

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

Sebevražda a sebepoškozování
jako řešení životní krize, prostředí, situace

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:
PhDr. Antonín Olejníček

Vypracovala:
Eva Polakovičová

Brno 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Sebevražda a sebepoškozování jako řešení životní krize, prostředí, situace“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Brně dne 28. 3. 2011

.....
Eva Polakovičová

Poděkování

Děkuji panu PhDr. Antonínu Olejníčkovi, vedoucímu práce, za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování bakalářské práce. Dále děkuji za umožnění získání cenných odborných poznatků ke své bakalářské práci.

Také bych chtěla poděkovat ředitelkám a ředitelům ZŠ a SŠ, kteří mi umožnili provést dotazníkové šetření mezi svými žáky a studenty, jakož i jim samotným a jejich pedagogům.

V neposlední řadě chci poděkovat své rodině za pomoc a morální podporu, kterou mi poskytla při zpracování bakalářské práce a které si velice vážím.

Eva Polakovičová

OBSAH

Úvod	2
1. Sebevražda	4
1.1 Druhy sebevražd.....	5
1.2 Historie sebevražd.....	6
1.3 Dílčí závěr.....	8
2. Sebepoškozování	9
2.1 Druhy sebepoškozování.....	10
2.2 Dílčí závěr.....	11
3. Sebevražda u dětí a mladistvých	13
3.1 Formy suicidálního jednání.....	14
3.2 Klasifikace motivů a příčin sebevražd.....	16
3.3 Diagnostika sebevražd.....	19
3.4 Léčba a terapie sebevražedného chování.....	22
3.5 Prevence sebevražedného chování.....	25
3.6 Dílčí závěr.....	27
4. Sebepoškozování u dětí a mladistvých	28
4.1 Motivы a příčiny sebepoškozování.....	28
4.2 Psychiatrická komorbidita.....	30
4.3 Diagnostika sebepoškozování.....	31
4.4 Léčba sebepoškozování.....	33
4.5 Prevence sebepoškozování.....	34
4.6 Dílčí závěr.....	35
5. Praktická část	37
5.1 Cíle praktické části.....	37
5.2 Předpoklady praktické části.....	37
5.3 Metody a techniky získávání dat.....	37
5.4 Dotazníkové šetření mezi žáky ZŠ a SŠ.....	38
5.6 Výsledky praktické části.....	38
5.7 Dílčí závěr.....	76
Závěr	77
Resumé	78
Anotace	79
Seznam použité literatury	80
Seznam příloh	83

ÚVOD

Sebevražda i sebepoškození patří mezi patologické jevy, které se v populaci objevovaly, objevují a bohužel zcela jistě objevovat budou. Jejich počet stále stoupá, a to také mezi dětmi a mládeží. A právě těmito věkovými skupinami se v souvislosti se sebepoškozením i sebevraždou budeme zabývat. Právě u této věkové skupiny se důsledky sebevražedného jednání i sebepoškození zdají být výraznější a tragičtější než u jiných věkových skupin v populaci. Oba tyto jevy jsou pro jejich zdánlivě těžkou pochopitelnost a uchopitelnost neustále a čím dál více konzultovány mezi laickou veřejností i mezi odborníky-tedy zejména mezi psychology a psychiatry.

Jak jsme již uvedli, s danou problematikou se setkáváme při výkonu specifické profese a dále pak, pokud se v našem okolí vyskytuje někdo s takovými problémy. Je jistě v zájmu takto postižené osoby i našem zájmu jí co nejlépe pomoci a příčiny jejích problémů odstranit. Ať jsme rodiči, pedagogy, pracovníky v pomáhajících profesích nebo jen běžnými nelhostejnými lidmi.

Cílem bakalářské práce je shrnout současné stěžejní poznatky z oblasti sebevražedného jednání a sebepoškození jako patologických jevů z hlediska psychologie a psychiatrie, zejména v souvislosti s dětmi a mládeží a charakterizovat nynější povědomí dětí

i mládeže o obou patologických jevech.

Abychom dosáhli naplnění cíle práce, rozdělili jsme ji na dvě části. První teoretická část sestává ze čtyř kapitol. V první kapitole se pokusíme o vymezení pojmu sebevražda a o jeho objasnění. Dále podáme výčet druhů sebevražd a krátce vylčíme historii sebevražedného jednání. Ve druhé kapitole se seznámíme s obsahem pojmu sebepoškození a také si přiblížíme jeho druhy a projevy. Ve třetí kapitole se pak zaměříme na sebevražednost u dětí a mládeže, konkrétně na formy sebevražd, jejich výskyt, motivy a příčiny, diagnostiku, léčbu a v neposlední řadě také prevenci sebevražedného jednání u dětí a mládeže. Čtvrtá kapitola pojednává o sebepoškození u dětí a mládeže. Vymezíme opět motivy a příčiny sebepoškození, jeho psychiatrickou komorbiditu, diagnostiku, léčbu a současnou prevenci. V praktické části práce analyzujeme, na základě dotazníkového šetření mezi žáky ZŠ a SŠ, jejich povědomí o sebevraždě i sebepoškození s cílem zjistit jejich postoje, názory, znalosti a zkušenosti.

Hlavní metodou teoretické části práce je analýza dostupné literatury k danému tématu na základě jeho studia a dále pak logické metody jako dedukce, indukce, analýza, ad. Metodu praktické části bakalářské práce bude představovat dotazníková metoda. Dotazníky budou adresovány dětem a mládeži na druhém stupni základních škol a na středních školách ve Strážnici a v Hodoníně.

Vzhledem k obsáhlosti a šíři tématu bakalářské práce v ní jistě nenajdeme všechny aspekty s tématem související. Zaměřili jsme se především na sféru psychologickou a psychiatrickou. V práci se neobjevuje například charakteristika oblastí právních, náboženských, sociologických či filozofických, neboť to není v souladu s cílem naší práce.

Souvislost této práce s předmětem sociální pedagogiky vidíme především v prevenci sebevražedného jednání a sebepoškození u dětí a mládeže například vhodným vyplněním jejich volného času či harmonizací rodinného a školního prostředí, poskytnutí povědomí o zařízeních a organizacích a osobách poskytujících nejen odbornou pomoc.

1. Sebevražda (latinsky suicidum)

Určením a vymezením pojmu sebevražda se zabývala v historii spousta odborníků z řad psychologů, sociologů, filozofů či lékařů. Proto se můžeme setkat s více definicemi, které se více či méně od sebe odlišují a sebevraždu jinak vymezují.

Například T. G. Masaryk odlišuje od sebe sebevraždu v *širším slova smyslu* od sebevraždy v *užším slova smyslu*. Sebevraždu v širším slova smyslu pak chápe jako „*ten nepřirozený způsob smrti, jenž byl přivozen neúmyslným vsahováním člověka v lidský proces, ať kladným, činným vlastním jednáním, nebo záporným trpným chováním k nebezpečím života*“ (Masaryk, s. 16, 1998). Podle této definice by se dala sebevražda v širším slova smyslu přirovnat k sebezabití.

Za skutečného sebevraha v užším slova smyslu pak Masaryk považuje toho, „*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*“ (Masaryk, s. 16, 1998).

Tato definice však nepočítá s nevědomými motivy a tendencemi. Neboť naše postoje ke smrti mohou být jak vědomé, tak nevědomé. Proto se jako výstižnější jeví Stengelova definice suicidálního aktu. Sebevražda je „*záměrný a sebepoškozující akt, při němž si osoba, která se ho dopouští, nemůže být jista, zda jej přežije*“ (Stengel In Koutek, Kocourková, s. 12, 2007). Tato definice v sobě zahrnuje také nejistotu výsledku suicidálního aktu, neboť mnozí sebevrazi si s největší pravděpodobností nemohou být jisti, že si skutečně přivodí smrt.

Je tedy zřejmé, že je třeba rozlišovat od sebe pojem sebevražda a sebezabití, které mohou někteří jedinci z neznalosti zaměňovat či ztotožňovat. Hlavní rozdíl tkví ve vědomém úmyslu zemřít, který u sebezabití chybí.

Mezi sebevražedné akty se řadí i sebeobětování. Sebevražda i sebeobětování jsou extrémními formami specificky lidského jednání a jako takové vyrůstají ze společného základu a vyjadřují možnost člověka dokumentovat určitý hodnotový systém svým sebezničením. Liší se ale v motivaci a cíli sebedestruktivního jednání. Sebevražda se jeví jako čin egoistický a destruktivní, sebeobětování pak vychází převážně z altruismu a je považováno za čin konstruktivní (Šrajfer, 2009).

Při sebeobětování tedy chybí, jak se zdá, vědomá touha zemřít a motivací je smrt ve významu „*oběti ve prospěch jiných lidí, společnosti nebo idealistických cílů*“ (Koutek, Kocourková, s. 33, 2007).

1.1 Druhy sebevražd

Sebevražda je velmi komplikovaným jevem, který je možné z hlediska motivace a příčin rozdělit na několik druhů.

Základním rozdělením se jeví dělení na sebevraždu *biickou* a *patickou*.

Biická sebevražda je taková, u které motiv vychází z reality, je provedena v normálním duševním stavu a je odpovědí na nepřijatelnou životní situaci (např. nevléčitelná nemoc, finanční krach, apod.)

Patická sebevražda pak představuje sebevraždu, kde motivace jedince je patologická. Vyskytuje se u psychopatů, psychotiků, jedinců trpících depresemi, schizofrenií, panickou poruchou, melancholií nebo při abúzu alkoholu a psychotropních látek. Často jí předchází přítomnost bludů či halucinací.

Bilanční sebevražda je druhem biické sebevraždy. Dochází k ní na základě předchozího bilancování, kdy postižený dojde k závěru, že jeho stávající situace je pro další život neúnosná. I u patických sebevražd nacházíme bilancování, hodnocení situace. Jedná se zde však o hodnocení chybné, vycházející z duševní nemoci.

Účelové suicidální jednání je jednání s cílem vyřešení svízelné životní situace, nikoli s cílem smrti. Tento cíl je sledován nevědomě.

Demonstrativní suicidální jednání je velmi podobné předchozímu druhu suicidálního jednání, ale motiv je zde sledován zcela vědomě. I tyto druhy jednání však mohou skončit smrtí.

Zkratkovité suicidální jednání představuje takovou aktivitu, kdy jedinec jedná zkratkovitě, čili tak, že jde co nejrychleji ke svému cíli, bez jakýchkoli odboček, zamyšlení se nad jinými možnostmi a výhodami či nevýhodami daného řešení.

Suicidální dohoda spočívá v tom, že se dva nebo více lidí dohodne, že spáchají sebevraždu společně. Často je jeden z nich tzv. induktorem (aktivním, plánujícím), který přesvědčí zemřít i ostatní osoby.

Rozšířené suicidium je případem, kdy duševně nemocný pod vlivem depresí či halucinací spáchá sebevraždu a vezme s sebou ještě někoho z blízkých osob. Motivací může být nesnesitelnost života pro něj a v jeho představách i pro blízkou osobu, např. pro dítě. Odlišit musíme případy rozšířené sebevraždy a vraždy a následné sebevraždy, kde není přítomna psychotická motivace, nýbrž například pomstychtivost apod. (Koutek, Kocourková, 2007).

1.2 Historie sebevražd

Bylo by omylem se domnívat, že sebevražedné jednání je jevem moderní doby. Sebevraždu nacházíme ve všech údobích civilizačního vývoje člověka a zdá se, že počet sebevražd s rozvojem civilizace roste. Suicidální jednání však není výjimkou ani u národů a skupin s nízkou civilizační úrovní. Motivy i způsob provedení činu se u nich v podstatě shodují se sebevražedným jednáním civilizovaných národů. Jsou u nich ale zvýrazněny motivy sexuální (obava před trestem za nevěru, ztráta životního partnera), sociálně-ekonomické (nedostatek potravy), motivy protestu vůči špatnému nakládání (snaha žen vyhnout se nelidskému zacházení ze strany manžela či rodičů), motiv pomsty apod. U těchto primitivních etnik je sebevražedné jednání ovlivněno i pověrami a specifickými životními podmínkami. U některých kmenů vede nedostatek potravy k zabíjení lovu neschopných jedinců, a proto tito nemocní a staří lidé volí raději dobrovolnou smrt. Jinde, například u severoasijských kmenů, považují dobrovolnou smrt dokonce za přirozenou. Naopak smrt jako následek onemocnění či slabost ve stáří přičítají démonickým silám.

Zprávy o sebevražedném jednání se objevují už staletí před naším letopočtem v písemných památkách starých kultur Indie, Číny a Japonska, kde vliv bráhmánismu, konfucianismu a buddhismu na dobrovolnou smrt převládá v názorech až do dnes. Například rituální forma sebevraždy, japonské „harakiri“ (sebevražda rozříznutím břicha) se udržela do současnosti. Původně byla součástí kodexu cti samurajů a vyjadřovala pohotovost válečníka ke krajní sebeoběti pro vládce, později se stalo symbolem protestu proti jednání, které pokořovalo nebo zneuctvovalo jedince. V roce 1820 bylo v Indii zaznamenáno mnoho případů veřejného upálení ovdovělých žen, jež byly také odleskem tisíciletých náboženských tradic.

V antickém Řecku a Římě se střídala období příznivá suicidu s obdobími, ve kterých bylo odsuzováno a postihováno veřejným míněním nebo přímo státní mocí. Šrajfer uvádí, že „v kulturně vyspělém Řecku a Římě není až do 6. stol. př. Kr. suicidální

jednání právně postihováno ani trestáno, také proto, že není do té doby příliš rozšířené. V pozdějších staletích se naopak dost často vyskytuje, a to především v Římě v době císařství“ (Šrajer, s. 27, 2009). Vynikající řeční filozofové a filozofické školy měli na sebevraždu různé názory. Sám velký Sokrates, donucen vnějšími nepříznivými okolnostmi, skončil sebevraždou. Jeho žák Platón odsuzoval jakoukoli nepřirozenou a násilnou smrt. Aristoteles považoval sebevraha za zbabělce, neboť *„jest...změkčilostí vyhýbati se protivenství“* (Aristoteles In Viewegh, s. 16, 1996). Později některé antické směry prezentovaly dobrovolnou smrt jako pozitivní lidský postoj. Typické pro kladné pojetí sebevraždy je vyjádření stoika Seneky: *„Nic nezařídil věčný zákon lépe, než že máme jen jediný vchod do života, východy však četné. Měl bych snad čekati na krutou nemoc, nebo krutého člověka, mám-li možnost vdechnout jed...To je v životě správně zařízeno. Nikdo nemusí být nešťasten, leč z vlastní viny. Jsi-li nespokojen, můžeš se vrátit, odkud jsi přišel“* (Seneka In Viewegh, s. 16, 1996). V důsledku všeobecného morálního, politického a ekonomického úpadku, se sebevraždnost v Řecku i Římě mimořádně rozšířila.

S příchodem křesťanství se středověk stavěl k sebevraždě jednoznačně negativně. Podle křesťanské morálky není sebevražda jen útekem ze života, nýbrž vzpourou vůči Bohu, a proto je sebevražda pro křesťana smrtelným hříchem. Z těchto důvodů se sebevraždy ve středověku vyskytovaly jen v mizivém počtu, i když je pravdou, že byly často sebevrahovým okolím zatajovány a předkládány jako nešťastné náhody.

Za renesance a v novověku se stává sebevražda opět častějším jevem. Zastánci osvícenství a racionalismu, např. T. Morus, D. Hume, Ch. L. Montesquieu, A. Voltaire či J. J. Rousseau, hlásali právo člověka se svobodně rozhodovat o svém životě. Pozdější individualistická filozofie vrcholící F. Nietzschem sebevraždu nejen schvaluje ale i heroizuje.

Zhruba na přelomu 18. a 19. století nastává v posuzování sebevraždnosti zásadní obrat. Pozornost se mimo dosavadních eticko-náboženských, filozofických a právních aspektů, obrací na faktickou stránku sebevražedného jednání. Vznikají základy vědeckého výzkumu sebevražedného jednání a rovněž první statistické přehledy o sebevraždách-první v Londýně, pak také v Německu, Švédsku a jinde.

Na prahu současnosti vznikají samostatné výzkumné přístupy z pozice jednotlivých vědních disciplín z hlediska sociologie (E. Durkheim), medicíny, historie, legislativy, statistiky a dalších (Viewegh, 1996).

1.3 Dílčí závěr

Sebevražda se může na první pohled jevit jako akt jednoduchý a jednoznačný. Při tom, když se zamýšlíme nad každým jedním případem, ale zjistíme, že tomu tak není. Každý případ s sebou v pozadí nese jiný příběh a z něj pramenící jinou motivaci k činu. Jinak je tedy nutné nahlížet na každého potencionálního sebevraha nebo na sebevraha, jemuž se čin nezdařil. Vždy je třeba zjišťovat jeho duševní, zdravotní i sociální podmínky, protože mnoha druhům sebevražd, např. bilanční nebo demonstrativní, která také může vést až k fatálním následkům, je možné zabránit. Naopak jindy, např. u sebevraždy zkratkovité či patické, je to téměř nemožné. Je proto nutné nebýt lhostejnými k životům druhých, zejména blízkých, lidí a nabídnout jim komunikaci a sociální či duševní pomoc.

Stejně tak se podstatnou, co do snížení počtu sebevražd, jeví víra. To dokazuje také historický přehled období, v nichž se sebevražedné jednání utlumovalo. Zcela zřejmě zde dominuje období středověku, kdy měli lidé blíže k Bohu a tím i jeden k druhému. V dnešní době, která se od Boha odvrací k zisku a materiálnímu bohatství, proto není nouze o vysoký počet sebevražd. Doufejme tedy, že se dějiny skutečně vracejí v jakýchsi cyklech a že i tento konzumní životní styl přispívající k sebevražednosti se změní.

2. Sebeпоškozování

Přesná definice sebeпоškozování není snadná a nemá charakter klinického popisu ani třídění. Představuje kategorii, která má sociální kontext a sociokulturní pozadí. Proto autoři Koutek a Kocourková uvádějí, že *„zacházení s lidským tělem je determinováno sociálními okolnostmi a rituály, které mají kulturní a sociální význam. Tyto okolnosti rozhodují o tom, které zásahy do lidského těla lze pokládat za konvenční normu (např. tetování nebo piercing) a které již mají charakter sebeпоškozování v patologickém slova smyslu“* (Koutek, Kocourková, s. 73, 2007).

Jedna z posledních definic, podobně jako většina jiných, je postavena na popisu fyzického aktu a hodnocení intencionality a jejím autorem je Armando R. Favazza: *„Sebeпоškozování je přímá a záměrná destrukce nebo poškození vlastních tělesných tkání bez vědomého suicidálního záměru“* (Favazza In Kriegelová, s. 17, 2008).

Další definice, které se vyskytují, jsou velmi rozmanité, a to zejména z toho důvodu, že neexistuje mezinárodní konsensus na definici záměrného sebeпоškozování. Většina ale obsahuje tyto základní komponenty-chování vykonané jedincem na sobě samém, které je záměrné, cílené, fyzicky násilné, ale není suicidální. Uvedeme například definici sebeпоškozování (in orig. „Deliberate Self-Harm“) J. Suttonové: *„Záměrné poškození vlastních tělesných tkání bez zjevného záměru ukončit život a bez záměru sexuálního nebo dekorativního“* (Suttonová In Kriegelová, s. 19, 2008).

Metody sebeпоškozování se dělí do dvou hlavních skupin: „sebetrávení“/„předávkování“ („Self-poisoning“/“Overdosing“) a „sebezraňování“ („Self-Injury“). Sebetrávení/předávkování zde znamená nadměrné požití předepsaných nebo nepředepsaných léků, drog či alkoholu a požití nepoživatelných substancí či předmětů za účelem záměrně poškodit vlastní tělesné tkáně ovšem bez záměru zemřít. „Sebezraňování“ potom zahrnuje pořezání, poškrábání, popálení se, propichování kůže, trhání vlasů, sebekousání, sebití nebo vpravování předmětů pod kůži za účelem poškodit vlastní tkáně bez záměru zemřít (Kriegelová, 2008).

2.1 Druhy sebeпоškozování

Sebeпоškozující chování je velikou a nestejnorodou skupinou zahrnující různé techniky poškození vlastního těla od kouření, piercingu až po dokonanou sebevraždu.

Nepatří sem pouze záměrné sebepoškozující chování, ale také automutilace jako symptomy závažné fyziopatologie nebo psychopatologie.

Níže uvedený seznam sebepoškozujícího chování umožňuje pochopit, co všechno se dá zahrnout do pojetí sebepoškozujícího chování.

Možné druhy sebepoškozujícího chování:

- Zneužívání alkoholu
- Zneužívání léků a drog, nesprávné požívání léků
- Přejídání se
- Kousání se, okusování si prstů a nehtů
- Lámání kostí
- Tělesné sebe-bití
- Pálení kůže, vyřezávání a vyškrabávání do kůže
- Enukeace oka
- Extrémní rizikové chování (náhodný sex, nepoužívání bezpečnostních pásů v autě)
- Vpravování jehel pod kůži nebo do žil
- Vpravování ostrých předmětů do tělesných otvorů
- Polykání cizích předmětů nebo toxických tekutin
- Zabraňování zacelení rány
- Opařování se (koupel nebo sprcha s vařící vodou)
- Skok z budovy nebo mostu
- Obsesivní čištění a mytí až do krvácení
- Příliš tělesného cvičení/málo pohybu
- Strhávání si kůže, nehtů, vytrhávání si vlasů a řas
- Sebe-otrávení (předávkování)
- Hladovění
- Sebe-škrcení
- Odříznutí si části těla
- Bouchání hlavou o stěnu
- Tělomodifikující techniky (tetování, kosmetická chirurgie, skarifikace)
- Škrábání až do krvácení
- Drhnutí kůže
- Probodávání kůže
- Kouření

- Setrvávání v násilném vztahu
- Suicidum
- Přepřacování

(Kriegelová, 2008).

Kocourková člení sebepoškozující chování na pět základních termínů: „*automutilace, sebepoškozování, syndrom záměrného sebepoškozování, syndrom pořezávaného zápěstí, předávkování léky*“ (Koutek, Kocourková, s. 73, 2007).

Automutilace (self-mutilation) představuje sebepoškození, u nějž motivace nejčastěji vyplývá z psychotické poruchy a může mít symbolický význam. Objevuje se u schizofrenních pacientů, sexuálních sadomasochistických praktik a osob s poruchou osobnosti. U sebepoškozování (self-harm, self-injury, self-wounding) se jedná o vědomé, záměrné, často se opakující sebepoškození bez suicidální motivace a bez vážného letálního dosahu vyskytující se u narušení osobnosti nejčastěji hraničního charakteru. Syndrom záměrného sebepoškozování (deliberace self-harm) představuje širší pojetí sebepoškozujícího chování, vyčleněného z kategorie suicidálních pokusů vyskytující se u poruch osobnosti, poruch příjmu potravy a u závislostí na návykových látkách. Při syndromu pořezávaného zápěstí (wrist-cutting, slashing) dominuje pořezávání-hlavně zápěstí a předloktí, ale nejde o vědomý suicidální projev. Předávkování léky (self-poisoning, overdosing) znamená neindikované, nadměrné užití dávky léků, bez zjevného suicidálního úmyslu. Předávkování bývá často opakované (Koutek, Kocourková, 2007).

2.3 Dílčí závěr

Sebepoškozování je pro mnohé jevem novým a nepochopitelným. Nedokážeme si představit, že si někdo sám dokáže ubližovat si takovými způsoby, jako je řezání si zápěstí, trhání si nehtů nebo opařování se. Jak ukazuje dělení sebepoškozujícího se chování, mnohé z těchto projevů mohou být nevědomé jako součást duševního onemocnění, zejména automutilace u psychotických pacientů. Jindy se ale jedná o zcela vědomé a záměrné jednání, kterým se lidé snaží vyrovnat se světem, sami se sebou. Zamyslet bychom se jako společnost možná spíše měli nad tím, že sebeřezání či sebebálení v nás vzbuzuje údiv, ale například požívání alkoholu či kouření tabáku považujeme za zcela běžné, někteří i za normální.

Důležitým je také fakt, že i přesto, že sebepoškozující se lidé nesledují svým jednáním ukončení života, může k němu v důsledku různých vlivů dojít. Nejen proto bychom i v případě sebepoškozování měli být vzhledem ke svému okolí bedlivými pozorovateli a vždy dokázat postiženému nabídnout pomoc.

3. Sebevražda u dětí a mládeže

Sebevražda u dospívajících je třetí nejčastější příčinou úmrtí ve vyspělých zemích. Celosvětové procento sebevražd mladistvých zřejmě nadále poroste. Ve Spojených státech se každoročně pokouší o sebevraždu celkově 8-18% středoškolských a vysokoškolských studentů. Každý stopadesátý dospívající se prý pokouší o sebevraždu každoročně. Myšlenky na sebevraždu uvádí zhruba 61% adolescentů. Zajímavé je, že ti, kdo na sebevraždu jen myslí, a ti, co se o ni pokusí, mají podobné vlastnosti, a to depresi, úzkost, poruchy spánku a snadnou dráždivost (Paclt, Florian, 1998).

O sebevraždě, jako úmyslném ukončení života, se dá mluvit v plném slova smyslu až od doby, kdy děti vědí, co smrt znamená. To začnou děti chápat až přibližně mezi sedmým a devátým rokem života. Do té doby děti plný význam pojmu smrti nechápu, i když třeba byly svědky lidského úmrtí. Smrt, kterou si děti do tohoto věkového období přivodí, lze proto jako sebevraždu v plném významu chápat jen stěží (Drtilová, Koukolík, 1994).

Čím je dítě mladší, tím spíše pokládá smrt za reversibilní proces. Dítě zde vychází i z vlastních zkušeností, kdy je mu smrt takto vysvětlována a podávána-například v pohádkách, kde jsou zemřelé osoby přiváděny zpět k životu polibkem, mávnutím proutku, kouzelnou vodou apod. Představy o reversibilitě smrti přetrvávají u dítěte asi do šesti let věku. V literatuře nacházíme zprávy o sebevražedném jednání malých, třeba i tříletých dětí, ale popisované sebevraždy v tak útlém věku jsou vždy jen napodobením jednání dospělých bez skutečné představy o prováděném činu.

Ve školním věku mezi šestým a desátým rokem se dítě o smrti dovídá více, může již sledovat smrt zvířat, hmyzu. Děti, především chlapci, začínají hrát hry, ve kterých se popravuje a zabíjí. Někteří se proto dostávají do rolí popravovaných se smyčkou kolem krku, ale takové jednání nelze počítat mezi sebevražedné pokusy, neboť se jedná jen o hru, kde figuruje smrt. V tomto věkovém období se ale můžeme, sice velmi řídko a ojedinele, setkat se skutečnými suicidálními pokusy nebo i se suicidii dokonanými, kde se nalézá úmysl zemřít a tento úmysl je zde motivován.

Mnoho dětí a mladistvých se odhodlává k suicidálnímu pokusu bez opravdového úmyslu zemřít, ale i takovými případy je třeba se zabývat, neboť mohou končit tragicky (Černý, 1970).

3.1 Formy sebevražedného jednání

Podle Černého se v dětském a adolescentním věku vyskytuje více forem sebevražedného jednání než u dospělé populace. Řadí mezi ně například pohrávání si se sebevražednými myšlenkami jako zvláštnost pubertálního věku především u hysterických a citově labilních osobností. Tito jedinci většinou zůstávají jen u suicidálních nápadů a myšlenek a k realizaci dochází jen výjimečně. Dále také uvádí suicidální výhrůžky, které jsou účelovým prostředkem k výchovným ústupkům či vymáhání lásky a přátelství. Jinou formou je pak suicidium jako pomsta nebo trest okolí v případech, kdy se jedinec nemůže domoci zlepšení své životní situace, splnění přání a požadavků. Zanechává obvykle dopis, kde motiv msty dává zřetelně najevo. Tito jedinci mívají často pocity osamění a jsou přesvědčení, že je nikdo nemá rád. Vyskytuje se často, protože vytrstet rodiče svou smrtí, je jediná forma trestu rodičů dítětem. U této věkové kategorie se vyskytuje i suicidium jako sebepotrestání, které se vyskytuje u jedinců přecitlivělých pro menší i větší poklesky, kterými opakovaně dělají svým vychovatelům starosti. Toto jednání bývá ovlivněno citovým rozpoložením, afektem nebo depresivním laděním a vlastní motiv může být zcela banální-například špatná známka ve škole. Zřídka se vyskytuje také forma suicidia jako napodobení, které představuje jakousi imitaci úspěšného suicidia ze sentimentálních důvodů. Toto suicidium bývá invokováno i literárním dílem, v němž je sebevražda sugestivně popisována. U dětí a mladistvých se objevuje také forma suicidia jako následku subdepresivních a depresivních stavů. Při tomto stavu jsou v popředí vedle somatických projevů (nechutenství apod.) i potíže psychické (nezájem o život, práci učení, otrávenost životem, ignorování nebezpečí). Tento stav se objevuje hlavně v prepubertálním a pubertálním období bez zjevných příčin a motivace. Suicidium je provedeno neokázale, v ústraní a je velkým překvapením pro okolí. V pubertálním období se deprese vyskytují často a bývají obtížně rozpoznatelné, neboť mají odlišnou symptomatologii než deprese u dospělých. Děti jsou vzdorovité, negativistické, předrážděné, odmítavé, dopouští se kázeňských přestupků (Černý, 1970).

Podle Koutka se suicidální chování u dětí a adolescentů vyskytuje stejně jako u dospělých v několika formách. Rozlišuje suicidální myšlenky, suicidální tendence, suicidální pokus a dokonané suicidium.

Otázkou zůstává, zda jednotlivé formy suicidálního chování se od sebe liší pouze kvantitativně, nebo je mezi nimi i rozdíl kvalitativní. V prvním případě, podle některých

autorů, toto chování leží na jedné přímce a rozdíl je pouze v intenzitě suicidálních tendencí a v pevnosti rozhodnutí zemřít. Nejsilnější tendence se pak logicky projevuje suicidálním pokusem a dokonaným suicidiem. Podle jiných autorů toto chování neleží na jedné kontinuální přímce. Z tohoto hlediska něco jiného znamenají suicidální myšlenky, tendence a suicidální pokus pak není jen nepodařenou sebevraždou.

Suicidální myšlenky

Mezi suicidální myšlenky patří zamýšlení se nad tím, co by bylo, kdybychom usnuli a již se neprobudili, apod. Tyto myšlenky jsou typické právě pro období dospívání. Ve většině případů jde jen o frustrní suicidální nápady bez větší intenzity a postrádající tendence k realizaci. Někdy mají spíše nutkavý charakter. Myšlenky na sebevraždu můžeme rozdělit na egosyntonní, tj. myšlenky, které považují pacienti za své, jsou s nimi srozuměni a nepovažují je za nic cizorodého. Jiní myšlenky jsou popisovány pacienty jako egodystonní, až nutkavé, které se vrací i přesto, že je jejich nositelé chtějí zaplašit.

Suicidální myšlenky jsou charakterizovány verbálními i neverbálními projevy toho, že se jejich nositel zabývá myšlenkami na sebevraždu. Při zkoumání suicidálních myšlenek, je nutno se zabývat hodnocením jejich intenzity, kolik času pacientovi zabírají, na kolik jsou odklonitelné. Důležitým faktorem při posuzování nebezpečnosti je jejich konkrétnost, jasnost představy o možnosti sebevraždy, jakým způsobem a na jakém místě by se měla odehrát, zda je připravován dopis na rozloučenou, apod.

Suicidální tendence

Představují další krok v suicidálním jednání směrem k suicidiu. Jedná se o chování, kdy je již suicidium konkrétně připravováno. Postižený si například shromažďuje léky, pořizuje za tímto účelem zbraň, apod.

Suicidální pokus

Je definován jako každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, avšak nikoli s letálním koncem. Jak již bylo zmíněno, je rozdíl mezi kvantitativním a kvalitativním pojetím jednotlivých forem suicidálního chování, a tak někteří vidí mezi pokusem a dokonaným suicidiem nejen rozdíly v intenzitě, ale také kvalitativní rozdíly. Mezi suicidiem a suicidálním pokusem se uvádějí tyto rozdíly:

- u žen se častěji vyskytuje suicidální pokus, u mužů dokonané suicidium;
- suicidální pokus u obou pohlaví dominuje v první polovině života, dokonané suicidium ve druhé;

- při suicidálních pokusech je užitá tzv. měkká metoda (intoxikace medikamenty), u dokonaných suicidií jsou voleny tzv. tvrdé metody (strangulace, střelná rána);
- motivy vedoucí k pokusům jsou z oblasti interpersonálních vztahů, u sebevraždy bývají z oblasti intrapsychické;
- k pokusům dochází ze spontánního, málo promyšleného rozhodnutí, suicidium je výsledkem plánování a dlouhodobých příprav.

Mnozí autoři upozorňují na to, že úmysl zemřít nemusí být jednoznačný. Bývají přítomny i ambivalentní postoje ke smrti, což je typické pro adolescentní věk. Řada pacientů po závažném suicidálním pokusu sdělila, že to „jen zkoušeli“, kdyby zemřeli, bylo by to dobré, to, že přežili, je také dobré.

Suicidium

Sebevražda byla již výše definována jako každý záměrný sebepoškozující akt, při němž si osoba, která se ho dopouští, nemůže být jista, zda jej přežije. Setkat se můžeme i s tzv. protrahovaným suicidálním jednáním, kdy se dítě nebo adolescent intoxikuje medikamenty opakovaně v průběhu několika dnů a postupně zvyšuje dávku. Důvodem bývá často neodhadnutí potřebné dávky vedoucí k letálnímu konci, dalším pak například ambivalentní postoj ke smrti. Protrahované suicidium může být prováděno různými způsoby a často hraničí se sebepoškozováním, u něhož ale úmysl zemřít chybí (Koutek, Kocourková, 2007).

3.2 Klasifikace motivů a příčin sebevražd

Při objasňování psychologických mechanismů sebevraždy považujeme za vhodné rozlišovat mezi *příčinami* a *motivem*.

Za příčiny označujeme „*všechny vnější i vnitřní nepříznivé vlivy, které mohou navodit suicidální jednání (např. nepříznivé vlivy sociálního prostředí, choroby duševní i somatické, apod.)*“ (Viewegh, s. 79, 1996). Příčiny nemusejí být suicidantem uvědomované a vědomě kladené do vzájemné souvislosti s jeho suicidálními tendencemi nebo suicidálním činem.

Suicidální motivací vyjadřujeme aktivní a z hlediska subjektu svobodnou volbu mezi životem a smrtí-jde o vědomý postoj sebevraha k vlastnímu bytí a nebytí. Vědomý postoj a svoboda jsou podmíněny hodnotovými důvody, proč žít a protidůvody, proč zemřít. Suicidální motivace je tedy výrazem hodnotového vědomí suicidanta. Příčina

musí být hodnotovým vědomým-tedy motivací-akceptována nebo odmítnuta. Teprve motivace nám odhaluje způsob, jímž sebevrah na určitou příčinu reaguje, a kterou zpracovává suicidálně. Motivace je a může být pouze individuálně a osobnostně prožitková. Zcela logicky je motivační struktura plně rozvinuta u tzv. bilančních suicidií a obsahuje racionální, hodnotově podmíněné důvody k suicidálnímu jednání. Na opačném pólu je motivace zúžená, nerozvinutá nebo vůbec chybí- taková se vyskytuje u zkratkovitého suicidia nebo u sebezabití, které mají ráz zkratkovitosti, neúmyslnosti či nepromyšlenosti.

Motivace se většinou vyvíjí v delším časovém úseku, má ústřední motiv a dají se v ní postihnout určitá stádia, jejichž společným jmenovatelem je stupeň suicidantova vážného rozhodnutí spáchat sebevraždu. Není správné se při analýze suicidální motivace zaměřovat pouze nezávěrečný čin a krátký časový úsek před ním, nýbrž stopovat celý suicidální vývoj, který se strukturuje v delším časovém úseku, někdy i celá desetiletí (Viewegh, 1996).

U dětí a mladistvých setkáváme především s těmito kategoriemi příčin:

Vnitřní příčiny, jako jsou změny osobnosti až psychopatie, změny hormonální, duševní poruchy, poruchy intelektu. Můžeme sem počítat i změny psychiky na bázi lehkého organického poškození centrální nervové soustavy ve smyslu lehké dětské encefalopatie, pro které svědčí daleko častější změny na EEG u dětí a mladistvých po suicidálním pokusu.

Zevní příčiny, mezi něž patří vlivy rodinného prostředí a výchovy. Jednak je to sociální úroveň rodiny, její úplnost, napětí mezi rodiči, alkoholismus, duševní poruchy a odchylky rodičů a v neposlední řadě vlastní výchovné působení rodičů, které může být závadné. Ale ani zdánlivě dobrá výchova dětí v nezávadných rodinách nemusí být pro mladého jedince ideální, chybí-li individuální, zúčastněný přístup rodičů nebo jde-li o výchovu pedantkou, s nadměrnými požadavky, která se stává právě v období dospívání pro některé jedince těžko únosná. Závady v rodinném prostředí se podle různých autorů nachází u suicidálního jednání mládeže třikrát až pětkrát častěji.

Dále sem řadíme vlivy pracovního prostředí, které představují u dětí zátěž školní, u mladistvých už i zařazení pracovní. Nejčastější příčinou je nedostatek schopnosti či přizpůsobivosti pro školní práci, nedostatečnost v pracovním tempu, nezájem o studijní obor vyvolaný ambiciózním, necitlivým a náročným přístupem nekritických rodičů nebo velkými nároky školy.

Jako poslední uvedeme vlivy společnosti souvěkých. Mladý člověk se začíná fyziologicky odpoutávat od působení rodiny, začíná navazovat vztahy s kamarády stejného pohlaví nebo vyhledává společnost druhého pohlaví. Mladí lidé se sdružují do skupin a part s různým programem a náplní, které se snaží různým způsobem odlišit od dospělých. Není výjimkou, že podmínkou pro přijetí do takových skupin, je suicidální pokus.

Osobnost jedince nelze oddělovat od prostředí, ve kterém žije, a proto nacházíme u suicidálních pokusů dětí a mladistvých obtíže z více než jedné výše vyjmenovaných základních oblastí. Při seskupení vyššího počtu obtíží, dochází k jejich sumaci a po překročení únosné meze se jedinec ocitne ve slepé uličce a dochází k alarmujícímu suicidálnímu jednání (Černý, 1970).

Mezi rizikové faktory pro dokonanou sebevraždu mladistvých patří:

- Sociodemografické vlivy (častěji se zabíjejí chlapci koncem puberty a mladí muži. Dále ti mladiství, kteří se již o sebevraždu pokusili)
- Psychiatrická onemocnění (poruchy chování, deprese, závislost na drogách, psychózy)
- Psychosociální vlivy a vlivy prostředí, poruchy osobnosti (ztráta rodiče, zneužívání, chudoba, delikvence, uvěznění)
- Vlivy dědičnosti vlivy rodiny prokázané vyšším výskytem sebevražd u jednovaječných dvojčat (Koukolík, Drtilová, 1996).

Koutek uvádí, že v případě dokonáných suicidií u skupiny dětí do čtrnácti let a dospívajících mezi patnáctým a devatenáctým rokem, byly jako motiv nejčastěji zjištěny u chlapců konflikty a problémy rodinné, pracovní a školní. U dívek pak kromě duševního onemocnění též somatické zdravotní obtíže. Uvedené motivy lze považovat do značné míry za spekulace, neboť na ně usuzujeme z výpovědí svědků, případně dopisů na rozloučenou.

V případě suicidálních pokusů jsou u všech věkových kategorií nejdůležitějším motivem konflikty a problémy rodinné. U dětí do čtrnácti let mají velký význam problémy školní, u dospívajících problémy erotické, pracovní a školní. Špatný zdravotní stav nebývá na rozdíl od dokonáných suicidií často jako motiv uváděn (Koutek, Kocourková, 2007).

3.3 Diagnostika sebevražd

Každé dítě či dospívající, u kterého předpokládáme suicidální myšlenky či tendence nebo u kterého již proběhl suicidální pokus, musí být podrobně psychiatricky vyšetřen. Při takovém vyšetření zjišťujeme především:

- Vážnost suicidálních tendencí (nakolik je vážná příprava suicidálního jednání, zda má postižený o suicidálním aktu konkrétní představu, zda ho připravuje nebo má dokonce připraveny nástroje);
- Přítomnost depresivní symptomatiky a dalších psychiatrických poruch;
- Motivaci a problémy dítěte ve škole, v rodině i mezi vrstevníky;
- Rodinná a osobní anamnéza;
- Současné problémy a konflikty;
- Zda se dotyčný již v minulosti o suicidium pokusil;
- Události předcházející suicidálnímu aktu;
- Nebezpečí opakování suicidálního jednáním (Hort, 2000).

Hodnocení suicidálního jednání musí být vždy komplexní a respektovat vývojová specifika, zejména kognitivního a emočního vývoje na straně dítěte a potenciální zkraslení na straně rodičů a jiných osob, které o dítěti referují.

Suicidální chování je symptomatickým chováním, které je determinováno shodou různých faktorů a okolností. Důležitá je individuální psychopatologie, psychosociální okolnosti, ve kterých dítě žije, a současná krizová situace. Psychopatologické charakteristiky u jedinců vykazujících suicidální jednání mohou být odlišné. Velmi rizikovým faktorem pro rozvoj suicidálního jednání je deprese, stejně jako poruchy chování, emoční nestabilita a disociální projevy. Mezi problematrické psychosociální okolnosti, v nichž jedinec žije, patří dysfunkční rodinné prostředí, zneužívání, šikana mezi vrstevníky apod. Krizové situace, jimž je dítě či dospívající vystaven mohou být dlouhodobého charakteru (spory mezi rozvádějícími se rodiči) nebo se může jednat o jednorázovou aktuální událost (ztráta domácího mazlíčka). Jinými faktory ovlivňujícími suicidální chování jsou mediální vzory, které dítě preferuje, hodnocení suicidia jeho vrstevnickou skupinou či představa reakce důležitých osob na případný suicidální akt.

Porozumění psychodynamickému procesu suicidálního jednání je pro návrh terapeutických a preventivních strategií podstatný.

V dětské psychiatrii se nyní využívá moderní víceosá diagnostika zahrnující nejen posuzování psychiatrických syndromů, ale také osobnostních a vývojových charakteristik, inteligence, fyzického zdraví a psychosociálních okolností a stresových faktorů, které se mohou na potížích dítěte podílet. Vždy je třeba posuzovat všechny tyto diagnosticky významné okolnosti, abychom mohli zvolit účinný terapeutický postup. Nesmíme se však omezovat pouze na formální údaje, ale zkoumat i psychosexuální vývoj, který bývá v diagnostice často opomíjen.

Při vyšetření se opíráme zejména o pozorování, rozhovor, dotazníkové metody, projektivní metody, anamnestické údaje od rodičů, učitelů a kamarádů. Na vyšetření dítěte spolupracuje tým tvořený minimálně pedopsychiatrem a psychologem. Případné posouzení vnějších sociálních okolností zajišťuje sociální pracovník.

Diagnostické prostředky pro posuzování dítěte a adolescenta:

Pozorování, při němž posuzujeme vzhled, charakter řeči, metakomunikační výraz, celkový dojem dítěte i doprovázejících osob. I odborník může posuzovat zkresleně, může se opírat o předsudky a nesprávně testovat suicidální riziko, mít tendenci posuzovat jako závažnější suicidální projev jasné známky depresivity u dítěte, kdežto tam, kde vidíme více agrese a nátlaku, můžeme suicidální chování hodnotit jako manipulativní a méně závažné. Taktéž pozorování rodičů nám může nastínit jejich vlastní psychopatologické problémy i způsoby rodinné interakce související s psychopatií dítěte.

Rozhovor dělíme podle míry strukturovanosti na strukturovaný, který využívá tzv. otázky s otevřeným koncem (např. „Co si myslíš, že bych měl o tobě vědět?“). Tento typ rozhovoru nám pomáhá navázat s pacientem kontakt a pomáhá v průběhu psychoterapie. Pozitivní na tomto rozhovoru je také fakt, že pacienta nebereme pouze jako diagnózu, ale zajímá nás jako jedinečná bytost mající své osobité myšlení a cítění. Opakem je pak strukturovaný rozhovor, jehož cílem je postihnout psychopatologickou problematiku pacienta, způsoby jeho osobnostního fungování, zdravotní a psychosociální stresory. Předpokladem je kladení jasných a srozumitelných otázek a hovoření o suicidálních projevech dítěte otevřeně, klidně a bez moralizujících nebo odsuzujících postojů. U dětí jsou kladeny nejčastěji otázky z oblasti rodinných konfliktů, šikany, sexuálního zneužití. U dospívajících jsou to první psychosexuální zkušenosti zahrnující pocity vlastní nepřitažlivosti, nejistota v sexuální identifikaci, strach ze sexuálních kontaktů. O takových a podobných tématech se pacientovi velmi těžce hovoří a vyšetřující osoba si musí získat jeho důvěru. Při komunikaci si musíme

dávat pozor, abychom nevyjadřovali souhlas se suicidální volbou jedince, nezlehčovali a nezhodnocovali bolest a trápení dítěte, které představuje „pouze banální“ důvody pro suicidální jednání.

Hra nám pomáhá především v situacích, kdy děti nemají dostatek verbálních prostředků k tomu, abychom jim porozuměli nebo tam, kde suicidální myšlenky dítě popírá a nechce na toto téma hovořit. Umožňuje porozumět emocionálnímu stavu dítěte, způsobu, jakým zachází se svými pocity. Nelze rigidně sestavit soubor znaků, kterými se projevuje hra suicidálních dětí, přesto se některé znaky vyskytují častěji-častější výskyt separačních témat, tendence k nebezpečné hře, destruktivní postoj k hračkám. Hra a její proměny v průběhu terapie slouží také k posouzení změn, které terapeutický proces přinesl.

Somatické vyšetření včetně orientačního neurologického vyšetření tvoří nedílnou součást vyšetření suicidálního dítěte. Vyšetření postihuje také projevy svědčící o předcházejícím autodestruktivním chování (např. jizvy po řezání), kachektizaci v případě poruch příjmu potravy či stopy po vpichu v případě závislosti na návykových látkách. Toto vyšetření by také mělo charakterizovat zvláštnosti somatického charakteru a tělesného fungování, v důsledku kterých se dítě nápadně odlišuje od ostatních. Například určitá pohybová neobratnost může pro dospívajícího představovat jeden z rizikových faktorů negativně působících na sebehodnocení a sebejistotu ve vztahu k vrstevníkům.

K poznatkům, které o dítěti získáme pomocí diagnostických prostředků a anamnestickým údajům je třeba připojit i výsledky psychodiagnostických metod, abychom tak získali integrovaný celek. Psychodiagnostické metody slouží ke zhodnocení všech psychologických kvalit. Jsou zaměřeny na hodnocení inteligence, kognitivních schopností, osobnostní charakteristiky, interpersonálních vztahů a podobně. Některé metody může použít a kvalifikovaně interpretovat pouze klinický psycholog (např. testy inteligence, projektivní metody), kdežto jednodušeji konstruované metody může použít i jiný odborník pracující s dětmi.

Příklady některých škál pro hodnocení projevů deprese u dětí a adolescentů:

- Bellevueský dotazník deprese (BID) je semistrukturovaný rozhovor s dítětem i kompetentní osobou obsahující 40 otázek a hodnotící stupeň i trvání problému dítěte.
- Revidovaná škála Poznanské (CDRS-R) určena pro děti od 6 do 12 let. Jednotlivé otázky jsou zaměřeny na školní práci, schopnost bavit se a radovat,

spánek, chuť k jídlu, somatické obtíže, sebehodnocení, morbidní představy, sebevražedné myšlenky, hypoaktivitu atd.

- Sebeuposuzovací škála depresivity (CDI)
- Hamiltonova stupnice pro posuzování deprese (HAMD) je určena ke sledování změn symptomaticky v průběhu terapie.

V případě posuzování suicidálních dětí a adolescentů má na diagnostický proces vliv řada okolností-kognitivní a emocionální vývojová specifika, která mění projevy dětí, způsob spolupráce s rodiči a jejich přístup k dítěti, postoje i osobní zaujetí psychiatrů, psychologů a dalších posuzujících osob.

Musíme počítat i s možností disimulace suicidálního úmyslu. Ta představuje riziko u adolescentů odmítajících hospitalizaci a je pro ně zřejmé, že prezentace suicidálních myšlenek a tendencí je indikací pro jejich pobyt na psychiatrickém oddělení. Naopak simulace suicidálního chování vyjadřuje psychopatologické nebo interpersonální problémy dítěte a není zárukou proti nebezpečnějším suicidálním projevům v budoucnosti (Koutek, Kocourková, 2007).

3.4 Léčba a terapie sebevražedného jednání

V rámci suicidálního jednání lze poskytnout první pomoc, krizovou intervenci a systematickou léčbu. Důležitým faktorem je doba, ve které v průběhu suicidálního jednání terapeutickou pomoc poskytujeme.

První pomoc je povinen poskytnout každý člověk, který je takovému jednání přítomen. Bývá to blízký příbuzný, spolupracovník nebo přivolaný lékař. Na prvním místě stojí zvládnutí somatického stavu postiženého, následně je nutné zvládnout i stav psychický. Krizovou intervencí by měl poskytovat odborník v oblasti duševního zdraví, tedy psychiatr, psycholog nebo proškolený sociální pracovník. Následná léčba po suicidálním pokusu je závislá na odborném posouzení psychiatrem. Možností je léčba ambulantní, lůžková a v některých případech postačí pobyt v krizovém centru. Léčba by měla obsahovat komplexní přístupy psychoterapeutické, farmakoterapeutické, popřípadě i sociální zásahy.

Významnou úlohu hraje také léčba po provedeném suicidálním jednání, která by měla být orientovaná na rodinu, pozůstalé, pro které sebevražda jejich blízkého představuje velkou zátěž a ohrožení psychického zdraví do budoucna.

Odborná první pomoc při suicidálních myšlenkách a tendencích by se měla zaměřit na základní otázky, zda je úvaha o sebevraždě míněna vážně, jaký je její motiv, zda je přítomna duševní porucha a zdali je možné zvládnout stav bez hospitalizace. Pokud je na základě psychiatrického vyšetření hospitalizace v lůžkovém psychiatrickém zařízení nevyhnutelná, je nutné k ní přistoupit i přes odpor pacienta. Případná ambulantní léčba taktéž patří do rukou zkušeného psychiatra, který dokáže například správně medikovat lék a zná jeho toxicitu a dynamiku. Pokud klient odmítá informovat rodiče, posuzuje se každá situace individuálně. Pokud je riziko suicidálního jednání nezanedbatelné, je nutné rodiče do spolupráce zapojit.

Při akutně hrozícím suicidálním jednání je třeba rychle zhodnotit situaci, s postiženým člověkem komunikovat, vcítit se do jeho emocí. Pomoci může klidný postoj zasahujícího a direktivnost při podpoře adaptivních strategií řešení životních problémů a zamezení řešení neadaptivních.

Při suicidálním pokusu, po zvládnutí ohrožení života některým odborníkem ze somatických oborů, bývá povolán psychiatr nebo psycholog. Ten se také zaměřuje na základní okruhy problémů, a to na závažnost suicidálního jednání, přítomnost psychické poruchy, motiv, nebezpečí opakování a terapeutický postup. Závažnost suicidálního činu vzrůstá se způsobem provedení (alarmující jsou tzv. tvrdé metody jako strangulace, střelné zbraně, skok z výšky), zanecháním dopisu na rozloučenou či sepsáním závěti. Všechny tyto faktory je nutno hodnotit individuálně s ohledem na to, zda postižený chápal nebezpečnost použité metody.

Krizová intervence je na rozdíl od poskytnutí první pomoci, léčebný zásah orientovaný do budoucna. Měla by zabránit aktuálně hrozícímu suicidálnímu jednání, objasnit konflikty a problémy, které ho motivují, diagnostikovat psychickou poruchu a popřípadě zajistit psychologickou nebo psychiatrickou péči. Orientuje se také na vyloučení rizika maladaptivního chování. Mezi zásady krizové intervence patří navázání a udržení kontaktu s postiženým, empatický postoj k pacientovi, společné hledání alternativních řešení problémů, hledání alternativ pro budoucí krizové situace, případně zajištění následné péče.

Následná systematická léčba se odvíjí od celkové diagnózy a posouzení přetrvávajícího rizika suicidálního jednání. Teprve po absolvování psychiatrického a psychologického vyšetření je možné sestavit dlouhodobější terapeutický plán. I zde možná léčba ambulantní i lůžková. Obě mají své výhody a nevýhody. V případě ambulantní péče je sice menší kontrola pacienta, ale příznivě na pacienta působí

přítomnost rodin, přátel a blízkého prostředí. Je vhodná u pacientů, u nichž nebezpečí opakování suicidálního pokusu je velmi nízké, či dokonce pominulo. Naopak u pacientů s přetrvávajícím rizikem suicidálního jednání nebo při zjištění psychické poruchy, je vhodnější hospitalizace. V léčebném zařízení je umožněna větší kontrola, pravidelná a intenzivní terapie a psychoterapie. Odloučení od rodiny a blízkého prostředí je někdy dokonce žádoucí, například pokud bylo suicidální jednání motivováno problémy v rodině.

Ani v případě hospitalizace neexistuje absolutní způsob, jak odhodlání zemřít zabránit, rizika lze pouze minimalizovat.

V rámci léčby můžeme použít terapii individuální, psychodynamicky a kognitivně behaviorální, skupinovou, rodinnou. U dětí může být užitečná některá z forem neverbálních psychoterapeutických přístupů, jako je muzikoterapie, arteterapie, herní terapie a relaxační techniky.

Individuální psychoterapie je zaměřená na zvládnutí suicidální krize, posílení „já“ dítěte a adolescenta a podpora jeho adaptačních schopností. Psychoanalyticky orientovaná terapie se zaměřuje a odkrývá a řešení psychických konfliktů pramenících z traumatických zážitků, které byly vytěsněny. Kognitivně behaviorální terapie vychází z myšlenky, že poruchy chování jsou naučené reakce, které je možné vhodnými technikami odnaučit. Pracuje s příznaky „zde a nyní“ a zaměřuje se na pozorovatelné a konkrétní chování dítěte.

Skupinová psychoterapie se zabývá zlepšením komunikace, korektivní rekapitulace zážitků a korektivní sociální zkušenost v rámci interpersonálních vztahů.

Rodinná terapie pomáhá zlepšit fungování rodiny jako celku i konkrétních jednotlivců. Řeší se i přístup rodičů a dalších členů rodiny k suicidalitě dítěte. Tato forma terapie může být použita i v případě, že suicidant sebevraždu dokončil.

Farmakoterapeuticky se působí z důvodů zklidnění pacienta a léčby případně zjištěné duševní poruchy. V rámci první pomoci je podání psychofarmak, nejčastěji benzodiazepinů anebo tlumivých neuroleptik, po pominutí případné původní intoxikace. Pokud pacient vykazuje známky deprese, jsou mu podána antidepresiva. Farmakoterapie je pouze jednou ze složek terapie suicidálního chování a nelze ji považovat za jedinou a kauzální (Koutek, Kocourková, 2007).

3.5 Prevence sebevraždného jednání

„Prevence sebevraždnosti, v porovnání s jinými lékařskými odvětvími, vzhledem k velké četnosti a složitosti faktorů uplatňujících se v tomto jednání, je velmi obtížná“ (Černý, s. 71, 1970).

Mezi rady v rámci prevence suicidálního jednání patří větší spolupráce s učiteli, doporučení učitelům věnovat se kromě výuky taktéž výchově mladých lidí, laskavější přístup rodičů k dětem, věnování dětem více času, hovoření o jejich problémech, připravování je na boj se životem, aby nepodlehli prvním neúspěchům a zlepšení mezilidských vztahů. Zároveň si ale uvědomuje, že většinu z těchto teoretických rad lze v praxi jen obtížně realizovat, neboť požadavky a podmínky společnosti, rodiny a jedince se střetávají a počet sebevražd neustále roste (Černý, 1970).

Preventivní přístup v oblasti suicidálního chování je důležitý zejména proto, že u většiny případů můžeme zachytit presuicidální projevy, jakési varovné příznaky. Proto je jednou z nejefektivnějších strategií prevence suicidálního chování, edukace veřejnosti i odborníků v tom, jak rozpoznat varovné příznaky a jak na ně přiměřeně reagovat. Stejně významně může napomoci screening psychopatologických charakteristik mezi adolescenty či léčba psychopatologie u rodičů, která sníží riziko psychického narušení dětí.

Jak uvádí Baudiš, *„včasná diagnostika+správná léčba=prevence sebevraždnosti“* (Baudiš In Hýbnerová, s. 45, 2006). Neboť psychopatologie, zvláště poruchy nálad, je spjata se sebevraždností a většinu z těchto poruch lze léčit. Důležitým cílem prevence suicidality mezi mládeží je tedy eliminace rizikových faktorů.

Významnou úlohu v prevenci suicidality hrají také praktičtí lékaři z toho důvodu, že velká část osob, která se pokusí o sebevraždu, vyhledá v posledním půlroce z různého důvodu svého lékaře.

Z preventivního hlediska hrají důležitou roli i jiné odborné instituce, jako například linky důvěry, krizová centra, stacionáře pro mladé narkomany a podobně, kde pracují odborníci schopní poskytnout pomoc v akutní krizi a poskytnout další odbornou pomoc (Hýbnerová, 2006).

Preventivní přístupy zaměřené na děti bývají orientované na zvýšení jejich psychické odolnosti a zlepšení schopnosti řešit problémy. Děti se učí, že žádný problém není bezvýchodný a získávají informace jak a kde získat pomoc. Programy orientované na osoby pracující s dětmi, jako jsou učitelé, sociální pracovníci, vedoucí klubů, jsou

zaměřeny na získání znalostí z oblasti suicidologie, komunikačních dovedností zlepšujících schopnost o tomto tématu hovořit apod. Obsahuje rovněž programy pro rodiče dětí projevujících suicidální chování a rodiče, kteří v důsledku suicidia dítě ztratili.

Podle Koutka a Kocourkové zahrnuje prevence suicidálního chování dětí a adolescentů tyto aspekty:

- Regulace dostupnosti prostředků suicidálního chování, jako jsou střelné zbraně či léky
- Informovanost pečujících osob o děti o výskytu suicidalitu, rizikových faktorech a skupinách osob, dostupné psychologické a psychiatrické pomoci
- Profesionální trénink odborníků pečujících o děti ve schopnosti identifikovat riziko suicidalitu a adekvátní reakce
- Specifický psychoterapeutický výcvik pro odborníky, kteří pracují v krizových centrech pro děti a linkách důvěry.

Preventivní programy bývají obvykle rozdělovány na tři oblasti:

- **Primární prevence**, která se zaměřuje na eliminaci výskytu poruchy v populaci snížením příčinných a rizikových faktorů, které se spolupodílí na vzniku poruchy. Orientuje se na osoby bez znaků klinické poruchy s cílem podpory duševního zdraví a posílení projektivních faktorů oslabujících riziko rozvoje poruchy.
- **Sekundární prevence** se orientuje na včasné zachycení a léčbu klinických projevů, za její součást je považována krizová intervence. Zaměřuje se na jedince se suicidálními projevy nebo na jedince zvýšeně rizikové (depresivní děti, adolescenti závislí na návykových látkách).
- **Terciární prevence** se snaží zmírnit následky klinické poruchy a zabránit jejímu opakování (Koutek, Kocourková, 2007).

3.6 Dílčí závěr

U dětí a mládeže se vyskytuje ve srovnání s dospělou populací více forem sebevražedného jednání. Od myšlenek na sebevraždu, přes výhrůžky, pokus až po dokonanou sebevraždu, která může mít také vícero motivací a vícero příčin. Rozlišujeme sebevraždu jako sebepotrestání, jako pomstu rodičům či okolí, jako

napodobení, aj. Z toho důvodu je pro rodiče, učitele i jiné osoby, které jsou ve styku s dítětem či adolescentem, těžší rozpoznat rizika hrozící sebevraždy. Nikdy bychom neměli dát na rady typu „Kdo o sebevraždě mluví, nikdy ji nespáchá.“ a rady podobné, ale naopak vždy sledovat všechny varovné příznaky a být jakýmsi laickými diagnostiky. Mít povědomí o tom, v jakých podmínkách dítě či adolescent žije, jaké potíže a problémy v jakékoli oblasti má, jaká onemocnění má, jaké změny na těle, jak se chová při hře, při interakci s okolím, apod. Pokud si všimáme změn, je pak jednodušší odhalit nebezpečí a dítě poslat k odborníkovi. Nejlepší prevencí je totiž časná diagnostika a následná správná profesionální léčba se změnou přístupu v rodině, ve škole či v partě vrstevníků. Dalšími preventivními opatřeními jsou jistě zvyšování psychické odolnosti dětí, komunikace s nimi, informování o tom, kde hledat pomoc, vzájemná důvěra a jistě také výchova k tomu, že nic na světě není neřešitelné a že na své problémy nejsou samy. Tato oblast prevence a informovanosti by se jistě v našich rodinách a školách dala v mnohém zlepšovat.

4. Sebeпоškozování u dětí a mladistvých

Sebeпоškozování může začít v jakémkoli věku, ale nejčastější je jeho výskyt mezi adolescenty. Nejvíce se sebeпоškozování objevuje mezi lidmi ve věku 12-25 let. Přesnější věkové vymezení je problematické a v různých výzkumech se liší. Například Muehlenkamp ve své studii uvádí, že „nejčastěji dochází k prvnímu sebeпоškozujícímu aktu mezi 13. až 15. rokem života“ (Muehlenkamp In Kolář, s. 6, 2007). Adolescence je pojímána jako krizové vývojové období a důvodů, proč se sebeпоškozování objevuje nejvíce právě zde, může být několik. Copingové strategie adolescentů ještě nejsou dostatečně široké pro zvládnání náročných životních situací, do nichž se často dostávají. Často se objevuje zvýšená emocionalita a větší labilita, dráždivost a tendence reagovat přecitlivěle i na běžné podněty. Také v souvislosti s vynořením otázek po vlastní identitě, jejíž nalezení je úkolem právě období adolescence, klesá úroveň sebehodnocení mladých lidí. Také větší uzavřenost a negativní pocity představují další rizikové faktory tohoto věkového období (Kolář, 2007).

4.1 Motivy a příčiny sebeпоškozování

Mezi možné příčinné faktory sebeпоškozování patří skupina sociálních a environmentálních faktorů, jako jsou znásilnění, dlouhodobé zneužívání, popření zneužívání matkou, odloučení od pečující osoby, alkoholismus pečující osoby, rozvod rodičů, zanedbávání dítěte či dlouhodobá nezaměstnanost. Další skupinu kauzálních faktorů představují faktory vyplývající z osobnosti jedince, do níž patří sebenenávist, nízké hodnocení a sebeúcta, pocity nejistoty a vlastní neschopnosti, zadržování silných emocí, problémy s pohlavní identitou, nedostatek sebekontroly nebo pocity prázdnoty a osamělosti (Kriegelová, 2008).

Obecně mají sklony k sebeпоškozování

- osoby pohlavně zneužité, sexuálně či tělesně týrané, u nichž je příčinou sebeпоškozování odpor k vlastnímu tělu, které je vnímáno jako nečisté a poskvrněné,
- osoby ženského pohlaví, neboť mají sklony k sebeobviňování a problémy chápou osobněji než muži,
- mladí lidé, kterým chybí zkušenosti s překonáváním překážek

a chtějí si dokázat určitý stupeň vyspělosti,

- osoby s duševní poruchou, u nichž má sebepoškození etiologii závislou na typu a genezi poruchy (Fischer, 2009).

Při hodnocení motivace a funkce záměrného sebepoškození je nutné přihlídnout k celkovému environmentálnímu kontextu, precipitujícím faktorům, osobnosti a možným důsledkům. Právě vnější příčiny jsou také podstatné, neboť vnitřním nezřídka předcházejí. Podle mnohých se sebepoškození objevuje často u těch, kdo uvádějí psychosociální problémy, jako šikanu, zneužívání, rozvod rodičů, vážnou nemoc v rodině, konflikty s rodiči či vrstevníky a další (Černá, 2010).

Sebepoškození většinou plní funkci externalizace nesnesitelných a zdrcujících emocí, vytváří pocit kontroly nad myšlením a prožíváním a sděluje intenzitu vnitřního prožívání ostatním. Slouží také primárně k regulaci afektů. Zmírňuje anxietu, vztek, tenzi, vinu, osamělost, odcizení sebenávist a deprese, přičemž nastoluje pocity kontroly, jistoty, ochrany a bezpečí. Většina jedinců považuje sebepoškození za způsob, jak se uvolnit, získat kontrolu, vrátit se do reality, nebo říci to, co slovy nelze (Kriegelová, 2008).

Jelikož se funkce a motivace sebepoškození liší od jedince k jedinci, vytvořil Bywaters seznam motivací a funkcí sebepoškození tak, jak o nich hovoří poškozující se jedinci. Uvádí zde „*sebenávist, sebetrestání, copingová strategie, převzetí kontroly, stres, očištění, ventilace zlosti a vzteku, rebelie, sebetrestání, šikana, znásilnění, závislost, diskriminace, nezáměr okolí, deprese, psychická bolest, snaha šokovat okolí, pocity viny, vztek obrácený proti sobě ve snaze neublížit druhým, snaha o uvolnění, utišení, a další*“ (Bywaters In Kriegelová, s. 104, 2008).

Podle Julie Pearlmanové se mladí lidé sebepoškozují, protože nevědí jak jinak se vyrovnat s tlakem v rámci školy, rodiny či vrstevnické party. Extrémní pocity jako strach, zlost, vina, hanba, bezradnost, nešťastnost, zoufalství a deprese se můžou stupňovat a když se stanou nesnesitelnými, může být sebepoškození způsobem, jak se s nimi vyrovnat.

Sebepoškození pak slouží jako jakýsi bezpečnostní ventil, způsob uvolnění tenze, když úroveň emocionálního tlaku dosáhne vysoké úrovně. Při sebeřezání s sebou odtékající krev odplavuje také záporné emoce. Bolest, kterou při sebepoškození jedinci cítí, jim připomíná, že jsou ještě naživu v situacích, kdy se uvnitř cítí otupělí až mrtví. Prostřednictvím sebepoškození také komunikují s okolím jejich smutek

a dávají najevo svou potřebu pomoci v případech, kdy nejsou schopni normální komunikace.

Sebepoškozování tedy představuje obecně prostředek a způsob vyrovnání se se zátěží, která přesahuje momentální kapacity daného člověka (Pearlmanová, 2010).

4.2 Psychiatrická komorbidita

Je nutné si uvědomit, že sebepoškozování se v řadě případů nevyskytuje samostatně. Podle Světové zdravotnické organizace psychiatrickou komorbiditou rozumíme „výskyt dvou a více psychických poruch u jednoho jedince“ (Kriegelová, s. 89, 2008).

Nejasný ale zůstává u většiny poruch faktor kauzality ve vztahu k sebepoškozování. Není zřetelné, zda duševní poruch zvyšuje pravděpodobnost sebepoškozování nebo naopak sebepoškozování zvyšuje riziko duševní poruchy.

Existuje výrazná komorbidita mezi sebepoškozováním a disociačními poruchami. Disociace je chápána jako rozvrat v jinak integrovaných funkcích vědomí, paměti, identity, vnímání vlastního těla a prostředí. Mezi disociativní fenomény patří amnézie, depersonalizace, derealizace, změny osobnosti a psychotické reakce. Stavy depersonalizace a derealizace se objevují zejména u jedinců s historií zneužívání v dětství, kde představují psychologické odpoutání se od traumatu nebo znovuprožívání traumatické události. U prvních poranění nepocítují jedinci skoro žádnou bolest a poté, co se disociace stala vitální strategií pro takové dítě, může přetrvávat až do adolescence a dospělosti jako neadekvátní dopingová strategie.

Další skupinou jsou poruchy příjmu potravy, kdy byla prokázána asociace mezi sebepoškozováním a mentální anorexií a bulimií. Spojitost mezi nimi není pouze statistická, jak dokazují různé výzkumy, ale i fenomenologická. Záměrné sebepoškozování i poruchy příjmu potravy jsou typické pro ženy, většinou v období adolescence a jsou spojovány s pocity nespokojenosti s vlastním tělem a vlastní neschopnosti. Společným častým faktorem je rovněž snaha o kontrolu nad vlastním tělem a situací. Některé techniky vypuzování u mentální bulimie, jako je zneužívání laxativ nebo diuretik, by se dokonce daly považovat za určitý způsob záměrného sebepoškozování (Kriegelová, 2008).

Se sebepoškozováním bývá často spojována obsedantně-kompulzivní porucha ve spojitosti s vytrháváním vlasů, řas a obočí, kompulzivním propichováním a škrábáním kůže. Zajímavým zjištěním je, že „70% jedinců sebepoškozujících se a zároveň trpících obsedantně-kompulzivní poruchou mělo v anamnéze sexuální zneužívání v dětství a současně poruchy příjmu potravy. Zlepšení míry sebepoškozování pak u nich nastalo po podání tricyklického antidepresiva běžně užívaného při terapii obsedantně-kompulzivní poruchy“ (Yaryura-Tobias et al. In Kriegelová, s. 96, 2008).

Sebepoškozování bývá spojováno také s afektivními poruchami, zejména s lehkou depresivní epizodou a bipolární afektivní poruchou.

Další spojení se sebepoškozováním se vyskytuje u *alexithymie*, tedy u stavu, kdy jedinec není schopen popsat své vlastní prožívání. Spojitost byla prokázána na základě společných výpovědí sebepoškozujících se jedinců o neschopnosti vyjádřit své vlastní pocity a prožitky.

Výrazná komorbidita existuje i sebepoškozování a *suicida*. Sebepoškozování na rozdíl od suicida je akt, který má tendenci se opakovat, jeho letalita je nízká a jedinec nechce ukončit všechny pocity, nýbrž cítit se lépe. Riziko dokonaného suicida je ale mnohem vyšší než v běžné populaci. Podle studie ve Velké Británii „mělo 40%-50% jedinců, kteří spáchali dokonané suicidium, ve své historii záměrné sebepoškozování“ (Hawton et al. In Kriegelová, s. 98, 2008).

4.3 Diagnostika sebepoškozování

Záměrné sebepoškozování doposud netvoří samostatnou diagnostickou kategorii v žádném klasifikačním systému. V desáté revizi mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) spadá do kategorie externí příčiny úmrtnosti (V00-Y89), v rámci níž je zahrnuto do specifické podkategorie úmyslné sebepoškození/vražda (X60-X84). Celkově ale nerozlišuje mezi suicidálním chováním a sebepoškozováním, jakožto poškozením vlastního těla bez úmyslu zemřít. Z tohoto hlediska pro něj nenalezneme samostatná diagnostická kritéria a bývá k němu přistupováno buď jako k nespecifickému symptomu nebo ke specifickému symptomu jinak diagnostikovatelné poruchy. Nejčastěji jsou u sebepoškozujících se jedinců diagnostikovány hraniční typ emočně nestabilní osobnosti, posttraumatická stresová porucha a porucha kontroly impulzů v rámci jiných návykových a impulzivních poruch.

Hraničně nestabilní osobnost je charakterizovaná emoční nestálostí, narušenými představami o sobě a svých preferencích, intenzivními a nestálými vztahy, strachem z odmítnutí, pocity prázdnoty a sebepoškozujícím chováním. U této poruchy osobnosti sebepoškozující chování představuje záměrné sebepoškozování, suicidální chování, setrvávání v násilném vztahu či rizikové chování.

V současném pojetí zahrnuje posttraumatická stresová porucha přežití jakékoli závažné traumatické události. Projevuje se opakovaným znovuprožíváním traumatu, vyhýbáním se podnětům připomínajícím traumatickou událost, výskytem specifických syndromů jako jsou poruchy spánku, podrážděnost, nadměrná úleková aktivita apod. Záměrné sebepoškozování je zde chápáno jako dovednost přežití, účelově adaptovaná ve funkci seberegulace, přeorientování se nebo k disociaci od nezvladatelných afektivních stavů.

Někteří odborníci přiřazují záměrné sebepoškozování k poruchám kontroly impulzů, neboť do jisté míry naplňují kritéria této diagnózy, kterými jsou neschopnost čelit nutkáním ublížit sobě nebo okolí, zvýšená tenze a arousal těsně před aktem a příjemné pocity a pocity uvolnění během aktu.

K diagnostice záměrného sebepoškozování nevznikl zatím žádný oficiální nástroj. V zahraničí se k jeho odhalení používá spousta sebesozovacích dotazníků a škál. Jejich výsledky mají jen omezenou reliabilitu v důsledku závislosti odpovědí na motivaci, upřímnosti, momentálním stavu, míře otevřenosti a schopnosti jedince. Patří mezi ně například *Impulsive and Self-Harm Questionnaire*, *Self-Harm Behavior Survey* či *Self-Injury Questionnaire* (Kriegelová, 2008).

Samotné sebepoškozování se projevuje mnohými varovnými signály. A protože oblečení může zakrýt fyzická poranění, vnitřní zmatek může být schován za zdánlivě klidnou povahou a samotní aktéři sebepoškozování se snaží udržet své jednání v tajnosti z důvodu velké hanby a viny. Je na členech rodiny, učitelích, spolužácích, kamarádech a jiných zúčastněných osobách, aby nepřehlíželi varovné signály a dokázali s postiženým jedincem promluvit, poskytnout mu pomoc a nasměrovat ho k odborníkovi. Mezi varovné signály patří:

- Nevysvětlitelná poranění-čerstvá zranění nebo jizvy po pálení, řezání apod.
- Příznaky deprese-smutek, špatná nálada, málo motivace, energie apod.
- Časté „nehody“, jimiž se jedinec snaží vysvětlit svá častá poranění.

- Změny ve stravovacích návycích-jedinec může začít jíst sám, má náhlé změny hmotnosti apod.
- Nošení dlouhých rukávů i kalhot dokonce v horkém počasí k zakrytí fyzických poranění.

4.4 Léčba sebepoškození

„Cílem léčby sebepoškozujíc se pacienta je redukce počtu epizod dalšího sebepoškození, redukce touhy sebepoškodit se, prevence sebevraždy a zlepšení sociálního fungování a kvality života při minimu vedlejších nežádoucích účinků léčby“ (Platznerová, s. 69, 2009).

Terapie dětí a dospívajících, kteří se sebepoškozují, je komplexní a zahrnuje různé terapeutické modalitty a integruje psychosociální i biologické metody léčby. Názory na hospitalizaci pacientů se různí. Nevýhodou hospitalizace může být oslabení pacientovi odpovědnosti za své jednání, ale nevyhnutelná je v případech, kdy je u pacienta indikována další psychopatologie či suicidální chování a v případech, kdy je pro rodiče pacienta neúnosné snášet sebepoškozující se chování dítěte (Koutek, Kocourková, 2007).

Komplexní terapeutické intervence jsou stejně jako terapeutické ovlivňování základní poruchy obtížné a málo efektivní. Při každé terapeutické intervenci by měl lékař zvažovat symptom a základní poruchu, osobnostní strukturu, anamnestické údaje, kvalitu rodinného a sociálního zázemí, motivaci k léčbě a vědomí, že hrozí riziko suicidálního jednání. Farmakoterapie a často i psychoterapie jsou zaměřeny na symptomy, protože zatím neexistuje kauzální léčba. Záměrné sebepoškození je symptom, který nemá své specifické farmakon, a proto, je-li zahrnut do široké palety agresivního chování, je jeho ovlivňování možné v podstatě všemi dostupnými psychofarmaky.

Vhodně zvolená léčba psychofarmaky může zmírnit intenzitu sebepoškození a vytvořit lepší podmínky pro psychoterapii. Záměrné sebepoškození se zkouší ovlivnit antidepresivy (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu a inhibitory monoaminoxidázy), dále thymostabilizéry, jen vzácně benzodiazepiny. U závažnějších forem se užívá léčby antipsychotiky.

Psychoterapie je náročná nejen pro terapeuty ale celý ošetřující personál, neboť pacienti mají tendence k manipulativnímu chování a mohou vzbuzovat protipřenosové

pocity obav, viny či zlosti. Je proto třeba odborného školeného týmu, který umí s protipřenosem pracovat. Jsou využívány jak metody individuální, tak skupinové. Nejčastěji se jedná o dynamické a kognitivně-behaviorální přístupy. V USA je využívána také tzv. vývojová skupinová psychoterapie koncipovaná speciálně pro pacienty s opakovaným sebepoškozováním. Úspěšná je také dialektická behaviorální terapie (DBT), v níž důležitější než samotná technika je terapeutický vztah, v němž pacient prožívá zkušenost, že sebepoškozování ani manipulativní chování nejsou účinnou formou komunikace, ale neznamenají konec vztahu. Podle Platznerové patří mezi cíle DBT *„omezení reakcí nebo vzorců chování bránící terapii, omezení chování, které brání žít kvalitní život, omezení posttraumatických stresových reakcí a práce na jejich zvládnutí, zvýšení sebeúcty a naučení se interpersonálními dovednostem.“* (Platznerová, s. 88, 2009)

Nezbytná je spolupráce s rodinou, v níž by mělo dojít k eliminaci rizikových faktorů sebepoškozování. Je třeba také ověřovat fungování pacienta v rámci rodiny a rodinného prostředí (Malá, 2009).

4.5 Prevence sebepoškozování

Lepší než řešit důsledky jakéhokoli negativního chování a jednání je jeho prevence, tedy způsoby předcházení těmto negativním jevům. I sebepoškozování se dá předcházet. Existují určité body, mezi něž patří:

- Preventivně působící osvěta, respektive detabuizování tématu a diskuze na toto téma s dospívajícími,
- Podpora a rozvíjení otevřené komunikace v rodině, schopnost mluvit o svých pocitech, umět je vyjadřovat, ventilovat a vybit v případě, že jsou negativní a nepříjemné,
- Potřeba naučit se přistupovat ke svým problémům čelem a konstruktivně (nikoli sebedestruktivně) je řešit,
- Uvědomění si dospívajících lidí co chtějí a co již ne a jejich umění bránit si své hranice (Ulbertová In Šatavová, 2009).

Jako prevence sebepoškozování slouží poskytnutí možnosti jedinci vypovídat se, pochopení a nabídka smysluplných a adekvátních způsobů řešení problémů, jiných možností, jak uvolnit napětí, úzkost a stres. U rizikových skupin dětí a adolescentů je žádoucí zajistit psychoterapii před jakýmkoli náznakem sebepoškozování či sebezraňování (Cacková, 2009).

Podobně se k prevenci sebepoškozujících praktik staví i Platznerová. Podle ní v populaci adolescentů klesá schopnost zvládat zátěž. Dnešní děti jsou konfrontovány se stále komplexnější a různorodou náloží stresu a rizikových faktorů. Přičemž jejich zvládnání by mohlo být univerzálním i cíleným preventivním přístupem. Dalším faktem, ke kterému by se mělo v souvislosti s prevencí přihlížet, jsou sociální vazby. Sebepoškozující se osoby vysoce vnímají osamělost, mají méně pevnou a vybudovanou sociální síť, chybí u nich srdečnost a láska ve vztazích s rodiči. To má spojitost s častějšími pocity snížené sebedůvěry, pocity neviditelnosti a studu. Adolescentům proto k pozitivnějšímu pohledu sama na sebe pomáhají přístupy, které jim ukazují jejich silné stránky a možnosti jejich rozvoje. Které jim pomáhají obracet se na druhé a navazovat s nimi vztahy a účastnit se aktivit, při kterých cítí smysluplnou vazbu a sounáležitost s něčím větším (Platznerová, 2009).

Ve školách by prevence měla být zajištěna zdokonalováním komunikačních dovedností a technik zvládnání zlosti a vzteku, které by měly být začleněny do školní výuky. Součástí těchto cvičení by mělo být hledání jiných způsobů, jak vybit zlost, například bojové sporty, bouchání do boxovacího pytle, křičení do polštáře, apod. Prospěšné jsou i cvičení na pozitivní sebepojetí, sebehodnocení a poznání sama sebe. Dobrou prevencí je ventilování emocí v podobě psaní deníků či tvůrčího psaní. Samozřejmostí by mělo být, že žáci by měli vždy vědět, za jakým odborníkem se vydat v případě, že se rozhodli hledat řešení a pomoc v podobné situaci (Cacková, 2009).

Odbornou pomoc lze najít v psychiatrických poradnách, krizových centrech, na linkách důvěry, v terapeutických komunitách a jinde. Například na webových stránkách a telefonních číslech:

- www.dkc.cz- Dětské krizové centrum
- www.modralinka.cz – Linka důvěry pro děti a mládež
- www.spondea.cz – Krizové a intervenční centrum, Brno (pro děti, dospívající a studenty do 26 let a jejich rodiny)
- 800155555- Národní linka důvěry pro děti a mládež

4.6 Dílčí závěr

Sebepoškozování u dětí a mládeže souvisí nejčastěji s tím, že se dostávají do situací, s nimiž nejsou schopni se sami vyrovnat. Dnešní děti a adolescenti jsou mnohem častěji vystavováni stresorům. Mezi ně patří zvýšené nároky ve škole,

zvýšené nároky na jejich profesní výkony, na jejich vzhled a dokonalost, zvýšená rozvodovost rodičů, zneužívání (i blízkými lidmi), zanedbávání, osamělost, drogová závislost, apod. Proto se i v oblasti sebepoškozování zdá být nejlepší prevencí zvyšování odolnosti dětí při psychické zátěži, zlepšování schopnosti komunikace, navazování sociálních vazeb, možnost ventilování negativních emocí jiným způsobem, informovanost a detabuizování jevu sebepoškozování v rodinách i školách a informovanost o tom, kde najít pomoc a radu. Samozřejmostí je všímání si různých symptomů možného sebepoškozování, kterými jsou jizvy, časté a nevysvětlitelné nehody, náhlý úbytek na váze, atd. V českých rodinách a školách je téma sebepoškozování málo diskutováno s dětmi a mládeží, je často obcházeno a není mu věnován prostor při výchově. Věřím, že kdyby se toto změnilo, ubylo by případů sebepoškozování mezi dětmi i adolescenty.

V lékařské sféře se sebepoškozování velmi často vyskytuje současně s jinými psychickými poruchami či nemocemi, a proto odborníci vědí o zvýšeném riziku výskytu sebepoškozování a jsou schopni tomu správnou léčbou předcházet či rychle a správně reagovat. Psychiatricky nedagnostikovaní jedinci se ale často k odborníkovi ani nedostanou.

5. Praktická část

Praktickou část bakalářské práce tvoří dotazníkové šetření mezi žáky a studenty ZŠ a SŠ a jeho následná analýza a zjištění výsledků, které z něj vyplývají.

5.1 Cíle praktické části

Cílem praktické části bakalářské práce bylo zjistit obecné povědomí dětí i adolescentů o sebepoškozování a sebevražedném chování. Kolik z dotazovaných se setkalo s těmito jevy přímo či u jiné osoby, jak se k jevům staví, snaží se o nich dovědět sami více, dokázali by sobě či svým přátelům pomoci, vědí na jaké organizace se obrátit? K odpovědím na tyto a jiné otázky byl využit vzorek žáků a studentů od 8. třídy ZŠ až po 4. ročník SŠ. Zjišťovali jsme jejich vědomosti, zkušenosti, názory a postoje.

5.2 Předpoklady praktické části

Dotazníkové šetření bylo zaměřeno na žáky a studenty základních a středních škol ve Strážnici a Hodoníně. Nejprve jsme požádali a o souhlas s dotazníkovým šetřením ředitele škol. Poté jsme požádali samotné pedagogy, zda bychom v jejich hodinách mohli výzkum realizovat. Samotný sběr dat proběhl tak, že jsem se žákům a studentům osobně představila, seznámila je s účely a cílem dotazníku a poprosila je o spolupráci. Dotazovaní byli seznámeni s tím, k jakému účelu budou jejich údaje a odpovědi využity a také s dobrovolností poskytnutí jejich odpovědí. Na závěr jsem všem poděkovala za strávený čas, ochotu a spolupráci.

5.3 Metody a techniky získávání dat

Pro zpracování daného výzkumu jsme použili metodu kvalitativního dotazníku. Dotazník sestává z dvaceti otázek, které jsou rozděleny tematicky do dvou částí- Sebevražda a Sebepoškozování. Z dvaceti otázek je čtrnáct uzavřených a šest otevřených. Před výzkumem, tedy rozdáním dotazníků konkrétním žákům a studentům ve školách, jsme provedli předvýzkum. Při něm jsme předložili dotazník několika

věkově odpovídajícím respondentům a požádali je, aby se vyjádřili ke srozumitelnosti, jednoznačnosti a vhodnosti otázek. Poté jsme některé otázky přeformulovali. Konkrétním respondentům ve třídách pak byly sděleny potřebné informace pro správné vyplnění dotazníků a respondenti byli ujištěni o jejich anonymitě. Vyplnění trvalo respondentům asi 20 minut.

5.4 Dotazníkové šetření mezi žáky ZŠ a SŠ

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 197 respondentů. Celkový soubor tvořilo 115 dívek představujících 52% z celkového počtu respondentů a 82 chlapců představujících 48% respondentů. Věková skupina 11-14-ti letých pak tvořila s počtem 71 respondentů 36% z celkového počtu a věková skupina 15-19-ti letých s počtem 126 respondentů 64% z celkového počtu.

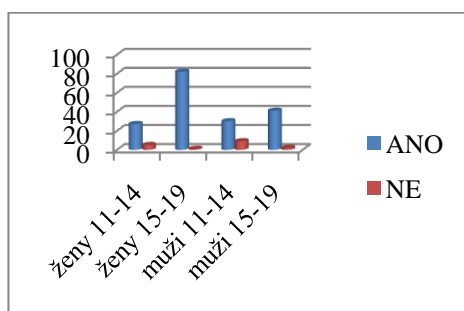
Vyplněné dotazníky jsem rozdělila podle věku a pohlaví na čtyři skupiny a následně vyhodnotila jednotlivé odpovědi v podobě grafů. Odpovědi na otázky, u nichž se respondenti rozepisovali, jsem se snažila taktéž zachytit v podobě grafů. Nakonec jsem se pokusila zjištěná data interpretovat a vysvětlit.

5.5 Výsledky praktické části

I. Sebevražda

1. Víš, co je to „sebevražda“?

Graf 1 Zastoupení odpovědí u všech kategorií

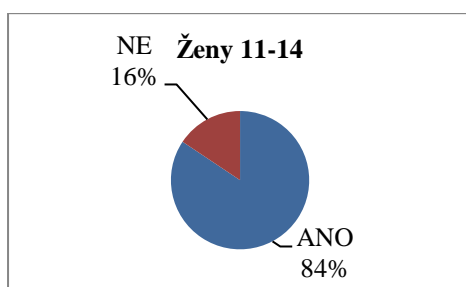


Tabulka 1 Zastoupení odpovědí u všech kategorií

	ANO	NE
ŽENY 11-14	27	5
ŽENY 15-19	82	1
MUŽI 11-14	30	9
MUŽI 15-19	41	2
CELKEM	180	17

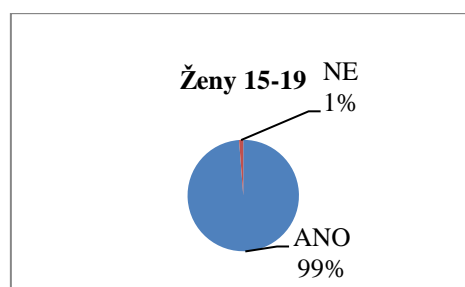
Graf 2 Porovnání odpovědí u kategorie

ženy 11-14 let



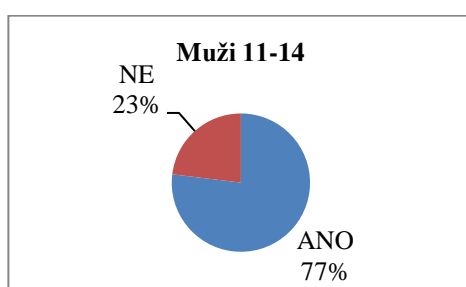
Graf 3 Porovnání odpovědí u kategorie

ženy 15-19 let



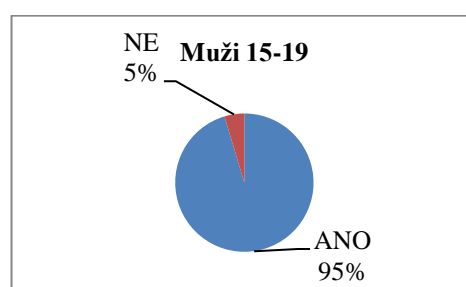
Graf 4 Porovnání odpovědí u kategorie

muži 11-14 let

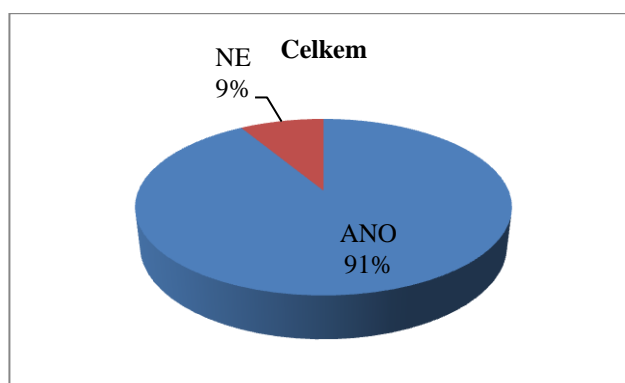


Graf 5 Porovnání odpovědí u kategorie

muži 15-19 let



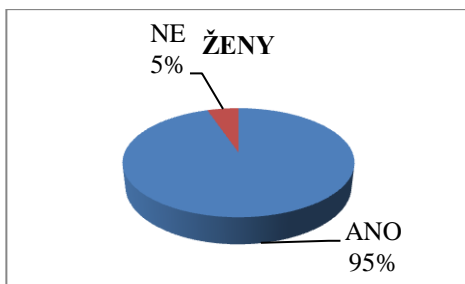
Graf 6 Podíl odpovědí u celého souboru respondentů



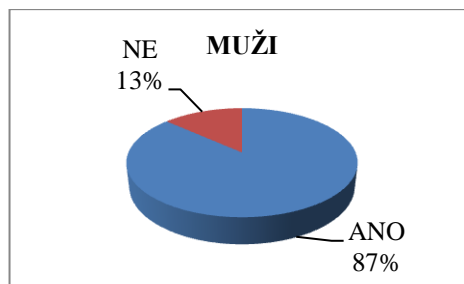
Tabulka 2 Počty odpovědí podle pohlaví a věku

	ANO	NE
ŽENY	109	6
MUŽI	71	11
11-14 LET	57	14
15-19 LET	123	3

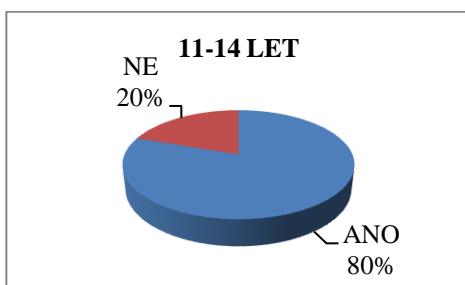
Graf 7 Porovnání odpovědí u žen



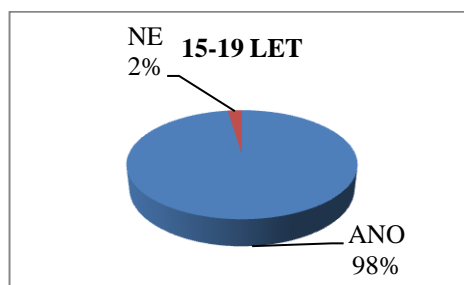
Graf 8 Porovnání odpovědí u mužů



Graf 9 Porovnání odpovědí věkové skupiny 11-14 let

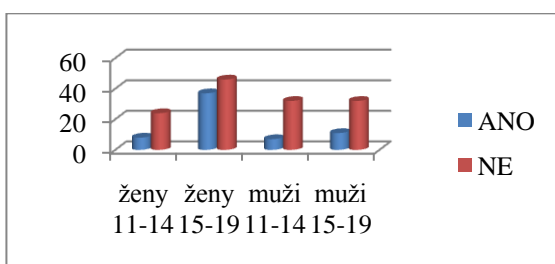


Graf 10 Porovnání odpovědí věkové skupiny 15-19 let



2. Znáš ve svém okolí (rodina, přátelé, spolužáci, známí,...) někoho, kdo se pokusil o sebevraždu nebo ji spáchal?

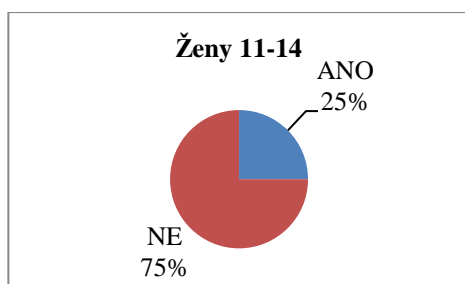
Graf 1 Zastoupení odpovědí u všech kategorií



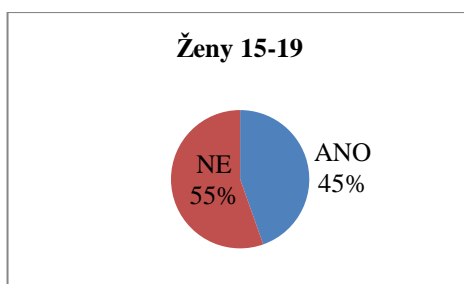
Tabulka 1 Zastoupení odpovědí u všech kategorií

	ANO	NE
ŽENY 11-14	8	24
ŽENY 15-19	37	46
MUŽI 11-14	7	32
MUŽI 15-19	11	32
CELKEM	63	134

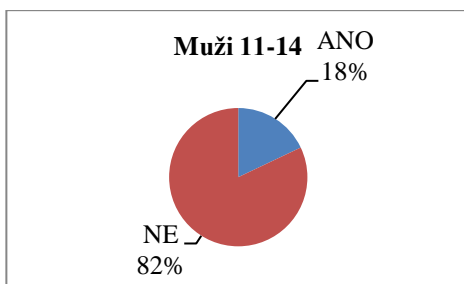
Graf 2 Porovnání odpovědí u kategorie ženy 11-14 let



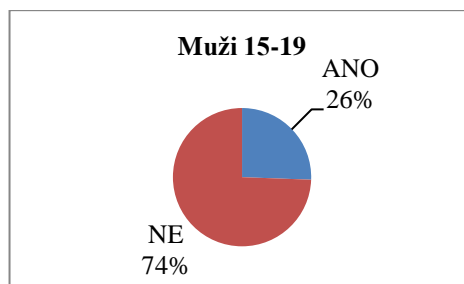
Graf 3 Porovnání odpovědí u kategorie ženy 15-19 let



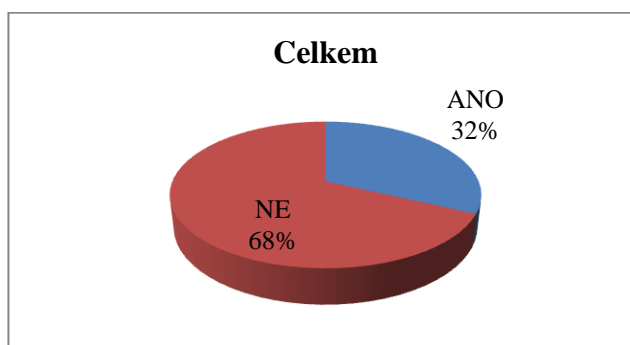
Graf 4 Porovnání odpovědí u kategorie
muži 11-14 let



Graf 5 Porovnání odpovědí u kategorie
muži 15-19 let



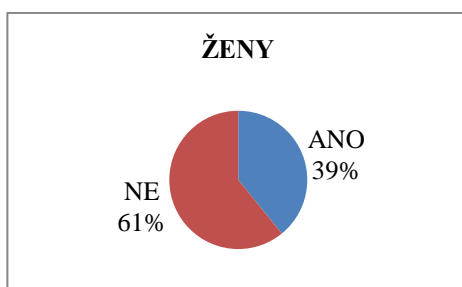
Graf 6 Podíl odpovědí u celého souboru respondentů



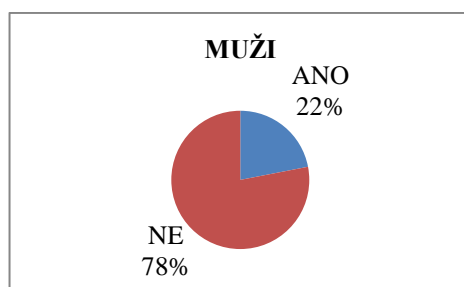
Tabulka 2 Počty odpovědí podle pohlaví a věku

	ANO	NE
ŽENY	45	70
MUŽI	18	64
11-14 LET	15	56
15-19 LET	48	78

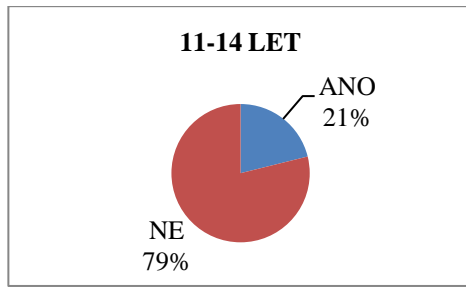
Graf 7 Porovnání odpovědí u žen



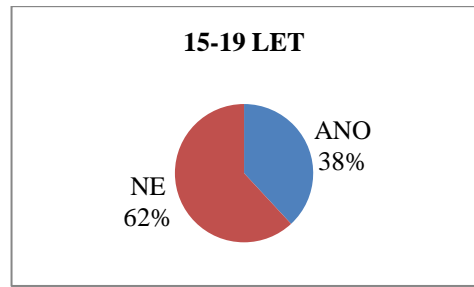
Graf 8 Porovnání odpovědí u mužů



Graf 9 Porovnání odpovědí věkové skupiny 11-14 let

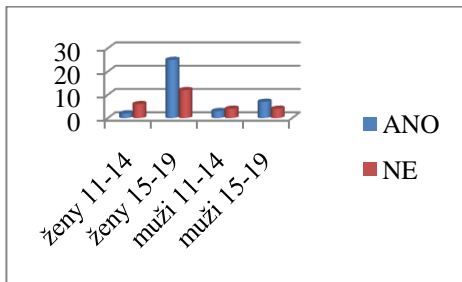


Graf 10 Porovnání odpovědí věkové skupiny 15-19 let



3. Dokážeš pochopit důvod, který ho/ji k tomu vedl?

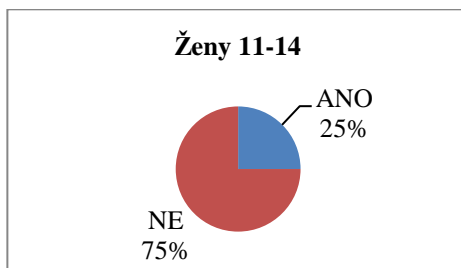
Graf 1 Zastoupení odpovědí u všech kategorií



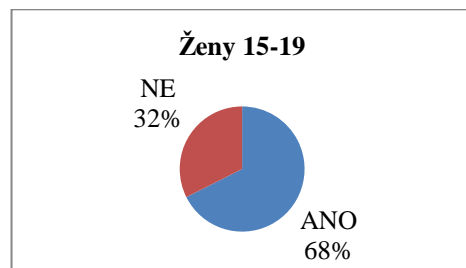
Tabulka 1 Zastoupení odpovědí u všech kategorií

	ANO	NE
ŽENY 11-14	2	16
ŽENY 15-19	25	12
MUŽI 11-14	3	4
MUŽI 15-19	7	4
CELKEM	37	26

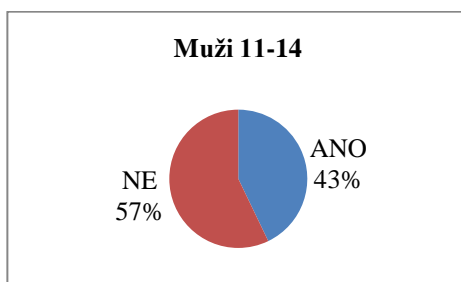
Graf 2 Porovnání odpovědí u kategorie ženy 11-14 let



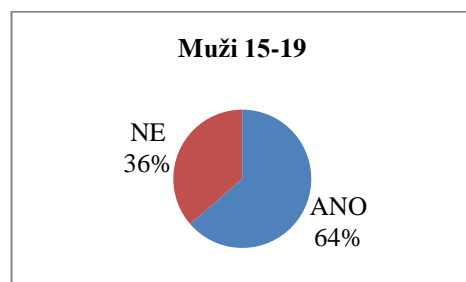
Graf 3 Porovnání odpovědí u kategorie ženy 15-19 let



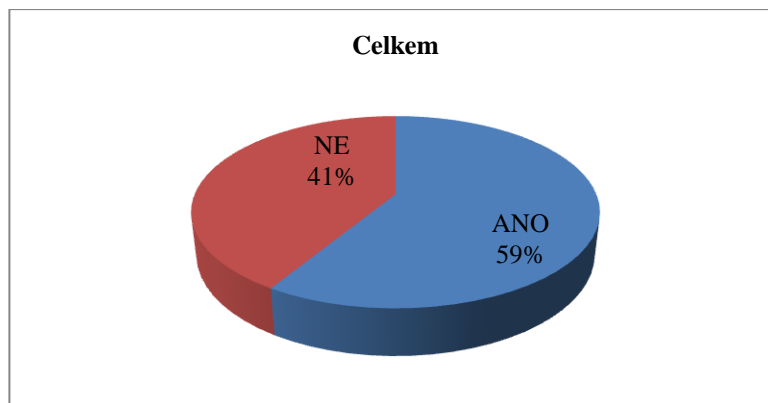
Graf 4 Porovnání odpovědí u kategorie muži 11-14 let



Graf 5 Porovnání odpovědí u kategorie muži 15-19 let



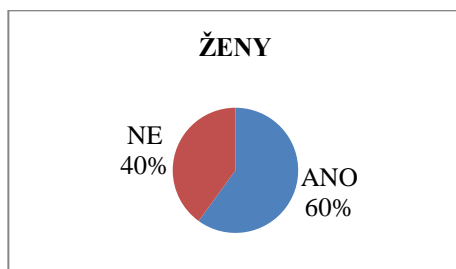
Graf 6 Podíl odpovědí u celého souboru respondentů



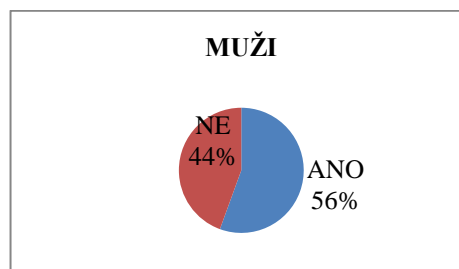
Tabulka 2 Počty odpovědí podle pohlaví a věku

	ANO	NE
ŽENY	27	18
MUŽI	10	8
11-14 LET	5	10
15-19 LET	32	16

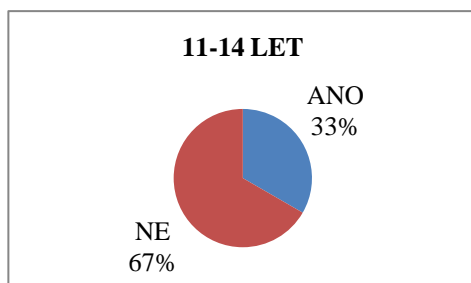
Graf 7 Porovnání odpovědí u žen



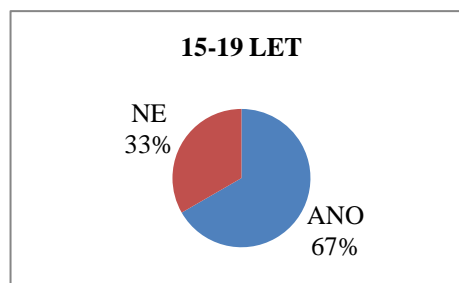
Graf 8 Porovnání odpovědí u mužů



Graf 9 Porovnání odpovědí věkové skupiny 11-14 let

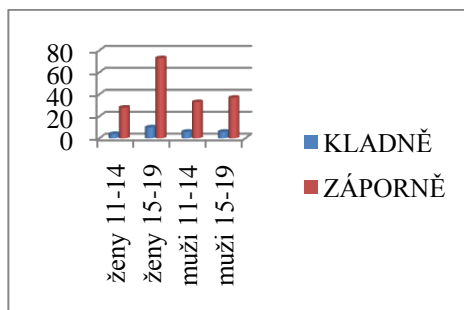


Graf 10 Porovnání odpovědí věkové skupiny 15-19 let

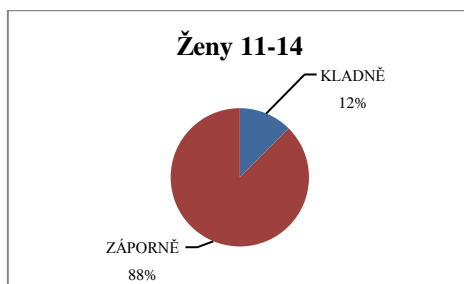


4. Hodnotíš lidi, kteří se pokusili o sebevraždu nebo ji spáchali spíše kladně (neměli jinou možnost) nebo záporně (vždy je jiná cesta)?

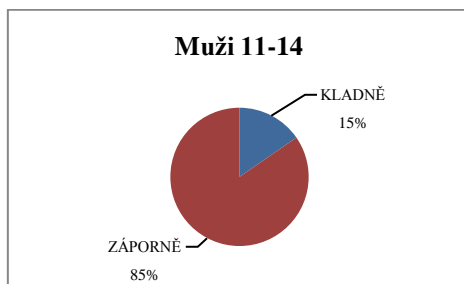
Tabulka 1 Zastoupení odpovědí u všech kategorií



Graf 2 Porovnání odpovědí u kategorie ženy 11-14 let



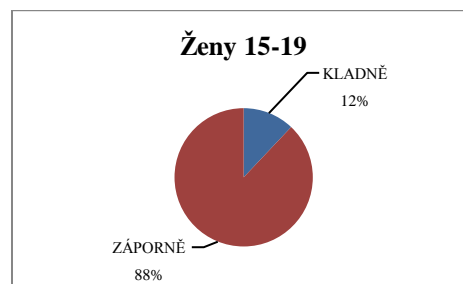
Graf 4 Porovnání odpovědí u kategorie muži 11-14 let



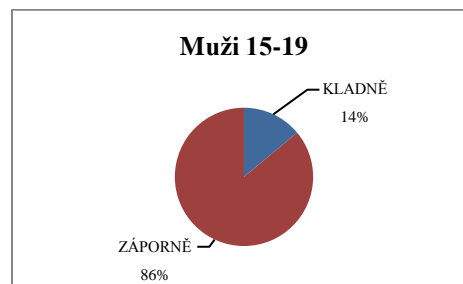
Tabulka 1 Zastoupení odpovědí u všech kategorií

	KLADNĚ	ZÁPORNĚ
ŽENY 11-14	4	28
ŽENY 15-19	10	73
MUŽI 11-14	6	33
MUŽI 15-19	6	37
CELKEM	26	171

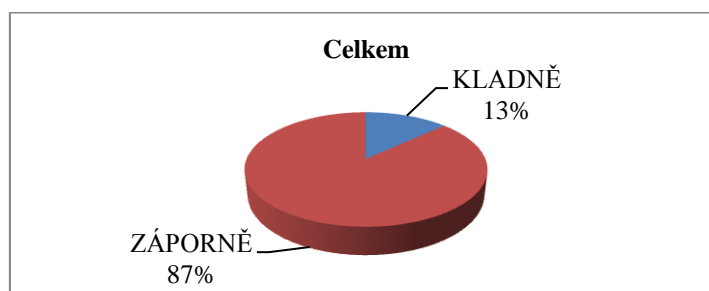
Graf 3 Porovnání odpovědí u kategorie ženy 15-19 let



Graf 5 Porovnání odpovědí u kategorie muži 15-19 let



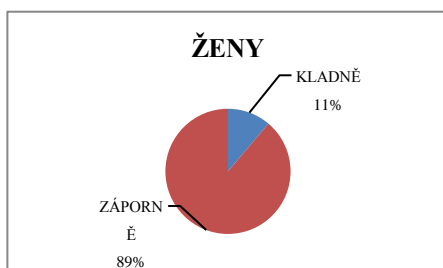
Graf 6 Podíl odpovědí u celého souboru respondentů



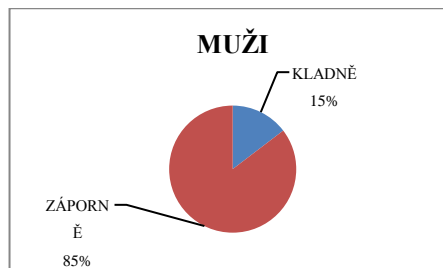
Tabulka 2 Počty odpovědí podle pohlaví a věku

	KLADNĚ	ZÁPORNĚ
ŽENY	14	111
MUŽI	12	70
11-14 LET	10	61
15-19 LET	16	110

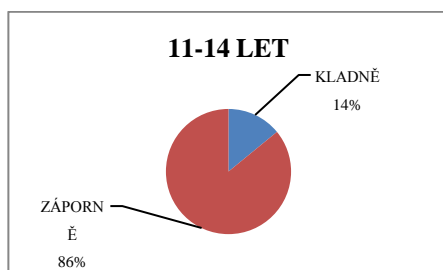
Graf 7 Porovnání odpovědí u žen



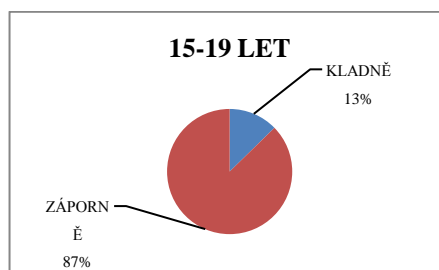
Graf 8 Porovnání odpovědí u mužů



Graf 9 Porovnání odpovědí věkové skupiny 11-14 let

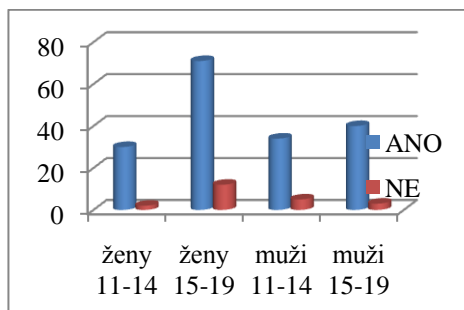


Graf 10 Porovnání odpovědí věkové skupiny 15-19 let



5. Jsi momentálně v životě spokojený/á v souvislosti s rodinou, školou a vztahy?

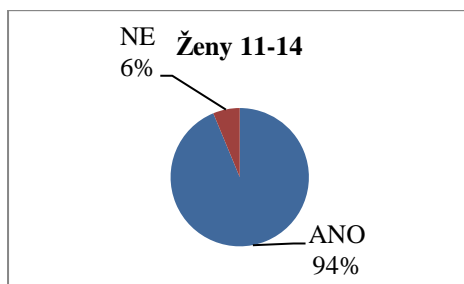
Graf 1 Zastoupení odpovědi u všech kategorií



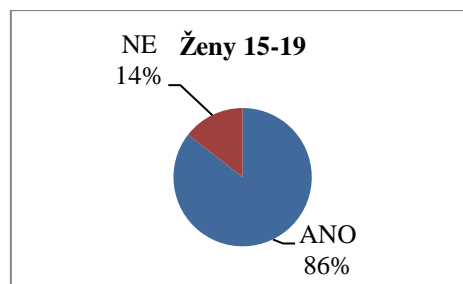
Tabulka 1 Zastoupení odpovědi u všech kategorií

	ANO	NE
ŽENY 11-14	30	2
ŽENY 15-19	71	12
MUŽI 11-14	34	5
MUŽI 15-19	40	3
CELKEM	175	22

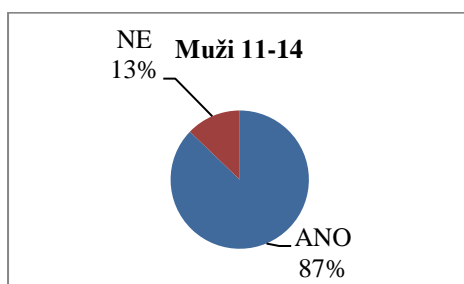
Graf 2 Porovnání odpovědí u kategorie
ženy 11-14 let



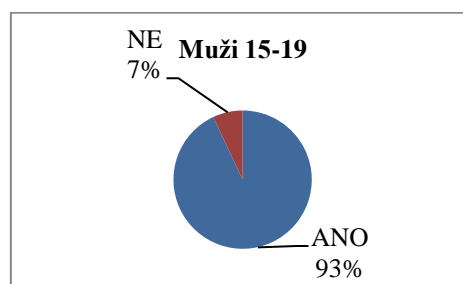
Graf 3 Porovnání odpovědí u kategorie
ženy 15-19 let



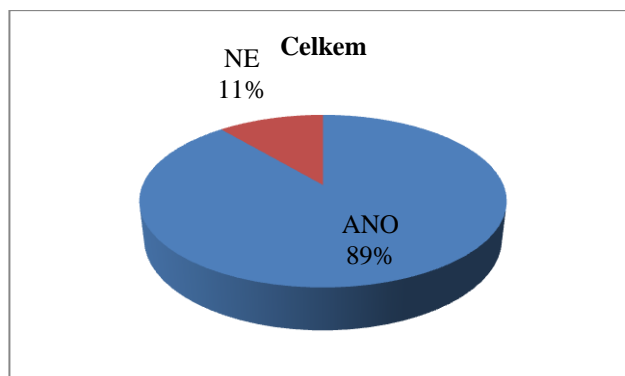
Graf 4 Porovnání odpovědí u kategorie
muži 11-14 let



Graf 5 Porovnání odpovědí u kategorie
muži 15-19 let



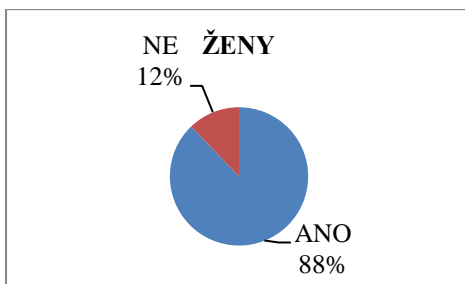
Graf 6 Podíl odpovědí u celého souboru respondentů



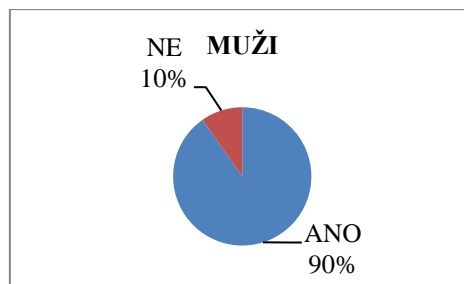
Tabulka 2 Počty odpovědí podle pohlaví a věku

	ANO	NE
ŽENY	101	14
MUŽI	74	8
11-14 LET	64	7
15-19 LET	111	15

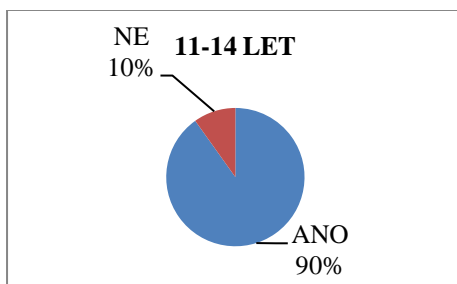
Graf 7 Porovnání odpovědí u žen



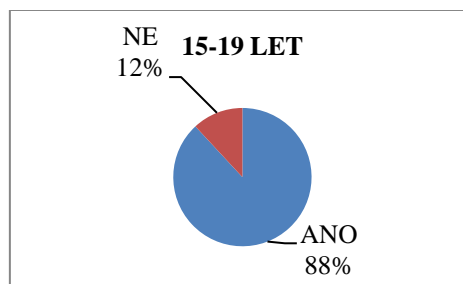
Graf 8 Porovnání odpovědí u mužů



Graf 9 Porovnání odpovědí věkové skupiny 11-14 let

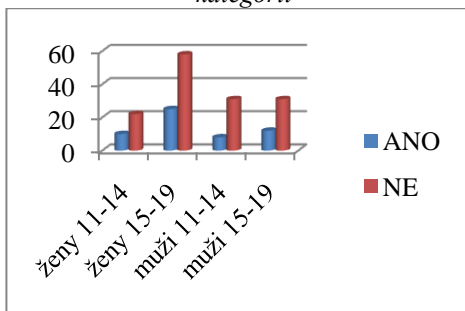


Graf 10 Porovnání odpovědí věkové skupiny 15-19 let



6. Ocit/a si se někdy v bezvýhodné situaci nebo se ti zdálo, že život nemá smysl?

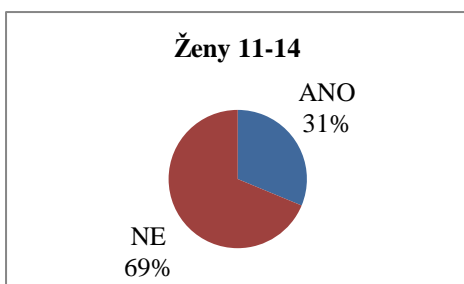
Graf 1 Zastoupení odpovědí u všech kategorií



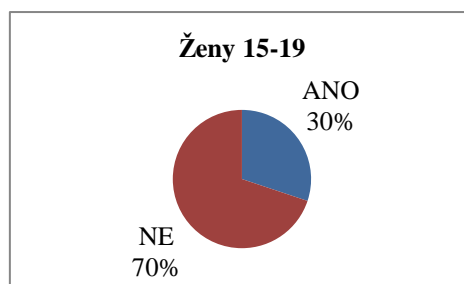
Tabulka 1 Zastoupení odpovědí u všech kategorií

	ANO	NE
ŽENY 11-14	10	22
ŽENY 15-19	25	58
MUŽI 11-14	8	31
MUŽI 15-19	12	31
CELKEM	55	142

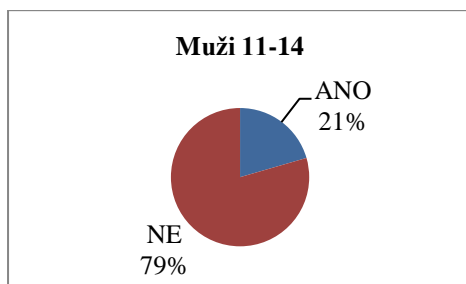
Graf 2 Porovnání odpovědí u kategorie ženy 11-14 let



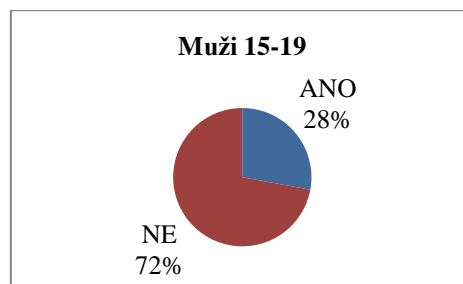
Graf 3 Porovnání odpovědí u kategorie ženy 15-19 let



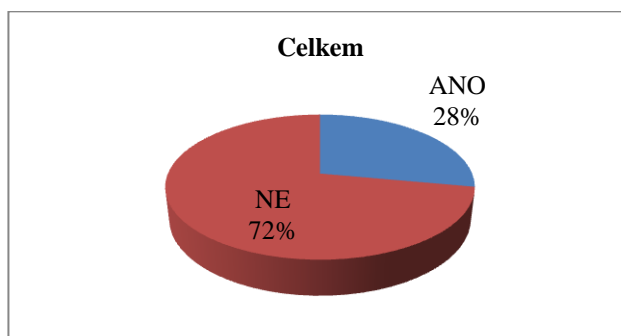
Graf 4 Porovnání odpovědí u kategorie
muži 11-14 let



Graf 5 Porovnání odpovědí u kategorie
muži 15-19 let



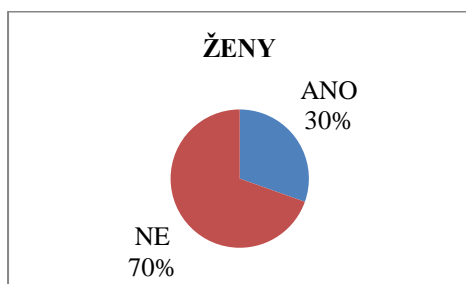
Graf 6 Podíl odpovědí u celého souboru respondentů



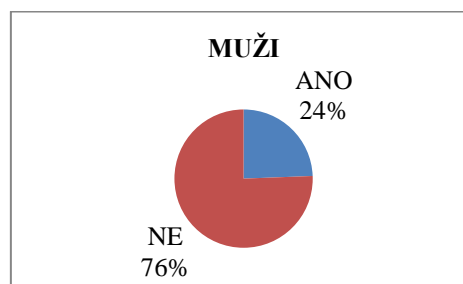
Tabulka 2 Počty odpovědí podle pohlaví a věku

	ANO	NE
ŽENY	35	80
MUŽI	20	62
11-14 LET	18	53
15-19 LET	37	89

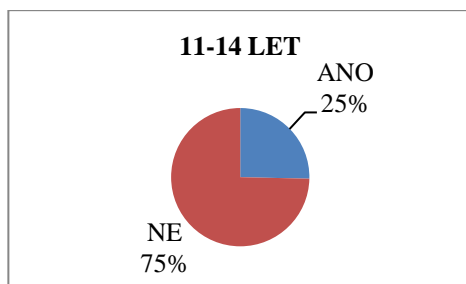
Graf 7 Porovnání odpovědí u žen



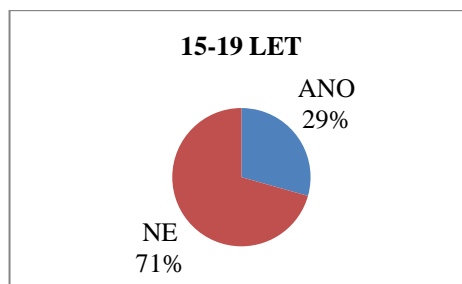
Graf 8 Porovnání odpovědí u mužů



Graf 9 Porovnání odpovědí věkové skupiny 11-14 let

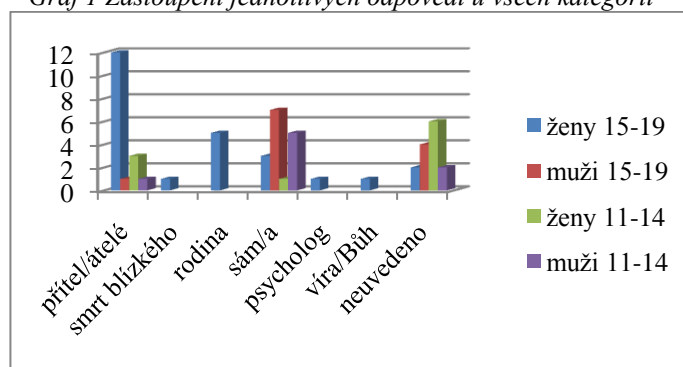


Graf 10 Porovnání odpovědí věkové skupiny 15-19 let



7. Pokud ano, kdo či co tě zastavilo před řešením této situace sebevraždou?

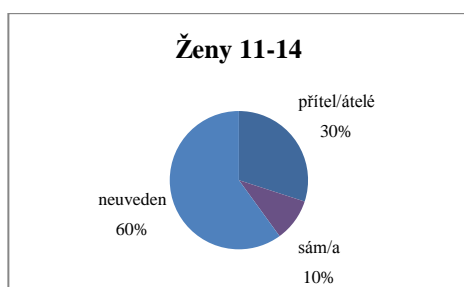
Graf 1 Zastoupení jednotlivých odpovědí u všech kategorií



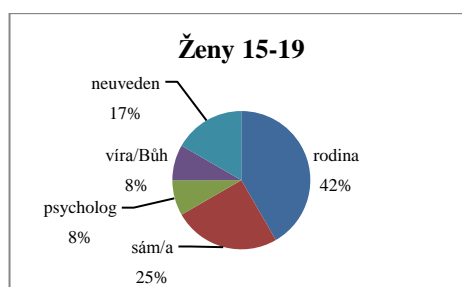
Tabulka 1 Zastoupení jednotlivých odpovědí u všech kategorií

DŮVOD	PŘÍTEL/ÁTELÉ	SMRT BLÍZKÉHO	SÁM/A	RODINA	PSYCHOLOG	VÍRA/BŮH	NEUVEDENO
ŽENY 11-14	3	0	0	1	0	0	6
ŽENY 15-19	12	1	5	3	1	1	2
MUŽI 11-14	1	0	0	5	0	0	2
MUŽI 15-19	1	0	0	7	0	0	4
CELKEM	17	1	5	16	1	1	14

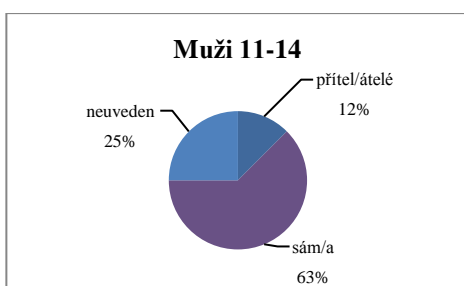
Graf 2 Porovnání odpovědí u kategorie
ženy 11-14 let



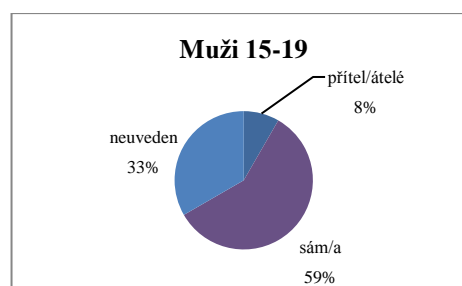
Graf 3 Porovnání odpovědí u kategorie
ženy 15-19 let



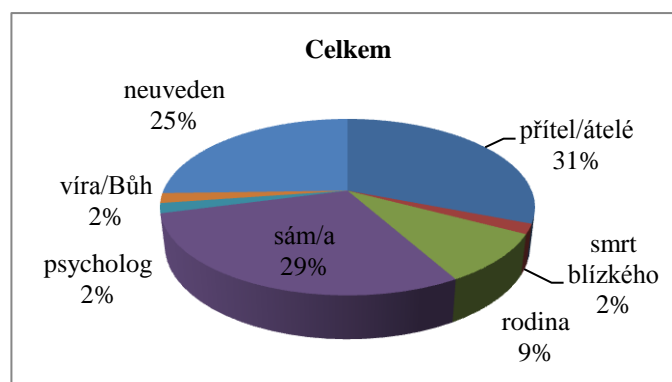
Graf 4 Porovnání odpovědí u kategorie
muži 11-14 let



Graf 5 Porovnání odpovědí u kategorie
muži 15-19 let



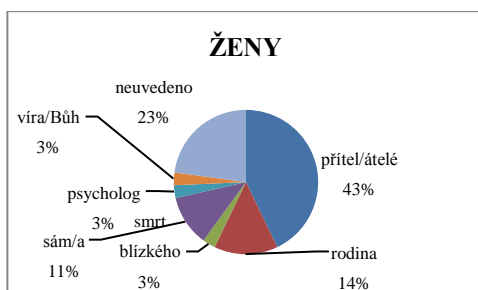
Graf 6 Podíl odpovědí u celého souboru respondentů



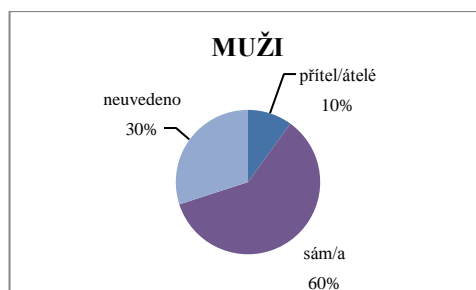
Tabulka 2 Počty odpovědí podle pohlaví a věku

	přítel/átele	rodina	smrt blízkého	sám/a	psycholog	vira/Bůh	neuvedeno
ŽENY	15	5	1	4	1	1	8
MUŽI	2	0	0	12	0	0	6
11-14 LET	4	0	0	6	0	0	8
15-19 LET	13	5	1	10	1	1	6

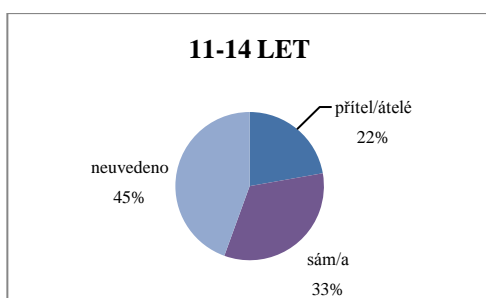
Graf 7 Porovnání odpovědí u žen



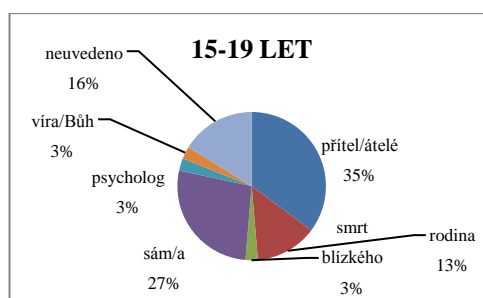
Graf 8 Porovnání odpovědí u mužů



Graf 9 Porovnání odpovědí u věkové skupiny 11-14 let

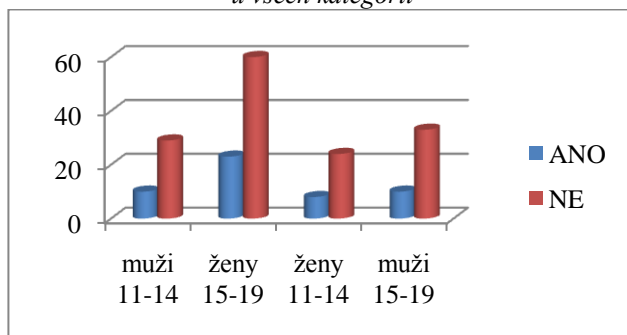


Graf 10 Porovnání odpovědí u věkové skupiny 15-19 let



8. Znáš odborníky nebo organizace, kteří/ré pomáhají lidem se sebevraždnými sklony?

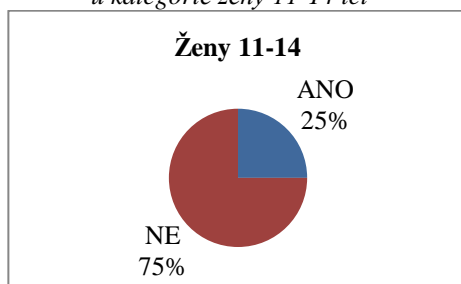
Graf 1 Zastoupení odpovědí na otázku u všech kategorií



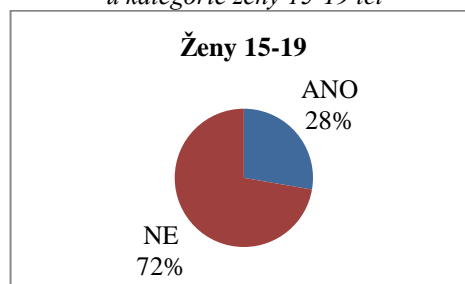
Tabulka 1 Odpovědi na otázku u všech kategorií

	ANO	NE
ŽENY 11-14	8	24
ŽENY 15-19	23	60
MUŽI 11-14	10	29
MUŽI 15-19	10	33
CELKEM	51	146

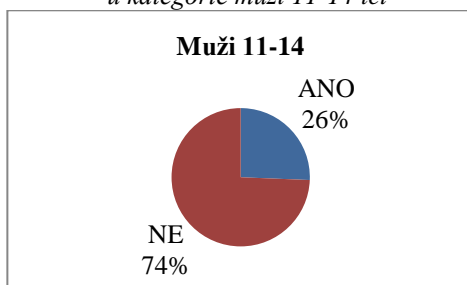
Graf 2 Podíl odpovědí na otázku u kategorie ženy 11-14 let



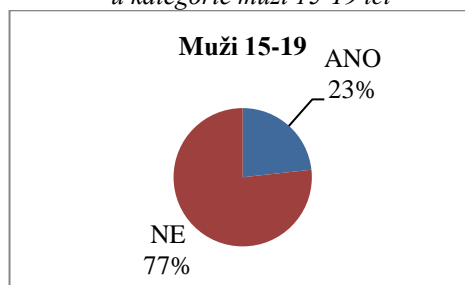
Graf 3 Podíl odpovědí na otázku u kategorie ženy 15-19 let



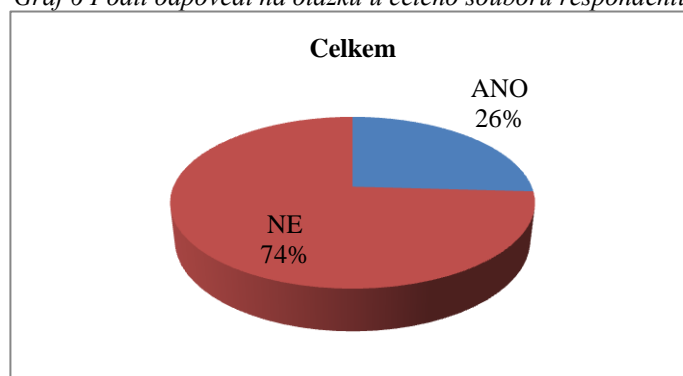
Graf 4 Podíl odpovědí na otázku u kategorie muži 11-14 let



Graf 5 Podíl odpovědí na otázku u kategorie muži 15-19 let



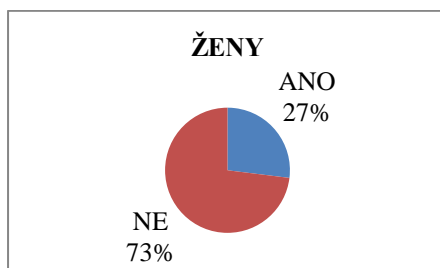
Graf 6 Podíl odpovědí na otázku u celého souboru respondentů



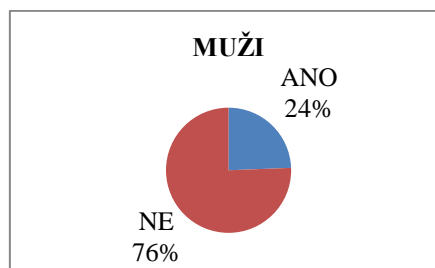
Tabulka 2 Zastoupení odpovědí na otázku podle pohlaví a věku

	ANO	NE
ŽENY	31	84
MUŽI	20	62
11-14 LET	18	53
15-19 LET	33	93

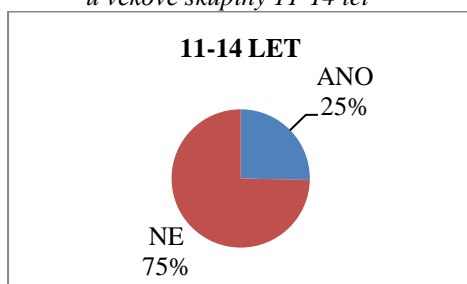
Graf 7 Podíl odpovědí na otázku u žen



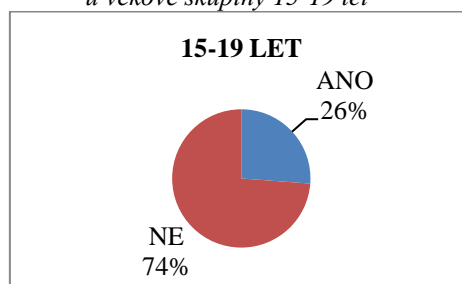
Graf 8 Podíl odpovědí na otázku u mužů



Graf 9 Podíl odpovědí na otázku u věkové skupiny 11-14 let



Graf 10 Podíl odpovědí na otázku u věkové skupiny 15-19 let

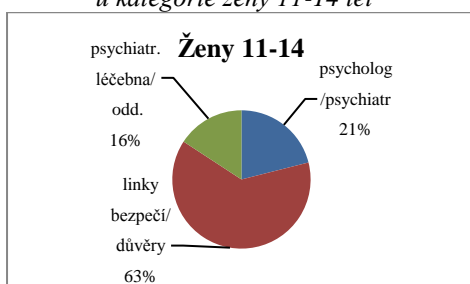


9. Pokud ano, tak které?

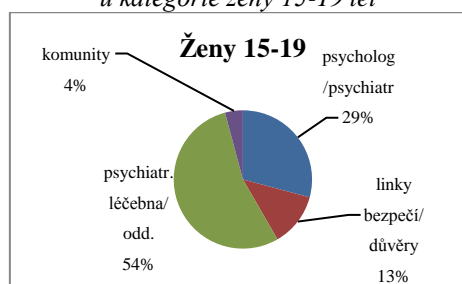
Tabulka 1 Zastoupení odpovědí na otázku u všech kategorií

	PSYCHOLOG/ PSYCHIATR	LINKY DŮVĚRY	PSYCH. LÉČEBNA/ ODDĚLENÍ	KOMUNITY
ŽENY 11-14	4	12	3	0
ŽENY 15-19	7	3	13	1
MUŽI 11-14	4	1	5	0
MUŽI 15-19	3	3	4	1
CELKEM	18	19	25	2

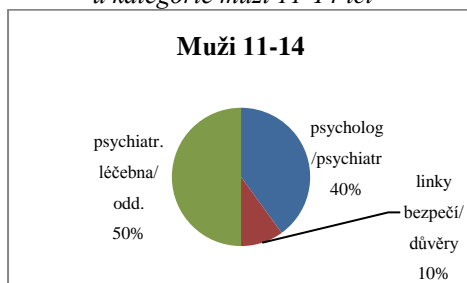
Graf 1 Podíl odpovědí na otázku u kategorie ženy 11-14 let



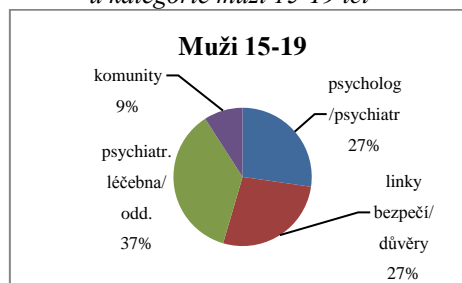
Graf 2 Podíl odpovědí na otázku u kategorie ženy 15-19 let



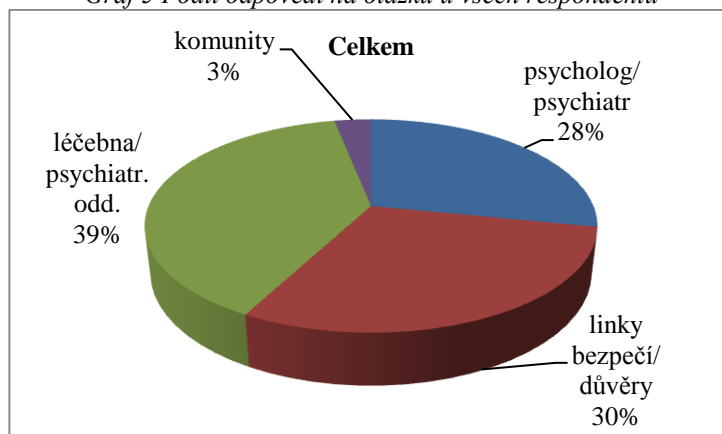
Graf 3 Podíl odpovědí na otázku u kategorie muži 11-14 let



Graf 4 Podíl odpovědí na otázku u kategorie muži 15-19 let



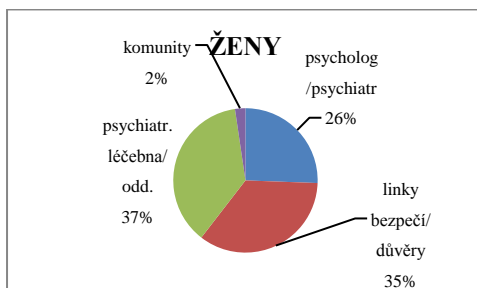
Graf 5 Podíl odpovědí na otázku u všech respondentů



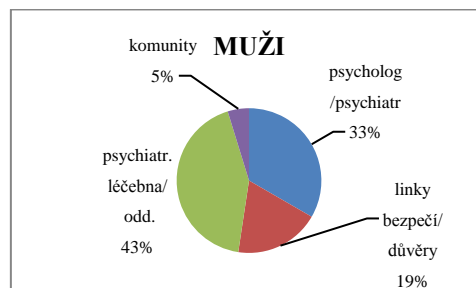
Tabulka 2 Zastoupení odpovědí na otázku podle pohlaví a věku

	psycholog/psychiatr	linky bezpečí/důvěry	léčebna/psychiatr. odd.	komunity
ŽENY	11	15	16	1
MUŽI	7	4	9	1
11-14 LET	8	13	8	0
15-19 LET	10	6	17	2

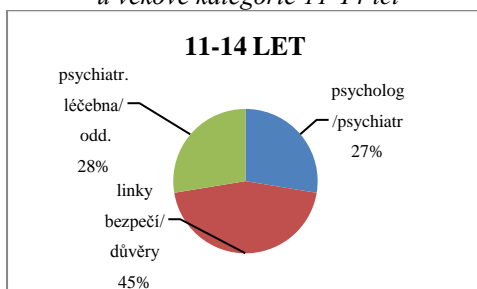
Graf 6 Podíl odpovědí na otázku u žen



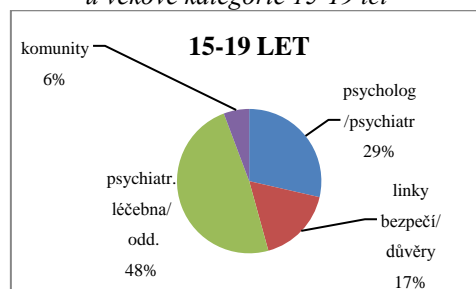
Graf 7 Podíl odpovědí na otázku u mužů



Graf 8 Podíl odpovědí na otázku u věkové kategorie 11-14 let



Graf 9 Podíl odpovědí na otázku u věkové kategorie 15-19 let



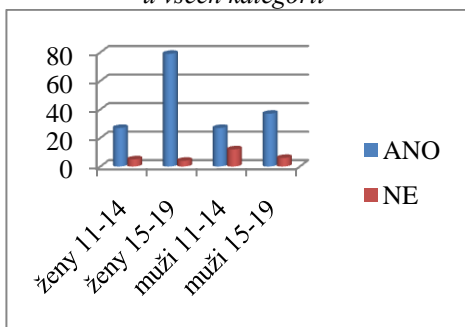
Valná většina respondentů uvedla, že je seznámena s obsahem pojmu sebevraždy celkově 91% respondentů. Více kladných odpovědí se pak objevuje u žen než u mužů. I ve věkové skupině 11-14 let plných 80% respondentů ví, co je sebevraždy, což se, vzhledem k medializaci fenoménu sebevraždy, dá předpokládat. (ot. č. 1) Na otázku, zda se mezi vrstevníky, přáteli a známými setkali se sebevraždou, odpovědělo 32% respondentů kladně. Největší podíl byl ve skupině žen 15-19 let, a sice celých 45%. Nejméně kladných odpovědí-18%- bylo u mužů 11-14 let. Obecně je u mužů a nižší věkové skupiny méně těch, kteří odpovídali na tuto otázku kladně. (ot. č. 2) Obecně respondenti dokáží pochopit důvod (motiv), pro který člověk chce spáchat sebevraždy. U mladší věkové skupiny 11-14 let se ale setkáváme, zřejmě vzhledem k nižšímu stupni emoční a morální zralosti, s velkým počtem těch, kteří důvody k sebevraždě nechápou-67% z nich. Naopak starší věková skupina ze 67% důvody chápe. (ot. č. 3) S tím se zdá být v rozporu respondenty negativní hodnocení těch, kteří se pro sebevraždy jako řešení svých problémů rozhodli-plných 87%. Ve všech kategoriích a věkových skupinách se negativní hodnocení objevuje v rozmezí 85% a 89%. To znamená, že respondenti mají pochopení pro pohnutky vedoucí k sebevraždě, sami si však myslí, že vždy existuje jiné řešení. (ot. č. 4) Se svojí současnou životní situací je spokojeno plných 89% respondentů, což je z hlediska diagnostického a prognostického velmi příznivé. Nejméně ze všech kategorií je spokojena skupina žen 15-19 let, a i v tomto případě je nespokojeno pouze 14% dívek. (ot. č. 5) Přestože je téměř 90% respondentů spokojeno se svojí současnou situací, 28% z nich se již v životě dostalo do bezvýchodné či krizové situace. Podíl těchto osob se pohybuje v rozmezí od 24% do 31%. (ot. č. 6) Respondenti zároveň uvedli, že od sebevraždy je v takové situaci odradili nejčastěji přítel či přítelkyně (31%) a pak oni sami (29%), což souvisí pravděpodobně s jejich odpověďmi na otázku č. 4, v nichž hodnotili lidi řešící problémy sebevraždou negativně a s přesvědčením uváděli, že vždy existuje i jiná cesta, jak problémy vyřešit. Rodinu, jako symbol jistoty, kde respondenti hledají pomoc při řešení problémů, uvedlo celkově pouze 9%. Největší podíl odpovědí pak rodina tvořila u skupiny žen 15-19 let (42%) a naopak u jiných skupin se vůbec neobjevila. (ot. č. 7) Pro vychovatele (rodiče, pedagogy, vedoucí organizací,...) se negativně jeví fakt, že velké procento respondentů (74%) neví, na jaké odborníky se v případě sebevražedných myšlenek či krizových situací obrátit. Nejlépe si vedla skupina žen 15-19 let, jež věděly na koho se obrátit pouze v 28%. Zajímavé je, že mezi mladší a starší věkovou skupinou nebyl větší rozdíl v počtu kladných odpovědí-

rozdíl byl pouhé 1%. (ot. č. 8) Nejčastěji se mezi odborníky v odpovědích vyskytovali psychiatrické léčebny a oddělení (39%), poté linky bezpečí a důvěry (30%) a psychologové a psychiatři (28%). Mladší věková skupina 11-14 let nejčastěji uváděla linky bezpečí (45%), které se u starší věkové skupiny 15-19 let na úkor psych. Léčeben a oddělení vyskytovaly jen ze 17%. (ot. č. 9)

II. Sebepoškozování

1. Víš, co je to sebepoškozování?

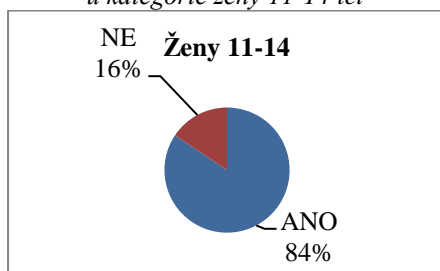
Graf 1 Zastoupení odpovědí na otázku u všech kategorií



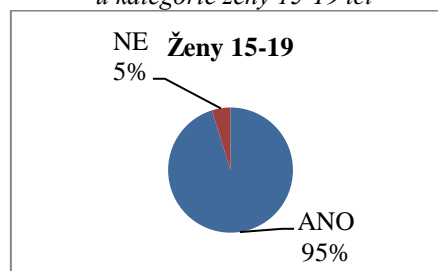
Tabulka 1 Zastoupení odpovědí na otázku u všech kategorií

	ANO	NE
ŽENY 11-14	27	5
ŽENY 15-19	79	4
MUŽI 11-14	27	12
MUŽI 15-19	37	6
CELKEM	170	27

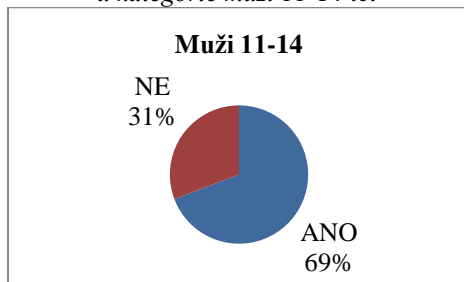
Graf 2 Podíl odpovědí na otázku u kategorie ženy 11-14 let



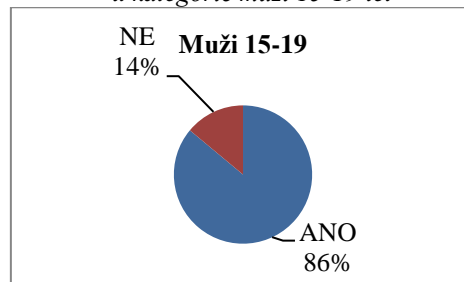
Graf 3 Podíl odpovědí na otázku u kategorie ženy 15-19 let



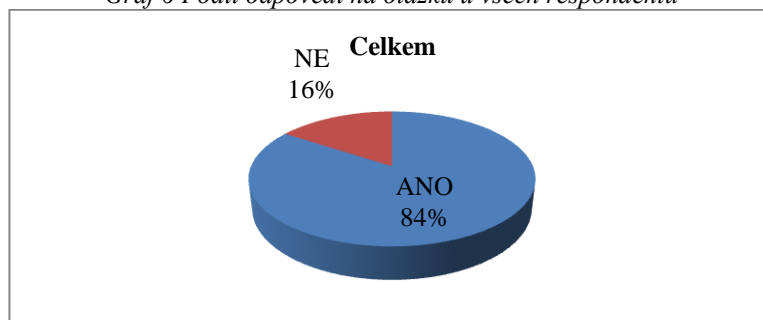
Graf 4 Podíl odpovědí na otázku u kategorie muži 11-14 let



Graf 5 Podíl odpovědí na otázku u kategorie muži 15-19 let



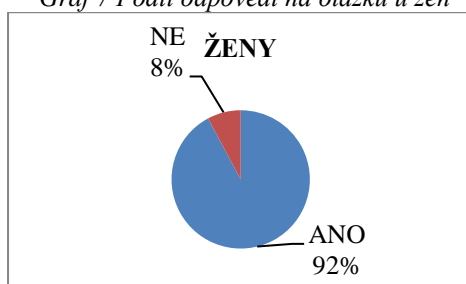
Graf 6 Podíl odpovědí na otázku u všech respondentů



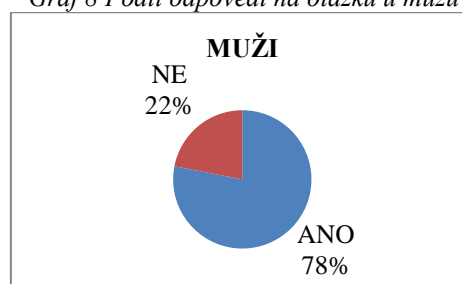
Tabulka 2 Zastoupení odpovědí na otázku podle pohlaví a věku

	ANO	NE
ŽENY	106	9
MUŽI	64	18
11-14 LET	54	17
15-19 LET	116	10

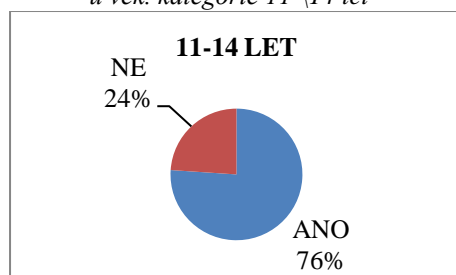
Graf 7 Podíl odpovědí na otázku u žen



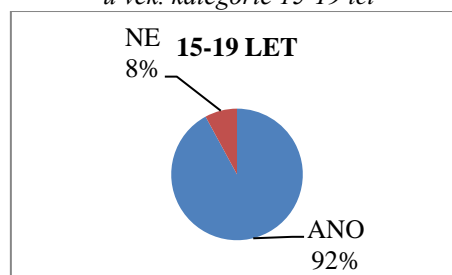
Graf 8 Podíl odpovědí na otázku u mužů



Graf 9 Podíl odpovědí na otázku u věk. kategorie 11-14 let



Graf 10 Podíl odpovědí na otázku u věk. kategorie 15-19 let

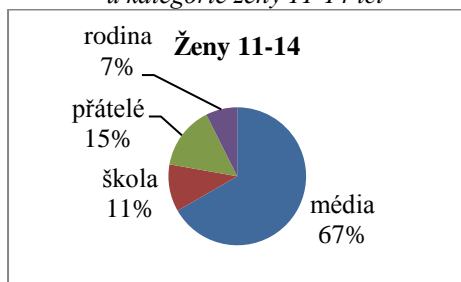


2. Kde, od koho ses to dověděl/a?

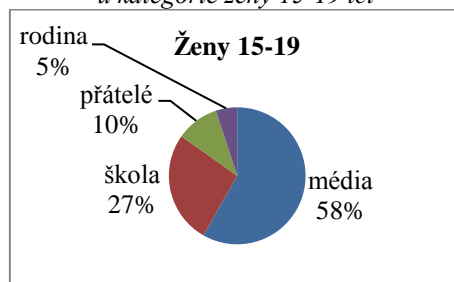
Tabulka 1 Zastoupení odpovědí na otázku podle pohlaví a věku

	MÉDIA	ŠKOLA	PŘÁTELÉ	RODINA
ŽENY 11-14	18	3	4	2
ŽENY 15-19	46	21	8	4
MUŽI 11-14	20	1	0	2
MUŽI 15-19	22	9	5	1
CELKEM	106	34	17	9

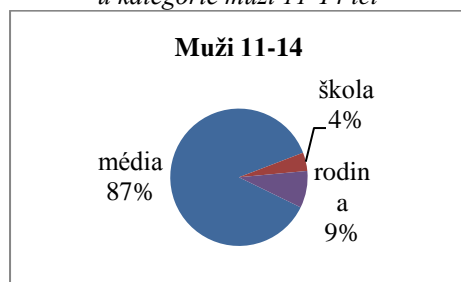
Graf 1 Podíl odpovědí na otázku u kategorie ženy 11-14 let



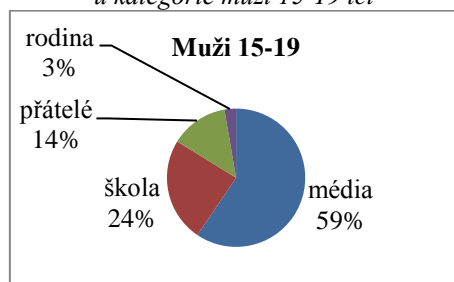
Graf 2 Podíl odpovědí na otázku u kategorie ženy 15-19 let



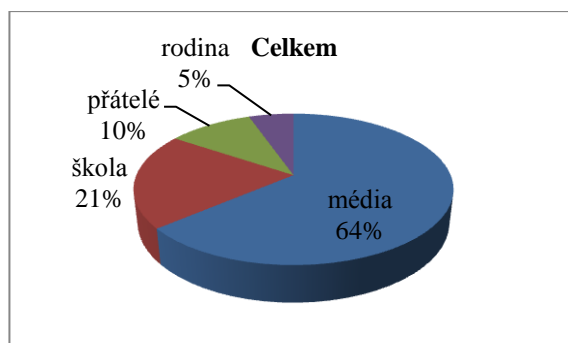
Graf 3 Podíl odpovědí na otázku u kategorie muži 11-14 let



Graf 4 Podíl odpovědí na otázku u kategorie muži 15-19 let



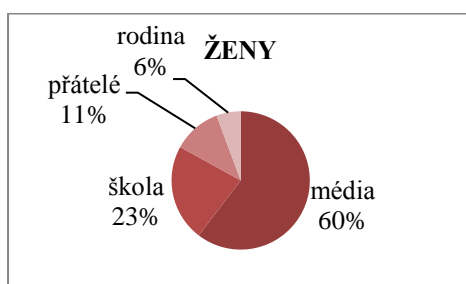
Graf 5 Podíl odpovědí na otázku u všech respondentů



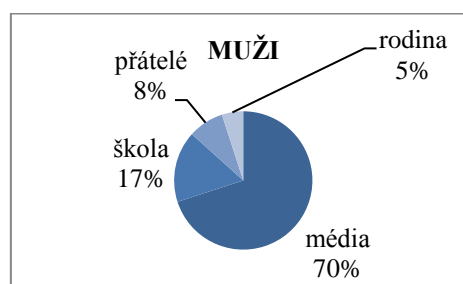
Tabulka 2 Zastoupení odpovědí na otázku podle pohlaví a věku

	média	škola	přátelé	rodina
ŽENY	64	24	12	6
MUŽI	42	10	5	3
11-14 LET	38	4	4	4
15-19 LET	68	30	13	5

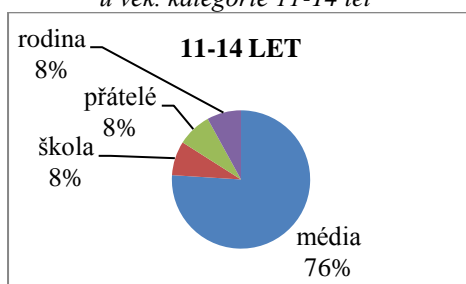
Graf 6 Podíl odpovědí na otázku u žen



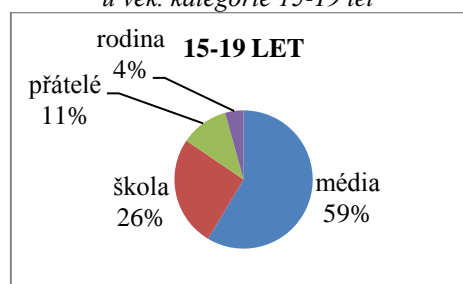
Graf 7 Podíl odpovědí na otázku u mužů



Graf 8 Podíl odpovědí na otázku u věk. kategorie 11-14 let



Graf 9 Podíl odpovědí na otázku u věk. kategorie 15-19 let

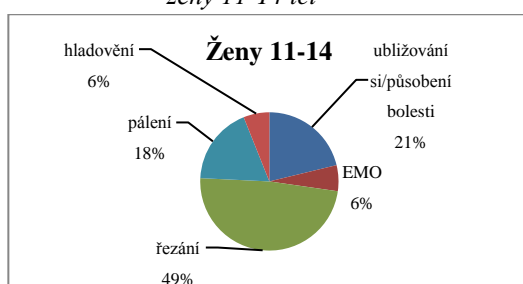


3. Co si pod pojmem „sebepoškozování“ představuješ?

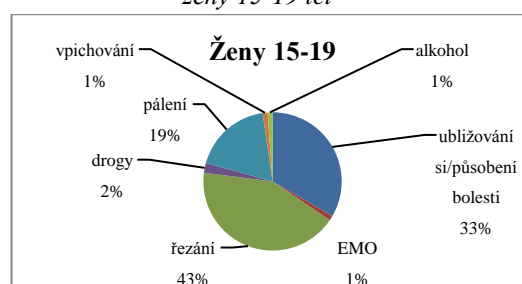
Tabulka 1 Zastoupení odpovědí u všech kategorií

	ŽENY 11-14	ŽENY 15-19	MUŽI 11-14	MUŽI 15-19	CELKEM
UBLIŽOVÁNÍ SI/PŮSOBNÍ SI BOLESTI	7	29	2	15	53
ŘEZÁNÍ	16	37	11	11	75
PÁLENÍ	6	16	1	1	24
VPICHOVÁNÍ	0	1	0	1	2
TRHÁNÍ VLASŮ/CHLUPŮ	0	0	3	0	3
BOUCHÁNÍ HLAVOU O ZEDĚ	0	0	1	1	2
HLADOVĚNÍ	2	0	0	0	2
ALKOHOL	0	1	2	0	3
KOURENÍ	0	0	2	0	2
DROGY	0	2	3	1	6
EMO STYL	2	1	0	2	5

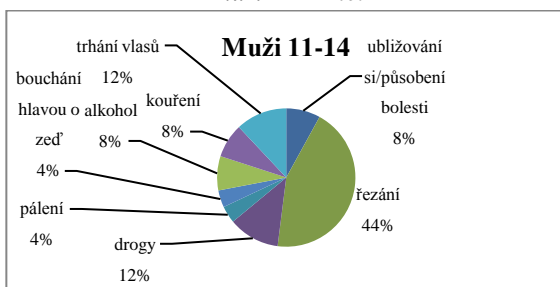
Graf 1 Porovnání odpovědí u kategorie ženy 11-14 let



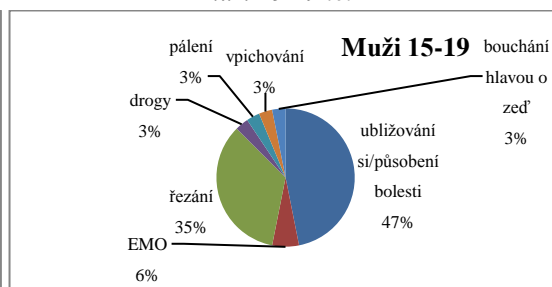
Graf 2 Porovnání odpovědí u kategorie ženy 15-19 let



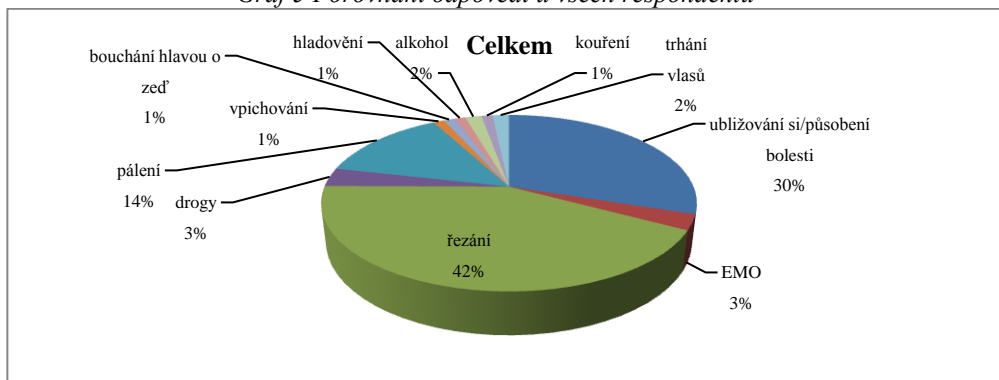
Graf 3 Porovnání odpovědí u kategorie muži 11-14 let



Graf 4 Porovnání odpovědí u kategorie muži 15-19 let



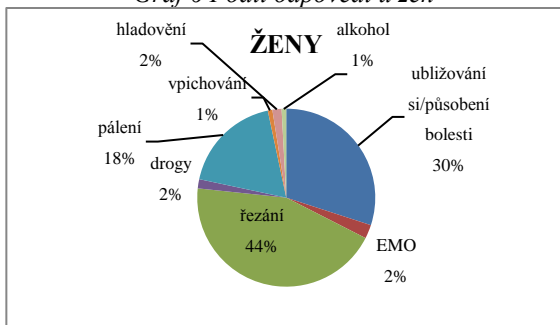
Graf 5 Porovnání odpovědí u všech respondentů



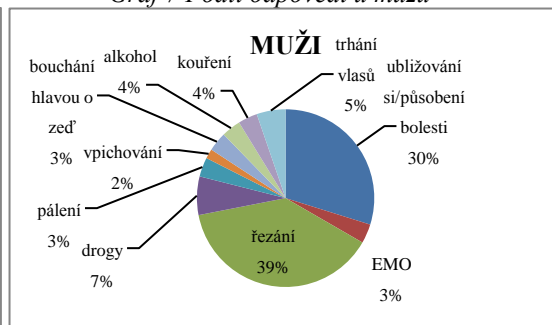
Tabulka 2 Zastoupení odpovědí podle pohlaví a věku

	ŽENY	MUŽI	11-14 LET	15-19 LET
Ubližování si/působení si bolesti	36	17	9	44
Emo	3	2	2	3
Řezání	53	22	27	48
Pálení	22	2	7	17
Vpichování	1	1	0	2
Bouchání hlavou o zed'	0	2	1	1
Hladovění	2	0	2	0
Drogy	2	4	3	3
Alkohol	1	2	2	1
Kouření	0	2	2	0
Trhání vlasů	0	3	3	0

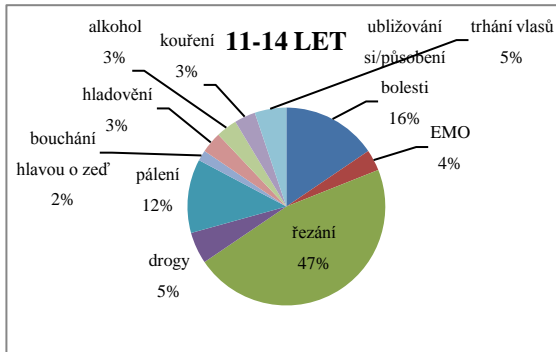
Graf 6 Podíl odpovědí u žen



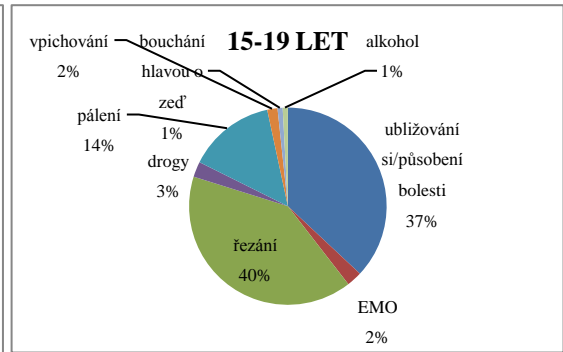
Graf 7 Podíl odpovědí u mužů



Graf 8 Porovnání odpovědí věkové skupiny 11-14 let

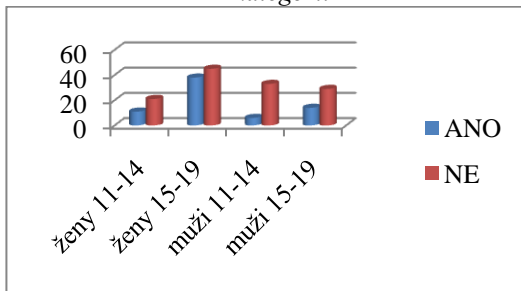


Graf 9 Porovnání odpovědí věkové skupiny 15-19 let



4. Sebepoškozuje se někdo z vrstevníků (kamarád, příbuzný, spolužák), které znáš?

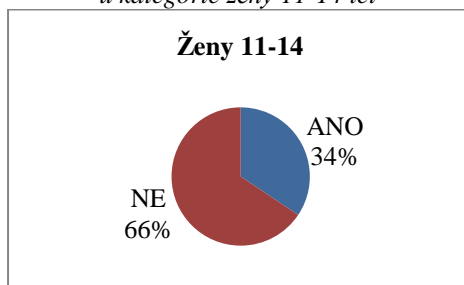
Graf 1 Zastoupení odpovědí u všech kategorií



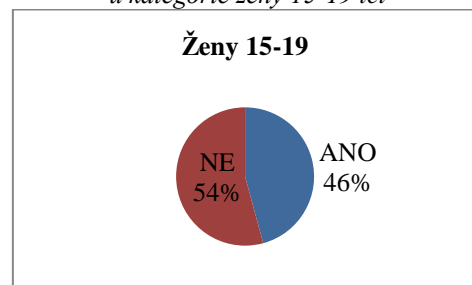
Tabulka 1 Zastoupení odpovědí u všech kategorií

	ANO	NE
ŽENY 11-14	11	21
ŽENY 11-15	38	45
MUŽI 11-14	6	33
MUŽI 15-19	14	29
CELKEM	129	68

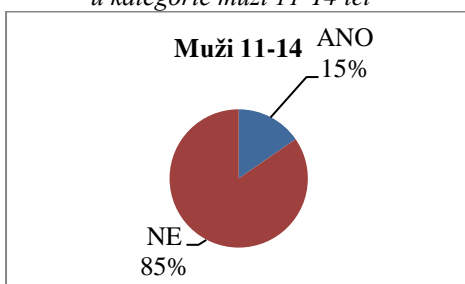
Graf 2 Podíl odpovědí u kategorie ženy 11-14 let



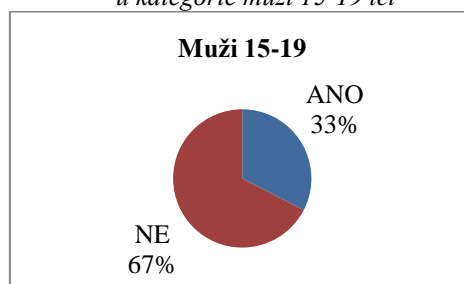
Graf 3 Podíl odpovědí u kategorie ženy 15-19 let



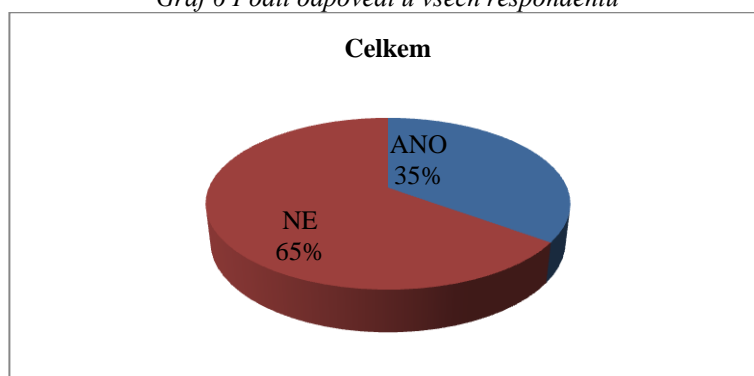
Graf 4 Podíl odpovědi u u kategorie muži 11-14 let



Graf 5 Podíl odpovědi u kategorie muži 15-19 let



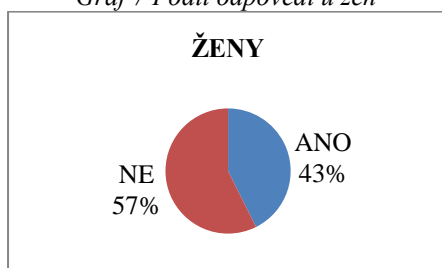
Graf 6 Podíl odpovědi u všech respondentů



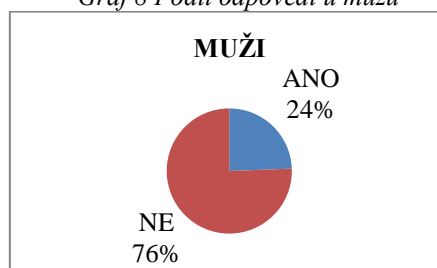
Tabulka 2 Zastoupení odpovědi podle pohlaví a věku

	ANO	NE
ŽENY	49	66
MUŽI	20	62
11-14 LET	17	54
15-19 LET	52	74

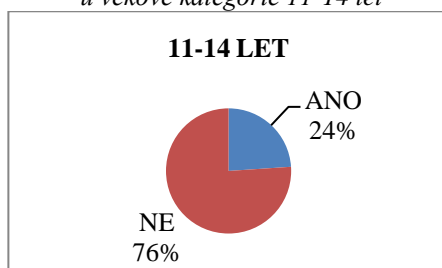
Graf 7 Podíl odpovědi u žen



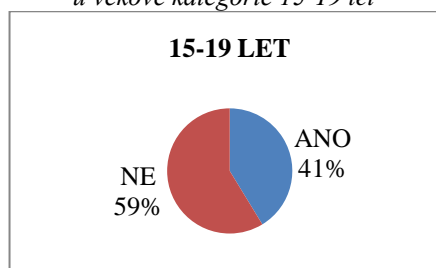
Graf 8 Podíl odpovědi u mužů



Graf 9 Podíl odpovědi u věkové kategorie 11-14 let

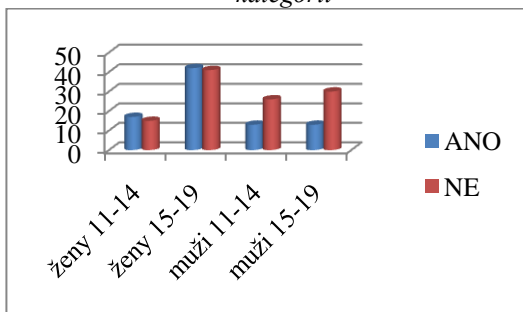


Graf 10 Podíl odpovědi u věkové kategorie 15-19 let



5. Považuješ sebepoškozující se lidi za jinak psychicky zdravé?

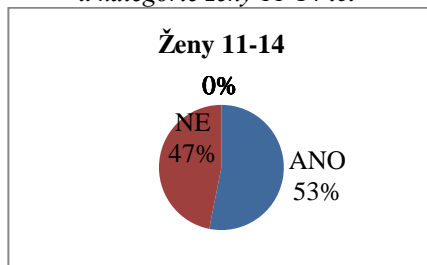
Graf 1 Zastoupení odpovědí u všech kategorií



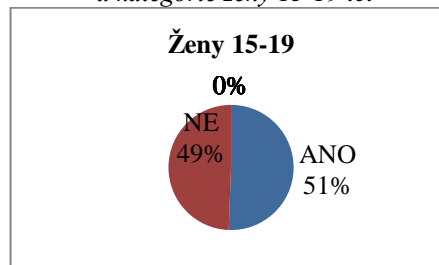
Tabulka 1 Zastoupení odpovědí u všech kategorií

	ANO	NE
ŽENY 11-14	17	15
ŽENY 15-19	42	41
MUŽI 11-14	13	26
MUŽI 15-19	13	30
CELKEM	85	112

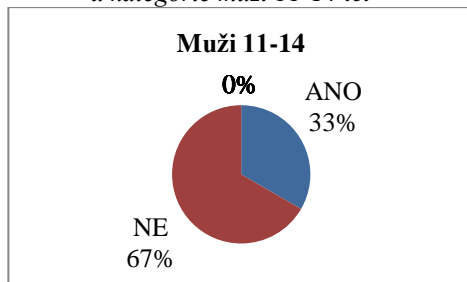
Graf 2 Podíl odpovědí u kategorie ženy 11-14 let



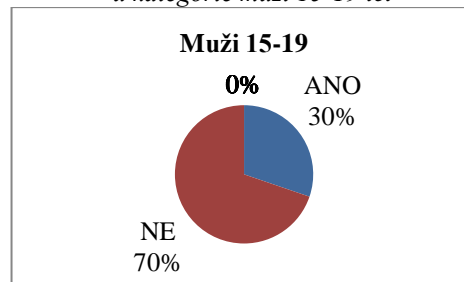
Graf 3 Podíl odpovědí u kategorie ženy 15-19 let



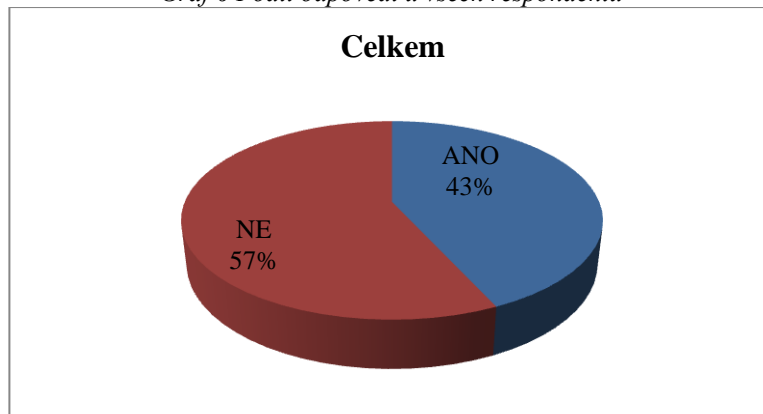
Graf 4 Podíl odpovědí u kategorie muži 11-14 let



Graf 5 Podíl odpovědí u kategorie muži 15-19 let



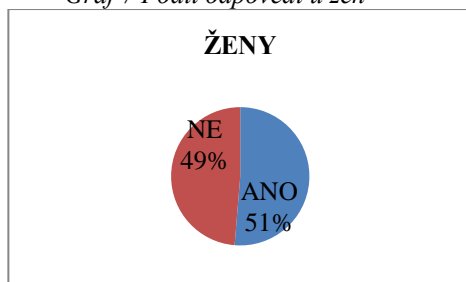
Graf 6 Podíl odpovědí u všech respondentů



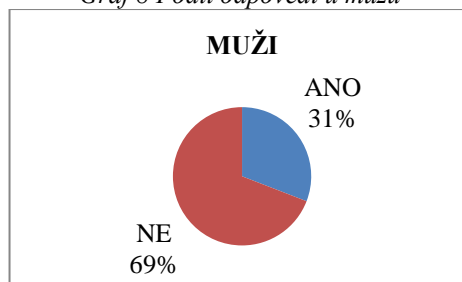
Tabulka 2 Zastoupení odpovědi podle věku a pohlaví

	ANO	NE
ŽENY	59	56
MUŽI	25	56
11-14 LET	30	41
15-19 LET	55	71

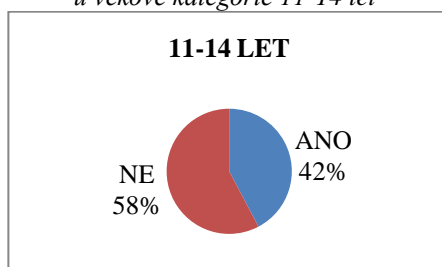
Graf 7 Podíl odpovědi u žen



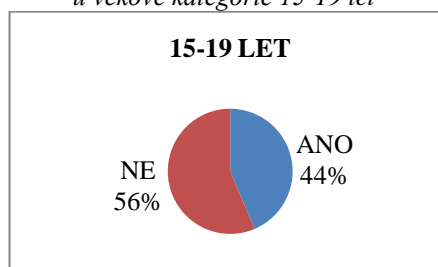
Graf 8 Podíl odpovědi u mužů



Graf 9 Podíl odpovědi u věkové kategorie 11-14 let

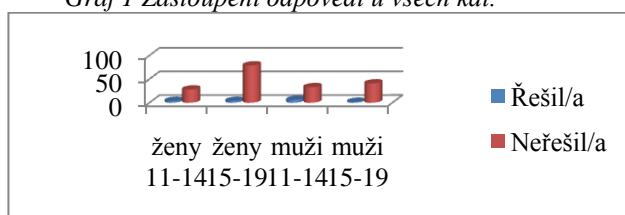


Graf 10 Podíl odpovědi u věkové kategorie 15-19 let



6. Řešil/a bys sám/a svoji krizovou situaci tímto způsobem?

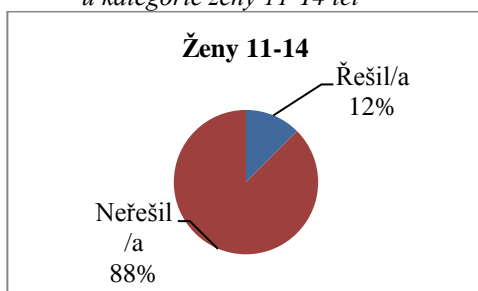
Graf 1 Zastoupení odpovědi u všech kat.



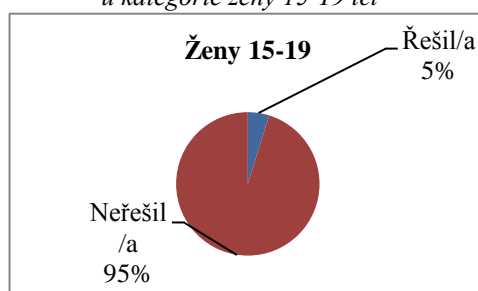
Tabulka 1 Zastoupení odpovědi u všech kat.

	ŘEŠIL/A	NEŘEŠIL/A
ŽENY 11-14	4	28
ŽENY 15-19	4	79
MUŽI 11-14	6	33
MUŽI 15-19	2	41
CELKEM	16	181

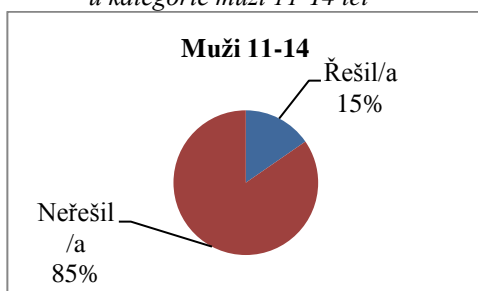
Graf 2 Podíl odpovědí u kategorie ženy 11-14 let



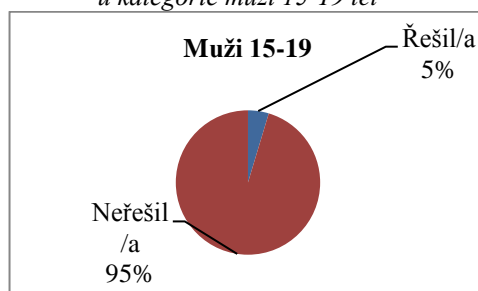
Graf 3 Podíl odpovědí u kategorie ženy 15-19 let



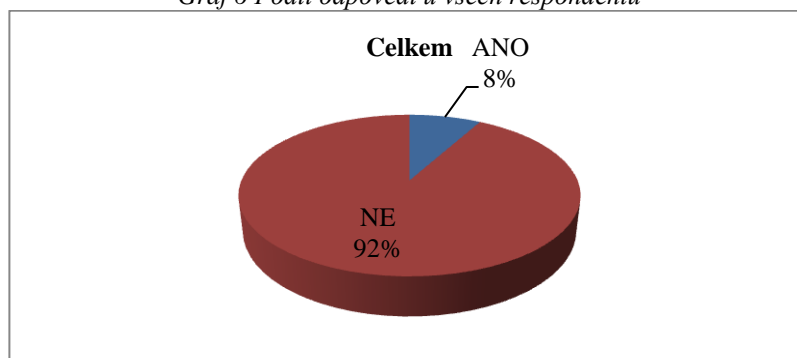
Graf 4 Podíl odpovědí u kategorie muži 11-14 let



Graf 5 Podíl odpovědí u kategorie muži 15-19 let



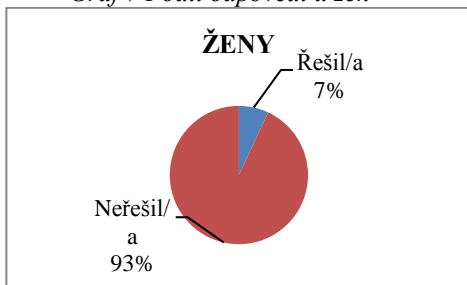
Graf 6 Podíl odpovědí u všech respondentů



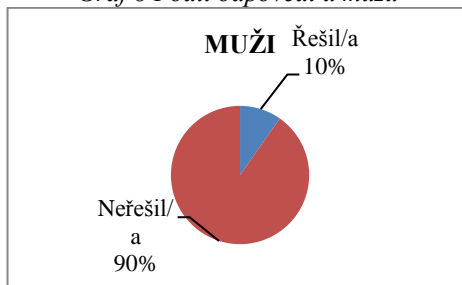
Tabulka 2 Zastoupení odpovědí podle pohlaví a věku

	ŘEŠIL/A	NEŘEŠILA/A
ŽENY	8	107
MUŽI	8	74
11-14 LET	10	61
15-19 LET	6	120

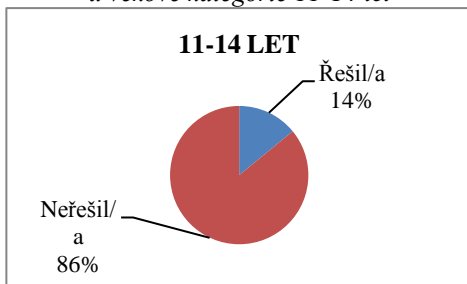
Graf 7 Podíl odpovědí u žen



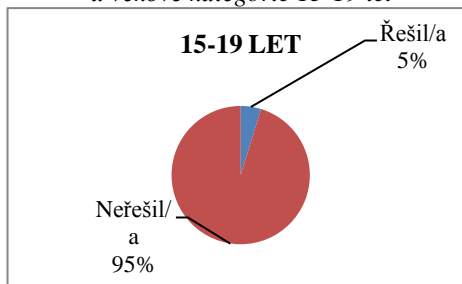
Graf 8 Podíl odpovědí u mužů



Graf 9 Podíl odpovědí u věkové kategorie 11-14 let

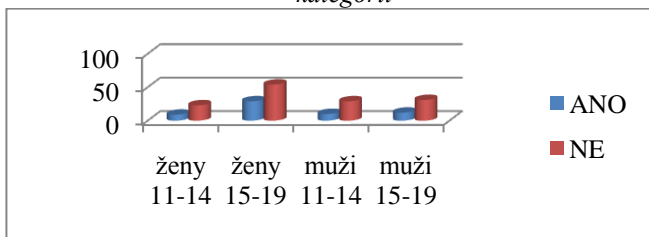


Graf 10 Podíl odpovědí u věkové kategorie 15-19 let



7. Víš, kam se v případě takovýchto potíží obrátit?

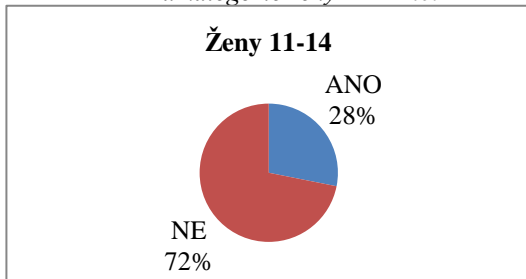
Graf 1 Zastoupení odpovědí u všech kategorií



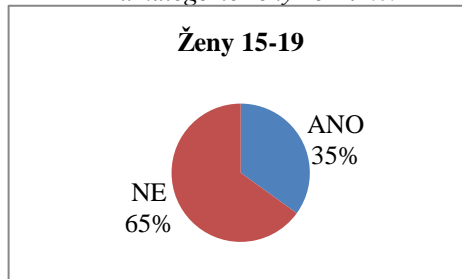
Tabulka 1 Zastoupení odpovědí u všech kategorií

	ANO	NE
ŽENY 11-14	9	23
ŽENY 15-19	29	54
MUŽI 11-14	10	29
MUŽI 15-19	12	31
CELKEM	60	137

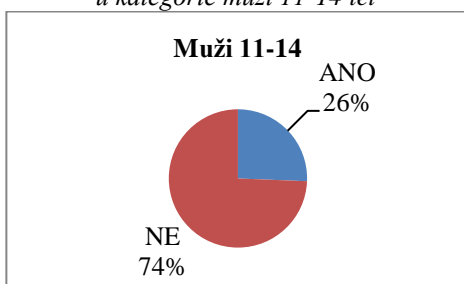
Graf 2 Podíl odpovědí u kategorie ženy 11-14 let



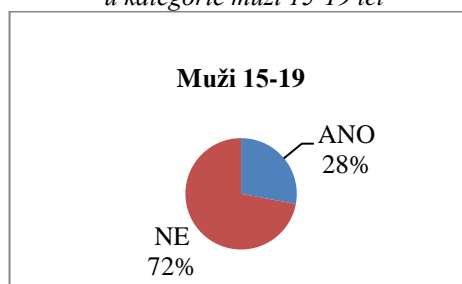
Graf 3 Podíl odpovědí u kategorie ženy 15-19 let



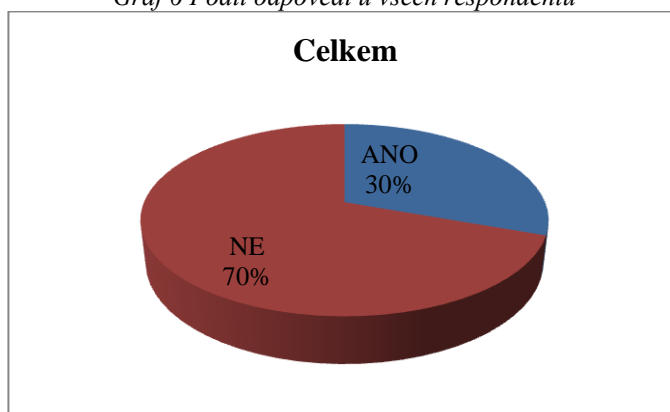
Graf 4 Podíl odpovědí u kategorie muži 11-14 let



Graf 5 Podíl odpovědí u kategorie muži 15-19 let



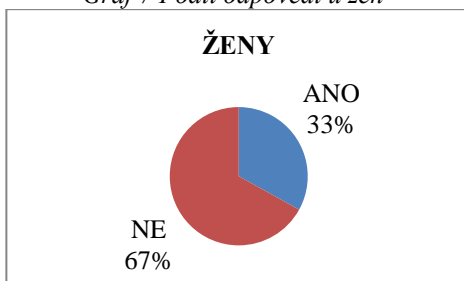
Graf 6 Podíl odpovědí u všech respondentů



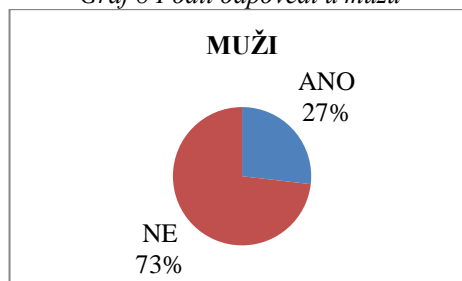
Tabulka 2 Zastoupení odpovědí podle pohlaví a věku

	ANO	NE
ŽENY	38	77
MUŽI	22	60
11-14 LET	19	52
15-19 LET	41	85

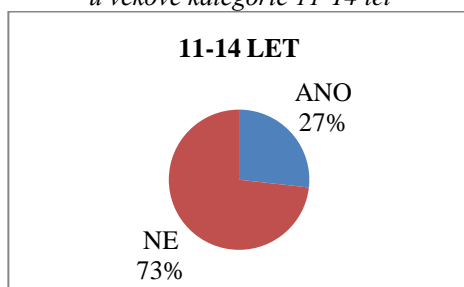
Graf 7 Podíl odpovědí u žen



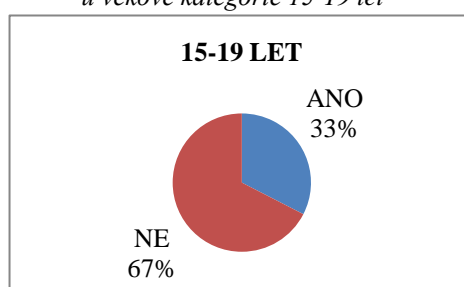
Graf 8 Podíl odpovědí u mužů



Graf 9 Podíl odpovědí u věkové kategorie 11-14 let

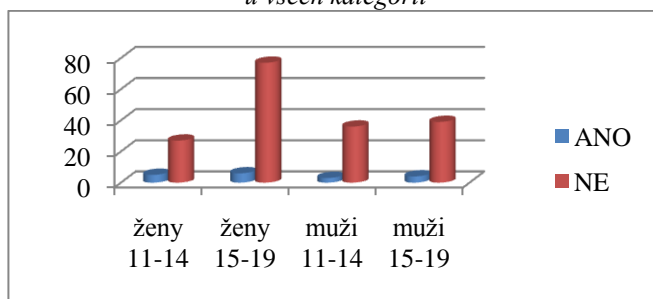


Graf 10 Podíl odpovědí u věkové kategorie 15-19 let



8. Sebepoškozoval/a jsi se někdy nebo jsi k tomu měl/a nutkání?

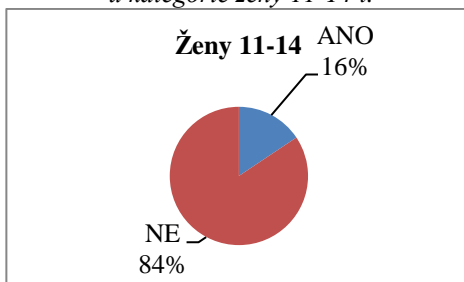
Graf 1 Zastoupení odpovědí na otázku u všech kategorií



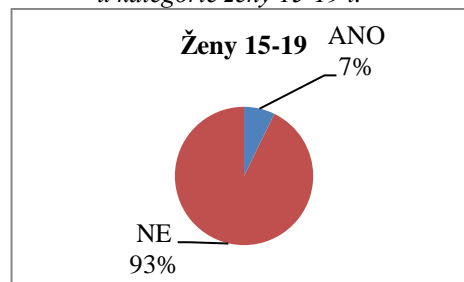
Tabulka 1 Zastoupení odpovědí na otázku u všech kategorií

	ANO	NE
ŽENY 11-14	5	27
ŽENY 15-19	6	77
MUŽI 11-14	3	36
MUŽI 15-19	4	39
CELKEM	18	179

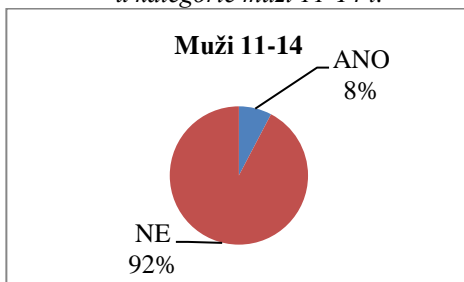
Graf 2 Podíl odpovědí na otázku u kategorie ženy 11-14 l.



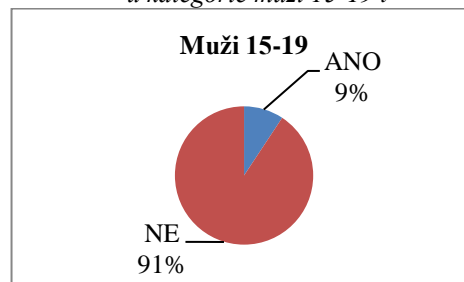
Graf 3 Podíl odpovědí na otázku u kategorie ženy 15-19 l.



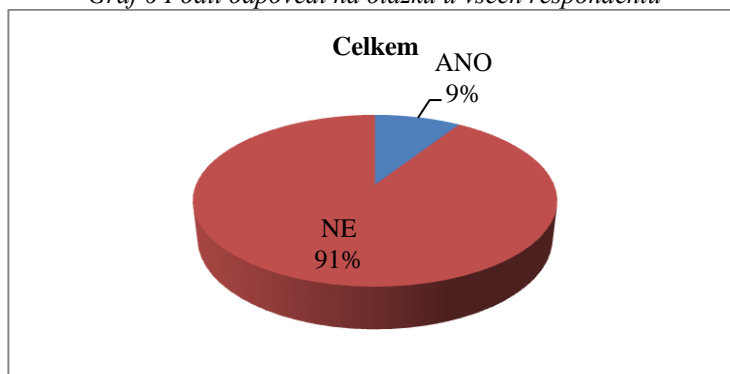
Graf 4 Podíl odpovědí na otázku u kategorie muži 11-14 l.



Graf 5 Podíl odpovědí na otázku u kategorie muži 15-19 l.



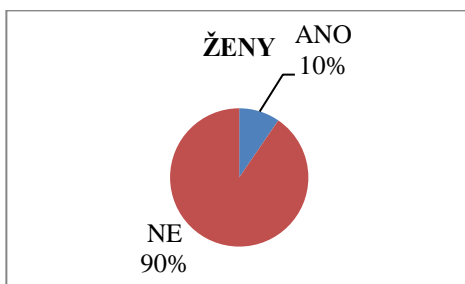
Graf 6 Podíl odpovědí na otázku u všech respondentů



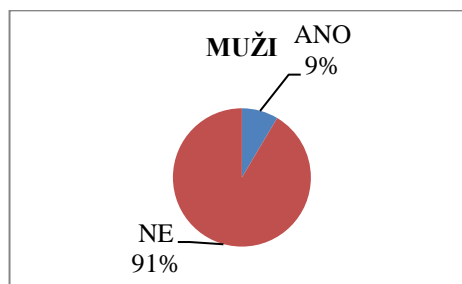
Tabulka 2 Zastoupení odpovědí na otázku podle pohlaví a věku

	ANO	NE
ŽENY	11	104
MUŽI	7	75
11-14 LET	8	63
15-19 LET	10	116

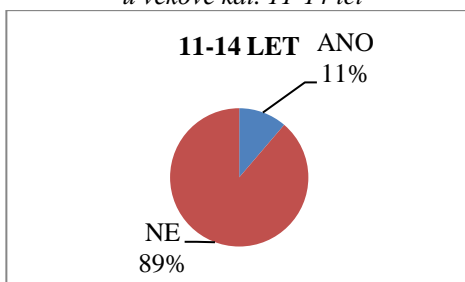
Graf 7 Podíl odpovědí na otázku u žen



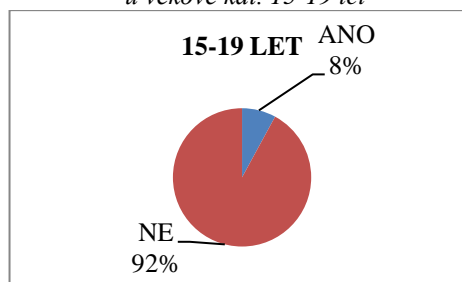
Graf 8 Podíl odpovědí na otázku u mužů



Graf 9 podíl odpovědí na otázku u věkové kat. 11-14 let



Graf 10 Podíl odpovědí na otázku u věkové kat. 15-19 let

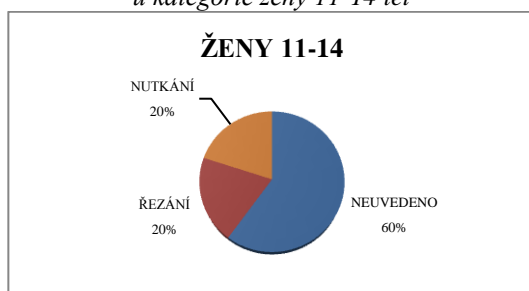


9. Pokud ano, jakým způsobem?

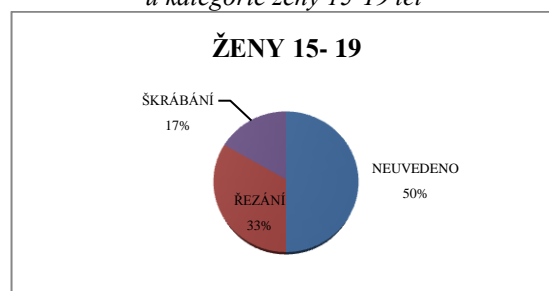
Tabulka 1 Zastoupení odpovědí na otázku u všech kategorií

	NEUVEDENO	NUTKÁNÍ	ŘEZÁNÍ	ŠKRÁBÁNÍ	KOUŘENÍ	HLADOVĚNÍ
ŽENY 11-14	3	1	1	0	0	0
ŽENY 15-19	3	0	2	1	0	0
MUŽI 11-14	0	0	1	0	2	0
MUŽI 15-19	1	0	1	1	0	1
CELKEM	7	1	5	2	2	1

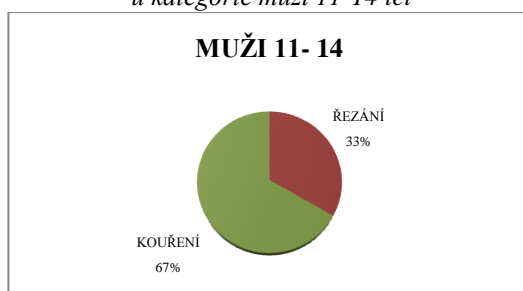
Graf 1 Podíl odpovědí na otázku u kategorie ženy 11-14 let



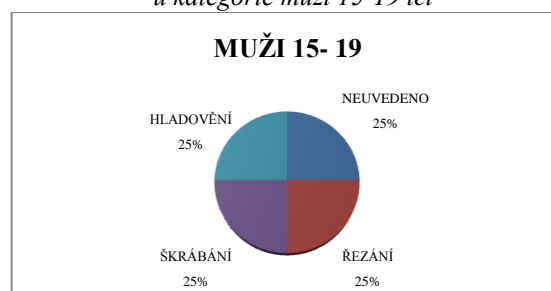
Graf 2 Podíl odpovědí na otázku u kategorie ženy 15-19 let



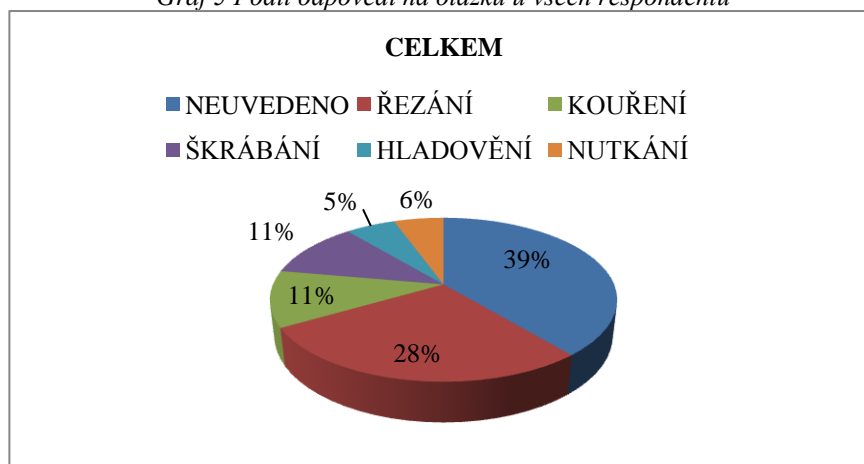
Graf 3 Podíl odpovědí na otázku u kategorie muži 11-14 let



Graf 4 Podíl odpovědí na otázku u kategorie muži 15-19 let



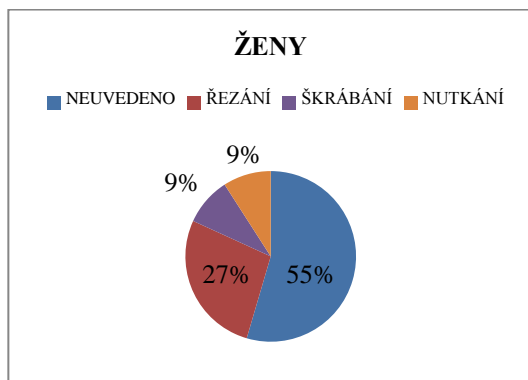
Graf 5 Podíl odpovědí na otázku u všech respondentů



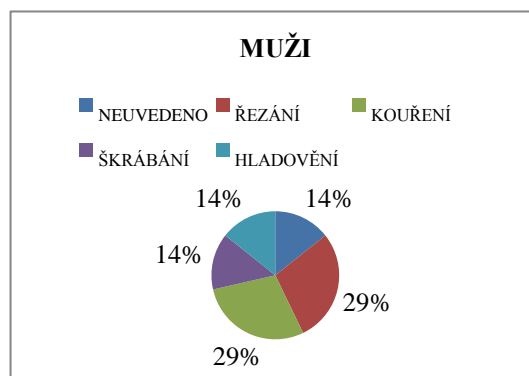
Tabulka 2 Zastoupení odpovědi na otázku podle pohlaví a věku

	NEUVEDENO	ŘEZÁNÍ	KOURENÍ	ŠKRÁBÁNÍ	HLADOVĚNÍ	NUTKÁNÍ
ŽENY	6	3	0	1	0	1
MUŽI	1	2	2	1	1	0
11-14 LET	3	2	2	0	0	1
15-19 LET	4	3	0	2	1	0

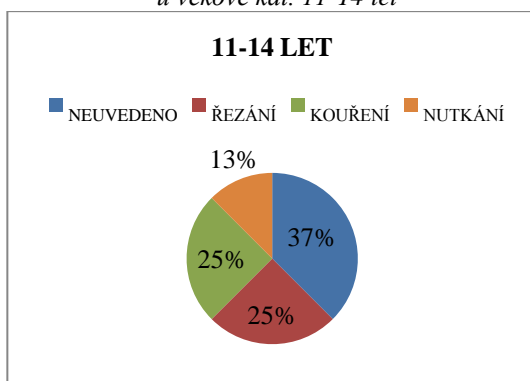
Graf 6 Podíl odpovědi na otázku u žen



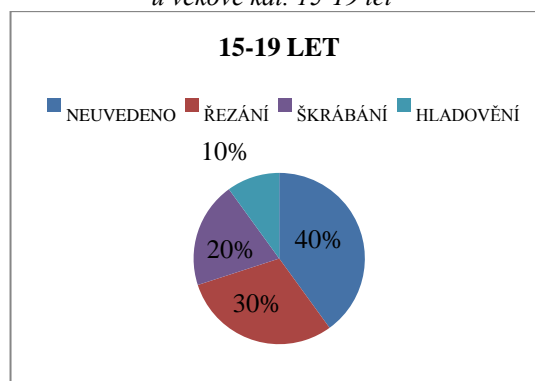
Graf 7 Podíl odpovědi na otázku u mužů



Graf 8 Podíl odpovědi na otázku u věkové kat. 11-14 let

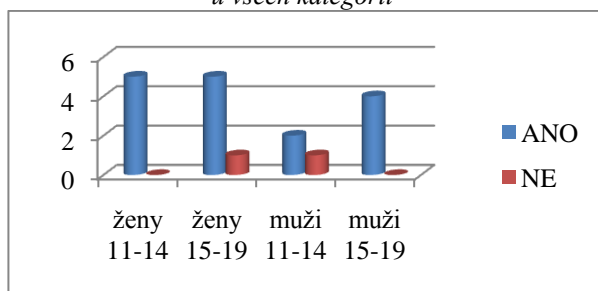


Graf 9 Podíl odpovědi na otázku u věkové kat. 15-19 let



10. Přestal/a si s tím?

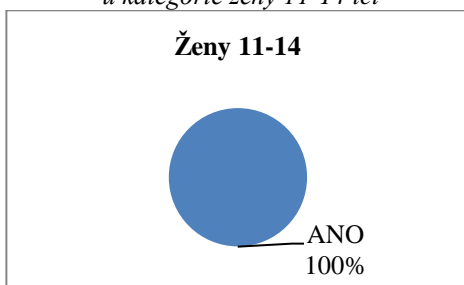
Graf 1 Zastoupení odpovědi na otázku u všech kategorií



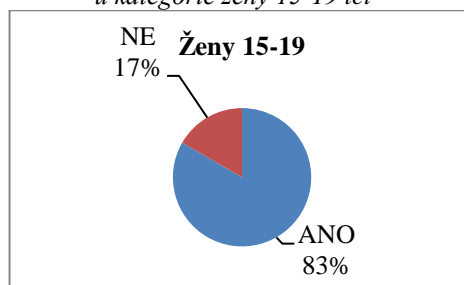
Tabulka 1 Zastoupení odpovědi na ot. u všech kategorií

	ANO	NE
ŽENY 11-14	5	0
ŽENY 15-19	5	1
MUŽI 11-14	2	1
MUŽI 15-19	4	0
CELKEM	16	2

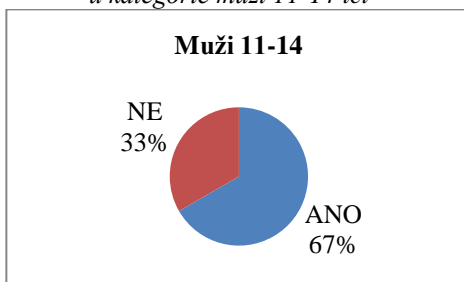
Graf 2 Podíl odpovědí na otázku u kategorie ženy 11-14 let



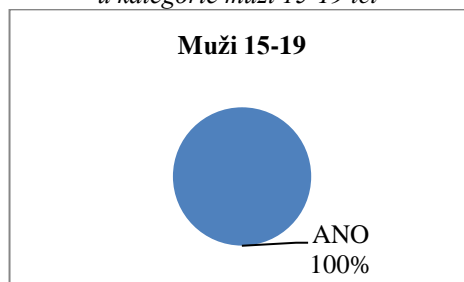
Graf 3 Podíl odpovědí na otázku u kategorie ženy 15-19 let



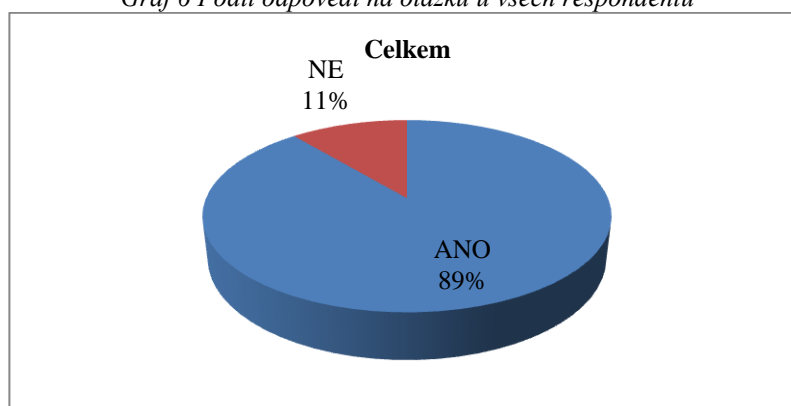
Graf 4 Podíl odpovědí na otázku u kategorie muži 11-14 let



Graf 5 Podíl odpovědí na otázku u kategorie muži 15-19 let



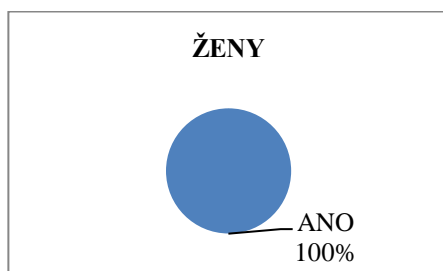
Graf 6 Podíl odpovědí na otázku u všech respondentů



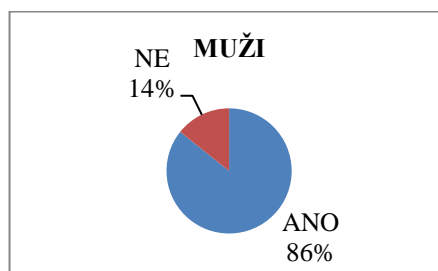
Tabulka 2 Zastoupení odpovědí na otázku podle pohlaví a věku

	ANO	NE
ŽENY	10	0
MUŽI	6	1
11-14 LET	7	1
15-19 LET	9	1

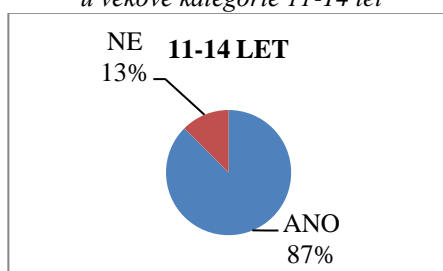
Graf 7 Podíl odpovědí na otázku u žen



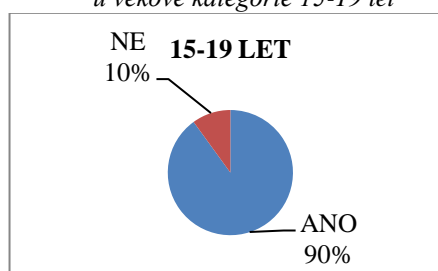
Graf 8 Podíl odpovědí na otázku u mužů



Graf 9 Podíl odpovědí na otázku u věkové kategorie 11-14 let



Graf 10 Podíl odpovědí na otázku u věkové kategorie 15-19 let

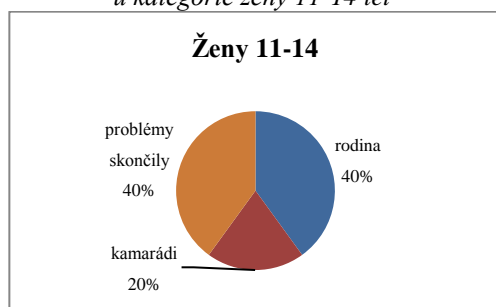


11. Pokud ano, proč? Kdo/co tě zastavil/o?

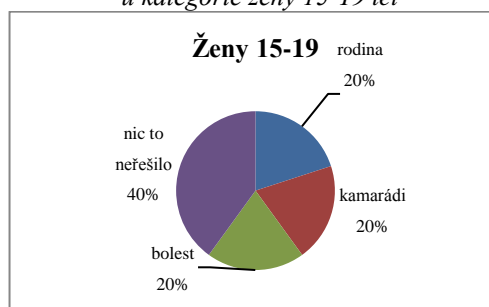
Tabulka 1 Zastoupení odpovědí na otázku u všech kategorií

odpověď	rodina	kamarádi	nic to neřešilo	bolest	problémy skončily	rozmyslel/a jsem si to
ŽENY 11-14	2	1	0	0	2	0
ŽENY 15-19	1	1	2	1	0	0
MUŽI 11-14	0	0	0	0	0	2
MUŽI 15-19	0	2	0	0	0	2
CELKEM	3	4	2	1	2	4

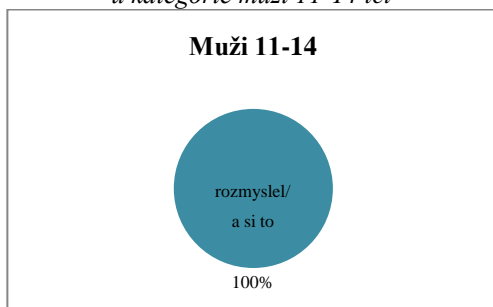
Graf 1 Podíl odpovědí na otázku u kategorie ženy 11-14 let



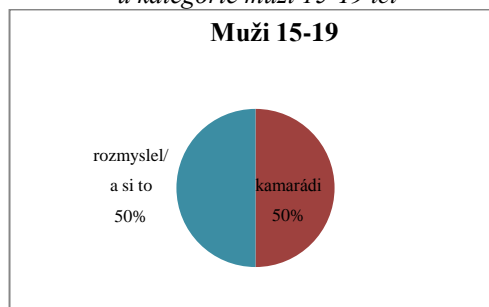
Graf 2 Podíl odpovědí na otázku u kategorie ženy 15-19 let



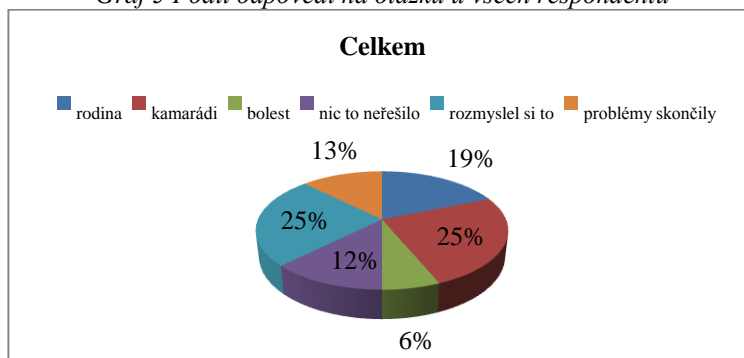
Graf 3 Podíl odpovědí na otázku u kategorie muži 11-14 let



Graf 4 Podíl odpovědí na otázku u kategorie muži 15-19 let



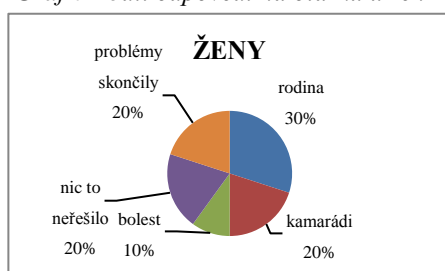
Graf 5 Podíl odpovědí na otázku u všech respondentů



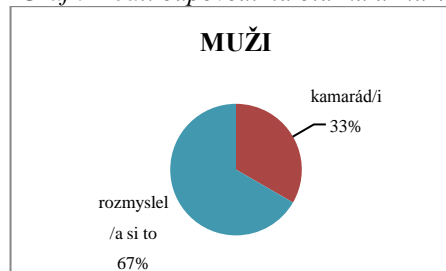
Tabulka 2 Zastoupení odpovědí na otázku podle pohlaví a věku

	rodina	kamarádi	bolest	nic to neřešilo	rozmyslel/a si to	problémy skončily
ŽENY	3	2	1	2	0	2
MUŽI	0	2	0	0	4	0
11-14 LET	2	1	0	0	2	2
15-19 LET	1	3	1	2	2	0

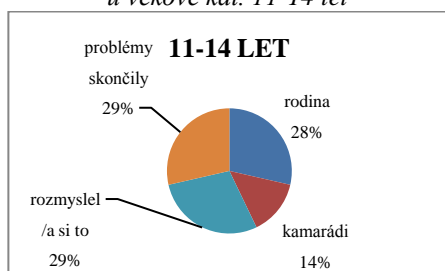
Graf 6 Podíl odpovědí na otázku u žen



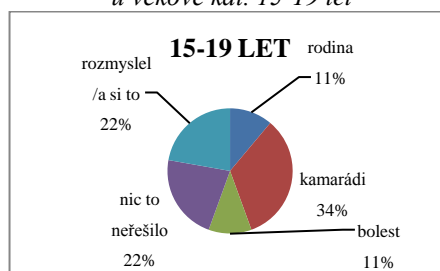
Graf 7 Podíl odpovědí na otázku u mužů



Graf 8 Podíl odpovědí na otázku u věkové kat. 11-14 let



Graf 9 Podíl odpovědí na otázku u věkové kat. 15-19 let



I v případě sebepoškození velký podíl respondentů (84%) ví, co pojem obsahuje. Nejvíce je s pojmem sebepoškození seznámena skupina žen 15-19 let (95%), nejméně pak skupina mužů 11-14 let (69%). (ot. č. 1) Nejčastěji se respondenti o sebepoškození dověděli z médií (64%), z nichž bezkonkurenčně nejčastěji uváděli internet, dále ve škole (21%) a od přátel (10%). Škola tvořila pouhé 4% odpovědí u skupiny mužů 11-14 let, nejvíce u skupiny žen 15-19 let (27%). Rodina, jako zdroj informací o sebepoškození, dopadla špatně. Uvedla ji nejvíce skupina muži 11-14 let, a to pouze v 8% odpovědí. (ot. č. 2) Pod pojmem sebepoškození si respondenti nejčastěji představují řezání se (42%), obecně působení si bolesti a ubližování si (30%) a pálení se (14%). Požívání alkoholu (8%), kouření (8%) a užívání nelegálních drog (12%) uvedla nejčastěji skupina mužů 11-14 let. (ot. č. 3) Respondenti uvádějí, že mezi vrstevníky znají 35% sebepoškozujících se osob. Nejvíce skupina žen 15-19 let (46%) a nejméně skupina mužů 11-14 let (15%), což koresponduje s výsledky výzkumů, z nichž vyplývá, že se nejčastěji sebepoškozují ženy po 14. roce života. (ot. č. 4) Sebepoškozující se osoby považuje plných 43% respondentů za psychicky zdravé, nejvíce ženy ve věku 11-14 let (53%) a nejméně muži ve věku 15-19 let (30%). (ot. č. 5) Celkem 92% respondentů by svoji krizovou situaci metodou sebepoškození se neřešilo. Skupina 15-19ti letých dokonce v 95%, což je pozitivní zjištění. Za odpověď v dotazníku mnoho osob uvádělo, že je to proto, že se mají rádi a bojí se bolesti. (ot. č. 6) Podobně jako u sebevražd neví 70% respondentů, kam se v případě problémů obrátit. Nejlépe je na tom skupina ženy 15-19 let, která to ví v 35% případech. (ot. č. 7) S odpověďmi na otázku č. 6 souvisí malé procento těch, kteří se sebepoškozovali nebo sebepoškozují (9%). Nejvíce je jich ve skupině ženy 11-14 let (16%). (ot. č. 8) Ti, kteří se sebepoškozují, uvádějí nejčastěji jako způsob provedení řezání se (28%), kouření cigaret (11%) a škrábání se (11%). U žen i mužů je řezání se také nejčastější metodou.

U skupiny mužů 11-14 let tvoří kouření 25% odpovědí. (ot. č. 9) Pozitivní je i procento těch, kteří se sebepoškozováním přestali (89%), u žen je to dokonce 100%. (ot. č. 10) Jako důvod uvádějí respondenti nejčastěji kamarády (25%), že si to rozmysleli (25%) a rodina (19%). Varianta, že si to rozmysleli, tvoří u mužů 11-14 let 100% odpovědí, což souvisí s tím, že se sebepoškozují tím, že kouří cigarety. U žen tvoří rodina, jako důvod, proč přestaly se sebepoškozováním 30%, u skupiny 15-19 let tvoří kamarádi 34% odpovědí. (ot. č. 11)

5.6 Dílčí závěr

Ze zpracovaných výsledků dotazníkového šetření vyplývají informace předpokladatelné, stejně jako překvapivé až alarmující.

Velká většina mladých lidí ví, co je to sebevražda i sebepoškozování, což je jistě dobrá zpráva z hlediska prevence, ale jen málo z nich se o nich dovědělo v rodině či ve škole. Tyto instituce zcela převálcovala média, a to především internet. Částečně je to pochopitelné vzhledem k moderní době, v níž žijeme, ale i tak je zde velký prostor pro zlepšení a nápravu. Je také poměrně velký počet těch, kteří se ve svém okolí setkali či setkávají jak se sebevraždou, tak se sebepoškozováním, přičemž tyto lidi hodnotí vesměs negativně a nemají pochopení pro jejich důvody k takovému jednání. To se ale částečně liší od určité kategorie věku a pohlaví k jiné kategorii. Potěšujícím je zjištění, že téměř 90% mladých lidí je se svou současnou situací ve škole, v rodině i ve vztazích s vrstevníky spokojeno. Špatné jsou ale výsledky průzkumu jak pro rodinu, tak školu v souvislosti s tím, že mladí lidé málo vědí, kam se obrátit o pomoc a jací odborníci a organizace lidem pomáhají. V této oblasti osvěty a informovanosti je nutné v naší společnosti mnohé zlepšit. Zajímavé je, že ti, kteří uvádějí ve svých odpovědích, že se sebepoškozují, uvedli mezi způsoby sebepoškozování také kouření tabáku a pití alkoholu. V tomto ohledu jde snad mladá generace dopředu a uvědomuje si více negativní dopady na zdraví u tzv. legálních drog.

ZÁVĚR

Sebevražedné jednání i sebepoškozování jsou mezi dětmi a mládeží velmi rozšířené. Vinu na tom z části nese malá informovanost a preventivní opatření ze strany škol i rodin. Já jsem si toto téma vybrala, protože mě jistým způsobem zajímalo a chtěla jsem se sama o těchto jevech dovědět více. Samozřejmě se jedná o téma velmi depresivní a neradostné, ale právě takovým tématům bychom se pro jejich nebezpečnost neměli vyhýbat.

Cílem bakalářské práce bylo shrnout současné podstatné poznatky o jevech sebevraždy a sebepoškozování, a to především u dětí a mládeže, a tím umožnit zejména správnou diagnózu a prevenci obou jevů. V bakalářské práci jsme se proto zaměřili na vysvětlení pojmů sebevražda, sebepoškozování a poskytnutí současných dostupných informací o nich a jejich projevech, rozpoznání, terapeutických přístupech i preventivních opatřeních. Praktická část si pak klade za cíl zjištění postojů, názorů a zkušeností dětí a mládeže v souvislosti s oběma jevy a nahlédnutí do jejich duší, nikoli snad přinést nové a převratné poznatky vedoucí k rychlému vyřešení této problematiky.

Sociální pedagogika si klade za cíl optimalizaci života nejen sociálně znevýhodněných skupin lidí, ale také celé obecné populace. Především naučit lidi, jak fungovat normálně v lidské společnosti. Sociálně znevýhodnění jedinci mají vzhledem k tomu, že nejsou připraveni na zvládání nástrah běžného života, společenské požadavky a normy a zvládání zátěžových situací, vyšší rizika sebevražedného i sebepoškozujícího se jednání. Zde se cíle sociální pedagogiky překrývají s cíli naší práce a zde vidíme vzájemnou souvislost-poskytnout informace těm, kteří pracují v pomáhajících profesích nejen s dětmi, aby je dokázali naučit zvládání běžných i zátěžových situací, a aby správně reagovali na varovné signály a efektivně pomáhali.

Doufám tedy, že se nám podařilo splnit cíle stanovené v této práci a že přinese užitek nejenom mně, jakožto její autorce, ale i jiným lidem pohybujícím se v blízkosti nejen dětí a mladých lidí, kteří mohou rychleji a lépe podat pomocnou ruku.

RESUMÉ

Bakalářská práce je zaměřena na sebepoškozování a sebevraždu zejména z hlediska dětí a adolescentů. Její součástí je praktická část reprezentovaná dotazníkovým šetřením mezi žáky a studenty ZŠ a SŠ zaměřeným na zjištění současného stavu obou fenoménů mezi dětmi a mládeží, na jejich názory, postoje a zkušenosti.

První kapitola seznamuje čtenáře s obsahem pojmu sebevražda a podobných pojmů, s druhy sebevraždy a její historií. Ve druhé kapitole se dozvíme, co je sebepoškozování a jaké druhy rozlišujeme. Třetí kapitola se týká sebevražednosti u dětí a mládeže. Seznamuje nás, kromě forem a příčin sebevražd, se současnou diagnostikou, terapií a preventivními kroky. Ve čtvrté kapitole, která se také týká dětí a mládeže, popisujeme motivy sebepoškozujícího se chování, jeho komorbiditu a také diagnózu, léčbu a prevenci.

Praktickou část představuje dotazníkové šetření, jehož cílem je zjistit povědomí žáků a studentů ZŠ a SŠ o sebevraždě i sebepoškozování. Nejprve se seznámíme s jeho cíly, předpoklady a metodami. Poté následují samotné výsledky dotazníkového šetření a jejich shrnutí.

ANOTACE

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku jevů sebevraždy a sebepoškození.

V teoretické části se zaměřujeme u obou patologických jevů na jejich vysvětlení, klasifikaci a historický vývoj. Dále na jejich diagnostiku, léčbu a prevenci u věkové skupiny dětí a adolescentů.

Praktická část práce je pak reprezentována dotazníkovým šetřením mezi žáky a studenty základních a středních škol, v němž jsme zjišťovali především jejich povědomí, zkušenosti, názory a postoje k dané problematice v současné době.

Klíčová slova: sebepoškození, sebevražda, děti, adolescenti, diagnostika, léčba, prevence, dotazník

ANOTATION

The Bachelor thesis is focused on suicide and self-harm phenomena. In the theoretical part we attempted to explain and classify both of them. Next we clarify diagnosis, therapy and prevention in the age group of children and adolescents.

The practical part is represented by survey among pupils and students of primary and secondary schools. We found out their contemporary knowledges, opinions, attitudes and experiences.

Key words: self-harm, suicide, children, adolescents, diagnosis, therapy, prevention, questionnaire

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ:

Černý, L. *Sebevražednost dětí a mladistvých se zvláštním zaměřením na preventivní opatření*. Praha: Avicenum, 1970, 132 s.

Drtilová J., Koukolík F. *Odlíšné dítě*. Praha: Vyšehrad, 1994, 136 s., ISBN 80-7021-097-4

Fischer, S., Škoda, J. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada, 2009, 218 s., ISBN 978-80-247-2781-3

Gavora, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, 207 s., ISBN 80-85931-79-6

Hort V. a kol. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2000, 496 s., ISBN 80-7178-472-9

Hort, V. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2008, 492 s., ISBN 978-80-7367-404-5

Koukolík, J., Drtilová, J. *Vzpouřa deprivantů*, Praha: Makropulos, 1996, 303 s., ISBN 80-901776-8-9

Koutek, J., Kocourková, J. *Sebevražedné chování*. Praha: Portál, 2007, 128 s., ISBN 978-80-7367-349-9

Kriegelová, M. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Praha: Grada, 2008, 174 s., ISBN 978-80-247-2333-4

Masaryk, T.G. *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*. Praha: Ústav T. G. Masaryka, 1998, 221 s., ISBN 80-90197-4-0

Paclt, I., Florian J. *Psychofarmakoterapie dětského a dorostového věku*, Praha: Grada, 1998, 400 s., ISBN 80-7169-506-8

Platznerová, A. *Sebepoškozování-aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén, 2009, 159 s., ISBN 978-80-7262-9

Radvan, E. *Poznámky k vypracování odborného textu*. IMS Brno, 2008

Řehoř, A. *Metodické pokyny pro vypracování a bakalářské a diplomové práce*. IMS Brno, 2008

Řehoř, A. *Metodologie*. IMS Brno, 2004

Šrajber, J. *Suicidum, sebeobětování nebo mučednictví?*. Praha: Triton, 2009, 235 s., ISBN 978-80-7387-291-5

Viewegh, J. *Sebevražda a literatura*, Brno: Akademie věd, 1996, 282 s., ISBN 80-85880-10-5

Cacková A. Diplomová práce *Využití snoezelenu jako prevence sebepoškozování u jedinců s kombinovaným postižením* [online]

Brno, 2009, [cit. 2010-11-08]. Dostupné na www:

<[http:// is.muni.cz/th/135762/pedf_m/diplomova_prace_konecna.doc/?lang=en](http://is.muni.cz/th/135762/pedf_m/diplomova_prace_konecna.doc/?lang=en)>

Černá, A. *Žiletková past* [online] [cit. 2010-11-11] Dostupné na www:

< <http://psychologie.cz/ziletkova-past/>>

Hýbnerová J. Diplomová práce: *Sebevražedné jednání u dětí a mladistvých* [online]

Brno, 2006, [cit. 2010-11-10]. Dostupné na www:

< http://is.muni.cz/th/64879/ff_m/Jana_Hybnerova.pdf >

Kolář, J. *Motivace k sebepoškozování a jeho prožívání u adolescentů* [online]

Brno, 2007, [cit. 2010-11-07] Dostupné na www:

http://is.muni.cz/th/144300/fss_b/motivace_k_sebeposkozovani_a_jeho_prozivani_u_adolescentu.doc

Malá, E. *Sebepoškozování jako závažný symptom a nebezpečný společenský jev* [online] [cit. 2010-11-11]. Dostupné na www:

<http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/sebeposkozovani-jako-zavazny-symptom-a-nebezpecny-spolecensky-je-415668>

Pearlman, J. *Why do People Self-Harm* [online] [cit. 2010-11-10]. Dostupné na www:

<http://www.thesite.org/healthandwellbeing/mentalhealth/selfharm/whydopeopleselfharm>

Šatavová, I. *Poradna-sebepoškozování* [online] [cit. 2010-11-09]. Dostupné na www:

<http://sebeposkozovani.ath.cx/modules.php?name=News&file=print&sid=374>

www.sebevrazda.psychoweb.cz

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Úplné znění dotazníku pro žáky a studenty ZŠ a SŠ

Příloha č. 2: Statistika sebevražd podle pohlaví a věkových skupin v letech 93-09

Příloha č. 1: Úplné znění dotazníku pro žáky a studenty ZŠ a SŠ

Dobrý den,

jmenuji se Eva Polakovičová, studuji v bakalářském programu UTB ve Zlíně, obor Sociální pedagogika a ráda bych vás poprosila o trochu vašeho času. Obracím se na vás s prosbou o vyplnění krátkého anonymního dotazníku za účelem zpracování praktické části své bakalářské práce na téma „Sebevražda a sebepoškozování jako řešení životní krize-prostředí, situace“. Jak jsem již uvedla, dotazník je zcela anonymní, vyplníte pouze váš věk a pohlaví.

Děkuji vám předem za čas, který mi věnujete.

S pozdravem,

Eva Polakovičová

Pokyny pro vyplnění:

-pište, prosím, HŮLKOVÝM písmem

-pokud jsou k dispozici možnosti (ANO, NE), odpovídající možnost zaškrtněte nebo zakroužkujte (i u věku a pohlaví, než začnete vyplňovat)

-pokud je možnost se rozepsat, je k tomu připraveno místo v podobě tečkovaných řádků

-pokud si nejste jistí odpovědí nebo se vám nelíbí formulace otázky, přikloňte se k bližší možnosti odpovědi

-pokud vám nestačí místo, pište na druhou stranu papíru a napište číslo otázky, ke které se rozepisujete

-pokud nějaká/é otázka/y navazuje/í logicky na předešlé, kde jste odpověděli záporně, nemůžete na ni/ě odpovědět (např., pokud neznáte nikoho, kdo se pokusil o sebevraždu, nemůžete odpovídat na to, zdali jeho pohnutky chápete, apod.)

VĚK: 11-14

POHLAVÍ: MUŽSKÉ

15-19

ŽENSKÉ

I. Sebevražda

1) Víš, co je to sebevražda?

ANO

NE

2) Znáš někoho ve svém okolí, kdo se pokusil o sebevraždu nebo ji spáchal? (v rodině, kamarád, spolužák, známý,...)

ANO

NE

3) Dokážeš pochopit důvod, který ho/ji k tomu vedl?

ANO

NE

4) Hodnotíš lidi, kteří se pokusili o sebevraždu nebo ji dokonali spíše kladně (neměli jinou možnost) nebo záporně (vždy je jiná cesta)?

spíše KLADNĚ

spíše ZÁPORNĚ

5) Jsi momentálně v životě spokojený/á? (v rodině, škole, mezi vrstevníky, ve vztazích,...)

ANO

NE

6) Ocitl/a jsi se sám/a v situaci, která se ti jevila bezvýchodná, a zdálo se ti, že život nemá smysl?

ANO

NE

7) Pokud ano, kdo či co tě zastavil/o před řešením té situace sebevraždou?

.....
.....
.....

8) Znáš nějaké odborníky či organizace, kde pomáhají lidem se sebevražednými sklony?

ANO
NE

9) Pokud ano, tak které?

.....
.....
.....

II Sebeпоškozování

1) Víš, co je to sebeпоškozování?

ANO
NE

2) Kde/od koho ses to dověděl/a?

.....
.....
.....

3) Co si pod pojmem sebeпоškozování představuješ?

.....
.....
.....
.....

4) Znáš ve svém okolí někoho z vrstevníků, kdo se sebeпоškozuje?
(kamarád, příbuzný, spolužák,...)

ANO

NE

5) Považuješ sebepoškozující se lidi za jinak psychicky zdravé?

ANO

NE

6) Řešil/a bys sám/a svou vlastní krizovou situaci nebo problém takto?

Neřešil/a

Řešil/a

7) Víš, na jaká zařízení se v případě takovýchto potíží obrátit?

ANO

NE

8) Ty sám/a jsi se někdy sebepoškozoval/a nebo jsi k tomu měl/a nutkání?

ANO

NE

9) Pokud ano, jakým způsobem?

.....
.....
.....
.....

10) Přestal/a si s tím?

ANO

NE

11) Pokud ano, proč? Kdo/co tě zastavil/o?

.....
.....
.....

Příloha č. 2: Statistiky sebevražd podle pohlaví a věkových skupin v letech 93-09

Rok	Absolutní údaje Numbers										Sebevraždy na 100 000 obyvatel
	Sebevraždy celkem	z toho		z toho ve věku							
		muži	ženy	- 14	15- 24	25- 34	35- 44	45- 54	55- 64	65+	
1993	1 917	1 412	505	12	174	205	367	384	251	524	18,6
1994	1 872	1 341	531	13	179	218	339	360	227	536	18,1
1995	1 733	1 284	449	11	196	205	328	334	223	436	16,8
1996	1 568	1 206	362	9	166	188	276	329	172	428	15,2
1997	1 666	1 311	355	6	157	197	307	377	211	411	16,2
1998	1 613	1 268	345	8	157	199	304	360	192	393	15,7
1999	1 610	1 285	325	3	168	205	243	373	202	416	15,7
2000	1 649	1 298	351	12	164	200	303	363	200	407	16,1
2001	1 623	1 294	329	6	152	202	284	403	202	374	15,9
2002	1 534	1 216	318	6	117	210	252	374	208	367	15,0
2003	1 719	1 365	354	9	138	235	275	424	263	375	16,9
2004	1 583	1 286	297	8	124	217	246	393	258	337	15,5
2005	1 564	1 272	292	6	101	240	268	357	292	300	15,3
2006	1 400	1 142	258	3	113	175	226	328	244	311	13,6
2007	1 375	1 147	228	2	114	197	223	288	248	303	13,3
2008	1 379	1 123	256	4	110	194	241	281	236	313	13,2
2009	1 464	1 230	234	3	97	217	219	336	294	298	14,0

(Demografická příručka ČSÚ 2009)

