

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav pedagogiky a sociálních studií

Diplomová práce

Bc. Zuzana Černá

Pedagogická prevence a intervence suicidality adolescentů

Olomouc 2013

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

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem jen uvedené prameny a literatury.

V Olomouci dne

.....

Poděkování

Děkuji paní doc. PhDr. Jitce Skopalové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a kritické připomínky, které mi poskytla při vypracování mé diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat okresní metodičce prevence pro okres Uherské Hradiště za poskytnutí rozhovoru k mé práci a všem školním metodikům prevence na středních školách a odborných učilištích v Uherském Hradišti za poskytnutí informací pro výzkumné šetření mé diplomové práce.

Obsah

Úvod.....	6
1 Cíl a metodologie práce.....	8
2 Teoretická východiska.....	13
2.1 Základní pojmy a formy suicidality	13
2.2 Vývoj suicidality	20
2.3 Charakteristika adolescence	24
2.3.1 Psychologická charakteristika.....	25
2.3.2 Sociální charakteristika.....	27
2.4 Adolescent a suicidalita.....	29
2.4.1 Rizikové a protektivní faktory	29
2.4.2 Deprese u dětí a adolescentů.....	32
2.5 Varovné signály suicidálního jedince	34
3 Možnosti prevence suicidia ve školách	38
3.1 Kompetence v oblasti školní prevence.....	38
3.2 Typy prevence	42
3.2.1 Primární prevence	42
3.2.2 Sekundární prevence.....	44
3.2.3 Terciární prevence	44
3.3 Pro a proti prevenci suicidality ve školách.....	45
3.4 Výsledky studie - první česká populační studie	47
4 Krizová intervence ve školách.....	50
4.1 Základní terminologie	50
4.1.1 Principy a zásady	52
4.1.2 Formy.....	54

4.1.3	Druhy pomoci	56
4.2	Přístup učitele k rizikovému jedinci.....	59
4.3	Postup krizové intervence s jedincem po suicidálním pokusu.....	61
4.4	Doporučená krizová intervence ve školách po úmrtí studenta.....	63
5	Ilustrativní šetření	67
5.1	Realizace rozhovoru s okresním metodikem prevence	67
5.1.1	Shrnutí rozhovoru	70
5.2	Dotazníkové šetření.....	71
5.2.1	Charakteristiky výzkumného souboru	71
5.2.2	Výsledky dotazníkového šetření	72
5.2.3	Shrnutí výsledků dotazníkového šetření	78
5.3	Diskuse a doporučení pro praxi.....	79
	Závěr	83
	Seznam použité literatury	84
	Seznam tabulek.....	88
	Seznam grafů	89
	Seznam zkratk	90
	Seznam příloh	91
	Anotace	122

Úvod

Téma mé diplomové práce zní **Pedagogická prevence a intervence suicidality adolescentů**. V životě se nikdo nevyhne stresu a nezdarům. Záleží na každém jednotlivci, jak se s danou situací vypořádá. Někdo je odolný více a někdo méně vůči stresujícím situacím. Zejména adolescenti procházejí velmi náročným vývojovým obdobím a jejich psychika je velmi labilní. V dnešní uspěchané době, která stanovuje vyšší a vyšší nároky na člověka, je suicidium velkým rizikem, hlavně u dospívajících. Pravděpodobně většina z nás zná nebo znal nějakého mladého člověka ze svého blízkého okolí, který se o sebevraždu pokusil, nebo ji dokonce dokonal.

Téma diplomové práce jsem si vybrala z důvodu navázání na mou bakalářskou práci (Vliv rodiny na suicidální chování dětí a dospívajících), a také z důvodu, že na danou problematiku není zpracován dostatek publikací, kde by byly shrnuty veškeré důležité informace, co se týká suicidality dětí a mladistvých. Zároveň usiluji o upozornění na důležitost role škol při prevenci a intervenci tohoto rizikového jednání, jelikož si střední školy neuvědomují důležitost prevence a intervence zmiňovaného jevu, přestože adolescenti patří mezi nejrizikovější skupinu. Dále usiluji o vypracování metodiky, jak by měla probíhat prevence a intervence sebevražednosti adolescentů na středních školách.

Práce se skládá z pěti kapitol a není jednoznačně rozdělena na teoretickou a empirickou část. V první kapitole Cíl a metodologie práce objasňuji konkrétní metody, které užívám v průběhu mé práce. Druhá kapitola se věnuje zejména teoretickým a terminologickým východiskům problematiky suicidality. Třetí kapitola se zaměřuje na možnosti prevence suicidia na školách. Jsou zde vymezeny jednotlivé kompetence všech účastníků, podílejících se na prevenci rizikového chování na školách, typy prevence a konkrétní rady pro vytvoření preventivních programů sebevražednosti dospívajících a klady a zápory zavádění preventivních programů tohoto závažného jevu. V poslední části shrnuji ve zkratce výsledky první české studie zaměřující se na sebevražednost dětí a adolescentů. Čtvrtá kapitola se zabývá krizovou intervencí suicidality adolescentů na školách. Je zde vymezena základní terminologie krizové intervence a konkrétní kroky učitelů při práci s rizikovým jedincem, se studentem po sebevražedném pokusu a doporučené ošetření školy po úmrtí studenta.

Používám zde nejen kvantitativní, ale i kvalitativní výzkumné metody. V diplomové práci jsou aplikovány:

1. metoda ***polostrukturovaného rozhovoru***,
2. metoda **sekundární analýzy dat**,
3. metoda **dotazníku**.

Jako první jsem realizovala rozhovor s okresní metodičkou prevence pro Uherské Hradiště (viz podkapitola Realizace rozhovoru s okresním metodikem prevence) a posléze jsem provedla dotazníkové šetření (viz podkapitola Dotazníkové šetření).

Pokud bych měla zhodnotit aktuální stav zkoumané problematiky, tématem suicidality dětí a mladistvých se již bakalářské a diplomové práce věnovaly. Avšak konkrétně pedagogickou prevencí a intervencí sebevraždy dětí a mladistvých se zabývá jedna část v knížce¹, autorkou je doc. PhDr. Jitka Skopalová, Ph.D., působící na Univerzitě Palackého v Olomouci. V knize jsou jak základní teoretická východiska, tak konkrétní rady pro učitele spolu s pracovními listy, určené pro práci se studenty na dané téma. V zahraničí je mnohem více publikací zabývajících se touto tematikou, i co se týká prevence suicidality dětí a adolescentů na školách.

¹ SKOPALOVÁ, Jitka. Nesahej si na život! (Specifické zvláštnosti sebevraždy dětí a mládeže). In ASSENZA, D. (ed.) Praktické rady budoucím učitelům, řešení problémů. 2. díl. Olomouc: A & M Publishing, 2007, s. 298 – 371.

1 Cíl a metodologie práce

V první kapitole stanovuji hlavní cíl mé diplomové práce, formuluji výzkumné otázky a podrobně popisuji kompletní metodologii aplikovanou v této práci.

Cílem diplomové práce bylo zjišťování potřeby a míry angažovanosti středních škol a odborných učilišť v oblasti prevence a intervence suicidality adolescentů, vzdělání školních metodiků prevence na danou problematiku a analýza odborných publikací zaměřující se na prevenci projevů rizikového chování na středních školách a odborných učilištích, to vše v okrese Uherské Hradiště.

Pro ilustrativní výzkumné šetření byly stanoveny následující výzkumné **otázky**:²

1. Jaké místo zaujímá potřeba prevence a intervence v rámci suicidality adolescentů na středních školách a odborných učilištích v okrese Uherské Hradiště?
2. Jakou měrou působí střední školy a odborná učiliště v okrese Uherské Hradiště na studenty v rámci primární, sekundární a terciární prevence suicidality adolescentů?
3. Do jaké míry jsou vzdělávání školní metodici/metodičky prevence v problematice suicidality adolescentů?
4. Do jaké míry jsou rozpracovány odborné dokumenty zaměřující se na prevenci rizikového chování ve školách na téma suicidality?

Abychom se vyvarovali ukvapených soudů pro rozpoznání sociální reality dané problematiky, rozhodla jsem se zvolit poněkud jiný přístup. Odstoupila jsem od ryze kvantitativního sběru dat z terénu a pro celkové uchopení tohoto jevu jsem zvolila integrovaný výzkum. Používám zde nejen kvantitativní, ale i kvalitativní výzkumné metody. Metodologicky můj výzkum vychází z kombinace pozitivistického (strukturalistického) přístupu a interpretativního (konstruktivistického) přístupu.

Termínem **kvalitativní výzkum** rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí kvantifikace a statistických procedur. Může se jednat o výzkum týkající se života lidí, chování, příběhů, ale také chodu společenských hnutí, různých organizací nebo

² Jelikož se jedná o kvalitativně kvantitativní orientovaný výzkum, byl tento orientován výzkumnými otázkami, nikoliv hypotézami.

vzájemných vztahů.³ V **kvantitativním výzkumu** pracujeme s číselnými údaji, zjišťujeme množství, frekvenci nebo rozsah výskytu daných jevů. Údaje jsou číselné a dají se matematicky zpracovat. Při kvantitativním výzkumu se výzkumník nemusí vidět se zkoumanými osobami.⁴

Jedna z aplikovaných metod je **polostrukurovaný rozhovor** (viz podkapitola Realizace rozhovoru s okresním metodikem prevence) a **sekundární analýza dat**.

„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.“⁵ U polostrukurovaného rozhovoru se dotazovaným (respondentům) nabízejí k jednotlivým otázkám různé možnosti odpovědí, ale zároveň se od respondentů očekává vysvětlení a odůvodnění odpovědí.⁶

Rozhovor jsem realizovala s Mgr. Blažkovou, okresní metodičkou prevence. Rozhovor se uskutečnil ve Středisku výchovné péče HELP v Uherském Hradišti, v kanceláři psycholožky. Byly položeny tyto konkrétní otázky:

1. Jaké máte vzdělání?
2. Pracuje pedagogicko-psychologická poradna s dětmi po sebevražedném pokusu?
3. Vedou na středních školách metodici prevence evidenci dokonaných sebevražd nebo pokusů o sebevraždu?
4. Jsou pro metodiky prevence realizované nějaké školení nebo kurzy na téma Sebevražednost dětí a mladistvých?
5. Proč tyto přednášky nejsou přístupné pro učitele?
6. Domníváte se, že školním metodikům prevence chybí vzdělání na toto téma?
7. Domníváte se, že sebevražedných pokusů přibývá?
8. Má vůči škole někdo povinnost oznamovat pokus o sebevraždu studenta?

³ STRAUSS, Anselm. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 1999, s. 10.

⁴ GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, s. 31.

⁵ GRECMANOVÁ, Helena, Drahomíra HOLOUŠOVÁ a Eva URBANOVSKÁ. *Obecná pedagogika I*. dotisk. Olomouc: Hanex, 1999, s. 224.

⁶ CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, s. 183.

9. Je ve škole nějakým způsobem pracováno na toto téma?

10. Jakým způsobem většinou pracují peer aktivisté?

11. Působí v okrese nějaká jiná organizace zabývající se prevencí rizikového chování mladistvých?

Při **sekundární analýze dat** zkoumáme **sekundární dokumenty**. Jsou to dokumenty, které vznikly při zpracování dat primárních (dokumenty z „první ruky“, např. úřední dokumenty, do nichž řadíme statistiky, úřední výkazy atd., nebo tištěné a další materiály hromadného předávání informací, jako jsou časopisy, noviny, knihy atd.).⁷

Při pracování s dokumenty rozeznáváme tři skupiny operací:⁸

- výběr dokumentů a získání přístupu k nim,
- analýza a kódování z hlediska preference výzkumu,
- kritické zhodnocení dokumentů z hlediska využitelnosti pro zkoumání zvoleného výzkumného problému.

Dne 4. 12. 2012 jsem telefonicky zkontaktovala metodičku prevence rizikového chování resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT), magistru Martinu Budinskou, abych zjistila, zda vychází nějaká publikace zaměřená na prevenci rizikového chování pro školy a školská zařízení. Sdělila mi, že vychází **časopis Prevence** a dala mi kontakt na PhDr. Helenu Vrbkovou⁹. Doktoru Vrbkovou jsem telefonicky kontaktovala dne 4. 12. 2012 a sdělila mi podrobné informace o časopisu Prevence.¹⁰ Dále mi paní šéfredaktorka řekla, že byly vydány nějaké články zaměřující se na sebevražednost dětí a mladistvých a ona sama vydala článek, který se zaměřoval na ošetření školního prostředí po úmrtí spolužáka (viz podkapitola Doporučená krizová intervence ve školách po úmrtí studenta).¹¹

⁷ JEŘÁBEK, Hynek. *Úvod do sociologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1992, s. 81.

⁸ Tamtéž.

⁹ Šéfredaktorka časopisu Prevence.

¹⁰ Časopis Prevence se začal vydávat v roce 2004, jako měsíčník, který vychází desetkrát ročně po dobu školního roku. Vznikl na základě poptávky ze strany škol a školských zařízení po metodickém materiálu, který by nabízel především texty vycházející z každodenní praxe. Časopis je zejména určen školním metodikům prevence a dalším pracovníkům školských poradenských zařízení, krajským školským koordinátorům prevence a ostatní odborné veřejnosti, zabývající se tematikou primární prevence a práce se třídou. Mezi obsahové oblasti patří školská legislativa, informace z MŠMT, metodická podpora, příklady z praxe, představení organizací pracujících v primární prevenci a inzerce.

¹¹ Informace získané od PhDr. Heleny Vrbkové prostřednictvím telefonního rozhovoru, ze dne 4. 12. 2012.

Na základě tohoto rozhovoru jsem provedla analýzu všech vydaných čísel časopisu *Prevence*, konkrétně od roku 2004, kdy se začal vydávat, až do nynějšího roku, za účelem nalezení všech článků, které se nějakým způsobem zabývaly prevencí a intervencí suicidality dětí a mladistvých. Kromě zmiňovaného článku, který vydala sama PhDr. Vrbková, jsem našla pouze další čtyři články dotýkající se dané problematiky (viz příloha č. 4).

V rámci **sekundární analýzy dat** jsem také **vyhledávala statistiky** suicidality adolescentů. Data jsem hledala v interních zdrojích Policie ČR, Českého statistického úřadu a Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. Podrobně zpracovaná data s případnými komentáři viz tabulky v podkapitole *Vývoj suicidality*.

Dále jsem v rámci této metody analyzovala dokument vydaný MŠMT v roce 2010 (*Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních*), z hlediska prevence suicidality dětí a dospívajících, který slouží jako podklad pro tvorbu preventivních programů ve školách a školských zařízeních. Více viz podkapitola *Kompetence v oblasti školní prevence*.

Další aplikovanou metodou je metoda **dotazníku**. Metoda dotazníku je způsob kladení otázek a získávání odpovědí v písemné formě. Je sestaven z předem připravených otázek, na které respondenti odpovídají. Podle toho, jakým způsobem dotazovaní odpovídají na otázky, rozlišujeme otázky otevřené (volná tvorba odpovědi), uzavřené (několik variant odpovědí, ze kterých si musí respondent vybrat) a polozavřené (kombinace obou předchozích typů). Respondentům musí být všechny otázky srozumitelné, jednoznačné, jasné a měly by zjišťovat ty nejdůležitější údaje (co nejmenší počet otázek).¹²

Naformulovala jsem sedm pilotážních¹³ otázek, které jsem poslala e-mailem všem školním metodikům prevence v okrese Uherské Hradiště spolu s průvodním dopisem (viz příloha č. 2). Zvolila jsem typy otázek polozavřené.

Údaje, které jsem zjišťovala, se ve výzkumném vzorku objevují velmi zřídka nebo se neobjevují vůbec, z toho důvodu jsem další výzkum již neprováděla (vyhodnocení dotazníku viz oddíl *Výsledky dotazníkového šetření*).

¹² CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, s. 163 – 169.

¹³ Pilotáž = v empirickém pedagogickém výzkumu je pilotáž totéž co „předvýzkum“, což je ověřování metod a postupů, plánovaných pro hlavní výzkum či mapování podmínek, na malém vzorku populace. PRŮCHA, Jan. *Pedagogický slovník*. 3. vyd. Praha: Portál, 2001, s. 164.

Otázky zasílané školním metodikům prevence:

1. Setkal/a jste se někdy ve Vaší pedagogické praxi s problematikou sebevraždy Vašich studentů?
2. Pokud ano:
 - a) Vedete si Vy nebo vedení školy nějakou evidenci dokonáných sebevražd nebo pokusů o sebevraždu?
 - b) Kolik dokonáných sebevražd nebo pokusů o sebevraždu evidujete za posledních 10 let?
3. Jak byste jednal/a se studentem/studentkou, která/ý by Vám řekl/a, že uvažuje o sebevraždě?
4. Jako školní metodik/metodička prevence pracujete nějakým způsobem se studentem/studentkou, který/á se pokusil/a o sebevraždu? Pokud ano, jak?
5. Účastnil/a jste se někdy školení nebo kurzů na téma Sebevražednost dětí a mladistvých?
6. Pokud ne, uvítal/a byste nějaké vzdělání na uvedené téma? Prosím, konkretizujte:
7. Působí u Vás peer aktivisté? Jestli ano, jakou formou pracují?

2 Teoretická východiska

Ve druhé kapitole objasňuji základní pojmy, jako je suicidium a dále pojmy, se kterými budu pracovat v mé diplomové práci. Ve zkratce nastiňuji různé formy sebevražděného chování a vývoj suicidality v jednotlivých letech. Dále zde vymezuji základní charakteristiky adolescence, rizikové a protektivní faktory ovlivňující sebevražděné jednání a problém deprese u dětí a adolescentů. Závěrečná podkapitola se věnuje varovným signálům suicidálního jedince.

2.1 Základní pojmy a formy suicidality

Na začátek této podkapitoly vysvětluji pojmy jako je suicidant, tentamen suicidia (TS), adolescent, prevence, intervence, krizová intervence, škola a další. Uvádím zde definice suicidia z pohledu různých autorů, kteří se danou problematikou zabývají, psychologické hledisko sebevražděnosti, Ringelův presuicidální syndrom a formy sebevražděného chování.

Suicidant neboli sebevrah může spáchat demonstrativní sebevraždu, kdy tento akt nekončí smrtí, jedinec se záměrně pořeže, požije jedovatou látkou nebo větší množství léků za účelem upozornit na sebe a ve snaze přivolat pomoc. Tomuto jednání se říká **tentamen suicidia** nebo také sebevražděný pokus.¹⁴

Pojem **sebezabití** je nutno vysvětlit, jelikož se odlišuje od pojmu sebevražda, v tomto případě člověk nechce dobrovolně zemřít. Tato forma se může vyskytnout u některých duševních poruch, jako je psychotik trpící halucinacemi¹⁵ nebo u impulzivního či zkratkového jednání. Impulzivní jednání se vyznačuje tím, že určitá myšlenka přejde okamžitě v čin, není zde předběžná motivace. K sebezabití může dojít i u zdravého jedince, který toto jednání využívá jako nátlak na druhé lidi nebo jako vydírání okolí.¹⁶

¹⁴ PETERKOVÁ, Michaela. Slovníček pojmů. *Sebevražda.cz* [online]. 2008-2012 [cit. 2012-11-13]. Dostupné z: <http://www.sebevrazda.psychoweb.cz/3/slovnicek-pojmu>

¹⁵ Halucinace = mylný smyslový vjem, který vyvolává pocit skutečnosti, ačkoliv není přítomen vnější podnět nebo činnost smyslového orgánu; osoba je při vědomí a je přesvědčena o skutečné existenci vnímaného pocitu nebo jevu. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 172.

¹⁶ VIEWEGH, Josef. *Sebevražda a literatura*. 1. vyd. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka, 1996, s. 19 – 20.

Adolescence neboli dospívání je u nás definováno jako období mezi pubescencí a ranou dospělostí. Je charakteristické nástupem sekundárních pohlavních znaků, dosažením pohlavní zralosti, dozríváním rozumových schopností a dotvářením celistvé osobnosti. U dívek toto vývojové období probíhá mezi 12. a 18. rokem a u chlapců mezi 14. a 20. rokem.¹⁷

Prevence znamená předcházet nežádoucím jevům, nehodám, úrazům a nemocem. Rozlišuje tři druhy prevence, a to je primární, sekundární a terciární prevence.¹⁸ Více viz kapitola Možnosti prevence suicidia ve školách.

Krizi nazýváme situaci, kdy dojde k selhání dosavadních regulativních mechanismů, což znamená nefunkčnost v oblasti biologické (potrava, spánek), psychické (ztráta smyslu života) a sociální (život s jinými lidmi). Krize je také výraz pro extrémní psychickou zátěž, nebezpečný stav a životní událost.¹⁹

Intervence nám značí v širším smyslu zákrok a v užším smyslu nám značí cílený, předem promyšlený zásah. Zejména se zaměřuje na zmírnění tíživé osobní situace pozorovaného člověka. Velmi úzce spjata s intervencí je **krizová intervence**, jejímž cílem je pomoc poskytovaná v krizových situacích a je zaměřena na akutní potíže postiženého a na zeslabení intenzity krize a jeho zklidnění. Zpravidla na nic jiného nezbývá čas.²⁰

Škola je chápána jako společenská instituce a její funkcí je poskytovat vzdělání žákům různých věkových skupin v organizovaných formách podle daných vzdělávacích programů.²¹

Preventivní program (dříve minimální preventivní program) je *„konkrétní dokument školy zaměřený zejména na výchovu a vzdělávání žáků ke zdravému životnímu stylu, na jejich osobnostní a emočně sociální rozvoj a komunikační dovednosti. Preventivní program je založen na podpoře vlastní aktivity žáků, pestrosti forem preventivní práce s žáky, zapojení celého pedagogického sboru školy a spolupráci se zákonnými zástupci nezletilých žáků školy. Preventivní program vychází z preventivní strategie školy, je zpracováván na jeden školní rok školním metodikem prevence, podléhá kontrole České školní inspekce, je vyhodnocován*

¹⁷ HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 18.

¹⁸ Tamtéž, s. 450.

¹⁹ Tamtéž, s. 279.

²⁰ Tamtéž, s. 239.

²¹ PRŮCHA, Jan. *Pedagogický slovník*. 3. vyd. Praha: Portál, 2001, s. 238.

průběžně a na závěr školního roku je hodnocena kvalita a efektivita zvolených strategií primární prevence. Dané hodnocení je součástí výroční zprávy o činnosti školy“.²²

Tomáš Garrigue Masaryk nahlíží na sebevraždu ze dvou hledisek. „V širším slova smyslu rozumí se jí ten nepřirozený způsob smrti, jenž byl přivezen 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 takové přeje 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.“²³

Dle **Sigmunda Freuda** je suicidium určitá agrese namířená proti sobě jako reakce člověka na frustraci, nebo také jde o přenesenou agresi: „nikdo nezabíjí sebe sama, chtěl přece zabít někoho jiného“.²⁴

Durkheim chápal sebevraždu: „Sebevražda je činem člověka, jenž si sáhne na život ve stavu pomatenosti. Všichni kandidáti sebevraždy jsou pomatení.“²⁵

Koutek a Kocourková také zmiňují definici sebevraždy od **Stengela**, ten jako jeden z mála počítá s nevědomými motivy a tendencemi. Suicidium lze definovat jako „záměrný a sebepoškozující akt, při němž si osoba, která se ho dopouští, nemůže být jista, zda jej přežije“.²⁶

²² ČESKO. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. MŠMT: Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže [online]. MŠMT, 2010 [cit. 2012-12-04]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/20274>

²³ MASARYK, Tomáš Garrigue. Sebevražda: hromadným jevem společenským moderní osvěty. 4. čes. vyd. Praha: Ústav T. G. Masaryka, 1998, s. 2.

²⁴ HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Velký psychologický slovník. 4. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 525. FREUDE in HARTL, HARTLOVÁ.

²⁵ MONESTIER, Martin. Dějiny sebevražd: dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti. 1. vyd. Praha: Dybbuk, 2003, s. 14. DURKHEIM in MONEISTIER.

²⁶ KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. Sebevražedné chování. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 12. STENGEL in KOCOURKOVÁ, KOUTEK.

Baechler hovoří o sebevraždě takto: „*Sebevražda je čin, jímž si člověk, obvykle vědomě, přivodí smrt, kterou pokládá za prostředek nebo konec.*“²⁷

Autor **K. A. Meninger** vidí v sebevraždě tři přání: „*zabít, být zabit a přání zemřít*“. Český autor **J. Skála** vidí potencionálního sebevraha v každém, kdo je závislý na alkoholu a zároveň je depresivní.²⁸

Světová zdravotnická organizace v roce 1968 definuje sebevraždu takto: „*Sebevražedný čin je útok proti vlastní osobě s různým stupněm úmyslu zemřít. Sebevražda je pak sebezničující čin s fatálním výsledkem.*“²⁹

Každý z autorů nahlíží na pojem suicidium z různých hledisek, ať už se jedná o Sigmunda Freuda, který nahlíží na sebevraždu z psychologického hlediska nebo T. G. Masaryk z filosofického hlediska. Nicméně všechny definice se shodují v tom, že se jedná o úmyslné jednání, které vede ke smrti.

Z **psychologického hlediska** lze sebevraždu chápat jako krajní reakci na subjektivně významnou zátěž, která způsobuje ztrátu nějaké osobně důležité hodnoty nebo její ohrožení. V takové situaci selhávají běžné adaptační mechanismy a může dojít k oslabení pudu sebezáchovy, které vyústí až v sebevraždu. Suicidální jednání lze chápat jako poruchu postoje k vlastnímu životu. Jedinec ztrácí obrannou schopnost, do níž se zahrnuje únikový, útočný a násilný způsob řešení, kdy je agrese namířená vůči vlastní osobě. Tato reakce avšak není vyloučena u silného, vyrovnaného a psychicky odolného jedince. Sílu zátěže je třeba hodnotit ze subjektivního hlediska, podle toho, jaký má pro daného člověka osobní význam. Lidé, kteří páchají sebevraždy, bývají často při zvládání svých problémů rigidní³⁰, málo flexibilní³¹

²⁷ MONESTIER, Martin. *Dějiny sebevražd: dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. 1. vyd. Praha: Dybbuk, 2003, s. 14. BAECHLER in MONESTIER

²⁸ HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 525. MENINGER, SKÁLA in HARTL, HARTLOVÁ.

²⁹ PETERKOVÁ M. Slovníček pojmů. *Sebevražda.cz* [online]. 2008-2012 [cit. 2012-11-13]. Dostupné z: <http://www.sebevrazda.psychoweb.cz/>

³⁰ Rigidní = ztuhlý, nepoddajný, nehybný, nesmlouvavý. KUČERA, R. *ABZ.cz: slovník cizích slov - on-line hledání* [online]. [cit. 2012-11-28]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/rigidni>

³¹ Flexibilní = pružný, pohyblivý, nestálý. KUČERA, R. *ABZ.cz: slovník cizích slov - on-line hledání* [online]. [cit. 2012-11-28]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/flexibilni>

a hůře adaptabilní³². Mají tendenci si často nesprávně vykládat různé podněty. Nejsou schopni hledat alternativní řešení čehokoliv, ani vlastního života. Dokonaná sebevražda tak bývá projevem nedostatečné kognitivní pružnosti. Tito jedinci mívají labilní a kolísavé sebepojetí, sníženou sebeúctu a jsou přesvědčeni o své neschopnosti zvládat problémy. Nízké sebehodnocení připouští autoagresi³³ jako logický postoj. Rozumové uvažování bývá doprovázeno silným emočním prožíváním. Za určitých okolností mohou suicidální myšlenky nabývat nutkavého charakteru, jedinec se jich nedokáže zbavit a posoudit reálně aktuální situaci.³⁴

Ringelův presuicidální syndrom je syndrom, který předchází každému sebevražednému jednání. Je definován třemi hlavními znaky, **zúžení subjektivního prostoru**, **agresivita nasměřovaná proti sobě** nebo může být zablokovaná a posledním znakem jsou **naléhavé sebevražedné fantazie**. Zhodnocením těchto tří znaků získáme možnost určit míru ohroženosti daného jedince, získáme vodítko, jak postupovat v krizové intervenci. Narůstající zúžení subjektivního prostoru se projevuje v oblasti situační, jedinec ztrácí orientaci, neví si rady a je přesvědčen, že ho neúnosná situace pohlcuje a není žádného úniku. K tomu se přidá zúžení dynamické, pociťuje zejména zoufalství, beznaděj, strach, úzkost a bezmoc. Suicidální jedinec není schopen tyto emoce regulovat. Zúžení probíhá i ve vztahové rovině. Jedinec se začne stranit okolí a izoluje se od okolí. Případný vztah, v němž žije, pro něj ztrácí hodnotu. Zúžení probíhá i v oblasti hodnot. To, co bývalo dříve zajímavé, přitažlivé a do jisté míry naplňující, ztrácí na ceně. Postupem času člověk není schopen radovat se a z něčeho se těšit, ztrácí smysl života. Fáze obrácení agresivity proti sobě se projevuje tak, že jedinec je stále více přesvědčen o vlastní neschopnosti, o nedostatku kvalit, které jeho stav zapříčinily. Znehodnocuje se, nemá se rád, nenávidí se a není schopen prolomit negativní myšlenky a pocity. Rostoucí hněv obrací proti sobě. V poslední fázi se objevují suicidální fantazie, které

³² Adaptabilita = přizpůsobivost, schopnost jedince přizpůsobit se prostředí přírodnímu i společenskému, nedostatečná adaptabilita může vést k řadě psychopatologických symptomů, hlavně neurotických. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 16.

³³ Autoagrese = jednání, kterým člověk poškozuje sám sebe. KUČERA, R. *ABZ.cz: slovník cizích slov - on-line hledání* [online]. [cit. 2012-11-28]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/autoagrese>

³⁴ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004, 496 – 497. FREUDE in VÁGNEROVÁ.

jedinci přináší úlevu a osvobození. Myšlenky na sebevraždu jsou stále lákavější, příjemnější a jeví se jako jediná cesta řešení.³⁵

Pokud se všechny tři znaky objevují u jedince, je velmi blízko ke spáchání sebevraždy.

Suicidální chování nemá pouze jednu formu jednání, což je dokonaná sebevražda. Mezi další **formy suicidálního chování** patří sebevražedné myšlenky a tendence, suicidální pokus a parasuicidium. Zmiňované dělení je podle autorů Kocourkové a Koutka, jiní autoři přihlíží na dělení sebevražedného jednání odlišně.

Suicidální myšlenky a tendence jsou charakteristické tím, že jedinec mluví nebo přemýšlí nad sebevraždou. Touha zemřít u těchto forem nemusí být jednoznačná. U pacienta se musíme zaměřit na to, do jaké míry má myšlenky propracované, jak často se těmito myšlenkami zabývá, zda hovoří o konkrétním čase a způsobu provedení sebevraždy, abychom mohli odhadnout nebezpečnost myšlenek. Pokud má jedinec suicidium propracované do detailů a má např. přichystanou zbraň s náboji spolu s dopisem na rozloučenou, mluvíme o suicidálních tendencích. Sebevražedné tendence nemají daleko od dokonání suicidia.³⁶

Suicidální pokus (tentamen) je dalším stupněm sebevražedného jednání. Mezi suicidální pokusy se řadí veškeré činy s úmyslem zemřít, ale ne s letálním koncem. Ani u této formy nemusí být úmysl zemřít jednoznačný, může být vědomý nebo nevědomý. Nevědomé stanovisko k smrti je nejčastěji u dospívajících. Mnozí jen experimentují a zkouší, jaké by bylo, kdyby měli umřít. Adolescenti provozující adrenalinové sporty mají podobné jednání.³⁷

Pokud se logicky zamyslíme, zjistíme, že sebevražedných pokusů je mnohem více než dokonání suicidií.

Statistika od Stengela nám dané tvrzení potvrzuje, tentamen je 8 až 10krát častější.³⁸ Nejrizikovější věk, co se týče sebevražedných pokusů je kolem 15. roku a během 15. až 19. roku věku tentamen dosahuje nejvyšších hodnot, po 19. roku začíná klesat. Podíl mezi

³⁵ VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 488 – 489. RINGEL in VODÁČKOVÁ

³⁶ KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 28.

³⁷ Tamtéž, s. 28 – 29.

³⁸ VIEWEGH, Josef. *Sebevražda a literatura*. 1. vyd. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka, 1996, s. 26. STENGEL in VIEWEGH.

suicidálním pokusem a dokonanou sebevraždou u dívek a chlapců se liší. Dívky častěji páchají tentamen, chlapci častěji volí jistou smrt.³⁹

Zvláštním případem sebevražedného pokusu je **parasuicidium**, zde jedinec nechce zemřít, spíše se sebepoškozuje nebo páchá demonstrativní sebevraždu, kdy člověk může přijít nechtěně o život, zde se hovoří o sebezabití.⁴⁰

Několik definic **dokonaného suicidia** viz podkapitola Základní pojmy a formy suicidality.

Dokonané suicidium můžeme dále dělit na sebevraždu bilanční, účelovou, demonstrativní, rozšířenou sebevraždu a zkratkovité suicidální jednání. **Bilanční sebevražda** se vyznačuje plánovitostí. Jedinec zvážil všechny důvody proč setrvávat a neseetrvávat na tomto světě a nevidí žádný důvod, proč by měl nadále žít. Jeho uvažování o beznadějně situaci je však mylné. Dalším poznávacím znakem je pečlivě promyšlená struktura provedení. **Účelové sebevražedné jednání** je určitý útěk před krizovou situací, do které se sebevrah dostal a se kterou si neví rady, hlavním účelem není smrt. Toto jednání je velmi blízké demonstrativní sebevraždě. Na rozdíl od účelového jednání **demonstrativní suicidium** směřuje k účelu smrti vědomě. Dalším typem je **rozšířená sebevražda**, kdy duševně nemocný pod vlivem depresivního prožívání zasebevraždí sebe a ještě jinou osobu. Většinou se jedná o nějakého člena rodiny. Častým typem sebevražedného jednání u mladší generace bývá **zkratkovité** neboli **impulzivní suicidální jednání**. Vzniká z náhlého popudu a člověk nepřemýšlí nad jiným způsobem řešení. Hlavním cílem je co nejrychleji uniknout z nepříjemné situace. Tato situace může nastat například před vysvědčením. Dítě má strach z toho, co rodiče řeknou na špatné školní výsledky.⁴¹

Jak můžeme vidět, forem suicidálního jednání a typů dokonané sebevraždy je mnoho a zdaleka jsem nevyjmenovala všechny. Vybrala jsem pouze základní a pro mne nejdůležitější členění suicidálního chování. To, kam je jedinec zařazen, záleží na konkrétní fázi sebevražedného jednání a na věkové kategorii. Mladší jedinci častěji volí demonstrativní nebo zkratkovité suicidium. V neposlední řadě záleží také na pohlaví, u žen se častěji vyskytuje suicidální pokus, než-li dokonané suicidium.

³⁹ VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 284.

⁴⁰ KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 29.

⁴¹ Tamtéž, s. 31 – 32.

2.2 Vývoj suicidality

Suicidalita dětí a mladistvých se u nás objevuje odjakživa, avšak počet dětí se suicidálním jednáním se v časovém horizontu mění, a proto zde nastiňuji vývoj suicidality během historie a vývoj sebevraždy v průběhu vývoje jedince. Uvádím zde statistiky uveřejněné Policií ČR, Českým statistickým úřadem (ČSÚ) a statistiky Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS). Zároveň jednotlivé údaje od zmiňovaných institucí porovnávám a vyvozují větší věrohodnost informací. Nalezneme zde statistiky pro celou oblast ČR, pro Zlínský kraj a pro okres Uherské Hradiště v určitém časovém období.

K vzestupu suicidality u dětí a adolescentů dochází v průběhu devadesátých let 20. století.⁴²

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

Tab. 1: Vývoj suicidality v ČR v různých věkových kategoriích v letech 1994 – 2000 podle statistik Policie ČR.⁴³

Z uvedené tabulky lze vyčíst, že celkový počet suicidálních dětí a mladistvých se zvyšuje rok od roku, avšak do 20. roku věku, v období 1994 – 1997, suicidium u dětí a mladistvých mírně klesalo a od roku 1998 se opět počty zvyšují. Z vybraných věkových kategorií je nejvíce ohrožena skupina v rozmezí 18 – 20 let a nejméně kritická je kategorie do 15 let. V roce 1999 – 2000 bylo nejvíce obětí za zmiňované období ve všech jednotlivých kategoriích. U věkové kategorie do 15 let lze hovořit o zvyšujícím se počtu sebevražd za uvedené období.

⁴² KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 13.

⁴³ Ministerstvo vnitra ČR: *Sebevraždy evidované Policií ČR* [online]. 2001 [cit. 2012-11-14]. Dostupný z: http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/statistiky/krim_stat/2000/sebevraz.html

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
do 14 let	13	11	9	6	8	3	12
15 – 19 let	71	91	71	66	52	58	42
Celkem	84	102	80	72	60	61	54

Tab. 2: Vývoj suicidality v ČR ve dvou věkových kategoriích v letech 1994 – 2000 podle statistik ČSÚ.⁴⁴

Z tabulky výše lze vyčíst, že počty dokonanych suicidií ve všech věkových kategoriích velmi kolísají, nelze tedy hovořit o postupném zvyšování počtu během jednotlivých let. Více ohroženou skupinou jsou mladiství od 15 do 19 let, než věková kategorie do 14 let.

Statistiky z ČSÚ jsou rozčleněny do více věkových kategorií, na rozdíl od statistik od Policie ČR, kde jsou pouze dvě věkové kategorie, tudíž lze srovnávat do jisté míry jen celkové hodnoty. Záměrně jsem uvedla dvě tabulky, které ukazují stejný jev ve stejném časovém období, avšak v porovnání obou tabulek jsou zde značné nesrovnalosti. Přestože v tabulce 1 je věkové rozmezí do 20 let a v tabulce 2 je věkové rozmezí o jeden rok nižší, do 19 let, celkové počty obětí sebevražd za jednotlivá léta jsou v tab. 2 o hodně vyšší. Ze zjištěných skutečností, že statistiky od Policie ČR a statistiky z ČSÚ jsou v rozporu, jsem byla překvapena. Z toho důvodu jsem kontaktovala telefonicky ČSÚ, abych zjistila, která ze statistik je věrohodnější. Dotazovala jsem se na zdroje, odkud čerpají informace, a zjistila jsem tyto skutečnosti.

Český statistický úřad zpracovává údaje o zemřelých na základě Hlášení o úmrtí, které jim zasílají obecní úřady pověřené vedením matrik. Do tohoto hlášení se opisuje příčina smrti z Listu o prohlídce mrtvého (LPM). List o prohlídce mrtvého vyplňují doktoři, kteří určují příčinu smrti. ČSÚ zpracovává prvotní příčinu úmrtí (je kódována v Hlášení o úmrtí z LPM).⁴⁵

⁴⁴ ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. ČSÚ: Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech 1994 – 2008 [online]. ČSÚ, 2009 [cit. 2012-11-14]. Dostupný z: <http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/4017-11>

⁴⁵ Informace získané od zaměstnance ČSÚ prostřednictvím telefonního rozhovoru, ze dne 14. 11. 2012.

Ze zjištěných informací usuzuji, že věrohodnější jsou statistiky z ČSÚ, jelikož informace získávají zprostředkovaně přímo od lékařů, kteří určí přesněji příčinu smrti, nežli policisté.

Avšak ani údaje získané z lékařských statistik nelze považovat za přesné. Dokonaných sebevražd je mnohem více, jelikož lékaři s ohledem na rodinu často zapíší smrt mladého člověka, který zemřel vlastním přičiněním, jako nehodu.⁴⁶

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
do 14 let	6	6	9	8	6	3	2	4	3	1
15 – 19 let	39	44	43	43	37	42	29	42	31	43
Celkem	45	50	52	51	43	45	31	46	34	44

Tab. 3: Vývoj suicidality v ČR ve dvou věkových kategoriích v letech 2001 – 2010 podle statistik ČSÚ.⁴⁷

Z tabulky 3 je zřejmé, že ve věkové kategorii do 14 let je méně obětí sebevražd, než ve věkové kategorii od 15 do 19 let a zároveň v této skupině byl v roce 2010 nejmenší podíl suicidantů oproti ostatním rokům. Z celkového počtu v roce 2003 suicidovalo nejvíce dětí a mladistvých. Z uvedených čísel v tab. 3 nelze hovořit o postupném zvyšování počtu dokonaných sebevražd u dětí a mladistvých.

Pokud porovnáám údaje z tab. 2 a 3, v letech 1994 – 2000 celkem suicidovalo 513 dětí a mladistvých a v letech 2001 – 2010 jich bylo celkem 441. Přes časově kratší období, 1994 – 2000, než období 2001 – 2010, v tomto časově kratším pásmu suicidovalo více dětí a adolescentů.

⁴⁶ MONESTIER, Martin. *Dějiny sebevražd: dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. 1. vyd. Praha: Dybbuk, 2003, s. 192 – 193.

⁴⁷ ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD: Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech 2001 – 2010 [online]. ČSÚ, 2011 [cit. 2012-11-14]. Dostupný z: <http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/4017-11>

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
do 14 let	3	0	0	0	1	2	1	0	0	1	0	0
15 – 19 let	3	3	1	3	0	3	8	2	2	1	3	2
Celkem	6	3	1	3	1	5	9	2	2	2	3	2

Tab. 4: Vývoj suicidality ve Zlínském kraji ve dvou věkových kategoriích v letech 2000 – 2011 podle statistik ÚZIS ČR.⁴⁸

Z tabulky 4 lze vyčíst počty obětí sebevražd v jednotlivých letech ve Zlínském kraji. V roce 2002 a 2004 bylo nejméně sebevražd (1 oběť v každém roce) a v roce 2006 nejvíce sebevražd v obou věkových kategoriích (9 obětí). Celkový počet sebevražd v letech 2000 – 2011 je 39.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
do 14 let	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
15 – 19 let	3	1	0	2	0	2	4	1	0	1	0	0
Celkem	5	1	0	2	0	2	5	1	0	2	0	0

Tab. 5: Vývoj suicidality v okrese Uherské Hradiště ve dvou věkových kategoriích v letech 2000 – 2011 podle statistik ÚZIS ČR.⁴⁹

Z tabulky 5 lze vyčíst, že celkový počet sebevražd pro okres Uherské Hradiště v období od roku 2000 – 2011 je 18, což považuji za nemalé číslo.

Zlínský kraj se skládá ze 4 okresů (Zlín, Kroměříž, Vsetín a Uherské Hradiště), z toho okres Uherské Hradiště má ze všech okresů Zlínského kraje nejmenší počet obyvatel. Přes tyto skutečnosti tvoří okres Uherské Hradiště 33 % z celkového počtu dokonaných sebevražd Zlínského kraje.

⁴⁸ Interní zdroje, které mi byly zaslány prostřednictvím e-mailu na požádání zaměstnancem ÚZIS ČR, ze dne 7. 12. 2012.

⁴⁹ Tamtéž

Děti ve věkové skupině do 15 let páchají dokonané sebevraždy nejméně, jelikož záleží na vývoji jedince a na chápání smyslu smrti v určitém věku. Přes tyto skutečnosti jich byl v letech 1994 – 2010 nemalý počet. V letech 1994 – 2000 takto zemřelo 62 dětí (viz tabulka 2) a v letech 2001 – 2010 to bylo 48 dětí v celé ČR (viz tabulka 3).

Vývojoví psychologové tvrdí, že dítě do dvou let nedokáže pochopit smysl smrti. Děti předškolního věku si neuvědomují definitivnost smrti, chápou ji jako něco pomíjivého a dočasného. Mezi pátým a devátým rokem dítě smrt personifikuje, bere ji jako konec života, avšak ne jako nevyhnutelnou věc potkávající každého člověka. Objevily se ovšem případy, kdy byla smrt tak malého dítěte diagnostikována jako suicidium. V těchto případech se s velkou pravděpodobností jednalo o hru nebo nápodobu. Až kolem devátého roku je dítě schopno pochopit smrt jako definitivní událost a kolem jedenácti let se představy přibližují představám dospělých lidí. Jestliže je však dítě přítomno u smrti někoho blízkého, finalitu smrti pochopí mnohem dříve, než by odpovídalo jeho věkovému období.⁵⁰

2.3 Charakteristika adolescence

Z uvedených statistik je zřejmé, že značně ohroženou skupinou jsou adolescenti, a proto se na dospívající více zaměřuji. Uvádím základní charakteristiku zmiňovaného vývojového období z psychického a sociálního hlediska.

Začátek adolescence se biologicky ohraničuje pohlavním dozráním a dosažením reprodukční schopnosti.⁵¹

Adolescenci lze rozdělit do tří vývojových fází:⁵²

- **Časná adolescence**, datuje se od 10 do 13 let, dominují zde převážně pubertální změny. Toto období je přechodem mezi dětstvím a adolescencí, objevují se první biologické a fyzické změny. Typickým prvkem pro ranou adolescenci je zvýšený zájem o vrstevníky opačného pohlaví, který je podmíněn výskytem sekundárních pohlavních znaků a pohlavním pudem.

⁵⁰ CHALOUPKA, Luboš. Úvod do sociální patologie. Sebevražednost dětí a mládeže. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1983, s. 21 – 22.

⁵¹ SKORUNKOVÁ, Radka. Úvod do vývojové psychologie. 4. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011, s. 52.

⁵² MACEK, Petr. Adolescence. 2. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 35 – 36.

- **Střední adolescence**, datuje se většinou od 14 do 16 let věku, adolescent v tomto věku začíná uvažovat o různých věcech a hodnotit je. Snaží se co nejvíce odlišovat od ostatních a objevují svůj specifický životní styl. Z psychologického hlediska jedinec hledá svou osobní identitu neboli vlastní autentičnost a jedinečnost. Dospívající si oproti rané adolescenci způsobuje změny sám a více kontroluje své chování.
- **Pozdní adolescence**, datuje se obvykle od 17 let do 20 let věku nebo déle, většina adolescentů ukončuje soustavnou přípravu k uplatnění se na trhu práce a jeho snahou je někde zapadnout, někde patřit a na něčem se podílet. Toto období se vyznačuje uvažováním nad osobní perspektivou, nad životními cíli a plány, a to nejen v profesi, ale i v partnerských vztazích.

Období adolescence nelze jednoznačně zařadit do určitého věkového období, každý autor se v datování a rozdělování dospívání liší. Tyto nesrovnalosti jsou způsobené rychlým rozvojem společnosti, který způsobuje rok od roku zvyšující se nároky na jedince a snižováním věku pohlavního dozrávání.⁵³

2.3.1 Psychologická charakteristika

V tomto oddíle hovořím o psychologických zvláštностech doprovázející období adolescence.

Z hlediska obecné psychologické charakteristiky období dospívání je na jedince vyvíjen pudový tlak spojený s již zmíněným pohlavním dozráváním. To nám přináší do života dospívajícího nové vnitřní podněty a stává se více přecitlivělým k různým podnětům přicházejícím zvnějšku. Projevy citových konfliktů bývají tak nápadné a silné, že mnozí autoři nazývají období adolescence obdobím „bouří a krizí“. Dospívání také často doprovází emoční nestabilita, opakující se nápadné změny nálad k negativním rozladám, impulzivita jednání, nestálost a nepředvídatelnost reakcí. Negativní dopad na školní prospěch, na který je kladem zvýšený důraz, mají obtíže při koncentraci pozornosti spojené s emoční nestabilitou. Dále trpívají zvýšenou únavou a střídáním ochablosti a apatičnosti, mohou se objevovat neurovegetivní poruchy, zhoršení spánku nebo poruchy chuti k jídlu. Adolescenti mnohdy nerozumí těmto projevům, a proto se stávají úzkostlivými, kdy sledují svoje vnitřní stavy

⁵³ Macek, Petr. Adolescence. 2. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 35 – 36.

a konflikty. To způsobuje únik jedince z reality do svého soukromého citového světa v podobě denního snění.⁵⁴

Emoční labilitou trpí hlavně ti dospívající, kteří vykazovali emoční labilitu již v dětství. Emoční labilita se projevuje silnými emocemi, prožitky a city, které se mohou přenést i do jiných oblastí (sexuální, estetická, mravní). Je-li objevování vlastního já doprovázeno silnými prožitky, může zapříčinit rozpor mezi skutečností a tím, co si mladistvý přeje. V takových případech dochází ke zklamání, objevuje se pocit viny a úzkost.⁵⁵

Mladiství se často zabývají otázkami své existence, světového názoru, smyslu života, také se zamýšlejí nad svým stylem života a kritizují svět dospělých, který jim připadá stereotypní, nudný, zkažený, zastaralý a pokrytecký. Jsou vnímaví vůči nespravedlnostem, hledají hodnoty a ideály, zajímají je světové problémy, společenská morálka a chtějí žít jinak než všichni ostatní. To se projevuje upřednostňováním alternativní kultury, vstupováním do různých ideologických skupin a sekt. Specifickým znakem dospívání je tzv. krize identity, kdy jedinec hledá sám sebe. Zaměřuje se na sebepoznávání, chce získat odpověď na otázku, kdo je, kam směřuje a kam patří. Tuto cestu hledá pomocí experimentování a metodou pokusu a omylu, tudíž často střídá zájmy, vyhledává nové zážitky a mění názory. Významnou složkou identity je ztotožnění se svou sexuální rolí. Dospívající by měl přijmout danou roli, která vyplývá z příslušnosti k ženskému nebo mužskému pohlaví.⁵⁶

V tomto období se zvyšuje četnost sebevražedného jednání, které spíše interpretujeme jako emočně vypjatý způsob volání o pomoc a oporu. Své potřeby chtějí uspokojovat ihned a za každou cenu, i vydíráním. Četnost dokonaných sebevražd a suicidálních pokusů se zvyšuje v adolescenci, mezi 15. a 19. rokem věku. Lze předpokládat, že je to způsobené komplexní zátěží danou celkovou nejistotou, nedostatkem sociální opory v okolí i ekonomickými obtížemi.⁵⁷ V některých pramenech se uvádí, že dokonané suicidium je druhou nejčastější příčinou smrti u dospívajících. Podíl suicidálních pokusů a dokonaných sebevražd činí u dospívajících chlapců 10:1 a u adolescentních dívek 30:1.⁵⁸

⁵⁴ LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 147.

⁵⁵ MACEK, Petr. *Adolence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 48.

⁵⁶ SKORUNKOVÁ, Radka. *Úvod do vývojové psychologie*. 4. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011, s. 53.

⁵⁷ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004, s. 504.

⁵⁸ REMSCHMIDT, Helmut. *Psychiatrie der Adoleszenz: 111 Tabellen*. Stuttgart [u.a.]: Thieme, 1992, s. 263.

2.3.2 Sociální charakteristika

Co se týče obecné sociální charakteristiky, i v této oblasti adolescent prožívá mnoho změn, které ho do značné míry ovlivňují a jsou pro něho zásadní a důležité. Zejména rodina hraje významnou roli v socializaci jedince.

Odpoutání se od primární rodiny a s tím spojené osamostatnění se, kdy musí respektovat normy a pravidla společnosti, jsou typické pro dospívání. Oproti tomu navazuje nové vztahy k vrstevníkům obojího pohlaví. Dospívání je klíčovým obdobím, rozhodujícím pro převzetí budoucích základních rolí manželských a rodičovských. Tam, kde je dospívající neúspěšný v odpoutání se od závislosti ke své rodině a nedokáže zčásti přenést své vazby na vrstevníky, může se stát, že se začnou objevovat u takového jedince jisté obtíže, které okolí ani on sám nedokáže pochopit. Lásku k rodičům může převrátit v nenávist a úctu v pohrdání. Dospívající si tuto událost vysvětluje nepochopením jeho osobnosti ze strany rodičů. Odlišný způsob volí ti, kteří nadměrně odbíhají do denního snění, do svého nereálného světa, a tím se tak uzavírají do svého nitra anebo si někteří jedinci mohou libovat v pocitech ublíženosti a utrpení. To vše může způsobit neúspěšné odpoutání se od rodiny, jelikož odborníci považují rodiče za zdroj sociální opory, která je nenahraditelná.⁵⁹ Kritika rodičů je jeden ze způsobů hledání vlastní identity. Dospívající potřebují, aby je dospělí brali vážně a aby s nimi komunikovali na partnerské úrovni. Odpoutání se od rodiny probíhá průměrně kolem 20. roku věku.⁶⁰

Pro zdravý vývoj jedince je důležitá fungující rodina. Adolescent je velmi vnímavý ke všem problémům, které se týkají rodiny. Jedna ze špatně snášejících situací je rozvodové řízení, které postihuje mnoho rodin v dnešní době. Dospívající si často kladou rozdělení rodičů za vinu a těžce se vyrovnávají s odloučením od matky či otce.⁶¹ Pro adolescenta je typický určitý konflikt s rodiči a naprosto bezkonfliktní vztahy mohou mít fatální následky pro mladistvého. Adolescent vyrůstající v bezkonfliktním prostředí se nedokáže vyrovnat s životními i vlastními krizemi.⁶²

⁵⁹ LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 152 – 153.

⁶⁰ SKORUNKOVÁ, Radka. *Úvod do vývojové psychologie*. 4. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011, s. 53.

⁶¹ KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 41.

⁶² MACEK, Petr. *Adolescence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 54.

Pro adolescenta jsou také důležité dobré mezilidské vztahy, které vzbuzují nezávislost a sebedůvěru. Také rozvoj komunikačních dovedností přispívá k interpersonálním vztahům. Patří sem zejména vyjádření vlastního názoru, zájem o názor druhého, otevřené vyjádření přání, aktivní naslouchání atd. Pokud adolescent tyto dovednosti ovládá, nepřichází tak často do konfliktu s druhými a celkově je klidnější a vyrovnanější.⁶³

Problémové vrstevnické vztahy se projevují, jak v chování a jednání, tak i na prospěchu studenta. Ve školním prostředí se můžeme setkat s agresí, šikanou, ignorováním od spolužáků atd., což má za následek stranění se okolí. Tato izolace vede k nalézání různých východisek, jako je třeba záškoláctví, drogy, alkohol anebo suicidální jednání.⁶⁴

Dalším důležitým mezníkem dospívání je naplňování partnerských vztahů, zahrnující i sexuální život. Dalším kritickým hlediskem se může stát definitivní přijetí určité profesní role, jelikož jedinec v tomto věkovém období ukončuje studium na střední škole či učilišti. Někteří vstupují do pracovního procesu (riziko rozporu mezi očekáváním a skutečností) a jiní volí další studium. Tyto prožitky znamenají vyrovnání se dospělým.⁶⁵

Závažný **vývojový problém** tohoto období v dnešní společnosti je zejména nesoulad mezi fyzickou a sociální zralostí, kdy jedincova tělesná vyspělost se posunuje do nižšího věku, zatímco nároky společnosti na jednotlivce jsou rok od roku vyšší, tudíž se oddaluje sociální zralost. Tento rozpor může zapříčinit vznik poruch v chování.⁶⁶

Rodiče a vychovatelé by měli věnovat zvýšenou pozornost tomuto vývojovému období, jelikož jsou jedinci v tomto věku velmi zranitelní a prožívají důležité změny jak ve fyzickém, tak v psychickém vývoji. Osnovy pro výuku učitelů by měly věnovat dostatečný počet hodin výuce psychopatologie dětského věku.⁶⁷

⁶³ MACEK, Petr. *Adolescence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 52 – 53.

⁶⁴ Tamtéž, s. 77 – 78.

⁶⁵ SKORUNKOVÁ, Radka. *Úvod do vývojové psychologie*. 4. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011, s. 53.

⁶⁶ LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006, s. 164.

⁶⁷ SKOPALOVÁ, Jitka. Nesahej si na život! (Specifické zvláštnosti sebevražednosti dětí a mládeže). In ASSENZA, D. (ed.) *Praktické rady budoucím učitelům, řešení problémů*. 2.díl. Olomouc: A & M Publishing, 2007, s. 340.

Tato vývojová fáze je pro jedince velmi důležitá a je rozhodující pro utváření jeho osobnosti. Z výše uvedeného lze konstatovat, že adolescent je vystaven vysokému riziku suicidálního jednání, jelikož dospívání je pro adolescenta kritickým obdobím, přinášejícím mnoho změn, problémů a je vystaven vysokému nátlaku okolí. Proto jedinci s malou schopností zvládat frustraci a adaptaci na vývojové úkoly adolescenta, jsou velmi ohroženou skupinou.

2.4 Adolescent a suicidalita

V této podkapitole se věnuji rizikovým a protektivním faktorům ve vývoji jedince, z důvodu stanovení nejrizikovějších událostí, které by mohly vyvolat suicidální jednání a zároveň ochranné faktory, které jedince chrání v průběhu vývoje. Dále zde hovořím o varovných signálech suicidálního jedince, jelikož jsou důležité pro identifikaci potencionálního sebevraha. V závěru píší o depresi u dětí a adolescentů, z důvodu častého výskytu deprese u sebevražedného jedince.

2.4.1 Rizikové a protektivní faktory

Identifikace rizikových faktorů suicidálního chování je velmi důležitá, zvláště při preventivním působením na jedince, při odhalení akutní hrozby a při plánování terapie. Zároveň je snahou odborníků zachytit protektivní faktory, které předcházejí, oslabují nebo eliminují negativní působení rizikových faktorů. Co se týče **protektivních faktorů**, rozlišujeme faktory na straně dítěte, v rodině a ve vztahu k sociálnímu prostředí.⁶⁸

Na jedince působí negativně jeho předčasné narození, opoždění ve vývoji, poruchy nálady a chování, disharmonický vývoj, traumatizující zážitky a další. Z tohoto hlediska na první místo v prevenci suicidálních tendencí řadíme protektivní faktory na straně dítěte. Jedná se o pozitivní temperament, průměrná inteligence a přizpůsobivost jedince na změny probíhající ve společnosti a v jeho vývoji.⁶⁹

Mezi nejčastější rizikové faktory u dětí a dospívajících řadíme **rodinu a její nefunkčnost**. U rodiny hraje neodmyslitelnou roli dědičnost, genetika a s ní spojené různé psychiatrické onemocnění. Některé psychiatrické onemocnění se přenášejí z generace na generaci a jsou

⁶⁸ KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 107.

⁶⁹ Tamtéž, s. 107.

náchylné na suicidální jednání. Mezi ně patří depresivní syndrom a schizofrenie.⁷⁰ Přibližně 10 % všech onemocnění se dá diagnostikovat v období adolescence. Asi u 70 – 80 % pacientů se deprese podílí při sebevražedném jednání a 15 % jedinců kvůli depresivním stavům suiciduje. Depresivní syndrom bývá diagnostikován i u pacientů po sebevražedném pokusu. Při posuzování deprese musíme zohlednit její intenzitu. Adolescenti často prožívají určitou rozladu, které říkají „depka“, tento stav je charakteristický pro období dospívání.⁷¹

Nefunkční rodina také patří do rizikových faktorů sebevražednosti. Řadíme sem neuspokojivou rodinnou situaci, výchovné působení, „tahanice“ o dítě při rozvodu rodičů a dlouhotrvající konflikty mezi rodiči, do kterých jsou zapojovány děti, alkoholismus a nepřítomnost jednoho z rodičů.⁷² Mezi nejrizikovější faktory týkající se rodiny patří týrání a sexuální zneužívání dítěte.⁷³ Základními protektivními faktory ze strany rodiny jsou harmonická plně funkční rodina, přiměřené výchovné postoje, pochopení a podpora ze strany matky a otce.⁷⁴ Na rodiny, jako hlavní rizikový faktor suicidálního chování, jsem se přímo specializovala ve své bakalářské práci. Zde mám informace více rozepsány.⁷⁵

Školní neúspěch je také jeden z rizikových faktorů sebevražedného chování. Problémům jsou nejvíce vystaveny děti s menším nadáním, děti trpící určitou poruchou učení nebo děti s hyperprotektivním syndromem. Pokud je učitelé a spolužáci nedokážou pochopit, školní zátěž může vyvolat příliš velký nátlak na dítě, a to pak může způsobit pocit beznaděje, neúspěšnosti a deprese, která může přerůst v suicidální tendenci.⁷⁶

Problémy s vrstevnickými a partnerskými vztahy jsou opět řazeny do rizikových faktorů suicidality. Pro dítě a zejména pro dospívající je velmi důležité „zapadnout“ do kolektivu. Dobré vztahy se spolužáky utvářejí zdravé sebevědomí jedince. Oproti tomu šikanování, pocit nepřijetí do školního kolektivu, zvyšuje riziko suicidálního jednání. Ohrožené jsou děti lišící se od ostatních, například děti s nadváhou, děti se sociálními rozdíly,

⁷⁰ HORT, Vladimír et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 407.

⁷¹ KOUTEK, Jiří. *Suicidalita u adolescentů – rizikové faktory a prevence*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2008, č. 5 [cit. 2012-11-19]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200805-0007.php>

⁷² HORT, Vladimír et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 407.

⁷³ KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 41.

⁷⁴ Tamtéž, s. 108.

⁷⁵ ČERNÁ, Zuzana. *Vliv rodiny na suicidální chování dětí a dospívajících*. Olomouc, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Ústav pedagogiky a sociálních studií.

⁷⁶ KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 41.

děti s nízkou mírou adaptability, děti úzkostné a introvertní⁷⁷. U dospívajících chlapců záleží, do jaké míry jsou tělesně zdatní, a u dívek je v tomto období velmi důležitý vzhled. U některých dívek se objevuje porucha příjmu potravy, jako je anorexie⁷⁸ a bulimie⁷⁹. Pozitivní charakter ve školním prostředí mají kroužky a různé aktivity, naopak účast v rizikových partách působí na děti a dospívající značně negativně, jelikož se zde obvykle propagují drogy a alkohol.⁸⁰

Partnerské vztahy jsou neodmyslitelnou součástí adolescence, tudíž nešťastná láska bývá v mnohých případech uváděna jako příčina suicidálního chování.⁸¹

Ze strany sociálního prostředí považujeme za protektivní faktory dobré vztahy s vrstevníky, kvalitní učitele, dostupnost mimoškolních aktivit a dobře dostupné organizace, zabývající se péčí o děti, což jsou krizová centra, nízkoprahové zařízení pro děti a mládež a linky důvěry.⁸²

Mezi další rizikové faktory řadíme **nízký sociální status rodiny, účast v sektách, aktuální zdravotní stav, opakující se sebevražedné tendence a roční období**. Nejvíce spáchaných sebevražd je na jaře.⁸³

Při primární prevenci suicidálního chování u dětí a dospívajících by se měl odborník zaměřit na negativně působící faktory, aby eliminoval riziko suicidality. Pro tuto eliminaci negativních vlivů je potřeba odhalit protektivní faktory, jejichž působení by mělo riziko sebevražednosti do jisté míry snížit.

⁷⁷ Introverze = zaměřenost osobnosti do vlastního nitra, na sebe sama, na svůj vnitřní svět, prožitky, city a myšlenky. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 240.

⁷⁸ Anorexie = nechutenství; důvodem mohou být choroby zažívacího traktu, případně jiná onemocnění. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 45.

⁷⁹ Bulimie = chorobná žravost, zahrnuje opakující se záchvaty přejídání s touhou potlačit důsledky např. vyprovokovaným zvracením. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 82.

⁸⁰ KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 42.

⁸¹ KOUTEK, Jiří. *Suicidalita u adolescentů – rizikové faktory a prevence*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2008, č. 5 [cit. 2012-11-20]. Dostupné z : < <http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200805-0007.php> >

⁸² KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 108.

⁸³ Tamtéž, s. 43 – 44.

2.4.2 Deprese u dětí a adolescentů

Jak jsem zmiňovala v předešlém oddíle, deprese se často vyskytuje u suicidujících jedinců. Depresivní symptomy se objevují u dítěte již v předškolním věku, ovšem v každém vývojovém období má deprese odlišné znaky. Uvádím zde projevy deprese a její sociální důsledky u dětí předškolního věku, školního věku a adolescence. Záměrně neuvádím projevy deprese jen u dospívajících, a to z důvodu porovnání mezi všemi třemi výše jmenovanými vývojovými obdobími.

Co je vůbec deprese? V psychologickém slovníku je **deprese** definovaná jako „*duševní stav charakteristický pocity smutku, skleslosti, vnitřního napětí, nerozhodností, spolu s útlumem a zpomalením duševních a tělesných procesů, ztrátou zájmů a pokleslým sebevědomím, úzkostí, apatií, sebeobviňováním a útlumem*“.⁸⁴

Mezi lidmi traduje názor, že děti nic netrápí, jsou šťastné a nemohou mít žádné starosti. Tato mylná představa byla před lety odborníky vyvrácena. Depresivní děti a adolescenti mají velmi podobný průběh deprese jako dospělý člověk. Hlavními znaky je únava, neschopnost mít radost, nízké sebehodnocení, sociální izolovanost, podrážděnost a smutná nálada se suicidálními myšlenkami. Odhaduje se, že depresí trpí necelé 2 % dětí a adolescentů, riziko suicidality je u nich 20krát vyšší než u zdravých jedinců. U slabších dětí se složitou životní situací mohou jisté rizikové faktory spustit depresi. Jde například o rodičovskou psychopatologii, konfliktní prostředí v rodině, neschopnost adaptace na změny, taktiky zvládání stresových situací a nezdravé vztahy s vrstevníky.⁸⁵

Již u **dětí předškolního věku** se mohou objevovat depresivní příznaky, zejména děti matek s depresivní epizodou po porodu jsou náchylnější na časný emoční vývoj, který může způsobovat depresi.⁸⁶ Rodiče i učitelé v mateřských školách by měli věnovat zvýšenou pozornost, pokud se u dítěte objevují záchvaty pláče, křiku, nejsou tolik zvědavé, jak ostatní děti, odmítají hru, trpí nechutenstvím, poruchami spánku a jsou emočně labilní.⁸⁷ Zejména při

⁸⁴ HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 105.

⁸⁵ HORT, Vladimír et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 189 – 190.

⁸⁶ GOETZ, Michal. *Deprese u dětí a adolescentů*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2005, č. 6 [cit. 2012-11-20] Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200506-0003.php>

⁸⁷ HORT, Vladimír et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 196.

hře učitelé v mateřské škole mohou vyzorovat u depresivních dětí stranění se kolektivu, nezájem o hru, rychlé střídání hraček nebo jejich ničení.⁸⁸

U **mladších školáků** se nejvíce klade důraz na komunikaci, jak s vrstevníky, tak s učiteli a rodiči. Pokud se žák straní a s nikým nekomunikuje, něco není v pořádku. U depresivních dětí lze pozorovat podrážděnost, únavu, značnou emoční labilitu (střídání smíchu a pláče v krátkých intervalech) a nízkou adaptaci na prostředí. Nedokážou se ve škole soustředit, to vede k nezájmu o učivo.⁸⁹

Deprese u **starších školáků** se vyznačuje specifickým smutkem a ztrátou úspěšnosti ve škole. Vše je doprovázeno sklíčeností, braní veškeré viny na sebe a nízkou mírou sebehodnocení. Dále se žák cítí neoblíbený a má pocit, že ho nikdo nechápe. Příznaky depresivního syndromu u starších školáků odpovídají dospělému člověku.⁹⁰ Rodiče by měli sledovat, zda jejich potomek neztrácí zájem o kroužky, o veškeré aktivity a zda neprojevuje zvýšenou podrážděnost a celkovou znuženost.⁹¹

U **adolescentů** se hůře rozeznává depresivní syndrom a riziko suicidality, jelikož deprese je pro toto vývojové období typická. Jedinec prodělává mnoho změn (hormonální změny, osamostatnění se od rodiny, tělesné změny, zvýšené nároky atd.) a tyto změny mohou zapříčinit vznik deprese.⁹² Příznaky deprese jsou u nich stabilnější a výraznější (nedokážou se z ničeho těšit), než u dětí do 15 let.⁹³ Dospívající často nezvládají stresové situace a mnohdy nevidí jiné východisko, nežli spáchat sebevraždu. Jsou často apatičtí, lhostejní a s pocitem bezmocnosti.⁹⁴ Mají nízké sebevědomí, pocit beznaděje a jejich smysl života se vytrácí. Tato skupina jedinců je více ohrožena zapojením se do nějaké rizikové party vedoucí rizikový

⁸⁸ GOETZ, Michal. *Deprese u dětí a adolescentů*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2005, č. 6 [cit. 2012-11-20] Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200506-0003.php>

⁸⁹ HORT, Vladimír et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 196.

⁹⁰ Tamtéž, s. 198.

⁹¹ GOETZ, Michal. *Deprese u dětí a adolescentů*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2005, č. 6 [cit. 2012-11-20] Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200506-0003.php>

⁹² FRANKEL, Bernard. *O sebevraždách*. Praha: Nakladatelství lidové noviny, 1998, s. 59.

⁹³ GOETZ, Michal. *Deprese u dětí a adolescentů*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2005, č. 6 [cit. 2012-11-20] Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200506-0003.php>

⁹⁴ HORT, Vladimír et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 199.

způsob života (alkohol, drogy, krádeže, atd.). Rodiče mohou zpozorovat velkou míru pasivity a znučenosti, např. nadměrným trávením času u televize nebo u počítače.⁹⁵

Depresivní děti a dospívající bývají často vyčleňováni z kolektivu (až 80 %), protože se hůře adaptují a jsou více ohroženi suicidálním rizikem. Mezi základní Maslowovy potřeby řadíme potřebu uznání a ocenění, ty nám dodávají smysl života a zpětnou vazbu. U depresivních dětí nejsou tyto potřeby dostatečně vyvinuty.⁹⁶

U některých jedinců se deprese rozeznává snadněji a u některých hůře, proto je důležité mít odborné vzdělání nejenom v této problematice, ale i ve vývojové psychologii, která nám poukazuje na zvláštnosti v daném vývojovém období. Z výše uvedeného můžeme vyvodit, že depresivní příznaky se hůře rozeznávají u adolescentů, jelikož toto vývojové období je charakteristické velkými změnami doprovázenými stresem a určitou depresí.

2.5 Varovné signály suicidálního jedince

Učitelé, rodiče a široká veřejnost by měli být seznámeni s varovnými signály, které nám vysílá potencionální sebevrah. Jejich znalost by mohla zachránit spousty životů. Hovořím zde o obecných varovných signálech, o signálech, které by měl zejména pedagog rozpoznat. V závěru píši o předvídajících vlastnostech u mladistvých sebevrahů.

Varovné signály nejsou vždy lehce rozpoznatelné, zejména u dospívajících nebývají příliš zřetelné. Jejich rozpoznání vyžaduje empatii⁹⁷, pozornost, znalost vývojových zvláštností mladistvých a schopnost odhadu nepříznivých zvrátů.⁹⁸

Do **obecných varovných signálů** lze zařadit rozdávaní majetku, příznaky deprese, které jsem zmiňovala v předešlém oddíle, zájem o smrt, pesimistické poznámky o budoucnosti, do které se již nepočítá, typu: „*Světů bude lépe beze mě.*“⁹⁹

Jak by se měl člověk zachovat, pokud narazí na někoho, u koho se podobné znaky objevují nebo se neobjevuje ani jeden znak, ale přesto se vám něco nezdá? Většina lidí se

⁹⁵ GOETZ, Michal. *Deprese u dětí a adolescentů*. Pediatrie pro praxi [online]. 2005, č. 6 [cit. 2012-11-20] Dostupné z: <http://www.pediatriepropraxi.cz/artkey/ped-200506-0003.php>

⁹⁶ HORT, Vladimír et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 193.

⁹⁷ empatie = schopnost vcítit se do pocitů, jednání druhé osoby a vcítění se. KUČERA, R. *ABZ.cz: slovník cizích slov - on-line hledání* [online]. [cit. 2012-11-28]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/empatie>

⁹⁸ JEDLIČKA, Richard a Jaroslav KOŤA. *Aktuální problémy výchovy: Analýza a prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1998, s. 160.

⁹⁹ FRANKEL, Bernard. *O sebevraždách*. Praha: Nakladatelství lidové noviny, 1998, s. 116 – 118.

obává jednat s potencionálním sebevrahem na rovinu o suicidiu. Mají strach, aby se ten dotyčný nerozrušil nebo neurazil. Taková reakce je možná, avšak za zkoušku nic nedáte. Lze zvolit tento typ otázek: „*Myslíš to vážně, co říkáš?*“ nebo „*To zní jako by sis chtěl něco udělat. Je to tak?*“ Pokud vám kladně odpoví, odborníci tvrdí, že v určitých případech stačí říci: „*Prosím tě, nedělej to.*“ Projev zájmu a obav o jeho osobu má také velmi pozitivní účinek. V případě neúčinnosti této fráze bychom se měli zajímat, jestli má dotyčný promyšlený konkrétní plán, jak chce spáchat sebevraždu. Čím detailněji má plán propracovaný, tím vyšší riziko suicidality hrozí, proto se doporučuje s takovým člověkem zůstat a neodcházet od něho, dokud nevyhledáte pomoc. Můžete se nakontaktovat například s linkou důvěry. Někdy postačí, když se z vás stane tzv. „aktivní nasloucháč“. Vyslechnete si vše, co ho trápí a z čeho má případné obavy. Existují určitá pravidla aktivního naslouchání: *nehádat se a neodporovat, neprojevat překvapení nebo nesouhlas, povzbuzovat ho, aby vyjádřil všechny své emoce, berte vše s vážností a vyjádřete vaše emoce a zájem.*¹⁰⁰

Pedagogové mohou obecně považovat za varovné signály některé poruchy v sociálních vztazích a v psychice ohroženého jedince:¹⁰¹

- náhlý a výrazný neprospěch ve škole a celkově zvyšující se nezáměr o další vzdělání,
- nezáměr o dosavadní koníčky, záliby a aktivity, doprovázené negativními postoji k všeobecně přijímaným hodnotám mravním a společenským,
- častá verbalizace, že nic nemá smysl,
- konflikty s rodiči, učiteli, rozchod s partnerem, neshody se spolužáky, které vedou k prohloubení pocitu osamělosti a nedostatečné uznání ze strany druhých.

Při zvyšujícím se riziku suicidálního jednání se mohou objevovat příznaky, které nemusí být zřetelné a tak snáze přehlédnutelné:¹⁰²

- přítomnost depresivních projevů (viz oddíl Deprese u dětí a adolescentů),
- zpomalené myšlení, psychická vyčerpanost a zeslabení zájmů a reakcí vůči vjemům,

¹⁰⁰ FRANKEL, Bernard. *O sebevraždách*. Praha: Nakladatelství lidové noviny, 1998, s. 118 – 120.

¹⁰¹ JEDLIČKA, Richard a Jaroslav KOŤA. *Aktuální problémy výchovy: Analýza a prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1998, s. 160.

¹⁰² Tamtéž.

- pocity viny, beznaděje, marnosti, zvýšené napětí, úzkostnost, vznětlivost, které se rychle střídají,
- viditelné problémy se spánkem, polehávání na lavici ve výuce,
- v rodinné anamnéze výskyt těžké duševní poruchy nebo sebevražedných pokusů nebo dokonaných sebevražd,
- vlastní předchozí tentamen suicidia,
- úmrtí nebo ztráta blízké osoby,
- nevléčitelná nemoc, nebo strach ze závažného onemocnění,
- nadměrné pití alkoholu nebo užívání drog,
- stranění se a rychlá ztráta vazeb k vrstevníkům,
- nenalézá východiska z tíživé situace.

Existují určité **předvídatelné vlastnosti u mladistvých sebevrahů**, jejichž výskyt je u této věkové populace výrazný. Podle výzkumu se zejména u chlapců ve věku 15 až 20 let vyskytují následující charakteristiky:¹⁰³

- pocházejí z rodinného prostředí s vysokou sociální zátěží,
- vyskytuje se u nich zvýšená dráždivost, neurotičnost, nejistota, náchylnost k iracionálním obavám a pocitům viny,
- bývají k sobě buď přemrštěně kritičtí, či nekritičtí,
- objevuje se u nich malá vytrvalost, tendence nechat se vést jiným člověkem a snížená schopnost vyvíjet energii,
- bývají uzavření spolu s nízkou schopností a dovedností vstupovat do vztahů ve společnosti,
- zahajují předčasně sexuální život, doprovázený častou promiskuitou¹⁰⁴ nebo naopak nemají zájem o druhé pohlaví.

¹⁰³ KNAJBL, J. Některé rysy osobnosti nezletilých hochů a mladých mužů se suicidálním jednáním. *Československá psychiatrie*. 1977, roč. 73, č. 2, s. 90 – 95.

Informace zmiňované v tomto oddílu považuji za nesmírně důležité. Nikdy nevíte, zda se neocitnete v přítomnosti potencionálního sebevraha, a proto shledávám výše uvedené rady, jak se k němu chovat a jak s ním hovořit, za cenné. Zejména pedagogové by se měli seznámit s varovnými signály, jelikož jsou v každodenní interakci se studenty a tudíž by mohli jako první identifikovat možnou hrozbu suicidia.

Shrnutí

Sebevražednost je z velké části v naší společnosti tabuizována, ale každého z nás se jistě určitým způsobem dotkla nebo dotýká. Například někdo zemřel vlastní rukou v našem okolí, ve stejném bydlišti nebo hůře, sebevrah byl člověk nám velmi blízký. Veřejnost nemá moc informací o problematice sebevražednosti, a proto v této kapitole hovořím o teoretických východiscích, souvisejících se suicidalitou dětí a adolescentů. Vysvětluji, co sebevražednost vůbec znamená, jaký pohled mají různí autoři na tuto tematiku a základní pojmy a charakteristiky, které souvisejí se suicidalitou. Dále zde zmiňuji vývoj sebevražednosti v jednotlivých časových pásmech, abychom si uvědomili závažnost této problematiky. Zaměřuji se na období adolescence a její charakteristiku, jelikož období dospívání je vysoce rizikové pro suicidální jednání. Hovořím zde o rizikových a protektivních faktorech sebevražedného jednání a o depresi u dětí a adolescentů, protože deprese se často objevuje jako doprovodný jev u suicidálního jednání. V závěru kapitoly poskytuji rady, jak poznat potencionálního sebevraha neboli varovné signály suicidálního jednání a případný přístup k němu.

¹⁰⁴ promiskuita = časté střídání sexuálních partnerů. KUČERA, R. *ABZ.cz: slovník cizích slov - on-line hledání* [online]. [cit. 2012-11-28]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/promiskuita>

3 Možnosti prevence suicidia ve školách

V této kapitole zmiňuji základní informace o prevenci a jejím členění. Dále zde píš o kompetencích v oblasti školní prevence rizikového chování a o první české populační studii, která se specializuje na „Sebevražedné chování a záměrné sebepoškozování teenagerů“. Studie má sloužit jako východisko pro prevenci tohoto chování. Hovořím zde také o důvodech, proč by se měla zavádět prevence suicidalit na školách a jaké vzdělání by měli mít učitelé v této problematice.

Vzhledem k mnohotvárnosti a složitosti jednotlivých rizikových faktorů, prevence sebevražednosti není lehká záležitost. Z toho důvodu je nesmírně důležité, aby se do prevence suicidalit zapojovala co nejširší společnost, které se týká. Zapojovat by se měli psychologové, lékaři, rodiče suicidanta a v neposlední řadě pedagogové. Do prevence také řadíme informovanost široké veřejnosti, jelikož neustále přetrvávají zaostalé názory a mýty o sebevražednosti.¹⁰⁵ Nejčastější mýty: „*Lidé, kteří o sebevraždě mluví, ji nikdy nespáchají. Když někdo přežije pokus o sebevraždu, tak už se obvykle znovu o sebevraždu nepokusí. Většina sebevrahů jsou blázni. Normální lidé se o sebevraždu nepokoušejí. Sebevraždu páchá jen určitý druh lidí. Když mluvíte o sebevraždě s někým, kdo je v depresi, můžete ho tím k sebevraždě podnítit. Jestliže je někdo skutečně rozhodnutý spáchat sebevraždu, pak už se mu v tom nedá zabránit.*“¹⁰⁶

3.1 Kompetence v oblasti školní prevence

Školy a školská zařízení se specializují výhradně na primární prevenci, avšak v Metodickém doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních, která slouží jako podklad pro tvorbu preventivních programů v jednotlivých školách od roku 2010 a který je vydaný Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen MŠMT), není zmínka o prevenci sebevražednosti dětí a mladistvých.

¹⁰⁵ CHALOUPEK, Luboš. Úvod do sociální patologie. Sebevražednost dětí a mládeže. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1983, s. 46 – 47.

¹⁰⁶ FRANKEL, Bernard. *O sebevraždách*. Praha: Nakladatelství lidové noviny, 1998, s. 30 – 38.

Primární prevence rizikového chování u dětí a mládeže v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy se prioritně zaměřuje na předcházení rozvoje rizik, které směřují zejména k následujícím rizikovým projevům v chování žáků a studentů: ¹⁰⁷

- agrese, záškoláctví, šikana, kyberšikana¹⁰⁸ a další rizikové formy komunikace prostřednictvím multimédií, vandalismus, násilí, intolerance, rasismus, xenofobie¹⁰⁹ a další,
- chování způsobené závislostí, užívání návykových látek, gambling a netolismus¹¹⁰,
- rizikové chování v dopravě, při sportu a prevence úrazů,
- poruchy příjmu potravy (bulimie, anorexie),
- negativní působení sekt a sexuální rizikové chování.

Struktura primární prevence v resortu školství, mládeže a tělovýchovy je tvořena odborným pracovníkem MŠMT, krajským školským koordinátorem prevence, okresním školním metodikem prevence a školním metodikem prevence.¹¹¹

Kompetence **krajského školského koordinátora prevence** jsou: ¹¹²

- dohlížení na plnění úkolů a záměrů obsažených ve Strategii prevence v působnosti resortu školství, mládeže a tělovýchovy,
- monitorování situace ve školách a školských zařízeních v okresech z hlediska fungování preventivních programů a navazujících aktivit v oblasti prevence, ve spolupráci s okresními metodiky prevence koordinuje preventivní aktivity škol a školských zařízení a podílí se na zajištění aktivit pro více školských subjektů,

¹⁰⁷ ČESKO. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. MŠMT: *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních* [online]. MŠMT, 2010 [cit. 2012-12-04]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/20274>

¹⁰⁸ Kyberšikana = je šikanování jiné osoby s využitím internetu, mobilních telefonů nebo jiných komunikačních technologií. Prevence rizikového chování. *Prevence-info.cz* [online]. © 2010-2012 [cit. 2012-12-04]. Dostupné z: <http://www.prevence-info.cz/typy-rizikoveho-chovani/kybersikana>

¹⁰⁹ Xenofobie = je chování, které na základě jinakosti subjektivně stanovených prvků, vyvolává obavy ze subjektů. Prevence rizikového chování. *Prevence-info.cz* [online]. © 2010-2012 [cit. 2012-12-04]. Dostupné z: <http://www.prevence-info.cz/typy-rizikoveho-chovani/xenofobie>

¹¹⁰ Netolismus = jedná se o chorobnou závislost na tzv. virtuálních drogách (televize, video, počítačové hry, mobilní telefon, internet). Prevence rizikového chování. *Prevence-info.cz* [online]. © 2010-2012 [cit. 2012-12-04]. Dostupné z: <http://www.prevence-info.cz/typy-rizikoveho-chovani/netolismus>

¹¹¹ BUDINSKÁ, Martina. Kompetence v oblasti primární prevence. *Prevence*. 2005, roč. 2, č. 2, s. 4 – 5.

¹¹² Tamtéž.

- provádění kontroly naplňování a příprava vyhodnocení preventivních programů škol a školských zařízení ve svém kraji, tyto výsledky využívá pro návrhy inovací v krajské koncepci a prostřednictvím hejtmána je předkládá MŠMT,
- shrnování návrhů na financování preventivních programů škol a školských zařízení a dalších aktivit v oblasti prevence ze státních zdrojů,
- podílení se spolu s pracovníkem MŠMT na realizaci výběrových řízení na preventivní programy ve školách a školských zařízeních na dané období,
- spolupracování se všemi institucemi, které řeší problematiku prevence na úrovni kraje.

Kompetence **okresního školního metodika prevence** jsou:¹¹³

- vykonávání činnosti v pedagogicko-psychologické poradně nebo středisku výchovné péče,
- garantování preventivních programů jednotlivých škol a školských zařízení na úrovni okresu,
- spolupracování s krajským školským koordinátorem prevence při organizování pravidelných seminářů a porad školních metodiků prevence jednotlivých škol a školských zařízení na úrovni kraje a pořádání pravidelné operativní porady pro organizace na úrovni okresu,
- nabízení konzultací pro školní metodiky prevence,
- pomáhání v řešení aktuálních problémů související s výskytem drogového experimentu, šikanování, drobné trestné činnosti, požívání návykových látek a hraní výherních automatů,
- spolu s krajským školským koordinátorem prevence spolupracování při vypracovávání podkladů pro výroční zprávy nebo jiné hodnocení a stanovování priorit v koncepci preventivní práce ve školství na úrovni kraje,
- mapování okolí v oblasti výskytu společensky nežádoucích jevů v jednotlivých školách a školských zařízeních v okrese,

¹¹³ BUDINSKÁ, Martina. Kompetence v oblasti primární prevence. *Prevence*. 2005, roč. 2, č. 2, s. 4 – 5.

- pomáhání školním metodikům prevence při vypracovávání projektů a zajišťování finančních zdrojů,
- péče o jejich osobnostní a odborný rozvoj,
- udržování spolupráce s pedagogickými fakultami v oblasti vzdělávání školních metodiků prevence,
- setkávání se pravidelně s okresními školními metodiky prevence za účelem sdělování si zkušeností v rámci ČR.

Kompetence **školního metodika prevence** jsou:¹¹⁴

- pomáhání odborně a metodicky zejména učitelům v aplikaci preventivní výchovy do výuky,
- koordinování přípravy a zavádění preventivních programů ve školách nebo školských zařízeních, podle aktuálních potřeb, dále inovování programu dle potřeby a jeho vyhodnocování,
- poskytování informací zaměstnancům školy nebo školského zařízení a odborných informací z oblasti prevence,
- sledování, spolu s dalšími zaměstnanci školy nebo školského zařízení, rizik vzniku a projevů společensky nežádoucích jevů a navrhování cílených opatření k odhalování těchto rizik, informování o způsobech řešení krizových situací,
- vymýšlení vhodných odborných a metodických materiálů a používání osvědčených a ověřených metod,
- účast na pravidelných poradách s okresními a krajskými metodiky prevence a spolupráce s nimi,
- na základně pověření od ředitele školy spolupráce s institucemi realizujícími vzdělávání v prevenci, dále s krizovými, preventivními a poradenskými zařízeními a institucemi, zajišťujícími sociálně právní ochranu dětí a mládeže, zajišťování informovanosti žáků školy, jejich rodičů a pracovníků školy,

¹¹⁴ BUDINSKÁ, Martina. Kompetence v oblasti primární prevence. *Prevence*. 2005, roč. 2, č. 2, s. 4 – 5.

- zpracování zpráv a informací o preventivních programech školy nebo školských zařízení pro okresního školního metodika prevence.

Účastníci primární prevence ve školách a školských zařízeních mají jasně definované své kompetence, záleží, na jaké úrovni se který pracovník nachází, zda na krajské, okresní či místní úrovni či jako školní metodik prevence.

3.2 Typy prevence

Prevence se nezaměřuje jen na předcházení suicidálního rizika, specializuje se i na jedince, u kterých se již sebevražedné jednání objevilo, např. v podobě sebevražedných myšlenek. Dalším z úkolů prevence je snížení negativního dopadu na vývoj jedince a celou jeho rodinu. Také se zaměřuje na děti a dospívající po sebevražedném pokusu a snaží se zabránit recidivě. Dle zaměření prevence na jednotlivé oblasti ji lze rozdělit na primární, sekundární a terciární prevenci.¹¹⁵

3.2.1 Primární prevence

Specializuje se na celou sledovanou populaci, dělí se na nescifickou a specifickou. Nescifická prevence podporuje obecně žádoucí formy chování a specifická se zabývá konkrétním rizikovým chováním, v našem případě předcházení suicidálního jednání.¹¹⁶

Primární prevence se soustřeďuje na osoby, u kterých se ještě nemusely objevit suicidální znaky. Důležitou roli zastává při podpoře duševního zdraví a při posílení protektivních faktorů eliminujících riziko.¹¹⁷ U dospívajících se v první řadě jedná o podporu rodinných vztahů, dostupnost vzdělání nebo zaměstnání, dostatek mimoškolních aktivit a snahu snižovat dostupnost návykových látek.¹¹⁸

Důležitými činiteli při primární prevenci jsou zejména rodiče, škola, masmédiá, církve a jiné instituce. Já se zde budu zaměřovat na primární prevenci, která by měla být realizovaná ve školním prostředí.

¹¹⁵ KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 106.

¹¹⁶ PRŮCHA, Jan. *Pedagogický slovník*. 3. vyd. Praha: Portál, 2001, s. 178.

¹¹⁷ KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 106.

¹¹⁸ KOUTEK, Jiří. *Suicidalita u adolescentů – rizikové faktory a prevence*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2008, č. 5 [cit. 2012-11-30]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200805-0007.php>

Škola se nemalou mírou podílí na formování osobnosti dítěte a adolescenta, protože zde tráví mnoho času a navíc školní období je obdobím, kdy je osobnost žáka a studenta plastická, což znamená, že snadno podléhá působícím negativním vlivům. Z toho důvodu je důležité, za pomoci odpovídajících pedagogických prostředků a vhodnou formou, eliminovat toto riziko. Tento úkol by měli plnit učitelé a zejména metodici prevence, kteří působí ve všech středních školách a mají pro to odborné vzdělání. Škola musí vytvářet prostředí, aby se jedinci, kteří jsou nějakým způsobem postižení, ať už tělesně nebo duševně a děti a adolescenti z dysfunkčních rodin, necítili určitým způsobem handicapováni a nepocíťovali pocit méněcennosti. Proto je kladen důraz na osobnost, takt a na pedagogické schopnosti učitelů a metodiků prevence.¹¹⁹

Ve školách by měli věnovat větší pozornost jedincům pocházejícím z dysfunkčních rodin, studentům závislým na drogách a studentům s horším prospěchem. Období vydávání vysvědčení je velmi rizikové pro suicidální jednání. Pozitivní psychické klima školy založené na důvěře a demokratickém přístupu mezi učitelem a studenty, působí také velmi pozitivně.¹²⁰

Aby učitelé mohli identifikovat rizikového jedince, musí dokonale znát vývojové zvláštnosti adolescenta a také by měli vědět, z jaké rodiny pochází, jelikož pocit méněcennosti u nich může vyvolat snahu upoutat na sebe pozornost, v horších případech právě sebevražedným jednáním.¹²¹

Důležité je zřizování středisek a organizací pro mládež, organizování péče a sledování dysfunkčních rodin. Škola by měla zajistit pro děti odbornou pomoc, kterou budou poskytovat psychiatři a psychologové.¹²²

Primární prevence by měla být prioritou každé školy. Proto by měli ředitelé škol poskytnout učitelům a školním metodikům prevence dostatečné vzdělání v podobě školení a kurzů, kde by byli seznámeni s výše jmenovanými skutečnostmi.

¹¹⁹ CHALOUPEK, Luboš. Úvod do sociální patologie. Sebevražednost dětí a mládeže. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1983, s. 52 – 53.

¹²⁰ KRAUS, Blahoslav, Jolana HRONCOVÁ a kol. *Sociální patologie*. 1. vyd. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2007, s. 214.

¹²¹ CHALOUPEK, Luboš. Úvod do sociální patologie. Sebevražednost dětí a mládeže. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1983, s. 52 – 53.

¹²² SKOPALOVÁ, Jitka. Nesahej si na život! (Specifické zvláštnosti sebevražednosti dětí a mládeže). In ASSENZA, D. (ed.) *Praktické rady budoucím učitelům, řešení problémů*. 2.díl. Olomouc: A & M Publishing, 2007, s. 340.

V podkapitole Diskuse navrhuji možné přístupy aplikované školou v rámci primární prevence suicidálního jednání dětí a dospívajících.

3.2.2 Sekundární prevence

Není pojímána tak globálně, zaměřuje se na konkrétní rizikové jedince a skupiny. V našem případě se bude zaměřovat na ty, u kterých se objevují některé rizikové faktory sebevražedného jednání zmiňované výše.¹²³

Součástí sekundární prevence je krizová intervence, včasné odhalení a léčba klinických projevů.¹²⁴

Prevence je závislá na tom, zda osoby, pohybující se kolem ohroženého jedince, kamarádi, rodiče a škola, rozpoznají potřebu pomoci a dokážou ji reflektovat. Škola by měla připravovat jedince na reálný život, zejména na to, že ne všechno je v životě lehké. Také by měli učitelé např. v hodinách občanské nauky seznámit žáky a studenty, kde se mohou dovolat pomoci. Mládež by měla znát telefonní čísla na linky důvěry, na krizová centra a na pedagogicko psychologickou poradnu.¹²⁵

Další možný přístup v sekundární prevenci sebevražedného jednání navrhuji v podkapitole Diskuse.

3.2.3 Terciární prevence

Terciární prevence se již zaměřuje na minimalizaci následků nebo na eliminaci recidivy nežádoucích jevů u jedinců, u nichž se již sledovaný jev vyskytl, např. preventivní opatření proti opětovnému pokusu o sebevraždu.¹²⁶

Hlavními úlohami terciární prevence je naučit člověka překonávat životní těžkosti, zvyšovat odolnost vůči stresu a zátěži, přiměřeně ovládat svoje chování, naučit se radovat ze všech maličkostí a najít si nový smysl života. Důležitou roli zde sehrává i zvládnutí neúspěchu, správné zhodnocování svých možností a schopností, vytvoření nové hodnotové orientace a překonávání frustrací. Terciární prevence je zejména záležitostí psychiatrů

¹²³ PRŮCHA, Jan. *Pedagogický slovník*. 3. vyd. Praha: Portál, 2001, s. 178.

¹²⁴ KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 106.

¹²⁵ JEDLIČKA, Richard a Jaroslav KOŤA. *Aktuální problémy výchovy: Analýza a prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1998, s. 161.

¹²⁶ PRŮCHA, Jan. *Pedagogický slovník*. 3. vyd. Praha: Portál, 2001, s. 178.

a psychologů bezprostředně po uskutečnění sebevražedného pokusu. Dalšími účastníky by měli být sociální pracovníci a poradenské instituce.¹²⁷

Mezi účastníky terciární prevence bych zařadila také zaměstnance škol, hlavně školní psychology, metodiky prevence a učitele. Jedinec po sebevražedném pokusu potřebuje zvýšenou pozornost. Metodici prevence, školní psychologové a samotní učitelé by měli být proškoleni v tom, jak jednat se žákem nebo studentem po sebevražedném pokusu. Pokud spolužáci vědí o daném aktu jejich vrstevníka, i s těmi by měl být veden pohovor, aby se předešlo např. různým posměškům, vyloučení tohoto spolužáka z kolektivu a dalším negativním reakcím.

Po každém sebevražedném pokusu je doporučeno psychiatrické vyšetření, při kterém se zjišťuje nějaká duševní porucha, aktuální stav jedince a zejména nebezpečí opakování. Závažnost suicidálního jednání se určuje způsobem provedení činu. Vysoké riziko opakování suicidia je u použité tzv. tvrdé metody (např. oběšení, použití střelné zbraně). Důležitou roli také hraje dopis na rozloučenou, sepsání závěti a provedení činu s omezenou možností záchrany. Při hrozícím riziku recidivy je indikována hospitalizace v psychiatrické léčebně nebo v krizovém centru. V závislosti na výsledku vyšetření je pak důležitá psychiatrická léčba, dle případných diagnostikovaných poruch.¹²⁸

Z výše uvedených skutečností a z důvodu trávení velkého času studentů s učiteli lze usoudit, že prevence primární, sekundární a terciární, by měla být součástí preventivních programů každé školy.

3.3 Pro a proti prevenci suicidality ve školách

V Los Angeles byl vydán článek, který hovoří o pozitivních a negativních účincích v zavádění preventivních programů, týkajících se suicidality ve školách.

Preventivní programy sebevražednosti studentů jsou v Los Angeles určeny ke zvýšení znalosti dané problematiky. Informují studenty o tom, jaké jsou varovné signály potencionálního sebevraha a kde mohou hledat pomoc v kritických situacích. V článku jsou vyzdvihovány především dvě hlavní otázky: „*Stigmatizuje některé studenty vzdělávání*

¹²⁷ KRAUS, Blahoslav, Jolana HRONCOVÁ a kol. *Sociální patologie*. 1. vyd. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2007, s. 215 – 216.

¹²⁸ KOUTEK, Jiří. Jak rozpoznat a řešit suicidální riziko. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2010, č. 2 [cit. 2012-12-11]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2010/02/12.pdf>

v sebevraždě? Měly by být školy zapojeny do pozorování studentů identifikovaných s rizikem sebevraždy? “¹²⁹

Proti

Vzniklo značné znepokojení z negativních důsledků vzdělávání studentů v otázkách sebevraždě. Jsou zde obavy, aby nedocházelo ke stigmatizování jedinců, kteří potřebují pomoc. To může zapříčinit, že takto označení studenti budou prožívat další utrpení, byli by méně ochotní spolupracovat s odborníky a zhoršily by se jejich negativní pocity. Existuje také obava ze „sebevražedné nákazy“ mezi studenty, kdy informace o suicidalitě mohly způsobit dokonané suicidium u studentů. Programy mohou způsobit, že sebevražda bude brána jako přijatelná možnost jak reagovat, když se naskytne u jedince problém a mohly by učit studenty, jak suicidium spáchat.¹³⁰

Pro

Oproti tomu jsou lidé, kteří vidí kladný přínos ve vzdělávání v suicidiu v jednotlivých školách. V poznání je síla. Ukazuje studentům, kde hledat pomoc a varovné příznaky a tyto poznatky učí dál své vrstevníky. Pokud jsou programy dobře vyhotoveny, mohou přinášet další výhodu v duševním zdraví.¹³¹

Pokud by byly programy dobře navrženy a byly by realizovány kvalifikovanými odborníky, vzdělávání suicidalitě ve školách by nemělo mít negativní účinky. Pokud ovšem tato podmínka není dodržena, od programů by se mělo upustit, jelikož by udělaly více škody než užitku.¹³²

Pokud bychom chtěli zavádět preventivní programy sebevraždě v České republice, měli bychom se inspirovat studii z jiných zemí, které jsou v této problematice daleko před námi. Předem by se počítalo s riziky, které by mohly nastat při zavádění preventivních programů a předcházelo by se negativním vlivům, které zmiňují výše.

¹²⁹ TAYLOR, Linda a Howard ADELMAN. *Suicide Prevention in Schools* [online]. Los Angeles : Center for Mental Health in Schools, 2011 [cit. 2011-11-07]. Dostupné z: <http://smhp.psych.ucla.edu/pdfdocs/policyissues/suicide.pdf>

¹³⁰ Tamtéž.

¹³¹ Tamtéž.

¹³² Tamtéž.

3.4 Výsledky studie - první česká populační studie

V další podkapitole jsem se zabývala projektem, který se uskutečnil na UK v Praze – 3. LF, jedná se o první českou studii, která se zabývá problematikou suicidality dětí a mladistvých. Shrnuji nejdůležitější poznatky, které byly zjištěny v tomto výzkumu a celkové výsledky jsou uvedeny v podobě grafů v příloze č. 5.

V roce 2010 v rámci programu Péče o děti a dorost Ministerstva zdravotnictví byl v ČR realizován projekt „*Sebevražedné chování a záměrné sebepoškozování teenagerů – deskripce jako východisko prevence.*“ Projekt navazuje na koncepci WHO zabývající se typy prevence násilí na dětech. Projekt je dále v souladu s Národní strategií prevence násilí na dětech, schválenou vládou ČR v září 2008. Zjištěná fakta mají sloužit pro správnou formulaci a zpřesnění konkrétních aktivit v rámci Národního akčního plánu prevence násilí na dětech, který by měl být v souladu s dlouhodobými cíli Zdraví na období 2011 – 2018. Na projektu se také participoval Národní parlament dětí a mládeže.¹³³

Odborníci se snažili zmapovat dospívající, kteří volí k překonání nějaké krize nebo traumatu útek do jiné psychické bolesti, se snahou zastínit primární bolesti. Jejich cílem bylo identifikovat rizikové skupiny mladistvých, u kterých by se bez intervence mohlo rozvinout sebepoškozování nebo dokonce suicidální jednání. Včasná identifikace této skupiny adolescentů může hrát důležitou roli v prevenci tohoto chování, a včasná detekce tohoto typu násilí, namířeného proti sobě, by měla být jedna ze stěžejních priorit pro prevenci poruch duševního zdraví jedince. Další cílovou skupinou, na kterou se projekt zaměřil, byli dospívající, kteří sami pocítují potřebu odborné pomoci. Různé studie nám poukazují na zhoršující se duševní zdraví mladé populace. Podle odborníků to souvisí s nedostatkem institucí pro podporu duševního zdraví dětí a mladistvých. Studie, vycházejí z obrovského počtu dětí, které se obracejí na linky pomoci a internetové poradenství. Mezi první indikátory tohoto násilného chování řadí sebepoškozující se jedince. Realizovaná sonda zjistila, že jejich detekce přispívá mnohokrát k identifikaci příčin chování mladistvého, kterými často bývá dlouhodobě utajovaná nepříjemná zkušenost. Pro výzkum byla vybrána věková kategorie 13 - 18 let, jelikož zmiňovaná skupina je označována jako nejrizikovější a zároveň kvůli porovnání

¹³³ VANÍČKOVÁ, Eva, Viktor HYNČICA a Jana VOTAVOVÁ. *Násilí namířené proti sobě samému u teenagerské populace*. 1. vyd. V Praze: UK - 3. LF, 2010, s. 29.

studie se zahraničím. Data této studie by se měla stát podkladem pro formulaci strategie prevence násilí na dětech.¹³⁴

Celkem bylo dotazováno 951 adolescentů, z toho 411 chlapců a 540 dívek z celé ČR. Byly zde zejména zastoupené tyto kraje: Ústecký, Olomoucký, Moravskoslezský, Jihomoravský, Pardubický a Hlavní město Praha. Z toho 22,5 % žáků navštěvovalo základní školu a 77,5 % docházelo na střední školu. Věk respondentů se pohyboval v rozmezí 13 – 18 let. Výběr respondentů a lokalit byl nahodilý. Výzkumnou metodou bylo dobrovolné vyplňování dotazníku, který měl 38 otázek s uzavřenou volbou odpovědi.¹³⁵

Dotazníkovým šetřením se zjistily skutečnosti, že 15 % respondentů neví, zda má či nemá nejlepšího kamaráda, dále třetina dotazovaných někdy pocítila potřebu vyhledat odbornou pomoc u psychologa nebo psychiatra. Odborníci si tuto situaci vysvětlují uspěchanou dobou, kdy rodina nemá čas řešit rodinnou pohodu a rodiče mají velmi málo času na své děti, tudíž děti a mladiství vidí v psychiatrovi a psychologovi jediného člověka, který by je vyslechl. Polovina respondentů sama uváděla, že zájem rodičů by byl nejlepší prevencí před suicidálním jednáním. Četnost respondentů s příznaky stresu byla velká, to odborníci přisuzovali nefunkční rodině, jelikož mezi dotazovanými bylo 63,1 % žijící v úplné rodině, 19,1 % jen s jedním rodičem, 12,5 % respondentů žije s jedním rodičem vlastním a jedním nevlastním, 2 % žijí s prarodiči, necelé procento žije v DD a 3 % v jiném prostředí. Na téma sebevražedné jednání 61 % respondentů odpovědělo, že na sebevraždu nikdy nepomysleli. Vysoký počet dotazovaných také znal někoho, kdo se problematikou suicidia zabývá nebo kdo se pokusil o suicidium. Odborník danou skutečnost komentoval takto: *„Podle mého se stává trendem mluvit o sebevraždě před svými vrstevníky. Jedinci se zpravidla dostává velké pozornosti, která mu vlastně chyběla. Vrstevníci jej začnou přesvědčovat, aby akt sebevraždy odložil, a ukazují mu náhlý zájem o jeho osobu, což mu dělá dobře. V dnešní době s ohledem na nefunkčnost rodiny se cílová skupina potýká s depresemi, které často řeší pokusy o spáchání sebevraždy. Dle mého jsou časté důvody např. neúnosná situace doma, domácí násilí, první lásky, šikana, apod. Část na sebe chce jen upozornit, je to takové volání o pomoc,*

¹³⁴ VANÍČKOVÁ, Eva, Viktor HYNČICA a Jana VOTAVOVÁ. *Násilí namířené proti sobě samému u teenagerské populace*. 1. vyd. V Praze: UK - 3. LF, 2010, s. 30 – 31.

¹³⁵ Tamtéž, s. 32.

mají pocit, že nikoho nezajímají a sebevraždou mají v úmyslu na sebe tu pozornost připoutat.“¹³⁶

Co se týče uspěchané doby a s tím způsobený nedostatek času rodičů na své děti, jsem stejného názoru. V mé bakalářské práci ¹³⁷ jsem se zabývala vlivem rodiny na suicidální chování dětí a adolescentů, v empirické části jsem realizovala dva rozhovory, s psychologkou a s psychiatrickou, obě se shodovaly v tom, že na děti a dospívající velmi nepříznivě působí nefunkčnost rodiny a život v neúplné rodině. O negativním vlivu uspěchané doby se obě dotazované také zmiňovaly.

Shrnutí

Co se týká suicidality, je prevence ve školním prostředí velmi důležitá. V primární prevenci by měl být kladen důraz na spolupráci rodičů, školy a dalších organizací, jako je orgán sociálně právní ochrany dětí a další. Zejména rodiče by se měli věnovat svým dětem a připravovat je na život, který není procházka růžovou zahradou a měli by s nimi více komunikovat o jejich potížích a brát je vážně, aby při prvním neúspěchu nepropadaly depresi a bezmoci. Důležitou roli v oblasti prevence sebevraždnosti zaujímá i vztah učitele se studentem. Učitel by se neměl zaměřovat pouze na výuku, jak je tomu v dnešních školách, ale i na výchovu dětí, která by měla být neopomenutelnou součástí školního vzdělávání. Dle výsledků z výzkumu, který byl uskutečněn v roce 2010, se jedná o závažný problém a vzhledem k dnešní uspěchané době a narůstajícím požadavkům na děti a dospívající se tento problém bude dále prohlubovat a narůstat.

¹³⁶ VANÍČKOVÁ, Eva, Viktor HYNČICA a Jana VOTAVOVÁ. *Násilí namířené proti sobě samému u teenagerské populace*. 1. vyd. V Praze: UK - 3. LF, 2010, s. 43 - 46.

¹³⁷ ČERNÁ, Zuzana. *Vliv rodiny na suicidální chování dětí a dospívajících*. Olomouc, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Ústav pedagogiky a sociálních studií.

4 Krizová intervence ve školách

V této kapitole zmiňuji základní terminologii týkající se krizové intervence, jako je definice krize, fáze krize, znaky krizové intervence, nejčastější aktivity v krizové intervenci, její principy, zásady a jednotlivé formy. Jsou zde vypsány jednotlivé druhy pomoci pro jedince, kteří se ocitli v krizové situaci a v příloze č. 3 jsou shrnuty všechny instituce, které poskytují pomoc lidem v krizi ve Zlínském kraji. Součástí této kapitoly jsou také rady pro učitele, jak jednat s rizikovým jedincem a s jedincem po suicidálním pokusu. V závěru je doporučena krizová intervence, která by měla být praktikována ve školách po úmrtí studenta.

4.1 Základní terminologie

Krize vzniká v době, kdy člověk chce dosáhnout důležitých životních cílů a setká se s překážkou, kterou jedinec není schopen zvládnout v obvyklém čase a obvyklými metodami řešení problémů. Nastane pak období dezorganizace a zmatku s mnohými marnými pokusy o řešení.¹³⁸

Jednotlivé fáze krize dle Caplana:¹³⁹

- fáze napětí, kdy obranné mechanismy neposkytují řešení situace, může trvat pár minut, ale i týdny,
- fáze lability, zranitelnosti (tělesná i duševní), izolace, ztráta schopnosti jednat cílevědomě a uvědoměle,
- fáze mobilizace vnitřních rezerv, tato fáze trvá i roky.

U každého člověka krize probíhá jinak a má různý průběh. Záleží na konkrétním jedinci a na jeho odolnosti vůči krizi. Proto není možné, abychom se drželi této konkrétní struktury. Je pro nás pouze návodem, jak se může krize vyvíjet u určitého jedince.

¹³⁸ CAPLAN, Gerald. *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books, 1964, s. 49.

¹³⁹ Tamtéž, s. 50.

Specifické **znaky krizové intervence**:¹⁴⁰

- okamžitá pomoc (poskytnutí pomoci by mělo být co možná nejrychlejší),
- zaměření se na problém „tady a teď“ (analýza historie krize a anamnéza klienta je nezbytná pro odhalení příčiny a hloubky krizových reakcí, avšak nelze opomenout, že krizová intervence se zaměřuje na aktuální situaci a aktuální problém),
- redukce ohrožení (zajištění pocitu bezpečí, emocionální podpory a podpora materiální -jídlo, oblečení, přístřeší atd.),
- individuální přístup ke klientovi (každý člověk reaguje na stejné krizové situace odlišnými způsoby, ke každému se musí přistupovat jinak),
- intenzivní kontakt krizového intervenanta s klientem (např. každodenní setkávání, pokud je to potřeba),
- aktivní, strukturovaný a někdy řídicí přístup krizového intervenanta (od trpělivého, empatického naslouchání až po příkazový zásah v situaci bezprostředního ohrožení).

Tyto znaky by měla mít každá krizová intervence a nezáleží, na jaký druh problému se specializuje. Profesionálně realizovaná krizová intervence by měla splňovat zmiňované znaky.

Krizová intervence zahrnuje nejčastěji tyto **aktivity**:¹⁴¹

- poskytování podpory v emocích a pocit bezpečí,
- zlehčení komunikace a podpora ventilace emocí,
- střet s realitou a omezení tendencí k nepřijetí a zkreslování reality,
- vyhledání hlavního problému a jeho řešení,
- vyhodnocení nynějších adaptačních mechanismů a využití efektivních adaptačních mechanismů,
- mobilizace zdrojů pomoci a vytvoření plánu pomoci spolu s cíli.

¹⁴⁰ ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, s. 16 – 17.

¹⁴¹ Tamtéž.

Pracovníci krizové intervence musí počítat s těmito hlavními aktivitami při své vzájemné interakci s klientem. Ve zmiňovaných aktivitách by měl být pracovník patřičně proškolen a na plánované sezení s klientem připraven.

V krizové intervenci **se musíme vyvarovat**:¹⁴²

- vyslychání, přesvědčování, přemlouvání, utěšování a snaze dávat „dobré“ rady,
- tlumení emocionálních reakcí (poskytnout klientovi průchod citům),
- nucení k rychlým závěrům a rozhodnutím,
- jednání a rozhodování za klienta v důležitých situacích (řešení a smysl krize má klient najít sám),
- zlehčování intenzivních projevů krizové reakce a srovnávání osudu s jinými lidmi v podobné situaci,
- kritizování za chyby a posuzování chování klienta ve smyslu dobré-špatné,
- předčasné podávání léků na zklidnění a zbytečná hospitalizace.

Pracovník krizové intervence by si při práci s klientem měl dávat pozor na neprofesionální jednání. Výše uvedené nevhodné chování se totiž často objevuje, a proto by se měl každý odborník hlídat, jak reaguje a komunikuje s člověkem v bezprostředním ohrožení.

4.1.1 Principy a zásady

Krizová intervence má určité principy a zásady, dle kterých se řídí. Autoři, kteří se zabývají krizovou intervencí, se v definování principů a zásad určitým způsobem liší, avšak jejich podstata je zachována u všech autorů.

Mezi principy krizové intervence řadíme:¹⁴³

- **Princip dostupnosti.** Tento princip zahrnuje dostupnost informací o krizové pomoci. Tzn. občané, spolupracující složky a organizace o ní vědí. Organizace provozující tuto službu informují o svých službách, dohlíží, aby informace byly přehledné a aktuální. Seznam pracovišť telefonické krizové intervence by měl být v rubrice

¹⁴² ŠVARC, Jiří. Principy krizové intervence. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2003, č. 6 [cit. 2012-12-10]. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/psy/2003/06/10.pdf>

¹⁴³ VODÁČKOVÁ, Daniela a kol.. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha : Portál, 2007, s. 53 – 54.

Zdravotnictví – linky důvěry, krizová centra nebo tísňové volání. Princip dostupnosti nám také zaručuje bezodkladnost a nepřetržitost provozu při krizové pomoci. Není-li tomu tak, zvyšuje se riziko další zátěže. Správné krizové služby nabízejí provoz nepřetržitý. Krizová pomoc by měla být poskytována v zařízení i v terénu. Vnější bezbariérovost je pro klienta velmi důležitá. Bariérou by nemělo být místo, kde se krizová služba nachází. Další podmínka je dobrá dostupnost hromadnou dopravou a přehledné značení centra. Odborník pracuje s klientem s ohledem na rozdíly věku, původu, pohlaví, náboženské a sexuální orientace.

- **Princip individuality krize.** Pracovník, pracující s lidmi v krizi, by měl pracovat citlivě a podle klientových potřeb.
- **Princip komplexní péče.** Krizová pomoc by se měla dotýkat biologických, psychologických, sociálních i duchovních potřeb. To znamená, že by měl krizový pracovník spolupracovat s jedincem a jeho rodinou, se sociálním pracovníkem, s lékařem (kvůli předepsání psychofarmak) a s dalšími, se kterými je nutno konzultovat klientův stav.
- **Princip vnitřní bezbariérovosti.** Centrum, kde se poskytuje krizová pomoc, by mělo z hlediska vnitřní výbavy vzbuzovat důvěru. Mezi nejčastější vnitřní bariéry patří bílé pláště, mříže, bílé vysoké chodby, neosobní interiér kanceláří, příliš honosný interiér a v neposlední řadě neosobní přístup personálu.
- **Princip návaznosti.** Na krizovou pomoc by měla navazovat další péče o klienta, podle jeho potřeb a povahy dané situace. Každé krizové centrum má mít zmapovány možnosti, kam klienta nasměrovat a mít vyhotovený postup, jak sdělit klientovi doporučení na navazujícího odborníka či pracoviště.

Mezi **zásady krizové intervence** řadíme:¹⁴⁴

- jasná formulace anamnestických otázek a zaměření se na hlavní stresory (partnerská nebo finanční situace, zaměstnání), dotazování se klienta na životní a morální postoje, jací lidé jsou v jeho okolí a pátrání po klientově stylu řešení důležitých rozhodnutí,

¹⁴⁴ GABBARD, G. O. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. 3. vyd. Washington DC: American Psychiatric Press, 2000, s. 36.

- formulování cílů a problémů,
- informování klienta předem o možných rizicích a problémech, které mohou nastat,
- poskytování prostoru pro ventilaci emocí, posilování uvolnění akčního napětí a vnitřní duševní očistu,
- reflektování empaticky, vyjadřování důvěry, porozumění a pochopení,
- zachovávání profesionality a chování se stabilně i přes agresivní projevy klienta,
- pomáhání při hledání řešení problému,
- obvyklý počet sezení 5 – 40,
- zajištění návazné péče, pokud to daná situace klienta vyžaduje.

Základní principy a zásady krizové intervence by si měl osvojit každý pracovník pracující v zařízení specializujícím se na kontakt s osobami v určité krizové situaci.

4.1.2 Formy

V České republice rozlišujeme pět forem krizové intervence. Spočívají buď v osobním kontaktu klienta s krizovým pracovníkem (ambulantní forma, forma hospitalizace, forma terénní služby a forma krizové pomoci a služby v klientově přirozeném prostředí), nebo v kontaktu telefonickém.

Forma ambulantní je poskytována klientům, kteří osobně navštíví poradnu nebo jiné zařízení, které je určeno k primární pomoci lidem v krizi (ambulance krizových center). Patří sem i instituce, zaměřující se na sekundární krizovou pomoc (rodinná poradna, ambulance psychoterapeutických pracovišť, ordinace klinického psychologa a psychiatrická ordinace). Klienti buď vyhledávají ambulantní pomoc sami, nebo jsou nasměrováni linkou důvěry, policií nebo pracovníky sociálních či zdravotnických služeb.¹⁴⁵

Forma hospitalizace se nabízí v zařízení, které je tomu přímo určené (krizové centrum). V některých regionech toto zařízení chybí, proto se zřizují krizová lůžka v nemocnicích, v domovech pro seniory nebo v diagnostických ústavech. Hospitalizace je většinou krátkodobá (pět až sedm dní) a je doporučována zejména těm klientům, jejichž stav je natolik vážný, že pobyt v přirozeném prostředí by pro ně mohl být v daný okamžik ohrožující,

¹⁴⁵ ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, s. 23.

rizikový a tento jejich stav by se v domácím prostředí spíše prohluboval (např. pokud je nezbytné sledovat jeho psychický stav, jako je tomu u suicidální hrozby).¹⁴⁶

Do **terénní formy** se zahrnuje výjezd ke klientovi, kdy odborník či celý odborný tým vyjíždí za klientem do přirozeného prostředí. Situace klienta je natolik závažná, že nedokáže sám navštívit krizové centrum. V rámci terénní formy je i doprovázení klienta na úřad, na policii, k lékaři nebo k soudu. Pracovníci z krizového centra také mohou navštěvovat klienta např. v nemocnici nebo v jiném zařízení, kde je dočasně umístěn. Při mimořádných událostech jako je nějaká katastrofa, se také uplatňuje terénní forma krizové intervence.¹⁴⁷

Forma krizové pomoci a služby v klientově přirozeném prostředí spočívá v jednorázové nebo opakované návštěvě krizového pracovníka v domácím prostředí klienta. Je určená pro klienty, kteří nejsou schopni osobně navštěvovat krizová centra.¹⁴⁸

Telefonická krizová forma krizové intervence zahrnuje soubor metod a technik práce s klientem, založený na jednorázovém nebo opakovaném kontaktu prostřednictvím telefonické komunikace. Klient může kdykoliv telefonát ukončit. U nás rozlišujeme tři základní podoby telefonické krizové pomoci. První z nich je kontaktní linka, kterou provozují poradenská, kontaktní nebo krizová centra (nemají charakter linky důvěry, slouží pro navázání prvotního kontaktu s klientem). Další telefonickou krizovou formou jsou specializované linky zaměřené na určitý konkrétní problém. Odborníci provozující tyto linky jsou proškoleni v dané problematice a v technice telefonické krizové intervence. Na tyto služby obvykle navazuje klientova návštěva pracoviště krizového centra. Nejčastější formou telefonické krizové intervence jsou linky důvěry, které se nespécializují na určitou problematiku. Volající může jakýkoliv problém vyřešit buď během jednoho telefonátu, nebo se volající domluví na opakovaný kontakt. Krizová intervence disponuje dobře propracovanou databází kontaktů na různé odborníky, které mohou zprostředkovat svým klientům.¹⁴⁹

Volba formy krizové intervence záleží na konkrétním klientovi (míra dopadu krizové situace) a na charakteru jeho krizové situace (např. suicidální jedinec potřebuje jinou péči než sexuálně zneužívané dítě).

¹⁴⁶ VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 56.

¹⁴⁷ ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, s. 23.

¹⁴⁸ VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 56.

¹⁴⁹ Tamtéž, s. 57.

4.1.3 Druhy pomoci

V tomto oddíle se věnuji způsobům pomoci jedinci se sebevražedným jednáním a jeho nejbližšímu okolí. S jedincem ohroženým suicidálním chováním nejčastěji pracuje psycholog nebo psychiatr a poskytovaná pomoc je formou terapie (např. individuální, rodinná nebo skupinová). Organizací specializujících se na lidi v krizové situaci je několik, řadíme sem linky důvěry, krizová centra, pedagogicko-psychologické poradny, ale i jiné poradny, jako jsou poradny pro rodinu, pro manželství a mezilidské vztahy, protidrogové a protialkoholické poradny a další. Konkrétní pracoviště poskytující pomoc lidem v krizi ve Zlínském kraji, spolu s kontakty na ně, jsou shrnuty v příloze č. 3.

Terapie vychází z výsledků vyšetření. Pokud byla diagnostikována nějaká psychická porucha, musí být zvolena správná léčba, například u depresivního syndromu nebo schizofrenie jsou doporučena antidepresiva. Jedna z forem krizové intervence je hospitalizace (viz výše), ta je volena při hrozbě opakujícího se suicidálního jednání. Pokud je klientem adolescent, je nezbytná rodinná terapie. Suicidální chování zvyšuje napětí v rodině, jelikož rodiče často mívají pocity viny a zlosti. V těchto případech rodiče přemrštěně reagují, omezují své děti a hlídají každý jeho krok, což vede ke konfliktům a může zvýšit riziko suicidia adolescenta.¹⁵⁰ Terapeut je nejčastěji odborník z řad vyškolených sociálních pracovníků, psychologů nebo psychiatrů. Pomáhá například s pocity viny, se studem a se sebeobviňováním, také se snaží pomoci pochopit a přijmout jejich pocity tak, aby se naučili mít se rádi.¹⁵¹

Skupinové terapie a podpůrné skupiny jsou pro suicidální jedince velmi přínosné a účinné. Skupiny jsou vedeny vyškolenými profesionály, kteří pomáhají každému členovi skupiny, aby se svěřil se svými emocemi.¹⁵²

Linka důvěry (viz příloha č. 3) je pracoviště, se kterým se můžeme spojit telefonicky. Linky bývají nejčastěji zřizovány při krizových a psychoterapeutických centrech, poradnách anebo mohou fungovat jako samostatná pracoviště. Při zkontaktování linky důvěry, můžete s vyškolenými odborníky řešit jakékoliv problémy, pokud se ovšem nejedná o specializované

¹⁵⁰ HORT, Vladimír et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 408.

¹⁵¹ FRANKEL, Bernard. *O sebevraždách*. Praha: Nakladatelství lidové noviny, 1998, s. 106 – 107.

¹⁵² Tamtéž, s. 107.

krizové linky. Tato pracoviště mají většinou nepřetržitou službu, takže pomoc lze vyhledat kdykoliv.¹⁵³

Pracovníci linek důvěry často řeší sebevraždy. Klienti toto slovo přímo nevysloví, avšak jejich chování a komunikace prozrazuje jejich úmysly. Člověk, který uvažuje nad sebevraždou, přemýšlí a mluví velmi pomalu. Toto tempo musí pracovníci linek důvěry respektovat a přizpůsobit se mu. Nesmí na klienta spěchat, projevovat netrpělivost, nabízet mu slova, která člověk v krizi vyhledává a musí se věnovat a soustředit výhradně na klienta. Lidé uvažující o sebevraždě dávají přednost telefonickému kontaktu, nežli osobnímu. Tito lidé nechtějí, aby za nimi někdo přišel, avšak často mají velkou potřebu se někomu svěřit. V těchto případech se pracovníci snaží navázat kontakt a získat potřebný čas. Někdy se na linku důvěry obrátí člověk, který spáchal suicidální pokus, ale uvědomil si, že umřít nechce. V této situaci se snaží pracovník dělat potřebné kroky první pomoci na dálku. Zůstává na telefonu, aby mohl poskytnout oporu a mohl nadále radit s dalšími kroky, jako je přivolání lékařské služby první pomoci, odvoz do krizového centra nebo zdravotnického zařízení. Linky důvěry by neměly zobrazovat číslo, z něhož se volá, jelikož by mohly svádět k nerozvážným krokům. Pokud se však jedná o akutní případ, pracovník se snaží zjistit adresu klienta a dává mu najevo, že se o něj bojí, že má o klienta zájem. Důležité je, aby pracovník potencionálnímu sebevrahovi pomohl najít nový cíl nebo motiv, pro který má smysl žít.¹⁵⁴

Další z forem pomoci v krizové situaci jsou **krizová centra** (viz příloha č. 3). Poskytují pomoc lidem v naléhavých životních situacích, které nemohou vyřešit vlastními silami. Provoz u těchto pracovišť bývá nepřetržitý. Do krizového centra lze přijít kdykoliv, avšak doporučuje se, aby se jedinec nejdříve telefonicky spojil s pracovníky tohoto centra a domluvil si schůzku. Pracují zde psychologové, sociální pracovníci, zdravotní sestry a psychiatři. Všichni pracovníci v tomto centru jsou proškolení psychoterapeuti.¹⁵⁵

V každém regionu naší republiky je **pedagogicko-psychologická poradna** (viz příloha č. 3) a je určena dětem a dospívajícím, kteří se nacházejí v určité svízelné situaci (kdo má starosti sám se sebou, s rodiči, ve škole, s vrstevníky atd.).¹⁵⁶

¹⁵³ FRANKEL, Bernard. *O sebevraždách*. Praha: Nakladatelství lidové noviny, 1998, s. 107 – 108.

¹⁵⁴ SKOPALOVÁ, Jitka. Nesahej si na život! (Specifické zvláštnosti sebevražednosti dětí a mládeže). In ASSENZA, D. (ed.) *Praktické rady budoucím učitelům, řešení problémů*. 2. díl. Olomouc: A & M Publishing, 2007, s. 342.

¹⁵⁵ FRANKEL, Bernard. *O sebevraždách*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1998, s. 109.

¹⁵⁶ Tamtéž, s. 109-110.

Poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy (viz příloha č. 3) se také nachází v každém regionu a klientem se může stát kdokoliv, z jakékoliv věkové kategorie, pokud má problémy ve vztazích (rodinné vztahy, milenecké, manželské, partnerské a další). Centra lze navštěvovat jednotlivě nebo ve skupině i s celou rodinou.¹⁵⁷

Pro člověka, který má problém s určitými návykovými látkami, jako je alkohol, drogy nebo kouření, jsou určeny **protialkoholické a protidrogové poradny**. Konkrétně se jedná o AT poradny a pro mladistvé jde o kontaktní centra (viz příloha č. 3). Do kontaktního centra lze přijít bez objednání a nezávazně. Pokud se chce návštěvník svěřit o své situaci, jsou zde pracovníci centra, s nimiž je možné provést rozhovor a nalézt řešení pro svízelnou situaci. Pokud klient souhlasí a je odhodlaný k léčbě své závislosti, pracovníci z kontaktního centra doporučí léčebné metody.¹⁵⁸

V dnešním světě moderních technologií není pouze telefon či osobní kontakt jedinou možností, jak suicidální jedinec může sdělit své pocity a touhu zemřít. Nyní je provozována **internetová krizová intervence**. Tyto služby například poskytuje Modrá linka (www.modralinka.cz) se svými www stránkami. Nabízejí služby klientům, kteří používají internet a z určitých důvodů nechtějí komunikovat osobně či přes telefon. V hojném počtu ji využívají mladí lidé, kterým se líbí anonymita. Výhodou je také bezplatné užití, možnost použití ze vzdálených míst, nepřerušování a přístup např. školy. Pracovníci této služby se častěji setkávají se zpětnou vazbou o úspěšnosti intervence. Provádí se zde primární prevence a především jsou na stránkách zobrazeny další instituce, poskytující informace a pomoc jedinci v kritických situacích.¹⁵⁹

Existují různá zařízení, kam se obrátit pro odbornou pomoc, avšak domnívám se, že lidé nemají velké povědomí o daných institucích, tudíž malá část populace se na tyto pracoviště obrací se svými problémy.

¹⁵⁷ FRANKEL, Bernard. *O sebevraždách*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1998, s. 110.

¹⁵⁸ Tamtéž, s. 110-111.

¹⁵⁹ SKOPALOVÁ, Jitka. Nesahej si na život! (Specifické zvláštnosti sebevraždnosti dětí a mládeže). In ASSENZA, D. (ed.) *Praktické rady budoucím učitelům, řešení problémů*. 2. díl. Olomouc: A & M Publishing, 2007, s. 365.

4.2 Přístup učitele k rizikovému jedinci

Každý učitel by měl vědět, jak se zachovat, pokud odhalí potencionálního sebevraha ve své třídě. Pokud má pedagog nastudovány varovné signály, dokáže odhadnout, jak veliké je riziko suicidality.

Jakmile učitel zpozoruje jisté výkyvy v chování adolescenta, měl by s ním vést v soukromí rozhovor, který by měl být předem naplánovaný spolu s vytyčenými cíli. Lze vést rozhovor například tímto způsobem:¹⁶⁰

„Všímám si u tebe, že přestávky často trávíš sám, stalo se něco?“

„Necítíš se snad dobře se svými spolužáky?“

„Měl jsi snad nějaký konflikt s kamarádem/se spolužáky?“

„Netrápí nebo nebolí tě něco? Přijdeš mi nevyspalý a pobledlý, je ti dobře?“

„Nejsi tak aktivní v hodinách, jak obvykle. Rozumíš dobře látce?“

Může se stát, že student se nebude chtít svěřovat učiteli z očí do očí, proto pedagog může zvolit jinou variantu, psaní eseje. Pro řadu studentů bude jednodušší sepsat své pocity na papír, než je někomu sdělovat přímo. Uvádím zde možný příklad zadání eseje.

Studenti budou mít za úkol sepsat esej na 4 dané otázky:¹⁶¹

„Jaké mám životní cíle?“

„Co ode mě očekávají rodiče?“

„Co já očekávám od rodičů?“

„Co očekávám sám od sebe?“

Na základě odpovědí a vytvořené eseje pedagog zhodnotí, zda jsou jeho obavy na místě, či nikoli. K posouzení rizika si pedagog může přizvat druhou osobu, a to buď rodiče, nebo školního psychologa.¹⁶²

¹⁶⁰ KÄSLER-HEINDE, H. Bitte hört, was ich sage. Signale von suizidgefährdeten Kindern und Jugendlichen verstehen. Verlag: Kösel, 2001, s. 144.

¹⁶¹ Tamtéž, s. 148.

¹⁶² Tamtéž, s. 144.

Pokud pedagog vyhodnotí vysoké riziko sebevražedného jednání, jeho další postup by měl být následující:¹⁶³

- **Zptejte se přímo jedince, zda zvažuje sebevraždu.** Zjistěte, jestli má konkrétní plán, jak to provede. Vysvětlete, proč je váš zájem o něho/ni zvýšený. Vyslechněte všechny studentovy/studentčiny starosti. Ač je v jakékoli svízelné situaci, vždy je tu někdo, na koho se může obrátit.
- **Zhodnotíme-li, že je student/studentka v bezprostředním nebezpečí, volejte 155 a obraťte se na rodiče.** Pokud má student/ka vypracovaný podrobný plán provedení sebevraždy a nebude ochotný s vámi něco rozebírat, on/a by mohl/a být ve velkém ohrožení. Je důležité, aby se ihned přivolala pomoc a nenechávali jsme studenta/studentku o samotě.
- **Veškeré nebezpečné věci, kterými si může ublížit, se snažte dostat z jeho/jejího dosahu.**
- **Nabídněte podporu studentovi/studentce.** Ujistěte se, že student/ka ví, že jste zde pro něho/ni, povzbuďte ho/ji, aby vás vyhledal/a v případně nouze. Dejte mu/jí kontakt na krizovou linku, aby se případně obrátil/a tam.

Při komunikaci s potencionálním sebevrahem bychom se měli vyvarovat direktivnímu jednání (může urychlit sebevražedné jednání). Vhodné je říci: „*Udělat to samozřejmě můžete, v tom vám nemůže nikdo zabránit, Je to na vás. Ale když už tuto možnost znáte, můžete ji odložit a dát možnost řešení, které teď nevidíte.*“ V krizové intervenci se suicidálním jedincem nepatří moralizování, hodnocení a apely na odpovědnost člověka vůči blízkým, vůči partnerovi, dětem a vůči nedokončené práci.¹⁶⁴

¹⁶³ WEISS, C. a D. CUNNINGHAM. *Suicide Prevention in the Schools* [online]. Baltimore: Center for School Mental Health Analysis and Action, 2006 [cit. 2012-12-05]. Dostupné z: <http://csmh.umaryland.edu/resources/CSMH/briefs/SuicidePreventionBrief.pdf>.

¹⁶⁴ SKOPALOVÁ, Jitka. Nesahej si na život! (Specifické zvláštnosti sebevražednosti dětí a mládeže). In ASSENZA, D. (ed.) *Praktické rady budoucím učitelům, řešení problémů*. 2. díl. Olomouc: A & M Publishing, 2007, s. 363.

Důležité je po celou dobu rozhovoru s rizikovým jedincem udržet pozornost, věnovat se pouze jemu a přizpůsobit se jeho tempu (pomalosti, pauzám, neprojevovat netrpělivost, respektovat delší přemýšlení, nenabízet slova, soucítit a být empatický, povzbudit ho k vyjadřování emocí.¹⁶⁵

Po vyjádření emocí je dobré začít klást otázky typu, zda již podobnou situaci zažil a jak se v té situaci zachoval. Tím, že se vracíme do minulosti, mu ukazujeme jeho vlastní skrytý potenciál. V závěru rozhovoru se dohodneme s tímto jedincem, co udělá, když se znovu vrátí sebevražedné úvahy. Pokud se člověk nezbaví suicidálních úvah, pokusíme se s ním dohodnout o odložení spáchání suicidia.¹⁶⁶

Důležitou roli zaujímá i prostředí, ve kterém je veden rozhovor. Prostor by mělo být klidné, příjemné, nerušené. Žák/student by si měl sám vybrat, kde chce sedět, a zvolit si vzdálenost od člověka, se kterým bude mluvit. Neměli bychom sedět proti němu tvář v tvář – čelem. To samé platí v navázání očního kontaktu. Ten by měl být častý, avšak žák/student by měl mít možnost dívat se jinam. Žák/student uvažující nad suicidiem je v největším ohrožení asi půl hodiny, v tu chvíli je nezbytné poskytnout ohroženému jedinci podporu, stabilitu a bezpečí.¹⁶⁷

Z výzkumu, který jsem prováděla je zřejmé, že mnozí pedagogové by uvítali konkrétní rady, jak pracovat s rizikovými jedinci. Možné přístupy, které zde uvádím, mohou být ku pomoci učitelům v nečekaných situacích s rizikovým studentem.

4.3 Postup krizové intervence s jedincem po suicidálním pokusu

Psycholog, ať je to školní či externí psycholog, by měl vědět, jak postupovat při terapii se studentem po suicidálním pokusu. Jak s ním jednat, jaké otázky klást atd.

¹⁶⁵ SKOPALOVÁ, Jitka. Nesahej si na život! (Specifické zvláštnosti sebevražednosti dětí a mládeže). In ASSENZA, D. (ed.) Praktické rady budoucím učitelům, řešení problémů. 2. díl. Olomouc: A & M Publishing, 2007, s. 364.

¹⁶⁶ VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 494 – 497.

¹⁶⁷ Tamtéž.

Zde jsou vyjmenovány jednotlivé kroky programu:¹⁶⁸

- zaměřit se na příznaky a případnou diagnostikovanou poruchu, snažit se o léčbu (je-li psychická porucha natolik vážná, že je nutná medikace, spolupráce s psychiatrem),
- dotazovat se na sebevražedné myšlenky, i když o nich pacient nemluví, zaměřovat se na poslední suicidální pokus, anamnézu sebevražedných myšlenek a jednání, rodinnou anamnézu sebevražd,
- zaměřit se na klíčové výročí, jako je úmrtí blízké osoby (člen rodiny, partner atd.),
- objasnění motivu (využití v terapeutické léčbě),
- zjišťování významu smrti, sebevraždy a fantazie jedince (např. jaké reakce očekává od svého okolí),
- zaměření na práci s klientovou tendencí „řešit“ problémy razantním jednáním, sebevraždou,
- objasnění nedávné ztráty, zejména ztráty související s terapií,
- snaha minimalizovat dostupnost prostředků, které by mohly sloužit k opakovanému suicidii,
- poskytnutí sociální opory, která jedinci chybí,
- snaha vžít se do role jedince z důvodu pochopení významu suicidálního pokusu a následná snaha najít vhodnou náhradu za tento způsob řešení,
- pokud to bude potřeba, včas oznamte svoji nepřítomnost a povzbudte jedince, aby pokračoval v sezení se zastupujícím terapeutem.

Člověk, který pracuje s jedincem po sebevražedném pokusu, nesmí dávat najevo svoji netrpělivost, skákat do řeči, respektovat jeho pomlky a prodlevy, protože jsou naplněny jeho bilančními úvahami.¹⁶⁹ Postižený vnímá naše reakce, naši účast a angažovanost, zda jsme na něho naladěni. Dáváme najevo respekt k rozhodnutí a účast s utrpením. Pokud je podrážděný a agresivní, je důležité si uvědomit, že tyto reakce patří spíše jeho situaci než terapeutovi. Proto tyto reakce nevztahuje terapeut na sebe. Klient se vás může v některých případech ptát

¹⁶⁸ PRAŠKO, Ján. Péče o suicidálního pacienta. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2006, č. 4 [cit. 2012-12-11]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/psy/2006/04/11.pdf>

¹⁶⁹ VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 56. 482 – 499.

na otázky typu: „Myslíte si, že nemám právo to udělat?“ To terapeut potvrdit nesmí, jelikož může posílit jeho pocity viny a postoj, že selhává, nebo s námi přestane spolupracovat. V suicidální krizi téměř nefunguje apelování na morálku a odpovědnost člověka vůči svému okolí. Vše může prohlubovat jeho výčitky a bezmoc. V některých případech může klient sám začít hovořit o své rodině a blízkých, v této situaci terapeut podpoří a ocení jeho postoje, které jsou namířené proti sebevraždě. Lidé, kteří si myslí, že žili celý život v nesvobodě, si do suicidia nenechají mluvit a potřebují slyšet, že veškeré rozhodnutí je na něm. Povinností terapeuta je však chránit takového jedince a nalézat jiné alternativy řešení krize.¹⁷⁰

Vzdálenějším cílem pro terapeuta u suicidálního jedince je nalézat realističtější a pozitivnější pohled na sebe, posílit jeho sebeúctu, pocit, že někam patří a někomu na něm záleží. Dále by měl odborník posílit jeho sebevědomí v řešení svých problémů a přesvědčovat ho, že jsou tu lidé, kteří mu pomohou situaci vyřešit. Terapeut nabízí jiné možnosti, nežli je sebevražedné jednání.¹⁷¹

Tyto postupy pro terapeutickou činnost jsou spíše určeny pro školní psychology, nežli školním metodikům prevence a samotným pedagogům, jelikož terapii mohou provádět pouze odborníci, jako jsou psychologové.

4.4 Doporučená krizová intervence ve školách po úmrtí studenta

Pokud nějaký spolužák spáchá dokonanou sebevraždu, je na místě, aby proběhla krizová intervence se spolužáky a s učiteli, kteří tuto třídu vyučují. Měl by s nimi pracovat buď školní psycholog, pokud na to má patřičné kompetence anebo externí psycholog, který se přímo specializuje na takové kritické situace.

Psycholožka PhDr. Helena Vrbková se přímo specializuje na krizovou intervenci po úmrtí spolužáka nebo spolužačky a školy si ji v těchto situacích zvou, aby pracovala s učiteli a studenty, kterých se tato situace bezprostředně dotýká.¹⁷²

¹⁷⁰ PRAŠKO, Ján. Péče o suicidálního pacienta. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2006, č. 4 [cit. 2012-12-11]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/psy/2006/04/11.pdf>

¹⁷¹ Tamtéž.

¹⁷² Informace získané od PhDr. Heleny Vrbkové prostřednictvím telefonního rozhovoru, ze dne 4. 12. 2012.

Doporučená krizová intervence psycholožky PhDr. Heleny Vrbkové při úmrtí studenta je následující:¹⁷³

- **Informace** – Prvním krokem po příchodu do školy je získání co nejvíce informací. Informace jsou zjišťovány od ředitele školy, školního metodika prevence a třídního učitele.
- **Čas** – Dále by měl mít psycholog dostatek času, aby se zorientoval v situaci (asi 1 hod). Poté je domluvena spolupráce s účastníky a je sděleno, co jim může nabídnout a co ne, podle kompetencí psychologa. Roztřídí jednotlivé požadavky na požadavky, které spadají do kompetence psychologa, na kompetence spadající pod školu a na to, co nespadá do kompetencí psychologa, může odborník pouze vyjádřit svůj vlastní postoj nebo názor. Po zhodnocení situace je domluven postup spolupráce mezi vedením, třídním učitelem, školním metodikem prevence a ostatními spolupracujícími.
- **Kompetence** – Mezi kompetence psychologa řadíme například intervenci ve třídě se spolužáky mrtvého adolescenta, rozhovor se zájemci z řad učitelů, rozhovor s rodiči suicidovaného jedince a pohovor s dalšími dobrovolnými účastníky události, kterých se situace bezprostředně týká.
- **Cíle a struktura intervence ve třídě** – Před zahájením intervence se třídou by si měl psycholog stanovit cíle. Mezi cíle lze zařadit uzavírání emocí, které byly rozbourány smrtí spolužáka a vnímání případné viny u studentů. Psycholog si může připravit otázky, vedoucí kolektiv stanoveným směrem odklonu od události, typu: „*Jak jste prožívali oznámení o smrti spolužáka/spolužačky? Co byste udělali vy, kdybyste se cítili beznadějně? Co by měl udělat člověk v takové situaci, aby nedošlo k nejhoršímu? Máte se na koho obrátit? Koho byste požádali o pomoc či podporu? Zazili jste někdy už takovou situaci? Pokud ano, vyprávějte o ní.*“ V přípravě musí psycholog počítat s věkovými zvláštnostmi dané třídy. Zejména adolescenti mají potřebu ukazovat se v pozici silného jedince, který obtíže zvládá. S předpoklady této tendence na skupinové naladění se psycholog snaží o odklon od smrti, smutku, patetičnosti, směrem k životu, příhodám a diskusi o zvládání obtížných situací. Pro zdravé postupné vyrovnávání se a opouštění prvotního smutku lze realizovat

¹⁷³ VRBKOVÁ, Helena. Úmrtí spolužačky. *Prevence*. 2006, roč. 3, č. 6, s. 14 – 15.

rozhovor o různorodosti vyrovnávání se se smutkem, že slzy a smutný výraz nemusí být vždy odrazem intenzity smutku. Je vhodné konstatovat, že humor nebo cynické poznámky, mohou být jednou z možností, jak se lidé vyrovnávají s danou situací. Důležité je dávat prostor vyjádření smutku, ale zároveň ho vztahovat k realitě. Dále by se neměla rozvinout debata ve třídním kolektivu o smrti a posmrtném životě. Psycholog by měl jednoduchými odpověďmi přecházet s cílem vyhnout se této debatě. Vzhledem k přetrvávání čerstvých emocí není vhodná chvíle k otevírání této diskuse. Mohly by se otevřít různé osobní strachy ze smrti. Třídní učitel nemusí být přítomen při diskusi, záleží na dané situaci a potřebě. Na konci sezení se třídou by měl psycholog seznámit třídního učitele o průběhu sezení a psycholog dohodne s třídním učitelem následnou práci s třídním kolektivem. V případě nezvládnutí vlastních emocí by měl psycholog požádat o pomoc při vstupu do třídy od jiné osoby, která nese situaci snáz, eventuálně přizvat dalšího psychologa. Žádost o pomoc se nebere jako selhání, nýbrž jako profesionální přístup.

- **Předpoklad rizik** – Riziko odmítnutí diskuse semknuté třídy s někým cizím, kdo neznal zemřelého/zemřelou. Potřeba setrvat v emočním naladění. Potlačení smutku zejména u chlapců a verbální agrese jako ventilační emoce. Výrazná vzdálenost mezi osobním vyladěním psychologa a vyladěním třídy.
- **Individuální pohovory** – V případě potřeby psycholog může realizovat individuální pohovory podle potřeby. Pokud psycholog uzná za vhodné, lze doporučit jedinci soustavnou terapii. Při rozhovoru by měl psycholog poskytnout prostor pro vypovídání se, pracovat s případnými pocity viny a nabídnout racionální uchopení.
- **Spolupráce** – Spolupráce zejména s třídním učitelem, aby pracoval návazně se třídou v racionálním uchopení celé tragické situace. Třídní učitel by se měl soustředit na projevení osobního postoje k sebevraždě a měl by se pokusit o odklonění vlastního emocionální prožívání před studenty.
- **Závěr intervence** – Na závěr by měl psycholog provést zhodnocení průběhu intervence s ředitelem, třídním učitelem a metodikem prevence a v případě potřeby by měl být kontakt mezi školou a psychologem zachován.

Zmiňovaný postup lze brát jako šablonu, jak pracovat se školou a jeho účastníky, když je potřeba řešit úmrtí studenta ve školním prostředí. Avšak vzhledem k tomu, že každý člověk je jiný a každá situace je tím pádem odlišná, musí se k této události vždy přistupovat individuálně. Neexistuje univerzální řešení pro všechny situace podobného charakteru.

Shrnutí

Ze šetření, které jsem prováděla je zřejmé, že školní metodici/metodičky prevence si nejsou jisté, jak postupovat s jedincem se suicidálním jednáním a uvítali by nějaké praktické rady v těchto situacích. Z toho důvodu zde uvádím konkrétní rady, jak přistupovat k těmto rizikovým skupinám. Po dokonání suicidiu studenta se může objevit riziko sebevražedné nákazy mezi spolužáky, a proto je důležité zajistit odbornou pomoc i pro tyto jedince, abychom předcházeli dalšímu suicidálnímu jednání.

5 Ilustrativní šetření

V této kapitole je realizovaný rozhovor s okresní metodičkou prevence pro okres Uherské Hradiště, s vyvozeným závěrem z tohoto rozhovoru. Dále je zde dotazníkové šetření s jeho vyhodnocením a shrnutím výsledků tohoto šetření. Kapitulu uzavírá diskuse, ve které provádím celkové shrnutí z ilustrativního šetření, odpovídám na výzkumné otázky, které jsem si stanovila v první kapitole (kapitola Cíl a metodologie práce) a uvádím zde také návrhy na primární a sekundární prevenci suicidality ve školním prostředí.

5.1 Realizace rozhovoru s okresním metodikem prevence

Rozhovor s Mgr. Blažkovou proběhl ve Středisku výchovné péče HELP v Uherském Hradišti, v kanceláři psycholožky. Rozhovor byl realizován 26. 11. 2012. Magistra Blažková mi dovolila rozhovor nahrávat na diktafon. Na veškeré otázky, na které jsem se jí dotazovala, ochotně odpovídala.

Okresní metodička prevence pro Uherské Hradiště, Mgr. Bohdana Blažková

Rozhovor ze dne 26. 11. 2012, uskutečněný ve Středisku výchovné péče HELP

1. Jaké máte vzdělání?

Vystudovala jsem psychologii v Brně a 17 let působím v oboru.

2. Pracuje pedagogicko-psychologická poradna s dětmi po sebevražedném pokusu?

Ze školy nám chodí různé zakázky, ale nepamatuji si, že by nějaká škola po nás chtěla ošetřit třídu po sebevražedném pokusu spolužáka.

My jsme školská instituce poradenská, takže my více řešíme věci související nějak s prospěchem, s výkonností, se školou a s chováním v kolektivu. Myslím si, že toto téma spadá spíše do zdravotního sektoru, protože tady jde o život. Osobně si nepamatuji, že by dítě samo otevřelo toto téma ve škole, že by někdo z rodiny nebo z kamarádů suicidoval. Studenti vědí kam se obrátit, když na ně přijde stav bezmocnosti, úzkosti nebo deprese. Děláme zde krizové sezení, ale ty jsou většinou určeny pedagogům. Děláme s nimi osvětu, rozdáváme letáčky a sdělujeme jim kontakty, kam se mohou studenti obracet, pokud se ocitnou v nějaké krizi. Učitelé tyto informace posléze zprostředkovávají studentům, buď sami, nebo prostřednictvím peer aktivistů. To je tak jediné, co se v rámci prevence sebevražednosti se studenty dělá. Více

se zaměřujeme na jiné problémy, jako je např. šikana, která má mnohem větší procentuální zastoupení. Po nás to zatím nikdo nepožadoval, aby se takové preventivní akce dělaly ve školách.

3. Vedou na středních školách metodici prevence evidenci dokonanych sebevražď nebo pokusů o sebevraždu?

Ne nevedou. Jsou pouze povinni vyplňovat hodnocení za určité období, ale tato témata jsou zaměřená na agresi, záškoláctví, vulgární vyjadřování atd., nic, co by se týkalo sebevražedné tematiky.

4. Jsou pro metodiky prevence realizované nějaké kurzy nebo školení na téma Sebevražednost dětí a mladistvých?

Já jako psycholožka jsem se účastnila školení na téma sebepoškozování, které pořádala lékařská komora a vystupovali zde psychiatři a terapeuti. V rámci tohoto školení byl jeden blok, který se věnoval dané problematice. Hovořili zde o svých zkušenostech a zejména o recidivě sebevražednosti u dospívajících. Přednášky se účastnili terapeuti, psychologové a lékaři, které to zajímalo. Toto školení nebylo učitelům nabízeno. Když se něco takového pořádá, tak se o tom školy vůbec nedozví. Zřizovatelem těchto školení je Zlínský kraj a ten by měl dát vědět školám, jaké kurzy a školení se konají.

5. Proč tyto přednášky nejsou přístupné pro učitele?

Domnívám se, že školy nevidí potřebu těchto přednášek pro učitele a hlavně škola nemá dostatek finančních prostředků. Proto ředitelé nechtějí učitele pouštět na tato vzdělávání. Když uvolní svého zaměstnance na školení, musí mu zaplatit stravné, cestovné a musí za něho sehnat náhradu do výuky, suplujícímu učiteli musí zaplatit jednou tolik, co učiteli, který danou výuku normálně učí. Není to o tom, že by se učitelé nechtěli účastnit těchto školení, ale je to pouze o nedostatku finančních prostředků.

6. Domníváte se, že školním metodikům prevence chybí vzdělání na toto téma?

Já bych řekla, že v tomto směru chybí vzdělání i odborným pracovníkům, natož učitelům ve školách, to rozhodně. Naše instituce má v názvu poradna, takže my sami organizujeme vzdělávací akce pro učitele a nevzpomínám si na to, že by bylo něco pořádané na toto téma pro pedagogickou veřejnost. Je to téma, o kterém se těžce vypráví a o to těžší je, se k tomu

nějakým způsobem postavit. Osobně si myslím, že vzdělání na toto téma chybí a osobně neznám žádného odborníka, který by se tomuto věnoval.

7. Domníváte se, že sebevražedných pokusů přibývá?

To nevím, protože oni se k nám nedostanou. Jedinci po sebevražedném pokusu končí v nemocnicích a poté jsou rozvezeni do psychiatrickým léčeben. Já vůbec nemám přehled o nějakých objektivních číslech.

8. Má vůči škole někdo povinnost oznamovat pokus o sebevraždu studenta?

Dneska nemá nikdo žádnou povinnost něco ohlašovat, pokud se nespáchá trestný čin. Pokud by nám tyto skutečnosti oznámili, tak by měli problém s ochranou osobních údajů. Lékaři mohou sdělovat informace jen zákonným zástupcům a nikomu jinému. Pokud by bylo riziko, že by se nejednalo o sebevraždu, ale o cizí zavinění, např. týrání dítěte ze strany rodičů, tak lékaři mají ohlašovací povinnost vůči orgánu sociálně-právní ochrany dětí. Tudíž je velmi malá pravděpodobnost, že by se to škola dozvěděla, pokud rodiče nebudou chtít. Pamatuji si případ, kdy dívka z gymnázia spáchala sebevražedný pokus, a nikdo nevěděl, co se vlastně stalo. Byla dva měsíce pryč a nám bylo oznámeno, že je nemocná. Přišla, byla zdravá a nic ji nebylo a až po letech jsme se dozvěděli, že měla problémy se svou „láskou“ a rodiče nepodporovali tento vztah, tak se pokusila o sebevraždu a skončila v Kroměříži. Škola o tom neměla vůbec ponětí.

9. Je ve škole nějakým způsobem pracováno na toto téma?

V rámci peer aktivistů bylo toto téma zmíněno, ale velmi okrajově, spíše se zaměřovali na problém sebepoškozování. My jsme hledali tehdy nějaké zdroje, které by se týkaly sebevražednosti dětí a dospívajících a skoro nic jsme nenašli. Našli jsme pouze dvě knížky, kde bylo něco málo zmíněno.

10. Jakým způsobem většinou pracují peer aktivisté?

Peer aktivisté na dané téma hovoří se studenty, např. co si o tom myslí, jestli s daným tématem mají nějaké zkušenosti atd. Každý rok je ve školách peer aktivisty probíráno jedno téma a v rámci jednoho roku bylo probíráno téma sebepoškozování. Peer aktivisté dostanou teoretické informace, aby měli přehled o daném tématu, a následná práce se třídou probíhá většinou formou diskuse. Ve vyšších ročnících je ku pomoci školní metodik prevence a ten peer aktivistům pomáhá v otázkách, ve kterých si nejsou jisti.

11. Působí v okrese nějaká jiná organizace, zabývající se prevencí rizikového chování mladistvých?

Je tady pouze Středisko výchovné péče HELP, které má za úkol dělat prevenci v rámci poruch chování, ale není to zařízení zdravotnické. Ta poptávka po této problematice tu není, tudíž nikdo nemá potřebu do toho nějakým způsobem zasahovat a dělat nějaké programy. Co se dělá, tak jsou to přednášky realizované psychiatry pro odbornou veřejnost působící ve zdravotnictví, ne pro učitele.

5.1.1 Shrnutí rozhovoru

Z rozhovoru s okresní metodičkou prevence vyplývají následující skutečnosti. Pedagogicko-psychologická poradna nepracuje s dětmi a mladistvými po sebevražedném pokusu, jelikož jim nikdy taková zakázka od školy nepřišla. Pouze poskytuje studentům kontakty, kam se obrátit v tíživé životní situaci, prostřednictvím školních metodiků/metodiček prevence.

V rámci peer aktivistů bylo téma sebevražednosti velmi okrajově zmíněno, spíše se zaměřovali na problém sebepoškozování, jelikož hledali zdroje k problematice sebevražednosti dětí a mladistvých a skoro nic nenašli, pouze dvě knížky, kde bylo něco málo zmíněno.

Školní metodici/metodičky prevence jsou povinni vyplňovat hodnocení za určité období (zaznamenávají agresivní chování, záškoláctví, vulgární vyjadřování, šikanu atd.), avšak sebevražedná témata v hodnocení zahrnuta není.

Vzdělávání na téma sebevražednost dětí a mladistvých do jisté míry realizované je. Lékařská komora pořádá tyto kurzy a školení pro odbornou veřejnost působící ve zdravotnictví, ale ne pro učitele. Pro učitele nejsou realizované žádné kurzy ani školení na tuto problematiku, jelikož školy nevidí potřebu těchto přednášek a hlavně škola nemá dostatek finančních prostředků. Problém není v tom, že by se učitelé nechtěli účastnit tohoto druhu vzdělávání, ale je to problém nedostatku finančních prostředků.

Okresní metodička prevence se domnívá, že vzdělání na toto téma chybí nejen učitelům, ale i odborným pracovníkům, jelikož nezná žádného odborníka, který by se tomuto věnoval.

Zda sebevražedných pokusů přibývá, okresní metodička neví, protože se jedinci po sebevražedném pokusu nedostanou do jejich péče. Jsou odvezeni do nemocnice a následně do

psychiatrických léčeb. Škola se vůbec nedozví o tomto činu, není-li spáchaný přímo na škole, protože nikdo nemá vůči škole oznamovací povinnost. Ta se vztahuje pouze ke spáchání trestného činu. Také rodiče se problém suicidality svých dětí snaží utajit vůči okolí.

V okrese Uherské Hradiště působí pouze jediná organizace zabývající se prevencí rizikového chování mladistvých, a to je Středisko výchovné péče HELP, které se zabývá poruchami chování, ale není to zdravotnické zařízení, tudíž problém suicidality mladistvých není v jejich náplni práce.

5.2 Dotazníkové šetření

Na základě rozhovoru s okresní metodičkou prevence pro Uherské Hradiště jsem realizovala dotazníkové šetření zaměřené na školní metodiky/metodičky prevence na středních školách v okrese Uherské Hradiště, abych potvrdila nebo vyvrátila jednotlivé tvrzení okresní metodičky prevence. Vzhledem k tomu, že jsem předpokládala, že na středních školách a odborných učilištích neprobíhá žádná prevence ani intervence v oblasti suicidality dětí a mladistvých, připravila jsem si pár pilotážních otázek, abych potvrdila či vyvrátila svůj předpoklad.

Oslovila jsem prostřednictvím e-mailu všechny školní metodiky/metodičky prevence středních škol a odborných učilišť v okrese Uherské Hradiště, celkem tedy 16 školních metodiků/metodiček prevence.

5.2.1 Charakteristiky výzkumného souboru

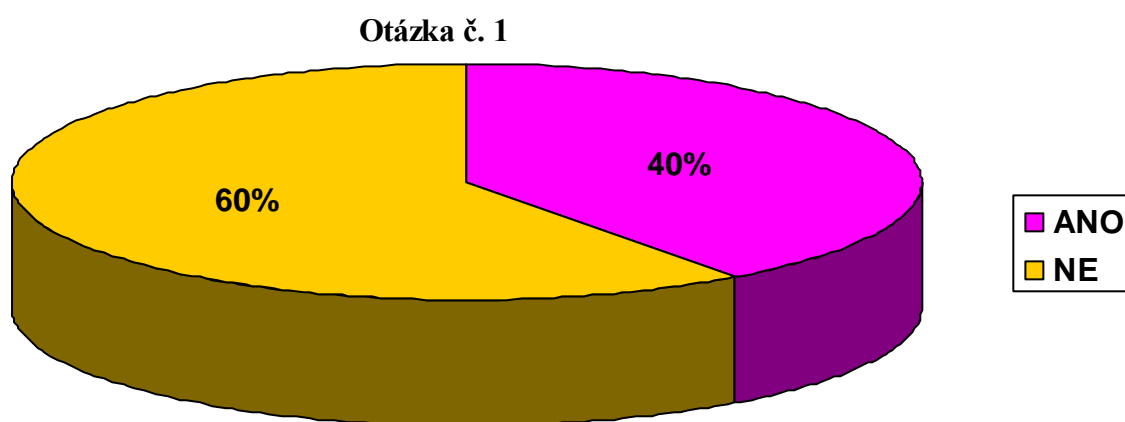
Byly dotazovány všechny střední školy a odborné učiliště v okrese Uherské Hradiště, celkem 16 středních škol a odborných učilišť. Dotazník byl určen školním metodikům/metodičkám prevence a dotazníkové šetření bylo provedeno prostřednictvím e-mailu. E-maily byly rozeslány 29. 11. 2012 spolu s průvodním dopisem (viz příloha č. 2) a odpovědělo 8 školních metodiků/metodiček prevence. Po uplynutí potřebné doby na odpověď (týden) jsem rozeslala dne 6. 12. 2012 upomínací dopis těm, kteří mi neodpověděli a zpětně mi odpověděli další dva školní metodici/metodičky prevence. Celkem mi tedy odpovědělo 10 školních metodiků/metodiček prevence.

5.2.2 Výsledky dotazníkového šetření

Celkem jsem se dotazovala 16 školních metodiků/metodiček prevence na středních školách v okrese Uherské Hradiště a odpovědělo mi 10 respondentů, což je 62,5 %. Na základě vyhodnocení dotazníku byly získány následující výsledky.

Otázka č. 1: Setkal/a jste se někdy ve Vaší pedagogické praxi s problematikou sebevražednosti Vašich studentů?

Úkolem první otázky bylo zjistit, zda se metodik/metodička prevence setkal/a při výkonu



své práce se suicidalitou studentů na jejich škole.

Graf č. 1: Setkal/a jste se někdy ve Vaší pedagogické praxi s problematikou sebevražednosti Vašich studentů?

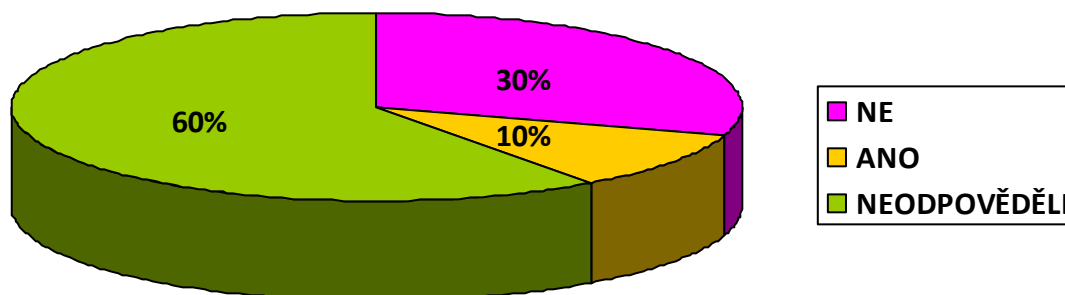
Ze získaných odpovědí jsem zjistila, že 40 % metodiků/metodiček prevence se setkali se suicidalitou studentů při výkonu své práce a 60 % metodiků/metodiček se nikdy nesetkali se suicidalitou ve škole.

Otázka č. 2: Pokud ano:

- a) **Vedete si Vy nebo vedení školy nějakou evidenci dokonáných sebevražd nebo pokusů o sebevraždu?**
- b) **Kolik dokonáných sebevražd nebo pokusů o sebevraždu evidujete za posledních 10 let?**

U otázky č. 2 jsem zjišťovala, zda školy nějakým způsobem vedou evidenci dokonaných sebevražd, či pokusů o ni. V případě, že ano, kolik jich bylo spácháno během posledních 10 let.

Otázka č. 2a



Graf č. 2: a) Vedete si Vy nebo vedení školy nějakou evidenci dokonaných sebevražd nebo pokusů o sebevraždu?

Z grafu č. 2 lze vyčíst, že 10 % respondentů si vede evidenci dokonaných sebevražd a pokusů o sebevraždu, 30 % dotazovaných si nevede žádnou evidenci suicidálního jednání a 60 % respondentů neodpovědělo na otázku, což je způsobeno tím, že na tento dotaz měli odpovídat ti metodici/metodičky prevence, kteří se setkali nějakým způsobem se suicidálním jednáním u svých studentů.

Na otázku č. 2b mi jeden respondent z 10 odpověděl, že evidují 3 případy suicidálního jednání na jejich škole, tři dotazovaní se nenesetkali při výkonu své práce s žádným případem tohoto jednání u svých studentů a šest metodiků/metodiček prevence mi na otázku neodpovědělo, protože již v první otázce odpovídali záporně.

Otázka č. 3: Jak byste jednal/a se studentem/studentkou, který/á by Vám řekl/a, že uvažuje o sebevraždě?

Tato otázka zjišťuje, zda metodici prevence vědí, jak jednat se studentem, který má sebevražedné tendence.

Otázka č. 3: Jak byste jednal/a se studentem/studentkou, který/á by Vám řekl/a, že uvažuje o sebevraždě?		
Varianty odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost %
1. Postup	2	20 %
2. Postup	4	40 %
3. Postup	1	10 %
4. Postup	1	10%
5. Postup	2	20 %

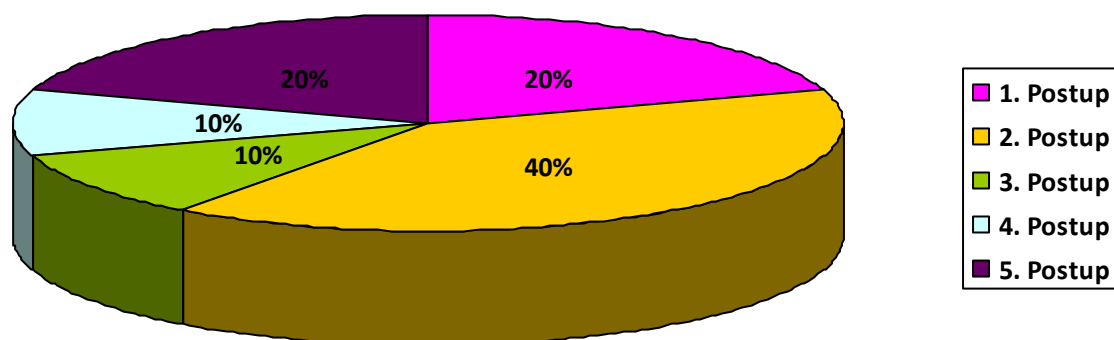
Tab. 6: Jak byste jednal/a se studentem/studentkou, který/á by Vám řekl/a, že uvažuje o sebevraždě?

Legenda:

1. Postup: Osobní pohovor, následně odborná péče (psycholog, psychiatr).
2. Postup: Kontakt s rodiči, následně odborná péče (psycholog, psychiatr).
3. Postup: Ihned odkázat na odbornou péči (psycholog, psychiatr).
4. Postup: Osobní pohovor, poté zkontaktování rodičů a následně zajištění odborné pomoci.
5. Postup: Nevím.

V tab. 6 jsou zaznamenány počty (absolutní četnost) jednotlivých reakcí metodiků/metodiček prevence v situaci, kdy by se dozvěděli, že student uvažuje o sebevraždě a následně jsou tyto reakce zaznamenány v procentuálním zastoupení (relativní četnost).

Otázka č. 3



Graf č. 3: Jak byste jednal/a se studentem/studentkou, která/ý by Vám řekl/a, že uvažuje o sebevraždě?

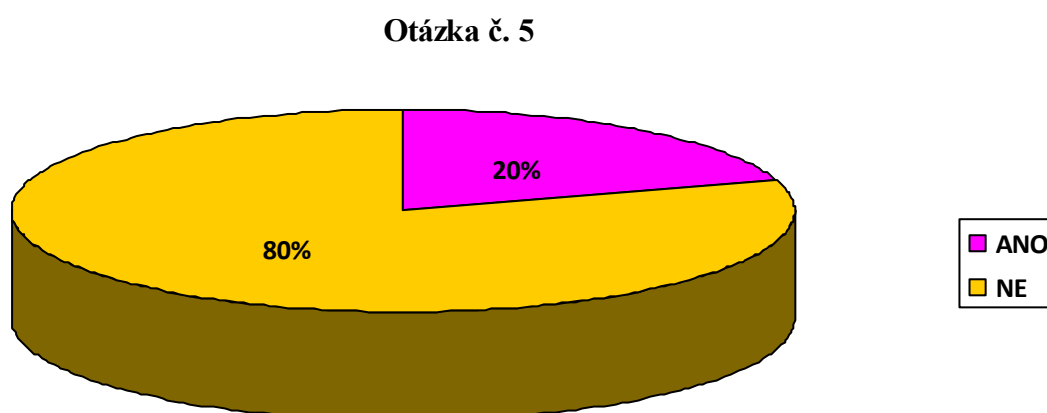
Z grafu č. 3 lze vyčíst, že 10 % respondentů by v takové situaci ihned odkázalo na odbornou péči (psycholog, psychiatr), dalších 10 % by realizovalo osobní pohovor, poté by zkontaktovali rodiče a následně by zajistili odbornou pomoc, 20 % dotazovaných by vedlo osobní pohovor, následně by zajistili odbornou péči (psycholog, psychiatr). Dalších 20 % dotazovaných by nevědělo, jak se zachovat v takové situaci a 40 % respondentů by kontaktovalo rodiče a následně by zajistili odbornou péči (psycholog, psychiatr).

Otázka č. 4: Jako školní metodik/metodička prevence pracujete nějakým způsobem se studentem/studentkou, který/á se pokusil/a o sebevraždu? Pokud ano, jak?

Tato otázka zjišťuje, zda mají metodici/metodičky prevence v náplni práce péči o studenty, kteří spáchali sebevražedný pokus.

Na tuto otázku všichni metodici/metodičky prevence odpověděli, že oni přímo nepracují se studentem/studentkou po sebevražedném pokusu.

Otázka č. 5: Účastnil/a jste se někdy školení nebo kurzů na téma Sebevražednost dětí a mladistvých?



Graf č. 4: Účastnil/a jste se někdy školení nebo kurzů na téma Sebevražednost dětí a mladistvých?

Z grafu č. 4 lze vyčíst, že 20 % respondentů se účastnilo nějakých školení nebo kurzů na téma sebevražednost dětí a mladistvých a 80 % dotazovaných se neúčastnilo žádných školení ani kurzů na danou problematiku.

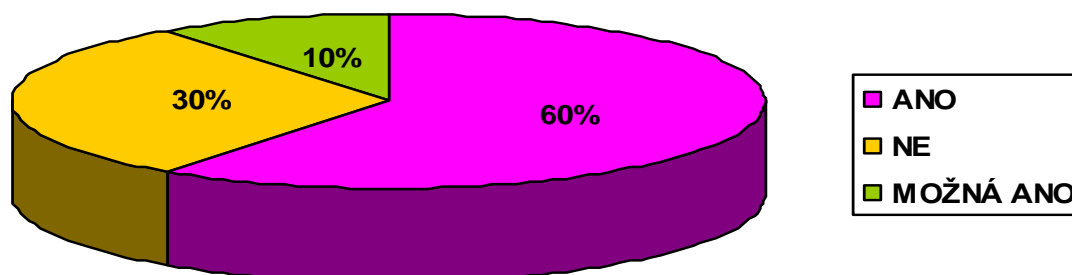
Otázka č. 6: Pokud ne, uvítal/a byste nějaké vzdělání na uvedené téma? Prosím, konkretizujte:

Tato otázka navazuje na předešlou otázku, kdy se zajímám o to, zda by metodici/metodičky prevence uvítali nějaké kurzy nebo školení na problematiku sebevražednosti dětí a mladistvých. Pokud ano, jakým směrem by měly být tyto přednášky a kurzy koncipovány.

Otázka č. 6: Pokud ne, uvítal/a byste nějaké vzdělání na uvedené téma?		
Varianty odpovědí	Absolutní četnost	Relativní četnost %
Ne	3	30 %
Možná ano	1	10 %
Ano	6	60%

Tab. 7: Pokud ne, uvítal/a byste nějaké vzdělání na uvedené téma?

Otázka č. 6



Graf č. 5: Pokud ne, uvítal/a byste nějaké vzdělání na uvedené téma?

Z grafu č. 5 lze vyčíst, že téměř 3/4 dotazovaných by uvítalo nějaké školení a kurzy na téma sebevražednost dětí a dospívajících.

Konkrétní způsoby vzdělávání, které by metodici prevence uvítali (volná odpověď respondenta):

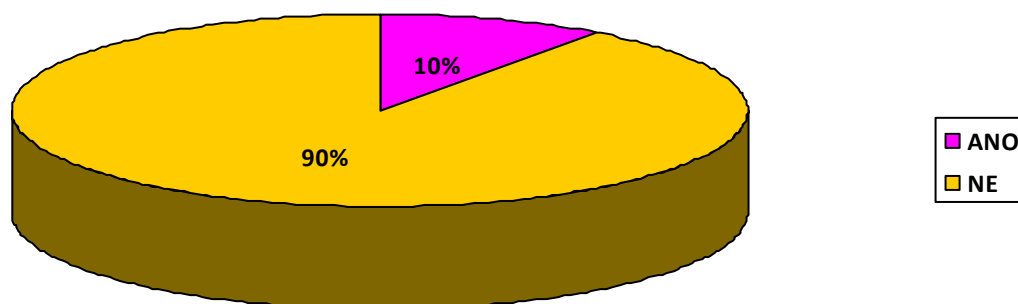
- Zaměření se na srovnání s ostatními státy, které skupiny jsou nejohroženější, nejčastější příčiny atd.
- Návod, jak správně postupovat, co si ze své pozice mohu dovolit, co musím, co nesmím, koho mohu informovat a ve kterých případech, aby to později nebylo napadnutelné apod.
- Školení na sebepoškozování.

Tři z dotazovaných by chtěli nějaké školení nebo kurzy na tuto problematiku, ale nevěděli, na co by se měli konkrétně zaměřit.

Otázka č. 7: Působí u Vás peer aktivisté? Jestli ano, jakou formou pracují?

Tato otázka zjišťovala, zda na středních školách působí peer aktivisté, aby studenti mohli být s problematikou suicidality dětí a mladistvých případně obeznámeni v rámci působení peer aktivistů.

Otázka č. 7



Graf č. 6: Působí u Vás peer aktivisté? Jestli ano, jakou formou pracují?

Z grafu č. 6 lze vyčíst, že 10 % středních škol v okrese Uherské Hradiště má své peer aktivisty a 90 % škol tyto aktivisty nemá.

5.2.3 Shrnutí výsledků dotazníkového šetření

Z dotazníkového šetření jsem zjistila, že střední školy v okrese Uherské Hradiště nevěnují velkou pozornost problematice suicidality dětí a mladistvých a školní metodici/metodičky prevence nemají příliš velké povědomí o daném tématu, jelikož pouze 1/5 dotazovaných se účastnilo nějakých kurzů a školení v tomto směru. Avšak téměř 3/4 školních metodiků/metodiček prevence si uvědomuje závažnost sebevražednosti dětí a mladistvých, tudíž by uvítali nějaké vzdělání k této problematice.

Pouze 3 z 10 respondentů by jednalo správně se studentem/studentkou, který/á by se jim svěřil/a o svých suicidálních tendencích, protože je nezbytně nutné zjistit, jak velké je riziko suicidálního jednání, a proto je nutné vést ihned po tomto zjištění osobní pohovor.

Důvod, proč se 3/5 školních metodiků/metodiček prevence nesešlo se sebevražedným jednáním u svých studentů, shledávám v tom, že škola se nedozví o suicidálním pokusu studenta/studentky, pokud tento pokus student/ka nespáchá přímo ve škole, jelikož lékaři nemají oznamovací povinnost vůči škole a rodiče se snaží utajit suicidální jednání svého dítěte. Tento důvod usuzuji na základě rozhovoru s okresní metodičkou prevence (viz podkapitola Realizace rozhovoru s okresním metodikem prevence), na základě odpovědí školních metodiků/metodiček prevence a dle statistických údajů, které jsou uvedeny v tabulce 5: Vývoj suicidality v okrese Uherské Hradiště ve dvou věkových kategoriích v letech 2000 – 2011 podle statistik ÚZIS ČR. Pokud porovnáme odpovědi školních

metodiků/metodiček prevence s těmito statistikami, je zřejmé, že tito odborníci v oblasti školní prevence nevědí o všech dokonaných sebevraždách, které byly spáchány v posledních 10 letech v okrese Uherské Hradiště.

5.3 Diskuse a doporučení pro praxi

Dnešní doba je velmi uspěchaná a nároky na jednotlivce jsou neustále vyšší a vyšší, proto se riziko suicidality stává více aktuální. Tento jev je také umocňován rodinnou situací, kdy dítě často vyrůstá v neúplné rodině nebo v dysfunkční až afunkční rodině. Dle mých poznatků, mnoho rodičů nevěnuje dostatek pozornosti výchově svých dětí, ty pak nejsou připravovány na reálný život, který není tak jednoduchý. Pokud dítě narazí na nějaký problém a je na něj vyvíjen tlak, neví si s touto situací rady, nikdo ho nevyslechne a neporadí mu a v rodičích mnohdy nejsou zvyklí hledat oporu, jelikož je řada rodičů „přezaměstnaných“. Zejména dospívající vidí často jediný únik z takové situace v suicidii, jelikož nedokáží řešit zátěžové situace. Sebevražednost dětí a dospívajících je jistě závažným jevem a je nutné si uvědomit, že tato problematika se nedotýká jen rodičů, psychologů, psychiatrů a sociálních pracovníků, ale také pedagogů, kteří jsou v každodenní interakci s dětmi a dospívajícími.

Pro ilustrativní výzkumné šetření byly stanoveny výzkumné otázky, na které jsem se snažila nalézt odpověď. Výzkumné otázky:

1. Jaké místo zaujímá potřeba prevence a intervence v rámci suicidality adolescentů na středních školách a odborných učilištích v okrese Uherské Hradiště?
2. Jakou měrou působí střední školy a odborná učiliště v okrese Uherské Hradiště na studenty v rámci primární, sekundární a terciární prevence suicidality adolescentů?
3. Do jaké míry jsou vzdělávání školní metodici/metodičky prevence v problematice suicidality adolescentů?
4. Do jaké míry jsou rozpracovány odborné dokumenty zaměřující se na prevenci rizikového chování ve školách na téma suicidality?

Bylo pro mne zajímavé zjištění, že hlavní dokument určený pro primární prevenci rizikového chování ve školách v ČR, vydaný Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních), který je základní metodikou pro tvorbu preventivních programů na školách, se nezabývá sebevražedností dětí a dospívajících. Možná i proto se

v preventivních programech jednotlivých škol v okrese Uherské Hradiště neobjevuje zmínka o prevenci suicidality dětí a mladistvých. Mohu se tedy domnívat, že v jiných okresech a krajích nemají také vypracovanou metodologii v preventivních programech pro tento nežádoucí jev.

Do primární prevence suicidality dětí a dospívajících v okrese Uherské Hradiště lze zařadit sdělení důležitých kontaktů školním metodikům prevence. Jedná se o kontakty a adresy pracovišť, kde se mohou obracet děti a dospívající ocitající se v nějaké krizi. Jiná prevence tohoto nežádoucího jevu neprobíhá, jelikož školy nevidí význam a důležitost této problematiky. Pouze dva z dotazovaných se účastnili nějakých školení nebo kurzů na problematiku sebevraždy dětí a dospívajících. Přesto 70 % školních metodiků/metodiček prevence v okrese Uherské Hradiště by uvítalo vzdělání tohoto charakteru. Školy nemají ve většině případů povědomí o závažnosti sebevraždy dětí a adolescentů, chybí jim informovanost. Na závažnosti neubírá ani fakt, že pouze 40 % školních metodiků/metodiček prevence se setkala se sebevraždou u svých studentů. Škola se totiž nedozví o tomto aktu, pokud není spáchán přímo ve školním prostředí. Nikdo nemá oznamovací povinnost vůči škole, co se týče sebevražděného jednání a rodiče se snaží tyto skutečnosti zatajit. Další problém shledávám v tom, že je nedostatek finančních prostředků pro vzdělávání školních metodiků prevence na zmiňované téma.

Pro školní metodiky prevence, pracovníky školských poradenských zařízení, krajské školní koordinátory prevence a ostatní odbornou veřejnost je určen časopis Prevence, zabývající se tematikou primární prevence a práce se třídou. Provedla jsem analýzu všech vydaných čísel časopisu Prevence od roku 2004, kdy se začal vydávat, až do nynějšího roku, za účelem nalezení všech článků, které se nějakým způsobem zabývaly prevencí a intervencí suicidality dětí a mladistvých. Celkem jsem našla pouze pět článků dotýkající se dané problematiky. Jeden z článků jsem zakomponovala do své diplomové práce (podkapitola Doporučená krizová intervence ve školách po úmrtí studenta) a zbylé čtyři jsou umístěny v příloze č. 4. Dva z článků se věnují dětem a dospívajícím v krizi. Jsou zde uvedeny nejčastější příčiny krize, typické příznaky a rady pro učitele, jak postupovat, čeho se vyvarovat a jak komunikovat s takovým jedincem. Další dva články se přímo věnují sebevraždě dětí a dospívajících. Jsou zde vymezeny základní pojmy týkající se suicidality, rizikové skupiny ohrožené zvýšeným výskytem sebevraždy, možné příčiny, jednotlivé preventivní opatření, varovné signály a obecné rady, jak jednat a komunikovat s rizikovým jedincem.

Jeden z článků věnuje větší pozornost roli rodiny při sebevražedném jednání dítěte a dospívajícího.

Určitá metodika pro prevenci suicidálního jednání dětí a dospívajících tedy vypracována je, avšak dle odpovědí školních metodiků prevence, nemají povědomí nebo nevěnují dostatečnou pozornost této publikované metodice.

Školy by měly věnovat pozornost zejména prevenci tohoto nežádoucího jevu, proto zde uvádím návrhy, jak by mohla probíhat primární a sekundární prevence sebevražedného jednání dětí a adolescentů.

Primární prevence by měla celkově zastřešovat rizikové chování. Na všech středních školách by mohl/a působit sociální pracovník/pracovnice, který/á by spolupracoval/a s metodikem/metodičkou prevence. Sociální pracovník/pracovnice by mohl/a provozovat poradenské centrum a plnil/a by zde významnou funkci. Školní sociální pracovník/pracovnice by pečoval/a o studenty s určitým zdravotním handicapem, o studenty, u kterých se objevuje rizikové chování a na které působí negativní jevy v oblasti psychosociální (pocity úzkosti, deprese, poruchy příjmu stravy, atd.).

Dále v rámci primární prevence ve školách by mohly jednotlivé školy, pod vedením školního sociálního pracovníka/pracovnice, který/á by musel/a mít pro tuto funkci odpovídající vzdělání, pořádat výchovné programy, jak pro učitele, tak pro rodiče. Tyto programy by se zaměřovaly na nácvik komunikace a výchovných dovedností s adolescenty. Konkrétně by se hovořilo o tom, jak aktivně naslouchat a jaká jsou účinná pravidla komunikace. Další položkou by byla podpora sebedůvěry, předcházení konfliktům s dospívajícími, identifikace rizikového chování, například depresivní symptomy, sebevražedné jednání, anorexie, bulimie, toxikománie a jiné. Další jeho/její činnost by spočívala ve vedení preventivních programů spolu se školním metodikem/metodičkou prevence.

V rámci **sekundární prevence** by měla být zařazena depistáž (vyhledání ohrožené skupiny) mládeže, která má nevhodné rodinné prostředí. Do rodin, které neplní své základní funkce (rodiny, kde se vyskytují trestané a násilné osoby, alkoholici, osoby s diagnostikovanou nějakou psychickou poruchou, drogově závislí a další) by se měly zavádět preventivní programy. Tyto programy by zaváděl/a školní sociální pracovník/pracovnice ve spolupráci s orgánem sociálně právní ochrany dětí a kurátory pro děti a mladistvé. Pokud by

bylo rodinné prostředí natolik narušené a pozitivní vývoj jedince by byl ohrožen, bylo by nezbytné, aby zakročily státní orgány a dítě nebo mladistvého odebraly z takového prostředí.

Škola bývá pro orgán sociálně právní ochrany častým iniciátorem toho, že v rodině u dítěte nebo mladistvého není něco v pořádku. Tudíž by se mohla ještě více prohloubit spolupráce těchto orgánů se školami, jak navrhuji v předešlém odstavci. Učitelé by se měli zajímat o studenty nejen po stránce učebního procesu, ale i po stránce psychických změn jedince.

Závěr

Žijeme v moderní uspěchané době, kdy je na nás vyvíjen velký psychický nátlak, se kterým se musíme nějakým způsobem vypořádat. Každý v takové situaci reaguje jinak. Někteří volí útěk z takové situace v podobě suicidia. O to horší je pro společnost, pokud se jedná o děti a dospívající. Tento fenomén je ve společnosti rozšířenější, než si většina běžné populace dokáže představit. Já osobně jsem se s tímto jevem setkala mnohokrát. Jenom z mého ročníku 1988 spáchali dva spolužáci dokonanou sebevraždu a jedna spolužačka se pokusila o sebevraždu.

Sebevraždy dětí a mladistvých tady byly, jsou a budou, pokud nebudeme včas předcházet nežádoucím jevům. Je důležité, aby si společnost uvědomila, že řešení tohoto problému nespadá jen pod psychiatry, psychology a sociální pracovníky, ale také pedagogové by měli být součástí preventivních opatření. Již při přípravě budoucích pedagogů by mělo být toto téma zmíněno. Budoucí pedagogové by měli být zejména seznámeni s rizikovými a protektivními faktory, s příčinami sebevražednosti, s varovnými signály a se základní krizovou intervencí při suicidálním jednání.

Cíle, které jsem si stanovila, jsem dle mého názoru, ve své práci významně rozpracovala. V ilustrativní části jsem detailně zjišťovala působení jednotlivých středních škol a odborných učilišť v Uherském Hradišti v rámci prevence a intervence suicidality adolescentů. Sebevražednost jsem také zdokumentovala dle statistických údajů Českého statistického úřadu, Policie ČR a Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR.

Nastudovala jsem pro svou práci literaturu, která je publikována u nás a čerpala jsem i ze zahraničních zdrojů, jelikož v zahraničí je téma sebevražednosti dětí a mladistvých více rozpracováno, zejména co se týče školního prostředí.

Věřím, že moje práce může být přínosem jak pro pedagogickou činnost, tak pro lidi pracující např. v pomáhajících profesích. Může být také užitečná pro širokou veřejnost, kterou dané téma zajímá.

Seznam použité literatury

- ČERNÁ, Zuzana. *Vliv rodiny na suicidální chování dětí a dospívajících*. Olomouc, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Ústav pedagogiky a sociálních studií.
- BUDINSKÁ, Martina. Kompetence v oblasti primární prevence. *Prevence*. 2005, roč. 2, č. 2. ISSN 1214-8717.
- CAPLAN, Gerald. *Principles o preventive psychiatry*. New York: Basic Books, 1964. 304 s. ISBN 978-0422982702.
- FRANKEL, Bernard. *O sebevraždách*. Praha: Nakladatelství lidové noviny, 1998. 149 s. ISBN 80-7106-234-0.
- GABBARD, G. O. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. 3. vyd. Washington DC: American Psychiatric Press, 2000. 656 s. ISBN 15-856-2185-4.
- GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6.
- GRECMANOVÁ, Helena, Drahomíra HOLOUŠOVÁ a Eva URBANOVSKÁ. *Obecná pedagogika I*. dotisk. Olomouc: Hanex, 1999, 231 s. ISBN 80-857-8320-7.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2010. 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HORT, Vladimír et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 492 s. ISBN 80-7178-472-9.
- CHALOUPKA, Luboš. *Úvod do sociální patologie. Sebevražednost dětí a mládeže*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 1983.
- CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- JEDLIČKA, Richard a Jaroslav KOŤA. *Aktuální problémy výchovy: Analýza a prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1998. 169 s. ISBN 80-7184-555-8.

- JEŘÁBEK, Hynek. *Úvod do sociologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1992. 140 s. ISBN 80-7066-662-5.
- KÄSLER-HEINDE, H. *Bitte hört, was ich sage. Signale von suizidgefährdeten Kindern und Jugendlichen verstehen*. Verlag: Kösel, 2001. ISBN 3-466-30540-3.
- KNAJBL, J. Některé rysy osobnosti nezletilých hochu a mladých mužů se suicidálním jednáním. *Československá psychiatrie*. 1977, roč. 73, č. 2. ISSN 0069-2336.
- KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 127 s. ISBN 80-7178-732-9.
- KRAUS, Blahoslav, Jolana HRONCOVÁ a kol. *Sociální patologie*. 1. vyd. Hradec Králové: GAUDEAMUS, 2007. 325 s. ISBN 978-80-7041-896-3.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.
- MACEK, Petr. *Adolescence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 141 s. ISBN 80-7178-747-7.
- MASARYK, Tomáš Garrigue. *Sebevražda: hromadným jevem společenským moderní osvěty*. 4. čes. vyd. Praha: Ústav T. G. Masaryka, 1998. 221 s. Spisy T. G. Masaryka; sv. 1. ISBN 80-901971-4-0.
- MONESTIER, Martin. *Dějiny sebevražd: dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. 1. vyd. Praha: Dybbuk, 2003. 414 s. ISBN 80-903001-8-9.
- PRŮCHA, Jan. *Pedagogický slovník*. 3., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2001. 322 s. ISBN 80-7178-579-2.
- REMSCHMIDT, Helmut. *Psychiatrie der Adoleszenz: 111 Tabellen*. Stuttgart [u.a.]: Thieme, 1992. 666 s. ISBN 978-313-7678-014.
- SKOPALOVÁ, Jitka. Nesahej si na život! (Specifické zvláštnosti sebevražednosti dětí a mládeže). In ASSENZA, D. (ed.) *Praktické rady budoucím učitelům, řešení problémů*. 2. díl. Olomouc: A & M Publishing, 2007. 298 – 371 s. ISBN 978-80-903654-1-4.
- SKORUNKOVÁ, Radka. *Úvod do vývojové psychologie*. 4. vyd. Hradec Králové: Gaudemus, 2011. 69 s. ISBN 978-80-7435-115-0.
- STRAUSS, Anselm. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 1999. 196 s. Scan; sv. 2. ISBN 80-85834-60-X.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 197 s. ISBN 80-247-0586-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd, rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-717-8802-3.

VANÍČKOVÁ, Eva, Viktor HYNČICA a Jana VOTAVOVÁ. *Násilí namířené proti sobě samému u teenagerské populace*. 1. vyd. V Praze: UK - 3. LF, 2010, 60 s. ISBN 978-80-254-9075-4.

VIEWEGH, Josef. *Sebevražda a literatura*. 1. vyd. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka, 1996. 282 s. ISBN 80-85880-10-5.

VRBKOVÁ, Helena. Úmrtí spolužačky. *Prevence*. 2006, roč. 3, č. 6. ISSN 1214-8717.

VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 543 s. ISBN 978-80-7367-342-0.

Internetové zdroje

ČESKO. MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY. *MŠMT: Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže* [online]. MŠMT, 2010 [cit. 2012-12-04]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/20274>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. ČSÚ: *Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech 1994 – 2008* [online]. ČSÚ, 2009 [cit. 2012-11-14]. Dostupný z: <http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/p/4017-11>

GOETZ, Michal. *Deprese u dětí a adolescentů*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2005, č. 6 [cit. 2012-11-20]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200506-0003.php>

KOUTEK, Jiří. Jak rozpoznat a řešit suicidální riziko. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2010, č. 2 [cit. 2012-12-11]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/int/2010/02/12.pdf>

KOUTEK, Jiří. *Suicidalita u adolescentů – rizikové faktory a prevence*. *Pediatric pro praxi* [online]. 2008, č. 5 [cit. 2012-11-19]. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-200805-0007.php>

KUČERA, R. *ABZ.cz: slovník cizích slov - on-line hledání* [online]. [cit. 2012-11-28]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz>

- Ministerstvo vnitra ČR: *Sebevraždy evidované Policií ČR* [online]. 2001 [cit. 2012-11-14]. Dostupný z: http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/statistiky/krim_stat/2000/sebevraz.html
- PETERKOVÁ, Michaela. Slovníček pojmů. *Sebevražda.cz* [online]. 2008-2012 [cit. 2012-11-13]. Dostupné z: <http://www.sebevrazda.psychoweb.cz/>
- PRAŠKO, Ján. Péče o suicidálního pacienta. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2006, č. 4 [cit. 2012-12-11]. Dostupné z: <http://www.solen.cz/pdfs/psy/2006/04/11.pdf>
- Prevence rizikového chování. *Prevence-info.cz* [online]. © 2010-2012 [cit. 2012-12-04]. Dostupné z: <http://www.prevence-info.cz/typy-rizikoveho-chovani/kybersikana>
- ŠVARC, Jiří. Principy krizové intervence. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2003, č. 6 [cit. 2012-12-10]. Dostupné z: <http://solen.cz/pdfs/psy/2003/06/10.pdf>
- TAYLOR, Linda a Howard ADELMAN. *Suicide Prevention in Schools* [online]. Los Angeles: Center for Mental Health in Schools, 2011 [cit. 2011-11-07]. Dostupné z: <http://smhp.psych.ucla.edu/pdfdocs/policyissues/suicide.pdf>
- WEISS, C. a D. CUNNINGHAM. *Suicide Prevention in the Schools* [online]. Baltimore: Center for School Mental Health Analysis and Action, 2006 [cit. 2012-12-05]. Dostupné z: <http://csmh.umaryland.edu/resources/CSMH/briefs/SuicidePreventionBrief.pdf>

Jiné zdroje

- Informace získané od zaměstnance ČSÚ prostřednictvím telefonního rozhovoru, ze dne 14. 11. 2012.
- Informace získané od PhDr. Heleny Vrbkové prostřednictvím telefonního rozhovoru, ze dne 4. 12. 2012.
- Interní zdroje, které mi byly zaslány prostřednictvím e-mailu na požádání zaměstnancem ÚZIS ČR, ze dne 7. 12. 2012.

Seznam tabulek

Tab. 1: Vývoj suicidality v ČR v různých věkových kategoriích v letech 1994 – 2000 podle statistik Policie ČR.	20
Tab. 2: Vývoj suicidality v ČR ve dvou věkových kategoriích v letech 1994 – 2000 podle statistik ČSÚ.	21
Tab. 3: Vývoj suicidality v ČR ve dvou věkových kategoriích v letech 2001 – 2010 podle statistik ČSÚ.	22
Tab. 4: Vývoj suicidality ve Zlínském kraji ve dvou věkových kategoriích v letech 2000 – 2011 podle statistik ÚZIS ČR.	23
Tab. 5: Vývoj suicidality v okrese Uherské Hradiště ve dvou věkových kategoriích v letech 2000 – 2011 podle statistik ÚZIS ČR.	23
Tab. 6: Jak byste jednal/a se studentem/studentkou, který/á by Vám řekl/a, že uvažuje o sebevraždě?.....	74
Tab. 7: Pokud ne, uvítal/a byste nějaké vzdělání na uvedené téma?.....	76

Seznam grafů

Graf č. 1: Setkal/a jste se někdy ve Vaší pedagogické praxi s problematikou sebevraždy Vašich studentů?.....	72
Graf č. 2: a) Vedete si Vy nebo vedení školy nějakou evidenci dokonáných sebevražd nebo pokusů o sebevraždu?.....	73
Graf č. 3: Jak byste jednal/a se studentem/studentkou, která/ý by Vám řekl/a, že uvažuje o sebevraždě?.....	75
Graf č. 4: Účastnil/a jste se někdy školení nebo kurzů na téma Sebevražednost dětí a mladistvých?.....	76
Graf č. 5: Pokud ne, uvítal/a byste nějaké vzdělání na uvedené téma?.....	77
Graf č. 6: Působí u Vás peer aktivisté? Jestli ano, jakou formou pracují?	78

Seznam zkratk

ČR	Česká republika
Tab.	Tabulka
ČSÚ	Český statistický úřad
LPM	List o prohlídce mrtvého
WHO	Světová zdravotnická organizace
UK	Univerzita Karlova
SŠ	Střední škola
DD	Dětský domov
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Připravené otázky k rozhovoru s okresní metodičkou prevence

Příloha č. 2 – Otázky spolu s průvodním dopisem

Příloha č. 3 – Seznam zařízení ve Zlínském kraji poskytující pomoc lidem v krizi

Příloha č. 4 – Články z časopisu Prevence, které se nějakým způsobem zabývají prevencí sebevraždy dětí a mladistvých

Příloha č. 5 – Výsledky první české populační studie

Příloha č. 1 – Připravené otázky k rozhovoru s okresní metodičkou prevence

1. Jaké máte vzdělání?
2. Pracuje pedagogicko-psychologická poradna s dětmi po sebevražedném pokusu?
3. Vedou na středních školách metodici prevence evidenci dokonaných sebevražd nebo pokusů o sebevraždu?
4. Jsou pro metodiky prevence realizované nějaké školení nebo kurzy na téma Sebevražednost dětí a mladistvých?
5. Proč tyto přednášky nejsou přístupné pro učitele?
6. Domníváte se, že školním metodikům prevence chybí vzdělání na toto téma?
7. Domníváte se, že sebevražedných pokusů přibývá?
8. Má vůči škole někdo povinnost oznamovat pokus o sebevraždu studenta?
9. Je ve škole nějakým způsobem pracováno na toto téma?
10. Jakým způsobem většinou pracují peer aktivisté?
11. Působí v okrese nějaká jiná organizace zabývající se prevencí rizikového chování mladistvých?

Příloha č. 2 – Otázky spolu s průvodním dopisem

Předmět: ZPRÁVA URČENÁ METODIKŮM PREVENCE

Vážená/ý paní/pane učitelko/učiteli,

jsem studentka 5. ročníku Univerzity Palackého v Olomouci, obor pedagogika - sociální práce a píši diplomovou práci na téma Pedagogická prevence a intervence suicidality adolescentů.

Chtěla bych Vás požádat, zda byste mi jako metodička/metodik prevence mohl/a odpovědět na pár krátkých otázek, které se týkají uvedené problematiky.

Odpovědi Vám zaberou jen pár minut a mě tím poskytnete velmi důležité informace pro moji diplomovou práci.

V příloze Vám zasílám potvrzení od mé vedoucí diplomové práce, že informace skutečně zjišťuji pro studijní záležitosti.

Otázky jsou umístěny pod tímto e-mailem.

Děkuji Vám předem za ochotu a strávený čas.

Přeji krásný zbytek dne,

Bc. Zuzana Černá (e-mail: Susan.Black@seznam.cz)

1. Setkal/a jste se někdy ve Vaší pedagogické praxi s problematikou sebevraždy Vašich studentů?
2. Pokud ano:
 - a. Vedete si Vy nebo vedení školy nějakou evidenci dokonáných sebevražd nebo pokusů o sebevraždu?
 - b. Kolik dokonáných sebevražd nebo pokusů o sebevraždu evidujete za posledních 10 let?
3. Jak byste jednal/a se studentem/studentkou, která/ý by Vám řekl/a, že uvažuje o sebevraždě?
4. Jako školní metodik/metodička prevence pracujete nějakým způsobem se studentem/studentkou, která/ý se pokusil/a o sebevraždu? Pokud ano, jak?
5. Účastnil/a jste se někdy školení nebo kurzů na téma Sebevražednost dětí a mladistvých?
6. Pokud ne, uvítal/a byste nějaké vzdělání na uvedené téma? Prosím, konkretizujte:
7. Působí u Vás peer aktivisté? Jestli ano, jakou formou pracují?

Příloha č. 3 – Seznam zařízení ve Zlínském kraji poskytující pomoc lidem v krizi

Telefonická krizová pomoc

Linka bezpečí

Telefon: 800 155 555

Webové stránky: <http://www.linkabezpeci.cz/>

Linka vzkaz domů

Telefon: 800 111 113

Webové stránky: <http://www.linkabezpeci.cz/>

Linka důvěry - UHERSKÉ HRADIŠTĚ

Telefon: 572 555 782

Linka důvěry - Azylový dům pro ženy a matky s dětmi

Adresa: Hrbová 1561, 755 01 Vsetín

Telefon: 571 413 300, 731 122 900

E-mail: ld@vs.inext.cz

Webové stránky: www.azylovydum.cz

Cílová skupina: osobám v krizi bez omezení věku.

Linka SOS Zlín

Adresa: Za Školou 570, 760 01 Zlín

Telefon: 577 431 333

E-mail: sos@zlin.cz

Webové stránky: www.soslinka.zlin.cz

Cílová skupina: obětem domácího násilí, obětem trestné činnosti a osobám v krizi bez omezení věku.

Linka důvěry - Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy Kroměříž

Adresa: Nitranská 4091/11, 767 01 Kroměříž

Telefon: 573 331 888

E-mail: poradna.km@quick.cz

Webové stránky: www.ouss-uh.cz

Cílová skupina: všem osobám v nepříznivé sociální situaci.

Krizová pomoc

Krizové centrum DOMEK

Adresa: Česká ul. 4789, 760 05 Zlín

Telefon: 577 242 786, 606 818 818

E-mail: markova@svpdomek.cz

Webové stránky: http://www.svpdomek.cz/

Cílová skupina: děti od 3 let až do ukončení přípravy na povolání s výchovnými problémy, poruchami chování, rodiče a ostatní osoby podílející se na výchově dětí (prarodiče, pěstouni, učitelé).

Krizové centrum pro děti a mládež

Adresa: Husovo náměstí 229/4, 767 01 Kroměříž

Telefon: 573 380 000

Krizové centrum - Charita Holešov

Adresa: nám. Svobody 97/2, 769 01 Holešov

Telefon: 737 484 565

E-mail: kp.holesov@caritas.cz

Webové stránky: www.holesov.caritas.cz

Cílová skupina: osobám v krizi, osobám bez přístřeší, obětem domácího násilí, příslušníkům etnických menšin, z hlediska věku mladým dospělým (19-26 let), dospělým (27-64 let) a seniorům (65-80 let).

Intervenční centra

Intervenční centrum Zlín

Adresa: U Náhonu 5208, 760 01 Zlín

Telefon: 577 018 265

E-mail: ic.zlin@seznam.cz

Webové stránky: poradnazlin.cz

Cílová skupiny: oběti domácího násilí.

Pedagogicko-psychologické poradny

Krajská pedagogicko-psychologická poradna a Zařízení pro další vzdělávání pedagogickým pracovníků Zlín

Adresa: J. A. Bati 5520 (SVIT, budova č. 22), 760 01 Zlín

Telefon: 575 570 491

E-mail: poradna@ppporzl.cz

Webové stránky: www.ppporzl.cz

Náplň práce: poskytuje poradenství a preventivní služby dětem a žákům ve školách, v předškolních a školských zařízeních zpravidla ve věku od 3 let do ukončení vzdělávání na střední škole. Stejnou náplň práce mají pedagogicko-psychologické poradny v jednotlivých regionech.

Pedagogicko-psychologická poradna Slavičín

Adresa: Komenského 882, 763 21 Slavičín

Telefon: 575 570 596

E-mail: pppsl@ppporzl.cz

Webové stránky: www.ppporzl.cz

Cílová skupina: děti, žáci a studenti a jejich zákonní zástupci.

Pedagogicko-psychologická poradna Uherské Hradiště

Adresa: Františkánská 1256, 686 01

Telefon: 572 551 352

E-mail: pppuh@ppporzl.cz

Webové stránky: www.ppporzl.cz/index.php/uh-hradiste

Cílová skupina: děti, žáci a studenti a jejich zákonní zástupci.

Pedagogicko-psychologická poradna Uherský Brod

Adresa: Předbranská 415, 688 01 Uherský Brod

Telefon: 572 638 148

Webové stránky: www.ppporzl.cz

E-mail: pppub@ppporzl.cz

Cílová skupina: děti, žáci a studenti a jejich zákonní zástupci.

Pedagogicko-psychologická poradna Vsetín

Adresa: Hrbová 1561, 755 01 Vsetín

Telefon: 571 411 426, 731 663 193

E-mail: pppvs@ppporzl.cz

Webové stránky: www.ppporzl.cz

Cílová skupina: děti, žáci a studenti a jejich zákonní zástupci.

Pedagogicko-psychologická poradna Valašské Meziříčí

Adresa: Vodní 282, 757 01 Valašské Meziříčí

Telefon: 571 621 643

E-mail: pppvm@ppporzl.cz

Webové stránky: www.ppporzl.cz

Cílová skupina: děti, žáci a studenti a jejich zákonní zástupci.

Pedagogicko-psychologická poradna Kroměříž

Adresa: Jánská 197, 767 01 Kroměříž

Telefon: 575 570 564

E-mail: pppkm@ppporzl.cz

Webové stránky: www.ppporzl.cz

Cílová skupina: děti, žáci a studenti a jejich zákonní zástupci.

Pedagogicko-psychologická poradna Holešov

Adresa: Zlínská 993, 769 17 Holešov

Telefon: 575 570 564

E-mail: pppkm@ppporzl.cz

Webové stránky: www.ppporzl.cz

Cílová skupina: děti, žáci a studenti a jejich zákonní zástupci.

Odborné sociální poradenství

Logos – poradna pro děti, dospívající a jejich rodiče Zlín

Adresa: Pod Stráněmi 2505, 760 01 Zlín

Telefon: 577 011 948

E-mail: logos@unko.cz

Webové stránky: www.unko.cz

Cílová skupina: děti a dospívající ve věku od 7 do 21 let zažívající nepříznivé sociální situace nebo děti vykazující příznaky syndromu ADHD (hyperaktivita s poruchou pozornosti), ADD (porucha pozornosti bez hyperaktivity) a rodiče či jiní blízcí rodinní příslušníci uživatele.

Luisa – středisko komplexní péče pro rodinu, školu a duševní zdraví Uherský Brod

Adresa: Bří Lužů 116, 688 01 Uherský Brod

Telefon: 572 630 241, 774 323 150

E-mail: luisa.ub@seznam.cz

Webové stránky: www.luisa-centrum.cz

Cílová skupina: zejména manželé, partneři, rodiny i jednotlivci při řešení jejich osobních problémů a krizí.

Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy Kroměříž

Adresa: Nitranská 4091/11, 767 01 Kroměříž

Telefon: 573 340 131

E-mail: poradna.km@quick.cz

Webové stránky: www.ouss-uh.cz

Cílová skupina: všechny osoby v nepříznivé sociální situaci.

Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy Uherské Hradiště

Adresa: Hradební 1250, 686 01 Uherské Hradiště

Telefon: 572 555 330

E-mail: poradna.uh@ouss-uh.cz

Webové stránky: www.ouss-uh.cz

Cílová skupina: rodiny s dětmi, osoby v krizi, oběti násilí, děti a mládež ohrožené delikvencí, znevýhodněné osoby, senioři.

Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy Vsetín

Adresa: Smetanova 1050, 755 01 Vsetín
Telefon: 571 415 093
E-mail: rodinna.poradna@tiscali.cz
Cílová skupiny: všechny osoby v nepříznivé sociální situaci.

Poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy Zlín

Adresa: U Náhonu 5208, 760 01 Zlín
Telefon: 577 210 809
E-mail: poradna.zlin@volny.cz
Webové stránky: www.poradnazlin.cz
Cílová skupina: osoby, které se ocitly v nepříznivé osobní, partnerské či rodinné situaci nebo krizi a nejsou schopny zvládat je a řešit vlastními silami.

Rodina Svaté Zdislavy Hutisko-Solanec

Adresa: Solanec pod Soláněm 75, 756 62 Hutisko-Solanec
Telefon: 724 127 500
E-mail: olga.michutova@seznam.cz
Webové stránky: www.rodina-zdislavy.cz
Cílová skupina: pěstounské rodiny s dítětem/děťmi, děti a mladistvý ve věku od 6 do 26 let ohrožené společensky nežádoucími jevy.

Terénní programy

Klíč – terénní práce s dětmi a mládeží Zlín

Adresa: Pod Stráněmi 2505, 760 01 Zlín

Telefon: 577 011 946

E-mail: streetwork@unko.cz

Webové stránky: www.unko.cz

Cílová skupina: děti a mládež ve věku od 9 do 21 let ohrožené delikvencí.

Kontaktní centra

K centrum Zlín

Adresa: Gahurova 1563, 760 01 Zlín

Telefon: 774 256 540

E-mail: kc@os-onyx.cz

Webové stránky: www.os-onyx.cz

Cílová skupina: děti od 11 let a osoby do 64 let, osoby drogově závislé, ohrožené delikvencí, osoby bez přístřeší a rodiče a partneři drogově závislých.

Kontaktní a poradenské centrum Plus Kroměříž

Adresa: Ztracená 63/1, 767 01 Kroměříž

Telefon: 573 336 569

E-mail: kc.km@sezna.cz

Webové stránky: www.kromeriz.charita.cz

Cílová skupina: osoby ohrožené společensky nežádoucími jevy, osoby drogově závislé, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách, osoby žijící rizikovým způsobem života nebo tímto způsobem života ohrožení, rodinní příslušníci a blízcí těchto osob.

Kontaktní centrum Klíč Vsetín

Adresa: Ohrada 1879, 755 01 Vsetín

Telefon: 571 436 900

E-mail: kc-klic@seznam.cz

Webové stránky: www.agarta.cz

Cílová skupina: osoby ohrožené drogovou závislostí nebo na drogách závislí, tj. uživatelé návykových látek i osoby jim blízké (rodiče, partneři a jiní blízcí uživatelů drog).

Příloha č. 4 – Články z časopisu *Prevence*, které se nějakým způsobem zabývají prevencí sebevraždnosti dětí a mladistvých

Jak rozpoznat dítě v obtížné situaci a jak postupovat

MUDr. Eva Vaníčková, CSc.

3. LF UK Praha, CPL OZDM – RŮŽOVÁ LINKA

Často si pedagog všimne, že s dítětem není něco v pořádku, obtížnější bývá pak zjistit, co s ním vlastně je. Některé příznaky mohou být podobné běžným projevům puberty. Dospělý člověk je pak v situaci, kdy potřebuje rychle diferencovat a rozhodnout se, jak se následně zachová. V tomto čísle přinášíme nejčastější příčiny přivádějící dítě do obtížné situace a typické příznaky, kterých je třeba si všimnout. Dále pak, co dělat v takové situaci a čeho se vyvarovat.

→ NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY

- nedostatečně naplňované základní potřeby dítěte
- všechny formy domácího násilí
- násilí a šikanování ve skupině spolužáků
- dlouhodobý stres z rozvodu či rodinných hádek
- chronická nemoc dítěte
- zdravotně handicapovaný sourozenec
- specifická porucha učení
- nadané dítě
- fyzický vzhled
- výrazná odlišnost sociální, kulturní, ekonomická
- alkoholová či drogová závislost v rodině
- vysoce ambiciózní rodiče a strach dítěte, že nesplní jejich očekávání
- ztráta kamarádů či odmítnutí skupinou dětí
- sourozenecká konstelace
- školní selhání
- komplex méněcennosti

→ TYPICKÉ PŘÍZNAKY

- náhlé změny v chování dítěte
- agresivita dítěte
- lítostivost a plačtivost
- problémy se spánkem, noční děsy
- nesoustředěnost
- problémy s jídlem – vybíravé chování, odmítání, přejídání
- zvýšená úzkostnost a neopodstatněné strachy
- lhaní, krádeže a podvody
- snížená hladina citlivosti a vyšší vzrušivost a dráždivost
- nepřiměřené reakce na chování druhých
- šikanování
- upoutávání pozornosti za každou cenu, stále být středem zájmu
- odmítání komunikace
- vymyšlení příběhů, přikrášlování reality
- nadměrný stud a plachost
- záchvaty vzteku a zuřivosti
- neposlušnost a vyrušování ve škole
- drogové závislosti
- školní maladaptace a odmítání školy

Čeho se vyvarovat

Spěchu.

Neochotě se osobně angažovat (raději dítěti přiznejme pravdu a dítěti osobně zprostředkujme za sebe náhradu – dítě vycítí z naší nonverbální komunikace a rozpor mezi řečeným a viděným může být spouštěčem dalšího stresu a ponížení).

Domněnce, že jeden hovor všechno vyřeší (je třeba mít nad dítětem v obtížné situaci stálý, leč nenápadný dohled a být v hodnocení dalšího chování velmi důsledný a kontrolovatelně věci občas zkontrolovat).

Nálepkování dítěte, jeho chování či jeho rodiny.

Řešení osobní situace dítěte před celou třídou.

Připomínání minulých prohřešků jejichž vina byla trestem odčiněna.

Skandalizování dítěte a rodiny před učitelským sborem atraktivními informacemi.

Nerespektování intra- a interkulturních rozdílů v životním stylu rodin.

Hodnocení dítěte a vynášení předčasných úsudků.

Ponížení, posměchu, pohrdání dítětem.

Kritizování či odsuzování klíčových osob dítěte a jejich chování (matka, otec, ale také prarodiče, sourozenci, tety atd.), lze pouze objektivně popsat a hodnocení ponechat na dítěti stejně tak jako jeho pocity vůči nim.



CO DĚLAT, SETKÁ-LI SE PEDAGOG S DÍTĚTEM V OBTÍŽNÉ SITUACI?

1. *Dítě za první projevy negativního chování netrestejte, nicméně dejte výrazně najevo, že takové chování neschvalujete a pomozte dítěti nalézt způsob omluvy a náhrady, které budou prosty posměchu a ponížení dítěte.*
2. *Najděte vhodný čas a místo k rozhovoru s dítětem mezi čtyřma očima a vraťte se k problémové situaci.*
3. *Rozhovor ved'te jako rovný s rovným, vyzvěte dítě, aby se v místnosti, kde není nikdo jiný, posadilo a vy se k němu posadíte ze strany a začnete hovor sdělováním, nikoliv dotazováním. Připomeňte mu stručně, jak jste sami situaci viděli, vnímali a ujistěte ho o své podpoře, kterou mu nabízíte. Současně mu orientačně řekněte, kolik času můžete dnes rozhovoru věnovat, aby dítě mělo určitou představu o tom, co ho čeká, a také mu nabídněte další setkání.*
4. *Dejte dítěti najevo, jak je pro vás důležité, tím že nebudete brát vyzvánějící telefon, na klepání nebudete reagovat či návštěvě sdělíte, že řešíte velmi důležitou situaci a nemáte čas.*
5. *Během rozhovoru respektujte názory, postoje, potřeby a hlavně pocity dítěte, neodsuzujte způsob jeho chování, ale ukažte či naznačte mu jiné, zdravější způsoby řešení obtížných situací. Cílem hovoru je odhalit souvislosti mezi tím, co si dítě myslí, jak se chová a co to vyvolalo a dítěti toto pochopení zprostředkovat. Dítě musí porozumět, proč se chová konkrétním způsobem.*
6. *V prvním rozhovoru se vyhýbejte otázkám, které mohou v dítěti vzbuzovat dojem, že se chcete něco dozvědět o jeho rodině, že slídíte. Nebo dítěti řekněte, že by bylo dobré, kdybyste to věděli, ale že záleží jenom na něm, zda se rozhodne vám tyto informace dát. Řešení obtížné situace dítěte znamená, že řešení nebude časově odkládáno a vy dítěti naznačíte možné kroky ke zvládnutí konkrétní situace, a na něchž je třeba se s dítětem domluvit. Prvním krokem je zvládnutí stresu a odbourání úzkosti dítěte pochopením problému a jeden hovor k tomu stačí.*

CO DÁL PO PRVNÍM ROZHOVORU?

Druhý krok se může značně lišit, může jít o další rozhovor s vámi, telefonickou pomoc na specializované lince pro děti, kontakt s rodiči atd.

1. *Nabídněte dítěti odbornou pomoc formou telefonického hovoru na linku pro děti a umožněte mu tento hovor o samotě či pouze s vaší přítomností nebo ho pouze vybavte kontaktním telefonním číslem.*
2. *V obtížné situaci je vhodné takový rozhovor doplnit o krátký příběh, ve kterém mu ukážete, jak se jiné dítě vyrovnalo s obdobnou či ještě závažnější situací a jak je dnes úspěšné.*
3. *Zvažte zda doporučíte dítěti svěřit se s celým problémem rodičům nebo je alespoň zapojit do řešení.*
4. *Svěřené informace od dítěte dále bez jeho souhlasu nikomu nesdělujte, před třídou nepřipomínejte jeho poklesek chování, ale buďte důslední v pozorování a kontrole, jak si dál vede.*
5. *Pokračujete-li v práci s dítětem sami a řešíte jeho problém, který se projevuje ve škole, nezapomínejte, že je třeba současně posilovat identitu, sebepojetí dítěte a jeho sociální dovednosti včetně zvládnutí stresových situací. Naučte dítě jakoukoli krátkou relaxační techniku (hluboké vdechy a výdechy, počítání do pěti, propínání nohou, kývavé pohyby hlavou) a externalizaci jeho negativních pocitů – strachu, vzteku, např. vymačkáním do pěsti, do kamínku, který by takové dítě mohlo nosit v kapse apod.*
6. *Máte-li pocit, že dítě s vámi otevřeně nespolupracuje, doporučte mu, aby napsalo dopis osobě, již si ve svém životě váží, a který může a nemusí odeslat, nebo si začalo psát deník.*
7. *Ve třídě provádějte občasná sociální hry a výchovnou dramatikou.*



Mgr. Dagmar Pitnerová

vzdělání

PF UP Olomouc
Učitelství pro školy pro
mládež vyžadující
zvláštní péči,

PF UP Olomouc

Obor: doktorský studijní
program – 1512
ANTROPOLOGIE,
kombinovaná forma

praxe

Okresní úřad Olomouc
odbor sociálních věcí,
oddělení péče o rodinu

Pracovní pozice:
sociální terénní
pracovnice

Vyšší odborná škola
sociální DORKAS
Olomouc
externí učitelka
sociálních předmětů,
supervizor odborné praxe

Sředitisko sociální
prevence Olomouc, p. o.
Pracovní pozice:
ředitelka

PF UP Olomouc
Katedra antropologie
a zdravotvědy
Pracovní pozice:
odborná asistentka

Má-li učitel pocit,
že se mu chce
dítě s něčím
důležitým svěřit,
musí se mu
věnovat.

Dětské krize a úloha učitele

Dospěli si nejednou neuvědomí nebo nepovšimnou, že dítě, které je v jejich okolí, se ocitlo v krizi. Jeho chování interpretují jevy obecnými, jako je zranění, pubertální projevy nebo obyčejné zlobení. Přesto bychom si měli všimnout právě toho, co vybočuje v chování dítěte z normy. Míra naší pozornosti může být určující pro odhalení dětské krize a spouštěčem našeho rozhodnutí zasáhnout a pomoci.

-red-

Učitel by měl být schopen svým chováním a jednáním přesvědčit žáka, že mu na něm záleží, že je připraven mu pomoci a naslouchat. Dítě v krizi vyvolává soucit a nadměrné ochranné, nepřiměřené ohleduplné chování, které je vyděluje jako méněcenné. Učitel by se měl k dítěti chovat citlivě, ale standardním způsobem. Neměl by se od něho distancovat, měl by mu dát najevo svou podporu, ale nečinil tak způsobem, který by jeho problém zdůrazňoval. Totéž platí i o práci se třídou, která se může od podivného chování dítěte distancovat, izolovat je a nebo mu ubližovat, zejména pokud by se projevovalo zvlášť nápadně. Učitel by měl zachytit signály, které vysílá žák v ohrožení, v krizi. Příčiny mohou být různé: časté konflikty mezi rodiči, závislost na drogách nebo alkoholu u jednoho, příp. obou rodičů, nepříznivá finanční situace v rodině, nezaměstnanost rodiče, vysoká pracovní zátěž obou rodičů, neúplná rodina nebo tzv. doplněná rodina s nevlastním rodičem, probíhající rozvod, časté střídání partnerů u rodičů, šikana, domácí násilí, zanedbávání, týrání a zneužívání, ohrožování mravní výchovy mládeže, poruchy příjmu potravy (mentální bulimie, mentální anorexie), samota. Je složitě rozpoznat, kdy je žák v krizi.

Prvními signály pro učitele jsou změny v chování žáka

- ☒ nezájem o dění kolem
- ☒ nápadné lhostejné postoje, výroky typu „mně je to jedno“
- ☒ potíže se soustředěním a zhoršení prospěchu ve škole
- ☒ zvýšená opatrnost v kontaktu s ostatními
- ☒ celková stíněnost a nezájem o dění kolem
- ☒ úzkost a vyděšená reakce
- ☒ zvýšená citová dráždivost a agresivní projevy na sebemenší podněty
- ☒ agresivní napadání a šikanování vrstevníků
- ☒ váhání s odchodem domů po vyučování
- ☒ neomluvené absence ve škole
- ☒ odmítání jídla, nebo naopak přejídání se
- ☒ sebepoškozování
- ☒ vyhýbání se školním a mimoškolním aktivitám



U domácího násilí je navíc zřetelná úzkost, strach a nepřiměřené reakce v přítomnosti konkrétních dospělých osob nebo v situaci, kdy by mělo být dítě s dospělým o samotě.

Na možnost tělesného týrání je nutné myslet pokaždé, když se známky na těle dítěte vyskytují současně nebo v krátkém časovém sledu. Při dotazech na původ těchto zranění dítě neodpovídá nebo udává nepravděpodobná vysvětlení. Jedná se zejména o

- ☒ modřiny
- ☒ otoky částí těla
- ☒ opakovaná zranění včetně zlomenin
- ☒ řezné rány
- ☒ stopy po svazování
- ☒ otisky různých předmětů na těle
- ☒ otisky dlaně a prstů
- ☒ stopy po opaření
- ☒ natrhnutí ucha a další

Pro učitele jsou tyto signály důležité, neboť existuje spousta důvodů, proč dítě v krizi raději nepožádá nikoho o pomoc a týrání nebo zneužívání nedokáže oznámit, a tím ukončit. Mezi nejčastější důvody patří pocit viny, pocit studu, strach z postojů rodiny, strach ze ztráty lásky, strach z ohrožení týraného či zneužívaného nebo jeho rodiny, obava o zachování rodin.

Z praxe

Ve své pedagogické praxi jsem se setkala poprvé s žákem, který jevil známky týrání, v roce 1991. Chlapec byl ze dvou dětí a vždy se více věnovali jeho mladší sestře. Bylo mu 9 let. Byl hyperaktivní, měl sklony k agresi, násilí, své spolužáky bil a s dospělými odmítal mluvit. Kolegové si na něho velmi stěžovali, byl ve speciální třídě. Při našem prvním setkání mne zaujaly jeho oči. Tolik smutku a bolesti jsem dlouho neviděla. Z rozhovorů s matkou (brávala si ho z družiny sama) jsem postupně získala pocit, že je můj žák „černou ovci“ rodiny. Otec byl silně autoritativní, v rozhovoru výbušný, slovně agresivní, nekompromisní. Asi týden se mnou chlapec odmítal komunikovat, bylo těžké mu dokázat, že jsem tady pro něho a že mne opravdu zajímá. Nezapojoval se do výuky, provokativně vykřikoval, rušil celé vyučování. Nikdy jsem na něho nezvyšila hlas, pouze jsem mu sdělovala, že pokud chce něco sdělit nám všem, že mu vymezím prostor. Opakovaně, když jsme spolu byli sami, jsem mu říkala, že za mnou může kdykoliv přijít jako ostatní děti. Začal se mnou spolupracovat po 2 týdnech, zapojil se do výuky, dostával úkoly, při kterých dokazoval všem, že není jenom „rváč“. Byl chytrý, bystrý. Při hodinách tělocviku nosil rolák a odmítal si přinést tričko. Na téma rodina reagoval vždy podrážděně. Měla jsem silné podezření, že se jedná o týrání. Postupně mi říkal, že ho facka od táty stejně už nebolí, že si zvykl a z matky si nic nedělá. Začali jsme spolu mluvit každý pátek.

kdy zůstával na doučování, neboť chtěl a pomáhal mi se slabšími žáky v matematice. Při našich rozhovorech se uvolnil a začal se i smát. Zjistila jsem, že má nejraději babičku, u které je každý víkend. Za měsíc jsem nabyla přesvědčení, že je můj žák doma vystaven domácímu násilí ze strany otce. Promluvila jsem si nejdříve s matkou, kterou, dle jeho slov, otec taky bil. Ta jednoznačně odmítla spolupráci s tím, že „syn zase lže, že si často vymýšlí, že se dívá, že mu věřím.“ Kontaktovala jsem babičku (matku matky) a s ní jsem se domluvila, že chlapci pomůže. Pak přišel chlapec do školy s velikou modřinou pod okem. Začala jsem jednat. Rodiče zaujali negativní postoj. Spojila jsem se se sociální pracovníci, která provedla šetření v rodině a potvrdila mé podezření, neboť kontaktovala dětskou lékařku a ta jí sdělila, že chlapec má často modřiny na těle. Domluvili jsme se, že chlapec bude u babičky. Tam zůstal můj žák až do doby, než dostudoval a založil rodinu. Otec byl odsouzen za týrání svěžené osoby, dokazování trvalo 2 roky. S „mým žákem“ jsme stále v kontaktu. Případ je důkazem toho, že komunikace je opravdu tím nejdůležitějším prostředkem učitele.

Komunikace s dítětem v krizi

Má-li učitel pocit, že se mu chce dítě s něčím důležitým svěřit, musí se mu věnovat. Pokud se mu nemůže věnovat právě v tu chvíli, sdělí mu, kdy za ním může dítě přijít, vysvětlí mu, proč si s ním nemůže vyprávět právě nyní. Určitě nepůjde vždy o týrání nebo zneužívání, může se někdy jednat o úmrtí v rodině, rozvod rodičů, smrt milého zvířátka apod. Všechny tyto události jsou pro dítě ale velmi důležité a jestliže jej učitel vyslechne, získá tím jeho důvěru. Jestliže dítě přijde k učiteli, musí si vymezit dostatečně dlouhý čas, aby nemusel rozhovor přerušovat. Když si učitel nevymezí dostatečný časový prostor a bude kvůli tomu nervózní, ohrozí tím celý průběh setkání.

Když se dítě v krizi rozhodne promluvit, měl by učitel dodržet následující postupy

- ☒ uklidnit dítě
- ☒ poradit dítěti
- ☒ vyslechnout dítě
- ☒ věřit dítěti
- ☒ ubezpečit dítě, že jedná správně
- ☒ položit dítěti podstatné otázky
- ☒ dodat dítěti sílu
- ☒ podpořit dítě



Pokud se učitel rozhodne, že krize jeho žáka vyžaduje pomoc odbornou, snaží se zabezpečit pro dítě poradenství, doporučí dítěti další instituce, příp. je s dítětem vyhledá a zajímá se o další vývoj celé situace a případu.

Při rozhovoru s týraným nebo zneužívaným dítětem doporučuje Marie Vágnerová dodržovat zejména následující zásady:

- Rozhovor začínat jen tehdy, pokud se učitel cítí dostatečně fit, musí předpokládat, že rozhovor musí dokončit.
- Vyčlenit si dostatek času a vhodný prostor (aby nebyli rušeni).
- Nechodit dlouho kolem „horké kaše“, hovořit s dítětem přímo.
- Neslibovat dítěti, že to, co řekne, zůstane jen mezi nimi – jednou to musí porušit (např. oznámení na policii) a to by znamenalo ztrátu důvěry.
- Být k dítěti upřímný, když si nebude vědět rady, přiznat se a říci dítěti, kde mu pomůže.
- Pochválit dítě za to, že se svěřuje a jak celou situaci zvládlo, říci dítěti, že je správné, že se svěřuje.
- V případě, že při rozhovoru pocítuje zlost nebo lítost, musí být upřímný i v pocitech, vyjádřit, že jej zlobí, že někdo dítěti ubližoval, že mu je z toho do pláče.
- Ujistit dítě, že pokud to půjde, bude u něho.
- Věřit dítěti každé slovo – na prověřování věrohodnosti bude dostatek času později.
- Ubezpečit dítě, že na tom, co se stalo, nenese žádnou vinu.
- Vysvětlit dítěti, že problém je tak závažný, že musí kontaktovat policii, sociální pracovníci apod.

- S dotykem zacházet opatrně – týranému nebo zneužívanému dítěti nemusí být dotyk příjemný.
- Nebát se mlčení, dítě možná bude sbírat napřed odvahu.
- Zeptat se dítěte, zda někdo z dospělých ví o tom, co se mu stalo,
- Hledat v jeho okolí osobu, které důvěřuje a která by mohla být kontaktována.
- Navrhnout pomoc, spolu hledat krizové řešení a realizovat je.
- Důležité je, aby dítě cítilo opravdový, nefalšovaný zájem, není třeba být terapeutem ani diagnostikem, skutečný lidský zájem a ochota pomoci je maximum, co je možné pro dítě v danou chvíli udělat.

Učitelé mohou svým výchovným přístupem a citlivým reagováním na atmosféru třídy či na změnu jednotlivých dětí včas zasáhnout a zamezit rozvoji některých problémů.

Legislativní povinnost oznámit týrání dítěte

Učitelé si často neuvědomují, že povinnost pomoci týranému dítěti je dána zákonem, také nevědí, že na jejich přání, při splnění ohlašovací povinnosti, je také zajištěna anonymita. **Trestní zákon v ustanovení § 167 a § 168 uvádí dvě povinnosti,** která má každá fyzická osoba a za jejichž nesplnění hrozí i trestní stíhání – **nepřekážení trestného činu a neoznámení trestného činu.** Uvedená ustanovení trestního zákona se vztahují na celou škálu trestných činů uvedených ve zvláštní části trestního zákona, ale pokud je zúžím na oblast násilných trestných činů páchaných na dětech, znamená to: Když se kdokoliv hodnověrným způsobem dozví, že někdo páchá nebo se chystá ke spáchání trestného činu, má za povinnost tento trestný čin přezkázat. Tímto přezkazením se myslí nejen osobní intervence toho, kde se o trestném činu dozvěděl, ale i to, že se dotyčný obrátí na policii nebo státního zástupce. Neoznámení trestného činu se pak vztahuje na situaci, kdy se někdo dozví, že jiný spáchal trestný čin, a tuto skutečnost neoznámí buď opět na policii nebo státnímu zástupci. Pokud má tedy učitel jistotu, že byl spáchán trestný čin, má ze zákona povinnost obrátit se na orgány činné v trestním řízení (ustanovení § 12 odst. 1 trestního řádu), pokud má pouze podezření, může se obrátit i na orgán sociálně-právní ochrany dětí příslušné obce s rozšířenou působností (městský úřad, magistrát). Je nutné ale uvést, že přítomnost rizikových faktorů není podmínkou vzniku a trvání ubližování.

Jsem přesvědčena, že ve výskytu týrání z hlediska sociálního původu, finanční situace, etnického původu či úrovně vzdělání výjimky neexistují.

Zásady krizové intervence

Krizová intervence může představovat v užším pojetí vyřešení akutní situace, v širším pojetí zahrnuje krizová intervence dobu, kdy je nevyhnutelné se s týraným či zneužívaným dítětem setkávat a pomáhat mu překonat následky týrání nebo zneužívání. Následná pomoc týraným, zneužívaným nebo zanedbávaným dětem po odhalení týrání závisí individuálně na každém případě, na závažnosti týrání nebo zneužívání, na schopnosti netýrajících členů rodiny se po takovém odhalení o dítě dále starat a na případných zraněních, která dítě utrpělo.



- Na prvním místě musí být však vždy potřeby dítěte a jeho ochrana.
- V rámci prvních kroků pomoci a krizové intervence se musí učitel snažit zabezpečit především zastavení násilí, tedy o ochranu dítěte před dalším násilím, ať už bitím nebo zneužitím.
- Odhalení násilí je velkým zásahem do fungujících rodinných, i když patologických stereotypů (většina násilí probíhá v rodině), a proto musí učitel tento krok udělat se zřetelem na co nejmenší narušení rodinného fungování, zejména pokud jsou v rodině ještě další děti.
- Učitel se musí připravit i na to, že po odhalení se zbytek rodiny od dítěte bude distancovat, bude tvrdit, že si dítě vymýšlí.
- Rodina pravděpodobně bude na dítě tlačit, aby svoje tvrzení odvolalo.
- Rodina bude pravděpodobně zdůrazňovat fakt, jak dítě poškodilo či zapříčinilo její rozpad apod.
- V rámci krizové intervence, ale i následné pomoci by mělo jít o tým

lidí, kteří budou umět zabezpečit dítěti komplexní pomoc a v první řadě myslet na zájmy dítěte.

Dnešní doba s sebou přináší shon a spěch. Stavme mosty, aby si k nám děti a mládež našly cestu, obracely se na nás, učitele, a my necht' jsme připraveni jim vždy pomoci, pokud o to stojí.

Doporučená literatura

Vágnerová, M. Školní poradenská psychologie pro pedagogy. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1074-4.
 Pešová, I., Šamalík, M. Poradenská psychologie pro děti a mládež. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1216-4.
 Trestní předpisy. Úplné znění. Ostrava: Sagit, 2007.
 Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.

NĚV
 NÁRODNÍ INSTITUT
 PRO DALŠÍ
 VZDĚLÁVÁNÍ

Zlínský kraj

**FILM
 FESTIVAL
 ZLÍN**



Dítě v krizi "Rodina, děti a násilí..."

X. celorepublikový seminář s mezinárodní účastí

pod záštitou

RNDr. Petra Nečase, místopředsedy vlády ČR a ministra práce a sociálních věcí, Mgr. Ondřeje Lišky, ministra školství, mládeže a tělovýchovy ČR, Prof. Ing. Ignáce Hozy, CSc., rektora Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně
 Libora Lukáše, hejtmána Zlínského kraje, Doc. MgA. Petra Koliňy, uměleckého ředitele FILM FESTIVALU ZLÍN 2008

při příležitosti

Mezinárodního dne dětí
 a 48. ročníku FILM FESTIVALU ZLÍN 2008
 4. – 5. června 2008, Zlín

Charakteristika a cíl vzdělávací akce Seminář s mezinárodní účastí Dítě v krizi – "Rodina, děti a násilí..." je součástí dlouhodobého česko-anglického projektu s názvem Vzdělání je pro všechny děti. Stal se již tradiční součástí doprovodného programu Mezinárodního festivalu filmů pro děti a mládež ve Zlíně a v roce 2008 proběhne již X. ročník tohoto semináře.

Cílem semináře je

- zvýšit povědomí a odbornou kvalifikaci pedagogických pracovníků v oblasti ochrany dítěte,
- umožnit setkání s předními odborníky z ČR, z Anglie, Francie a dalších zemí a prodiskutovat záležitosti, které s daným tématem souvisejí,
- podělit se o zkušenosti týkající se rodiny a dětí s důrazem na problematiku násilí,
- prodiskutovat a analyzovat situaci v této oblasti v ČR z pohledu interdisciplinární spolupráce,
- představit možnosti interdisciplinární kooperace v oblasti ochrany práv dítěte v ČR, Anglii, Francii a dalších zemích,
- seznámit se s možnostmi interdisciplinární kooperace v této oblasti na regionální úrovni i v celorepublikovém měřítku,
- nabídnout pedagogům a dalším odborníkům možnosti řešení ochrany dítěte a rodiny v praxi,
- vytvářet praktické dovednosti při řešení modelových situací z dané oblasti,
- představit účastníkům studijní a metodické materiály.

Seminář je bez účastnického poplatku. Stravu a ubytování si hradí účastníci sami.
 Info u PaedDr. Lenka Kubrichtová, tel.: + 420 603 257 491, e-mail: KubKub@iol.cz

Akreditace MŠMT ČR Č.j.: 15 853/2006-25-293



Mgr. Jana Hýbnerová

absolventka oboru psychologie na Filozofické fakultě Masarykovy univerzity.

Pracuje jako intervizorka na Lince bezpečí a jako dětský psycholog na Pediatrické klinice Fakultní nemocnice Motol, kde se stará o endokrinnologické a diabetické pacienty.

Jak rozpoznat hrozící sebevraždu u dítěte?

Se šířícím se stylem emo se mezi dětmi a mládeží více hovoří o depresích a možnosti ukončit vlastní život sebevraždou. Děti mají možnost se setkat na internetových blozích s niternými zpověďmi svých vrstevníků, které jsou popisné ve vztahu k depresi a myšlenkám na sebevraždu. Přestože věk kolem patnácti let se vyznačuje zvýšenou krivkou zájmu o konečnost života a vlastní existence, je přeci jen nebezpečí zkratkovitého jednání vážné. Autorka Mgr. Jana Hýbnerová se zabývá tímto jednáním na základě vlastních zkušeností, plynoucích z její praxe s touto populací.

-red-

Někdy se i děti a dospívající ocitnou v tak tíživé situaci, že už nevědí, kudy kam. Potom je mohou napadat různé myšlenky, včetně myšlenek na smrt. Důvody mohou být různé, pro lidi zvnějšku někdy třeba i malicherné, ale pro dotyčného přesto vnitřně závažné. On sám si je ani všechny uvědomovat nemusí, je pro něj rozhodující právě ta pověstná poslední kapka, kterou může být téměř cokoliv. U dokonáných sebevražd bývají častěji uváděny motivy intrapsychie a pocity ohrožení, zatímco u pokusů jsou to spíše motivy z oblasti mezilidských vztahů.

Karolíně je patnáct let. Má hodně náročné rodiče, chtějí po ní dobré výsledky ve škole, zároveň se musí starat o mladší sourozence. Rodiče se starají jen o práci, s dětmi si o problémech a pocitech doma nepovídají. Karolína nemá moc kamarádů, protože ven se skoro nedostane, všichni si myslí, že je nafoukaná šprtka. Když najednou táta zase vyjel kvůli trojce, celou noc probřečela a ráno se rozhodla, že už to dále zažívat nechce. „Tehdy jsem pobrala doma, co jsem našla, snědla jsem toho hodně. Jako ani ne nějaký španýl prášky, ale hlavně strašně moc. Já jsem snědla snad tři celé balíčky Paralenu a něco dalšího. Snědla jsem to ráno a pak jsem šla do školy. Měli jsme tělocvik a běželi jsme tři kilometry a mně se udělalo strašně špatně. Ani si nic nepamatuju, ale vím, že když jsem tam tak ležela, tak jsem to řekla tomu učiteli, že je mi špatně a že jsem snědla nějaké prášky.“ Učitel samozřejmě zavolal záchrannou službu, která ji odvezla do nemocnice. (z rozhovoru v nemocnici).

Vymezení pojmů

Sebevražda bývá v odborné literatuře definována jako vědomé a úmyslné ukončení života, přičemž jedinec si vlastní smrt přeje, očekává ji a vlastním činem si ji přivodí. Je zde přítomný dobrovolný úmysl ukončit život a cílevědomě zaměřené jednání vedoucí ke smrti. Existuje několik fází sebevražedného chování, které však nemusí vždy následovat po sobě – od sebevražedných myšlenek, přes plány na sebevraždu, až po pokus či sebevraždu dokonanou.

Sebevražedná myšlenka znamená, že člověk přemýšlí o sebevraždě bez nějakého konkrétního plánování. Myšlenky na to, co by se stalo, kdyby člověk nebyl, jsou v období dospívání velmi časté a v průběhu života je zřejmě zažila většina lidí. Tyto fantazie však většinou nepředstavují výraznější riziko, jedná se spíše o nápady a chybí u nich tendence k realizaci. Abychom tyto myšlenky mohli považovat za součást suicidiálního chování, musí splňovat určitá kritéria: musí být intenzivní, dotýčný se těmito představami zaobírá většinu času a jsou těžko odklonitelné. Na vědomí okolí je může člověk dávat jak verbálně, tak neverbálními projevy.

Sebevražedné tendence nastávají, pokud je sebevražda konkrétně promyšlena a připravována. To znamená, že postižený člověk si například zajistil léky nebo pořídil zbraň, plánuje čas a místo smrti. Někdy jsou sebevraždy dlouho předem pečlivě připravované, jiné mohou být spíše impulzivního charakteru. Postižený v této fázi vykazuje mnoho známek, podle kterých lze usoudit, že je

ohrožen sebevražedným pokusem či sebevraždou, které si popíšeme dále. Suicidiální myšlenky a tendence jsou typické verbálními či neverbálními projevy toho, že se postižený zabývá myšlenkami na sebevraždu. Mohou zde být přítomny jak otevřené, tak i skryté sebevražedné výroky a výhrůžky. Mýtus, že člověk, který mluví o sebevraždě, ji nikdy nespáchá, je nepravdivý. Verbalizace suicidiálních úvah je pouze důkazem, že tyto tendence jsou obsahem psychiky, proto je zapotřebí je nepodceňovat.

Sebevražedný pokus je odlišný od sebevraždy tím, že jedinec tento pokus přežívá. Pokusy mohou být z lékařského pohledu závažné nebo méně závažné, vezme-li v úvahu míru somatického poškození organismu, i při méně závažném pokusu však je zapotřebí brát v úvahu psychologické faktory a možnou psychologickou závažnost. Jak upozorňují někteří autoři, ne všechny pokusy lze hodnotit jako nedokonanou sebevraždu. Pokusem může dotýčný jedinec např. vyjadřovat tzv. volání o pomoc, čímž chce na sebe a své problémy upoutat pozornost svých blízkých či jiných osob, třeba lékařů. Přesto může dojít k tomu, že původně plánovaný pokus může skončit smrtí jedince, byť nechtěně. Sebevražedný pokus se vyskytuje více u žen, zatímco muži mají více dokonáných sebevražd. Sebevražedný pokus bývá častější v první polovině života, je při něm častěji použita tzv. měkká metoda (viz níže), motivy často vycházejí z oblasti mezilidských vztahů. Sebevražedný pokus bývá ponejvíce výsledkem spontánního, málo promyšleného rozhodnutí.

Jak již bylo uvedeno výše, ne vždy je u sebevražedného pokusu přítomen zjevný úmysl zemřít. Ambivalentní pocity a postoje ke smrti, kdy je život, ať už vědomě nebo nevědomě dáván v sázku, jsou poměrně typické pro období dospívání. Musíme vzít v úvahu, že mladý nezkušený člověk těžko odhadne například sílu léků, které si hodlá vzít, a finální důsledky mohou být závažnější, než původně předpokládal.

Dokonaná sebevražda je sebepoškozující akt s následkem smrti, přičemž roli hraje jak vědomá motivace, tak i možné nevědomé složky. V souvislosti se sebevražedným chováním se dále můžeme setkat např. s následujícími termíny: bilanční sebevražda (člověk ukončí svůj život na základě předchozího bilančování, když dospěje k závěru, že životní situace již je bezvýchodná), demonstrativní suicidiální jednání (vědomě motivované účelové suicidiální jednání (bez přemýšlení, zkratkovitě si člověk sáhne na život, aniž by zvažoval jiné možnosti, případně nevýhody takového řešení).

Způsoby sebevražedného

Prostředky užívané k sebevraždě můžeme rozlišit na takzvané tvrdé a měkké, a to podle nebezpečnosti a možnosti záchranu při včasném nalezení. S tím souvisí ukazatel zvaný fatalita, vyjadřující, v kolika procentech případů je sebevražedné jednání úspěšné.

Měkké metody jsou takové, které nevedou k okamžité smrti, a tudíž je vyšší šance na přežití v případě včasného nalezení.

Sem řadíme užití léků nebo jiných látek k intoxikaci, povrchové poezání či skok z nízké výšky. Tyto prostředky mají poměrně nízkou úmrtnost, zhruba do 10 %.

Tvrdé metody jsou spíše typické okamžitým nebo velmi rychlým úmrtím, kdy je možnost záchran velmi nízká či zcela vyloučená. Můžeme mezi ně zařadit skok z velké výšky, utopení, oběšená a užití střelné zbraně. U dětí a mladistvých do 19 let je nejčastějším tvrdým způsobem sebevraždy strangulace (oběšená) u chlapců a skok z výšky u dívek, méně časté jsou ostatní způsoby.



Které děti jsou ohrožené sebevraždou?

Období přechodu z dětství do dospělosti je pro mladé lidi zásadním životním mezníkem. Je to období velkých možností, ale zároveň může přinášet i zmatení a strach. Na dospívající je vyvíjen tlak, aby se chovali zodpovědně, věnovali se přípravám na své budoucí uplatnění, zapadli do společnosti. Probouzejí se u nich sexuální pocity a pudy, hledají vlastní identitu a pocítují potřebu autonomie, což je často v konfliktu s pravidly a očekáváními ostatních. Teenageři, kteří mají fungující síť sociálních kontaktů a oporu v rodině, mezi kamarády, spolužáky a v dalších zájmových skupinách, se dokáží vyrovnat s běžnými každodenními frustracemi a problémy. Je ale mnoho takových, kteří nemají to štěstí vyrůstat v optimálním prostředí a cítí se osamělí a izolovaní. U nich je potom riziko sebevražedného jednání vyšší.

Následující skupiny dětí patří mezi:

Děti, které mají problémy v rodině

Tyto problémy mohou mít mnoho podob. Může se jednat o rodiny na první pohled nefunkční, kde dochází k zanedbání výchovy i základních potřeb dětí, ale také o rodiny, které sice na první pohled velice dobře fungují, nicméně při bližším zkoumání zjistíme různé nepříznivé působící věci, jako například emoční chlad, perfekcionismus rodičů, přílišná autoritativnost, domácí násilí, apod. Mezi základní rizikové faktory v této oblasti patří nefungující rodinné vztahy, ztráta základní citové osoby, citová deprivace. Traumatizující jsou dlouhodobé konflikty v rodině, složitý rozvod rodičů a spory o dítě.

Týrané a zneužívané děti

Psychické a fyzické týrání, sexuální zneužívání a zanedbání povinné výživy dětí se nevyskytuje se pouze v rodinách s nižším socioekonomickým statutem, jak si mnozí lidé myslí, ale prolíná všemi sociálními vrstvami. Děti dlouhodobě vystavené násilí, ponižování, sexuálnímu zneužívání, nedostatečné výživě atp. si často traumata z těchto zážitků nesou dlouhodobě, zažívají pocity odmítnutí, nelásky, studu, ambivalentní pocity k týrajícímu či zneužívajícímu rodiči, naštvanosti i rezignace. Toto trauma může vést týrané či zneužívané dítě až k sebevražedným myšlenkám a jednání.

Děti s nepříznivým sociálně-ekonomickým zázemím

V dospělém věku je nižší sociální statut, horší pozice v zaměstnání a nižší vzdělanost spojena s větší mírou výskytu sebevražedného jednání. Totéž může zhruba platit i pro adolescenty. U dětí se promítá celková sociální

situace rodiny. Můžeme pozorovat spjatost mezi delikventním chováním a sebevražedným jednáním. Zároveň platí, že delikvence u mladistvých se vyskytuje ve větší míře v sociálně níže postavených rodinách.

Děti, které mají problémy s vrstevníky

V situacích, kdy jsou kamarádké a vrstevnické vztahy narušeny nebo nedostatečně vybudovány, mohou dospívající pociťovat osamělost, pocity méněcennosti a nedostatečnosti, zlost na ostatní vrstevníky, kteří se spolu baví. Také vývoj sebevědomí a sebevědomění může být narušen. Všechny tyto skutečnosti mohou působit jako dlouhodobé, ale i spouštěcí (jako například hádka s kamarádem) faktory suicidálního jednání. V kolektivu pubertálních dětí může být pro některé jedince velký problém uspět. V tomto období více do popředí vystupuje touha zalíbit se opačnému pohlaví a uspět v očích vrstevníků, důraz se klade na fyzickou přitažlivost, styl oblékání, sociální rozdíly. Pozitivním faktorem je velká šíře zájmů a různých aktivit, naopak negativní je účast v různých „partách“, kde mohou být děti ohroženy delikventním chováním.

Šikanované děti

Dlouhodobá šikana může vést k pochybování o vlastních schopnostech a k trvale nízkému sebevědomí. Deprese a pocity ohrožení i opuštěnosti mohou vést až k sebevražednému jednání. Děti ohrožené šikanou mohou být takové, které jsou slabší či se nějakým způsobem liší, nicméně toto není pravidlem, ohroženo může být v podstatě kterékoliv dítě.

Děti, které mají problémy ve škole

Mezi děti ohrožené školním neúspěchem patří ty s menším nadáním, děti s vývojovými poruchami učení, s hyperkinetickým syndromem, děti zaostalejší, děti školsky přetěžované, případně děti, jejichž rodiče na ně kladou přehnané nároky, neodpovídající jejich schopnostem. Mnohé z těchto „problémů“ mohou být vyřešeny za pomoci schopných a chápajících pedagogů a jiných zařízení, bez tohoto pochopení však může nadměrná zátěž způsobit přetížení dítěte. Přetížení a „nezvládnutí“ nezřídka vede k pocítům vlastní nedostatečnosti a neschopnosti a někdy až k depresi. Školní problémy bývají dětmi často uváděny jako důvod sebevražedného jednání. Problém také někdy může pramenit ze vztahu dítěte k učiteli, pokud z něj má například dítě velký strach či zážitek nespravedlnosti učitele.

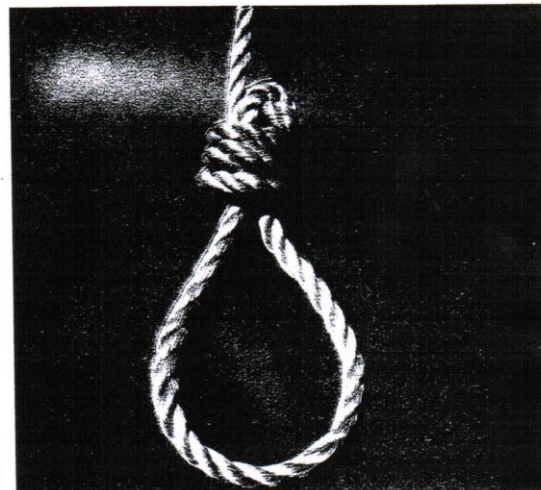
Dospívající s problémy v partnerských vztazích

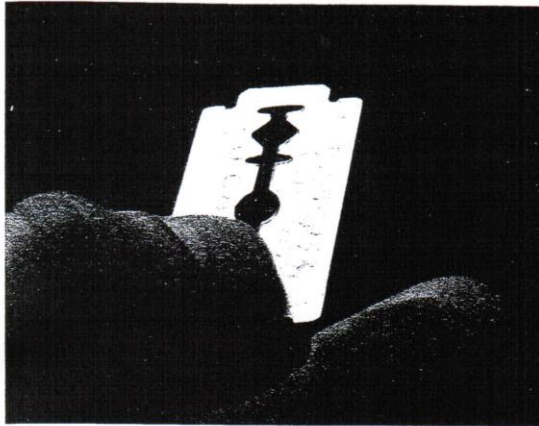
Mladí lidé v pubertě začínají navazovat partnerské vztahy a právě neúspěch v těchto vztazích, neschopnost nebo nemožnost najít si partnera, případně konflikty ve vztahu jsou opět jedním z rizikových faktorů.

Děti se zdravotními obtížemi

U dětí s těžkou chronickou nemocí mohou nastupovat další doprovodné jevy, jako třeba porucha přizpůsobení, dlouhodobá izolace od vrstevníků, psychické potíže spojené se změnou vzhledu vinou choroby, deprese. Většina těchto jevů děti znevýhodňuje mezi ostatními a může nepříznivě působit i na celkový psychický stav, sebevražedné úvahy a jednání nevylučuje. Zvláště vysoké riziko představuje onemocnění psychickou poruchou, zejména deprezí a dalšími poruchami nálad a psychotická onemocnění.

Dospívající, kteří berou drogy





Jak můžeme rozpoznat hrozící riziko sebevraždy?

Ve velké části případů si můžeme u dítěte či dospívajícího všimnout určitých náznaků, že by mohlo přemýšlet o sebevraždě, ještě před skutečným nějakým pokusem. Sebevražedné jednání většinou prochází stadii vývoje známými jako tzv. presuicidální syndrom, což však neplatí vždy, někdy se může jednat o zkratkovité chování bez předchozích varovných signálů. Měli bychom zbystrit, pokud zjistíme, že dítě má občasné sebevražedné myšlenky, které se mohou postupně zintenzivňovat a konkretizovat. Je dysforické, tj. cítí se smutné, unavené, nemocné. Dochází k omezení iniciativy a ztrátě zájmů. Postupně se začne vyhýbat sociálním kontaktům a dříve oblíbeným činnostem. Doprovází jej psychosomatické obtíže – absence ve škole, často zdůvodněná somatickými obtížemi (bolesti břicha, hlavy, porucha spánku) a změny v jídelních zvyklostech. Pro děti je specifické, že nedokáží tak dobře jako dospělí vyjádřit své pocity, proto je zapotřebí všimnout si somatických a dalších příznaků, které mohou napovědět, že dítě má nějaký problém.

Někdy dochází u dospívajících (zejména u dětí do patnácti let) ke zkratkovitému suicidálnímu jednání, i u těchto případů však mnohdy lze při vyšetření vysledovat předchozí sebevražedné fantazie. U adolescentů lze častěji zjistit předchozí období konfliktů a krizí, které je vedou k sebevražednému jednání.

Mezi další varovné signály patří především

Vyhrožování sebevraždou ve formě prohlášení přímých („Zabiju se.“, „Chci umřít.“) nebo nepřímých („Stejně bych nikomu nechyběl.“, „Svět by byl bez mě lepší...“). V období adolescence mohou být tyto náznaky maskované vtípkováním, případně je lze nepřímě objevit v psaném či jiném kreativním projevu. U mladších dětí, které ještě nemusí být schopny své pocity vyjádřit konkrétními slovy, můžeme nalézt vodítka v nepřímém vyjádření skrze předvádění se, zlobení a násilné chování, často doprovázené agresivními či autoagresivními výhrůžkami. Přetrvávající mýtus, že ten, kdo o sebevraždě mluví, ji nespáchá, je mylný. Naopak to spíše poukazuje na obsah jeho myšlenek a může být dobrým důvodem k navázání rozhovoru o pocitech a obtížích dotyčného.

Předchozí sebevražedný pokus. Skrze poznání předchozího chování můžeme rozpoznat, jaké má konkrétní jedinec schopnosti vyrovnání se se závažnými situacemi. Tento pokus nemusí být nikde evidovaný, např. proto, že dítě nebylo hospitalizováno. Je dobré se jej na to zeptat.

Přítomnost depresivní symptomatologie. Při depresi je postižený ohrožen rizikem suicidálního chování, zde je třeba včasná diagnostika a péče kvalifikovaného odborníka.

Sebevražda v rodinné anamnéze.

Přehnané zaobírání se smrtí.

Sebeпоškozování, které je samo o sobě vážným problémem. Může naznačovat, že dítě má nějaké psychické obtíže, někdy je i jedním z projevů psychické poruchy.

Co dělat?

Pokud se ve škole či jinde setkáte s dítětem či dospívajícím, u kterého je možné nebo pravděpodobné, že je ohrožen sebevražedným chováním, je dobré zůstat klidný a nepodlehnout panice. Bývá doporučováno zeptat se na to přímo, jestli má nějaké myšlenky na sebevraždu. Důležité je být empatický a otevřený, dát postiženému prostor pro ventilaci případných emocí a rozhodně se **vyvarovat jakéhokoliv odsuzování.** Vyjádřete pochopení pro jeho problémy a nabídněte, že může existovat nějaké alternativní řešení situace, i když se mu to možná v tuto chvíli nezdá. Pokud hrozí akutní nebezpečí sebevraždy, postižený by neměl být necháván osamotě v dostupnosti předmětů či prostředků, kterými by si mohl ublížit. Poté je vhodné zajistit odbornou pomoc – kontaktovat školního psychologa, krizové centrum a další psychologickou a psychiatrickou pomoc.

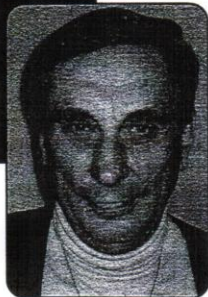
Pokud již došlo k sebevražednému pokusu, je důležité co nejrychleji zajistit odpovídající lékařskou péči. I když se třeba zdá, např. po požití léků, že je vše v pořádku, laik těžko odhadne hrozící nebezpečí, proto je vhodnější lékařský dohled. Poté, co již byl postižený člověk ošetřen po somatické stránce a pominulo nebezpečí akutního ohrožení života, přichází na řadu odborník na psychickou stránku. Ten se opět musí zaměřit na základní okruhy problémů, a to na závažnost suicidálního jednání, přítomnost psychické poruchy, motivy a možnost opakování sebevražedného pokusu a poté navrhnout další terapeutický postup.

Následná systematická léčba suicidálních dětí a adolescentů, ale i dospělých se odvíjí od celkové diagnózy a posouzení přetrvávajícího rizika sebevražedného jednání. Po absolvování psychiatrického a psychologického vyšetření a zjištění všech potřebných okolností je možné sestavit dlouhodobější terapeutický plán. Opět je zde možnost výběru mezi ambulanti a lůžkovou péčí. V případě ambulantní péče je sice menší kontrola pacienta, ale na druhou stranu zase může příznivě působit přítomnost rodiny, přátel a blízkého prostředí. Je vhodnější tam, kde riziko opakování sebevražedného pokusu pomínulo či je velmi nízké. U pacientů s přetrvávajícím rizikem suicidálního jednání, stejně tak i při zjištění vážnějších psychické poruchy, je vhodnější hospitalizace. Je zde sice větší odloučení od rodiny a přirozeného prostředí, to je však někdy přímo nutné, například pokud sebevražedné jednání bylo motivováno problémy v rodině. V léčebném zařízení je také umožněna větší kontrola a zároveň zajištěna pravidelná a intenzivní terapie a psychoterapie.

Důležitou roli v léčbě kromě specialistů hraje i rodina a další blízké osoby okolo dítěte. Mohou jednak napomoci lékařům a psychologům při pochopení motivace suicidálního jednání a poskytnout další cenné informace a vzhled do problému. V neposlední řadě mohou dobrým přístupem napomoci dítěti či dospívajícímu ve zvládnutí problémů. Někteří rodiče mají naopak sklon problémy svého dítěte bagatelizovat, zkrslují anamnestické údaje a terapii nenapomáhají. Při vyšetření dítěte odborníkem je proto vhodné zaměřit se i na rodiče a jejich psychopatologické charakteristiky, které mohou oslabovat platnost výroků o dítěti.



Dokončení na straně



PaedDr. Jan Kaše

vzdělání
Pedagogická škola pro učitele 1.–5. roč.
PedF Plzeň, učitelství všeobecně vzdělávacích předmětů pro 5.–12. roč.

praxe
Bývalý vychovatel a učitel v ústavní výchově, školní metodik prevence.

Vedl výcvikové kurzy pro pedagogy se zaměřením na šikanu.

Existují možnosti prevence sebevražd dětí a dospívajících?

Najít odpověď na otázku uvedenou v nadpise není jistě jednoduché. Dětské sebevraždy nejsou jevem novým, jak dokládá např. habilitační práce T. G. Masaryka „Sebevraždy hromadným jevem společenským moderní osvěty“. Ta vyšla poprvé v německém jazyce v roce 1881 a Masaryk se zde okrajově zabývá i problematikou dětských sebevražd. Problém dětských sebevražd se v současnosti stává stále více aktuálním v zemích s rychle se rozvíjející ekonomikou, zejména v Jihokorejské republice, Japonsku a některých dalších zemích.



Ani v České republice není situace nijak příznivá a přesto, že za posledních zhruba deset let byl zaznamenán mírný pokles v počtu dokončených sebevražd dětí a adolescentů. Z předchozího ročního průměru 55 dětských sebevražd klesl roční počet na 44 v roce 2010. Stále je však počet dětských sebevražd v ČR poměrně vyšší oproti průměru v zemích EU. Problematice sebevražd dětí a adolescentů byl věnován i seminář Sebevraždy u dětí, který se uskutečnil 14. listopadu 2011 ve Fakultní nemocnici Motol. Pořadatelem semináře bylo Ministerstvo zdravotnictví a Národní koordináční centrum prevence úrazů, násilí a podpory bezpečnosti pro děti, ve spolupráci s FN Motol. Jak bylo na tomto semináři konstatováno, dětské sebevraždy jsou u nás třetí nejčastější příčinou dětských úmrtí. První místo zaujímají dětské úrazy. Počet dětských sebevražd v České republice je jistě pádným důvodem k tomu, abychom se zabývali nejen příčinami tohoto stavu, ale zejména možnostmi předcházení a následného snížení počtu dokončených sebevražd dětí a adolescentů. Vždyť podle Českého statistického úřadu byla sebevraždy v období let 2000 až 2010 příčinou úmrtí 495 dětí a dospívajících ve věku 5–19 let. Primář Dětské psychiatrické kliniky FN Motol MUDr. Jiří Koutek, Ph.D., uvedl na zmíněném semináři, že v ČR spáchá ročně sebevraždu 5–10 dětí ve věku do 15 let a okolo 40 dospívajících ve věkové kategorii 15–19 let, nedokončených pokusů je mnohem více. Z hlediska pohlaví převažují chlapci nad děvčaty. Za posledních deset let byl tento poměr 380 : 115. Výzkumný projekt Jihočeské univerzity potvrdil, že chlapci nejčastěji volí oběšení, děvčata se uchylují k otravám, zejména pomocí různých prášků a medikamentů. To jsou jistě alarmující čísla a údaje. Podívejme se nyní na problematiku dětských sebevražd trochu podrobněji. Abychom získali ucelenější pohled na sebevraždu jako takovou, připomeňme si nejprve to, jak je sebevražda definována a následně si uveďme jedno z možných členění jednotlivých typů sebevražd. Světová zdravotnická organizace (WHO) přijala v roce 1968 pro sebevraždu tuto definici:

“Sebevražděný čin je útok proti vlastní osobě s různým stupněm úmyslu zemřít.“ Existuje mnoho druhů členění sebevražd, pro naši potřebu uvádím jedno z nich:

bilanční sebevražda – člověk k ní dospěje na základě zvažení pro a proti své existenci a jejích podmínek.

sebevražda impulzivní – zkratkovitá, proběhne na základě okamžité situace (smrt blízkého, zklamání z neopětované lásky, pocit osamělosti, nepochopení...).

demonstrační sebevražda – chce upozornit na své problémy, nešťastnou náhodou může dojít k dokončení úmyslu, ač to nebyl původní záměr.

TS – sebevražděný pokus – změnil náhle své rozhodnutí nebo mu někdo zabránil dokončení sebevraždy.

sebezabití – úmrtí vlastním přičiněním bez původního záměru (např. pád do strže, některé adrenalinové sporty, konzumace drog apod.).

Všechny uvedené typy sebevražd se vyskytují jak u dospělých, tak u dětí a dospívajících.

Rizikové faktory a možné příčiny výskytu sebevražd dětí a adolescentů

Podle primáře MUDr. J. Koutky, Ph.D., lze považovat za rizikové faktory zejména neuspokojivou rodinnou situaci a rodinné vztahy, nevyvážený osobnostní vývoj, především rysy emoční nestability, malou schopnost zvládat frustraci a adaptovat se na vývojové úkoly adolescence. Masaryk ve své práci mezi možnými příčinami dětských sebevražd jmenuje neuspokojenou tížďadost, žárlivost, nešťastnou lásku, bázeň před trestem, špatné zacházení, nevázaný život a bídu a nouzi. Masaryk připomíná, že v Prusku se již v roce 1833 zabývali tím, zda dětské sebevraždy souvisí s přetěžováním dětí ve školách. Zjistili, že počet dětských sebevražd se školou přímo nesouvisí. Škole pouze vytýkali, že vinu může mít pouze v tom, že zvětšuje strach před zkoušením. A Masaryk dále uvádí: „Sebevraždy vždy a zejména u dětí usvědčují chorobný stav společnosti české, stav nejen biologický, ale také mravní.“ Spojitost mezi naší současnou školou a počtem sebevražd u dětí a dospívajících nebyla zatím podrobněji zpracována. Podle mého názoru, vedle již zmíněného strachu ze zkoušením je určitým rizikem prostředí ve škole, zejména agresivní projevy některých jedinců, šikana na půdě školy a celkově nezdravé prostředí mnohých škol. Některé případy sebevražd školáků byly zaznamenány v období, kdy dostávají vysvětlění, což je spojeno zejména se strachem z reakcí rodičů. Výskyt sebevražd dětí a dospívajících tedy tvoří jakousi spojitou nádobu mezi suicidantem a stavem rodiny i celé společnosti. Rozhodně určitou roli při vzniku presuicidálních podmínek hrají i možné psychiatrické poruchy, jako je deprese, nevyvážený vývoj osobnosti s rysy impulzivnosti, disociality, slabší úroveň sebekontroly. Suicidální pokus může být odrazem týrání, sexuálního zneužívání, šikany, případně prožití traumatizující události, která může vést až k posttraumatické stresové poruše. U adolescentů může být spouštěčem suicidálního jednání alkohol, drogy nebo kombinace obojího. Riziko sebevražd u depresí v dětském věku a u adolescentů je uváděno jako 20krát vyšší oproti zdravým vrstevníkům. A u dystymií (poruch nálady), které představují spíše osobnostní poruchu či vložku, je riziko sebevražd u adolescentů 30krát vyšší než u běžné populace. V některých pracích je spojován výskyt sebevražd např. i s délkou slunečního svitu, kdy v severovýchodních zemích (jako je Litva, severní oblasti Ruska, Lotyšsko, Estonsko, Dánsko, Finsko) se vyskytuje větší počet sebevražd oproti jižněji položeným zemím (Španělsko, Portugalsko, Řecko, Gruzie). Z hlediska ročních období je výskyt sebevražd nejvyšší v jamích měsíců (duben) a nejmenší v zimě v prosinci.

Rodina

Za rozhodující rizikový faktor z hlediska výskytu suicidálního jednání dětí a adolescentů považují rodinu. A to jak z hlediska možné genetiké zátěže (zda se již v rodině vyskytly v minulosti suicidální projevy, zda se vyskytuje alkoholismus, případně jiné závislosti), tak zejména a především z hlediska jejího konkrétního stavu. Tedy jaká atmosféra v rodině existuje, jaké jsou konkrétní vztahy mezi jednotlivými členy, jaké je úroveň vzájemné komunikace mezi nimi,

nakolik dítě nebo dospívající nachází v rodině někoho, komu se může bez obav (např. z posměchu a bagatelizace problému) svěřit se svým trápením, potížími a starostmi. Důležité je, aby rodina fungovala dobře i z hlediska výchovné funkce, posilovala u dětí sebeodpovědnost, sebedůvěru, sebeúctu, odpovědnost za svůj život, úctu k životu. Aby vhodným způsobem rozvíjela jejich tvůrčí myšlení i pozitivní vztah k životu, aby se členové rodiny, zejména dospělí, dokázali vcítit do aktuálních potřeb i prožitků svých dětí. Je toho určitě hodně, co může působit preventivně z hlediska možného výskytu suicidálních projevů. A podíváme-li se na možnost naplnění těchto požadavků z pohledu současného stavu české rodiny, pak vidíme onu prohlubující se propast mezi potřebami a reálným stavem. Na webu Sociologického ústavu jsme mohli získat údaje ze studie „Muži, ženy a dopady rozpadů partnerských vztahů“. V Česku se rozpadá 47 % manželství. Rozvod ve 36 % případů negativně poznamenává vztah otců k dětem a téměř v 10 % vztah dětí k matkám. Sociologický výzkum v roce 2007 potvrdil, že řada mužů se po rozvodu vyhýbá placení alimentů a o své děti ztrácí po rozvodu zájem. Zarážející je, že dvě třetiny rozvedených uvedly, že v rozvodu vidí klady, že jejich rozvod zlepšil možnosti dělat to, o co mají momentálně zájem. Ve dvou třetinách podávají návrh na rozvod ženy, protože chtějí být ekonomicky soběstačné, chtějí být svobodné ve svém rozhodování. Je to egoismus, sobectví, nebo neschopnost dát do souladu roli matky a otce v rodině se svými osobními zájmy a potřebami? V každém případě to svědčí o malé osobní zodpovědnosti již v době uzavírání manželství, často o psychologické a sociální nezralosti obou budoucích rodičů. A určitě se jedná o nízkou úroveň schopnosti řešit vzniklé konflikty kompromisem, dohodou. Chybí zde potřebná úroveň empatie. Jde určitě o sníženou ochotu a snahu pochopit názor nebo argument toho druhého. Snaha zvitět nad životním partnerem je nejen projevem egoismu, sobectví, ale může jít i o projev výrazné netolerantnosti, případně i agresivity. Rozhodně s vysokou rozvodovostí souvisí i současný ekonomicko-společenský stav české rodiny, jak na zmíněném semináři připomněl MUDr. Jiří Koutek. A co je nejhorší? Je to, že ve většině případů rozvádějících se manželů **jsou děti, jejich výchova, život a potřeby až na posledním místě**. Rozvod rodičů je pro každé dítě silně zatěžujícím až stresujícím faktorem. Děti se dostávají do situací, které nejsou s ohledem na svůj věk i mentální zralost schopny řešit. Bohužel dospělí od nich často očekávají nemožné, vtaňují je do řešení svých vlastních potíží ve vztahu s druhým partnerem. Nejednou jsem se setkal ve své praxi s tím, že jeden z rodičů poštval své dítě proti druhému rodiči. A dítě takový tlak nebylo schopno unést, protože mělo rádo oba rodiče. A stupňuje-li se tento tlak, tak často zbývá jen kousek k tomu, aby dítě začalo uvažovat o své další životní existenci. Zvláště tehdy, je-li jeho psychologická odolnost kvůli těmto okolnostem již vážně oslabena, dítě je psychologicky labilní a není schopno nadále odolávat stresujícím podnětům, které rozvod rodičů provází. Velice negativně na děti působí, dochází-li v této době mezi rodiči i k fyzickému napadání a ubližování. Značně zatěžujícím obdobím je i pro dítě i dospívajícího čas po rozvodu rodičů. Nově vzniklé podmínky jsou pro mnohé hůře, zejména psychologicky, snesitelné. V nedávné době byl zaznamenán případ čtrnáctiletého chlapce, který spáchal sebevraždu zastřelením. A jako možná příčina je uváděn příchod nového přítele matky do rodiny, kdy syn měl pocit, že ztrácí matku, její lásku a pozornost.

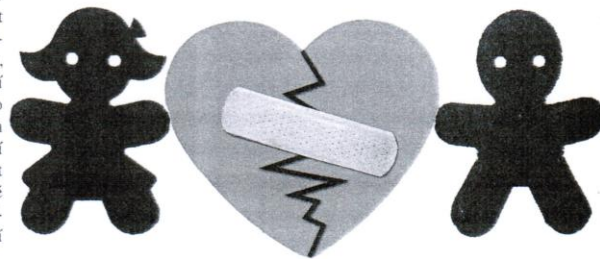
Další možné rizikové faktory pro vznik suicidálního jednání dětí nebo adolescentů

Vedle situací spojených s rozvodem rodičů může být spouštěčem suicidálního jednání dítěte i jinak špatně fungující nebo rozpadající se rodina, kde nejsou v dostatečné míře uspokojovány základní potřeby dítěte nebo dospívajícího. Problémem v tomto směru jsou i rodiny alkoholiků nebo prostitutek. Dítě se díky tomu dostává do těžko řešitelných situací. A to jak s ohledem na své okolí, tak zejména vůči své vrstevnické skupině. Rovněž nevhodná a traumatizující výchova v rodině může vyvolat podobné poruchy a psychologické reakce dítěte nebo dospívajícího. Jak již bylo naznačeno, svůj vliv na výskyt dětských sebevražd a sebevražd dospívajících mají i psychologická onemocnění. Lékařská věda nedefinuje suicidální pokus jako samostatnou diagnózu, ale jako sebepoškozující akt s následkem smrti. V každém případě při zjištění prvních signálů možného patologického jednání a chování dítěte nebo dospívajícího je nutno včas zajistit odborné vyšetření na specializovaném pracovišti u dětského psychologa nebo psychiatra. Vedle zmíněných depresí a poruch vývoje osobnosti je nutno zejména u adolescentů věnovat pozornost projevům emoční nestability, maladaptace, poruchám příjmu potravy i malé schopnosti zvládat frustraci. PaedDr. Michal Kolář opakovaně popsal případy, kdy spouštěčem sebevraždy byla šikana. Výskyt těchto případů není

sice velký, ale jak i MUDr. Koutek připomněl, šikana může být tou poslední kapkou. A vezmeme-li v úvahu nárůst počtu šikanovaných dětí za posledních dvacet let v České republice, pak považují za nutné brát i vše, co souvisí s utrpením, které šikana představuje, za další velmi závažný a rizikový faktor ovlivňující možné suicidální jednání. Za velmi rizikové období pro vznik suicidálního jednání považují období puberty. V neposlední řadě patří i to zejména u adolescentů, mezi velmi rizikové faktory stran možného suicidálního jednání konzumace drog. Za nejrizikovější považují v tomto směru halucinogeny, ale i u nás tolik zneužívaná stimulantia (především pervitin). Zejména dlouhodobé zneužívání stimulantů, kdy dochází k rozvoji toxické psychózy, projevující se paranoiou a mimořádně trýznivými paranoickými halucinacemi, končívalo tento stav někdy až sebevraždou narkomana. V souvislosti s konzumací drog byly zaznamenány u dospívajících i případy impulzivních a demonstračních sebevražd, ale i případů sebezabití.

Sebevraždám dětí a dospívajících nelze zcela zabránit, protože jejich vznik ovlivňuje řada rizikových faktorů, které jsou často i mimo vliv nás dospělých. Sebevraždy tedy budou i nadále tou smutnou stránkou provázející život některých rodičů i celých rodin. Přesto však situace s ohledem na dětské sebevraždy a sebevraždy adolescentů není zcela beznadějná a je do jisté míry i ovlivnitelná. **Těžšíste prevence sebevražd vidím především v rodině.** A to v době fungující rodině. Tím nemám na mysli rodinu, která svoji roli vůči svým potomkům spatřuje především v jejich hmotném zabezpečení. Jak již bylo mnohokrát řečeno, přemíra hmotných statků nedělá dítě šťastným. Dítě potřebuje dostávat dostatek lásky, citu, porozumění, podpory. Rodina pro něj musí být ostrovem klidu a bezpečí. Musí mít jistotu, že rodina ho podrží, pokud se dostane do problémové situace. Dítě, které necítí dostatek citu a podpory v rodině, která ho v krizové situaci nepodrží a nedokáže mu pomoci, takové dítě je vážně ohroženo. To však neznamená, že mu rodina bude, bez jeho přičinění a úsilí, „zametat cestičku“. Děti nemají rády příliš pokynů, mentorování, poučování. Na druhé straně jsou bezradné, pokud v rodině neexistují pravidla, pokud nejsou nastaveny přiměřené a věku odpovídající „mantinely“. Výchovná role rodičů nesmí spočívat v chaoticky udělených pravidlech, úkolech a pokynech. Tento způsob dětskou dušičku, ale i psychiku dospívajícího značně zneklidňuje a často i trvale irituje. Ještě na jedno riziko možného suicidálního jednání chci upozornit, a to zejména u dětí.

Současné děti mají změněný pohled na smrt. **V dnešní době se doma neumírá, děti mají v tomto směru nerealný pohled na smrt i díky vlivu počítačových her. Tam dochází k devalvací hodnoty lidského života. Zbavit v těchto hrách někoho života je žádoucí, vede to k vítězství.** A v neposlední řadě může u dětí hrát určitou roli i zkráceně podávaná vidina posmrtného života, ta může snižovat obavy ze smrti. Z hlediska prevence dětských sebevražd a sebevražd dospívajících je důležitá komunikace v rámci rodiny. Ta umožňuje včas zachytit případné změny, které se v chování dítěte nebo dospívajícího začínou objevovat. Za rizikovou považují rodinu, kde vedle sebe její členové „jen žijí“ – tedy přežívají, kdy jeden neví nic o druhém, o jeho vnitřním životě, radostech, ale i problémech a potížích. Komunikace s dospívajícími je někdy velice problematická. Stává se, že s nástupem puberty se začne úroveň vzájemné komunikace mezi dítětem a dospělými zhoršovat, pubescent nebo adolescent se začne více uzavírat do sebe. Příčinu tohoto stavu spatřuji především v tom, že rodiče nedokázali včas zachytit u svého dítěte onen přirozený proces uvědomování si sama sebe, své osobnosti, provázený snahou dát najevo, že i já mohu mít své oprávněné názory, že i já chci uplatnit „svůj vlastní rozum“. Pubescenti se z principu bouří proti autoritám, a právě těmi nejbližšími jsou jejich rodiče. A je na rodičích, jak dokážou tuto situaci zvládnout. Pokud i nadále berou svého potomka jako doklad, tedy jako malé dítě, jehož názory nelze vždy akceptovat a uznávat, a nadále prezentují svoji autoritu jako jedinou a možnou alternativu, pak se nemohou divit, že nakonec může dojít i k určitému stupni vzájemného odcizení.



A začíná boj „kdo s koho“, který pochopitelně k ničemu nevede, protože zvítězit chtějí oba, ustoupit nechce nikdo. Celé období dospívání je z hlediska rizikového chování, které může skončit i suicidiem, něčím, co nelze podceňovat. Puberta je velice těžké, a složité, období jak pro pubescenta, tak pro jeho rodiče. Zvládnout toto období je pro dospívajícího velice náročné. Proces změn, který v tomto období probíhá, kdy se tělo dítěte mění na fyzicky dospělé, kdy se mění tělesné orgány, hlas, muskulatura těla i jeho tvar, to vše klade i velké nároky na psychiku dítěte. A s tím přichází i období navazování přátelství a prvních lásek. A to právě může vyústit ve vážná zklamání, provázená i dost hlubokými psychickými otřesy. A od nich někdy zbývá velmi malý krůček k suicidiálnímu jednání. Období puberty hůře zvládají takoví ti rigidní, hůře přizpůsobiví jedinci. Ti, vedle zklamání z prvních lásek, mohou být zasaženi nepochopením a odmítáním ve své vrstevnické skupině. A odmítání vrstevníky vede k uzavřenosti a stále častějšímu uzavření o svém místě a uplatnění v životě. A nefunguje-li v těchto situacích i podporující rodinné zázemí, chybí-li potřebná komunikace a možnost pohovořit si v rodině s někým, „kdo mě chápe a rozumí mi“, pak se cestička k suicidii stále více a více otevírá a může se stát možností, kterou dospívající v této chvíli přijímá jako reálnou nabídku k řešení své situace.

Jaké tedy existují možnosti prevence sebevražd dětí a dospívajících

- Jak již bylo řečeno, základem dobré prevence dětských sebevražd a sebevražd dospívajících je dobře fungující úplná rodina,
- Důležitá je i úroveň komunikace v rodině, založená na vzájemné důvěře rodičů a dětí, ta by neměla být přerušena ani v období puberty.
- Důležité je věnovat pozornost změnám chování, zvláště těm, které by mohly signalizovat, že dítě, či dospívající se více uzavírá do sebe, méně komunikuje, chová se nepřírozně, má problémy s příjmem potravy – nejčastěji děvčata.
- Již dávno neplatí mýtus, že ten, kdo o vraždě mluví, ten ji nespáchá. V takovém případě je nutno na toto téma zavést vhodným způsobem diskusi, ne demonizovat sebevraždu, ale snažit se pochopit situaci, ve které se dítě nebo dospívající nachází.
- Nepřehlížet prchavé suicidiální nápady a signály, jako např. „beze mě vám bude líp“, „beze mě si oddychnete“ i přesto, že se v tomto případě může jednat o způsob, jakým chce dítě získat pozornost a zájem dospělých, aniž by myslelo na sebevraždu. Rozhodně je nutno o této situaci s dítětem mluvit, získat ho k rozhovoru a zjistit skutečné důvody těchto výroků. Děti i dospívající často tyto varovné signály vysílají dlouhodobě a nikdo na ně nereaguje ani doma, ani ve škole.
- Rozhodně bez povšimnutí a případně bez následného odborného vyšetření by neměly zůstat poruchy nálad, depresivní příznaky, mánie.
- Výrazným signálem pro rodiče by měly být příznaky sebepoškozování (automutilace). Dochází k němu jak u dětí staršího školního věku, tak u pubescentů a adolescentů. U automutilace se vždy jedná (pokud nejde o jednorázový iniciační akt – např. podmínka přijetí do party apod.) o záměrné a opakované ubližování si ve snaze vypořádat se s nepřijemnými duševními stavy. Může se jednat o vážný psychický problém, který postižený nedokáže jinak zvládnout. Tyto projevy mohou výjimečně přerůst až v suicidiální pokus, či v sebezabití. Řešení problémů spojených s automutilací v každém případě vyžaduje péči psychologa, psychiatra a psychoterapeuta.

Kde nám mohou v situacích, které signalizují možný vznik suicidiálního jednání, pomoci:

- Linka bezpečí – pro celou ČR (pomoc@linkabezpeci.cz, telefon: 266 727 979)
- dětské psychologové a psychiatři, ambulantní i lůžková oddělení dětských psychiatrických pracovišť
- krizová centra
- psychoterapeutická centra
- střediska výchovné péče a pedagogicko-psychologické poradny

Ve všech těchto zařízeních najdete odborníky, kteří mohou poskytnout jak individuální psychoterapeutickou péči, tak skupinovou a rodinnou terapii, případně výchovné poradenství.

Jak se zachovat v situaci, kdy je život jejich dítěte bezprostředně ohrožen

- Zachovat klid, nevyvolat paniku, jednat podle konkrétní situace.
- Okamžitě volat lékařskou záchranou službu, Policii ČR navázat a udržet kontakt s dítětem.
- Zavést rozhovor na téma, které ho nebo ji zajímá.
- Pokusit se vžít do jeho nebo její situace.
- Nechat ho nebo ji co nejdříve dobu mluvit, podpořit dotazy – co bylo dál, co jsi dělal – a potom...
- Pružně reagovat, neodporovat, nevhodně nerozmlouvat, nevyčítat, nedávat pokyny, příkazy.
- To je v pohodě, chci si vyslechnout tvůj příběh, zajímá mě to.
- Projevovat pochopení – to tě muselo opravdu naštvat, to se ti nedívám, to bych asi sám nevydržel, v rozhovoru je nutno pokračovat až do příjezdu lékařské pomoci, případně i PCR.

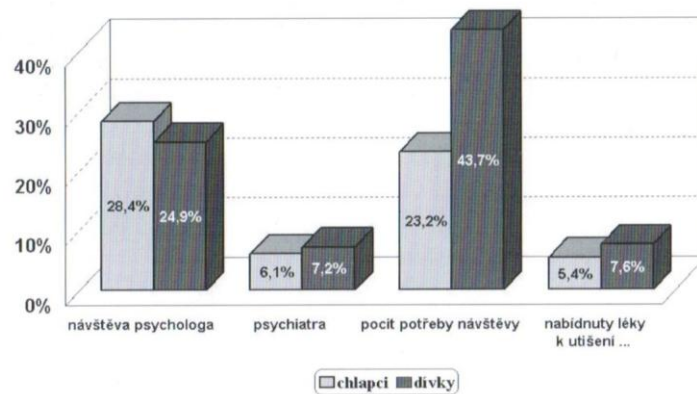


Problém sebevražd dětí a dospívajících je záležitostí, která nemůže zůstat v naší republice stranou pozornosti nás dospělých, tedy rodičů, pedagogů, psychologů, psychiatrů, dětských lékařů, stranou pozornosti institucí, zejména školy, která podle mého soudu dosud nevyužila v tomto směru všech svých možností. A jak ve své habilitační práci napsal pod čarou T. G. Masaryk:

„A nemysleme, že mají tuto povinnost jen pedagogové a úřady – máme ji všichni, neboť naše instituce – to koneckonců jsme zase my všichni.“

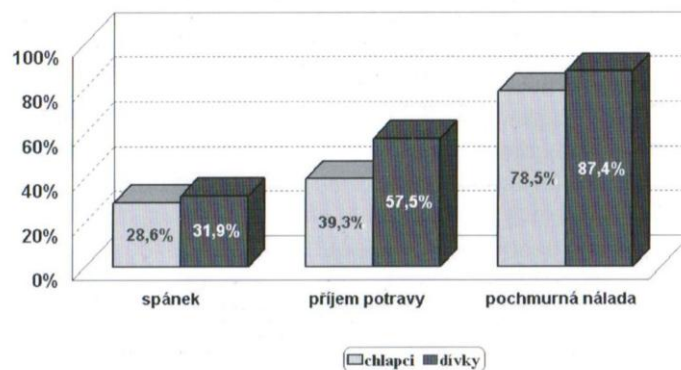
Příloha č. 5 – Výsledky první české populační studie

Graf č. 1
Odborná pomoc



Studie ČR 2010, UK – 3.LF
Počet respondentů: 951

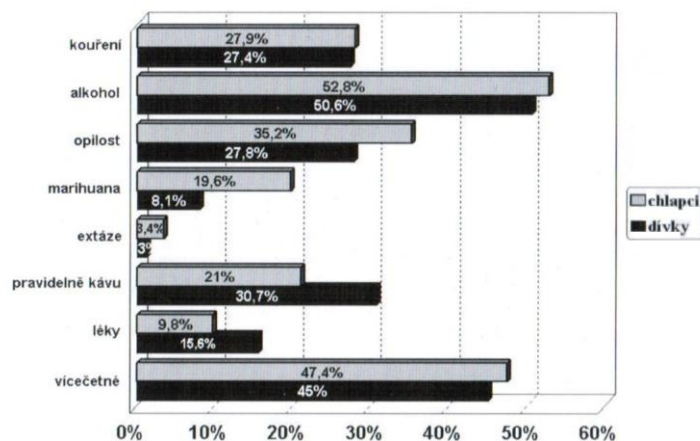
Graf č. 2
Příznaky stresu



Studie ČR 2010, UK – 3.LF
Počet respondentů: 951

Graf č. 3

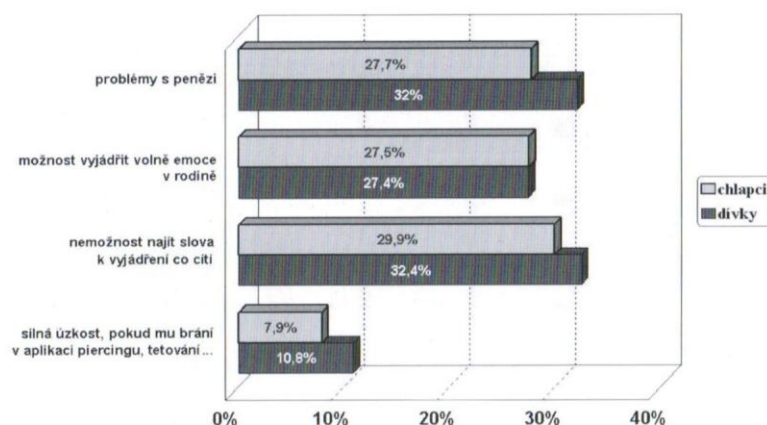
Osobní zkušenost s návykovou látkou



Studie ČR 2010, UK – 3.LF
Počet respondentů: 951

Graf č. 4

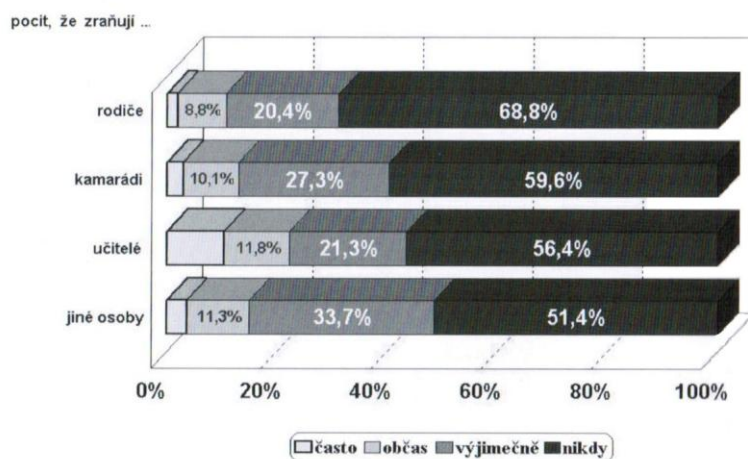
Myšlenkové stereotypy



Studie ČR 2010, UK – 3.LF
Počet respondentů: 951

Graf č. 5

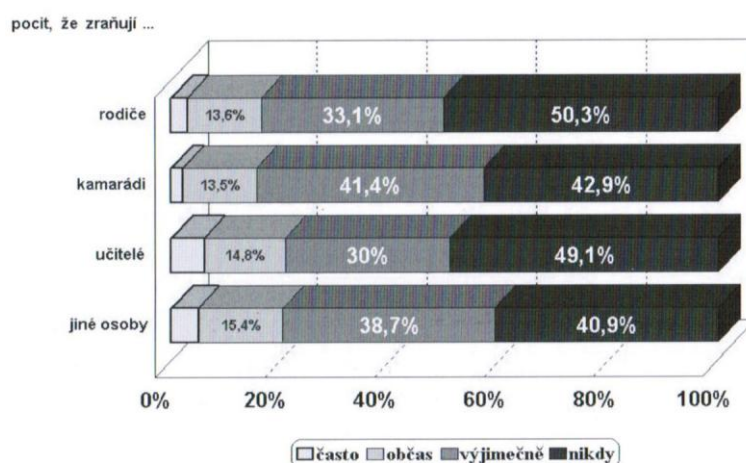
Osobní zkušenost se zraněním (chlapci)



Studie ČR 2010, UK – 3.LF
Počet respondentů: 951

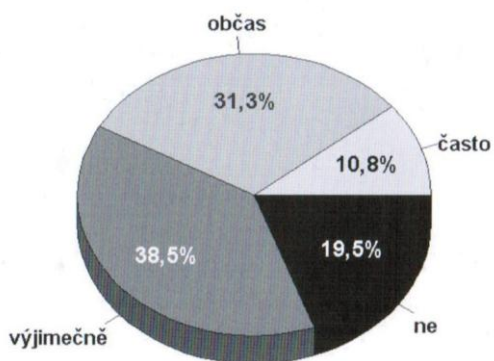
Graf č. 6

Osobní zkušenost se zraněním (dívky)



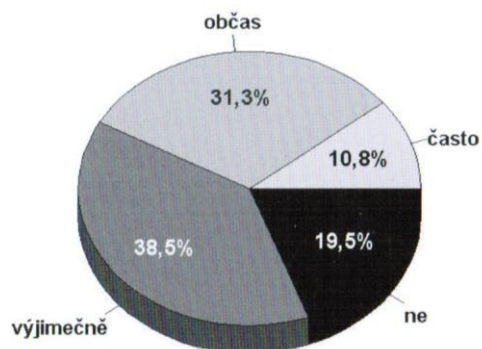
Studie ČR 2010, UK – 3.LF
Počet respondentů: 951

Graf č. 7
Záměrné působení bolesti



Studie ČR 2010, UK – 3.LF
Počet respondentů: 202

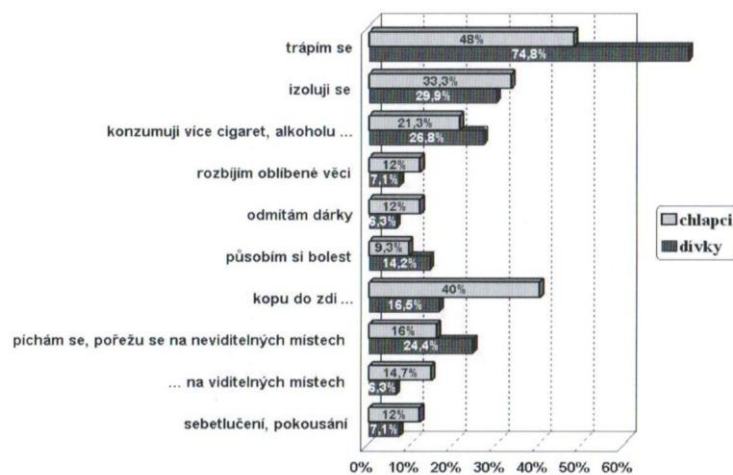
Graf č. 8
Frekvence záměrného sebepoškozování



Studie ČR 2010, UK – 3.LF
Počet respondentů: 202

Graf č. 9

Způsoby záměrného sebepoškozování

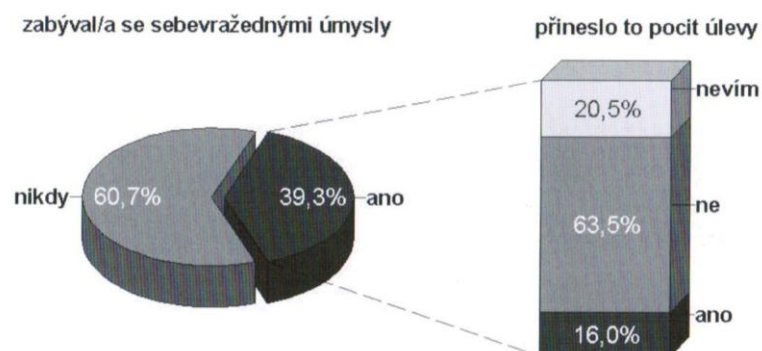


Studie ČR 2010, UK – 3.LF

Počet respondentů: 202

Graf č. 10

Sebevražedné myšlenky, úvahy



Studie ČR 2010, UK – 3.LF

Počet respondentů: 951

Graf č. 11

Znalost osoby se sebevražedným chováním

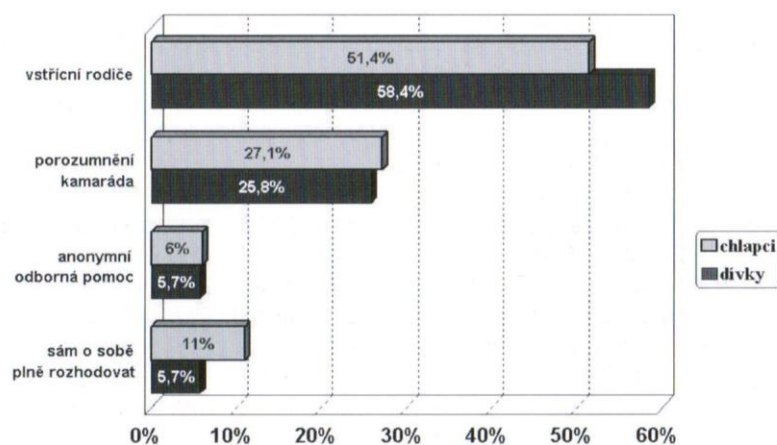


Studie ČR 2010, UK – 3.LF

Počet respondentů: 951

Graf č. 12

Ochrana před sebevraždou



Studie ČR 2010, UK – 3.LF

Počet respondentů: 951

Anotace

Jméno a příjmení:	Bc. Zuzana Černá
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	doc. PhDr. Jitka Skopalová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Pedagogická prevence a intervence suicidality adolescentů.
Název v angličtině:	Teaching prevention and intervention adolescent suicidality.
Anotace práce:	<p>Závěrečná práce se zabývá pedagogickou prevencí a intervencí suicidality adolescentů v okrese Uherské Hradiště. Cílem diplomové práce bylo zjišťování potřeby a míry angažovanosti středních škol a odborných učilišť v oblasti prevence a intervence suicidality adolescentů, vzdělání školních metodiků prevence na danou problematiku a analýza odborných publikací, zaměřující se na prevenci projevů rizikového chování na středních školách a odborných učilištích, to vše v okrese Uherské Hradiště.</p>
Klíčová slova:	Suicidium, suicidální chování, intervence, adolescence, deprese, prevence, krize, rizikové a protektivní faktory, preventivní program.

<p>Anotace v angličtině:</p>	<p>The thesis deals with educational prevention and intervention of adolescent suicidality in the region of Uherské Hradiště. The main objective of the thesis was to survey the needs and levels of involvement of secondary schools and vocational schools in the field of prevention and intervention of adolescent suicidality. Amongst objectives is also included education of school counsellors on the topic and analysis of scientific publications focusing on the prevention of risk behavior in secondary schools and vocational schools, all in Uherské Hradiště region.</p>
<p>Klíčová slova v angličtině:</p>	<p>Suicide, suicidal behaviour, intervention, adolescence, depression, prevention, crisis, risk and protective factors, preventive programme.</p>
<p>Přílohy vázané v práci:</p>	<p>Příloha č. 1 – Připravené otázky k rozhovoru s okresní metodičkou prevence</p> <p>Příloha č. 2 – Otázky spolu s průvodním dopisem</p> <p>Příloha č. 3 – Seznam zařízení ve Zlínském kraji poskytující pomoc lidem v krizi</p> <p>Příloha č. 4 – Články z časopisu Prevence, které se nějakým způsobem zabývají prevencí sebevraždy dětí a mladistvých</p> <p>Příloha č. 5 – Výsledky první české populační studie</p>
<p>Rozsah práce:</p>	<p>91 stran</p>
<p>Jazyk práce:</p>	<p>CZ</p>