou rodinou.⁸⁸

Pro člověka, který má problém s alkoholem nebo s drogami či kouřením jsou zřízeny **protialkoholové a protidrogové poradny**. Konkrétně jsou to AT poradny a pro mladistvé existují kontaktní centra (viz příloha č. 2). Do kontaktního centra lze přijít nezávazně, bez objednání. Pokud se chce návštěvník svěřit o své situaci, je zde pracovník centra, s nímž je možné uskutečnit rozhovor a nalézt řešení a cestu ze svízelné situace. Pokud se klient rozhodne léčit, terapeuti z tohoto kontaktního centra doporučí léčebné formy.⁸⁹

Existuje spousta zařízení, kde hledat odbornou pomoc, avšak společnost nemá povědomí o daných institucích, tudíž velmi málo lidí se na tyto pracoviště obrací se svými problémy.

4.3.1 Jak (ne)jednat se sebevrahem a varovné signály

Je důležité informovat společnost, jaké varovné signály vysílá potencionální sebevrah a jakým způsobem jednat s tímto jedincem. Tyto informace by mohly zachránit mnoho životů.

Mezi **varovné signály** řadíme rozdávaní majetku, depresivní příznaky (změna vnějšího vzhledu, změna režimu spánku a jídla, nesoustředěnost, vyčerpanost, stranění se kamarádů, projevy méněcennosti, riskantní chování, problémy s drogami, alkoholem a další) negativní poznámky o budoucnosti typu: „*Světů bude lépe beze*

⁸⁶ FRANKEL, B., KRANZOVÁ, R. *O sebevraždách*. Praha: Nakladatelství lidové noviny, 1998, s. 109.

⁸⁷ Tamtéž, s. 109-110.

⁸⁸ Tamtéž, s. 110.

⁸⁹ Tamtéž, s. 110-111.

mě.“ Dále to jsou poznámky o budoucnosti, do které se již nepočítá, zájem o smrt, o umírání a o to, co bude po smrti.⁹⁰

Jak reagovat, když někdo ve vašem blízkém okolí projevuje tyto varovné signály a nebo nespĺňuje ani jeden, ale přesto se vám něco nezdá? Ze všeho nejdřív si o tom otevřeně s dotyčným promluďte. Zvolte tyto typy otázek: „*Myslíš to vážně?*“ nebo „*To zní jako by jsi chtěl spáchat sebevraždu. Je to pravda?*“ Lidé se často obávají hovořit o suicidii s potencionálním sebevrahem, jelikož mají strach, že se člověk urazí nebo rozzlobí. To se může stát, ale za zkoušku nic nedáte. Ptát se můžete tímto způsobem: „*Mám o tebe strach, když tě slyším takhle mluvit. Zní to, jako by ses chtěl zabít. Je to tak?*“ Pokud vám odpoví ano. Odborníci tvrdí, že mnohdy stačí říci: „*Prosím tě, nedělej to.*“ Důležité je zjistit, jestli má dotyčný konkrétní plán, jak spáchat sebevraždu. Čím více je plán propracován, tím větší riziko suicidia hrozí. Pokud má vše do detailů propracováno a lze usoudit, že svůj plán chce uskutečnit, zůstaňte s dotyčným a neodcházejte, dokud neseženete potřebnou pomoc. Můžete požádat o pomoc člověka, kterému věříte, nebo kontaktovat některou z linek důvěry. Někdy takovému člověku stačí, když se vypovídá, svěří se o všem, co ho trápí, co ho znepokojuje. V tomto případě se z vás může stát tzv. „aktivní naslouchač“. Jsou jistá pravidla aktivního naslouchání: *nehádat se a neodporovat, neprojevat překvapení nebo nesouhlas, povzbuzujte ho, aby vyjádřil všechny své pocity, berte vše vážně a vyjádřete vaše pocity a zájem.*⁹¹

Zmíněné informace považuji za velmi důležité. Nikdy nevíte, zda se někdy nesetkáte s potencionálním sebevrahem, a proto je nezbytné, aby každý člověk měl znalosti, jak se při setkání s takovým jedincem chovat a jak s ním hovořit.

Shrnutí

Výše uvedená fakta považuji za nejdůležitější, jelikož zde můžeme nalézt, jakým způsobem předcházet této problematice, protektivní faktory, které by měly zmenšovat riziko suicidálního chování, kde všude lze nalézt pomoc pro tyto jedince, ale hlavně jak se zachovat a reagovat, pokud se setkáme s potencionálním sebevrahem.

⁹⁰ FRANKEL, B., KRANZOVÁ, R. *O sebevraždách*. Praha: Nakladatelství lidové noviny, 1998, s. 116-118.

⁹¹ Tamtéž, s. 118-120.

5 Vliv rodiny na sebevražednost dětí a dospívajících

V praktické části jsem se snažila vyhledat odborníky pracující s dětmi a mladistvými po sebevražedném pokusu. Podařilo se mi realizovat rozhovory pouze se dvěma, s psychologkou Mgr. Janou Kolářovou z oddělení klinické psychologie z Fakultní nemocnice Olomouc a s psychiatrickou Hanou Velartovou PhDr., Phd. z kliniky psychiatrie, taktéž z Fakultní nemocnice Olomouc. Hlavním cílem bylo zjistit jejich vlastní zkušenosti a názory a zjistit do jaké míry podle nich hraje roli rodina u těchto jedinců. Dotazovala jsem se na děti a adolescenty ve věkové kategorii od 11 do 20 let. Připravila jsem si 14 otázek.

Bylo velmi obtížné najít odborníky, kteří pracují s jedinci se suicidálním chováním v okolí, ve kterém se pohybují. Obvolala jsem spoustu psychologů, linek důvěry, pedagogicko-psychologické poradny a další, než jsem našla někoho, kdo pracuje s dětmi a mladistvými se suicidálním jednáním. Dokonce jsem kontaktovala poradnu pro rodinu v Olomouci a středisko výchovné péče Help, sídlící v Uherském Hradišti a ani zde nevěděli na koho mě odkázat. Přesto všechno jsem našla dvě odbornice z Fakultní nemocnice Olomouc, pracující s danou problematikou, ale vzorek, se kterým pracovaly, nebyl příliš velký, tudíž jsem nemohla vyvozovat velké závěry z uskutečněných rozhovorů.

5. 1 Charakteristika metody

Pro praktickou část jsem si vybrala metodu polostrukturovaného rozhovoru. „Rozhovor je taková metoda, která je založena na přímém dotazování. Spočívá v bezprostředním osobním styku výzkumníka se zkoumanou osobou. Výzkumník při rozhovoru klade dotazy, na které zkoumaná osoba (respondent) odpovídá. Rozhovor bývá zaměřen na zjištění pokud možno objektivních údajů o určitém jevu.“⁹²

U polostrukturovaného rozhovoru se respondentům nabízí k jednotlivým otázkám určité alternativy odpovědí, ale také se od nich požaduje vysvětlení nebo odůvodnění odpovědí.⁹³

⁹² GRECMANOVÁ, H., HOLOUŠOVÁ, D., URBANOVSKÁ, E. *Obecná pedagogika I.* 1. vyd. Olomouc : Nakladatelství HANEX, 1996, s. 224.

⁹³ CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu.* 1. vyd. Praha: Grada, 2007, s. 183.

Rozhovory proběhly ve Fakultní nemocnici v Olomouci na pracovištích odbornic. S paní Kolářovou jsem uskutečnila rozhovor 8. 12. 2010 a s paní Velartovou proběhl rozhovor 28. 1. 2011.

Paní Kolářová mi dovolila nahrávat rozhovor na diktafon, ale paní Velartová záznam rozhovoru na diktafon nedovolila. Obě odbornice byly velmi ochotné podat informace na dané téma. Avšak paní Kolářová si na mě udělala více času, tudíž jsem měla možnost během rozhovoru otázky přidávat. Z toho důvodu jsou v jednotlivých záznamech odlišnosti.

5. 2 Realizace rozhovoru

psycholožka Mgr. Jana Kolářová

z oddělení klinické psychologie Olomouc

1. Jaké máte vzdělání?

Mám vysokoškolské vzdělání, jednooborovou psychologii.

2. Na jaké děti se vy specializujete?

Specializuji se nejčastěji na děti s psychosomatickou tematikou, chronicky nemocné děti a na podpůrnou péči chronicky nemocných dětí.

3. Měly děti před suicidálním jednáním nějaké výchovné problémy?

Záleží na tom, jestli to byl cílený pokus s tendencí si vzít život nebo jestli to byla demonstrativní sebevražda, tzn. takové to volání o pomoc nebo chtějí být středem pozornosti. Pokud to byla zkratková reakce, tam vždy nějaký ten problém je a oni cítí, že se dostávají do nouze, neví, co se svým životem a postižení jedinci mají pocit, že tímto to vyřeší. Zde se určitě výchovné problémy vyskytují ve smyslu narušené komunikace, nepochopení nebo nedostatečného výchovného vedení, kdy děti mají pocit, že nemají dostatečnou emoční oporu. U demonstrativních sebevražd se tyto problémy také ukazují, ale jsou i jiné typy sebevražd, kde výchovné problémy být nemusí. Rodina kolikrát nemá ani dojem, že se dítě něčím trápí. Všimnou si například, že se více uzavírá, ale nepřikládají tomu žádnou váhu a pak jsou překvapeni. Zde výchova v zásadě narušená není. Rodič si až po tomto momentu uvědomí, že asi dítě něco chtělo a oni to neuměli dát a nebo nedostatečně dávali a mysleli si, že dávají. Takové to nepochopení ze strany rodičů se dá terapií napravit. Pokud je jádro rodiny funkční, otevírají se jen možnosti, které k tomu mohly vést a napravují se. Pokud je jádro nefunkční, tak je práce velmi obtížná.

4. Rodina tedy hraje důležitou roli u těchto případů?

Ano. Jak jsem říkala, pokud mluvíme o terapii dítěte, tak vždy musí být v kontaktu s rodinou, protože dítě je součástí rodiny, v té rodině se vyvíjí a rodina dítě velmi ovlivňuje. Musíme u terapie dítěte počítat s rodinným systémem a zakomponovat ho do terapie.

5. Jaká věková kategorie sebevražedných jedinců se zde u vás nejčastěji objevuje?

Nejčastěji děti v prepubertě, tzn. 13 let, to bylo nejmladší dítě se sebevražednými sklony. Dále 15 let a výše. Mladší děti reagují jinak. Literatura však uvádí, že se věk posunuje směrem dolů i u tohoto chování.

6. Jaké důvody děti uvádějí pro spáchání suicidálního pokusu?

Často uváděly, že mají pocit, že je v rodině nemilováno, dostatečně ho nechápou, neví, co se svým životem, ocitly se v prázdnu. Pak mají pocit, že rodina nefunguje, nemá jim kdo pomoci, tudíž nemají jiné východisko. Celkově mají pocit izolace. Dále to byly vrstevnické problémy, opakovaně nebyly schopny začlenit se do kolektivu. Co se týče ještě školy, tak příčinou bývají školní výsledky. Jeden z posledních pokusů, to bylo o zameškaných hodinách a protože se blížily třídní schůzky, dítě se bálo rodičů, jak budou reagovat. I když jsem se od rodiny dozvěděla, že by z toho nedělali větší potíže, přesto to dítě bralo za příčinu. Tento případ byl jeden z těch demonstrativních sebevražd. Pak uvádějí partnerský nepodařený vztah a rozchody.

7. Po terapii, která je s dítětem prováděna, jaký skutečný důvod pro suicidální pokus zjistíte?

Může to být disharmonicky se vyvíjející osobnost nebo zde může začínat nějaká psychická porucha typu deprese, úzkosti, psychotických epizod atd. Pokud se jedná o psychické onemocnění, tak se musí předávat do péče psychiatra a v součinnosti musí běžet terapie.

8. Byla u těchto dětí zjištěna nějaká porucha? Například depresivní syndrom?

Depresi u dětí nacházíme velmi často nebo minimálně takové smutné nálady. Často to bývá subdepresivní než vyloženě rozvinutá deprese.

9. Z jaké rodiny nejčastěji děti pocházejí?

To je velmi variabilní. Byly to funkční rodiny se zdravým jádrem, dále rodina, která měla komunikační problémy, kdy rodiče neměli náhled, že dítě může něco vnímat jinak a napravovalo se to velmi rychle, protože rodina byla spolupracující. Pak to byly rodiny, kdy jádro bylo narušeno, například členové byli nedostatečně emočně nastaveni nebo projevovali nezájem o výchovu dítěte. Dále ze sociálně slabších rodin, z rozvedeného manželství a z neúplné rodiny. Které rodiny více či méně zastupují tuto skupinu vám nemůžu říci, protože vzorek dětí se sebevražedným chováním nemám tak velký.

10. Pracujete i s rodiči dítěte, které spáchalo suicidální pokus?

Přímo s rodiči nepracuji, ale první kontakt je realizován s rodiči, jelikož se potřebuji dostat k objektivním informacím a každé dítě to podává ze svého subjektivního pohledu a některé informace je důležité si objektivně zhodnotit, tudíž potřebuji výpověď také od rodičů. Ptám se na jejich dojmy, proč si myslí, že to dítě udělalo, zda je to překvapilo. V rámci rozhovoru si udělám klinické pozorování rodičů. Avšak nevolám si rodiče hned ten první den, ale až pozdější dny, jelikož dítě je na intenzivní péči a nechávám, aby tam proběhlo vysvětlení mezi rodičem a dítětem. Při rozhovoru se ptám, co se dělo hned po přijetí, co si řekli, co řeklo to dítě, jak to rodičům vysvětlilo, co řekli rodiče dítěti. Jako první vyšetřím dítě a tam se ptám, jestli už mělo kontakt s rodiči a jak proběhl. Pak si pozvu rodiče a zjišťuji si zhruba stejné informace. Pak hledáme možnosti, jak to ovlivnit a co bych doporučovala. Rodiče si často odnášejí kontakty, kde by se mohli obrátit.

11. Pokud ano, jaký přístup k tomu mají rodiče?

Ve většině případů rodiče chtějí spolupracovat. Nikdy jsem se nesetkala, že by nespolečně pracovali, spíše přicházejí unavení, pokud se u dítěte objevují problémy opakovaně a neví si rady.

12. Setkala jste se s dětmi, které opakovaly suicidální jednání?

Jenom jeden případ jsem měla, kdy mi klientka na rovinu řekla, že to bude tak dlouho opakovat, až se jí to povede.

13. Specializujete se i na práci s rodiči dítěte, které spáchalo dokonané suicidium?

Ne, neměla jsem je nikdy v péči.

14. Jaký máte vy osobně názor na tuto problematiku?

Toto chování v žádném případě neodsuzuji.

15. V čem vidíte zásadní problém narůstající suicidality dětí a mladistvých?

Tlak a rychlost světa. Všechno se zrychluje, zvyšují se požadavky na práci, na školu a na fungování rodiny. Neustále slyšíte, co by se mělo a na mě to působí jako tlak. Do toho je strašná spousta informací dostupných v médiích, například na internetu je spousta informací a děti si na něm umí báječně hledat. Dřívější generace tuto možnost neměla. Žili jsme v takovém informativním vakuu, dostali jsme se k informacím, které nám byly buď puštěny a nebo nám byly sděleny rodiči. Dnes děti a adolescenti mají přístup k různým informacím a nemusí být na ně zralí, nevědí co s

nimi a může to způsobovat velký chaos a velmi snadno uvěří nabízeným informacím. Celkově je hektičtější doba a na děti je kladen větší nárok.

16. Jak by se dalo podle vás předcházet suicidálnímu jednání dětí a dospívajících?

Tady je velmi důležitá rodina, fungční se zdravým jádrem, kdy dítěti pomůže selektovat informace a také zabráni přijetí informací, na které dítě není připraveno. Důležitý je zájem ze strany rodičů. Můžou předejít tomu, aby dítě sbíralo informace, které pro něho nejsou zdravé. To samé je i televize, záleží opět na rodičích, jaké filmy potomkovi povolí. Dítě ovšem nesbírá informace jen z medií, ale i ze sociálních skupin a doma se o tom nemusí bavit. Pak je důležité, pokud dítě s takovými informacemi přijde domů, jak k tomu přistoupí rodič, jak to dítěti nabídne zpátky, aby nezůstávalo s nějakým podtextem strachu, obav a úzkosti.

psychiatřička Hana Velartová PhDr., Phd.

z kliniky psychiatrie Olomouc

1. Jaké máte vzdělání?

Jsem atestovaný psycholog.

2. Na jaké děti se vy specializujete?

Klienti do 18 let, ale objevují se zde i dospělí.

3. Měly děti před suicidálním jednáním nějaké výchovné problémy?

Hlavně u depresivních klientů jsou výchovné problémy. Záleží na tom, zda chtějí opravdu zemřít nebo volí sebevraždu k tomu, aby na sebe pouze upozornili.

4. Jaké důvody děti uvádějí, pro spáchání suicidálního pokusu?

Hlavními důvody jsou partneři, rodina, rozvod rodičů, nebo nevlastní rodič nebo narození mladšího sourozence.

5. Po terapii, která je s dítětem prováděna, jaký skutečný důvod pro suicidální pokus zjistíte?

Nacházíme depresivní syndrom, osobnostní problematiku nebo rozvoj závažného psychického onemocnění.

6. Byla u těchto dětí zjištěna nějaké porucha? Například depresivní syndrom.

Ano často. Často se objevují u dětí i úzkostné projevy.

7. Z jaké rodiny nejčastěji děti pocházejí?

Nejčastěji z nefunkčních rodin.

8. Pracujete i s rodiči dítěte, které spáchalo suicidální pokus?

U dětí do 18 let musí být rodič přítomen a od 18 let může být rodič přítomen, ale klient s tím musí souhlasit.

9. Pokud ano, jaký přístup k tomu mají rodiče?

Rodiče z nefunkčních rodin často nechtějí spolupracovat.

10. Setkala jste se s dětmi, které opakovaly suicidální jednání?

U dětí do 15 let ne, ale u starších se suicidální chování opakuje.

11. Specializujete se i na práci s rodiči dítěte, které spáchalo dokonané suicidium?

Velmi zřídka.

12. Jaký máte vy osobně názor na tuto problematiku?

Více se setkávám s jedinci, kteří se spíše sebepoškozuji. U depresivních klientů se volí léky na tlumení deprese, tudíž práce s nimi je jednodušší, než s dětmi s osobnostními poruchami.

13. V čem vidíte zásadní problém narůstající suicidality dětí a mladistvých?

Zásadní problém vidím v uspěchané době. Také velká rozvodovost a nedostatek času rodičů na děti. To pak způsobuje, že děti mají velmi volnou výchovu.

14. Jak by se dalo podle vás předcházet suicidálnímu jednání dětí a dospívajících?

Tomuto chování se dá předcházet hlavně v rodině, otevřeném prostředí, kde dítě ví, že se kdykoliv může obrátit na své rodiče s jakýmkoliv problémem. Dále by pomohla informovanost veřejnosti o různých zařízeních, kde by mohli hledat pomoc, jako jsou například krizová centra. Také je velmi důležité, aby lidé pochopili, že psycholog není špatný a pokud navštívíte psychologa, neznamená to, že by člověk byl blázen, jak si spousta lidí myslí.

5.3 Shrnutí

Z výše uvedeného vidíme, že každá odbornice měla jiný vzorek klientů se sebevražděným jednáním. Paní Kolářová měla zkušenosti s mladšími dětmi kolem 15 let a paní Velartová měla převážně děti a dospívající nad 15 let.

Obě přikládaly značný význam rodině, jak již při spolupráci s dětmi, které provedly sebevražděný pokus, tak i v případě předcházení tohoto chování.

U mladších dětí jde spíše o demonstrativní sebevraždy, kde chtějí na sebe upozornit a chybí zde přání skutečně zemřít. Obě odbornice se shodly, že nejčastějšími příčinami suicidálního pokusu jsou problémy v rodině a nedostatek času rodičů na děti, což narušuje komunikaci mezi rodiči a dětmi.

Ani jedna z odbornic neprovádí následnou terapii s rodiči, pouze při prvním kontaktu spolu s dítětem. Pokud je skutečně chyba v rodině, měli by se psychologové zaměřovat i na dlouhodobou spolupráci s rodinou, aby se napravily chyby rodinného systému.

U spousty případů, se kterými pracovaly, byly často diagnostikovány osobnostní poruchy, depresivní syndromy nebo úzkostné stavy.

Vzorek, se kterým mají zkušenosti pochází z různých rodin. Objevují se funkční, ale i nefunkční rodiny. Avšak paní Velartové má větší počet klientů z nefunkčních rodin.

U posledních otázek, v čem vidí zásadní problém narůstající suicidality a jak by se dalo podle nich předcházet suicidálnímu jednání dětí a dospívajících, obě odpovídaly v zásadě velmi podobně. Uspěchaná doba, která způsobuje, že rodiče nemají dostatek času na své děti, je závažná pro suicidální chování, tak i pro jiné rizikové chování.

Závěr

Sebevražedné jednání dětí a dospívajících je závažným problémem, který je rozšířenější, než si většina běžné populace představuje. Já osobně jsem se s touto problematikou „naživo“ setkala mnohokrát. Jenom z mého ročníku 1988 spáchali dva spolužáci dokonané suicidium a jedna spolužačka se pokusila o sebevraždu, ale naštěstí přežila.

Je velmi důležité, aby pedagogičtí pracovníci, vychovatelé a jiní odborníci pracující s dětmi, věnovali pozornost hrozícímu riziku suicidality a všímali si různých odlišností v chování u jednotlivých jedinců. Proto by měli být dostatečně seznámeni s tématem suicidality dětí a mladistvých, o možných projevech depresivního syndromu a jiných psychických poruchách, kterými mohou trpět.

Dále by měli znát instituce, na které lze odkázat děti a dospívající nebo rodiče dětí, u kterých by se objevovaly známky tohoto chování. Seznámení s krizovými linkami je také na místě, aby děti věděly, kam se mohou obrátit v nejkrajnějších situacích.

Má práce nepřináší žádné nové poznání, kterým by se vyřešil problém suicidality dětí a dospívajících. Nicméně mým záměrem a zároveň cílem bylo poskytnout dostatek informací a utřídit je do jednoho celku pro potřeby pedagoga, učitele a další pomáhající profese.

Seznam použité literatury

ČERNÝ, L. *Sebevražednost dětí a mladistvých se zvláštním zaměřením na preventivní opatření*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1970.

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

GRECMANOVÁ, H., HOLOUŠOVÁ, D., URBANOVSKÁ, E. *Obecná pedagogika I*. 1. vyd. Olomouc : Nakladatelství HANEX, 1996. ISBN 8085783207.

HLOUŠKOVÁ, L. Ročně se pokoušejí o sebevraždu tisíce dětí. *Právo*, 29.března, 2008.

HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-472-9.

CHALOUPKA, L. *Úvod do sociální patologie. Sebevražednost dětí a mládeže*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1983.

CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

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

KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. Některé charakteristiky suicidálního jednání u dětí a adolescentů. *Československá psychologie*, LI, 2007/1.

MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd*. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Dubbu, 2003. ISBN 80-903001-8-9.

MASARYK, T. G. *Sebevražda*. 4. vyd. Praha: Ústav T. G. Masaryka, 1998. ISBN 80-901971-4-0.

VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*. 1. vyd. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka, 1996. ISBN 80-85880-10-5.

VODÁČKOVÁ, D. a kol.. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-342-0.

Internetové zdroje

GOETZ, M. *Deprese u dětí a adolescentů*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2005, č. 6 [cit. 2010-11-6]. Dostupný z :< <http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200506-0003.php>>

KOUTEK, J. *Suicidalita u adolescentů – rizikové faktory a prevence*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2008, č. 5 [cit. 2010-11-7]. Přístup z: < <http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200805-0007.php> >

MARKOVÁ, M. *Vliv sociálních faktorů na problémové chování adolescentů*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2008, č. 3 [cit. 2010-11-7]. Přístup z: < <http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200803-0011.php> >

Ministerstvo vnitra ČR: *Sebevraždy evidované Policií ČR*. [online]. 2001 [cit. 2011-02-08]. Přístup z: <http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/statistiky/krim_stat/2000/sebevraz.html>

PETERKOVÁ, M. *Sebevražda* [online]. 2008-2010 [cit. 2010-11-04]. Přístup z: <<http://www.sebevrazda.psychoweb.cz/3/slovnicek-pojmu>>

Přílohy

Příloha č. 1 – Připravené otázky k rozhovoru

Příloha č. 2 – Seznam zařízení poskytující pomoc lidem v krizi

Příloha č. 3 – Seznam tabulek a grafů

Příloha č. 1 – Připravené otázky k rozhovoru

1. Jaké máte vzdělání?
2. Na jaké děti se vy specializujete?
3. Měly děti před suicidálním jednáním nějaké výchovné problémy?
4. Jaké důvody děti uvádějí, pro spáchání suicidálního pokusu?
5. Po terapii, která je s dítětem prováděna, jaký skutečný důvod pro suicidální pokus zjistíte?
6. Byla u těchto dětí zjištěna nějaké porucha? Například depresivní syndrom.
7. Z jaké rodiny nejčastěji děti pocházejí?
8. Pracujete i s rodiči dítěte, které spáchalo suicidální pokus?
9. Pokud ano, jaký přístup k tomu mají rodiče?
10. Setkala jste se s dětmi, které opakovaly suicidální jednání?
11. Specializujete se i na práci s rodiči dítěte, které spáchalo dokonané suicidium?
12. Jaký máte vy osobně názor na tuto problematiku?
13. V čem vidíte zásadní problém suicidality dětí a mladistvých?
14. Jak by se dalo podle vás předcházet suicidálnímu jednání dětí a dospívajících?

Příloha č. 2 – Seznam zařízení ve Zlínském kraji poskytující pomoc lidem v krizi

Linka bezpečí

Telefon: 800 155 555

KROMĚŘÍŽ – Linka důvěry

Zaměření: pro celou populaci

Telefon: 573 331 888

VSETÍN - Linka důvěry

Zaměření: pro celou populaci

Telefon: 571 413 300

E-mail: ld@vs.inext.cz, web: <http://www.inext.cz/linka/>

UHERSKÉ HRADIŠTĚ - Linka důvěry

Telefon: 572 555 782

ZLÍN - Linka SOS

Zaměření: pro celou populaci

Telefon: 577 431 333

E-mail: sos@zlin.cz, web: <http://www.soslinka.zlin.cz/>

UHERSKÝ BROD – Linka SOS

Tel: 572 632 700

Krizové centrum DOMEK: 577 242 786, 606 818 818

BYSTRICE POD HOSTÝNEM - Krizové centrum pro děti a mládež

Telefon: 573 380 000

Středisko výchovné péče HELP

Zelené náměstí 1292, 686 01 Uherské Hradiště

Tel/fax: 572 564 520, e-mail: svp@svphelp.cz

Pedagogicko - psychologická poradna

Adresa: Františkánská 1256, 68601 Uherské Hradiště

Telefon: 572 551 352

E-mail: ppp@ppp.uhedu.cz, web: www.pppuh.cz

Pedagogicko-psychologická poradna

Louky 206, Zlín,

Tel: 577 102 10

pppor@zlinedu.cz

Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy

U Náhonu 5208, 760 01 Zlín

Telefon: 577 210 809

e-mail: poradna.zlin@volny.cz, web: <http://www.poradnazlin.cz>

Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy

Hradební 1250, 68601 Uherské Hradiště

Tel.: 572 555 330

Rodinná poradna

Smetanova 35/1050, tel. 571 999 888, Vsetín

rodinna.poradna@tiscali.cz

Rodinná poradna

Nitranská 4091, tel. 573 340 131, Kroměříž

poradna.km@quick.cz

Kontaktní centrum HAUS – OTROKOVICE

Tel.: 577 932 297

Kontaktní centrum HAUS – ZLÍN

Tel.: 572 243 108

Kontaktní centrum pro uživatele drog – UHERSKÉ HRADIŠTĚ

Tel.: 572 540 616

Příloha č. 3 – Seznam tabulek a grafů

Tab. 1: Suicidalita v různých věkových kategoriích v ČR (v letech 1994 – 2000)

Tab. 2: Suicidalita v různých věkových kategoriích v ČR (v letech 2002 – 2006)

Graf č. 1: Rodinná situace pacientů

Graf č. 2: Funkčnost rodiny

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Zuzana Černá
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	Doc. PhDr. Jitka Skopalová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Vliv rodiny na suicidální chování dětí a dospívajících
Název v angličtině:	The Influence of Family on Suicidal Behaviour in Children and Adolescents
Anotace práce:	Závěrečná práce se zabývá vlivem rodiny na sebevražedné chování dětí a mladistvých v České republice. Cílem bakalářské práce bylo zpracovat informace o sebevražednosti dětí a mladistvých do jednoho celku, objasnit podíl rodiny na zvyšujícím se počtu dokonaných sebevražd dětí a dospívajících. Mou snahou bylo také oslovit konkrétní odborníky z praxe, kteří se setkávají s dětmi a mladistvými se sebevražedným chováním, abych zjistila jejich zkušenosti s danou problematikou.
Klíčová slova:	Suicidium, suicidální chování, deprese, prevence, rizikové a protektivní faktory.
Anotace v angličtině:	The following thesis deals with the influence of family on suicidal behaviour in children and adolescents in the Czech republic. The aim of this BA thesis was to process information about suicidality in children and adolescents and to create a unique whole. Also, to throw some light on the influence a family has on the growing number of committed suicides in children and adolescents. A part of my effort was to address the concrete experts who encounter these children and adolescents with suicidal behaviour in order to detect their experience with the given issue.
Klíčová slova v angličtině:	suicide, suicidal behaviour, depression, prevention, risk and protective factors
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 - Připravené otázky k rozhovoru Příloha č. 2 - Seznam zařízení ve Zlínském kraji poskytující pomoc lidem v krizi Příloha č. 3 – Seznam tabulek a grafů

Rozsah práce:	50 stran
Jazyk práce:	CZ