

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie

RIGORÓZNÍ PRÁCE

Mgr. Hana Nekolná

Rizikové faktory suicidálního chování u české adolescentní populace

**Risk Factors for Suicidal Behaviour among Czech Adolescent
Population**

2013

Konzultant práce: prof. PhDr. Vladimír Kebza, CSc.

„Prohlašuji, že jsem tuto rigorózní práci vypracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.“

V Praze dne 31. 7. 2013

.....

Mgr. Hana Nekolná

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala konzultantovi práce prof. PhDr. Vladimíru Kebzovi, CSc.

Abstrakt

Rigorózní práce „Rizikové faktory suicidálního chování u české adolescentní populace“ pojednává o suicidalitě a suicidálním chování adolescentů v České republice. Teoretická část práce se zabývá vymezením základních pojmů tohoto tématu a dále formami, metodami i motivy suicidálního chování. Věnuje se také různým přístupům a chápání této problematiky v minulosti i současnosti. Dále uvádí popis adolescence jako samostatného vývojového období v životě jedince a rozbor rizik této životní fáze. Teoretická část obsahuje taktéž charakteristiku epidemiologie jevu a možné diagnostické, terapeutické a preventivní přístupy k suicidálnímu chování. Empirická část rigorózní práce popisuje výzkum, jehož cílem bylo zjistit souvislosti zvýšené míry sebevražděného rizika ve vztahu k základním dimenzím osobnosti (za použití Freiburského osobnostního dotazníku), sociální opoře (prostřednictvím Dotazníku vnímané sociální opory) a životní angažovanosti (skrze Test životní angažovanosti). Výzkumný vzorek obsahoval 192 respondentů z posledních ročníků gymnázií a středních odborných učilišť v Praze a na Vysočině. Výsledky výzkumu potvrdily souvislost mezi sníženým suicidálním rizikem a zvýšenou mírou životní angažovanosti a sociální opory, dále taktéž mezi zvýšeným suicidálním rizikem a zvýšenou mírou depresivity a emocionální lability. Tato práce vznikla rozšířením práce diplomové s názvem „Rizika suicidálního chování u adolescentů: diagnostické, intervenční a preventivní možnosti“.

Klíčová slova: sebevražda, suicidální chování, epidemiologie, adolescent, rizika suicidálního chování

Abstract

The rigorous thesis “Risk Factors for Suicidal Behaviour among Czech Adolescent Population” deals with suicidality and suicidal behaviour among adolescents in the Czech Republic. The theoretical part of the thesis describes the basic terms of this topic, various approaches and understanding of this issue in the past and at present. This work also deals with the forms, methods and motives of suicidal behaviour. Furthermore, it describes the age of adolescence as an independent evolutionary period in the life of a man and analyses the risks of this life era. The theoretical part also contains a description of the epidemiology of this phenomenon and possible diagnostic, therapeutic and preventive approaches to suicidal behaviour. The empirical part of the thesis describes a research in which the goal was to determine a relation to the increase of suicidal risk and the basic dimension of the personality (using the Freiburg’s Personality Inventory), social support (by the Perceived Social Support Scale) and life engagement (through the Life Engagement Test). The research sample contained 192 respondents from the senior years of grammar schools and vocational schools from Prague and Vysočina. The results of this research confirmed the connection between a lowered suicidal risk and a higher living engagement rate and higher social support rate. It also confirmed the connection between a higher suicidal risk and a higher rate of depressivity and emotional lability. This thesis extends the topic of the diploma thesis titled “The Risks of Suicidal Behavior among Adolescents: Diagnostic, Interventional and Preventive Options”.

Key words: suicide, suicidal behaviour, epidemiology, adolescent, the risks of suicidal behaviour

Obsah

Obsah	6
I. Úvod.....	10
II. Teoretická část.....	12
1. Suicidální chování.....	12
1.1 Vyjasnění základních pojmů	12
1.2 Formy suicidálního chování.....	13
1.2.1 Suicidální myšlenky	13
1.2.2 Suicidální tendence	13
1.2.3 Suicidální pokus.....	14
1.2.4 Suicidium	14
1.3 Způsoby suicidálního chování	18
1.4 Motivy suicidálního chování.....	21
1.5 Historie pojetí sebevraždy a různé přístupy v minulosti a současnosti	24
1.5.1 Filozofie	24
1.5.2 Sociologie	26
1.5.3 Právo	27
1.5.4 Medicína	28
1.5.5 Psychologie	28
1.5.5.1 Humanistická psychologie	28
1.5.5.2 Psychoanalýza.....	29
1.5.5.3 Behaviorální a kognitivní psychologie	30
1.5.6 Náboženství.....	30
1.5.7 Reflexe sebevraždy z hlediska společenské přijatelnosti	31
2. Adolescence a její rizika	34
2.1 Významné změny v období adolescence	35
2.1.1 Tělesný vývoj.....	35

2.1.2	Vývoj poznávacích procesů	36
2.1.2.1	Myšlení	36
2.1.2.2	Paměť a pozornost	37
2.1.3	Vývoj emocí.....	37
2.1.4	Vývoj konance	38
2.1.5	Vývoj identity	38
2.2	Význam mezilidských vztahů	39
2.2.1	Rodina.....	39
2.2.2	Vrstevníci	40
2.3	Rizikové chování v adolescenci.....	41
2.3.1	Abúzus návykových látek	43
2.3.2	Negativní projevy v oblasti psychosociální	43
2.3.2.1	Záměrné sebepoškozování	43
2.3.2.2	Poruchy reprodukčního zdraví v dospívání.....	45
3.	Rizikové a protektivní faktory suicidálního chování	47
3.1	Sociodemografické faktory	48
3.1.1	Rodina.....	49
3.1.2	Školní neúspěch	50
3.1.3	Vrstevnické vztahy	50
3.1.4	Zdravotní stav	51
3.2	Psychické faktory	51
3.3	Biologické faktory	52
3.4	Klinické faktory	52
3.4.1	Depresivní porucha	53
3.4.2	Schizofrenie	53
3.4.3	Poruchy příjmu potravy	53
3.4.4	Abúzus návykových látek	54

3.4.5	Poruchy osobnosti/disharmonický vývoj osobnosti.....	54
3.4.6	Bipolárně afektivní porucha.....	55
3.4.7	Další diagnózy vyskytující se v souvislosti se suicidálním chováním.....	55
4.	Epidemiologie	56
4.1	Dle pohlaví a věku	56
4.2	Dle vzdělání	57
4.3	Dokonaná suicidia a TS	58
4.4	Dle historického období.....	59
4.5	Dle způsobu provedení.....	61
4.6	Podle dnů v týdnu	65
4.7	Podle měsíce v roce	65
4.8	Dle jednotlivých států	66
5.	Diagnostika, terapie a prevence suicidálního chování	69
5.1	Diagnostika	69
5.2	Terapie.....	76
5.2.1	Krizová intervence při ohrožení suicidiem	77
5.2.2	Krizová intervence po tentamen suicidii.....	79
5.2.3	Krizová intervence po dokonaném suicidiu.....	80
5.2.4	Systematická práce se suicidálním pacientem	81
5.2.5	Farmakoterapie	84
5.3	Prevence.....	85
III.	Empirická část.....	89
1.	Cíl výzkumu a výzkumné předpoklady.....	89
2.	Metody	93
2.1	Freiburský osobnostní dotazník	93
2.2	Pöldingerův dotazník k rozpoznání závažnosti suicidálního rizika	94
2.3	Dotazník vnímané sociální opory	94

2.4	Test životní angažovanosti	94
3.	Výzkumný vzorek, sběr dat a statistické zpracování	95
3.1	Výzkumný vzorek a průběh sběru dat.....	95
3.2	Statistické zpracování	97
4.	Výsledky	98
IV.	Diskuse.....	101
V.	Závěr	108
VI.	Použitá literatura	110
VII.	Přílohy.....	120

I. Úvod

Suicidalita je pojem bezesporu závažný, skrývající za sebou velké téma. Tento fenomén je do určité míry velmi kontroverzní povahy a pojem sebevražda doprovází negativní konotace. Sebevražda neboli suicidium je jev, který v minulosti, současnosti, ale i budoucnosti nešel a nepůjde přehlížet a je třeba ho stále podrobovat výzkumům, protože z odborného hlediska zatím nebyly jeho mechanismy uspokojivě objasněny. Bez dostatečné explorační faktorů působících v rámci suicidality není možné vyvinout adekvátní diagnostické, terapeutické ani preventivní postupy a nelze tak dlouhodobě efektivně snižovat míru suicidálního chování ve světě.

Sebevražedné chování je problematikou týkající se bezprostředně i skupiny dětí a adolescentů. Zejména věkové skupiny 10-15 let a 15-19 let jsou ty, kde se sebevražednost dlouhodobě zvyšuje. Ze statistik vyplývá, že každé 2 hodiny a 3 minuty spáchá sebevraždu jeden mladý člověk. (McIntosh, 2007) To je znepokojivý fakt, který by měl veřejnost, zejména tu odbornou, přimět ke zbystření. Pokud totiž jedinci volí variantu suicidia tak hojně již na prahu života, patrně to něco vypovídá o nastavení dnešní společnosti. Ta se může jevit v očích dospívajících jako neperspektivní a odrazující a četnost adolescentních suicidií bychom měli chápat jako volání o pomoc, podnět k zamyšlení se nad stavem našeho moderního společenství, které není pro mladého člověka tak lákavé, jak by být mělo. Tyto skutečnosti byly impulzem ke zpracování tématu suicidality v rámci této práce.

Tato rigorózní práce si klade za cíl rozšířit diplomovou práci s názvem „Rizika suicidálního chování u adolescentů: diagnostické, intervenční a preventivní možnosti“. K zásadním změnám dojde především v rámci empirické části. Pokusíme se zdvojnásobit výzkumný vzorek, přičemž se těžiště našeho zájmu rozšíří z pouhého jednoho regionu České republiky na regiony dva. Díky tomu se budeme moci zaměřit na případné oblastní rozdíly aspektů suicidálních rizik české adolescentní populace a případně postihnout některé další souvislosti.

Účelem práce je tedy přispět k mapování rizik suicidálního chování u populace adolescentů v ČR a zjistit, zda existují specifické rizikové faktory ovlivňující míru suicidálního chování v této populaci – související např. s typem školy či příslušným krajem.

V rámci teoretické části se pokusíme porozumět suicidálnímu chování komplexně jako složitému jevu. Popíšeme suicidální chování, přičemž se pokusíme definovat základní související

pojmy. Zaměříme se na formy, způsoby a motivy suicidálního chování. Taktéž se budeme věnovat historii pojetí suicidálního chování a přístupům vybraných vědních oborů v minulosti i současnosti. Zmapujeme období adolescence a vymežíme rizikové faktory této vývojové fáze. Dále se budeme zabývat rizikovými a protektivními faktory suicidálního chování. Poté se pokusíme charakterizovat epidemiologii tohoto jevu. V závěru teoretické části práce uvedeme diagnostické, terapeutické a preventivní postupy užívané v souvislosti se suicidálním chováním.

Empirická část rigorózní práce vytyčí základní výzkumné otázky. V rámci kvantitativního výzkumu se pokusíme definovat rizikové faktory působící na míru suicidálního chování v souboru adolescentů posledních ročníků středních škol z Prahy a Vysočiny.

II. Teoretická část

1. Suicidální chování

1.1 Vyjasnění základních pojmů

Nejprve budou definovány pojmy, s nimiž budeme v dalším textu pracovat. Je důležité odlišovat pojmy suicidium a suicidální chování. **Suicidium** neboli sebevraždu (v angličtině „suicide“) můžeme stručně charakterizovat jako úmyslné ukončení života, které obvykle následuje jako reakce na určitou tíživou situaci, již subjekt není s to jinak řešit. Může se objevit také u osob s některou klinickou diagnózou (např. psychózou, depresí) či u jedinců s abúzem alkoholu a jiných látek. (Hartl, Hartlová, 2000) Názor na přesné vymezení pojmu se v minulosti měnil a existuje mnoho definic zformulovaných různými autory.

Světová zdravotnická organizace (WHO, 2012) definuje sebevraždu takto: *“Suicide is the act of deliberately killing oneself. Risk factors for suicide include mental disorder (such as depression, personality disorder, alcohol dependence, or schizophrenia), and some physical illnesses, such as neurological disorders, cancer, and HIV infection. There are effective strategies and interventions for the prevention of suicide.”*

Definujme nyní základní termíny, s nimiž budeme dále operovat: **Suicidální chování** (anglicky „suicide behaviour“) je takové chování jedince, které může (ale nemusí) vést k dokonané či nedokonané sebevraždě. Tento pojem zahrnuje široké spektrum možných nápadů, myšlenek i verbalizací. Suicidální chování má určité **suicidální projevy**. Je to soubor behaviorálních, kognitivních, emočních a interpersonálních aspektů v životě jedince. (Koutek, 2003)

Důležité je odlišovat **suicidální jednání** a chování. Jako jednání označujeme projevy chování bezprostředně směřující k aktu sebevraždy – „např. *příprava suicidálních prostředků, autoagresivní chování ve smyslu sebevražedného pokusu či dokonáního suicidia*“ (Koutek, 2003, s. 12). Taktéž **tentamen suicidii** (TS) je často zmiňovaný terminus technicus latinského původu – v překladu sebevražedný pokus.

„Suicidální chování v žádné své formě nepředstavuje samostatnou psychiatrickou nosologickou jednotku, lze je označit za syndrom a teprve podrobné vyšetření umožní eventuální diagnózu stanovit.“ (Koutek, 2000, s. 405)

V rámci problematiky sebevraždy rozlišujeme formy, způsoby a motivy suicidálního chování.

1.2 Formy suicidálního chování

Množství autorů přistupuje k formám suicidálního chování jako k typům chování umístěným na jednom kontinuu. To znamená, že různé formy se od sebe kvantitativně liší, jinými slovy lze je v podstatě odstupňovat. Nejprve se objevují suicidální myšlenky, ty mohou vést k suicidálním tendencím vyústujícím k samotnému suicidálnímu pokusu, který se stává dokonaným či nedokonaným suicidiem. Existují však i opačné názory hovořící o tom, že tyto formy suicidálního chování nelze dávat vedle sebe na jednu osu a je mezi nimi rozdíl taktéž kvalitativní. (Koutek, 2003) V následujícím oddílu se budeme věnovat bližšímu popisu jednotlivých forem suicidálního chování.

1.2.1 Suicidální myšlenky

Úvahy o neexistenci sebe sama nejsou jevem nutně patologickým. Objevují se v životě téměř každého jedince, zejména v období adolescence. Jde však z převážné většiny o myšlenky spíše náhodné, které nevedou k jakékoliv snaze o realizaci. Pokud hovoříme o sebevražděných myšlenkách jako o jedné z forem suicidálního chování, jde o těžko odklonitelné úvahy intenzivní povahy zabírající značnou část času subjektu. Můžeme je ve své podstatě kategorizovat jako egosyntonní nebo egodystonní, dle toho jak je subjekt přijímá či nepřijímá jako součást sebe a jak je s nimi srozuměn. Důležitá je míra jejich konkrétnosti a případný přerod v suicidální tendence. (Koutek, 2003)

1.2.2 Suicidální tendence

Sebevražděné myšlenky mohou svou konkretizací vyústit v suicidální tendence, které už jasně rýsují potenciální suicidální pokus. Subjekt se zabývá tím, jak by čin případně zrealizoval, plánuje prostředky, které si neváhá zajistit (obstará si zbraň, léky aj.), místo a čas sebevraždy. Mohou se objevit verbální a neverbální známky této fáze. Pokud se jedinec definitivně rozhodne spáchat suicidium, může paradoxně dojít ke zdánlivému zlepšení jeho stavu. Je to z toho důvodu, že se mu v podstatě uleví, sebevraždu vidí jako řešení svého problému, které chce zrealizovat. (Koutek, 2003)

Viewegh (1996) hovoří o termínu „suicidální mentalita“. Toto nastavení dává vznik prvním náznakům suicidálních tendencí a fantazií. Suicidální mentalita je poměrně rozšířená a nemusí

vyprodukovat skutečné sebevražedné chování. Subjekt může setrvat u nezávazného pohrávání si s představami vlastní smrti.

1.2.3 Suicidální pokus

Suicidální pokus (tentamen suicidii - TS) je definován jako „*každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, avšak nikoli s letálními koncem.*“ (Koutek, 2003, s. 28) TS je třeba odlišovat od dokonané sebevraždy. Poměr suicidálních pokusů a dokonaných sebevražd se pohybuje okolo 50:1 až 100:1 (Shain, 2007), někdy bývá uváděn až poměr 100-200:1 (National Center for Health Statistics, 2009). Otázkou je, zda je tentamen suicidii pouze nepovedenou sebevraždou nebo zde jsou i kvalitativní rozdíly.

Existují určité odlišnosti, které jsou nalézány mezi suicidiem a tentamen suicidii. Souvisí to jednak s pohlavím, přičemž ženy se častěji dopouštějí TS a muži suicidia, které je dokonané. Toto ale patrně souvisí se zvolenými prostředky – muži užívají většinou způsobů, které bývají letálnější. Výskyt pouhého suicidálního pokusu je vyšší v první polovině života, v té druhé naopak převažuje dokonaná sebevražda a to u obou pohlaví. Zde zase může účinkovat fakt, že sebevraždy bývají častěji dokonávány u jedinců staršího věku, kteří v hojnějších případech již žijí sami a u nichž bývá pomoc z okolí hůře dostupná. I motivace bývá odlišná – u TS je povětšinou interpersonálního charakteru (vztahové problémy), u dokonaných sebevražd spíše motivy vycházející z intrapsychického prostředí. Dokonaná suicidia bývají detailněji naplánovaná a méně afektivní. (Koutek, 2003)

Suicidální pokus nemusí mít v pozadí naprosto jasné rozhodnutí zemřít. Některé subjekty zpětně vypovídaly, že svůj život v podstatě svěřily náhodě, hře osudu. To, že přežily, nepovažují za „neúspěch“. V případě, že subjekt nechce zemřít, ale chce na sebe jen přivolat zájem svého okolí, bývá někdy užíván pojem „demonstrativní sebevražda“. Tento čin však není o nic méně závažný než akt s jasnou letální motivací jedince. Někdy je označován také termínem „parasuicidum“.

1.2.4 Suicidium

Suicidium je tedy vyústění suicidálních tendencí ve skutečný sebevražedný akt. Problém se objevuje v otázce definice motivace. Je suicidium i čin s motivací nevědomou? To je otázka k diskusi. Rozdílné je také tzv. sebezabití, kdy dojde ke smrti jedince jeho vlastním přičiněním,

avšak s absencí původního záměru – např. nedbalost, nepozornost (pád z mostu opilého člověka s následkem smrti).

Pokud jde o jakési druhové rozdělení suicidií, obvykle bývá uváděna jednak bilanční sebevražda, dále již zmiňované parasuicidium neboli demonstrační sebevražda a impulzivní sebevražda. (Koutek, 2003)

Bilanční sebevražda bývá promyšlený čin vycházející z toho, že suicidant má pocit, že už pro něj v životě není místo, nebo že jeho situace je neřešitelná (např. maligní onemocnění). V zásadě lze říci, že tato forma sebevraždy je typická i pro psychicky zdravé jedince. Ovšem existují názory, že v podstatě každé suicidium vyrůstá z patologického podkladu.

Parasuicidium je volání o pomoc s jasně vědomou motivací. Pokud ale jedinec chce prostřednictvím svého suicidálního jednání něčeho dosáhnout, ovšem tuto motivaci si vědomě nepřipouští, hovoříme o tzv. účelovém suicidálním chování. Existuje také simulace sebevražedného chování, prostřednictvím něhož se osoba snaží cíleně vyhnout určité situaci.

V období adolescence je mnoho sebevražd označováno jako demonstrativní sebevraždy. Tento termín však může být poněkud nešťastný svou bagatelizující konotací. Lépe je tedy užívat právě označení parasuicidium. Tento akt není o nic méně závažný než plně zamýšlené suicidium, je to volání o pomoc a snaha vzbudit pozornost okolí ve chvíli, kdy všechny ostatní metody selhaly. Proto je nutné se pokud možno vyvarovat zlehčování sebevražedného pokusu, přestože charakter byl „jen“ demonstrativní.

Impulzivní nebo zkratkovitá sebevražda je akt provedený pod tlakem aktuálního rozrušení bez promyšlení si svého jednání. Motivace je co nejrychlejší únik z tísnivé situace.

Dále existuje dělení dle normality jedince - biická a patická sebevražda. První uvedená je suicidium *sine morbo psychico*, čili v normálním duševním stavu bez přítomnosti patologie, druhá zmíněná je sebevražda vycházející z psychické patologie jedince (např. u depresivních osob, psychotiků aj.). Demonstrativní sebevražda bývá někdy vnímána jako suicidium biického typu, protože u jedinců, kteří ji spáchají, nebývá mnohdy nalezena patologie. Tyto dvě kategorie se tedy částečně překrývají. (Koutek, 2003)

Pokud se sebevražedného pokusu účastní více jedinců, může jít o tzv. sebevraždu párovou neboli suicidální dohodu. Dvě osoby, např. milenci, se dohodnou, že spolu ukončí své životy. Jedna z osob bývá tzv. induktor, který je zdrojem nápadu stát se kandidáty dobrovolné smrti. Druhý je nazýván indukovaným. (Koutek, 2003)

Pokud ovšem dojde k situaci, že suicidant docílí smrti i jiných osob, takříkajíc je vezme s sebou, jde o tzv. rozšířenou sebevraždu, kde ale musí být přítomna patologie. Např. v nedávné době byl zaznamenán případ matky, která pod vlivem laktační psychózy zabila své děti a pak se pokusila i o svou vlastní smrt. Pokud nejsou přítomny patologické fenomény, jde o vraždu s následnou sebevraždou. (Koutek, 2003)

Dále je uveden výčet nejdůležitějších signifikantních rozdílů mezi tentamen suicidii a dokonanou sebevraždou (Schlieffen, 1969, dle Viewegh, 1996):

- U žen je častější tentamen, u mužů dokonaná sebevražda.
- Pokusy dominují u obou pohlaví v první polovině života.
- Dokonaná sebevražda je naopak častější ve druhé polovině života.
- Použité sebevražedné prostředky u pokusu jsou „mírnější“, u dokonáných sebevražd „tvrdší“.
- Motivy suicidálního pokusu jsou méně výrazné a vycházejí většinou z oblasti interpersonálních konfliktů, u dokonáných sebevražd vedle interpersonální problematiky stojí i motivy vyplývající z ohrožení existence jedince.
- Suicidální pokus je výsledkem spontánního, bez delšího rozmýšlení realizovaného rozhodnutí; pro dokonanou sebevraždu je naopak příznačná dlouhodobě plánovaná příprava.

Existují přístupy, které se kloní ke stanovisku, že každá sebevražda je ve své podstatě patologický jev. Čili sebevražda biická či demonstrativní vlastně neexistuje. Jedinou možnou variantou je patické suicidium, protože pokud si člověk dokáže způsobit vlastní smrt, překračuje tím pud sebezáchovy, který je vlastní v určité formě všem živočichům, a který u tohoto jedince musí být tedy nějak zdeformovaný somatickým nebo psychickým onemocněním (nebo obojím). Tyto argumenty však opomíjejí fakt, že u člověka hraje roli široce diferenciovaná struktura hodnot, která může mnohé ovlivnit i u naprosto racionálně smýšlejícího jedince. Člověk je např. schopen altruistického sebeobětování (např. matka se obětuje pro své dítě).

Velmi obtížné je také stanovit, co je normální. V naší kultuře je smrt chápána jako něco špatného a přivodit si jí dobrovolně tedy znamená provést něco zlého. Není to normální a tedy je to patologické. Tento názor však naráží právě na nejednoznačné vymezení normality. Nevole (1966, s. 292) říká: *„Obecné hodnocení duševních projevů jako kladných nebo záporných, zdravých nebo chorobných je obtížné proto, že řád lidské společnosti je produktem téhož duševního a biologického dění, pro něž má být potom měřítkem.“*

Viewegh zmiňuje velmi dobrou Dahlgrenovu připomínku k tématu patologie versus normalita sebevraždy: „*Jediným kritériem pro posouzení mentálního stavu sebevraha v okamžiku suicidálního činu je jeho jednání; a právě samotný suicidální čin je důkazem nenormálnosti sebevraha.*“ (Dahlgren, 1945, dle Viewegh, 1996, s. 49) Faktem je, že i psychicky zdravý jedinec se pravděpodobně může i při bilanční sebevraždě vyznačovat patologickými projevy, zejména v emoční sféře. (Viewegh, 1996)

Stanovit dělicí čáru mezi patologickou a nepatologickou formou suicidia je v podstatě nemožné. Posouzení všech proměnných bývá velmi obtížné také z toho důvodu, že pokud je sebevražda dokonaná, můžeme se o motivaci a o průběhu suicidálního vývoje spíše jen dohadovat, v lepším případě čerpat z výpovědí blízkých osob či písemných nebo jiných záznamů, které po sebevrahovi zbyly. Je třeba si uvědomit, že nejde jen o to posoudit průběh sebevražedného aktu, ale i o to posoudit někdy i mnohaleté suicidální pozadí, v rámci něhož se mohlo suicidantovo nihilistické životní nastavení složitě formovat. Spouštěč k sebevraždě může být leckdy velmi malicherný a je nutné ho odlišit od motivace, která se mohla rozvíjet v dlouhodobém procesu.

Odborníci diskutují, zda existuje sebevražda i u jiných živočišných druhů než je člověk. Jsou známy případy zvířecího sebezabití, které jako úmyslná suicidia skutečně působí.

Představitel sociálního darwinismu Morselli tvrdil, že sebevražda je projevem přirozeného sociálního výběru a objevuje se tedy i u zvířat. Jiní odborníci ale oponují, že sebevražda je podmíněna uvědoměním si vlastního já a své konečnosti, stejně jako pochopením určitých časových dimenzí (minulost-přítomnost-budoucnost), stejně jako určitou anticipací následků vlastního chování. (Viewegh, 1996) Z některých výzkumů, ale vyplývá, že např. primáti jsou schopni do určité míry uvědomit si sama sebe, vnímat časovou posloupnost a dokonce v rámci možností uchopit koncept smrti (např. Fouts, 2000).

Monestier (2003) uvádí případ bytosti Mao-kung, odchycené v Číně v 70. letech 20. století, která byla nejprve považována za Yettiho, později však odborníky označena za druh opice. Tento tvor žijící v kleci nakonec ukončil svůj život oběšením.

Sebevražda zvířat je téma určené spíše k polemice. Zdá se však, že zvířata v určitých extrémních situacích jednají instinktivně stylem, který je může vést k sebeusmrcení působícímu na první pohled stejně jako lidské suicidium.

1.3 Způsoby suicidálního chování

Rozlišujeme tzv. tvrdé a měkké způsoby provedení suicidia. Tvrdé jsou ty, u nichž je obtížnější suicidanta zachránit a zachovat jeho život, protože vedou rychleji ke smrti, měkké jsou ty, u nichž se častěji daří osobu zachránit, protože jejich nebezpečnost je nižší a ke smrti tak dochází s delší časovou prodlevou. Mezi tvrdé metody tedy můžeme zařadit strangulaci, užití střelné zbraně, skok z velké výšky, někdy i pořezání se větší závažnosti. Mezi měkké řadíme intoxikaci léky, skok z menší výšky či povrchové pořezání se. Nejčastější metodou sebevražd je dlouhodobě poměrně jednoznačně strangulace, tedy „tvrdá“ metoda poměrně letálního charakteru. U TS bez letálního konce jsou zaznamenávány spíše metody „měkkí“. Vyšší letalita u sebevražedného pokusu zvyšuje pravděpodobnost dalšího suicidálního chování v budoucnosti. (Koutek, 2003)

Údaje Českého statistického úřadu zaznamenávají, že v letech 2001-2005 byla nejčastějším způsobem dokonání suicidia strangulace (více než 50%), kolem 9% sebevražd bylo spácháno skokem z výšky, další hojnou metodou bylo užití střelné zbraně (kolem 5%) a na čtvrtém místě se umístila intoxikace medikamenty (kolem 4%). Poměrně aktuální údaje z roku 2010 uvádějí, že v tomto roce bylo v ČR spácháno celkem 1502 sebevražd, z toho 967 oběšením, 146 zastřelením, 141 otrávením, 113 skokem z výšky, 65 ostrým předmětem, 32 lehnutím si nebo skokem před pohybující se předmět a 18 utopením. (ČSÚ, 2012)

Přestože metoda skoku z výšky nepatří mezi úplně nejčtenější, mezi českou populací – zejména pražskou – již zlidověl obrat „jít skočit z Nuseláku“ hojně užívan v hovorové řeči, odkazující na typické pražské místo užívané dříve k sebevraždám – Nuselský most.

Volba metody suicidia je velmi závislá na dostupnosti prostředků. Mezi populací zaměstnanou ve zdravotnictví je např. velmi hojnou metodou intoxikace medikamenty z prostého důvodu - dostupnosti léků těmito lidem. V USA je běžným nástrojem sebevrahů střelná zbraň, jelikož ve Spojených Státech je daleko obvyklejší než u nás vlastnit revolver, pušku aj. Faktor dostupnosti dokládají i příklady z minulosti. Např. v 80. letech výrazně vzrostl počet sebevražd na souostroví Samoa. To bylo ovlivněno snadností si opatřit velmi silný herbicid Paraquat. Přístup k jedu byl později opět omezen a suicidalita populace poklesla. (Monestier, 2003)

Také pohlaví do určité míry rozhoduje o způsobu provedení sebevraždy. Muži častěji volí letálnější metody. To může být důvodem toho, proč muži v počtu dokonání sebevražd výrazně

převyšují ženy. Není to tedy tím, že by ženy měly nižší sklon k suicidálnímu chování. (Monestier, 2003)

V letech 2006-2010 byla nejhojnější metodou u mužů strangulace (67,4%). Druhou nejčastější metodou bylo užití střelné zbraně (11,5%), třetí byla intoxikace medikamenty (6,7%). U žen v tomto časovém období první příčku okupuje taktéž strangulace se 44,8%, ovšem druhá nejčastější metoda je intoxikace zastoupena 23,4%, což je poměrně vysoké číslo. Třetí nejčastější cestou spáchání suicidia je u žen v tomto období skok z výšky (16%). (ČSÚ, 2012)

Pokud jde o mladší populaci, „*ve skupině dětí do 14 let a adolescentů do 19 let nacházíme u chlapců převážně strangulaci, u dívek seskok z výšky, i když jiné způsoby rovněž nejsou vyloučeny. Výjimečně vedlo ke smrti sebevraždou pořezání, u starších chlapců pak zastřelení.*“ (Koutek, 2003, s. 35)

U dětí a dospívajících se také často objevuje neschopnost posoudit adekvátně nebezpečnost metody. Může se tak stát, že dítě použije letální metody, aniž by myslelo sebevraždu úplně vážně právě proto, že špatně odhadlo účinnost dané metody (popř. látky). Děti často léky hodnotí ze svého subjektivního hlediska. Např. živočišné uhlí jim může připadat ve velkém množství určitě jedovaté, přestože objektivně ohrožení života při předávkováním živočišným uhlím nehrozí. Naopak v domácnosti běžný paralen je ve větším množství velmi nebezpečný. To dítě ale často není schopno posoudit.

Také existuje určitý historický vývoj užívaných způsobů sebevraždy. Např. stavění stále vyšších budov podle Monestiera (2003) způsobilo, že v roce 1969 předstihl skok z výšky jako způsob sebevraždy dosud „nejoblíbenější“ udušení.

Významnou proměnnou jsou kulturní faktory prostředí, urbanizace či geofyzické činitele. Toto je totiž úzce spjato s dostupností prostředků. Lidé žijící v bezprostřední blízkosti lesa se snáze rozhodnou pro oběšení. Naopak ti, kteří žijí ve městech, se přikloní mnohdy spíše ke skoku z výšky. Ve státech, kde je lehkou dostupná střelná zbraň (např. USA), lidé častěji volí zastřelení. Také rozšíření plynu v domácnostech mělo vliv na páchání sebevraždy prostřednictvím trávení plynem. Dostupnost nástrojů ovlivňuje někdy i vykonávané povolání suicidanta. Již zmínění zdravotničtí pracovníci často sáhnou po medikamentech, kterými se intoxikují. (Monestier, 2003)

Suicidium musíme posuzovat zároveň s aspekty dané kultury a dané doby. „*Žádnou sebevraždu v minulosti nebo přítomnosti nelze studovat mimo širší sociokulturní rámec.*“ (Viewegh, 1996, s. 13) Suicidální chování se vyskytuje v kultuře vyspělé, ale i v kulturách

přírodních národů. „*U primitivních skupin jsou zvláště zřetelné motivy sexuální (nevěra – obava před trestem za nevěru, ztráta životního partnera), sociálně-ekonomické (nedostatek potravy), motivy protestu vůči nesvobodě a špatnému nakládání (např. ženy Indiánů a Eskymáků se chtějí sebevražedným činem vyhnout nelidskému zacházení od svých rodičů a manželů). Ve větší míře se uplatňuje i motiv msty (v našich sociokulturních podmínkách sebevražda jako msta figuruje především v suicidálním jednání mládeže).*“ (Viewegh, 1996, s. 14) V některých primitivních národech se objevuje i dobrovolné usmrcení starých členů skupiny např. v době hladovění.

Taktéž jednotlivé způsoby suicidia mají ještě svá vlastní specifika. Monestier (2003) uvádí, že v 19. století bylo napočítáno 261 různých pozic oběšení. Ve 168 případech se nohy sebevraha opíraly o zem. Ve 42 případech tělo klečelo na kolenou. Ve 22 spočívalo tělo na zemi. V 19 případech mrtvola seděla a poslední 3 případy dokonce seděly na bobku. Nástroje strangulace se také liší. Běžný bývá provaz, ale objevuje se i pásek, tkaničky, prostěradla, švihadla apod.

Suicidium utopením je prováděno nejčastěji v řece či rybníku. Méně často v moři. Řidčeji se objevují i skoky do bazénů a veřejných koupališť.

Páchání sebevraždy jedy bylo velmi oblíbené již v antice, kde se hojně užíval vývar z bolehlavu. Jako příklad této smrti můžeme zmínit i Sokrata. V dnešní době lidé již jedovaté byliny používají k dosažení vlastní smrti zřídka, běžnější je intoxikace medikamenty, při čemž léky bývají často nakombinované. Bývají užívána anxiolytika, hypnotika, nejrůznější sedativa. (Monestier, 2003)

Pokud hovoříme o běžných způsobech páchání sebevraždy, můžeme naopak jistě uvést i celou řadu velmi kuriózních jak dokonaných suicidií, tak suicidálních pokusů. „*V lékařských análech z roku 1913 se dočteme o sebevraždě muže, který si zavedl do konečníku obléžky. Vyndali mu jich 454 a kamínky zaplnily celkem dvě lahvičky o objemu 360 cm³, přičemž lékařská zpráva upřesňuje: ,Byly to obyčejné říční obléžky, do nichž bylo přidáno pár kousků skla.*“ (Monestier, 2003, s. 27)

Někteří sebevrazi dokonce sestrojí k vlastnímu sprovození ze světa doslova ďábelské stroje. Např. je znám případ muže, který velmi bizarním způsobem použil klavír. „*Tři na sebe položené tlusté slovníky, umístěné pod nohama přední části klavíru (jeho nejtěžší části) zdvihaly klavír asi o třicet centimetrů, takže byl poněkud v nerovnováze. Slabé zatlačení stačilo, aby klavír sjel dozadu. Pan Helt obtočil kolem nástroje elektrickou šňůru jako laso. Potom si lehl pod klavír tak, že směřoval kolmo doprostřed nástroje, nohama ke zdi hlavou k zemi, přesně*

v místě kam měl dopadnout vršek klavíru poté, co zatáhne za šňůru, jak si propočítal, horní hrana mu spadla na krční obratle a přivedila okamžitou smrt.“ (Monestier, 2003, s. 37)

Na populaci působí i zprofanované sebevraždy slavných lidí, taktéž i fiktivní případy sebevražd. Např. po stopách knižního hrdiny Werthera se vydalo nespočetně osob bezprostředně po vydání Goethova díla. Taktéž sebevražda Jana Palacha upálením vzbudila velký ohlas v celém světě a zvýšila „oblibu“ této metody.

1.4 Motivy suicidálního chování

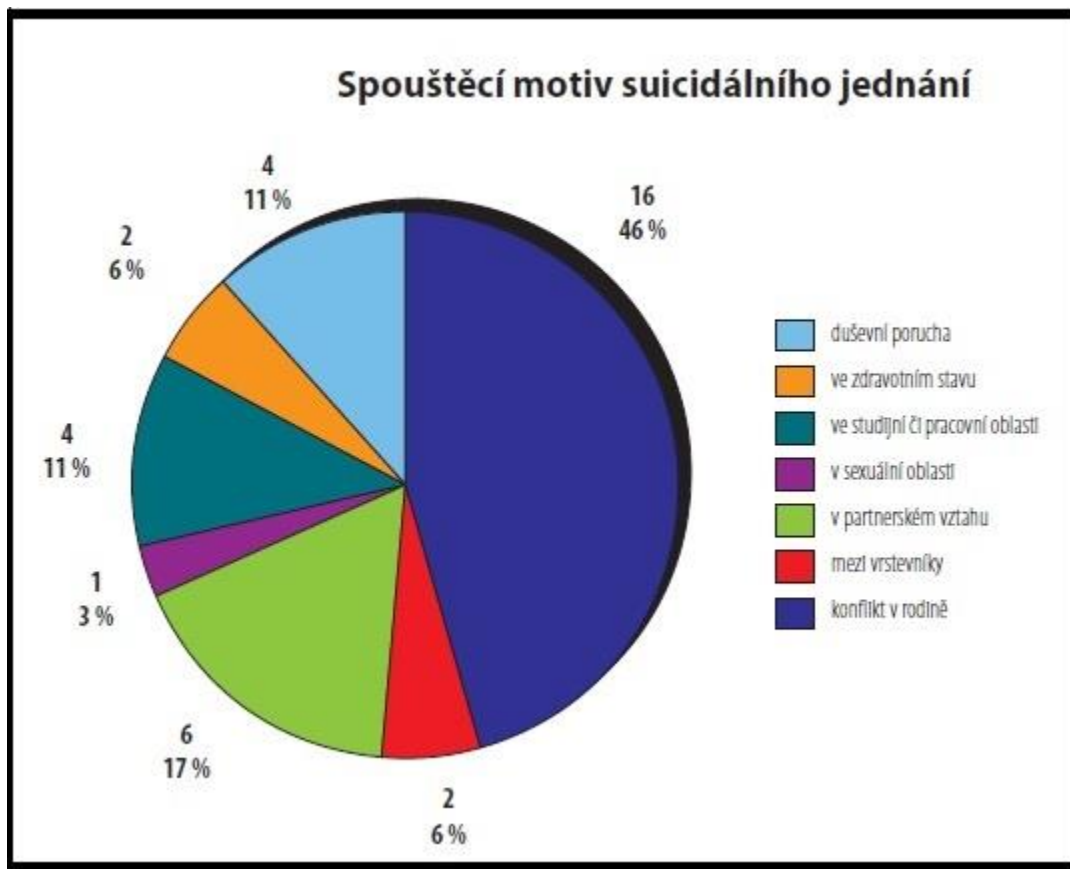
Motiv, tj. důvod, který osoba uvádí jako příčinu suicidálního chování, je velmi obtížné identifikovat. U více než poloviny případů není motivace suicidanta zjištěna. Mnohdy motiv uváděný jedincem je pouze zástupný a v jeho pozadí stojí ještě něco jiného, charakteru vědomého či nevědomého. Důvodů může být taktéž více a nezřídka kdy suicidálnímu pokusu předchází takřikajíc poslední kapka. Zdánlivá malichernost v roli spouštěče je však často jen završením dlouhého suicidálního vývoje. Motivace sebevraha není stabilně daná jednotka. Jedinec může oscilovat mezi přáním žít a zemřít a ani dokonané suicidium nemusí být jednoznačné vyjádření touhy po neexistenci. (Koutek, 2003)

Jak již bylo uvedeno výše, suicidální pokus a dokonané suicidium se liší z hlediska motivace. U TS bývají zaznamenávány spíše motivy související s interpersonálními vztahy, dokonaná sebevražda naproti tomu bývá spojena s intrapsychickými fenomény a pocity ohrožení jedince.

Koutek (2003) uvádí statistiku dokonaných suicidií z roku 2000, která uvádí jen 40,6% sebevražd jako suicidia s jasnou motivací, u zbytku nebyl motiv prokázán. Nejhojněji vyskytujícím se motivem bylo duševní onemocnění u 9,8% osob, dále následovaly zdravotní problémy a tělesná vada u 9,3% případů, poté konflikty a problémy rodinného charakteru u 7,1% suicidantů a nakonec osobní problémy v 6,5% případů.

Novější analýza motivů suicidálního chování u adolescentů hospitalizovaných v FN Motol ukazuje (graf 1), že nejčastějším motivem byl u těchto jedinců konflikt v rodině (46%), dále problém v partnerském vztahu (17%), ve studijní či pracovní oblasti (11%) a duševní porucha (11%). (Koutek, Kocourková, 2013, s. 41)

Graf č. 1 Motiv suicidálního jednání zjištěný psychiatrickým vyšetřením (Koutek, Kocourková, 2013, s. 41)



Struktura suicidální motivace se liší také genderově. U mužů bývají motivy spojeny se zdravotním stavem, u žen souvisí motivace častěji s psychickým onemocněním. U adolescentů jsou patrná také jistá genderová specifika v motivaci. U chlapců se objevují konflikty a problémy zejména rodinné, ale také pracovní a školní. U dívek dominují hlavně psychická onemocnění, ale i somatické obtíže. (Koutek, 2003)

Koutek (2003) dále zmiňuje několik výzkumů zabývajících se motivací suicidálního pokusu u adolescentů. Statistika z roku 1989 udává u dětí do 14 let jako marginální motiv rodinné problémy a konflikty (46%), velký význam mají také problémy pracovní a školní (35%). U dospívajících do 19 let motiv rodinných problémů a konfliktů tvoří 31%, následují problémy erotické (25%) a pracovní a školní (20%). Na rozdíl od dokonaných suicidií je málokdy jako motivace zjištěn špatný zdravotní stav.

Výzkum dětí a dospívajících pocházející z Německa prezentuje jako nejhojnější motiv suicidálních pokusů taktéž rodinné konflikty (32%), dále pak partnerské konflikty (16%), studijní a pracovní problémy (11,5%) a nakonec sexuální problémy (7%). (Koutek, 2003)

Z výzkumu prováděného ve FN Motol na Dětské psychiatrické klinice v letech 1995-1999 vyplývá, že ve 33% tkvěla příčina suicidálního pokusu v problémech s rodiči, ve 31% případů ve školních problémech, v 18% byla motivace spojena s oběma předchozími motivy a nakonec v 8% případů šlo o partnerský konflikt a v 5% případů o tělesné onemocnění. (Koutek, 2003)

Většina odborníků se ale shoduje na tom, že motivace bývá velmi špatně čitelná, jak u dokonáných suicidií, kde můžeme vysuzovat závěry z výpovědí blízkých osob, z dopisů na rozloučení či z deníků, tak u tentamen suicidii, kdy můžeme hovořit se samotnou osobou, avšak její vědomé motivy nemusí vždy být v souladu s nevědomými příčinami.

Viewegh (1996) naznačuje, že suicidální motivace je úzce spjata s narušením hodnotové struktury. Zde bychom měli pátrat v případě, že skutečně chceme objasnit psychologické příčiny sebevraždy. Jedinec jako jediný tvor z živočišné říše hodnotí smysl obsažený ve svém bytí. Pokud tento smysl ztratí nebo ho přestane vidět, může to být podnět k rozvinutí suicidálního vývoje. Velmi důležitý je hodnotový prožitek vlastního já, neboli sebehodnocení, který podmiňuje vnímání smyslu života. Toto sebehodnocení je však závislé na signálech získaných od dalších osob, prostřednictvím nichž dochází k potvrzení vlastní osoby. Pokud jedinec přijde o kontakty z vnějšku, naruší to většinou významně i jeho sebevědomí a sebehodnocení.

Monestier (2003) se pokusil zobecnit nejčastější motivy sebevražd napříč historií. Za nejběžnější motivaci suicidantů považuje: lásku, přátelství a věrnost, hanbu, nespravedlnost a morální úpadek, čest, vlastenectví, finanční úpadek, politické a ekonomické krize, oběť, nemoci ducha i těla, víru a pověry.

Berman, Jobes a Silverman (2007, s. 138) také vymezují různé příčiny suicidálního jednání:

- únik od bolesti – lepší než nepříjemné pocity jsou žádné pocity
- odplata – agrese namířená vůči osobě, u které člověk pociťoval na něho směřované agresivní chování
- znovuzrození – magické myšlení vztahující se k přesvědčení, že po smrti přijde nový život a druhá šance
- kontrola a moc – akt moci nahrazující pocit bezmocnosti
- znovuspojení – se zemřelou osobou, nahrazení narušeného pouta

- sebepotrestání – za pocity viny nebo hříchu

Identifikovat suicidální motivaci není jednoduché a mnohdy, zejména v případě dokonaných suicidií, nedojde k rozklíčování.

1.5 Historie pojetí sebevraždy a různé přístupy v minulosti a současnosti

V minulosti i současnosti figuruje sebevražda jako velmi kontroverzní a diskutovaný pojem. Názory odborníků i laiků na tento jev se různí od nepaměti. V některých dobách byla sebevražda obvyklou a neodsuzovanou formou smrti, v jiných byla odsuzována, v dalších byla označována jako projev šílenství, v současnosti se jí lidé spíše děsí a odborníci se stále snaží jí lépe porozumět. Suicidium bylo a je také námětem řady uměleckých děl, ať už výtvarných, literárních či divadelních. Mohli bychom vyjmenovat mnoho osobností napříč historií, které se uchýlily k této metodě, poháněny jistě rozličnou motivací. Sokrates, Seneca, Sapphó, Kleopatra, Vincent van Gogh, Virginia Woolfová, Ernest Hemingway, Adolf Hitler, Jan Palach, Bohumil Hrabal a další. Z řad psychologů to byl např. Lawrence Kohlberg a v podstatě i největší osobnost dějin psychologie Sigmund Freud, který požádal o eutanazii v podobě smrtelné dávky morfinu.

Jak tedy odborníci napříč historií přistupují k této problematice? Pokusíme se uvést některé postoje vybraných vědních oborů a přístupů.

1.5.1 Filozofie

Co se týče antických vzdělavců, Platón i Aristoteles mají k suicidii ambivalentní postoj. Papica (1998) píše: „*Platón ani Aristoteles sebevraždu nikterak neodsuzují. V antice byla sebevražda vcelku běžná. Platón přiděluje filozofům místo s vysokou odpovědností v řecké obci, polis, a nabádá, aby se mu nezpronevřovali a neopouštěli je. V Aristotelově pojetí člověk náleží vlasti a nemá ji připravovat sebevraždou o svou tvůrčí aktivitu.*“

Dle Platóna může být sebevražda v některých případech ospravedlnitelná. Na toto téma hovoří i Sokrates ve Faidonu, kde říká: „*...není bezdůvodné, že člověk nesmí sebe dříve usmrtiti, dokud mu Bůh nepošle nějakou nutnost...*“ (Platón, 1994, s. 19) Toto by mělo znamenat, že za přítomnosti skutečně mimořádně závažného důvodu je sebevražda jednou z cest. Pozor však na situaci, kde takové důvody nejsou přítomny. V takovém případě totiž Platón sebevraždu odsuzuje a dotýčnými jedinci pohrdá. V Zákonech (1961, s. 248) říká: „*Kdo usmrtí sám sebe, ačkoli nebyl k žádnému trestu odsouzen, jeho život není nadměrná strážník nebo hanba, ale jen z lenosti a nemůžné zbabělosti, sám sobě uložil bezprávný trest.*“

Stoikové v antických dobách rovněž považovali sebevraždu za akceptovatelnou formu smrti, pokud je život utrpením. Seneca, představitel stoicismu, byl toho názoru, že pokud je sebevražda jedním z možných řešení útěku z utrpení, je otázkou naší svobody to, že ji můžeme využít. Odsoudit sebevraždu jako hřích znamená uzavřít si cestu ke svobodě. Seneca nakonec tuto cestu ke svobodě sám využil, byl k ní však přinucen z důvodu nařčení z účasti na spiknutí. (Seneca, 1995) Člověk se má dle stoicismu zbavit všeho, co na něj doléhá nezávisle na jeho vůli. Je legitimní odejít ze života, pokud tak člověk sám chce a sám zvolí.

Viewegh (1996, s. 15) dodává: „*V důsledku všeobecného ekonomického, politického a morálního úpadku, se ke konci starověku v Řecku a v Římské říši sebevražednost mimořádně rozšířila.*“

Svatý Augustinus stojící na pomezí pozdní antiky a středověku je toho názoru, že sebevražda je vždy zločinem. Před Augustinem rozpracovanější křesťanský názor na sebevraždu neexistuje. Nelze však říci, že křesťanství sebevraždu a priori považuje za nepřípustnou. Přesto dominujícím pojetím suicidia ve středověku je jeho odmítání způsobené zejména vlivem křesťanství. (Viewegh, 1996)

Tomáš Akvinský je také toho názoru, že suicidium je hřích. Dle něj je totiž člověk majetkem Boha a jen ten je oprávněn rozhodovat o lidském životě či smrti. (Grabmann, 1935)

Renesance přinesla celkovou otevřenost názorů na rozličné problematiky. V tomto kontextu začala být také suicidalita vnímána volněji než v hlubokém středověku, i když sebevražedné chování bylo stále spíše odsuzováno.

Problémem sebevraždy se zabýval i Thomas More. Ve své Utopii (1978) stanovil podmínky k tzv. „oprávněné sebevraždě“. Vztahuje se na lidi smrtelně nemocné, které choroba už jen mučí a týrá. Je-li toto úředníky a kněžími potvrzeno, může tento jedinec sám ukončit svůj život, např. hladovkou nebo oblouzněním apod. Takový odchod považuje More za „čestný“. Naproti tomu ti, kteří nedostali k ukončení života souhlas a přesto tak učiní, nejsou hodni pohřbu ani do země, ani žehem, stačí je pohodit.

Osvícenství a humanismus v novověku přinášejí poměrně uvolněné přístupy. Humanisté, např. Hume, Montesquieu, Voltaire i Rousseau, sebevraždu přímo neodsuzovali svým názorem, že jen sám člověk je zodpovědný za svůj život. Hume (1854) píše: „*Když nalehnu na svůj vlastní meč, pak smrt, jíž se mi tak dostane, pochází z rukou Božích stejně, jako kdyby mne rozsápal lev, nebo bych se zřítíl do propasti, nebo zemřel na vysokou horečku.*“ John Donne se zabývá

sebevraždou ve svém díle *Biathanatos*, kde vysvětluje, že sebevražda není od přírody takovým hříchem, aby jí musela být ve všech případech. (dle Hillman, 1997)

Immanuel Kant sebevraždu rezolutně odmítá. (Hillman, 1997) Naopak Nietzsche (1968) sebevraždu téměř glorifikuje. Je snad jeden z mála vědců své doby, který ji přímo doporučuje „zejména tzv. malým lidem. Jsou to lidé zbabělí, prolhaní, pokorní, nevzdělaní, jsou ‚malí‘ ve všem, zejména v ctnosti.“ (Nietzsche, 1968, s. 157) Tito lidé musí být nahrazeni novým typem člověka, který bude mít touhu po moci a bude ve všech směrech aktivní.

Chybným míněním je, že Schopenhauer, který Nietzscheho výrazně ovlivnil, je podobného názoru jako on. Ve skutečnosti považuje Schopenhauer dobrovolné ukončení smrti za nepodstatné, protože člověk se po smrti znovu narodí. (Schopenhauer, 1997)

Významná změna v pojetí sebevraždy přichází zhruba na přelomu 18. a 19. století, kdy dochází k prvním vědeckým výzkumům na toto téma. Pozornost od morálního posuzování dobrovolné smrti se přesunuje k objektivnímu zkoumání jejích aspektů. Sebevražda je často prisuzována psychicky nemocným jedincům.

Z novodobé filozofie stojí za zmínku přístup existencialismu. Albert Camus má sebevraždu jako ústřední téma. Zabývá se významnou filozofickou otázkou: Stojí za to žít či ne? Říká: „*Kromě sebevraždy není filozofických otázek opravdu vážných.*“ Camus sám však sebevraždu odmítá. Pokud nás prý život svou absurditou donutí k útěku sebevraždou, zvolíme tak tuto absurdnost v nejkrajnější podobě. (Camus, 1995, dle Papica, 1998)

Podle J. P. Sarrtra není možné pro člověka, aby sebevraždu pochopil. Tento jev je dle něj nevysvětlitelný, protože by jej mohl pochopit pouze ten, kdo je již mrtvý. (Hillman, 1997)

1.5.2 Sociologie

Z pohledu sociologie je nejdůležitější společnost. Sociolog sleduje sebevraždu jako běžný sociologický fenomén, dívá se na ni prostřednictvím statistik, které vypovídají o počtu sebevražd v dané oblasti, o způsobu jejich provedení. Nezabývá se sebevraždou z pohledu individuálního jedince, který se k ní uchyluje. Durkheimovo dílo je z velké části věnováno sebevraždě jako sociologickému problému. Durkheim nahlíží na sebevraždu v souladu s moderní sociologií, která říká, že každý člověk se může k této metodě uchýlit, dostane-li se do určitých sociálních podmínek – zejména je-li vyčleněn ze svých sociálních vazeb. Podle Durkheima jsou příčiny této smrti tedy spíše vnější než vnitřní. Pokud se člověk dostane pod jejich vliv, nabývají na účinnosti. Sebevraždě lze předcházet tím, že začleníme jedince zpět do skupiny, z níž se vyčlenil.

Suicidální tendence totiž vznikají na základě pocitu vyčlenění z pospolitosti společnosti. Jde tedy o posílení soudržnosti ve společnosti. (Durkheim, 1979)

E. Durkheim rozlišuje dle typu narušení sociálních vazeb čtyři druhy suicidia. Egoistická sebevražda plyne z nedostatečné vázanosti jedince na společnost. Naopak altruistická vychází z přílišného navázání jedince na společnost (např. pokud se jedinec obětuje pro záchranu své vlastní skupiny). K anomické sebevraždě dochází, pokud jsou vztahy jedince s okolím drasticky narušeny nějakými vnějšími okolnostmi. A konečně fatalistická sebevražda se vyskytuje v totalitárních zřízeních, kdy jedinec nemá žádný prostor pro svou individualizaci a nevidí tedy žádnou budoucnost, která by ho uspokojila. Zajímavé je, že tento přístup je velmi „sociologizující“ a v podstatě vůbec nezohledňuje psychologické faktory ovlivňující sebevražedné chování. (Durkheim, 1979)

Podobně Masarykův koncept sebevraždy je taktéž zjednodušený. V podstatě tvrdí, že sebevražda je produkována vyspělou civilizací a to speciálně jejím mravním a náboženským úpadkem. Masarykova práce byla poměrně ostře kritizována pro svůj zjednodušující přístup a nedostatečně podložené závěry. Např. není prokázáno, že v rámci necivilizovaných národů se nevyskytuje sebevražda. Naopak u mnoha přírodních národů bývá suicidium zaznamenáváno. Také tvrzení, že náboženský postoj nějakým způsobem snižuje riziko sebevraždy, je poněkud vágní. Navíc některá náboženství sebevraždu považují za přípustnou. (Viewegh, 1997)

Nyní je Durkheimův i Masarykův přístup k suicidální problematice vesměs považován za překonaný.

Sociologie nehodnotí morální otázku sebevraždy, ale pro společnost jako celek je toto chování spíše nepříznivé. Vypovídá to o nedokonalém stavu společnosti a se sebevraždou je třeba bojovat a předcházet jí. Cílem je nastavit společenskou strukturu, společenský řád a normy tak, aby k sebevraždě docházelo co nejméně. (Hillman, 1997)

1.5.3 Právo

V mnoha právních systémech v historii byla sebevražda ustanovena jako zločin. Vznikaly mnohé sankce s ní spojené, např. že stát mohl po smrti suicidanta disponovat jeho majetkem namísto jeho rodiny či dokonce docházelo k různému výstražnému vystavování nebo znehodnocování těl sebevrahů. V současnosti náš právní systém sebevraždu nepostihuje, její napomáhání jinou osobou však ano. Pokud je prokazatelné, že člověk má sebevražedné tendence a mohl by ohrozit svůj vlastní život, je to indikace k hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení.

V některých státech již existuje legitimní cesta dobrovolného odchodu ze života – eutanazie – která je však stále velmi kontroverzním tématem a má mnoho odpůrců.

1.5.4 Medicína

Lékaři skládají Hippokratovu přísahu, v níž je obsažen princip „především neškodit“. V rámci toho by neměl lékař nikomu napomáhat v sebevraždě a to ani v případě, kdy by to bylo na výslovné přání dotyčného. V zájmu lékaře je tedy především napomáhat tělesnému zdraví všemi dostupnými prostředky. Medicína tedy nijak zvlášť nezohledňuje psychický faktor sebevraždy. Snaží se dostupnými prostředky sebevraždě zamezit nezávisle na motivaci k ní a to prostřednictvím hospitalizace, medikace apod.

1.5.5 Psychologie

Psychologie jako věda by se neměla snažit sebevraždu soudit, nýbrž ji pochopit – rozklíčovat její individuální smysl. Sebevražda je jedna z možností člověka. V této souvislosti vyvstává morální otázka: Má člověk právo na to, zvolit smrt? Má společnost právo zabráňovat jedinci v páchání suicidia?

Psychologie se zabývá individuálním smyslem sebevraždy, tzn. ne jako sociologie zvenku a z vrchu, ale zevnitř. Existuje sice typologie sebevražd, avšak každé suicidium má svůj vlastní individuální smysl.

K počátku vědeckých výzkumů a statistických záznamů ohledně sebevražd dochází zhruba na přelomu 18. a 19. století. U nás podává jedny z prvních statistik Masaryk (1930), později Růžička (1966, 1968).

1.5.5.1 Humanistická psychologie

V. E. Frankl sebevraždu rezolutně odmítá. Podle něj neexistují problémy tak velké, aby z nich nebylo jiné východisko než suicidium. Sebevraždou naopak problémy zvěčníme, nijak je nevyřešíme. Dobrovolnou smrtí nelze odčinit ani vina za utrpení, které jsme způsobili jiným. Kromě toho Frankl považuje utrpení jako jednu z cest k nalezení smyslu života. Suicidium chápe jako vyjádření nemožnosti nalezení smyslu života jedince, který nespatřuje důvody k životu. (Frankl, 2006)

K tématu utrpení se vyjadřuje i Viewegh (1996, s. 71): „*Poněkud zjednodušeně se tvrdí, že sebevrah je člověk, který nesnáší – nebo není schopen snášet – utrpení. Toto tvrzení však není tak jednoznačné. Člověk je s to snášet mimořádné veliké strádání a utrpení, jestliže je přesvědčen*

o jeho smyslu. To, co přivádí sebevraha k suicidálnímu činu, je hodnotový prožitek nesmyslnosti utrpení.“

1.5.5.2 Psychoanalýza

Psychoanalytický, respektive Freudův, pohled na suicidium je takový, že sebevražda je vyústěním pudu smrti (Thanatos). *„Podle Freuda tedy existuje primární biologická tendence ke smrti, s pasivními a aktivními projevy. Pud smrti na sebe bere různé formy agrese a destrukce, zaměřené nejen navenek (vůči jiným lidem), nýbrž i dovnitř, vůči vlastní osobě. Jestliže pud smrti dominuje, zejména vlivem silných nebo častěji se opakujících traumatizujících událostí, objeví se v nejrozmanitějších podobách, zejména jako sadismus a masochismus a jiné formy sebeničících tendencí. Podmínky pro autoagresivní jednání vzniknou např. tehdy, jestliže jedinec zažívá ambivalentní city (lásky a nenávisti) vůči druhé osobě, kterou ztratil. Ztotožněním jedince s tímto objektem ambivalentních citů nastává přesun agrese z původního objektu libida na vlastní osobu; tak vzniknou agresivní sadistické tendence obrácené dovnitř. Čin, který se jeví jako sebevražda, je tedy – podle Freuda – v podstatě vraždou, neboť úmysl zabít platí někdejšímu objektu lásky, se kterým se pachatel podvědomě identifikoval.“* (Viewegh, 1996, s. 58) Tento přístup je z dnešního hlediska jednoznačně redukcující a bývá kritizován z podobných důvodů jako sama celá psychoanalýza – pro svůj biologický determinismus.

Na Freudovo pojetí sebevraždy navazuje Menninger (1996), který deklaruje, že v suicidiu jsou obsaženy (nerovnoměrně) více či méně tři tendence – přání být zabit, přání zemřít a přání zabít. Přání zabít je v podstatě Freudem zmiňovaný fakt, že sebevražda je přesunutí agrese adresované původně jiné osobě směrem k osobě vlastní. Přání být zabit souvisí s pocitem viny, kdy vlastní smrt je chápána jako trest za různá provinění. Přání zemřít vyjadřuje nerovnováhu mezi pudem života a pudem smrti – pud smrti zde převažuje.

Jung suicidium v podstatě považuje za přípustné, když říká - živé je jen to, co se samo dokáže zničit. (Viewegh, 1996)

Adler k problému sebevraždy přistupuje prostřednictvím své teorie komplexu méněcennosti. Suicidium je dle něj vyjádření snahy překonat pocit méněcennosti. Zakladatel individuální psychologie připisuje velký význam interpersonálním vztahům. Sebevražda u dětí může být produktem konfliktu dítěte s dospělým. Taktéž nevhodné výchovné přístupy mohou později generovat suicidální chování. (Viewegh, 1996)

Jungiánský psychoterapeut James Hillman (1997, s. 50) píše: „*Protože sebevražda je způsob, jak se přiblížit smrti, a protože toto setkání je provázáno těmi nejroztodivnějšími fantasiemi, znamená to, že chceme-li pochopit sebevraždu, musíme vědět, jaké mytické fantasie probudila v lidské duši.*“

1.5.5.3 Behaviorální a kognitivní psychologie

Behaviorální teorie vyznačující se svým jednostranným zaměřením na složku chování považují suicidium za naučený mechanismus získaný prostřednictvím nápodoby. (Granello, Granello, 2007)

Kognitivní přístup zdůrazňuje především beznadějnost, kterou jedinec vnímá v rámci svého života. Beck sestavil kognitivní triádu (negativní myšlenky o sobě samém, o okolním světě a o budoucnosti), která, pokud se vyskytne, je rizikovým faktorem rozvoje sebevražednosti (ale i deprese). (Granello, Granello, 2007)

Kognitivně-behaviorální přístup syntetizuje oba výše uvedené postoje. Sebevražedné chování je vlastně projevem jednak chybně naučeného chování a jednak dysfunkčních kognitivních přesvědčení a schémat jedince.

1.5.6 Náboženství

Silně křesťanské období středověku suicidium rezolutně odmítalo. Výklady křesťanského přístupu k sebevraždě se i v současnosti různí. Jednoznačné odsouzení tohoto chování v Bibli není explicitně obsaženo. Některé přístupy však deklarují, že hříšnost sebevraždy je obsažena v prvním z desatera přikázání „nezabiješ“ a zabít sebe sama je stejně hříšné jako zabít bližního svého. Tento názor zastává i Augustinus (viz výše).

Římskokatolická církev sebevraždu za hřích považuje a tomu, kdo ji spáchá, odpírá církevní pohřeb. Člověk nemá právo vzít si život, který mu byl dán Bohem. Jen Bůh má právo tento život ukončit.

„Sebevražda jako mučednictví byla vždy uznávána v židovském prostředí; byla ospravedlnitelná, jestliže umožňovala vyhnout se třem nejhorším hříchům: modlářství, incestu a vraždě. Byla tehdy zvláštním případem mučednictví – jako oběť na oltář Nejvyššího.“ (Hillman, 1997, s. 31)

Starozákonní židé sebevraždu explicitně nezakazují, ale nijak k ní nevybízejí. Její odmítání je dle některých interpretací také obsaženo v prvním přikázání „nezabiješ“. Může být formou

mučednictví. Z rané minulosti je známo velmi málo židovských sebevražd. Později bývají častější v rámci úniku před perzekucí. (Encyclopedia Judaica, 1994)

Taktéž v buddhismu je sebevražda podle dnešních interpretací spíše nepřijímána. Buddhistické nirvány sebevrah dosáhnout nemůže, může však skrze sebevraždu jako trest dosáhnout odčinění svých hříchů. Monestier (2003) uvádí příklad takové kající smrti prostřednictvím sebeupálení, kterým sebevrah smaže své hříchy a uzdraví svou duši.

Hinduismus se k suicidii staví podobně. Monestier (2003, s. 352) cituje Mannův zákoník, významný pro hinduistickou obec: „*Bráhman, jenž ovládl své tělo cvičeními, která vypracovali velcí světci, má-li smutek a trápení, bude přijat v Bráhmově sídle s poctami.*“ Pokud chce člověk opustit bytí z nutnosti a vlastní vůle, je to možné, měl by ale nejprve dosáhnout úctyhodného věku a zplodit potomka.

Korán sebevraždu poměrně jednoznačně odsuzuje. Dle islámského práva je sebevražda „Bohu odporný čin“. Nejmenší problém se sebevraždou mají šíité, v jejichž tradici se pod vlajkou ortodoxního výkladů Koránu objevují sebevražední muslimští atentátníci páchající dobrovolnou mučednickou smrt za věc víry. Tito fundamentalisté v rámci džihádu bojují proti západním vlivům jiných kultur a náboženství. (Mendel, 1994) Podle některých výkladů Koránu „*Bůh padlého bojovníka odměňuje okamžitým přijetím do ráje*“. (Denny, 1999, s. 146) V Koránu také stojí: „*Proroku, povzbuzuj věřící k boji! Bude-li mezi vámi dvacet vytrvalých mužů, porazí dvě stě, bude-li jich mezi vámi sto, porazí tisíc nevěřících, neboť to jsou lidé nechápaví.*“ (Korán, 2000, s. 490)

1.5.7 Reflexe sebevraždy z hlediska společenské přijatelnosti

Ve většině společností minulých i současných je sebevražda chápána jako něco negativního. Bývala označována za hřích, zločin nebo za projev šílenství. Je ovšem několik výjimek, kdy sebevražda může být viděna jako hrdinství, vykoupení či jiný ctnostný akt.

Chápání suicidia jako něco nepřijatelného a špatného souvisí s bazálním pojetím smrti jako takové. „*Pohlédneme-li do minulosti, na dávné lidi a jejich kultury, zjistíme, že smrt byla pro člověka vždy čímsi odpuzujícím, a vždycky asi také bude. Z pohledu psychiatrie je to zcela pochopitelné a nejlépe se to snad dá vysvětlit na příkladu naší vlastní elementární zkušenosti – v našem podvědomí je smrt něčím, co prostě ve vztahu k nám samým, k naší vlastní osobě, není možné. (...) Sama smrt je tak spojována s nějakým zlým nebo špatným činem, je to událost budící strach, něco, co volá po odplatě nebo trestu.*“ (Kübler-Ross, 1992, s. 2)

Přijatelnost či nepřijatelnost sebevraždy v rámci společnosti souvisela v minulosti velmi silně s tím, jaký náboženský či filozofický postoj v dané době dominoval. Např. názory křesťanství na sebevražedné chování byly vždy poměrně striktní (viz výše). Ovšem pokud člověk zemřel jako mučedník a obětoval se Bohu, nebyl to hřích ale vykoupení.

Dokud legislativa nebyla oddělena od církve, suicidium bylo klasifikováno jako zločin, který býval, v případě, že pokus byl neúspěšný, po zásluze potrestán.

Existovala však i společenství, kde byla sebevražda normální součástí života či dokonce projev hrdinství. U některých přírodních národů a kmenů bylo suicidium jednou z cest vypořádání se se smrtí, ulehčením společenství od nemohoucích jedinců, kteří by jen zatěžovali ty zdravé. Monestier (2003, s. 328) uvádí jako příklad Vizigóty, Thráky, Venety, Vandaly nebo Góty, kteří pociťovali velkou úzkost ze stáří. *„Jakmile překročili roky největší síly, začali netrpělivě sledovat plynutí času. Přestože se každým dnem blížila hodina odchodu do ráje, ve stopách stáří kráčela nemoc a slabost. Bylo tedy běžné vidět statné a naprosto zdravé starce, jak páchají sebevraždu skokem ze skály vyhrazené pro tento účel poté, co se na opulentních hostinách rozloučili s živými.“* Keltové dokonce slibovali sebevrahům rajský život.

Také asijský svět reflektoval a stále reflektuje sebevraždu jinak. Např. v Japonsku má sebevražda po staletí velkou tradici. Harakiri bylo otázkou cti, během války probíhalo hromadné kamikadze. *„V Japonsku je smrt ospravedlňující zkouškou velké hodnoty, a protože sebevrahovi zjednává přístup mezi uctívané předky, pohlíží se na ni s úctou a respektem. Výsledkem je, že se sebevražda vnímá jako instituce, jako výrazový prostředek zasluhující si respekt, který v zemi vyznávající buddhismus nevedl nikdy ke ztrátě cti, jak to požaduje naše západní morálka. (...) Přestože je dnes Japonsko třetí průmyslovou velmocí světa, respektování forem, které zajišťují harmonii vědomí, je u japonských buddhistů a šintoistů stále živé. Vzhledem ke 40 000 sebevražd ročně vidíme, že možnost zabít se si uchovala i nadále svou hodnotu jako odmítnutí, protest i výraz smyslu pro čest.“* (Monestier, 2003, s. 364 - 366)

V moderních společnostech bylo postupem času suicidium vyškrtáno z klasifikace zločinů, to ovšem nesmazalo nepřijatelný dojem, kterým i nadále sebevražda působí. Ačkoliv výzkumy ukazují, že většina sebevražd není patického charakteru (Koutek, 2003), suicidium je běžnou populací chápáno obvykle jako projev šílenství. Odborníci z řad psychiatrů a psychologů přistupují k suicidálnímu chování jako k něčemu, co vyžaduje jejich intervenci. Suicidálního člověka je třeba terapeutizovat a posléze snížit či ideálně odstranit jeho suicidální potenciál.

I v naší společnosti jsou ale případy, kdy je sebevražda přijata jako čin úctyhodný. Za všechny lze zmínit sebevraždu Jana Palacha, který tak vyjádřil svůj postoj k režimu a upálil se. Jeho oběť vešla do celosvětových dějin. V tomto případě šlo jistě o důkaz krutosti státního zřízení, který jednotlivce dožene k tak hrůznému aktu, stejně jako o ukázkou toho, že jedinec je schopen v některých chvílích obětovat svůj život za všechny ostatní, přestože jistota žádoucích důsledků jeho chování není úplná.

V současnosti se suicidium jako kladně hodnocený akt projevuje také v prostředí islámského fundamentalismu. Jak již bylo řečeno, islám jako takový sebevraždu nikterak neospravedlňuje. Radikální muslimské odnože (zejména šíité) však v rámci svaté války vysílají své příslušníky páchat sebevražedné atentáty. Tento terorismus se v poslední době projevil např. při světoznámém útoku v USA 11. září 2001. Sebevražda je zde projevem hrdinství, neohroženosti a odvahy padnout za své přesvědčení v rámci své ideologie. Teroristé používají často bombové nálože, k nimž jsou připoutáni a které odpálí v davu lidí. Výjimkou nejsou ani únosy letadel s civilisty. Atentátníci mají vidinu rajske odměny, která přijde po smrti. Tyto sebevražedné projevy jsou postaveny na ortodoxním výkladu Koránu, který umožňuje množství různých interpretací. Islámští fundamentalisté věří, že musí bojovat proti globalizaci a amerikanizaci světa, který by byl spasen jen prostřednictvím pravé víry. (Monestier, 2003)

Dalo by se říci, že sebevražda je společností více akceptovaná, pokud sleduje nějaké vyšší cíle, s nimiž se dokáže ztotožnit větší množství lidí, např. zmíněný boj proti režimu nebo oběť ve válce apod. Pokud jde však o čistě osobní motivy pramenící z hluboké osobní bolesti jednotlivce, okolí na jeho suicidální čin posléze nahlíží jako na něco, co nebylo nutné. Pro většinu lidí je nepředstavitelný sebevrahův stav zúžení, který mu nedovoluje vidět jiné perspektivy. Téma k polemice je jistě otázka, zda má člověk právo si sáhnout na život bez toho, aby byl nuceně hospitalizován a terapeutizován. Zde se již dostáváme také poblíž problematice eutanazie, jejíž přijatelnost je velmi aktuální a kontroverzní téma. Lékaři, psychologové i terapeuti by nikdy neměli zapomínat položit si otázku: Je důležitější život či jeho kvalita?

2. Adolescence a její rizika

Protože v rámci tématu této práce hraje velkou roli i pojem adolescence jako takový, následující kapitola se bude věnovat podrobněji právě adolescentní problematice.

Adolescence je termín někdy nejednoznačně užívaný. „*Je odvozen z latinského slova adolescere (dorůstat, dospívat, mohutnět). Přitom označení adolescenti (typické pro psychologii) se v českém jazyce volně zaměňuje s označením dospívající či dorost (typické pro lékařské vědy) a rovněž s širším označením mládež (charakterističtější pro sociologii a pedagogiku).*“ (Macek, 2003, s. 9) V české literatuře adolescence někdy označuje údobí dospívání následující po pubescenci a předcházející mladé dospělosti. Ve světové literatuře tento pojem však povětšinou označuje celé období dospívání (včetně pubescence) od započetí vývoje sekundárních pohlavních znaků až do mladé dospělosti, tj. u dívek cca od 12. do 18. roku života a u chlapců cca od 14. do 19. roku života. V tomto smyslu bude užíván termín adolescence v této práci.

Adolescence je jistě velmi složitým obdobím v životě člověka, v němž dochází k množství změn, které nezřídka kdy mohou být obtížně přijímány jedincem. V tomto období je lidská psychika někdy velmi lehce narušitelná a zároveň citlivá na všechny okolní změny, ale i na intrapsychické děje, které individuum mnohdy podrobuje velmi detailnímu zkoumání. Dochází v něm ke změnám somatickým, psychickým i sociálním. Všechny tyto změny jsou ovlivněny interakcí bio-psycho-sociálních faktorů. Společnost klade na dospívajícího určité požadavky a má od něj určitá očekávání charakteristická pro danou kulturu. Spekuluje se o tom, zda je adolescence jako vývojové období čistě kulturně podmíněná, což vyplývá z výzkumů primitivních kmenů, u nichž se tato fáze někdy vlastně vůbec neobjevuje.

V dnešní době v souvislosti se sekulární akcelerací dochází k rozšiřování období adolescence oběma směry. Jedinci se snaží zbavit dětských atributů ve stále útlejším věku, taktéž sekundární pohlavní znaky se začínají objevovat v ranějším věku, avšak ke konci adolescence se dospívající často dostávají do tzv. moratoria, kdy váhají s vytvořením vlastní identity a s osamostatňováním se od rodičů.

Někteří odborníci období adolescence dále člení do dvou fází. První je raná adolescence, někdy také substituovaná termínem pubescence, probíhající cca od 11. do 15. roku života. Začíná pubertou, čili tělesným dospíváním a pohlavním dozráváním. Nadcházejí změny zevnějšku, po nichž následují psychické změny. Mění se způsob myšlení i emočního prožívání. Jedinci se více orientují na své vrstevníky než na rodiče. Také dochází k velkému životnímu mezníku, čímž je

ukončení povinné školní docházky. Pubescenti začínají navazovat první vztahy s opačným pohlavím, poznávají lásku. (Vágnerová, 2005)

Druhá fáze je pozdní adolescence probíhající cca od 15. do 20. roku života. Začíná ukončením pohlavního zrání jedince. V této době adolescenti navazují první partnerské vztahy sexuálního charakteru. Dochází k profesní profilaci, potažmo k nástupu do zaměstnání či na další studium, i ke komplexním psychosociálním změnám. V této fázi je zahrnut velký mezník dosažení plnoletosti v 18 letech. Toto období bývá završeno postupným osamostatněním od rodičů, ekonomická nezávislost bývá jedním ze znaků dospělosti v naší společnosti. Významné je také vytvoření a přijetí vlastní identity. (Vágnerová, 2005)

Je možné nalézt i členění na tři fáze adolescence – časnou (10-13 let), střední (14-16 let) a pozdní (17-20 let). (Macek, 2003)

Macek (2003, s. 10) shrnuje: „*Trvalou charakteristikou adolescence zůstává, že je považována za most mezi dětstvím a dospělostí. Z ontogenetického hlediska je jejím základním atributem dokončení pohlavního dozrání, fyzický a duševní rozvoj (růst) a sociální učení v neširším slova smyslu.*“

2.1 Významné změny v období adolescence

2.1.1 Tělesný vývoj

V adolescenci dochází k mnoha tělesným změnám. Dominantní je pohlavní dozrání doprovázené sekundárními pohlavními znaky jedince, který získává schopnost reprodukce. Důležitý je ale i růst, změna postavy a celková změna vzhledu. Adolescent velmi citlivě vnímá všechny své tělesné změny, mají pro něj obvykle velký subjektivní význam. Také se srovnává s ostatními, mnohdy může pochybovat o svém vzhledu. Toto souvisí taktéž s velkým významem vzhledu a ideálu krásy v naší společnosti, nejen mezi dospívajícími. Změna zevnějšku souvisí s přijímáním nové identity, kterou si jedinec během adolescence vytváří. Dospívající mají tendenci k uniformitě, což se projevuje typickou úpravou zevnějšku odpovídající jejich referenční skupině. Pokud se adolescent cítí nějak tělesně odlišný, často se to fatálně promítá do úrovně jeho sebehodnocení, objevují se pocity méněcennosti apod. Ke konci adolescence si vyrovnání jedinci vytvářejí svůj individuální styl a již nejsou tolik ovlivňováni ideálem společnosti. (Vágnerová, 2005)

U chlapců se změněné tělesné schéma projevuje zejména nárůstem svalů a růstem do výšky, sekundární pohlavní znaky nejsou tak nápadné jako u dívek, u nichž jsou tyto znaky

patrnější. Děvčata se s touto změnou mohou obtížněji vyrovnávat, někdy se stávají terčem nevhodných poznámek vrstevníků nebo mohou být okolím vnímány jako sexuální objekt, přestože psychicky ještě na započetí sexuálního života nejsou připraveny. (Vágnerová, 2005)

2.1.2 Vývoj poznávacích procesů

2.1.2.1 Myšlení

Prostřednictvím interakce mezi zráním CNS a učením dosahuje adolescent kvalitativně odlišného způsobu myšlení. Piaget (1966, 1970) toto stádium označoval jako stádium formálních logických operací. Na rozdíl od předchozího stádia konkrétních logických operací v této fázi získává jedinec schopnost abstrahovat a uvažovat nezávisle na konkrétní realitě. Umí uvažovat hypoteticky a systematicky, je schopný zobecňovat z více konkrétních faktů, vytváří si hypotézy, které ověřuje. Dokáže kategorizovat abstraktní pojmy. Je schopen na problém nahlížet z více stran a ne jen čistě egocentricky. Myšlení je flexibilní. Dospívající v tomto věku jsou často nadšeni pro nějaký určitý zájem, v němž se sebevzdělávají. Zabývají se různými teoriemi, baví je přemýšlet nad smyslem života, uvažují o budoucnosti apod. Rádi také diskutují a snaží se protivníka přesvědčit o svém stanovisku. Také se rozvíjí metakognice a schopnost introspekce. Někdy se objevuje přehnaná kritičnost, vztahovačnost i přecitlivělost, nepřijímání kompromisů. Dospívající vnímají změnu svého myšlení a mylně ji interpretují jako něco výjimečného, myslí si, že ostatní neuvažují tak jako oni. (Vágnerová, 2005)

Myšlení však stále ještě není na úrovni dospělého jedince. Adolescent nerozlišuje tolik mezi váhou jednotlivých alternativ, když uvažuje o hypotetických možnostech, přikládá jim často stejnou váhu. Toto souvisí s celkovou nezkušeností.

Adolescent má stále, stejně jako dítě, potřebu jistoty. Jeho jistota ale může být narušena právě tím, že jedinec polemizuje o své budoucnosti, která bývá nejistá. Zároveň ale nejistota a otevřenost budoucnosti otevírá určitou svobodu, jedinec má prostor se v budoucnu libovolně realizovat.

Vývoj úrovně myšlení souvisí také se schopností pochopit koncept smrti. Opravdový význam smrti jako něco nevratného pochopí dítě až kolem 9. - 10. roku života, lze tedy konstatovat, že zdánlivé sebevraždy v ranějším věku jsou spíše sebezabitím, přičemž suicidant si nemusel plně uvědomovat ireverzibilní charakter svého jednání. Pochopení významu smrti ovlivňují i osobní zkušenosti dítěte se smrtí v jeho okolí, to, jak blízké osoby o smrti mluví, ale i smrt domácího mazlíčka. V adolescenci už tedy jedinec chápe smrt jako něco nevratného.

Dospívající jedinci se tematikou smrti zabývají, přemýšlí o tom, co nastává po ní. Také se někdy zajímají o reinkarnační teorie a teorie života po životě. Toto souvisí také s religionizitou jedince či zájmem o některé filozofické směry, které zahrnují reinkarnaci. (Koutek, 2000; Špatenková, 2011)

2.1.2.2 Paměť a pozornost

Adolescent se učí novým systematickým způsobům učení a to se projevuje i ve schopnosti zapamatovávat si. Dokáže si vytvářet účinnější strategie zapamatování informací. Člení učivo na menší celky, zvýrazňuje si podstatné informace, vytváří různé mnemotechnické pomůcky, někteří dospívající dokonce dosahují schopnosti logicky vydedukovat řešení. Také dokáží efektivně opakovat a udržet tak déle informace v paměti. (Vágnerová, 2005)

Tyto nové strategie se vytvářejí i v rámci pozornosti. Dospívající je schopen efektivně zaměřovat a udržet pozornost. V rámci metakognice si uvědomuje, jaké postupy jsou pro něj nejefektivnější a jak rozčlenit svou pozornost tak, aby výsledek byl co nejúčinnější. (Vágnerová, 2005)

2.1.3 Vývoj emocí

Také emoce se mění v souvislosti se změnou hormonálního systému v těle. Adolescent se stává labilnějším, dráždivějším, často velmi citlivě reaguje i na běžné podněty. Jeho labilita ovlivňuje i jeho myšlení. Dospívající bývá tímto často zmaten, vysoce vnímá své intenzivní citové prožitky, které jej mohou znepokojoval. Hovoříme zde o emočním egocentrismu. Dospívající je přesvědčen, že nikdo neprožívá to, co on. Často si své city, v nichž ani sám nemá jasno, také střeží a nechce je projevovat navenek. Bojí se, že by byl nepochopen, stydí se za své prožitky či svoje emoce ani neumí verbalizovat. Je uzavřenější, zejména vůči rodičům. Výbušnost a vztahovačnost adolescenta často komplikuje mezilidské vztahy s jeho blízkými, hlavně s nejbližšími příbuznými. Mladý člověk se nezdá kdy může projevovat vůči svému okolí agresivně a hostilně. (Vágnerová, 2005)

Celková nejistota, kterou adolescence může produkovat, spolu s emočním egocentrismem někdy vede k tendenci, že dospívající se noří hluboko do negativních pocitů, v nichž ulpívá a ruminuje a zaobírá se s nimi stále dokola. Sám nemusí chápat, z čeho takové pocity vlastně vznikají, a v souvislosti s tím pociťuje úzkost. Můžeme dokonce hovořit o určité anhedonii

a depresivním ladění mladého člověka. Spolu s intenzitou a výbušností dospívajícího tvoří výše uvedené faktory potenciálně dobrou půdu pro rozvoj suicidálního chování.

Emoční změny a labilita adolescenta se promítají i do sebehodnocení, které v této době nemusí být vůbec adekvátním. I sebemenší negativní poznámka z okolí může dospívajícího doslova vykolejit a otřást jeho sebehodnocením. V pozdní adolescenci dochází ke stabilizaci emocí. (Vágnerová, 2005)

2.1.4 Vývoj konace

Během dospívání se vyvíjí i autoregulační systém jedince. Adolescent lépe zvládá sebekontrolu, je vytrvalejší. Volní složku ale ovlivňují emoce, které ve svém labilním a impulzivním charakteru mohou často znemožňovat dostatečnou sebekontrolu a autoregulaci dospívajícího. V pozdní adolescenci kvalita autoregulačních schopností stoupá, stává se stabilnější. (Vágnerová, 2005)

2.1.5 Vývoj identity

Erikson označil období adolescence jako „identitu versus zmatení rolí“. Úkolem dospívajícího je tedy vytvořit si a přijmout vlastní identitu a tím dovršit toto vývojové období. V rámci vytváření identity si adolescent formuje představu o tom, kým by chtěl vlastně být. Na toto utváření působí mnoho vlivů a to i okolních. Z vnitřních vlivů to je dosažení vyšší úrovně kognitivních funkcí i emoční zralosti. Adolescent začíná uvažovat na jiné úrovni, kriticky přemýšlí. Poznává sám sebe, své schopnosti a své možnosti, přemýšlí o své budoucnosti. Uvědomuje si změnu své osobnosti a na základě toho se mění i jeho sebepojetí. Změny ovšem generují pocity nejistoty a dospívající jedinec si nemusí být jistý, kým vlastně je, pochybuje o sobě a své budoucnosti. (Erikson, 1996)

Také nasává informace ze svého okolí, vliv mají vedle rodiny zejména vrstevnické vztahy. Vztah k ostatním je součástí osobní identity. V pubescenci přijímá jedinec skupinovou identitu, což poskytuje na jistou dobu dosažení jistoty. Postupem času ale zvítězí potřeba se samostatně individualizovat a dojde k separaci od skupiny. (Vágnerová, 2005)

Proces individuace směřující k rozvoji vlastní identity má několik fází. Nejprve je to fáze diferenciacce, v níž si adolescent uvědomí své odlišnosti od rodičů, co se týče psychiky i fyzické stránky. Dochází k deidentifikaci s rodiči a dospívající přestává chtít být jako oni, případně se identifikuje s jinými autoritami. Dále následuje fáze experimentace, kde adolescent odmítá být

závislý, negativisticky odmítá dobré rady přicházející ze strany rodičovské autority, má pocit všemocnosti a neohrožitelnosti. Po té dojde k fázi stabilizace, kdy se vztahy s rodiči uklidní. Dospívající již volí zralejší způsoby chování. Protože představa úplného osamostatnění zatím generuje úzkost, zůstává stále ještě v bezpečí rodiny. Poslední fází v adolescenci je fáze osamostatnění. Adolescent se separuje od rodiny a získává nezávislost. Také dochází k vytvoření vlastní identity, která střízlivě potvrzuje jedinečnost daného jedince. Tato identita poskytuje existenci dospívajícího určitý řád a smysl. (Vágnerová, 2005)

Jsou různé cesty k dosažení vlastní identity. Někteří adolescenti mohou pouze přijmout model, který vidí u svých vzorů v okolí. Toto vyhovuje osobám méně kreativním a více konformním, které nemají potřebu se specifikovat skrze vlastní úsilí. Tato cesta je příznačná zejména pro skupinu vyučených, kteří často přejímají model identity ze své rodiny. Jejich cesta je jasně daná. Naopak jiní jedinci si vytvářejí samostatně vlastní identitu, která je originálnější a také se vyznačuje svou konzistencí a stabilitou do budoucna. Pokud jedinec s vytvořením nebo přijetím vlastní identity otálí, mluvíme o tzv. moratoriu. Je to jakýsi čas na rozmyšlenou, kým chce vlastně být. (Vágnerová, 2005)

2.2 Význam mezilidských vztahů

Mezilidské vztahy jsou i v adolescentním období významným činitelem socializace. Rodinné vztahy se mírně upozaďují, zatímco velký význam mají pro dospívajícího vrstevnické skupiny.

2.2.1 Rodina

Význam rodinných vztahů v adolescenci se mění, přesto má rodina stále svým způsobem výlučné postavení, mění se ale vztahy jejích členů mezi sebou. Dospívající je často vůči rodičům z ničeho nic uzavřenější než dřív, někdy s nimi dokonce přestává vycházet či s nimi prožívá konflikty, snaží se oproti nim vymezit. Autorita rodičů se mění. Dospívající již zjistil, že jeho rodiče nejsou neomylní a všemocní.

Odpoutávání se od rodičů je běžný projev dospívání a zároveň jeho úkol. Adolescentovi začíná vadit, že by za něj měl rozhodovat rodič, to se často projevuje negací všeho přicházejícího ze strany rodičů. Rodiče si musí uvědomit, že mimo nových požadavků, které na své potomky mají, jim musí postupně začít přiznávat i nová práva. Vznikají tak dvě protichůdné tendence, jednak snaha rodičů udržet si svou autoritu alespoň formálně, na druhé straně touha dítěte po

osamostatnění. Adolescent tráví se svými rodiči stále méně času. Někdy dokonce bere jako ponižující provádět určité aktivity s rodičem. (Vágnerová, 2005)

Ke konci adolescence by měl být proces separace od rodiny ukončen a vztahy by opět měly dosáhnout jisté rovnováhy. Rodiče by měli již akceptovat osamostatnění svého potomka.

Během dospívání se mění i sourozenecké vztahy. Závísí to na pohlaví i věku sourozenců. Adolescent preferuje spíše sourozence stejného pohlaví, kterého může brát jako oporu. Pokud je věkový rozdíl větší, kontakty sourozenců mohou klesat z důvodu rozdílnosti názorů a preferencí. Starší sourozenec může být obdivován pro svou samostatnost a zralost. Mladší sourozenec zpravidla nebývá v centru zájmu adolescenta, který se spíše snaží nebýt s ním v kontaktu. „*Vyšší blízkost ve vztahu k sourozencům uvádějí častěji dívky. V případě pouze jednoho sourozence je blízkost obvykle větší než tam, kde je sourozenců více. Sourozenci jsou často mediátorem konfliktů s rodiči. Uvádí se, že z hlediska vzájemných vztahů je nejvíce negativní, když je mezi sourozenci věkový rozdíl dva až tři roky. Je-li mezi nimi minimální věkový rozdíl (jeden rok a méně), či velký (čtyři a více), méně soupeří a vztahy se zlepšují.*“ (Macek, 2003, s. 56)

2.2.2 Vrstevníci

Oproti rodině vrstevnické vztahy získávají velký význam. Dospívající člověk má potřebu patřit do nějaké skupiny, sdílí názory, postoje a normy se svou referenční skupinou, v níž ani nemusí být členem. To dává najevo i úpravou svého zevnějšku, pro dospělé často nepřijatelnou. Vrstevnická skupina je důležitým faktorem v rámci vytváření si své vlastní identity. Pro adolescenta je důležitá pozice, kterou si v kolektivu vydobyl. Také oceňuje to, že vrstevníci řeší podobné problémy jako on a jsou pro něj rovnocenní partneři.

Vztahy s vrstevníky uspokojují různé potřeby adolescenta. Jednak pomáhají v procesu vytváření vlastní identity, adolescent na nějakou dobu přejímá identitu skupinovou. Také poskytují dospívajícímu jedinci odpovídající míru stimulace skrze kontakty, společné aktivity a zážitky. V rámci skupiny získává adolescent nové zkušenosti, co se týče řešení problémů i sociálních strategií. Členové skupiny se napodobují navzájem, případně napodobují svého vůdce. Vrstevnická skupina také uspokojuje alespoň částečně potřebu bezpečí i potřebu akceptace. (Vágnerová, 2005)

Dospívající má zájem navázat také dyadický vztah, v němž by mohl s druhým sdílet své pocity a prožitky. Je zde určitá intimita zahrnující důvěru v druhého a možnost svěřit se se svými problémy. Toto má význam zejména v pubescenci, v pozdní adolescenci toto může substituovat

partnerský vztah. Potřeba přátelství je v adolescenci velmi silná. Dyadický vztah saturuje potřebu opory, také může sloužit jako zdroj pro poznání sama sebe. Dívky mají spíše méně dobrých přítelkyň, naopak chlapci často preferují kvantitu, ale vztahy jsou pak povrchnější. V přátelském vztahu si jedinec taktéž trénuje některé sociální dovednosti, např. altruismus, být schopen pomoci druhému, případně se pro něj vzdát nějakého svého zájmu. Kamarád může být také zdrojem korektivní zkušenosti v určitých situacích. (Vágnerová, 2005)

Dochází i k navazování prvních partnerských vztahů. Nejprve ve spíše platonické rovině, chození je považováno za potvrzené dosažením schůzky a následným držením se za ruku, případně líbáním a jinými doteky. Adolescent si tímto trénuje své sociální kompetence. Dospívající se seznamují s prvními pocity zamilovanosti – prožívají výkyvy nálad, někdy pocity rozpaků, touhu po druhé bytosti apod. Později se objevují erotické experimenty – nejdříve autoerotické. (Vágnerová, 2005)

V pozdní adolescenci již jedinci navazují partnerské vztahy trvalejšího charakteru a prožívají první sexuální styk. Prožití svého „poprvé“ je nezřídka kdy doprovázené tlakem skupiny a po jeho dosažení je to chápáno jako určitá prestiž. Na konci adolescence dosahují partnerské vztahy odpovídající intimity. Toto úzce souvisí s vytvořením vlastní identity. (Vágnerová, 2005)

2.3 Rizikové chování v adolescenci

Období adolescence je velmi senzitivní životní fází, v níž je dospívající otevřen mnoha novým věcem, je to období explorační. Adolescent se zároveň stává vůči těmto novým věcem vulnérabilním, je to tvor velmi zranitelný. V tomto období se stává jedinec labilnějším a impulzivnějším než kdykoliv dříve, jeho repertoár copingových strategií ještě není dostatečný, může se proto stát, že snáze sklouzne k chování, které může mít fatální následky.

V tomto období stoupá taktéž, jak už jsme zmínili, počet sebevražd. Souvisí to pravděpodobně s celkovou rizikovostí tohoto období. Sebevražda v tomto věku mívá často impulzivní charakter, jedinec chce co nejrychleji dosáhnout cíle bez ohledu na případné následky. (Koutek, 2000)

Významný podíl v rámci rizikového chování u adolescentů je i vliv médií. Dospívající tendují k imitaci maladaptivního chování snáze než dospělé osoby. (Shain, 2007)

V posledních letech začínají odborníci hovořit o tzv. „syndromu rizikového chování v dospívání“ (SRCH-D). Tento syndrom je hlavní příčinou morbidity a mortality dospívajících ve světě od 90. let minulého století, u nás od pádu totality. (Kabíček, 2006)

Syndrom překračuje zdravou míru experimentování, které je typické pro adolescentní testování hranic. Obecně jsou do něj zahrnovány tři hlavní okruhy rizikového chování a to: 1. abúzus návykových látek (nikotin a alkohol i další ilegální drogy od kanabinoidů k tvrdším drogám) 2. negativní jevy v psychosociální oblasti – sem patří poruchy chování, agrese, delikvence, taktéž záměrné sebepoškozování a suicidální chování 3. poruchy reprodukčního zdraví – tzn. předčasné zahájení sexuálního života, promiskuita, nechtěná gravidita u dívek, pohlavně přenosné choroby.

Tyto tři okruhy rizikového chování spolu navzájem souvisí a prolínají se. Mají stejné nebo podobné příčiny, taktéž i protektivní a rizikové faktory. Toto chování mnohdy přes svou nebezpečnost dospívajícímu pomáhá zvýšit svou prestiž ve skupině vrstevníků a tak i posílit sebehodnocení.

V rámci individuálních faktorů působí jako rizikové faktory zejména problémové chování v mladším věku, zanedbávání a zneužívání v anamnéze, nízké sebehodnocení adolescenta, chronické onemocnění nebo handicap adolescenta, předčasné rodičovství, špatný školní prospěch, chudoba nebo příslušnost k menšinám. Naopak jako protektivní faktory hodnotíme vysokou inteligenci a sebehodnocení, pozitivní perspektivy pro budoucnost, oceňování vzdělání a zdraví, empatie, altruismus apod. (Kabíček, 2006)

Co se týče rodinných faktorů, za rizikový faktor je považována významná ztráta v rodině, chronická nemoc v rodině (včetně závislosti na návykových látkách v rodině), příliš autoritativní nebo naopak příliš liberální výchovný styl či celkově dysfunkční rodina. Protektivními faktory jsou dobré vztahy v rodině a dobrá komunikace, optimální výchovný přístup a shoda hodnot v rodině a mezi vrstevníky. (Kabíček, 2006)

Rizikové společenské faktory jsou chudoba, příležitost k nelegálním činnostem, negativní vzory v okolí, glorifikace rizikového chování v médiích, nízká úroveň vzdělání apod. Socioekonomický status rodiny může být rizikovým faktorem v případě, že je nízký, ale i v případě, že je výrazně vysoký. Nejméně rizikovou skupinou je střední vrstva. Protektivním společenským faktorem je naopak kvalitní vzdělání, pozitivní vzory v okolí, pozitivní poselství v médiích aj. (Kabíček, 2006)

2.3.1 Abúzus návykových látek

Na počátku 90. let došlo ve světě k všeobecnému vzestupu užívání návykových látek mezi adolescenty, nyní zaznamenáváme spíše mírný pokles. (Kabiček, 2006)

Podle Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) z roku 2011 se kouření cigaret v posledních letech drží na stejné úrovni. Mezi šestnáctiletými kouří denně zhruba 25% osob. Pití alkoholu je mezi dospívajícími poměrně závažným problémem. Dle ESPAD konzumuje více než 21% šestnáctiletých alespoň třikrát v měsíci nadměrné množství alkoholu (tj. 5 a více sklenic při jedné příležitosti). (Csémy, Chomynová, 2012)

Výsledky ESPAD dále vypovídají o tom, že v posledních letech pokračuje pokles zkušeností dospívajících s ilegálními drogami. Nejčastěji užívanou nelegální drogou mezi mládeží je jednoznačně marihuana, s níž má zkušenost kolem 40% normální populace šestnáctiletých. (Csémy, Chomynová, 2012)

2.3.2 Negativní projevy v oblasti psychosociální

„Patří sem projevy sociální maladaptace a závažnější a déle než půl roku se opakující poruchy chování (krutost ke slabším, ničení majetku, krádeže, lhaní, školní selhávání, záškoláctví, útěky, agrese s fyzickým násilím aj.). Charakteristická je i častá psychiatrická komorbidita - především syndrom hyperaktivity a snížené pozornosti (ADHD - attention deficite, hyperactivity disorder) a s poruchami nálad, nejčastěji s depresí a úzkostí, s nimiž souvisí i suicidální chování. U kriminality mládeže tvoří méně a středně vážná majetková trestná činnost přibližně 80 %, mladí lidé se jí dopouštějí nejčastěji ve skupinách.“ (Kabiček, 2006)

Jak již bylo uvedeno, do této kategorie rizikového chování spadá i záměrné sebepoškození a suicidální chování. Záměrnému sebepoškození se budeme věnovat podrobněji.

2.3.2.1 Záměrné sebepoškození

Záměrnému sebepoškození je vymezeno o trochu více prostoru než ostatním typům rizikového chování v adolescenci, a to z toho důvodu, že jeho symptomy bývají někdy chybně zaměňovány se suicidálním chováním. Proto je tato část důležitá pro správné vyjasnění odlišností záměrného sebepoškození a sebevraždného chování.

Je mnoho definic tohoto jevu. Jedna z nich definuje tento jev „jako přímou a záměrnou destrukci nebo poškození vlastních tělesných tkání bez vědomého suicidálního záměru“.

(Favazza, 1999, dle Kriegelová, 2008, s. 17) Sebepoškozování se tedy od suicidálního chování odlišuje zejména tím, že nemá žádnou suicidální motivaci.

Záměrné sebepoškozování (v angličtině „self-harm“) je třeba odlišovat od jiných podobných jevů jako je suicidální chování, chování motivováno sexuálně (např. v rámci praktik sado-maso), chování motivováno touhou po zdobení těla (piercing, tetování aj.) či vedlejší produkt závislosti na některých látkách (drogách, lécích...). Sebepoškozování se objevuje také v souvislosti s psychickým onemocněním a psychickými poruchami, zejm. v kontextu psychóz, poruch osobnosti, impulzivních poruch (např. trichotilománie), PTSD, ale i mentální retardace. (Kriegelová, 2008)

Zdá se, že incidence je větší u žen než u mužů. Ženy častěji přistupují jen k lehčím formám sebezraňování, naproti tomu muži provádějí fatálnější akty vyžadující lékařskou pomoc. Toto je shodou okolností typické i pro suicidální chování – muži si častěji vybírají metody vyznačující se větší letalitou než ženy. (Kriegelová, 2008)

Výskyt záměrného poškozování z hlediska věku je jednoznačně nejvyšší v údobí adolescence. Záměrné sebepoškozování se vyskytuje napříč všemi socioekonomickými skupinami. V poslední době je zaznamenávána mírná vzestupná tendence tohoto jevu. (Kriegelová, 2008)

Naprosto typickou formou záměrného sebepoškozování je řezání sebe sama (zejména do končetin), přičemž jizvy jsou pak zakrývány dlouhými rukávy a nohavicemi. Dalšími technikami mohou být abúzus alkoholu a jiných látek, škrábání, kousání, lámání kostí, pálení, bouchání (např. hlavou o zed'), hladovění či přejídání, vpravování předmětů pod kůži či do tělesných otvorů, opařování, vytrhávání vlasů i řas nebo extrémní rizikové chování (náhodný sex apod.). (Kriegelová, 2008)

Co se týče tělesných partií, které bývají nejčastěji sebepoškozovány, jedná se především o končetiny. Konkrétně zejména o ruce (poškozovány v 74% případů), po té i o nohy (poškozovány ve 44% případů). Dále se sebepoškozování objevuje často i v oblasti břicha, na hlavě, v oblasti hrudníku, ale i na genitáliích. (Favazza, Conteriová, 1989, dle Kriegelová, 2008) Pokud jde o trvání záměrného poškozování, zdá se, že v průběhu 5 až 10 let dochází ke spontánní remisi.

V 10. revizi Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10, 2009) je záměrné sebepoškozování zařazeno do kapitoly XX. Vnější příčiny nemoci a úmrtnosti, konkrétně do podkapitoly X60-X84 Úmyslné sebepoškození.

Taková klasifikace je ovšem aktuálně hrubě nedostačující. V žádném dalším diagnostickém systému netvoří záměrné sebepoškození zatím samostatnou kategorii, což logicky znesnadňuje jeho diagnostiku. Je na něj tedy nahlíženo buď jako na nespecifický symptom nebo jako na specifický symptom jiné poruchy. Někdy bývá chybně zaměňováno za projev suicidálního chování.

Pokud hovoříme o faktorech vulnerability k záměrnému sebepoškození, můžeme odlišit jednak krátkodobé a jednak dlouhodobé faktory zranitelnosti. Krátkodobé faktory jsou aktuální okolnosti tlačící na jedince, problémy ve vztahu k blízkým osobám, problémy rodinné, abúzus návykových látek, problémy studijního či pracovního charakteru, taktéž aktuální zhoršení psychického onemocnění. Dlouhodobé faktory zahrnují neúspěšně proběhnutý attachment či pozdější ztráta a separace od primární pečující osoby. Taktéž to mohou být nevhodné výchovné strategie pečující osoby – chladný emoční vztah, přílišná direktivita či hyperprotektivita. Dále je to taktéž psychické, fyzické a sexuální zneužívání a v neposlední řadě trvalé osobnostní dispozice jedince či konkrétní psychické onemocnění. (Kriegelová, 2008)

Nejčastěji se o záměrném sebepoškození hovoří jako o typu copingové strategie, tj. díky sebepoškození jedinec zvládá určitou stresogenní situaci, v níž se mu daří pomocí této strategie snižovat tenzi. Sebepoškození má repetitivní charakter a jeho funkčnost je omezená. Jedinec sice cítí úlevu bezprostředně po aktu sebepoškození, ale brzy se znovu dostává negativní pocity, které ho dovedou k opakování této copingové strategie. (Kriegelová, 2008)

Jedinci skrze tuto strategii většinou řeší zvládání silných emocí, dosahování kontroly nad vlastním tělem, je to určitý akt očištění, potvrzení si své vlastní existence, navození si pocitu otupělosti, testování hranic či způsob komunikace, který má formu určitého volání o pomoc. (Suttonová, 2005, dle Kriegelová, 2008)

Dle některých výzkumů je však patrné, že sebepoškození, přestože neobsahuje sebevražednou motivaci, může být rizikovým faktorem k pozdějšímu suicidálnímu chování. Proto je vždy důležité prošetřit pečlivě výskyt sebepoškození v anamnéze, jeho povahu a posoudit riziko suicidálního chování u daného jedince. (Guan, Fox, Prinstein, 2012)

2.3.2.2 Poruchy reprodukčního zdraví v dospívání

K prvnímu koitarché v ČR typicky dochází přibližně mezi 17. a 18. rokem života. Již 64% dospívajících prožije svůj první sexuální styk v 17 letech. V 18 letech má tuto zkušenost o deset procent adolescentů více, tj. 74%. (Weiss et al., 1996)

Předčasný sexuální styk v souvislosti s nedostatečným poučením o aspektech sexuálního života může vést k nákaze pohlavními nemocemi či k nechtěnému těhotenství. Velkým rizikem u dívek je rakovina děložního čípku, jejíž příčinou může být i nedostatečná antikoncepce a časté střídání sexuálních partnerů. „*Populační skupina 15-24 je celosvětově skupinou s největším výskytem pohlavních chorob.*“ (Kabíček, 2006) Předčasná sexuální aktivita může také narušit i osobnostní vývoj jedince.

3. Rizikové a protektivní faktory suicidálního chování

Protože suicidální chování je multifaktoriální jev, je velmi těžké definovat jeho příčiny. Můžeme hovořit o určitých rizikových faktorech, které způsobují, že jedinci jimi zasaženi jsou zranitelnější vůči suicidálnímu chování než ostatní. To však neznamená, že sebevraždné chování se u nich nutně musí vyskytnout. Sebevraždu nelze predikovat, lze jen určit přibližnou míru suicidálního rizika. Roli vždy hraje kombinace mnoha proměnných. Sebevraždné chování je spojeno s konstelací vnějších rizik a vnitřních krizí, s nedostatkem copingových strategií a struktur sociální opory, se stupněm sebevraždného záměru, který v horším případě vede k uskutečnění sebevraždného pokusu. (Sun, 2011) Rizikových faktorů je tedy celá řada a jejich charakter může být biologický, psychologický i sociální.

„Pöldinger podal prehľad mimořádně suicidiem ohrožených skupin; u duševních poruch jsou to především deprese, náruživostí všeho druhu, alkoholismus, chybný psychický vývoj (zejména na podkladě neurózy), psychopatie a psychózy. Z jednotlivých chorobných příznaků představuje zvýšené nebezpečí suicidia počátek nebo odeznívání depresivní fáze, úzkostné a afektové ladění, pocity viny a insuficience, biologická krizová období (puberta, gravidita, klimakterium), nevyléčitelné nemoci, alkoholismus a toxikomanie.“ (Pöldinger, 1968, dle Viewegh, 1996 s. 47)

Podle Hawtona jsou nejvýznamnější rizikové faktory k suicidálnímu chování konkrétně u adolescentů tyto: mužské pohlaví, zejména u starších adolescentů, dřívější suicidální pokusy, psychiatrická onemocnění, původ z velké rodiny, alkoholismus v rodině, narušené vztahy k členům rodiny, odloučení od rodičů, chronické problémy a poruchy chování, zneužívání alkoholu nebo drog, sociální izolace, špatná školní výkonnost a depresivní tendence. (Hawton, 1993, dle Koutek, 2000, s. 408)

Rizikové faktory podle Špatenkové (2011, s. 136) jsou: závažné somatické onemocnění nebo obavy z něj, psychická nemoc (deprese, schizofrenie, epilepsie aj.), závislost na alkoholu nebo nealkoholových drogách, signifikantní ztráta v raném dětství, smrt nebo ztráta někoho blízkého v útlém věku, suicidální chování v anamnéze.

Brown, Pullen a Scott (1992) vykreslují profil osoby nejvíce ohrožené dokonaným suicidiem: střední a vyšší věk, mužské pohlaví, rozvedený nebo osamělý (demografické rysy); dřívější akty sebepoškození v anamnéze, deprese nebo mánie, etylismus, asociální osobnost

(psychiatrické rysy); nezaměstnanost či izolace (sociální rysy); vážné tělesné onemocnění (obecně medicínské rysy).

Výrazným rizikovým faktorem je tedy tentamen suicidii v anamnéze. Hawton (1993, dle Koutek, 2000) uvádí rizikové faktory opakování suicidálního pokusu u adolescentů: mužské pohlaví, dřívější tentamen, psychiatrická diagnóza, původ z početné rodiny, alkoholismus v rodině, narušení rodinných vztahů, separace od rodiny, poruchy chování, abúzus návykových látek, sociální izolace, slabší školní prospěch, depresivní ladění.

Některé výše uvedené faktory jsou typické i pro dospělé jedince. U adolescentů jsou rizikové faktory sebevražedného chování podobné jako u dospělých, ale více se vyskytují problémy v interpersonálních vztazích, zejména co se týče vztahů rodinných, a další problémy a konflikty týkající se rodičů (např. rozvod) a příbuzných. Také úspěšnost ve škole souvisí s potenciální rizikovostí.

Špatenková (2011, s. 137) uvádí tzv. precipitující faktory suicidálního chování u dětí a dospívajících. Jsou to tyto: nezvládání nároků ze strany rodičů, týrání, sexuální zneužívání nebo zanedbávání, abúzus alkoholu nebo drog, nechtěné těhotenství, strach ze zkoušek, odmítnutí nebo ztráta milované osoby, změna prostředí, prožitek ztráty.

Drtilová a Koukolík (1994, s. 76) píší: „*V životních osudech obětí sebevraždy mladistvých jsou častější brzká osiření, tělesné nebo pohlavní zneužívání, bída, nechtěné těhotenství, předčasné manželství zejména dívek, útěky z domova i rozpadající se a chaotické rodinné vztahy, přestupky proti zákonu a uvěznění. U těchto dětí je také častější výskyt epilepsie.*“

Naproti rizikovým faktorům existují typické protektivní faktory, které snižují pravděpodobnost výskytu suicidálního chování. Faktory protektivní zahrnují, stejně jako faktory rizikové, velmi různorodé spektrum možných proměnných bio-psycho-sociálního charakteru. Současná zjištění napovídají, že posílení sociální opory, trénování copingových strategií, vystavování jedince pozitivním životním zkušenostem a událostem, podpora dobrého fyzického i psychického zdraví a zdravého životního prostředí jsou nejefektivnější preventivní strategie k zamezení spáchání sebevraždy. (Suresh Kumar, George, 2013) Dále budou popisovány konkrétní rizikové a protektivní faktory vztahované zejména k adolescentnímu věku.

3.1 Sociodemografické faktory

Rizikový faktor dokonaných sebevražd je mužské pohlaví. Pro suicidální pokus je naopak rizikem pohlaví ženské. Suicidálním rizikovým faktorem je taktéž vyšší věk a nižší vzdělání

jedince. Ohroženější jedinci jsou také ti, kteří přišli o partnera (ovdovění) nebo kteří se rozvedli. Méně ohrožení jsou ti, žijící v dlouhodobém svazku a ti, kteří mají děti. U adolescentů toto však neplatí. U nich je předčasné rodičovství a manželství spíše rizikovým faktorem. Adolescenti patří k ohroženějším skupinám, co se týče suicidálních pokusů. (Koutek, 2003)

3.1.1 Rodina

Otázkou zůstává, zda je suicidální chování nějak geneticky podmíněné a zda se tedy napříč generacemi může přenášet jistá genetická zátěž ve vztahu k suicidalitě. Je prokázáno, že dispozice k některým psychiatrickým onemocněním, které riziko suicidálního chování zvyšují, se do jisté míry přenášejí geneticky. Viewegh (1996, s. 80) k tomuto píše: „*V souvislosti s příčinami je nasnadě otázka, zda existuje hereditární faktor, který by primárně formoval vývoj suicidálních sklonů. Takový specifický faktor nebyl prokázán. Např. Kallmann a Anastasio (1947) nezjistili u zkoumaných jedenácti párů jednovaječných dvojčat dědičnost sebevražedných sklonů, našli však u šesti dvojic psychózy v širším příbuzenstvu.*“ Koutek (2007, s. 40) uvádí: „*Zajímavé jsou dánské studie, které se zabývají konkordancí suicidálního jednání u jednovaječných dvojčat. Haberlandt zjistil tuto konkordanci u 18% jednovaječných dvojčat, zatímco u dvouvaječných tato konkordance byla nulová. Šlo o dvojčata, která byla vychovávána adoptivními rodiči. U jednovaječných párů dvojčat, u nichž se suicidium vyskytlo, v devíti případech suicidovali oba sourozenci. U čtyř párů byla zjištěna afektivní porucha, zatímco u ostatních nebylo diagnostikováno žádné psychiatrické onemocnění. Důležitým faktorem je též 82% diskordance. Ta svědčí o tom, že suicidální jednání je velmi komplexní a je ovlivňováno mnoha dalšími faktory. Schulsinger a spol. zjišťovali výskyt suicidálního jednání u biologických a adoptivních příbuzných u adoptovaných, kteří dokonale suicidovali. I zde našli důkazy o významu heredity.*“

Nesmíme zapomínat, že suicidium v rodině jako rizikový faktor nefunguje jen ve smyslu heredity, ale i ve smyslu přenosu nápodobou jako řešení krizové situace v životě. Jinak řečeno dítě suicidálního rodiče může toto chování pokládat za funkční způsob řešení problémů. Suicidální chování v rodinné anamnéze je pokládáno za významný rizikový faktor.

Jako rizikové faktory v rodině dále působí jakékoliv narušení rodinných vztahů (krajní variantou je rozvod) a rodinné konflikty. Také ztráta základní vztahové osoby, citová deprivace či týrání nebo zneužívání výrazně zvyšuje riziko suicidálního chování. Rizikový faktor je i psychiatrická diagnóza (zejména deprese), alkoholismus a kriminalita v rodině. (Koutek, 2003)

Jako protektivní faktor působí samozřejmě harmonický vývoj v rodině bez přítomnosti patologických jevů u jejích členů, přiměřené výchovné postupy, vřelé vztahy s minimem konfliktů mezi rodinnými příslušníky i úplnost rodiny. Sociální opora je jeden z nejdůležitějších protektivních faktorů rizika suicidálního chování. Velký význam má i pocit jedince, že „někam patří“. (You, Van Orden, Conner, 2011; Hirsch, Barton, 2011)

Přestože v období adolescence sílí význam vrstevnických vztahů a rodinné vztahy jsou upozaděny, vliv rodiny v rámci protektivních faktorů je stále velmi významný. Objevuje-li se zájem ze strany rodičů o potomka, snaha porozumět jeho problémům, respekt k jeho názorům, snaha pomoci dělat důležitá rozhodnutí atd. riziko suicidálního chování bývá prokazatelně nižší. (Rusu, Cosman, Nemes, 2012)

3.1.2 Školní neúspěch

V období vysvědčení často média zmiňují případy sebevražd školáků kvůli špatným známám. Školní neúspěch je dalším z rizikových faktorů, nesouvisí jen se známkami, ale i s chováním. Školní úspěšnost může být snížena různými faktory, ať už špatným rodinným zázemím, sníženým intelektem či některými poruchami, které u jedince nemusejí být diagnostikovány nebo zohledněny, např. specifickými poruchami učení či ADHD. Protektivním faktorem suicidálního chování je bezproblémový školní prospěch. (Koutek, 2003)

3.1.3 Vrstevnické vztahy

Pokud dítě selhává v navazování a udržování vrstevnických vztahů, promítá se to obvykle do jeho sebehodnocení a později tento stav může generovat i depresivní poruchu. Nedostatečné vrstevnické vztahy jsou dalším rizikovým faktorem suicidálního chování. Ve školním věku, ať už v mladším či starším, jsou kontakty s vrstevníky (zejména ve školním prostředí) velmi důležité. Pokud je jedinec v kolektivu odstrkovan či dokonce dochází k jeho šikanování, je to velmi složitá situace, která ne zřídka může končit tragicky. Terčem šikany se často stávají i děti pocházející z rodin s nižšími příjmy, jež si nemohou dovolit drahé atributy prestiže, které dnešní mládež významně hodnotí (značkové oblečení, mobilní telefony apod.). Slabší sociální situace rodiny (či dokonce nezaměstnanost rodičů) je v podstatě samostatným rizikovým faktorem. Význam v odmítání vrstevníky může hrát i nějaká fyzická odlišnost. (Koutek, 2003)

O protektivních faktorech hovoříme v souvislosti se schopností navazovat a udržovat přátelské vztahy mezi vrstevníky.

3.1.4 Zdravotní stav

Pokud jedinec trpí nějakým somatickým onemocněním, je to významný rizikový faktor k sebevražednému chování. Tělesný handicap či chronické onemocnění je bráno zejména v dospívání z pohledu jedince jako výrazné znevýhodnění v navazování interpersonálních vztahů (zejména partnerských).

Míra suicidálního rizika pravděpodobně může být ovlivněna i kvalitou životosprávy jedince a jeho stravovacími návyky. Zajímavé výsledky uvedl čínský výzkum autorů Pana a Zhanga (2011) zaměřený na adolescenty a jejich tendence ke konzumaci sladkého jídla a ochucených nápojů. Prokázána byla souvislost mezi zvýšenou konzumací sladkého a zvýšenou mírou rizika suicidálního chování. Autoři naznačují, že narušené stravovací návyky mohou fungovat jako strategie ke zvládnutí psychického onemocnění (např. deprese). Faktem je, že zvýšené množství cukru má vliv na fyziologii organismu a nelze vyloučit následný vliv na úroveň suicidálního rizika.

Jiným tématem je psychické onemocnění, které může samo o sobě taktéž zvyšovat riziko suicidalitu (viz dále klinické faktory). (Koutek, 2007)

3.2 Psychické faktory

Sklon k suicidálnímu chování bývá podmíněn i charakterem copingových strategií, kterými jedinec disponuje. Ukazuje se, že suicidální jedinci mají častěji nedostatečně vyvinuté copingové strategie jednak pro zvládnutí emoční regulace, taktéž i pro zvládnutí řešení problémů. (Komadová, 2009)

Rizikovým faktorem k suicidálnímu chování je i nízká self efficacy a externí locus of control. Osoby s vnějším místem lokalizace kontroly mají pocit, že není v jejich moci nějakým způsobem ovlivnit vnější okolnosti. Tito jedinci nepřikládají význam vlastnímu úsilí v možnosti ovlivnit okolní dění, takže nepříjemné události, kterými jsou zasaženi, přijímají jako nezvratitelný osud. Snáze pak spatřují jako svou jedinou možnost úniku před nepříznivou situací suicidální čin. (Bláha, 2010)

Roli hrají osobnostní charakteristiky jedince. Sklony k impulzivnímu jednání, zvýšená agresivita, hostilita i emoční labilita zvyšují suicidální riziko. (Zhang, Roberts, 2012)

3.3 Biologické faktory

V poslední době se ukazuje, že suicidální chování může mít souvislosti s hladinou neurotransmiterů v mozku. Zdá se, že neurotransmitter nejvíce ovlivňující sklony k suicidalitě je serotonin. Pro mozky suicidálních jedinců bývá typická dysfunkce serotoninu, konkrétně jeho deficit. Taktéž se ukazuje, že v CNS suicidálních osob je nízká koncentrace serotoninového metabolitu 5-HIAA. Toto zjištění by v budoucnu mohlo usnadnit včasnou detekci potenciálně suicidálních jedinců prostřednictvím moderních zobrazovacích technik. Další neurotransmitery zkoumané aktuálně v této souvislosti jsou taktéž dopamin a norepinefrin. (Maris, Berman, Silverman, 2000; Maris et al., 1992)

Roli hrají pravděpodobně i odlišnosti v rámci struktury mozku. Výzkum zabývající se porovnáváním mozkové tkáně suicidálních a nesuicidálních depresivních pacientek odhalil zajímavé rozdíly. Suicidální ženy ve srovnání s nesuicidálními měly menší objem pravé i levé šedé kůry orbitofrontálního kortexu, stejně tak měly větší objem pravé části amygdaly. Obě tyto skutečnosti mohou vést – dle autorů - k narušení rozhodování a predisponovat k vyšší impulzivitě a následnému suicidálnímu pokusu. Pravděpodobné je, že suicidalita je nejčastěji podmíněná souhrou několika různých faktorů včetně těch neurobiologických. Může jít o biologické abnormality společně s impulzivně-agresivním rysem osobnosti ve spojení s akutním psychickým onemocněním či psychosociálním stresem. (Monkul, 2006)

3.4 Klinické faktory

Některá psychiatrická onemocnění jsou významným rizikovým faktorem suicidálního chování. „*Více než 90% dospívajících, kteří jsou obětí sebevraždy, je stíženo jedním, v polovině případů více než jedním druhem duševního onemocnění*“ (Drtilová, Koukolík, 1994, s. 74) Budeme hovořit zejména o diagnózách typických pro adolescenty.

Koutek (2003) udává, že ze statistik z roku 2000 vyplývají jako nejčastější psychiatrické diagnózy v souvislosti s dokonaným suicidiem afektivní poruchy. To znamená: deprese, bipolárně afektivní porucha, dystymie atd. Ve své novější analýze sebevražedných suicidálních rizik uvádí Koutek společně s Kocourkovou (2013) jako nejčastější diagnózy doprovázející suicidální chování v adolescenci depresivní charakteristiky (63%), úzkostné poruchy (31%) a poruchy chování (29%).

3.4.1 Depresivní porucha

„Deprese se vyskytují u 1-8% dětí a adolescentů. Riziko suicidia u depresivních nezletilých je až dvacetkrát vyšší než v běžné populaci.“ (Malá, 2000, s. 190)

U endogenní deprese bývá nebezpečí suicidálního chování udáváno jako výrazné, o trochu nižší je u reaktivní deprese. Nesmíme zapomínat, že u dětí a adolescentů je deprese často skrytá do somatických příznaků (nevolnost, bolení hlavy apod.), případně se může jevit jako příznaky poruchy chování. Suicidální pokus tak může velmi nečekaně překvapit nic netušící okolí. (Koutek, 2003)

3.4.2 Schizofrenie

„Schizofrenie je porucha primárně se objevující v adolescenci. Celosvětově je udáváno, že v 60-70% propukne před 25. rokem věku (ve 40% před 20. rokem, v 5% před 15. rokem). (Malá, 2000, s. 161)

Pokud dojde k suicidiu pod vlivem schizofrenního onemocnění, můžeme polemizovat, zda toto spíše neklasifikovat jako sebezabití. Suicidant může být pod vlivem pozitivních schizofrenních příznaků a nemusí si být v rámci své nepříčetnosti vědom pravých důsledků a souvislostí svého jednání. Suicidium může být však také produktem postschizofrenní deprese a to je třeba rozlišovat. Tato epizoda následuje po odeznění psychózy, je charakteristická pocity tísně a riziko suicidálního chování je zde velmi vysoké. (Malá, 2000)

Pokud jde o četnost případů sebevražd schizofrenních dospívajících, Malá (2000, s. 111) toto komentuje: *„...v adolescenci je suicidium častěji vázáno na diagnózu schizofrenie než na diagnózu deprese.“ „Podle různých prací se odhaduje, že asi 2-13% schizofreniků dokonane suiciduje. Riziko suicidia je u schizofreniků 10-20krát vyšší, než je v ostatní populaci. (Koutek, 2003, s. 62)*

3.4.3 Poruchy příjmu potravy

Poruchami příjmu potravy trpí ve velké převaze ženy (asi 10:1 k mužům). Tyto poruchy jsou velmi nebezpečné a ne zřídka končí smrtí vlivem celkového selhání organismu. Riziko suicidia je zvýšené také proto, že poruchy příjmu potravy jsou často spojené s depresivním onemocněním. Sebevražedné chování se může objevit ve spojitosti s pocity selhání při nepatrném přibrání či při nucení do jídla v rámci terapie. U bulimiček se pocity selhání vyskytují zejména po záchvatech přejídání, kdy většinou následuje uměle vyvolané vypuzování potravy.

(Koutek, 2003) Výsledky italské meta-analýzy dokládají, že v populaci osob s poruchami příjmu potravy je signifikantně vyšší riziko suicidia než u normální populace. Častěji se uchylují k sebevraždě anorekticky bulimického typu než restriktivního. (Pompili, Mancinelli, Girardi, Ruberto, Tatarelli, 2003)

3.4.4 Abúzus návykových látek

Co se týče návykových látek, v ČR je nejvíce rozšířená závislost na tabákových výrobcích a alkoholu. Dlouhodobé užívání alkoholu produkuje depresi. Může se však stát, že depresivní onemocnění je příčinou abúzu alkoholu. Z některých výzkumů vyplývá, že dokonce až 15% závislých na alkoholu skončí suicidiem. Alkohol však může působit v rámci suicidálního chování i při jednorázovém požití u jedinců, kteří závislí nejsou. Někdy je alkohol požíván úmyslně před suicidálním pokusem na „povzbuzení“ a k dodání odvahy. Alkohol může být i primárním nástrojem ke spáchání sebevraždy. Abúzus alkoholu je u adolescentů méně rozšířený než v dospělé populaci, je však o to nebezpečnější. (Koutek, 2003)

Taktéž zneužívání dalších drog je významným rizikovým faktorem suicidálního chování. Boom abúzu nejrůznějších ilegálních preparátů zaznamenán během 90. let bývá dáván i do souvislosti se zvýšením suicidalitu u adolescentů v těchto letech. Patologické hráčství, které může jedince uvést do bezvýchodné situace, je zejména u adolescentů také významné riziko suicidia. (Koutek, 2003)

3.4.5 Poruchy osobnosti/disharmonický vývoj osobnosti

Velmi významným rizikovým faktorem suicidálního chování jsou některé poruchy osobnosti, zejména můžeme zmínit hraniční poruchu osobnosti, která se vyznačuje i častým automutilačním chováním. Dále můžeme uvést taktéž disociální poruchu, impulzivní, závislou, histriónskou, ale i anxiózní poruchu osobnosti. (Koutek, 2003)

Poruchy osobnosti však diagnostikujeme až u osob po 16. roku života, protože do té doby se struktura osobnosti může ještě změnit. Určitý předstupeň poruch osobnosti v mladším věku označujeme termínem disharmonický vývoj osobnosti s určitými rysy. Např. diagnóza disharmonický vývoj osobnosti s úzkostnými rysy naznačuje, že později, po ukončení vývoje osobnosti, může tento jedinec naplnit kritéria úzkostné poruchy osobnosti.

3.4.6 Bipolárně afektivní porucha

Jak již bylo zmíněno, afektivní poruchy se se sebevražedným chováním pojí velmi často. Vyšší výskyt suicidia doprovází i bipolárně afektivní poruchu.

Je udáváno, že 15-19% pacientů trpících bipolárně afektivní poruchou zemře sebevraždou a to většinou v průběhu depresivní epizody své choroby. (Goodwin, Jamison, 1990, dle Praško, Možný, Šlepecký a kol., 2007)

Klinické rysy rizikové pro suicidální jednání u pacientů s bipolárně afektivní poruchou jsou (Herman et al., 2004, dle Praško, Možný, Šlepecký a kol., 2007):

- Přítomnost suicidálních nebo homicidních představ, úmyslů nebo plánů
- Přístup k prostředkům umožňujícím suicidium (střelné zbraně, jedy)
- Přítomnost ovládacích bludů a halucinací a jiných psychotických příznaků
- Výrazná úzkost
- Závislost na alkoholu a návykových látkách
- Závažné suicidální pokusy v anamnéze
- Suicidální pokusy v příbuzenstvu nebo nedávné suicidium blízké osoby

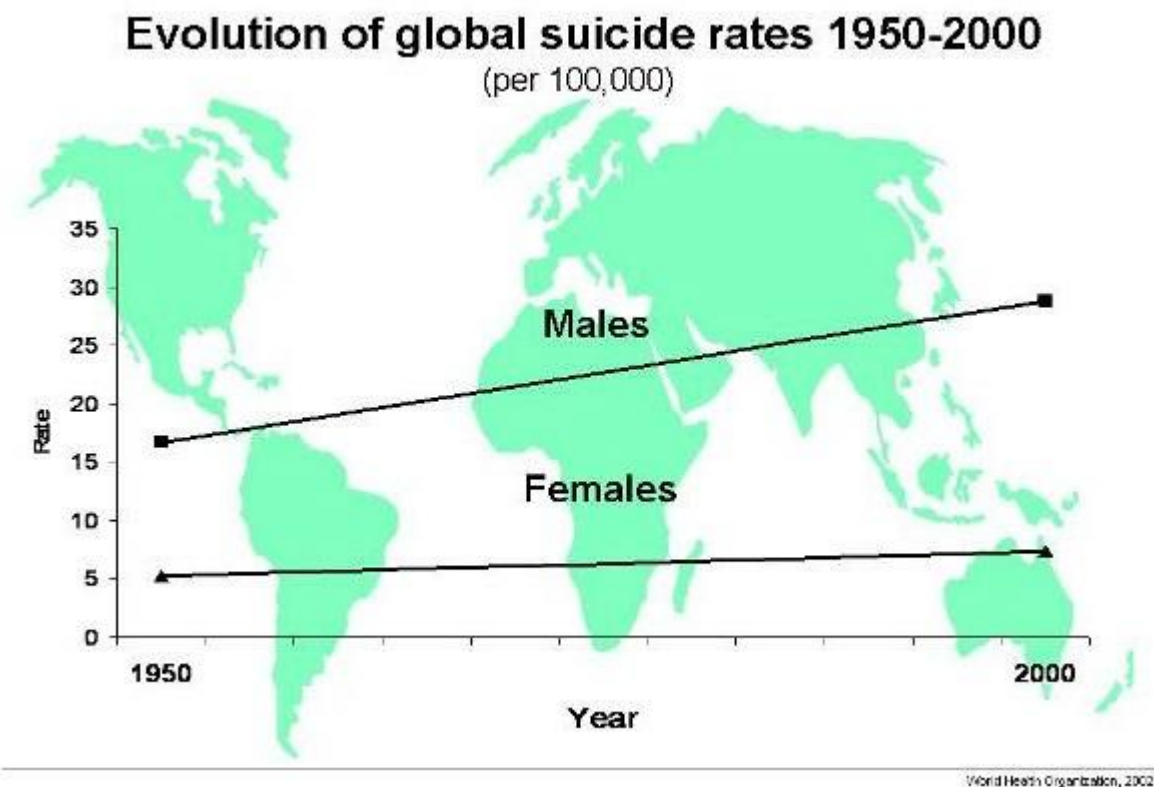
3.4.7 Další diagnózy vyskytující se v souvislosti se suicidálním chováním

Suicidální chování se vyskytuje taktéž v souvislosti s úzkostnými poruchami nebo s posttraumatickým stresovým syndromem. Také syndrom CAN neboli syndrom zneužívaného a zanedbávaného dítěte je rizikovým faktorem suicidality. Významné je speciálně sexuální zneužívání, „až 56% těch, jež se o sebevraždu pokusili jednou, a 70% těch, jež se o ni pokusili opakovaně, mělo v anamnéze sexuální zneužití v dětství.“ (Gianotten, 1993, dle Weiss, 2002)

4. Epidemiologie

Dle WHO (2012) se zdá, že počet sebevražd celosvětově stále mírně stoupá (graf 2).

Graf č. 2 Vývoj celosvětového počtu sebevražd v letech 1950-2000 na 100 000 obyvatel u mužů a žen (WHO, 2012)



4.1 Dle pohlaví a věku

Počet sebevražd je trvale vyšší u mužů než u žen. V současnosti jsou mužská suicidia až 5x častější než ženská. Graf 3 (WHO, 2012) znázorňuje pohlavní rozložení v ČR v roce 2009 napříč věkovými kategoriemi. Počty jsou udávány na 100 000 obyvatel. Můžeme vidět, že mužská čísla výrazně převyšují ženská.

Taktéž vidíme, že nejvyšší počet sebevražd je ve skupině osob starších 75 let. Dětství a období adolescence se vyznačuje nejnižším počtem sebevražd, přesto však stojí za povšimnutí výrazný vzestup mezi obdobími dětství a obdobími adolescence a mladé dospělosti.

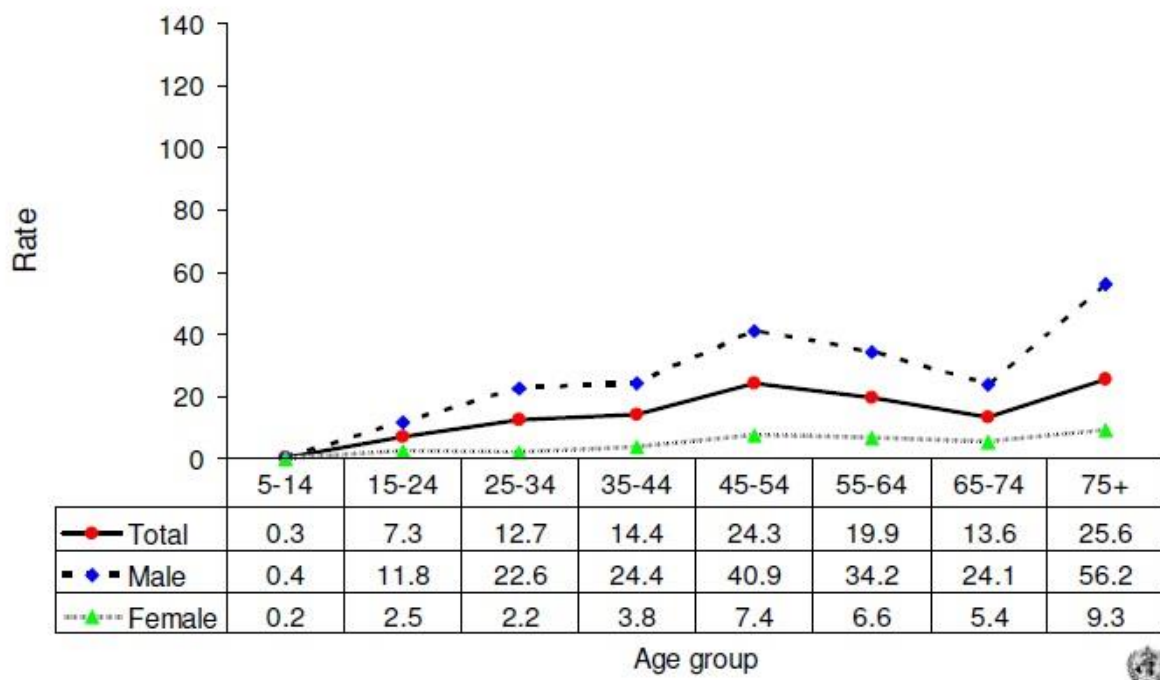
Dle Koutka a Kocourkové (2013) je dokonané suicidium do 15 let věku v ČR velmi vzácné (cca 5-9 dětí ročně). V adolescentním věku však čísla stoupají na 40-50 jedinců za rok

(s výraznou převahou chlapců). „V posledních letech lze vidět mírný pokles dokonaných suicidií u dětí a dospívajících, s určitým kolísáním, znepokojující však je to, že suicidalita v těchto věkových kategoriích je vyšší, než je průměr států Evropské unie.“ (Koutek, Kocourková, 2013, s. 36)

Pro mírný pokles v posledních letech hovoří i jiné zdroje. Shain (2007) popisuje výrazný vzestup adolescentních sebevražd od 50. let 20. století a následný pokles od roku 1990. Uvádí, že od roku 1950 do roku 1990 vzrostl počet suicidálních adolescentů ve věku od 15 do 19 let o 300%. Od roku 1990 do roku 2003 toto číslo opět pokleslo o 35%.

Graf č. 3 Počet sebevražd na 100 000 obyvatel v ČR dle pohlaví a věku v roce 2009 (WHO, 2012)

Suicide rates (per 100,000), by gender and age, Czech Republic, 2009.



4.2 Dle vzdělání

Nejméně sebevražd je ve skupině vysokoškolsky vzdělaných lidí. Jak vidíme v tabulce 1, která zachycuje suicidalitu v závislosti na úrovni dosaženého vzdělání v letech 2001-2010, je patrné, že v počtu suicidií trvale vedou středoškoláci bez maturity.

Tabulka č. 1 Počet sebevražd u lidí nad 25 let dle vzdělání v období 2001-2010 (Český statistický úřad, 2012)

Vzdělání	Počet						Podíl v %		
	2001 - 2005	2006	2007	2008	2009	2010	2006 - 2010	2001 - 2005	2006 - 2010
Úhrnem celkem	7 356	1 284	1 259	1 265	1 364	1 387	6 559	100,0	100,0
základní	2 097	301	226	216	195	178	1 116	28,5	17,0
střední bez maturity	3 710	734	672	680	726	519	3 331	50,4	50,8
střední s maturitou	1 157	194	228	223	212	153	1 010	15,7	15,4
vysokoškolské	392	55	57	50	55	51	268	5,3	4,1
nezjištěno	-	-	76	96	176	486	834	-	12,7

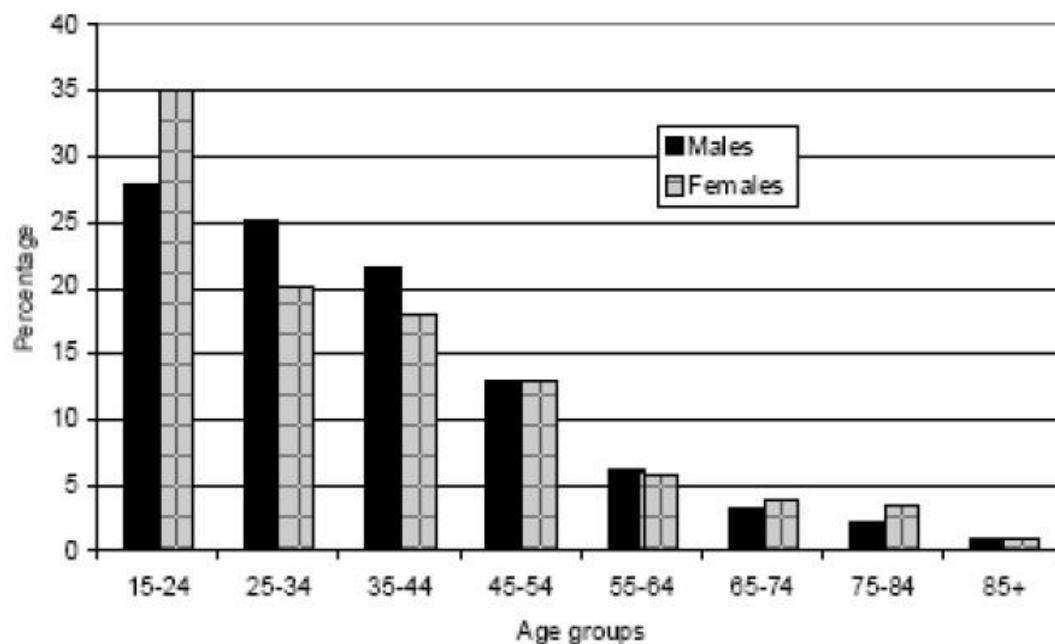
4.3 Dokonaná suicidia a TS

Čísla týkající se suicidálních pokusů jsou velmi nepřesná, protože nedokonané sebevraždy často nebývají nahlašovány a nejsou tak vůbec statisticky zachyceny. Mann et al. (1999) udávají, že suicidální pokusy výrazně převažují nad dokonanými sebevraždami a to 10 – 20 krát. Farberow a Shneidman (1961) uvádějí, že v rámci jejich studií se ukázalo tentamen suicidii jako přibližně osmkrát častější než dokonaná sebevražda. To, zda je suicidium dokonané či ne, závisí také na letalitě užitých metod.

Protože muži častěji užívají tvrdší metody, je u nich častější dokonaná sebevražda než suicidální pokus. TS se vyskytují u žen přibližně 1,5 krát častěji než u mužů. (Kerkhof, Arensman, 2002)

Graf 4 ukazuje procentuální poměr sebevražedných pokusů v rámci jednotlivých věkových skupin a pohlaví. Vidíme, že nejvyšší počet tentamen jsou ve skupině adolescentů a mladých dospělých od 15 do 24 let. Toto může souviset s impulzivitou mladších suicidantů, kteří nemusejí sebevražedný akt často dlouho a detailně plánovat na rozdíl od starších sebevražedných jedinců. V období adolescence a mladé dospělosti výrazně převažují ženské suicidální pokusy nad mužskými.

Graf č. 4 Počet suicidálních pokusů dle pohlaví a věku (Schmidtke, 2008, 44 s.)

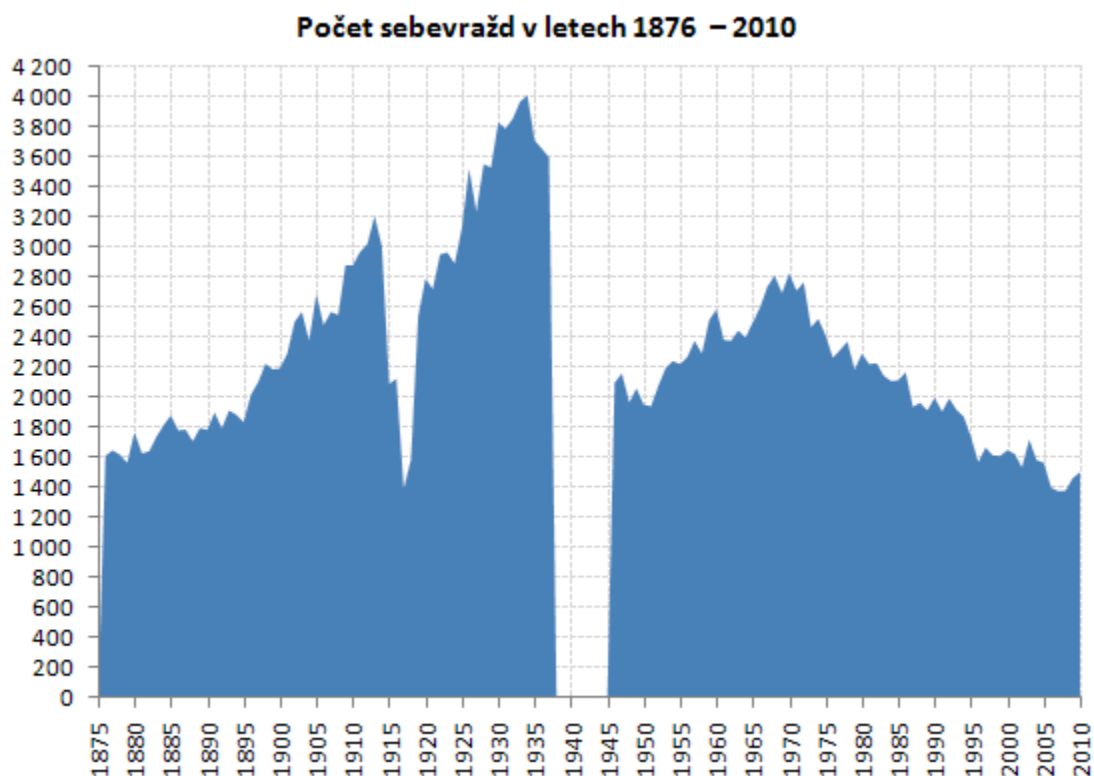


4.4 Dle historického období

Významné nárůsty počtu sebevražd jsou svázány s obdobím zásadních změn, ať již se jedná o třicátá léta 20. století (ekonomická krize), začátek 2. světové války nebo přelom 60. a 70. let 20. století (normalizace).

Následující graf 5 zachycuje celkové počty sebevražd v jednotlivých letech v období 1876 – 2010 v Českých zemích. Patrný je zejména nárůst ve 30. letech 20. století, kdy probíhala ekonomická krize. Nápadné je také období normalizace. Od druhé poloviny 70. let počet sebevražd klesá.

Graf č. 5 Počet sebevražd v letech 1876-2010 v Českých zemích (Český statistický úřad, 2012)



Následující tabulka 2 a graf 6 zachycují vývoj suicidality v období 1895-1964 v Českých krajích na 100 000 obyvatel dle Růžičky (1968). Nárůst můžeme vidět v období počátku 1. světové války, ve 30. letech 20. století v období ekonomické krize a také na konci 2. světové války.

Tabulka č. 2 Vývoj suicidality v období 1895-1964 v Českých krajích na 100 000 obyvatel (Růžička, 1968)

1895-1899	1900-1904	1905-1909	1910-1914	1915-1919	1920-1924	
22,6	25	26,6	29,7	19,8	28,3	
1925-1929	1930-1934	1935-1937	1945-1949	1950-1954	1955-1959	1960-1964
32,3	36,2	33,6	37,3	22,8	24,6	25,2

Graf č. 6 Vývoj suicidality v období 1895-1964 v Českých krajích na 100 000 obyvatel
(Růžička, 1968)



4.5 Dle způsobu provedení

Tabulka 3 znázorňuje strukturu sebevražd dle způsobu provedení. Lze vidět, že dlouhodobě je strangulace nejčastější způsob provedení sebevraždy u žen i u mužů. U mužů po strangulaci dominuje taktéž zastřelení, v menší míře pak otrávení, nejméně četný je skok z výše, užití ostrého předmětu a utopení. U žen po strangulaci následuje ve vysoké míře otrávení a v menším počtu pak utopení, zastřelení, užití ostrého předmětu a skoku z výše.

Tabulka č. 3 Sebevraždy dle způsobu provedení v letech 1996-2010 dle pohlaví v ČR (Český statistický úřad, 2012)

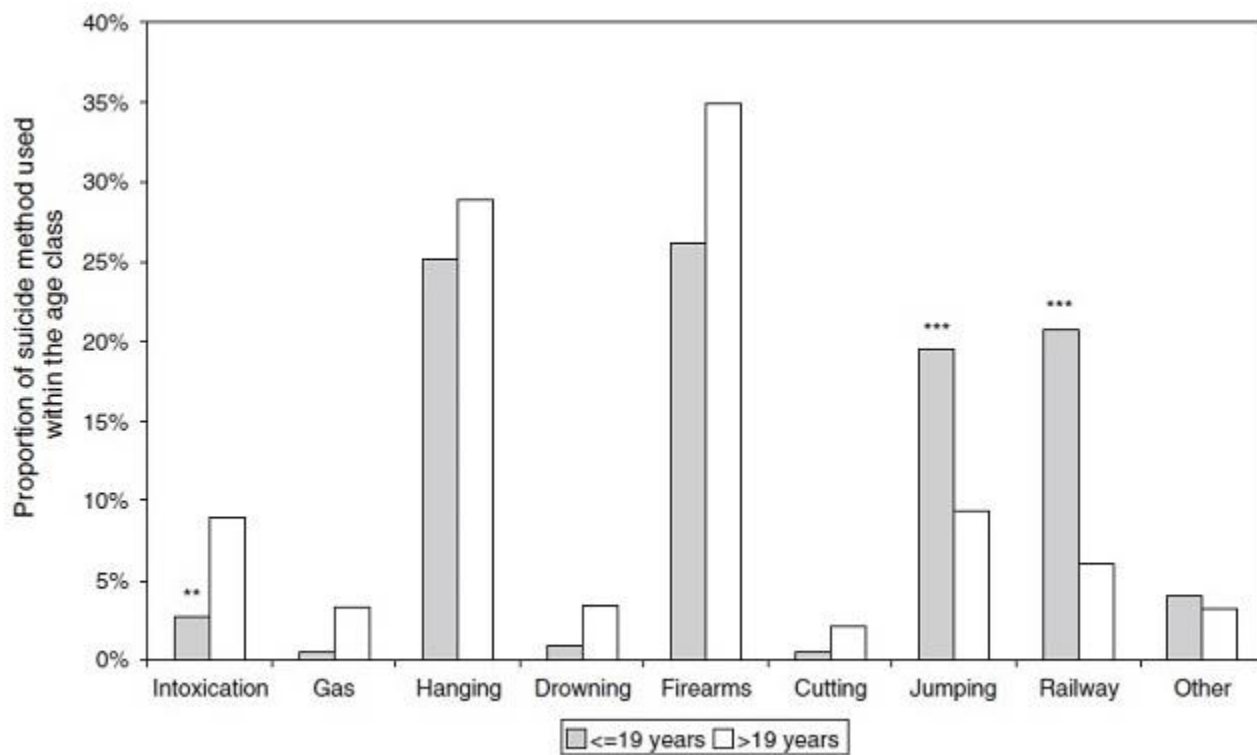
Struktura sebevražd podle způsobu provedení

	%							
Období	Otrávením	Oběšením	Utopením	Zastřelením	Ostrým předmětem	Skokem s výše	Skokem nebo lehnutím si před pohyb. se předmět	Ostatní
Celkem								
1996-2000	11,5	60,5	2,0	10,2	3,3	8,1	1,8	2,7
2001-2005	10,1	60,4	1,7	10,7	3,4	8,4	2,5	2,7
2006-2010	9,6	63,5	1,4	10,0	3,8	8,0	2,3	1,5
Muži								
1996-2000	9,1	64,7	1,1	12,4	3,1	6,0	1,6	2,0
2001-2005	7,5	64,1	0,9	12,7	3,2	6,6	2,4	2,6
2006-2010	6,7	67,4	0,9	11,5	3,5	6,3	2,1	1,5
Ženy								
1996-2000	20,2	45,6	5,5	2,4	3,9	16,0	2,5	4,0
2001-2005	20,5	45,3	5,0	2,8	4,1	16,0	3,0	3,3
2006-2010	23,4	44,8	3,7	2,8	5,1	16,0	2,8	1,4

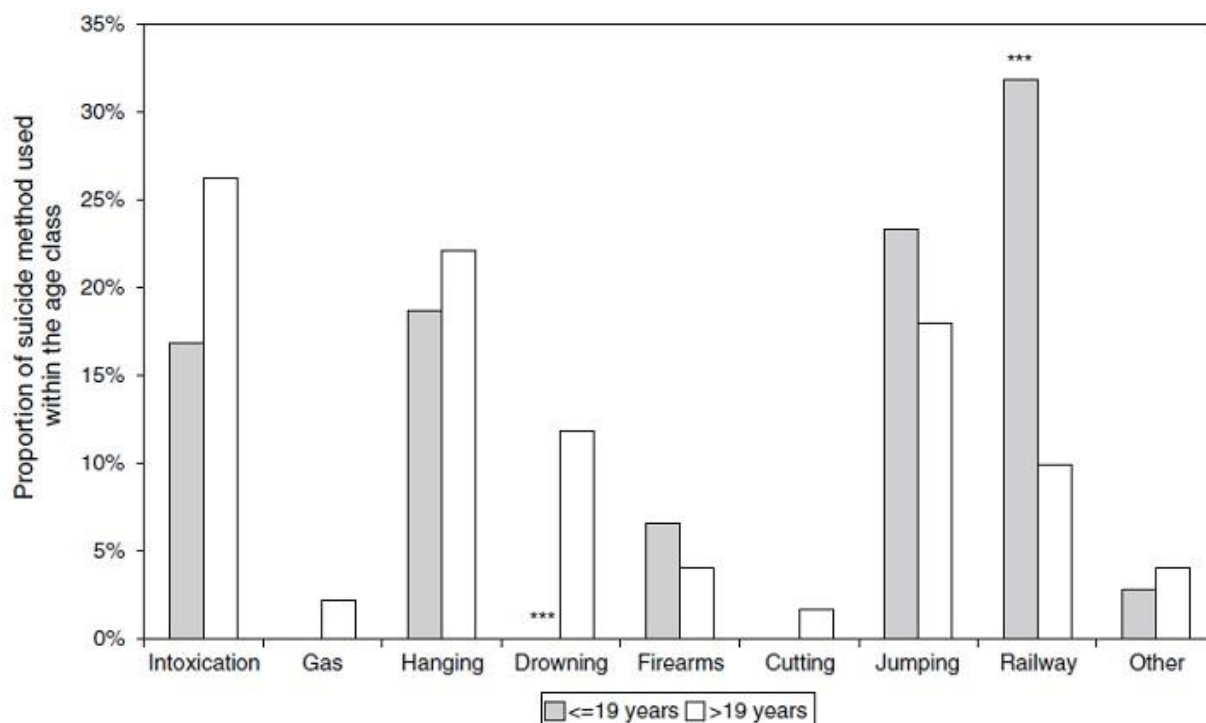
Způsob provedení se u adolescentů dle statistik mírně odlišuje od dospělých jedinců. Graf 7 a 8 zachycuje suicidální metody dle věku v časovém období 1997-2008 ve Švýcarsku. U chlapců ve věku 0-19 dominuje užití střelné zbraně (26,1%), dále strangulace (25,2%), skok pod vlak (20,8%) a skok z výšky (19,5%). V této věkové skupině je ve srovnání s dospělými muži vyšší využití skoku pod vlak a skoku z výšky. Naopak s nižší frekvencí se objevuje intoxikace.

U dívek ve věku 0-19 je nejčastější metodou sebevraždy skok pod vlak (31,8%), skok z výšky (23,4%), strangulace (18,7%) a intoxikace (16,8%). Ve srovnání s dospělými ženami využívají dívky častěji metodu skoku pod vlak, méně oproti dospělým ženám volí utopení.

Graf č. 7 Suicidální metody dle věku v časovém období 1997-2008 ve Švýcarsku u mužů (Hepp, Stulz, Unger-Köppel, Ajdacic-Gross, 2012)



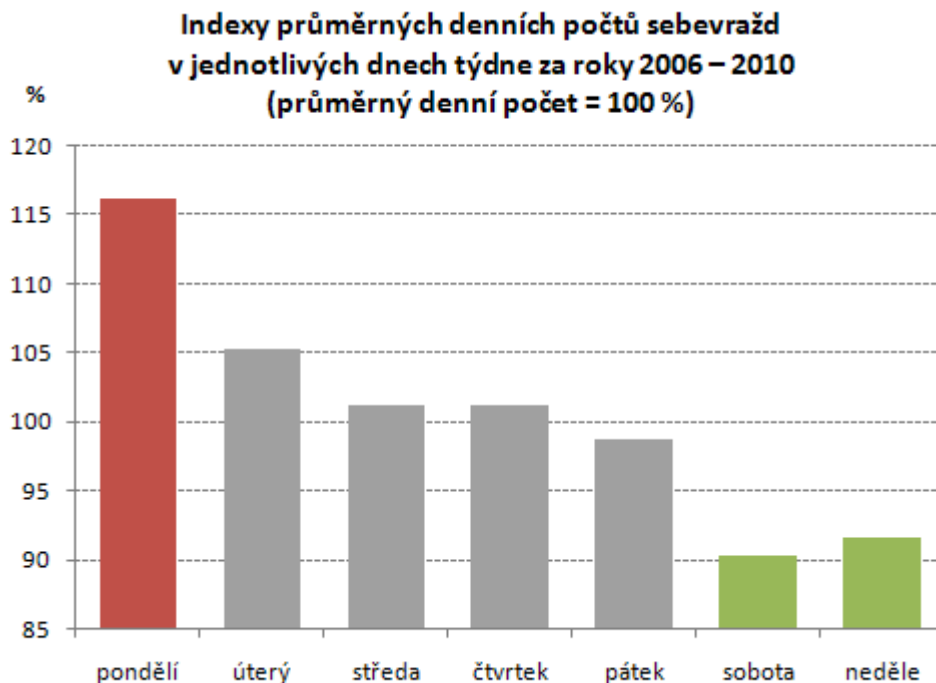
Graf č. 8 Suicidální metody dle věku v časovém období 1997-2008 ve Švýcarsku u žen
(Hepp, Stulz, Unger-Köppel, Ajdacic-Gross, 2012)



4.6 Podle dnů v týdnu

Graf 9 ukazuje četnost sebevražd v jednotlivých dnech v týdnu. Výrazným počtem je typické pondělí a začátek týdne.

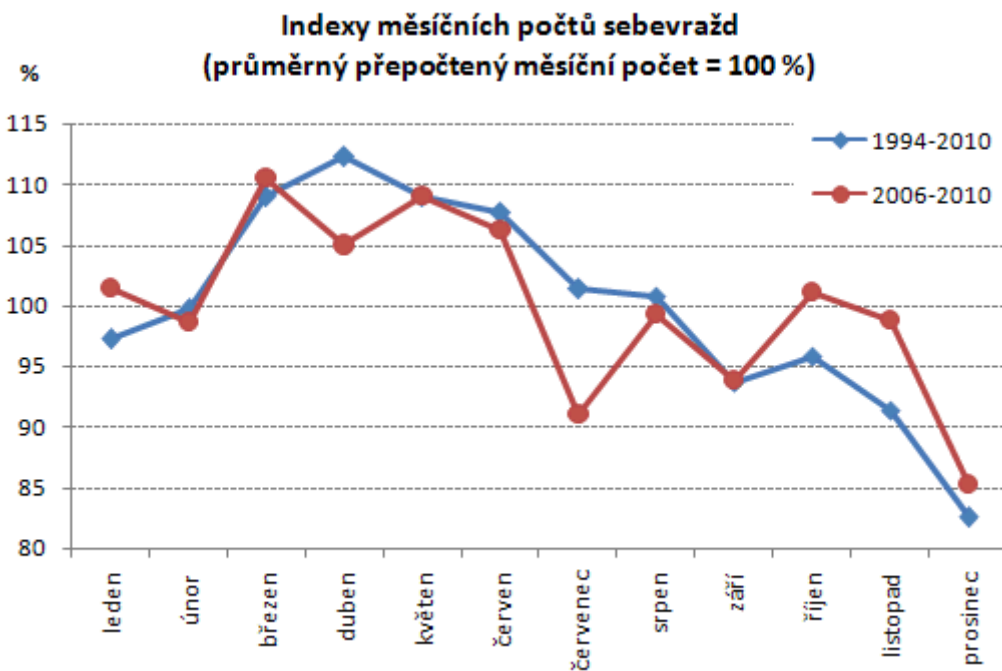
Graf č. 9 Počet sebevražd podle dnů v týdnu v letech 2006-2010 (Český statistický úřad, 2012)



4.7 Podle měsíce v roce

Graf 10 zachycuje vývoj sebevražednosti dle měsíců v roce. Počtem suicidií dominuje paradoxně jaro. Špatenková (2011, s. 139) k tomuto uvádí komentář své pacientky: „*To je přece jasné, je jaro – všechno kvete, všechno pučí, všechno se páruje a množí. Jen já zase nic...*“

Graf č. 10 Počet sebevražd podle měsíců v roce v letech 1994-2010 a 2006-2010 (Český statistický úřad, 2012)



4.8 Dle jednotlivých států

Africké země vykazují nejnižší sebevraždnost na světě. Ale černé ženy páchají sebevraždou častěji než bílé ženy. Asiaté naopak vykazují velmi vysokou sebevraždnost. (Monestier, 2003) Toto by mohlo souviset s nastavením společnosti v asijských zemích. Velmi anonymní společnost, zejména ve velkých mnohatisícových městech, velký důraz kladen na výkon, čest a hrdost, určité odosobnění, vysoká míra soutěživosti, elitářský systém ve studiu i v zaměstnání – to vše může vést k vysoké míře sebevraždnosti. Znepokojující jsou ale také čísla týkající se asijských dětí a adolescentů. Častým motivem je selhání ve škole, protože důraz na výkon je samozřejmě kladen i na děti. V Japonsku spáchá každý rok suicidium tisíc školáků a středoškoláků a toto číslo stále stoupá. „Sebevražda ve dvou je tam natolik běžná, že má dokonce své jméno, ‚šindžó‘. Milenci se nejčastěji vydávají k sopkám, do jejichž dýmajícího jícnu pak skočí.“ (Monestier, 2003, s. 82)

V Thajsku a na Filipínách dochází také hojně k dětské sebevraždnosti v souvislosti s dětskou prostitucí a sexuálním turismem. (Monestier, 2003)

Tabulka 4 znázorňuje sebevraždnost v rámci jednotlivých států světa dle WHO (2012) na 100 000 obyvatel. Vidíme, že ve všech státech mužská suicidia výrazně převyšují ženská. Tučně

jsou označené hodnoty přesahující 30 sebevražd na 100 000 obyvatel za rok. Toto splňuje: Bělorusko, Estonsko, Guyana, Japonsko, Kazachstán, Korejská republika, Litva, Lotyšsko, Maďarsko, Moldávie, Rusko, Slovinsko, Srí Lanka a Ukrajina. V Evropě jsou to tedy zejména severské státy a státy bývalého východního bloku.

Tabulka č. 4 Počty sebevražd dle států a pohlaví na 100 000 obyvatel (WHO, 2012)

Země	Rok	Muži	Ženy	Země	Rok	Muži	Ženy
Albánie	2003	4.7	3.3	Kuba	2008	19	5.5
Anglie	2009	10.9	3	Kuvajt	2009	1.9	1.7
Argentina	2008	12.6	3	Kypr	2008	7.4	1.7
Arménie	2008	2.8	1.1	Kyrgyzstán	2009	14.1	3.6
Austrálie	2006	12.8	3.6	Litva	2009	61.3	10.4
Ázerbájdžán	2007	1	0.3	Lotyšsko	2009	40	8.2
Bahamy	2005	1.9	0.6	Lucembursko	2008	16.1	3.2
Bahrajn	2006	4	3.5	Maďarsko	2009	40	10.6
Barbados	2006	7.3	0	Maledivy	2005	0.7	0
Belgie	2005	28.8	10.3	Malta	2008	5.9	1
Belize	2008	6.6	0.7	Mauritius	2008	11.8	1.9
Bělorusko	2007	48.7	8.8	Mexiko	2008	7	1.5
Bosna a Hercegovina	1991	20.3	3.3	Moldávie	2008	30.1	5.6
Brazílie	2008	7.7	2.0	Německo	2006	17.9	6
Bulharsko	2008	18.8	6.2	Nizozemsko	2009	13.1	5.5
Costa Rica	2009	10.2	1.9	Norsko	2009	17.3	6.5
Česká republika	2009	23.9	4.4	Nový Zéland	2007	18.1	5.5
Čína (Hong Kong)	2009	19	10.7	Panama	2008	9	1.9
Čína (venkovské a městské oblasti)	1999	14	13.8	Paraguay	2008	5.1	2
Dánsko	2006	17.5	6.4	Peru	2007	1.9	1
Dominikánská republika	2005	3.9	0.7	Polsko	2008	26.4	4.1
Egypt	2009	0.1	0	Portugalsko	2009	15.6	4
Ekvádor	2009	10.5	3.6	Puerto Rico	2005	13.2	2
Estonsko	2008	30.6	7.3	Rakousko	2009	23.8	7.1
Filipíny	1993	2.5	1.7	Rumunsko	2009	21	3.5
Finsko	2009	29	10	Rusko	2006	53.9	9.5
Francie	2007	24.7	8.5	Řecko	2009	6	1
Guatemala	2008	5.6	1.7	Singapur	2006	12.9	7.7
Guyana	2006	39	13.4	Slovensko	2005	22.3	3.4
Chile	2007	18.2	4.2	Slovinsko	2009	34.6	9.4
Chorvatsko	2009	29.9	7.5	Srbsko	2009	28.1	10
Indie	2009	13	7.8	Srí Lanka	1991	44.6	16.8
Írán	1991	0.3	0.1	Sýrie	1985	0.2	0

Irsko	2009	19	4.7	Španělsko	2008	11.9	3.4
Island	2008	16.5	7	Švédsko	2008	18.7	6.8
Itálie	2007	10	2.8	Švýcarsko	2007	24.8	11.4
Izrael	2007	7	1.5	Thajsko	2002	12	3.8
Jamajka	1990	0.3	0	Ukrajina	2009	37.8	7
Japonsko	2009	36.2	13.2	Uruguay	2004	26	6.3
Jižní Afrika	2007	1.4	0.4	USA	2005	17.7	4.5
Kanada	2004	17.3	5.4	Uzbekistán	2005	7	2.3
Kazachstán	2008	43	9.4	Venezuela	2007	5.3	1.2
Kolumbie	2007	7.9	2	Zimbabwe	1990	10.6	5.2
Korejská Republika	2009	39.9	22.1				

Monestier (2003) uvádí statistiku z let 1990-1993, dle které je nejvyšší sebevražednost mladých lidí od 14 do 24 let v rámci celého světa zachycena ve státech Lucembursko, Rusko a Nový Zéland (od 20 do 25 sebevražd na 100 000 obyvatel).

5. Diagnostika, terapie a prevence suicidálního chování

5.1 Diagnostika

Diagnostika osob se sklonem k suicidálnímu chování nebo k suicidálním tendencím je složitý a rozsáhlý proces, na němž by se měl podílet jak psycholog, tak psychiatr. Je velmi důležité pečlivě posoudit hrozící suicidální riziko, což je indikace k další možné ambulantní léčbě či hospitalizaci. Mezi jednotlivými jedinci majícími sklony k sebevražednému chování mohou existovat značné individuální rozdíly. Proto zjišťujeme v plné šíři celkovou anamnézu osoby, možnou psychopatologii, psychosociální prostředí jedince i aktuální krizovou situaci, která může suicidální chování podmiňovat. Je na odborníkovi, aby pečlivě detekoval rizikové faktory, které k suicidálnímu chování vedou, a na základě toho rozhodl o formě další terapie, kterou osoba může absolvovat. (Kocourková, 2003)

Kocourková (2003, s. 82) píše: „*Moderní přístup v dětské psychiatrii představuje víceosá diagnostika. Zahrnuje nejen pozorování klinických psychiatrických syndromů, ale také osobnostních a vývojových charakteristik dítěte, jeho inteligence, fyzického zdraví a psychosociálních okolností a stresových faktorů, které se mohou na potížích dítěte podílet.*“

V rámci diagnostiky posuzujeme kognitivní i emocionální vyspělost jedince, ale i jeho inteligenci. Také hodnotíme jeho osobnostní strukturu. Zjišťujeme jeho copingové strategie, které mohou být maladaptivní. Zajímáme se o sociální prostředí, v němž osoba žije. Důležité je neopomíjet psychosexuální vývoj. V rámci anamnézy mapujeme i možná traumata prožitá v minulosti. V závislosti na věku a vyspělosti jedince se objevuje také rozdílné chápání a přijetí konceptu smrti. Proto vyšetřujeme i to, jaký má daná osoba ke smrti vztah, jak ji zpracovává, případně jakou má se smrtí zkušenost např. ve svém okolí. (Kocourková, 2003)

Při vyšetření používáme metodu pozorování i metodu rozhovoru. Můžeme užít také testové a dotazníkové metody. Zejména v projektivních testech mohou být suicidální tendence patrné. Posloužit nám může i volná kresba. Existují taktéž speciální metody detekující samotné sebevražedné chování nebo jeho rizikové faktory. Jedním z nich je i Pöldingerův dotazník, který byl užit v této práci (viz empirická část, kapitola Metody).

Při pozorování se zaměřujeme na všechny viditelné aspekty vzhledu i chování jedince. Všímáme si úpravy zevnějšku i odění. Sledujeme mimiku, pantomimiku a gestikulaci. Také

držení těla je pro nás zajímavé, např. schoulená postava může vypovídat o prožívané úzkosti. Také způsob komunikace a metakomunikace je důležitý.

Rozhovor lze vést strukturovaně nebo nestrukturovaně, syntézou obou je polostrukturovaný rozhovor. Poslední zmiňovaný je optimální formou pro navazování kontaktu s jedincem a zjišťování obecných informací, ale i pro následný přechod k jasně formulovaným otázkám přímo na samotné suicidální chování. Tyto otázky je dobré mít jasně zformulované a předem připravené.

Tress, Krusse a Ott (2008, s. 246) uvádějí strukturovanou techniku vhodnou k užití v rozhovoru s osobami, které mohou potenciálně mít sebevražedné tendence. Je to technika postupného dotazování pro zjištění sebevražedných myšlenek:

- Měl jste v poslední době někdy ten pocit, že vám připadá všechno nějak nesmyslné?
- Měl jste někdy myšlenky, že se vám už vlastně nechce žít?
- Myslel jste někdy na to, že byste se pokusil spáchat sebevraždu?
- Přemýšlel jste o konkrétním sebevražedném jednání? O jakém? A co si o tom myslíte teď?
- Proč se vlastně chcete ve vašem rozpoložení a ve vaší situaci připravit o život?

Kocourková (2003, s. 84) také navrhuje možný sled otázek vhodný pro děti a dospívající:

Pokud zjišťujeme okolnosti a motivy suicidálního chování

- Co se stalo v době, když jsi začal myslet na to, že by ses mohl zabít?
- Co se stalo před tím, než ses o to pokusil?
- Myslel jsi na to, že bys mohl zemřít?
- Byl někdo s tebou nebo blízko tebe, když jsi to udělal?
- Proč jsi to chtěl udělat?
- Myslel jsi někdy dřív na to, že by ses mohl zabít?
- Udělal jsi někdy něco takového?

Pokud zjišťujeme předchozí zkušenost se smrtí a suicidálním chováním

- Znáš někoho, kdo mluvil o sebevraždě nebo se pokusil zabít?
- Myslíš, že se ta osoba chtěla opravdu zabít?
- Znáš někoho, kdo zemřel?
- Jaká byla příčina?
- Kdy to bylo?
- Co myslíš, že se stane, když lidé zemřou?

- Věříš v posmrtný život?
- Pokud ano, je to lepší místo než tady?
- Zdají se ti někdy sny o tom, že někdo zemřel?

V rámci rozhovoru zjišťujeme celkovou anamnézu a to jak od vyšetřovaného jedince, tak od jeho blízkých. Také se ptáme na události, které suicidálnímu pokusu předcházely, pokud k němu již došlo. Dobré je formulovat otázky přesně a jednoduše. Obecně lze často narazit na stereotyp, že pokud se někoho zeptáme otevřeně, zda někdy uvažuje o sebevraždě, můžeme mu tento nápad vnuknout. Ve skutečnosti je ale velmi důležité tuto otázku položit, jedinec může i toužit po tom, aby se ho na toto někdo zeptal, v případě, že jeho suicidální chování je jistou formou volání o pomoc. „*Pacienti, kteří uvažují o sebevraždě, vysílají se železnou pravidelností signály, z nichž je možné na sebevraždu usuzovat: nápadná uzavřenost, sociální izolace, někdy ale také klid a veselost, které neodpovídají aktuální životní situaci a které se dostavují ve chvíli, kdy bylo učiněno rozhodnutí spáchat sebevraždu. Často pacient naznačuje určité věci rodinným příslušníkům. Lékaři jsou myšlenky na sebevraždu pouze zřídka spontánně sdělovány. Na druhé straně jsou pacienti uvažující o sebevraždě obecně připraveni lékaři upřímně odpovědět v případě, že se jich lékař zeptá. A jsou dokonce vděční, smějí-li to udělat. Má-li tedy lékař i to nejmenší podezření, že by pacient mohl uvažovat o sebevraždě, je jeho povinností se na ní cíleně zeptat.*“ (Tress, Krusse, Ott, 2008, s. 246)

Také se zdá, že drtivě většině případů sebevražd předchází určitá prodromální fáze, v níž subjekt naznačuje svému okolí vlastní sebedestruktivní sklony. Tato presuicidální etapa může být zkušeným odborníkem zachycena. U osob patřící do presuicidální neboli potenciálně suicidální populace se často objevuje buď přímo verbální proklamace suicidálního záměru nebo určité specifické změny v chování (např. depresivní syndrom či náhlé významné zneužívání alkoholu či jiných látek), často také osobní anamnéza již obsahuje nevydařený suicidální pokus. Tyto příznaky mohou být označeny za určitý prodrom budoucího suicidálního chování. (Farberow, Shneidman, 1961)

Mohou se objevit i některé alarmující znaky, kterým je třeba věnovat pozornost v rámci pozorování, rozhovoru a zjišťování anamnestické i současné situace. Špatenková (2011, s. 144) uvádí tyto:

- náhlá změna chování, např. klidný jedinec se začne chovat velmi živě a naopak
- osamělost, stažení ze sociálních kontaktů a narůstající sociální izolace
- úbytek nebo naopak přírůstek váhy

- nespavost nebo naopak nadměrný spánek
- psychomotorická agitovanost nebo naopak zpomalení
- únava, ztráta energie, pokles soustředění
- pocity vlastní bezcennosti nebo nadměrné pocity viny
- promiskuita
- myšlenky na smrt a sebevraždu

Pokud se objeví znaky suicidálního chování, snažíme se zjistit, na jaké úrovni sebevražedné chování je. Ptáme se na charakter suicidálních myšlenek a na jejich intenzitu. Také na případné suicidální tendence, tzn. zda už jedinec podnikl nějaké konkrétní kroky k realizaci suicidálního pokusu. Výpověď subjektu však nemusí být objektivní. Jedinec může suicidální myšlenky disimulovat, avšak hrozí i opačné riziko, a to zdánlivé zlepšení, k němuž někdy dochází těsně před tentamen suicidii – jedinec se pod vlivem vyřešení své situace v dohledné době projevuje jakoby zlepšenou náladou. Pokud je jedinec ochoten hovořit na téma motivace k suicidálnímu chování, ptáme se i na toto, nespouštíme však zřetel z toho, že pacientova vědomá motivace může být v inkongruenci s tou nevědomou.

Sledujeme i možné psychopatologické projevy, které následně testujeme. Zejména je třeba testovat depresi, která je významným rizikovým faktorem suicidálního chování. K detekci depresivní symptomatologie můžeme užít např. Hamiltonovu psychiatrickou stupnici pro posuzování deprese (HAMD), Stupnici Montgomeryho a Asbergové pro posuzování deprese (MADRS), Beckovu sebesposuzovací stupnici deprese (BECK) nebo Sebesposuzovací škálu pro děti a dospívající (CDI). (Koutek, Kocourková, 2003)

Co se týče nástrojů zaměřených na diagnostiku osobnosti, je v klinické praxi hojně užíván MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). MMPI slouží k multidimenzionálnímu měření osobnosti. Ukazuje její normální (resp. patologický vývoj) a to v různých složkách osobnosti. Obsahuje čtyři validizační škály a devět škál klinických. K tématu suicidality je zajímavá zejména klinická škála deprese (D) a psychastenie (Pt). Pokud proband skóruje vysoko v obou těchto škálách, je zde suspekce k suicidálnímu chování. Jisté riziko k suicidálnímu chování představuje i vyšší hodnota v klinické škále schizofrenie (Sc), ovšem to může naznačovat i mnoho jiných dalších jevů mimo suicidalitu. (Svoboda, 1999)

K měření osobnosti lze užít i Freiburský osobnostní dotazník (FPI), který byl vybrán i k účelům tohoto výzkumu (více viz empirická část kapitola Metody).

Ze zmíněných projektivních metod je hojně užíván Rorschachův test zohledňující v rámci speciálních indexů tzv. suicidální konstelaci (S-CON). Tento index je vyvíjen od 70. let. V podobě, v níž se S-CON užívá v současnosti, má 12 položek, které se zdánlivě jeví jako heterogenní. Aby byl S-CON pozitivní, musí být naplněno minimálně 8 položek (toto platí pro dospělé a adolescenty nad 14 let). *„Pozitivní S-CON je třeba považovat za výstražnou signalizaci, která upozorňuje na to, že daná osoba má mnoho z rysů pozorovaných u jedinců, kteří se v krátkém čase po otestování Rorschachovou metodou dopustili sebevražedného jednání. Pokud se tato ‚výstraha‘ objeví, měla by být impulzem k urychlenému přezkoumání možnosti, že se člověk zaobírá myšlenkami na sebeustrukci.“* (Polák, Obuch, 2011, s. 142)

Tento suicidální index dosahuje akceptovatelné úrovně reliability a byl zahrnut do kritérií suicidálního rizika (jako např. BDI či Linehan Reasons for Living Inventory). Navíc má vyšší inkrementální validitu než BDI a RFL ve vztahu k počtu TS. Důležité je, že odhaluje i lidi bez psychické poruchy, čistě jen se suicidálním chováním. (Blasczyk-Schiep, Kazén, Kuhl, Grygielski, 2011; Silberg, Armstrong, 1992)

Kromě Rorschachova testu lze využít i TAT (CAT, CATO), Rosenzweigův obrázkový frustrační test, Projektivní interview, Test nedokončených vět, Welt test i projektivní kresebné metody jako je Baum test, Kresba postavy a v neposlední řadě i volná kresba. Zařadit lze jistě i Scénotest. (Koutek, Kocourková, 2007)

Intelligenční testy v suicidální diagnostice zpravidla nemají příliš význam, protože nebyla nalezena souvislost mezi úrovní inteligence a suicidálních sklonů.

Co se týče metod specificky určených pro detekci suicidálního chování, jsou nejčastěji užívány sebeposuzovací škály. Tyto škály mohou podávat zkreslené výsledky vlivem toho, že proband je nemusí vyplňovat autenticky.

K hojně užívaným škálám patří Beckova škála SSI (Beck Scale for Suicide Ideation), která má tři varianty – SSI, SSI-M a SSI-SR. Tyto škály mají tři subškály (obsahující celkem 19 položek) a vyznačují se vysokou validitou a reliabilitou. (Beck, 1984, dle Range, Knott, 1997)

Dále můžeme uvést již zmíněnou Linehanovu škálu RFL (Reasons for Living Inventory), která má taktéž vysokou reliabilitu a validitu a dobře měří riziko suicidálního chování. Má 6 subškál a 48 položek. (Linehan, et al., 1983, dle Range, Knott, 1997)

Za spolehlivou škálu bývá považována i SBQ škála (Suicidal Behaviors Questionnaire), která je kratší než dvě předešlé a lze ji rychle administrovat i vyhodnotit. (Linehan, et al., 1983, dle Range, Knott, 1997)

Z jiných metod můžeme zmínit ještě The Positive and Negative Suicide Ideation Inventory (PANSI), jejímž autorem je Augustine Osman, nebo Inventory of Suicide Orientation-30 (ISO-30) pro adolescenty, autorem je Thomas. Existuje také Questionnaire for Determination of Suicide Risk (FBS), jehož autorem je Jochen Storck. Tento dotazník je součástí Vienna Test System a zaměřuje se na riziko suicidálních tendencí, ale i na posouzení depresivních aspektů jedince. Lze užít u adolescentů od 17 let a u dospělých. (Antonius, 2002) Koutek a Kocourková (2013) upozorňují na dotazník pro posouzení suicidálního rizika CASPI (Child-Adolescent Suicidal Potential Index; Pfeffer, Jlang, Kakuma, 2000), který obsahuje 30 položek zaměřených na depresivní symptomatiku, suicidální motivaci a rodinné problémy.

Maris et al. (1992, s. 650) doporučují k suicidální predikci tyto škály:

- Scale for Assessing Suicide Risk (SASR; Tuckman, Youngman, 1968)
- Los Angeles Suicide Prevention Center Scale (LASPC; Beck, Resnick, Lettieri, 1974)
- Suicide Intent Scale (SIS; Beck et al., 1974)
- Suicide Death Prediction Scale (SDPS, delší a kratší forma; Lettieri, 1974)
- Index of Potential Suicide (IPS; Zung, 1974)
- Suicide Probability Scale (SPRS; Cull, Gill, 1982)
- Clinical Instrument to Estimate Suicide Risk (CIESR; Motto, Heilbron, Juster, 1985)
- Suicide Risk Scale (SuRS; Plutchik, van Praag, Conte, Picard, 1989)

V rámci našeho výzkumu byl použit Pöldingerův dotazník k rozpoznání závažnosti suicidálního rizika (více viz kapitola Metody).

Ke zjištění sklonu k suicidálnímu chování se užívá velmi často také diagnostické schéma dle Ringela. Ringelův presuicidální syndrom je založen na třech základních znacích (dle Špatenková, 2011, s. 141):

1) Stupňující se zužování – neboli omezování jednání, prožívání a chování jedince:

- může jít o tzv. situační zužování, kdy se jedinec domnívá, že je ohrožen vnějšími okolnostmi, které nemůže ovlivnit a které jedince plně zahlcují (může jít např. o tragédii ve smyslu nevyléčitelné nemoci, ale i o situaci zaviněnou samotným jedincem, jako je prohrání všech peněz apod.)
- dalším případem je tzv. dynamické zužování, kdy si jedinec uvědomuje vlastní zužující pocity, vidí svět i sebe přes „černé brýle“, může vykazovat obranný mechanismus většinou v podobě popření nebo idealizace

- tzv. mezilidské zužování se vyznačuje omezením sociálních kontaktů jedince, může dojít až k úplné izolaci
 - poslední variantou je tzv. hodnotové zužování, kdy se mění hierarchie hodnot, dříve velmi důležitě vnímané hodnoty najednou ztrácí svůj silný význam, jedinec může mít pocit, že již neexistuje žádná hodnota, o niž by stálo za to usilovat
- 2) Zadržování agrese – existuje velmi významný vztah mezi agresivitou a suicidalitou. Pokud není agrese odváděna směrem ven, může dojít k obrácení agrese směrem dovnitř, proti samotnému jedinci, sebevražda je vlastně extrémní forma autoagrese, ale někdy také forma heteroagrese, kdy se subjekt snaží svému okolí ublížit a pomstít se mu.
 - 3) Suicidální fantazie – mají širokou škálu od vágních úvah o neexistenci, přes konkrétní plány o provedení sebevraždy až po vtíravé suicidální myšlenky (časté u schizofrenie, deprese apod.).

Maris et al. (1992) zdůrazňují, že neexistuje jednotný a univerzální nástroj k vyšetření a predikci suicidálního chování. Ideální je tedy syntéza množství dostupných technik - jednak specifických suicidálních škál, obecně osobnostních škál a škál psychiatrických poruch, zejména škál vyšetřujících depresivitu, dále prozkoumání přítomnosti biologických markerů, až po zohlednění klinických úsudků zkušených odborníků.

Celkové vyšetření by mělo obsahovat i somatickou prohlídku provedenou lékařem. Můžeme tak zhodnotit celkový zdravotní stav osoby, ale i odhalit možné následky po autodestruktivním chování. Také si je třeba všimnout celkových nápadností na vzhledu jedince. Zvláště v adolescenci mohou být tělesné odchylky vnímány jako něco, co dospívajícího vymezuje z kolektivu a může to být tak příčina jeho velkého trápení.

S vyšetřením i zjišťováním anamnézy nám pomáhají také blízké osoby jedince, nejčastěji rodiče. Jejich výpovědi jsou velmi důležité, ať už pro zjištění významných např. traumatizujících událostí v minulosti dítěte, ale i k posouzení aktuálních suicidálních projevů. Výpovědi rodičů však také nemusejí být objektivní. Kocourková (2003) hovoří o tom, že studie zkoumající reflexi sebevražedného chování dětí a jejich rodičů vypovídají o rozdílu vnímání těchto projevů. Jinými slovy rodiče posuzují suicidální projevy svého potomka mnohdy lehkovážně nebo je bagatelizují. Odborník by tak měl brát reference blízkých osob s rezervou, taktéž si všimnout případných patologických projevů rodičů či signálů, že v rodině se opravdu děje něco nežádoucího, např. co se týče nesprávných výchovných postupů. Zajímáme se také o vlastní

zkušenost rodičů se suicidálním chováním, o jejich současný psychický stav (případně užívání psychofarmak apod.) i o suicidalitu v rodinné anamnéze. Je dobré s rodiči sdílet a reflektovat jejich pocity vztahující se k suicidálnímu chování jejich potomka a pomoci jim je adekvátně zpracovávat, což podmiňuje jejich další reakci směrem k dítěti. (Kocourková, 2003)

Psychodynamické pozadí sebevražedného chování dospívajícího se liší případ od případu. Pokud chceme kategorizovat, můžeme uvést několik nejčastějších forem tohoto pozadí: (Kocourková, 2003)

Může jít o *reakci na ztrátu* milovaného objektu (někdy i domácího mazlíčka), z níž se odvíjí následné depresivní prožívání. Toto je doprovázeno pocity bezmoci, viny a osamění.

Hostilita může také podnítit suicidální chování, přičemž zde jde o snahu manipulovat s okolím, ublížit ostatním, pomstít se. To doprovází pocity vzteku, křivdy, bezmoci apod.

Suicidální chování, jak již bylo zmíněno, někdy bývá užíváno jako *volání o pomoc* - např. v případě z hlediska dítěte neřešitelných interpersonálních problémů. Jedinec tak apeluje na své okolí, aby mu pomohlo.

Psychotická motivace je velmi obtížně diagnostikovatelným faktorem. Může jít teprve o počátek psychotického onemocnění (např. hebefrenní schizofrenie začínající obvykle v adolescentním věku, která nastupuje typicky plíživě a těžko rozpoznatelně) či o symptomy závažné deprese.

Pokud jde o *suicidální hru*, hovoříme o experimentu, který dítě nemusí správně odhadnout. Suicidální motiv může být přítomný ambivalentně, jedinec může chybně hodnotit závažnost svého chování.

Díky zjištění všech dostupných informací včetně protektivních a rizikových faktorů může odborník stanovit aktuálně hrozící riziko dalšího suicidálního chování a indikovat vhodnou další terapii a práci s jedincem. Reálné podezření k sebevražednému chování, tzn. přesvědčení lékaře, že pacient se nachází v akutní sebevražedné krizi, je jasná indikace k okamžité hospitalizaci pacienta, v krajním případě i proti jeho vůli.

5.2 Terapie

Přístup k sebevražednému pacientovi se liší v závislosti na tom, v jaké chvíli se dostává k odborníkovi. Intervence je jiná v případě práce s jedincem trpícím suicidálními myšlenkami či suicidálními tendencemi. Jiný je i přístup v kontaktu s osobou akutně hrozící provedením suicidálního pokusu a liší se i práce se suicidantem, který sebevražedný pokus přežil. Adekvátní

formu terapie lze určit pochopitelně až po komplexní diagnostice jedince. Terapeutická intervence má své místo i po dokonané sebevraždě. V tomto případě je zacílená na pozůstalé. Můžeme rozlišit první pomoc, krizovou intervenci a následnou terapeutickou péči.

První pomoc je povinen poskytnout jakýkoli člověk, tedy i laik (např. příbuzný), ale často to bývá i právě přivolaný lékař. V takovém případě nejprve následuje ošetření fyzické a po té i zajištění psychické. Úkolem lékaře by mělo být posoudit nutnost další hospitalizace a to v některých případech i nucené. Někdy není hospitalizace nutná a suicidantovi může být nabídnuta pomoc v některých z krizových center. Např. Riaps v Praze nabízí možnost denního stacionáře pro osoby v krizi.

Po první pomoci by měla navazovat krizová intervence, kterou již provádí poučený specialista.

Krizovou intervenci by měl poskytovat odborník, tedy psychiatr či psycholog. Můžeme ji poskytovat jak v případě hrozícího sebevražedného pokusu, tak po nedokonaném tentamen suicidii, ale taktéž po dokonané sebevraždě, kdy je krizová intervence zacílena na pozůstalé. „*Krizová intervence by měla zvládnout následující úkoly: zabránit aktuálně hrozícímu suicidálnímu jednání, objasnit konflikty a problémy, které motivují k suicidálnímu jednání, diagnostikovat případnou duševní poruchu a zajistit psychiatrickou nebo psychologickou péči. Krizová intervence musí být též zaměřena na vyloučení rizika opakování neadaptivního chování.*“ (Koutek, 2007, s. 96)

5.2.1 Krizová intervence při ohrožení suicidiem

„*Krizová intervence je kromě zvládnutí akutního stavu též charakterizována jako léčebný zásah zaměřený do budoucna.*“ (Koutek, Kocourková, 2007) Intervence může mít *face to face* formu, ale i formu telefonickou. Zabývá se situací „teď a tady“. Při rozhovoru se suicidálním klientem, ať už po telefonu nebo osobně, má intervent za úkol v první řadě navázat kontakt a to pokud možno při zachování klidu.

Krizový intervent se může otevřeně zeptat dotyčné osoby, zda chce opravdu spáchat sebevraždu, pokud to tak vypadá. Někdy pro navázání kontaktu stačí zrcadlit klientovy výroky či chování, např. „Zní to, jako byste uvažoval o sebevraždě...“ či „Zdá se, že teď ve vaší situaci nevidíte žádné jiné východisko...“. Navázat kontakt v případě, že je jedinec v bezprostředním ohrožení (např. stojí na střeše a chystá se skočit), a zároveň zachovat klid, může být velmi obtížné. Krizový intervent by se měl pokusit zhodnotit míru akutně hrozícího ohrožení – zda má

klient u sebe nějakou zbraň nebo medikamenty, které hodlá použít, či stojí-li na okraji parapetu, z něhož se chce vrhnout. (Špatenková, 2011)

Po zhodnocení bezprostředně hrozícího nebezpečí nastupuje další úkol krizového intervenanta a to je okamžitě zredukovat hrozící nebezpečí do té míry, do níž je to možné. Proto intervenant odrazuje klienta od toho, aby užil vražedných nástrojů, nabádá k tomu, aby ohrožený jedinec odložil případnou vražednou zbraň ze svého dosahu nebo se jí jiným způsobem zbavil. Toto je jistě balancování na tenké hraně, protože přílišná direktivita intervenanta může na suicidanta zapůsobit negativně.

Obvykle platí, že nemá smysl dotazovat se suicidální osoby vágními otázkami ve smyslu „proč?“ apod. Efektivnější je zjišťovat bezprostřední spouštěč tohoto chování – „Co bylo poslední kapkou?, Co se dělo v posledních hodinách?“.

Špatenková (2011) uvádí „několik NE“ platících v případě krizové intervence u sebevražedného jedince a těmi jsou – neobviňovat, neodsuzovat, nemoralizovat, nebagatelizovat, nehádat se. Naopak je třeba projevit pokud možno autenticky svůj opravdový zájem a účast.

Dalším krokem pro intervenanta je nalézt záchytný bod, pokud existuje. Jde tedy o to, nalézt nějakou hodnotu, která ještě zbyla v životě dotyčného a nepodlehla zúžení hodnot. Dále je třeba identifikovat motivaci stojící za suicidálním chováním – zda chce osoba opravdu zemřít či zda chce někomu svým jednáním ublížit či na sebe takto upozornit okolí, od něhož očekává konečně nějakou pomoc či pozornost. (Špatenková, 2011)

Krizový intervenant se pokouší nabídnout jedinci jinou alternativu, jak by mohl svou složitou situaci řešit. Dobré je mluvit konkrétně a nabídnout specifický plán nebo zmínit konkrétní osoby, na které se lze obrátit a rovnou na ně předat kontakty (psycholog, psychiatr apod.).

Obecně platí, že není dobré suicidálního jedince přemlouvat, aby sebevraždu nespáchal. Vhodnější je dát mu najevo, že volba je čistě v jeho rukou, avšak intervenant zdůrazňuje, že on sám je na straně života.

Někdy bývá také užívána smlouva či kontrakt o nespáchání sebevraždy. Tato technika se užívá i v klasické terapii. S klientem se uzavře smlouva, v níž se zavazuje, že po určité časové období (např. do příštího sezení) nespáchá suicidium. Přestože smlouva nemá z právního hlediska žádný význam, suicidální jedinec se cítí zavázán, což někdy může pomoci tomu, že svůj slib skutečně dodrží. Ideální je, aby si klient sám stanovil dobu, po kterou si je jist, že nespáchá sebevraždu. Je dobré, aby tento časový interval pokud možno přesně definoval, např.: „jsem si

jistý, že sebevraždu nespáchám do příštího setkání, které je za pět dní“. Intervent také může s klientem sestavit rozvrh hodin pro období, po které smlouva bude platit, ve kterém lze definovat, jak klient bude trávit dobu do příštího kontaktu, kdy může být smlouva případně obnovena. Lze také sestavit seznam nouzových osob, na které se lze v případě krize obrátit, např. telefonicky. V dohodnutém termínu po vypršení smlouvy o přežití lze její platnost opět obnovit. Takto je možné pokračovat do té doby, dokud klient nedospěje k novému rozhodnutí – např. že chce žít a již nechce spáchat sebevraždu. (Špatenková, 2011)

5.2.2 Krizová intervence po tentamen suicidii

Po nezdařilém sebevražedném pokusu je vhodné navázat se suicidantem co nejdříve kontakt. Nejlépe tak brzo, jak jeho zdravotní stav dovolí. Sebevražedný pokus by měl být co nejpřesněji diagnostikován kvůli volbě správné následné intervence. Také je třeba ihned zhodnotit další suicidální ohrožení. Suicidální pokus v anamnéze je vysoce rizikový faktor dalšího sebevražedného chování, proto u jedince po tentamen suicidii hrozí poměrně velká pravděpodobnost, že se o sebevraždu pokusí znovu. Je zajímavé, že stejně jako ve chvíli, kdy se jedinec definitivně rozhodne spáchat sebevraždu, se může objevit zdánlivé zlepšení jeho stavu a nálady, tak i po nezdařilém suicidálním pokusu může nastat určité zlepšení nálady dotyčného. Tento jev může jeho okolí uklidnit, taktéž může být chybně interpretován jako pominutí nebezpečí. Příčina však tkví spíše v přechodném uvolnění energie, ne v tom, že by destruktivní riziko trvale pominulo. (Špatenková, 2011)

Po nezdařilém pokusu o sebevraždu by pokud možno měla navazovat dlouhodobá terapie. Krizová intervence těsně po tentamen může být zaměřena i na rodinu suicidanta, pro niž je aktuální situace většinou velmi tíživá a zároveň intimní. Rodina často neví, jak k suicidantovi dále přistupovat. Příčina sebevraždy může mnohdy tkvět i v interpersonálních vztazích uvnitř rodiny, které mohou být narušené. Někdy ze strany rodinných blízkých může docházet k bagatelizaci suicidálního pokusu příbuzného, někdy je také rozpoutána závažná rodinná krize, v jiných pozitivnějších případech je to impulz pro členy rodiny k započatí naslouchání a touhy pomoci svému příbuznému. Špatenková (2011, s. 149) uvádí, že suicidální pokus může ostatní členy rodiny zničehonic tvrdě konfrontovat s vlastními sebevražednými sklony. Dle řady autorů (např. Ecquirol, Falret, Brière de Boismont) existuje v rodinách určitá suicidální tradice založená na dědičnosti, tzn. sebevražedné chování se objevuje napříč několika generacemi.

Krizová intervence v rodině suicidanta by měla být zaměřena zejména na potlačení vzniku nevraživé atmosféry směrem k sebevražednému jedinci. Rodina by naopak měla být motivována k poskytnutí opory a přijímání suicidální osoby. Krizový intervent sám se snaží poskytnout oporu celé rodině a taktéž zachytit případné suicidální úvahy u jiných členů rodiny. První kontakt rodiny se suicidantem může být obtížný. Jako mediátor může při setkání působit krizový intervent, který se snaží situaci moderovat takovým směrem, aby byly eliminovány nežádoucí projevy, např. obviňování, odmítání či agresivní reakce vůči suicidantovi. (Špatenková, 2011)

5.2.3 Krizová intervence po dokonaném suicidii

Po zdařilé sebevraždě má krizová intervence jediný cíl – pozůstalé rodinné příslušníky a ostatní blízké. Takovéto úmrtí je pro rodinu obvykle velmi těžko stravitelné a je přijímáno podstatně obtížněji než běžné úmrtí. Důvodem je stigma i tabu, které ve společnosti sebevražda znamená. Objevuje se tematika viny, křivdy, studu, hněvu a nevyřčených otázek, které již nikdy nebude možno položit, protože jediný, kdo by je mohl skutečně zodpovědět, je zesnulý. Pozůstalí si často mohou vyčítat, že sebevraždě nedokázali zabránit a nevšimli si nějakých signálů včas. V krajním případě může rodinné trauma odstartovat další suicidální chování u někoho z pozůstalých osob. Tito jedinci se také mohou obávat, že sami nechtěně podlehnou suicidálnímu impulzu vlivem genetické zátěže (viz výše – suicidální tradice). Worden píše: „*Zabýval jsem se situací mnoha mladých mužů, kteří v raném mládí ztratili své otce následkem sebevraždy. Je jim teď kolem dvaceti-třiceti let a každý z nich věří, že také on zemře vlastní rukou. Toto neustálé zabývání se sebevraždou není mezi pozůstalými po sebevraždách žádnou vzácností. Někteří si s tím sami nahánějí strach, jiní se to pokoušejí zvládnout.*“ (Worden, 1997, s. 79-87, dle Špatenková, 2011)

Někdy bývá opomíjen fakt, že osoby, které nejsou v příbuzenském vztahu k suicidantovi, jsou zasaženy nečekanou smrtí stejně jako rodina. Intervence těmto osobám z velké většiny nebývá poskytována, přestože situace si to jistě často žádá. Australská studie autorů Bartika, Maple, Edwardse, Kiernana (2013) se zaměřila na pozůstalé po suicidálních mladých dospělých, konkrétně na jejich přátele. Výzkum kvalitativního charakteru byl prováděn metodou interview. Objevovalo se několik klíčových témat, která byla významná pro pozůstalé přátele: hledání významu (meaning making), pocity viny (feeling guilt), rizikové copingové strategie (risky coping behaviors) a přátelské vztahy (relating to friends).

Hledání významu sebevraždy přítele je přirozenou reakcí obvykle bezprostředně následující po tragické události tohoto typu. Respondenti ve zmíněné studii hovořili o neschopnosti pochopit význam smrti přítele, o nepochopení toho, proč se jim jejich přítel před sebevraždou nesvěřil. Také byla diskutována povaha, síla a význam tohoto přátelství. U pozůstalých se objevovaly ruminace ohledně důvodů, proč se jim přítel nesvěřil a proč se aktu uchýlil, taktéž pocity viny, smutku i vzteku. Zásadní byla neschopnost porozumět tomu, jak se asi suicidant cítil, když neviděl jiné řešení. Ve vztahu k pocitům viny popisovali respondenti výčitky, že nebyli dobrými přáteli a že si něčeho nevšimli, nenabídlí pomoc a nebyli větší oporou, dokonce ani v případě, že suicidanta ještě ten den viděli. Dále také pocity viny za to, že vůbec cítí lítost a utrpení, když daleko více má právo trpět rodina. V případě poskytnuté intervence se mnohdy cítili vinní i za to, že je jim věnována pozornost a péče. Jako prostředek k vyrovnání se se smrtí přítele se objevovaly v rámci výzkumného vzorku rizikové copingové strategie jako např. abúzus alkoholu a jiných látek, rizikové sexuální chování, následně až sebepoškozování a suicidální chování. Sebevražedná událost ovlivňovala i další blízké vztahy pozůstalých přátel. Objevovala se neschopnost navazovat nové vztahy, udržovat je a vybudovat si důvěru k druhým. (Bartik, Maple, Edwards, Kiernan, 2013)

Po realizované sebevraždě je tedy třeba rodině a blízkým pomoci toto bolestivé trauma překonat. Zde se otevírá pole působnosti pro krizového intervenanta. Ten pracuje s různými prvky. Jednak pomáhá rodině vypořádat se s negativními emocemi, které pozůstalí pociťují vůči sobě nebo vůči zemřelému či vůči jiným osobám. Taktéž intervenant pracuje s pocity viny a to v případě, že jsou neopodstatněné i v případě opodstatněných pocitů. Není dobré přijmout určitou zkreslenou představu o sebevrahovi, pozůstalí ho mohou glorifikovat, ale i nenávidět a degradovat všechny jeho kvality. Intervenant by měl pomoci zachovat reálný obraz zemřelého ve vzpomínkách příbuzných. Krizová intervence poskytuje i prostor pro zpracování pocitů vzteku, zlosti, ale také osamění a smutku. Někdy bývá vhodné také pozůstalé začlenit do některé ze svépomocných skupin, kterou navštěvují podobně postižení. Užitečné může být i poradenství nebo dlouhodobá psychoterapie, pokud je zpracování ztráty pro některého z rodinných příslušníků obzvlášť problematické. (Špatenková, 2011)

5.2.4 Systematická práce se suicidálním pacientem

Léčba suicidálních osob dlouhodobého systematického charakteru musí mít správně zvolenou adekvátní formu i obsah. V podstatě vše vyrůstá z pečlivé kompletní diagnostiky

pacienta. Bez tohoto kroku se nelze obejít. Je totiž nutné rozpoznat případné psychiatrické onemocnění, jehož symptomem může být právě suicidální chování. Pokud je psychiatrická diagnóza přítomna, je to již indikace k určité formě léčby, a to někdy i prostřednictvím medikamentů (psychofarmak). Není-li přítomno psychické onemocnění, taktéž volíme odlišný přístup práce se suicidálním jedincem.

Léčebné přístupy můžeme v podstatě rozdělit na dvě formy. První strategie předpokládá, že suicidální chování je vlastně výsledkem jiné, základní duševní poruchy. Délka a zaměření léčby odpovídají příslušné duševní poruše ve víře, že její zlepšení povede i ke zlepšení sebevražedného chování. Snížení tohoto chování je vlastně nepřímým výsledkem léčby. Tento model léčby je obsažen často v psychodynamických a biologicky zaměřených terapeutických přístupech.

Druhý model je zaměřen přímo na snížení suicidálního chování. V těchto přístupech je tedy snížení sebevražedného chování explicitním cílem terapie. Pokud je užívána tato strategie, terapeutická sezení jsou zaměřena na zapojení klienta do diskuse o současném a nedávném suicidálním chování (zahrnujícím suicidální ideace, výhrůžky a sdělení). Tento druhý model je užíván často v rámci behaviorálních a kognitivně-behaviorálních přístupů. (Miller, Rathus, Linehan, 2007)

Roli také hraje, jak vysoké je právě hrozící riziko sebevražedného chování. I podle toho odborník volí, zda bude následná léčba prováděna ambulantně či je nutná hospitalizace pacienta.

Pokud hrozí vysoké riziko suicidálního chování, obvykle volíme spíše lůžkovou léčbu. Zde je však někdy nevýhodou vytržení pacienta (a to platí zejména u dětí a adolescentů) z jeho přirozeného kontextu rodiny, školy, přátel. Ovšem v případě, že jsou rodinné vztahy nějak narušeny a dokonce mohou být jednou z příčin sebevražedného chování, je to indikace k hospitalizaci, která může působit příznivě. Lůžková léčba může taktéž některým pacientům dopřát útek z bezprostředního vlivu aktuální problémové situace. Komadová (2009, s. 262) k tématu hospitalizace dodává: *„Prostredníctvom odstupe od problému môže poskytnúť zníženie tlaku, ktorý jedinec ohrozený suicidálnym jednaním prežíva a pomocou toho tiež znížiť intenzitu stavu zúženia a napomôcť mu byť schopným generovať viac potenciálnych riešení k životnej situácii.“* Další výhodou hospitalizace je, že v rámci ní lze velmi intenzivně terapeuticky pracovat. Na půl cesty mezi ambulantní léčbou a lůžkovou léčbou je stacionář v krizovém centru – a to buď denní nebo týdenní.

Vhodná může být terapie rodinná, individuální i skupinová. U dětí lze častěji využít různých neverbálních technik, např. arteterapie či muzikoterapie.

Rodinná terapie umožňuje práci s rodinou jako celkem. Je vhodná zejména v případě, že vztahy v rodině jsou nějakým způsobem narušené nebo patologické. Velmi vysoké procento příčin suicidálního chování pramení, zejména u adolescentů, z interpersonálních konfliktů v rámci blízkých osob. Rodinná terapie také může odhalit dysfunkční výchovné postupy nebo jinou problematiku – např. alkoholismus, týrání, zneužívání apod. Rodinná terapie také poskytuje rodině prostor ke zpracování suicidálního chování (respektive někdy i sebevražedného pokusu) svého člena.

Terapeutických přístupů, jimiž lze úspěšně působit na suicidální osoby v individuální terapii, je mnoho. Koutek (2007, s. 97) uvádí, že „v rámci léčby můžeme použít individuální psychoterapie suportivní, psychodynamicky orientované a kognitivně behaviorální.“ Suportivní neboli podpůrná terapie je zaměřena na zvládnutí suicidálního puzení a posilování adaptivních mechanismů. Psychodynamické směry se zabývají ranými zážitky, intrapsychickými konflikty a traumaty, které mohou působit na nevědomé úrovni psychiky a produkovat patologické chování. Kognitivně behaviorální terapie neřeší příčiny, ale pracuje s chováním a myšlením, které aktuálně probíhá. Pomocí spektra postupů „přeučuje“ nevhodné chování a mění chybné modely myšlení. KBT je jeden z direktivnějších psychoterapeutických směrů, je ale poměrně efektivní. Dialektická terapie, původně koncipovaná pro dospělé klienty s hraniční poruchou osobnosti, se zaměřuje v rámci dlouhodobého terapeutického působení na techniky zvládnutí a regulace emocí (trénink v sebeakceptaci, zlepšení interpersonální efektivity apod.). Dále existují různé druhy podpůrných a doplňujících terapeutických modalit – např. arteterapie či muzikoterapie. (Koutek, Kocourková, 2007)

Skupinová terapie pracuje s interpersonálními vztahy, sociálními dovednostmi a umožňuje jedinci získat korektivní zkušenosti v různých oblastech, především v sociální sféře.

Po propuštění jedince z lůžkové léčby i po zakončení ambulantní terapie, která dosahuje různé délky a je na uvážení terapeuta, kdy je vhodné spolupráci zakončit, je dobré udržet s klientem i nadále kontakt. „Vhodné je i další ambulantní psychiatrické sledování, neboť suicidální jednání v anamnéze představuje rizikový faktor pro opakovaná suicidia. Podle katamnestických studií asi 25% mladistvých suicidantů suicidální jednání opakuje, přičemž 4,3 % skončí letálně (10% chlapců a 2,9 % dívek).“ (Koutek, 2000, s. 409)

5.2.5 Farmakoterapie

Vhodnost či nevhodnost farmakoterapie opět závisí na podrobně provedené diagnostice a případném přidruženém psychiatrickém onemocnění. Nevhodná bývají obvykle antidepresiva, která zvyšují aktivitu jedince. Pod jejich vlivem totiž nejprve dojde ke zvýšení aktivity a až po té ke zlepšení nálady. Toto může – než dojde k zlepšení nálady - „dodat“ sílu k provedení suicidálního pokusu, na který dosud nebyl dostatek energie. Taktéž tyto léky mohou v počátcích léčby zvyšovat anxiету. Jako příklad můžeme zmínit např. nortriptilin nebo fluoxetin. (Malá, 2000)

Opatrnost je na místě také v otázce toxicity léku. V mnoha případech pacienti užívají jako nástroj k suicidálnímu pokusu léky, které jsou jim předepsány. *„Z hlediska toxicity jsou z psychofarmak nejnebezpečnější tricyklická antidepresiva, dále neuroleptika a relativně nejméně nebezpečné jsou benzodiazepiny. Užití benzodiazepinu je však s ohledem na nebezpečí vzniku závislosti omezené. Větší míru bezpečnosti přinesla antidepresiva třetí generace, tzv. SSRI, u nichž letální dávka převyšuje terapeutickou dávku na dva týdny. Problémem je, že pro dětský věk jsou z těchto méně toxických antidepresiv registrována pouze některá z nich, a to sertralin a fluvoxamin.* (Koutek, 2007, s. 100)

V rámci první pomoci u suicidálního chování jsou aplikována zejména psychofarmaka sloužící ke zklidnění jedince, často injekčně. Užívané jsou benzodiazepiny (zejména diazepam a rivotril) nebo tlumící neuroleptika (např. tiserčin či v případě výrazného neklidu haloperidol). V rámci schizofrenního onemocnění se suicidálním rizikem je zejména u školáků a adolescentů vhodné užití olanzapinu. (Malá, 2000)

U suicidálního chování tedy užíváme medikamenty s ohledem na povahu psychického stavu, který suicidalitu doprovází. U stavů úzkosti a napětí používáme benzodiazepiny, ovšem to spíše krátkodobě, s ohledem na jejich již zmíněnou návykovost. Dlouhodoběji jsou předepisovány hlavně různé druhy antidepresiv a to u jedinců trpících depresivním onemocněním. Antidepresiva typu SSRI mají antiagresivní účinky (platící jak pro heteroagresi, tak pro autoagresi), dobře tedy ve většině případů působí i na suicidální jednání. (Koutek, 2007) Přesto však je v současnosti aktuální diskuse o tom, zda jsou antidepresiva typu SSRI vhodná k léčbě dětských a adolescentních pacientů z důvodů některých nežádoucích účinků inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu. Britská léková regulační autorita (MHRA) vydala prohlášení, že paroxetin by neměl být předepisován osobám mladším 18 let. V pozadí tohoto vyjádření stály výsledky nepublikovaných firemních dat, dle nichž byla *„četnost emocionální lability (pláč,*

změny nálady, pokusy o sebepoškození, sebevražedné myšlenky a pokusy) u 3,2 % pacientů užívajících paroxetin a 1,5 % u skupiny kontrolní.“ (Votava, 2004) Stejně tak se objevily výhrady k užívání venlafaxinu a citalopramu. V USA jsou tato psychofarmaka z iniciativy FDA (the Food and Drug Administration) povinně označována upozorněním obsahujícím informace o zvyšujícím se riziku suicidálního chování u dětí a adolescentů. Problematice vzrůstajícího suicidálního rizika během užívání antidepresiv typu SSRI se věnuje řada výzkumů, z nichž některé vztah potvrzují, např. Julious (2013). FDA v současnosti doporučuje jako nejméně rizikový fluoxetin. Vyvážený poměr rizik a prospěchu se potvrzuje u paroxetinu a sertralinu a nepříznivý poměr u citalopramu a venlafaxinu (Shain, 2007; Votava, 2004)

Votava (2004) píše: „Dle uvedených údajů a posledních zjištění se zdá, že u SSRI mimo fluoxetinu v léčbě depresivního onemocnění u dětí převažuje riziko nad prospěchem léčby. Otázka vztahu SSRI a zvýšeného rizika sebevražd u dětí ale zůstává nadále otevřena a závěry bude velmi těžké formulovat vzhledem k povaze onemocnění a pochopitelně k nemožnosti provedení studie s tímto endpointem. Lékem volby by tedy v této indikaci měl být fluoxetin a u dalších SSRI by měly být pozorně sledovány všechny příznaky doprovázející terapii.“

Neuroleptika neboli antipsychotika jsou předepisována u poruch psychického typu, zejména schizofrenie a schizotypní poruchy, někdy i u hraniční poruchy osobnosti. (Koutek, 2007)

5.3 Prevence

Prevence suicidálního chování u dětí a adolescentů je velmi významná, ale také velmi složitá. Hlavním důvodem je fakt, že suicidalita je ve svých příčinách multifaktoriálním jevem. Je tedy těžké přesně definovat její příčiny a efektivně na ně působit a ovlivňovat je.

Obecně můžeme na děti a adolescenty působit v několika rovinách. Jednak se můžeme snažit působit na zdravé jedince a snažit se celkově zlepšovat jejich psychické zdraví a psychickou odolnost, upevňovat adaptivní mechanismy a adekvátní copingové strategie, působit tedy na celkovou situaci dítěte a na jeho duševní zdraví v plné šíři. Dále je možné snažit se ve skupině jedinců zachytit ty, u nichž probíhají nějaké suicidální myšlenky nebo další suicidální chování. Také je vhodné, snažit se rozpoznat ty osoby, u nichž se rozvíjí některé z psychických onemocnění. (Kocourková, 2007)

Můžeme se taktéž snažit diferencovat rizikové a protektivní faktory (viz výše) suicidálního chování a snažit se zmírňovat rizikové a naopak posilovat protektivní.

Prevence suicidálního chování může probíhat jednak samozřejmě prostřednictvím rodiny (za předpokladu poučenosti jejích členů), dále školy (různé programy zajišťované vyučujícími či externisty) a dalších institucí působících na děti a taktéž skrze odborníky (zejm. psychiatry a psychology, ale i běžné lékaře), v neposlední řadě také prostřednictvím médií. (Kocourková, 2007)

V rámci laické veřejnosti je důležité zajistit informovanost o možných variantách odborné pomoci, které jsou dostupné v čase krize. Např. Komadová (2009) uvádí, že informovanost v běžné populaci o různých typech pomoci není zdaleka dostačující. Představy o psychiatrických léčebnách, o profesi psychologa i psychiatra a o fungování krizových center bývají zkreslené. Osoby již poučené o tom, kam se mohou v případě suicidální krize obrátit, často uvádějí, že znalost možnosti pomoci je pro ně velmi ulevující.

Hlavním cílem prevence je samozřejmě co největší snížení výskytu suicidálního chování v populaci. V případě, že se tento jev vyskytne, jde o snahu oslabit negativní důsledky pro dítě a jeho vývoj i pro jeho rodinu. Taktéž se snažíme o snížení pravděpodobnosti, že bude sebevražedné chování opakováno. Prevenci můžeme rozdělit na primární, sekundární a terciální.

Primární prevence působí na normální populaci adolescentů, u nichž nebyly nalezeny žádné příznaky propuknutí klinické poruchy. Snaží se snížit působení rizikových faktorů, podpořit působení protektivních faktorů a působit na dospívající v plně širí jejich bio-psycho-sociálního kontextu. Pokud působíme na normální populaci adolescentů, hovoříme o univerzální primární prevenci. Dále můžeme rozlišit v rámci primární prevence ještě selektivní a indikovanou intervenci. Selektivní je zacílena na osoby, které jsou potenciálně vulnerabilními, protože se u nich vyskytují některé rizikové faktory suicidálního chování, ať už biologické, psychologické nebo sociální. Indikovaná primární prevence pracuje s vysoce rizikovými osobami, které již splňují některá kritéria nežádoucího jevu, ale ještě u nich suicidální chování nepropuklo. (Kocourková, 2007)

V rámci rozličných programů primární prevence zaměřených na suicidalitu se jako účinný jeví model „role-playing“ zaměřený na nácvik vyjadřování vlastních pocitů v množství sociálních situací. Méně, avšak taktéž poměrně vysoce, oceňované ze strany dospívajících jsou modely zaměřené na skupinovou diskusi či na osvětu zacílenou na mentální zdraví jedince. (Wasserman et al., 2012)

Sekundární prevence se snaží o zachycení osob, u nichž se klinická porucha již vyskytuje – tedy suicidální chování je přítomno – anebo jsou rizikové, a o snížení negativních dopadů suicidálního chování na vývoj těchto osob. Můžeme sem zahrnout i krizovou intervenci.

Zájmem terciální prevence je snížit riziko opakování suicidálního chování a zmírnit následky již proběhlého sebevražedného chování.

Kocourková (2007, s. 109) uvádí aspekty prevence suicidálního chování dětí a adolescentů:

- regulace dostupnosti prostředků suicidálního chování, jako jsou střelné zbraně nebo psychofarmaka;
- informovanost všech osob pečujících o děti o výskytu suicidálního chování, rizikových faktorech a rizikových skupinách dětí a adolescentů a významu podpory rodiny i dostupné profesionální psychologické a psychiatrické pomoci;
- profesionální training odborníků pečujících o děti (psychologů, psychiatrů, lékařů, učitelů) ve schopnosti identifikovat suicidální riziko a adekvátně reagovat v případě suicidálního chování dítěte nebo dospívajících;
- specifický psychoterapeutický výcvik pro odborníky (zejména psychology a pedopsiatriy), kteří pracují s ohroženou populací na krizových centrech pro děti a linkách důvěry.

Konkrétní programy probíhají např. ve školách a bývají nejčastěji zaměřeny univerzálně na děti a na dospívající. V rámci nich mohou být nacvičovány postupy, které slouží k řešení různých nestandardních situací, např. ve skupinkách s následnou diskusí s přednášejícím. Důležité je zdůraznit, že žádná situace není neřešitelná a odkazovat na konkrétní odborníky a organizace, na které se lze v případě krize obrátit. Pro tento účel slouží poměrně dobře zejména linky důvěry, kde je možné konzultovat svůj problém, případně dostat kontakty na jiná místa, kam se může jedinec obrátit. Také je možné zmínit některá krizová centra, která mívají otevřeno nonstop i přes noc. Velmi významným úkolem preventivních programů je v co nejvyšší míře zvýšit tendenci ohrožených jedinců k tomu, obracet se v případě krize na dostupné instituce a využít konkrétní kontakty. (Klimes-Dougan, Klingbeil, Meller, 2013)

Příklad efektivního programu zaměřeného na prevenci suicidálního chování u středoškoláků je americký program „Surviving the Teens Suicide Prevention and Depression Awareness Program” (King, Strunk, Sorter, 2011). V rámci tohoto programu je studentům prezentována padesátiminutová přednáška, v níž jsou zahrnuty faktické údaje o depresivních

rizikových faktorech, varovných suicidálních znamení, suicidálních rizikových faktorech a obecné myty o sebevraždách. Také jsou popsány efektivní copingové strategie k vyrovnávání se s každodenními stresory, studenti se učí, jak rozeznat depresi a suicidální chování u sebe i druhých a jak pomoci osobám, které trpí depresí, např. přátelům. Použity jsou reálné příběhy adolescentů trpících depresí, na nichž se studenti učí rozpoznávat symptomy deprese a suicidální myšlenky či chování. Studenti dostávají materiály, odkazy a kontakty, které mohou v krizi využít. Používá se také technika hraní rolí a skupinová diskuse. Program vychází z Bandurova modelu self efficacy (založeno na tom, že studenti se učí, že jejich sebedůvěra, v rámci vykonávání určitého chování, má vliv na úspěch a taktéž přesvědčení, že danou věc zvládnou, vede k požadovaným výsledkům). Také jde o zvýšení self efficacy studentů v rámci toho, jak jsou schopni identifikovat varovná znamení u sebe a druhých a následně vyhledat pomoc. Program také učí studenty, jak zvýšit sebedůvěru, zvládnout vztek, komunikovat s rodiči a řešit rodinné konflikty. Jak se ukazuje, tento program má prokazatelnou efektivitu v rámci snižování suicidální ideace a chování a pozitivně působí na úroveň self efficacy a snahy vyhledat pomoc v případě potřeby. (King, Strunk, Sorter, 2011) Takovýto typ programů v ČR v rámci školství zatím není dostupný, pravděpodobně by se však shledal s úspěchem i v rámci našeho školského systému.

Svou důležitou úlohu ve školách by měl kromě preventivních programů reprezentovat i školní psycholog. Ten by měl být se studenty v kontaktu, měl by být lehce dostupný, aby se na něj žáci mohli obrátit i s individuální konzultací. V případě potřeby se taktéž škola může obrátit na pedagogicko-psychologické poradny či další instituce tohoto typu.

Vhodné jsou také programy, které se zaměřují na vzdělávání učitelů ve školách v otázce suicidálního chování dětí a mládeže. Pedagogové se mohou učit rozeznávat projevy suicidálního chování a učí se postupy první pomoci v případě, že si takových znaků u studentů všimnou. Stejně tak můžeme poučit i rodiče. (Kocourková, 2007)

III. Empirická část

1. Cíl výzkumu a výzkumné předpoklady

Cílem této rigorózní práce je komplexní zmapování rizikových faktorů suicidálního chování adolescentů v ČR. Záměrem je zjistit, které konkrétní faktory mají vliv na úroveň suicidálního rizika u populace českých dospívajících.

Výzkumné šetření bude provedeno za použití baterie metod na studentech z Prahy a z Vysočiny, konkrétně ze tří pražských škol (dvě střední odborné učiliště a jedno gymnázium) a dvou škol z kraje Vysočina (třebíčské gymnázium a pelhřimovské střední odborné učiliště). Skupina studentů z učilišť je označena z různých důvodů (viz dále) jako vulnerabilní a skupina gymnazistů jako srovnávací. Použité metody slouží k detekci rizik suicidálního chování a k identifikaci základních dimenzí osobnosti. Výzkumný vzorek by měl disponovat množstvím cca 200 respondentů. Cílem je zjistit souvislosti rizik suicidálního chování u tohoto souboru populace v kontextu jejich aktuálních životních podmínek.

Hlavními výzkumnými předpoklady jsou:

- Riziko suicidálního chování souvisí s **dosaženým vzděláním rodičů studentů**.
- Skupinu studentů ze středního odborného učiliště označujeme pro naše pracovní potřeby jako **vulnerabilní** a skupinu gymnaziálních studentů označujeme pracovním jako **srovnávací**.
- Zvýšené riziko suicidálního chování je podmíněno spíše **nižší úrovní vnímané sociální opory**.
- Zvýšené riziko suicidálního chování souvisí ve Freiburském osobnostním dotazníku s vyššími hodnotami dimenzí **depresivita** a **emocionální labilita**.
- Zvýšené riziko suicidálního chování souvisí s tím, zda jsou **rodiče adolescenta rozvedení**.
- Osoby skórující **výše v životní angažovanosti** vykazují nižší riziko suicidálního chování a naopak.

Následovně ke každému výzkumnému předpokladu bude uveden komentář, který by měl objasnit, z čeho tyto domněnky vycházejí.

- Riziko suicidálního chování souvisí s **dosaženým vzděláním rodičů studentů**.

Předpokládáme, že studenti SOU častěji pocházejí z rodin s nižším socioekonomickým statusem nebo/a z rodin s nižšími finančními příjmy. Socioekonomický status (SES) netvoří samozřejmě jen úroveň dosaženého vzdělání, ale více faktorů, mezi které patří i výše příjmů a společenské postavení. Je jasné, že vyšší vzdělání nemusí nutně implikovat vysoké příjmy (např. množství pomáhajících profesí, k nimž je potřeba vysokoškolského vzdělání, nebývá nadprůměrně finančně hodnoceno). Zpravidla spolu však faktory jako je úroveň vzdělání, finanční situace a postavení ve společnosti souvisejí a vytvářejí výsledný socioekonomický status jedince. Tento status predikuje určitou životní úroveň, která souvisí taktéž s mírou životní pohody a mírou zažívaného stresu, což se promítá do výsledného fyzického i psychického zdraví jednotlivce. *„Ukazuje se kupříkladu, že chronický stres, definovaný jako trvajících a opakujících se nároky, které vyžadují opakované přizpůsobování v průběhu dlouhého časového období (tělesný handicap, chudoba, matřimoniální problémy), souvisí s SES, tj. jeho distribuce se liší podle sociální třídy, a to tak, že jeho výskyt je vyšší v nižších sociálních třídách.“* (Thoits, 1995, dle Šolcová, Kebza, 1999, s. 32)

„Lidé s lepším socioekonomickým postavením se v průměru dožívají vyššího věku, jsou zdravější a čelí nižší skupinově specifické míře úmrtnosti než lidé, jejichž postavení ve společnosti je špatné.“ (Desai, Alva 1998; Marmot 2004; Robert 1999; Robert, House 1999; Williams, Collins, 1995, dle Kreidl, Hošková, 2008)

Skupina osob s nižším dosaženým vzděláním je také ohroženější skupinou v kontextu nezaměstnanosti. Z údajů českého statistického úřadu z prvního čtvrtletí roku 2012 vyplývá, že nezaměstnanost je stále rozšířenější ve vrstvách lidí s nižším dosaženým vzděláním spíše než s vyšším. *„V třídění podle stupně dosaženého vzdělání mají nízkou míru nezaměstnanosti trvale vysokoškoláci (2,5 %) a osoby s úplným středním vzděláním s maturitou (5,2 %). Vysoká míra nezaměstnanosti se ještě více zvyšuje ve skupině osob se základním vzděláním (28,4 %), nadprůměrná je i v početné skupině osob se středním vzděláním bez maturity vč. vyučených (8,2 %).“* (Český statistický úřad, 2012) *„U nezaměstnaných je obzvláště vysoká úroveň plicní rakoviny, sebevraždy, úrazů a srdečních chorob. Nezaměstnaný má 11x vyšší pravděpodobnost, že se pokusí o sebevraždu v porovnání se stejně starým zaměstnaným mužem.“* (Šolcová, Kebza, 2001)

Předpokládáme tedy, že rodiče respondentů z odborných učilišť budou mít častěji střední nebo základní vzdělání než rodiče respondentů z gymnázií, protože poměrně častým jevem – jak

vyplývá ze statistik - je kopírování typu vzdělání rodičů. Stres působící na rodiče či životní pohoda, kterou rodiče prožívají, generuje určitou rodinnou atmosféru, která ovlivňuje potomky v tomto prostředí žijící. (např. Matějů, Večerník, 1998)

Zejména z těchto výše uvedených důvodů byla skupina respondentů ze SOU označována pracovním jako **vulnerabilní** k suicidálnímu chování. Skupina respondentů rekrutující se z gymnázií byla pracovním označena jako **srovnávací**.

Dalším výzkumným předpokladem je tedy:

- Skupinu studentů ze středního odborného učiliště označujeme pro naše pracovní potřeby jako **vulnerabilní** a skupinu gymnaziálních studentů označujeme pracovním jako **srovnávací**.
- Zvýšené riziko suicidálního chování je podmíněno spíše **nižší úrovní vnímané sociální opory**.

Sociální opora působí jako významný protektivní faktor. Začlenění člověka do sociální struktury a vytváření a udržování interpersonálních vztahů jsou významné determinanty prospívající fyzické i psychické složce jedince. Jinými slovy dostatečná sociální opora může u jedince zvyšovat well-being, zdravotní stav a může zvyšovat resilienci jedince při vystavení stresogenním situacím. Je to jakýsi zdroj podpory, z něhož může člověk čerpat. Taktéž funguje jako nárazník ochraňující psychiku před stresem. Hlavním zdrojem sociální opory je především rodina a blízcí přátelé. Taktéž to ale mohou být např. spolupracovníci. (Šolcová, Kebza, 1999) U této hypotézy tedy hraje roli předpoklad, že jedinci, kteří budou hodnotit výše vlastní sociální oporu, budou také ti, kteří budou odolnější k rozvoji suicidálního chování. Toto může fungovat jednak z toho důvodu, že takoví jedinci budou pravděpodobně disponovat vyšší životní spokojeností, jednak také proto, že i v případě expozice stresové události budou tito jedinci pravděpodobně odolnější k rozvoji maladaptivních vzorců chování a psychické patologie.

- Zvýšené riziko suicidálního chování souvisí ve Freiburském osobnostním dotazníku s vyššími hodnotami dimenzí **depresivita** a **emocionální labilita**.

Jak bylo uvedeno v teoretické části této práce, suicidální chování se velmi často vyskytuje v souvislosti s depresivní symptomatologií. Stejně tak emocionální labilita může být předpokladem k snazšímu rozvoji tendence k suicidálnímu chování.

- Zvýšené riziko suicidálního chování souvisí s tím, zda jsou **rodiče adolescenta rozvedení**.

Již bylo zmíněno v teoretické části této práce, že příčiny suicidality adolescentů často souvisejí s rodinnými konflikty a s interpersonálními vztahy. Rozvod či separace rodičů bývá zpravidla významným stresogenním faktorem působícím na jedince. Tato často konfliktní situace může působit jako potenciální riziko ke snížení životní pohody, v krajním případě k rozvinutí depresivního ladění jednotlivce (potažmo k suicidálnímu chování).

- Osoby skórující **výše v životní angažovanosti** vykazují nižší riziko suicidálního chování a naopak.

Tato hypotéza vychází z předpokladu, že vyšší hodnocení smysluplnosti vlastního života bude souviset spíše s nižšími tendencemi k suicidálnímu chování. Suicidální chování se často vyskytuje v souvislosti se stresem, traumatem či konflikty, které znemožňují vidět vlastní život a jeho hodnoty jako smysluplné a vyšší sebeaktivační potřeby mohou být potlačeny. Taktéž možné depresivní ladění vyskytující se mnohdy v souvislosti se suicidálním chováním může potenciálně snižovat subjektivní hodnocení smysluplnosti vlastního života a jeho aktivit.

2. Metody

V rámci výzkumu jsme použili Freiburský osobnostní dotazník (příloha č. 13, str. 137), Pöldingerův dotazník k rozpoznání závažnosti suicidálního rizika (příloha č. 15, str. 143), Blumenthalův dotazník vnímané sociální opory (příloha č. 16, str. 144) a Test životní angažovanosti (příloha č. 14, str. 141). Dále probandí zaznamenávali pohlaví, věk, typ své střední školy, město, nejvyšší dosažené vzdělání rodičů a to, zda aktuálně žijí v domácnosti s oběma rodiči či jen s jedním.

2.1 Freiburský osobnostní dotazník

Freiburský osobnostní dotazník (Freiburger Persönlichkeits Inventar – FPI) obsahuje výroky týkající se způsobu chování, stavů, zaměření a tělesných těžkostí, se kterými proband souhlasí nebo nesouhlasí.

Autory FPI jsou Fahrnberg, Selg a Hampel, kteří ho publikovali v roce 1970. Autoři československé verze jsou Kollárik, Poliaková a Ritomský (1984). Tento vícedimenzionální osobnostní dotazník obsahuje 12 škál:

- škála FPI 1 – nervozita (psychosomaticky narušený – psychosomaticky nenarušený)
- škála FPI 2 - spontánní agresivita (spontánně agresivní, emocionálně nezralý – neagresivní, ovládající se)
- škála FPI 3 - depresivita (rozladěný, nejistý – klidný, sebejistý)
- škála FPI 4 - vzrušivost (vzrušivý, lehce frustrovaný – klidný)
- škála FPI 5 - společenskost (družný, živý – nedružný, zdrženlivý)
- škála FPI 6 - mírnost (klid, sebedůvěra, dobrá nálada – dráždivost, váhavost)
- škála FPI 7 - reaktivní agresivita a snaha o dominanci (reaktivní, agresivní, prosazující se – poddajný, umírněný)
- škála FPI 8 - zdrženlivost (zdrženlivý, nesmělý – nenucený, lehce navazující kontakt)
- škála FPI 9 – otevřenost (otevřený, sebekritický – uzavřený, nekritický)
- škála FPI E – extraverte (extravertovaný – introvertovaný)
- škála FPI N – emocionální labilita (emocionálně labilní – emocionálně stabilní)
- škála FPI M – maskulinita (typicky mužský – typicky ženský sebepopis)

Dotazník má čtyři formy: C (celková forma s 212 položkami), A a B (paralelní formy se 114 položkami) a K (zkrácená verze se 76 položkami). V rámci této práce byla použita zkrácená

forma K, její administrace trvá asi 15 – 20 minut. Probandi zaznamenávají své odpovědi do záznamových archů. Vyhodnocení je prováděno pomocí šablon pro jednotlivé škály. Hrubé skóry jsou převáděny na staniny, resp. percentily. Dotazník má normy ve čtyřech věkových kategoriích (od 15 do 50 let) a to zvlášť pro muže a zvlášť pro ženy. (Svoboda, 1999)

2.2 Pöldingerův dotazník k rozpoznání závažnosti suicidálního rizika

Ke zjištění úrovně suicidálního rizika našich respondentů jsme použili Pöldingerův dotazník k rozpoznání závažnosti suicidálního rizika (Pöldinger, 1998). Tento dotazník obsahuje 16 položek týkajících se suicidálního chování v různých podobách – od suicidálních ideací, přes suicidální tendence, až po nedokonaný suicidální pokus v anamnéze. Na každou položku lze odpovědět ano/ne. Čím více otázek 1-11 je zodpovězeno ANO a čím více otázek 12 - 16 je zodpovězeno NE, tím vyšší je suicidální riziko.

2.3 Dotazník vnímané sociální opory

Úroveň vnímané sociální opory byla zjišťována prostřednictvím sebeposuzovací metody Perceived Social Support Scale (Dotazník vnímané sociální opory - PSSS) Blumenthala et al. (1987). Obsahuje 12 základních a 4 doplňující položky, prostřednictvím kterých osoba hodnotí dostupnost sociální opory a spokojenost s ní. Položky dotazníku jsou posuzovány na 7mi bodové škále Likertova typu, kde jedinec vyjadřuje míru souhlasu či nesouhlasu s daným tvrzením. Zjišťuje se celkový skór a 3 dílčí skóry - sociální opora od významné, blíže neurčené osoby (PSSSA), od členů rodiny (PSSSB) a od přátel (PSSSC). Další 4 položky (škály), které připojil Vašina (1999), dovolují srovnávat hodnocení sociální opory ze strany rodiny, přátel, spolupracovníků a nadřízených. I při malém počtu položek má dotazník relativně příznivé psychometrické charakteristiky. (Janečková, 2008)

2.4 Test životní angažovanosti

Test životní angažovanosti neboli Life engagement test (LET) slouží k zaznamenání subjektivně vnímaného hodnocení smyslu života. Autoři Scheier et al. (2006) tímto vytvořili nástroj pro měření životní angažovanosti - smyslu života. Ten definovali jako „míru angažovanosti v aktivitách s osobní důležitostí“. Vytvořili tak celkový index životní angažovanosti. Test obsahuje 6 položek, které jsou hodnoceny pomocí pětibodové stupnice. Položky 1, 3, 5 jsou kódovány reverzně a součtem všech položek získáme celkový skór životní angažovanosti.

3. Výzkumný vzorek, sběr dat a statistické zpracování

3.1 Výzkumný vzorek a průběh sběru dat

Výběrový soubor tvoří dvě skupiny studentů. Jedna skupina je označena pracovním jménem jako vulnerabilní, což jsou studenti středních odborných učilišť, druhá skupina je označena pracovním jménem jako srovnávací, to jsou studenti všeobecných gymnázií.

Sběr dat probíhal ve dvou fázích. První fáze proběhla v zimě roku 2012 na pražských školách, druhá fáze proběhla v zimě roku 2013 v kraji Vysočina (města Pelhřimov a Třebíč).

V první fázi výzkumu jsme oslovili náhodně cca 12 pražských škol, zhruba dvě třetiny škol odpověděly. Nakonec jsme se domluvili s jedním středním odborným učilištěm (První české soukromé střední odborné učiliště) a s jedním všeobecným gymnáziem (gymnázium Voděradská). Od obou škol jsme žádali k výzkumu cca 50 studentů posledních ročníků.

Na gymnáziu Voděradská se podařilo sebrat data při jedné návštěvě. Navštívili jsme dvě třídy posledních ročníků šestiletého gymnázia a získali jsme 48 respondentů. Na Prvním českém soukromém středním odborném učilišti jsme navštívili třídy posledních ročníků oborů truhlář, kadeřnice a administrativní pracovník s maturitou. Narazili jsme zde však na vysokou absenci studentů. Podařilo se nám tedy sebrat pouze 32 respondentů. Posléze jsme tedy navštívili ještě střední odborné učiliště Belgická, kde se nám podařilo při jedné návštěvě získat dalších 19 respondentů v třídách posledních ročníků oboru prodavač.

Ve všech školách jsme záměrně vybírali poslední ročníky, na SOU jsme se snažili o pohlavní vyváženost – čili obor truhlář, kde se dalo předpokládat, že zde budou zastoupeni spíše chlapi, jsme vyvážili oborem kadeřnice, který bývá typický především pro dívky.

Výzkumný vzorek po první fázi sběru dat zahrnoval ve výsledku 99 (47 dívek a 52 chlapců) respondentů. Tuto skupinu pracovním jménem označujeme jako skupinu A.

V druhé fázi sběru dat jsme oslovili opět náhodně cca 10 různých škol (gymnázií i odborných učilišť) v několika větších městech kraje Vysočina. Nakonec se podařilo domluvit spolupráci se všeobecným Gymnáziem Třebíč a se Středním odborným učilištěm Pelhřimov. Od obou škol jsme žádali k výzkumu cca 50 studentů posledních ročníků.

Na třebíčském gymnáziu byly navštíveny dvě třídy posledních ročníků čtyřletého studia. Celkově se podařilo sebrat data od 53 respondentů. Na odborném učilišti jsme navštívili dvě třídy posledních ročníků oboru prodavač, testovou baterii zde úspěšně vyplnilo celkem 40

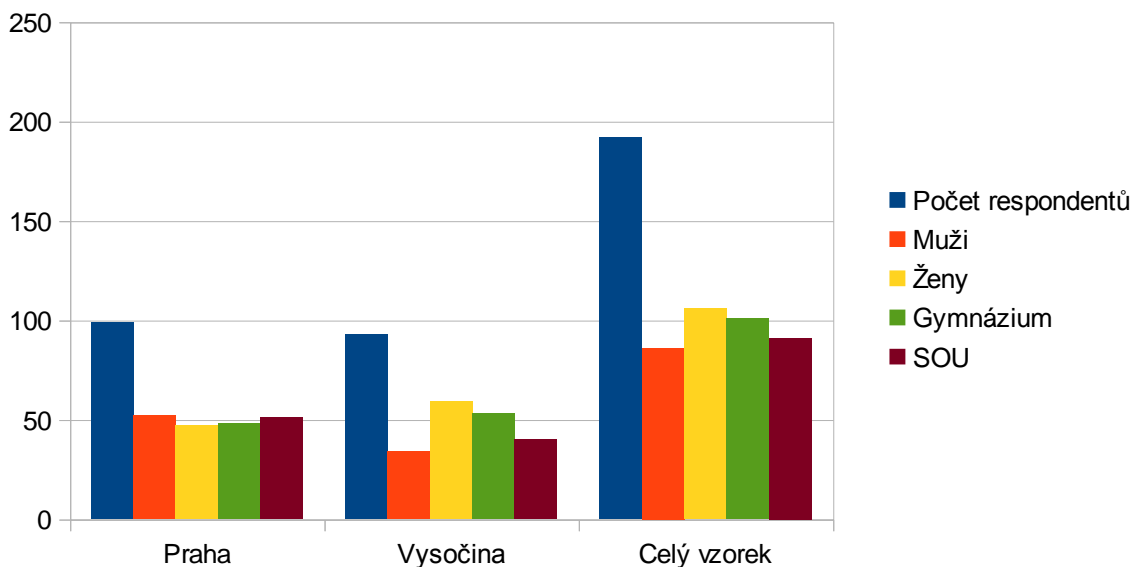
studentů. Výzkumný vzorek byl tedy ve druhé fázi navýšen o 93 studentů (59 dívek a 34 chlapců). Tuto skupinu pracovně označujeme jako skupinu B.

Finální výzkumný vzorek tedy obsahoval 192 studentů, z toho 86 mužů a 106 žen. Z gymnázií pocházelo 101 osob, z odborných učilišť 91. Pražský vzorek zahrnoval 99 jedinců, vzorek z Vysočiny 93, viz tabulka 5 a graf 11.

Tab. č. 5 Rozložení výzkumného vzorku dle kraje, pohlaví a typu školy

	Počet respondentů	Muži	Ženy	Gymnázium	SOU
Praha	99	52	47	48	51
Vysočina	93	34	59	53	40
Celý vzorek	192	86	106	101	91

Graf č. 11 Rozložení výzkumného vzorku dle kraje, pohlaví a typu školy



3.2 Statistické zpracování

Data jsme kódovali za použití programu Microsoft Excel Starter 2010, v němž byly vytvořeny i všechny tabulky a grafy. Poté jsme data převedli do programu SPSS Statistics 17.0, který jsme použili k provedení statistického zpracování dat. Použili jsme Pearsonův korelační koeficient a párový nezávislý t-test.

4. Výsledky

V našem výzkumu jsme si stanovili hladinu významnosti $p \leq 0,05$, tzn. považovali jsme za signifikantní výsledky potvrzené již na 5% hladině významnosti. Na základě statistické analýzy dat jsme došli k následujícím výsledkům pro každý námi stanovený výzkumný předpoklad. Všechny výsledky, které uvádíme, jsou potvrzené na hladině významnosti $p \leq 0,05$, není-li uvedeno jinak.

Výzkumný předpoklad č. 1

Riziko suicidálního chování souvisí s dosaženým vzděláním rodičů studentů.

T-test nepotvrdil signifikantní rozdílnost suicidálního rizika v závislosti na vzdělání rodičů. Rozdíl byl prokázán pouze mezi dětmi s matkami se základním a středoškolským vzděláním - děti matek se středoškolským vzděláním mají vyšší suicidální riziko (příloha č. 8, str. 130). Dosažené vzdělání rodičů tedy nijak významně nesouvisí se suicidálním rizikem respondentů. Výzkumný předpoklad se tedy **nepotvrdil**.

Výzkumný předpoklad č. 2

Skupinu studentů ze středního odborného učiliště označujeme pro naše pracovní potřeby jako vulnerabilní a skupinu gymnaziálních studentů označujeme pracovníčně jako srovnávací.

T-test neprokázal signifikantní rozdíl v rámci suicidálního rizika mezi gymnáziem a SOU (příloha č. 3, str. 123). Výzkumný předpoklad se tedy **nepotvrdil**.

Výzkumný předpoklad č. 3

Zvýšené riziko suicidálního chování je podmíněno spíše nižší úrovní vnímané sociální opory.

Tento předpoklad se **potvrdil** na hladině významnosti $p \leq 0,01$ (příloha č. 2, str. 122).

Výzkumný předpoklad č. 4

Zvýšené riziko suicidálního chování souvisí ve Freiburském osobnostním dotazníku s vyššími hodnotami dimenzí depresivita a emocionální labilita.

Tento předpoklad se **potvrdil** na hladině významnosti $p \leq 0,01$ (příloha č. 1, str. 121).

Výzkumný předpoklad č. 5

Zvýšené riziko suicidálního chování souvisí s tím, zda jsou rodiče adolescenta rozvedení.

Tento výzkumný předpoklad **nebyl prokázán**. Respondenti žijící v úplné rodině s oběma rodiči nevykazovali signifikantně nižší riziko suicidálního chování (příloha č. 9, str. 131).

Výzkumný předpoklad č. 6

Osoby skórující výše v životní angažovanosti vykazují nižší riziko suicidálního chování a naopak.

Tento předpoklad se **potvrdil** na hladině významnosti $p \leq 0,01$. Suicidální riziko signifikantně negativně koreluje se skórem životní angažovanosti (příloha č. 2, str. 122).

Dále jsme se zaměřili na některá další kritéria, v rámci nichž jsme sledovali jednotlivé proměnné.

Typ školy:

Jak již bylo zmíněno, skupina gymnaziálních studentů a skupina studentů z učilišť se neliší v rámci suicidálního rizika. Neliší se ani, co se týče skóru životní angažovanosti a sociální opory (příloha č. 4, str. 124).

Byly však zaznamenány rozdíly v rámci několika škál FPI a to konkrétně: FPI-3 (škála depresivity), FPI-4 (škála vzrušivosti), FPI-6 (škála mírnosti), FPI-7 (škála reaktivní agresivity a snahy o dominanci). Ve všech těchto škálách skórovali výše studenti středních odborných učilišť (příloha č. 5, str. 125). Provedli jsme také párový t-test státního středního odborného učiliště a soukromého. Výsledkem nebyl signifikantní rozdíl mezi těmito typy škol v rámci sledovaných proměnných.

Kraj:

Skupina A - osoby z pražských škol - se v rámci suicidálního rizika neliší od skupiny B - pocházející z Vysočiny (příloha č. 7, str. 129).

Studenti z Prahy se však od studentů z Vysočiny liší v rámci sociální opory – skupina z Vysočiny disponuje vyšší sociální oporou. (příloha č. 7, str. 129)

Dále se skupina A (Praha) a skupina B (Vysočina) liší v rámci škál FPI-2 (škála spontánní agresivity), FPI-3 (škála depresivity), FPI-4 (škála vzrušivosti), FPI-9 (škála otevřenosti) a FPI-N (škála emocionální lability). Ve všech těchto škálách skórovali studenti skupiny B výše než studenti skupiny A (příloha č. 6, str. 127).

Vzdělání rodičů:

Již byl zmíněn rozdíl v rámci suicidálního rizika mezi dětmi matek se základním a středoškolským vzděláním (viz výše). Dále jsme našli odlišnosti v rámci sociální opory, konkrétně ve vztahu ke vzdělání otců. V našem vzorku vykazovaly děti otců se základním vzděláním vyšší míru sociální opory než děti otců se středoškolským vzděláním (příloha č. 8, str. 130).

Pohlaví:

Mezi respondenty mužského a ženského pohlaví nejsou signifikantní rozdíly, co se týče suicidálního rizika. Ženy v rámci našeho vzorku vykazovaly vyšší míru sociální opory (příloha č. 12, str. 136).

Odhaleny byly i některé další souvislosti:

Suicidální riziko pozitivně koreluje s těmito škálami FPI: FPI-2 (spontánní agresivita), FPI-3 (depresivita), FPI-N (emocionální labilita). Negativně se škálami FPI-6 (mírnost) a FPI-M (maskulinita). (příloha č. 1, str. 121)

Sociální opora pozitivně koreluje s životní angažovaností (příloha č. 2, str. 122).

Míra životní angažovanosti taktéž souvisí s některými škálami FPI a to: negativní korelace se škálami FPI-3 (depresivita), FPI-8 (zdrženlivost) a FPI-N (emocionální labilita), pozitivní korelace se škálami FPI-5 (společenskost), FPI-6 (mírnost), FPI-E (extraverze) a FPI-M (maskulinita). (příloha č. 1, str. 121)

IV. Diskuse

Tato rigorózní práce se věnovala problematice suicidálního chování u adolescentů, speciálně rizikovým faktorům tohoto jevu. V první - teoretické - části práce jsme popsali suicidální chování jako složitý proces, stejně tak byly rozebrány faktory, které mohou sebevražedné chování ovlivňovat. Ve druhé - empirické - části práce jsme se zabývali riziky suicidálního chování u adolescentů v ČR. Toto jsme zkoumali na vzorku žáků ze všeobecných gymnázií a středních odborných učilišť ze dvou českých krajů – Praha a Vysočina. Naším cílem bylo zjistit, které specifické proměnné mohou mít více či méně vliv na úroveň suicidálního rizika u normální populace adolescentů v České republice.

Z našich šesti výzkumných předpokladů se potvrdily celkem tři a to dokonce na hladině významnosti $p \leq 0,01$. Konkrétně se potvrdil náš předpoklad o souvislosti suicidálního rizika se stupněm životní angažovanosti, dále se stupněm sociální opory a taktéž s úrovní depresivity a emocionální lability. Potvrzen nebyl náš předpoklad o vyšším suicidálním riziku u skupiny žáků z odborných učilišť ani předpoklad o souvislosti suicidálního rizika s úplností či neúplností rodiny. Stejně tak nebyla potvrzena souvislost dosaženého stupně vzdělání rodičů našich respondentů s úrovní suicidálního rizika. Kromě výzkumných předpokladů jsme sledovali také další souvislosti, v rámci kterých byla odhalena některá další zajímavá zjištění.

Předpoklad, že riziko suicidálního chování souvisí s úrovní dosaženého vzdělání rodičů studentů, se v rámci našeho souboru nepotvrdil. Byly však nalezeny odlišnosti v rámci suicidálního rizika mezi skupinami dětí matek se základním a středoškolským vzděláním, konkrétně – respondenti s matkami se středoškolským vzděláním vykazovali vyšší úroveň suicidálního rizika než respondenti s matkami se základním vzděláním. Toto však nepotvrzuje náš předpoklad o tom, že čím nižší bude dosažené vzdělání rodičů, tím by mohlo být nižší suicidální riziko jejich potomků. Nepotvrzení našeho předpokladu může být způsobeno mnoha faktory. To, že dítě žije v rodině s nižším vzděláním rodičů či s nižšími příjmy, nemusí samo o sobě suicidální riziko nijak podporovat. Může to však být obecným rizikovým faktorem. Pokud dítě žije v sociálně slabší rodině, může být např. znevýhodňováno v kolektivu spolužáků. S nižším socioekonomickým statusem také může klesat celkové well-being rodiny. Taktéž se ukazuje, že s výší dosaženého vzdělání se snižuje zastoupení opakovaných rozvodů, přičemž rozvod rodičů je významný stresogenní faktor působící na potomky. Pokud tyto faktory takto pracují, v rámci našeho vzorku se však signifikantně nepotvrdil jejich vliv na úroveň

suicidálního rizika. Dále jsme našli odlišnosti v rámci sociální opory, konkrétně ve vztahu ke vzdělání otců. V našem vzorku vykazovaly děti otců se základním vzděláním vyšší míru sociální opory než děti otců se středoškolským vzděláním. Působení těchto faktorů v rámci našeho vzorku by bylo třeba - k jejich uspokojivému vysvětlení - ještě blíže prozkoumat v dalším výzkumu.

Skupinu studentů z odborných učilišť jsme pracovníčně označili jako vulnerabilní – s potenciálním vyšším suicidálním rizikem, při čemž skupinu gymnazistů jsme pracovníčně označili jako srovnávací. Vyšší míra suicidálního rizika se však u studentů z odborných učilišť v našem vzorku neprokázala. Tyto dvě skupiny se od sebe však lišily v rámci škály depresivity ve Freiburském osobnostním dotazníku. Depresivita je poměrně významný rizikový faktor k suicidálnímu chování. Proto je tento výsledek velmi zajímavý. Na odborných učilištích panuje jiné klima než na gymnáziích. Častěji je tam zaznamenávána šikana. Někteří studenti, kterým nejde učení a nejsou k němu příliš motivovaní, volí odborné učiliště jako svou poslední volbu, přestože v konkrétním oboru nemusí vidět smysl a nemají hlubší zájem ho vystudovat. Toto se může projevit celkovou frustrací studentů, kteří svou seberealizaci spatřují v revoltování a bouření se proti autoritě. I toto by mohlo potenciálně zvyšovat úroveň šikany. Celková atmosféra odborných učilišť by mohla podporovat vyšší míru depresivity. Zajímavé by bylo porovnat klima na státních odborných učilištích a na soukromých. Provedený t-test neodhalil žádné odlišnosti v rámci sledovaných proměnných mezi našimi skupinami soukromého učiliště a státního učiliště.

Předpoklad o souvislosti suicidálního rizika a sociální opory se potvrdil. Sociální opora je jeden z nejvýznamnějších protektivních faktorů a narušení rodinných či dalších blízkých vztahů jedince bývá častým rizikovým faktorem suicidálního chování (zejména u adolescentů). Tento výsledek naznačuje, že zmíněné faktory takto skutečně pracují i v rámci našeho výzkumného vzorku.

Předpoklad, že vyšší suicidální riziko bude souviset s vyššími hodnotami ve škálách FPI depresivita (FPI-3) a emocionální labilita (FPI-N), se potvrdil. Toto zjištění není příliš překvapivé. Depresivita je, jak jsme již uvedli, jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů suicidálního chování. Jedinci adolescentního věku vykazující sebevražedné chování jsou velmi často právě ti, u nichž se současně rozvíjí (nebo již bylo rozvinuto) depresivní onemocnění. Tento výsledek je tedy konzistentní s dosavadními poznatky o suicidální problematice v rámci moderních oborů. Stejně tak, jak již jsme zmínili v teoretické části práce, se k suicidálnímu

chování častěji uchylují osoby, které jsou impulzivní či emočně labilní. Sebevražedný akt je často výsledkem nepromyšleného jednání v rámci momentální psychické krize. Ve věkové skupině dospívajících je zvýšená emoční labilita do jisté míry znakem tohoto životního období. Přesto však je nutné odlišovat jedince, jejichž osobnostní nastavení se blíží vyšší emocionální labilitě a to právě z důvodu zvyšujících se rizik.

Mezi gymnaziálními studenty a studenty odborných učilišť jsme kromě zmíněné depresivity dále odhalili odlišnosti i v dalších škálách FPI, konkrétně FPI-4 (škála vzrušivosti), FPI-6 (škála mírnosti), FPI-7 (škála reaktivní agresivity a snahy o dominanci) - ve všech těchto škálách skórovali výše studenti středních odborných učilišť. Zvýšený skóre ve škále vzrušivosti poukazuje na neklidného, lehce frustrovaného člověka. Proč by tento popis měl spíše odpovídat studentovi středního odborného učiliště než studentovi gymnázia? Zde se nám otevírá možnost polemiky. V dnešní době jsou učební obory, ač jsou na trhu práce vyučené osoby poměrně dost žádané, hodnoceny spíše s nižší prestiží než střední škola s maturitou (přestože ta mnohdy předpovídá budoucnost značně nejistého uplatnění). Je možné, že odpověď na tuto skutečnost je fakt, že žáci studující učební obor toto velmi dobře reflektují, čímž se může zvyšovat celkový stres, kterému jsou vystavováni a vlivem toho se může potenciálně dostavovat větší neklid u těchto jedinců a vyšší míra frustrace. V souladu s tím by i takoví žáci mohli být agresivnější a dominantnější v rámci prosazování sebe sama (dle výsledku ze škály reaktivní agresivity a snahy o dominanci).

Takovým konstatováním však příliš neodpovídá výsledek týkající se vyššího skóru ve škále mírnosti. Ten by totiž naznačoval naopak to, že studenti z učilišť jsou výrazně klidnější, mají vyšší sebedůvěru a lepší náladu než studenti gymnaziální. Podrobnější zmapování těchto proměnných by jistě bylo zajímavým a přínosným tématem pro další budoucí zkoumání.

Náš výzkumný předpoklad o vyšší úrovni suicidálního rizika u dospívajících žijících v neúplných rodinách se nepotvrdil. Rozvod rodičů, zvláště pak pokud je komplikovaný a dramatický, což dítě obvykle velmi senzitivně vnímá, může působit komplexně jako významný rizikový faktor. Nelze však zobecňovat – samozřejmě existuje mnoho rodin, kde rozvod proběhne bez problémů a separace rodičů je spíše přínosem pro celkové rodinné klima. Pokud je tato situace dítěti vhodně podána, nemusí mít významně negativní dopad na jeho celkový vývoj a naopak může podpořit vztahy s rodiči. V rámci našeho souboru dospívajících se tedy nepotvrdila neúplnost rodiny jako signifikantní rizikový faktor k suicidálnímu chování.

Co se týče výzkumného předpokladu o souvislosti nižšího suicidálního rizika a vyšší míry životní angažovanosti, byla prokázána souvislost v rámci našeho vzorku. Tento předpoklad je tedy potvrzen pro náš soubor populace. Toto může být ovlivněno mnoha faktory. Osoby, které vnímají ve svém životě určité hodnoty, v nichž vidí smysl, mají pravděpodobně nižší tendenci k rozvinutí suicidálního chování. Toto je popsáno v rámci některých teorií, např. v teoretické části již zmíněný Ringelův model presuicidálního syndromu (dle Špatenková, 2011) naznačuje určité zúžení mimo jiné i hodnot jedince, který může najednou mít pocit, že není v jeho životě nic, co by mu dávalo smysl. Test životní angažovanosti velmi dobře zachycuje vnímání smyslu života a hodnot. Potvrzení tohoto výzkumného předpokladu tedy dobře koresponduje např. s Ringelovým schématem, které ale popisuje stav již těsně před tím, než jedinec rozvine samotné suicidální chování. Náš výsledek však může mít příčiny i ve skutečnosti, že vnímání smyslu života a stabilní hierarchie hodnot jedince může působit jako protektivní faktor. Jedinec se, díky tomu, že ve svém bytí spatřuje smysl, může stát odolnějším a lépe pak vstřebat a překonat nepříznivé situace a méně pravděpodobně rozvinout tendenci k suicidálnímu chování či k jiným maladaptivním mechanismům. Tento výsledek je konzistentní taktéž s názorem Frankla (1999), že u suicidálních jedinců se vyskytuje snížení smysluplnosti života a jeho hodnoty.

Kromě výsledků souvisejících s našimi výzkumnými předpoklady jsme sledovali komplexně ještě některá další významná kritéria, která jsme zatím nezmiňovali, konkrétně kraj a pohlaví.

V souvislosti s krajem, z něhož pocházely dané školy, byly nalezeny rozdíly v úrovni sociální opory, při čemž studenti z kraje Vysočina disponovali její vyšší mírou ve srovnání s pražskými studenty. Tento zajímavý výsledek by mohl souviset s velikostí města, z něhož žáci pocházejí. Velikost hlavního města s milionem obyvatel samozřejmě dramaticky převyšuje města kraje Vysočina, do nichž jsme v rámci výzkumu zavítali. Konkrétně Třebíč má přes 37 tisíc obyvatel, Pelhřimov kolem 15 tisíc obyvatel. Je možné, že vyšší míra vnímané sociální opory v menších městech souvisí s tím, že se zde jedinci necítí tak „osamoceni“, bývají zde navazovány bližší a déletrvající vztahy v okolí (např. sousedé – na rozdíl od Prahy, kde je běžným jevem, že člověk nezná lidi žijící ve stejném panelovém domě), také význam rodiny zde může být odlišný.

Dospívající z Vysočiny v rámci našeho vzorku dále disponovali vyšší mírou spontánní agresivity (FPI-2), depresivity (FPI-3), vzrušivosti (FPI-4), otevřenosti (FPI-9) a emocionální lability (FPI-N). Vyšší stupeň depresivity a emocionální lability byl odhalen jako faktor

související s vyšším suicidálním rizikem. Přesto se osoby v rámci krajů z hlediska suicidálního rizika neliší. Zde by mohla sehrát roli již zmíněná vyšší sociální opora na Vysočině, která zde může působit jako významný protektivní faktor suicidálního chování. V tomto směru se zdají naše výsledky konzistentní. Naše zjištění tedy naznačují, že dospívající jedinec z kraje Vysočina je více dominantní až agresivní v rámci sebeprosazení, má větší sklon k depresivitě, je více frustrovaný a labilnější v rámci emocí a také výrazněji sebekritický. Zde by mohl sehrát roli fakt, že na menším městě je výhled k budoucímu uplatnění užší než v Praze disponující obrovským trhem práce (ač s vyšší konkurencí). V této souvislosti pak mohou osoby na prahu dospělosti a nové životní etapy pociťovat vyšší míru frustrace, sebekritiky i nejistoty ze své budoucí nejasné životní dráhy.

V souvislosti s pohlavím našich respondentů se neukázaly žádné odlišnosti v míře suicidálního rizika, přestože ženy disponovaly vyšší úrovní sociální opory. Zde se tedy neprojevilo působení sociální opory jako protektivního faktoru. Je možné, že dívky, které bývají „sociálně vnímavější“ ke svému okolí, jsou schopné citlivěji rozpoznat míru opory z jejich okolí či ji, v jiném případě, nadhodnotit.

Mimo výzkumné předpoklady a konkrétní sledované faktory naše studie odhalila ještě další zajímavé výsledky.

Skór suicidálního rizika v rámci našeho souboru pozitivně koreluje se škálami FPI-2 (spontánní agresivita), FPI-3 (depresivita), FPI-N (emocionální labilita). Všechny tyto škály zachycují vlastnosti, kterými by mohl disponovat potenciálně suicidální jedinec. Velmi zajímavý výsledek je prokázaná pozitivní korelace mezi skórem suicidálního rizika a škálou FPI-2 (spontánní agresivita). Osobu skórující významně ve škále spontánní agresivity můžeme popsat jako emocionálně nezralou, ovlivňovanou vlastními afekty, které může odreagovávat prostřednictvím agrese zaměřené do okolí, je to osoba neklidná, impulzivní, s problémy se sebeovládáním. Tento popis značí jistou labilitu a nevyrovnanost, což společně se sklony k agresii a impulzivitě může pravděpodobně podporovat potenciál k suicidálnímu chování.

Suicidální riziko negativně koreluje se škálami FPI-6 (mírnost) a FPI-M (maskulinita). Mírnost zde naznačuje klid, sebedůvěru a dobrou náladu, což bezesporu odpovídá obrazu člověka s nízkým suicidálním rizikem. Vyšší skór ve škále maskulinity ukazuje na typicky mužský sebepopis. Ze statistik víme, že více dokonaných sebevražd páchají osoby mužského pohlaví. Suicidální pokusy však nad dokonanými suicidii dlouhodobě významně převažují. Tentamen suicidii častěji páchají ženy než muži a to zejména v období adolescence a mladé

dospělosti (viz graf č. 4). Je tedy možné, že typicky mužský sebepopis (u muže či ženy) působí spíše proti vzniku suicidálního rizika. Škála maskulinity taktéž zachycuje sebejistotu, schopnost se prosadit a emoční vyrovnanost. To vše jsou vlastnosti, kterými pravděpodobně disponuje jedinec s nižším suicidálním rizikem.

Zjistili jsme také, že v rámci našeho výzkumného souboru sociální opora pozitivně koreluje s úrovní životní angažovaností. Také tento výsledek může být ovlivněn mnoha faktory. Dostatečná míra sociální opory působí na člověka komplexně pozitivně v mnoha ohledech, je to významný protektivní faktor. Zejména dospívající jedinci velmi citlivě vnímají přijetí a podporu ze svého okolí, hlavně co se týče toho nejbližšího (rodina, přátelé). Pokud je potřeba sociálních kontaktů a vztahů naplněna, jistě to vytváří příznivé klima pro celkový rozvoj jedince. Toto může mít dopad i na úspěšné formování zájmů a hodnot dospívajícího a na jeho seberealizaci, v níž posléze může spatřovat svůj osobní smysl života.

Náš výzkum taktéž ukázal, že skór životní angažovanosti v našem vzorku pozitivně koreluje se škálou maskulinity (FPI-M) Freiburského osobnostního dotazníku. Jedinec vysoce skórující ve škále maskulinity je obvykle charakterizován jako aktivní, prosazující se, sebejistý, podnikavý, pohotový s vyrovnanou náladou. Toto by pravděpodobně odpovídalo popisu plně sebeaktualizovaného jedince, který disponuje různorodými hodnotami, v nichž nalézá svůj životní smysl. Skór životní angažovanosti také signifikantně koreluje (pozitivně) se škálami FPI-5 (společenská) a FPI-6 (mírnost). Jedinec skórující vysoko ve škále společenské bývá charakterizován jako družný a živý. Vysoký skór ve škále mírnosti obvykle poukazuje na klidnou osobnost vyznačující se vyšším sebevědomím a dobrou náladou. Tato charakteristika může jistě odpovídat popisu jedince s vyšší životní angažovaností. Také byla objevena pozitivní korelace skóru životní angažovanosti a škály FPI-E (extraverze). Tento výsledek může být ovlivněn například tím, že extravertní jedinec se mnohdy může snáze prosazovat v sociálním prostředí a snadněji tak dosahovat svých cílů, které podporují jeho sebeaktualizaci a životní angažovanost.

Skór životní angažovanosti negativně koreloval se škálami FPI-3 (depresivita), FPI-8 (zdrženlivost) a FPI-N (emocionální labilita). Obraz jedince s nižší životní angažovaností by tak svým popisem odpovídal osobě s větším sklonem k depresivitě, s vyšší zdrženlivostí, charakterizovanou spíše nesmělým chováním a emocionální nestabilitou.

Získané výsledky tohoto výzkumu považujeme za poměrně zajímavé a jistě by posloužily jako podnět k dalším studiím. Samozřejmě naše zjištění nemůžeme automaticky zobecňovat na

celou populaci, protože náš výzkum disponoval omezeným počtem respondentů, v němž se některé souvislosti nemusely plně signifikantně projevit.

Limitace studie tedy vidíme jednak v omezeném počtu respondentů. Dále také v tom, že studenti pocházeli pouze ze dvou krajů České republiky. Toto znemožnilo zachytit některé rozdíly mezi různými dalšími regiony, které by se mohly projevit, kdyby byl výzkum realizovaný v rámci jiných, menších měst. Jistě by také bylo zajímavé zahrnout do výzkumného vzorku i studenty jiných typů škol, jak gymnázií osmiletých, tak jiných středních škol, např. školy zdravotní apod. To by mohlo odhalit jistě některé další vztahy.

Náš výzkum byl kvantitativního charakteru. Bylo by zajímavé přistoupit k tomuto tématu kvalitativně a mít možnost např. provést rozhovory s respondenty, kteří skórovali vysoko v rámci suicidálního rizika.

Pokud bychom naše výsledky chtěli použít k preventivním programům zaměřeným na suicidální chování na středních školách, jistě bychom se mohli vydat směrem zacíleným k životní angažovanosti studentů. S adolescenty bychom pak mohli pracovat např. v rámci vnímání a rozvoje vlastních potřeb a hodnot, vnímání sebe sama a touhy po vlastní seberealizaci a zaměření se na sebereflexi životního smyslu.

V rámci screeningu zvýšeného suicidálního rizika, který by mohl probíhat na školách, bychom se mohli zaměřit i na sociální oporu jako významný protektivní faktor suicidálního chování. Studenti s nižší mírou sociální opory by tak mohli být předem vytipováni jako zranitelnější a mohla by jim být věnována větší péče a pozornost.

Přínosné by jistě bylo realizovat vzdělávání na toto téma pro pedagogické pracovníky, kteří by pak byli schopni snáze odhalit alarmující signály (známky depresivity a další změny např. v chování, prožívání, sociální interakci atd.), které by dítě vysílalo. Taktéž přednášky zacílené přímo na studenty by jistě byly přínosem.

V. Závěr

Tato rigorózní práce se zabývala riziky suicidálního chování u českých adolescentů. Toto téma je velmi aktuální nejen proto, že z údajů Světové zdravotnické organizace (WHO, 2012) vyplývá, že tendence k suicidálnímu chování se celosvětově v posledních letech stále mírně zvyšuje. Adolescentní populace tvoří první významný skok směrem ke zvýšení suicidálních tendencí v rámci věkových kategorií. Četnost suicidií u dospívajících se za posledních 50 let téměř zdvojnásobila. (Maris et al., 1992). Dle údajů Českého statistického úřadu (2012) je sebevražda druhou až třetí nejčastější příčinou smrti dospívajících. Proto je důležité tato fakta nepřehlížet a zaměřit se na rozklíčování mechanismů, které zde fungují, potažmo na to, jak nastavit preventivní opatření (např. ve školách) tak, aby suicidální chování bylo možno včas detekovat a použít vhodnou další intervenci.

Cílem našeho výzkumu bylo zmapování možných rizikových faktorů k suicidálnímu chování v adolescentní populaci. Východiskem byla otázka, zda existují některé specifické faktory, které mohou mít vliv na nárůst suicidálního chování u dnešních dospívajících a zda se tyto souvislosti mění v závislosti na typu škol, které studenti navštěvují. Taktéž jsme se v rámci sledovaných proměnných zaměřili na možné regionální odlišnosti – porovnali jsme oba kraje, s nimiž jsme pracovali.

Podarilo se nám potvrdit, že vyšší suicidální riziko souvisí s nižší mírou životní angažovanosti a nižší mírou sociální opory v rámci našeho souboru. Také se ukázalo, že zvýšené suicidální riziko souvisí s vyšší mírou depresivity a emocionální lability. Dále se nám podařilo nalézt vztah mezi skórem životní angažovanosti a úrovní sociální opory, tyto dvě proměnné spolu pozitivně korelovaly. Vztah se také objevil mezi vyšším skórem životní angažovanosti a vyšším skórem v rámci škály společenskosti, mírnosti, extraverze a maskulinity a nižším skórem v rámci škály depresivity, zdrženlivosti a emocionální lability Freiburského osobnostního dotazníku. Dále byl potvrzen vztah mezi vyšším skórem suicidálního rizika a vyšším skórem v rámci škály spontánní agresivity a zároveň nižším skórem v rámci škály mírnosti a maskulinity.

Zajímavé bylo porovnání skupin obou typů škol. Studenti odborných učilišť mají v rámci našeho vzorku větší tendenci k depresivitě, vzrušivosti, mírnosti, reaktivní agresivitě a snahy o dominanci.

V rámci srovnání obou krajů (Praha a Vysočina) se ukázalo, že studenti z Vysočiny disponují v rámci našeho vzorku vyšší mírou sociální opory. Dále mají větší sklon ke spontánní agresivitě, depresivitě, vzrušivosti, otevřenosti a emocionální labilitě.

V souvislosti se vzděláním rodičů našich respondentů se ukázalo, že děti matek se střední školou mají vyšší suicidální riziko než děti matek se základním vzděláním. Dále děti otců se základním vzděláním vykazovaly vyšší míru sociální opory než děti otců se středoškolským vzděláním. Z hlediska pohlaví se respondenti lišili v dimenzi sociální opory – dívky disponovaly její vyšší mírou.

Tato rigorózní práce přispěla k vytvoření pohledu na rizikové faktory suicidálního chování u adolescentů v České republice. Tento cíl jsme si kladli již ve zmíněné diplomové práci, z níž tato rigorózní práce vychází. Oproti práci diplomové, kde výzkumný vzorek zahrnoval pouze studenty z pražských škol, jsme měli možnost zaměřit se i na populaci adolescentů z kraje Vysočina. Mohli jsme se tak pokusit odhalit mechanismy suicidálních rizik v obou těchto regionech a taktéž srovnat obě oblasti, což se nám do určité míry podařilo i přes limity této studie. Pokud by došlo v budoucnu k navázání na tento výzkum, bylo by jistě přínosné zaměřit se na více regionů současně a pracovat s oblastmi nejen z Čech, ale i z Moravy a Slezska. Také by bylo možné rozšířit výzkumný vzorek o populaci adolescentů pocházející z menších měst a vesnic. Jistě by byly odhaleny některé další zajímavé vztahy související s velikostí a typem města i kraje (např., jak naznačují naše výsledky, ve vztahu k sociální opoře či k některým osobnostním dimenzím).

Výsledky studie by také bylo možné podrobněji rozpracovat tak, aby mohly posloužit jako materiál užitečný pro některé odborníky v praxi. Mohly by tvořit určitý teoretický základ metodického doporučení vhodného pro pedopsychiatry a dětské psychology, např. v rámci dětských psychiatrických ambulancí a pedagogicko-psychologických poraden. Taktéž pro pedagogické pracovníky, kteří by se mohli naučit lépe rozeznávat alarmující příznaky suicidálního chování. Toto by jistě přispělo k včasnému záchytu ohrožených dětí a dospívajících. Je velmi důležité pracovat na informovanosti odborníků o této problematice, která je v současnosti velmi palčivým tématem, ale i na informovanosti samotných potenciálně ohrožených osob.

VI. Použitá literatura

1. ANTONIUS, K. *Suicide Risk Evaluation Questionnaire Manual*. Mödling: Dr. C. J. Hogrefe, 2002, s. 11.
2. BARTIK, Warren, Myfanwy MAPLE, Helen EDWARDS a Michael KIERNAN. Adolescent Survivors After Suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* [online]. 2013-1-1, vol. 1, issue -1, s. 1-7 [cit. 2013-06-27]. DOI: 10.1027/0227-5910/a000185. Dostupné z: <http://psycontent.metapress.com/openurl.asp?genre=article>
3. BERMAN, Alan L., David A. JOBES a Morton M. SILVERMAN. *Adolescent suicide: assessment and intervention*. 2nd print. Washington: American Psychological Association, 2007, ix, s. 456. ISBN 1-59147-193-1.
4. BLÁHA, Pavel. *Suicidalita a její vývoj u české populace (epidemiologie suicidálního chování)*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2010. Vedoucí práce Vladimír Kebza.
5. BLUMENTHAL, J. A. et al. *Social support, type A behavior, and coronary artery disease*. *Psychosomatic Medicine*, 1987, 49, s. 331 - 340.
6. BROWN, Tom M., Ian M. PULLEN a Allen I. SCOTT. *Emergentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1992, s. 160.
7. CSÉMY, Ladislav a Pavla CHOMYNOVÁ. *Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD): Přehled hlavních výsledků studie v České republice v roce 2011. Zaostřeno na drogy I* [online]. 2012, roč. 10, č. 1, s. 12 [cit. 2012-03-11]. ISSN 1214 - 1089. Dostupné z: http://www.drogyinfo.cz/index.php/info/press_centrum/evropska_skolni_studie_o_alkoholu_a_jinych_drogach_espad_2011.
8. *Český statistický úřad* [online]. 2012 [cit. 2012-05-20]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/informace/czam050412.doc>.
9. DENNY, Frederick Mathewson. *Islám a muslimská obec*. Vyd. 2. Praha: Prostor, 1999, s. 194. ISBN 8085190966.

10. DRTILOVÁ, Jana a František KOUKOLÍK. *Odlišné dítě*. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 1994, s. 134. ISBN 80-7021-097-4.
11. DURKHEIM, Émile. *Suicide: a study in sociology*. New York: Free Press, 1979, s. 405. ISBN 0-684-83632-7.
12. *Encyclopedia Judaica*. Jerusalem: Keter, 1994, s. 489.
13. ERIKSON, E. H. *Osm věků člověka*. Praha: Portál, 1996, s. 21.
14. FARBEROW, Norman L. a Edwin S. SHNEIDMAN. *The cry for help*. New York: McGraw-Hill, 1961, s. 398.
15. FOUTS, Roger a Alena JINDROVÁ. *Nejbližší příbuzní: co jsem se od šimpanzů dozvěděl o nás*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2000, s. 332. Kolumbus, sv. 153. ISBN 80-204-0878-9.
16. FRANKL, Viktor Emil. *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*. Brno: Cesta, c2006, s. 237. ISBN 80-7295-085-1.
17. FRANKL, Viktor Emil. *Teorie a terapie neuróz: [úvod do logoterapie a existenciální analýzy]*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, s. 171. ISBN 80-7169-779-6.
18. GRABMANN, Martin. *Thomas von Aquin: Eine Einführung in seine Persönlichkeit und Gedankenwelt*. 6., vom Verf. neubearb. und erw. Aufl. München: Verlag Josef Kösel & Friedrich Pustet, 1935, s. 231.
19. GRANELLO, Darcy Haag a Paul F. GRANELLO. *Suicide: an essential guide for helping professionals and educators*. Boston: Pearson/Allyn & Bacon, c2007, xii, s. 340. ISBN 0-205-38673-3.
20. GUAN, Karen, Kathryn R. FOX a Mitchell J. PRINSTEIN. Nonsuicidal self-injury as a time-invariant predictor of adolescent suicide ideation and attempts in a diverse community sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* [online]. 2012, vol. 80, issue 5, s. 842-849 [cit. 2013-06-27]. DOI: 10.1037/a0029429. Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0029429>

21. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, s. 774. ISBN 80-717-8303-X.
22. HAWTON, K., J. FAGG, S. PLATT, M. HAWKINS. *Factors associated with suicide after parasuicide in young people*. *British Med. Journal*. 1993, 306, s. 1641-4.
23. HEPP, Urs, Niklaus STULZ, Jürg UNGER-KÖPPEL a Vladeta AJDACIC-GROSS. Methods of suicide used by children and adolescents. *European Child* [online]. 2012, vol. 21, issue 2, s. 67-73 [cit. 2013-06-27]. DOI: 10.1007/s00787-011-0232-y. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00787-011-0232-y>
24. HILLMAN, James. *Duše a sebevražda*. 1. vyd. Praha: Sagittarius, 1997. ISBN 80-901898-4-9.
25. HIRSCH, Jameson K. a Alison L. BARTON. Positive Social Support, Negative Social Exchanges, and Suicidal Behavior in College Students. *Journal of a American College Health* [online]. 2011, Vol. 59, No. 5, s. 393-398 [cit. 2013-06-27].
26. HORT, Vladimír, Jiří KOUTEK, Michal HRDLIČKA, Jana KOCOURKOVÁ, Eva MALÁ et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000, s. 492. ISBN 80-7178-472-9.
27. HUME, David. *On suicide, The Philosophical Works of David Hume*. 4. vyd. Boston/Edinburgh: 1854.
28. JANEČKOVÁ, Petra. *Psychosociální aspekty tyreopatie*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. Dostupné : http://is.muni.cz/th/97585/fss_d/Disertacni_prace.txt. Vedoucí práce prof. PhDr. Vladimír Smékal, CSc.
29. JULIOUS, S. A. Efficacy and suicidal risk for antidepressants in paediatric and adolescent patients. *Statistical Methods in Medical Research* [online]. 2013-04-22, vol. 22, issue 2, s. 190-218 [cit. 2013-06-27]. DOI: 10.1177/0962280211432210. Dostupné z: <http://smm.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0962280211432210>
30. KABÍČEK, Pavel. Nová morbidita mládeže. *Sanquis*. 2006, roč. 8, č. 48, s. 16-16. Dostupný z: <http://sanquis.cz/index1.php?linkID=art184> .

31. KERKHOF, A., E. ARENSMAN. *Pathways to Suicide: The Epidemiology of the Suicidal Process*. In Van Heeringen, K. (ed.). *Understanding Suicidal Behaviour: The Suicidal Process Approach to Research, Treatment and Prevention*. 1st ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2002, s. 15 – 39. ISBN 0-471- 98803-0.
32. KING, STRUNK, SORTER. *Preliminary effectiveness of Surviving the Teens® Suicide Prevention and Depression Awareness Program on adolescents' suicidality and self-efficacy in performing help-seeking behaviors*. *J Sch Health*. 2011; 81: 581-590.
33. KLIMES-DOUGAN, Bonnie, David A. KLINGBEIL a Sarah J. MELLER. The Impact of Universal Suicide-Prevention Programs on the Help-Seeking Attitudes and Behaviors of Youths. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* [online]. 2013-1-1, vol. 34, issue 2, s. 82-97 [cit. 2013-06-27]. DOI: 10.1027/0227-5910/a000178. Dostupné z: <http://psycontent.metapress.com/openurl.asp?genre=article>
34. KOCOURKOVÁ, J. a J. KOUTEK. Rizikové faktory dětské a adolescentní suicidality. *Česká a slovenská Psychiatrie* [online]. 2006, roč. 102, No. 8, s. 431–435 [cit. 2013-06-27].
35. KOLLÁRIK, Teodor, Eva POLIAKOVÁ a Alojz RITOMSKÝ. *Osobnostný inventár - FPI*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy, 1985.
36. KOMADOVÁ, Katarína. *Suicidálny proces v dospeljej populácii*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2009, s. 312. Vedoucí práce Jiří Šípek.
37. *Korán*. Praha: Academia, 2000, s. 797. ISBN 80-200-0246-4.
38. KOUTEK, J. a J. KOCOURKOVÁ. Analýza rizikových faktorů suicidálního jednání v dětství a adolescenci. *Česko-slovenská pediatrie* [online]. 2013, roč. 68, č. 1, s. 36-42 [cit. 2013-06-27].
39. KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. Diagnostika a terapie suicidálních dětí a adolescentů. *Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN* [online]. 2007 [cit. 2013-07-23]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/diagnostika-a-terapie-suicidalnich-deti-a-adolescentu-28506>

40. KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 127. ISBN 80-7178-732-9.
41. KREIDL, Martin a Lucie HOŠKOVÁ. *Strategie měření socioekonomického statusu a zdraví v sociologických publikacích*. [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2008, roč. 2, s. 131-154 [cit. 2012-05-20]. Dostupné z:
https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:xZfOeTyrhHEJ:archiv.soc.cas.cz/download/660/DaV08_2_pp131154.pdf+&hl=cs&gl=cz&pid=bl&srcid=ADGEESgypdUQDQ4IzgPIYrI2tRJIBa4RYSAjX3Kg0MWp8pAmlMyoqvaoQ_B3tFR2iV2-s7wA7fiwa2aoE8unwjBQFGvob8B-tLsmy5Qno4dnypusNDuutrwI118Q_h4tn4CFLSI4L5sy&sig=AHIEtbQDICS0cHefoX8qNdgqOQ20efACuw&pli=1.
42. KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, s. 176. ISBN 978-80-247-2333-4.
43. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *O smrti a umírání: Co by se měli lékaři, sestry, duchovní a lidé vůbec naučit od umírajících pacientů*. Vyd. 1. Turnov: Arica, 1993, s. 251. ISBN 80-900134-6-5.
44. MACEK, Petr. *Adolescence*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2003, s. 144. ISBN 80-7178-747-7.
45. MANN, J. J. et al. Toward Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. *The American Journal of Psychiatry*. 1999, vol. 156, iss. 2, s. 181 – 189.
46. MARIS, Ronald W. *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford Press, c1992, xxii, s. 697. ISBN 0-89862-791-5.
47. MARIS, Ronald W., Alan L. BERMAN a Morton M. SILVERMAN. *Comprehensive textbook of suicidology*. New York: Guilford Press, c2000, xxii, s. 650. ISBN 978-1-57230-541-0.
48. MATĚJŮ, Petr, Jiří, VEČERNÍK. *Zpráva o vývoji české společnosti 1989-1998*. Vyd. 1. Praha: Academia, 1998, s. 364. ISBN 80-200-0703-2.
49. MCINTOSH, J. *U.S.A. suicide*. 2007. Dostupné z
<http://www.suicidology.org/associations/1045/files/2002finaldata.pdf>

50. MENDEL, Miloš. *Islámská výzva: z dějin a současnosti politického islámu*. 1. vyd. Brno: Atlantis, 1994, s. 230. ISBN 8071080888.
51. MENNINGER, K. A. *Psychoanalytic Aspects of Suicide*. In Maltzberger, J. T., Goldblatt, M. J. (eds.). *Essential Papers on Suicide*. 1st ed. New York, NY: New York University Press, 1996, s. 20 – 35. ISBN 0-8147-5550-X.
52. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2009*. 1. vyd. Praha: BOMTON agency, 2009, s. 743. ISBN 97880904259103.
53. MILLER, Alec L., Jill H. RATHUS a Marsha LINEHAN. *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents*. New York: Guilford Press, 2007, s. 346. ISBN 15-938-5383-1.
54. MONESTIER, Martin. *Dějiny sebevražd: Dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. 1. vyd. Praha: Dybbuk, 2003, s. 414. ISBN 80-903001-8-9.
55. MONKUL, E. S., J. P. HATCH, M. A. NICOLETTI, S. SPENCE, P. BRAMBILLA, A. L. T. LACERDA, R. B. SASSI, A. G. MALLINGER, M. S. KESHAVAN a J. C. SOARES. *Fronto-limbic brain structures in suicidal and non-suicidal female patients with major depressive disorder*. *Molecular Psychiatry* [online]. 2006-12-05, vol. 12, issue 4, s. 360-366 [cit. 2013-06-27]. DOI: 10.1038/sj.mp.4001919. Dostupné z: <http://www.nature.com/doifinder/10.1038/sj.mp.4001919>
56. MORE, Thomas. *Utopie*. 2. vyd., v MF 1. Praha: Mladá fronta, 1978, s. 156.
57. NEVOLE, Svetozar. *Rysy geniality u duševně chorých*. Čs. Psychiatrie. 1966, 62, č. 5, s. 290-293.
58. NIETZSCHE, Friedrich. *Tak pravil Zarathustra: kniha pro všechny a pro*. 2. vyd. Praha: Odeon, 1968, 320 s.
59. PAN, Xiaoqun, Cuilin ZHANG a Zumin SHI. *Soft drink and sweet food consumption and suicidal behaviours among Chinese adolescents*. *Acta Paediatrica* [online]. 2011, vol. 100, issue 11, e215-e222 [cit. 2013-06-27]. DOI: 10.1111/j.1651-2227.2011.02369.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1651-2227.2011.02369.x>

60. PFEFFER, C.R. , H. JIANG, T. KAKUMA. *Child-Adolescent Suicidal Potential Index (CASPI): a screen for risk for early onset suicidal behavior*. *Psychological Assessment* 2000, s. 304–318.
61. PIAGET, Jean a Bärbel INHELDER. *Psychologie dítěte*. Vyd. 1. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1970, 115 s.
62. PIAGET, Jean. *Psychologie inteligence*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1966, s. 147.
63. PLATÓN. *Faidón*. 3. vyd. Praha: ISE, 1994, s. 104. ISBN 80-85241-36-6.
64. PLATÓN. *Zákony*. Vyd. 1. v nakl. ČSAV. Praha: Československá akademie věd, 1961, s. 373.
65. POLÁK, Anton a Igor OBUCH. *Komprehensivní systém J.E. Exnera, Jr.: standardizovaný přístup k vyhodnocování Rorschachovy metody: příručka*. 1. české vyd. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2011, s. 273.
66. PÖLDINGER, W. *Abschätzung der Suizidalität*. Bern: Hans Huber, 1998.
67. POMPILI, Maurizio, Iginia MANCINELLI, Paolo GIRARDI, Amedeo RUBERTO a Roberto TATARELLI. *Suicide in anorexia nervosa: A meta-analysis*. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2004, roč. 36, č. 1, s. 99-103 [cit. 2012-07-26]. ISSN 0276-3478. DOI: 10.1002/eat.20011. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/eat.20011>.
68. PRAŠKO, Ján, Petr MOŽNÝ, Miloš ŠLEPECKÝ et al. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. 1. vyd. Praha/Kroměříž: Triton, 2007, s. 1063. ISBN 978-80-7254-865-1.
69. RANGE, L., E. KNOTT. *Twenty suicide assessment instruments: Evaluation and recommendations*. *Death Studies*. 1997, roč. 21, 1., s. 25-58.
70. RUSU, Ioana R., Doina COSMAN a Bogdan NEMEȘ. *Family - protective factor to prevent suicidal behavior in adolescents*. *Human & Veterinary Medicine International*

- Journal of the Bioflux Society* [online]. 2012, Vol. 4, No. 3, s. 103-106 [cit. 2013-06-27].
Dostupné z: <http://www.hvm.bioflux.com.ro/>
71. SANTROCK, John W. *Adolescence*. 13. vyd. New York: McGraw Hill, 2010. ISBN 978-0-07-016498-7.
72. SENECA, Lucius Annaeus. *Výchovatel a utěšitel*. Vyd. 1. Olomouc: Votobia, 1995, s. 235. ISBN 80-85619-42-3.
73. SHAIN, B. N. Suicide and Suicide Attempts in Adolescents. *PEDIATRICS* [online]. 2007-08-31, vol. 120, issue 3, s. 669-676 [cit. 2013-06-27]. DOI: 10.1542/peds.2007-1908. Dostupné z: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2007-1908>
74. SCHEIER, M. F., C. WROSCHE, A. BAUM et al. The Life Engagement Test: Assessing Purpose in Life. *Journal of Behavioral Medicine*. 2006, Vol. 29 (3), s. 291-298.
75. SCHMIDTKE, A. *Monitoring Suicidal Behaviour in Europe*. Würzburg: 2008. s. 44.
76. SCHOPENHAUER, Arthur. *Svět jako vůle a představa*. Pelhřimov: Nová tiskárna, 1997, s. 432. ISBN 901916-4-9.
77. SILBERG, J. L., J. ARMSTRONG. The Rorschach test for predicting suicide among depressed adolescent inpatients. *Journal of Personality Assessment*. 1992, 59, s. 290–303. National Center for Health Statistics. Suicide. 2009. Available at: <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/Suicide-DataSheet-a.pdf>. Accessed June 16, 2010.
78. SUN, Fan-Ko. A Concept Analysis of Suicidal Behavior. [online] *Public Health Nursing*. 2011, Vol. 28, No. 5, s. 458–468 [cit. 2013-06-27]. DOI: 10.1111/j.1525-1446.2011.00939.x. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1525-1446.2011.00939.x>
79. SURESH KUMAR, PN a Biju GEORGE. Life events, social support, coping strategies, and quality of life in attempted suicide – A case-control study. *Indian Journal of Psychiatry* [online]. 2013, vol. 55, issue 1, s. 46- [cit. 2013-06-27]. DOI: 10.4103/0019-5545.105504. Dostupné z: <http://www.indianjpsychiatry.org/text.asp?2013/55/1/46/105504>

80. SVOBODA, Mojmír. *Psychologická diagnostika dospělých*. Vyd. 2. Praha: Portál, 1999, s. 342. ISBN 80-717-8327-7.
81. ŠOLCOVÁ, I., V. KEBZA. Nezaměstnanost a zdraví. *Československá psychologie*. Praha: Psychologický ústav AV ČR, 2001, XLV, č. 2. ISSN 0009-062X.
82. ŠOLCOVÁ, I., V. KEBZA. Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie*. Praha: Psychologický ústav AV ČR, 1999, XLIII, č. 1. ISSN 0009-062X.
83. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011, s. 195. ISBN 978-80-247-2624-3.
84. THOMAS, Shawn. *Neurotransmitter.net* [online]. [cit. 2012-06-18]. Dostupné z: <http://www.neurotransmitter.net>.
85. TRESS, Wolfgang, Johannes KRUSSE a Jürgen OTT. *Základní psychosomatická péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-309-3.
86. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I: Dětství a dospívání*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2005, s. 467. ISBN 80-246-0956-8.
87. VAŠINA, B. *Psychologie zdraví*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity, 1999.
88. VIEWEGH, Josef. *Sebevražda a literatura*. Vyd. 1. Brno: Nakl. Tomáše Janečka, 1996, s. 282. ISBN 80-858-8010-5.
89. VOTAVA, Martin. Antidepresiva typu SSRI v dětském věku a riziko sebevraždy. *Časopis Remedia Online* [online]. 2004 [cit. 2013-07-23]. Dostupné z: <http://www.remédia.cz/Clanky/Nezadouci-ucinky/Antidepresiva-typu-SSRI-v-detskem-veku-a-riziko-sebevrazdy/6-N-cl.magarticle.aspx>
90. WASSERMAN ET AL. Suicide prevention for youth - a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public Health* [online]. 2012, roč. 12, č. 776 [cit. 2013-06-27]. Dostupné z: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/776>

91. WEISS, P. *Sexuální deviace: klasifikace, diagnostika, léčba*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, s. 360. ISBN 80-7178-634-9.
92. WEISS, P., V. URBÁNEK a I. PROCHÁZKA. Koitální debut. *Československá psychologie*. Praha: Psychologický ústav AV ČR, 1999, roč. 40, č. 2, s. 141-142.
93. *World Health Organization* [online]. © 2012 [cit. 2012-07-29]. Dostupné z: <http://www.who.int/en/>
94. YOU, Sungeun, Kimberly A. VAN ORDEN a Kenneth R. CONNER. Social connections and suicidal thoughts and behavior. *Psychology of Addictive Behaviors* [online]. 2011, vol. 25, issue 1, s. 180-184 [cit. 2013-06-27]. DOI: 10.1037/a0020936. Dostupné z: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0020936>
95. ZHANG, Ping, Robert E. ROBERTS, Zhuoya LIU, Xian MENG, Jie TANG, Lin SUN, Yizhen YU a Marianna MAZZA. Hostility, Physical Aggression and Trait Anger as Predictors for Suicidal Behavior in Chinese Adolescents: A School-Based Study. *PLoS ONE* [online]. 2012-2-16, vol. 7, issue 2, s. 31044 [cit. 2013-06-27]. DOI: 10.1371/journal.pone.0031044. Dostupné z: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0031044>

VII. Přílohy

Příloha č. 1: Korelační matice hlavních sledovaných proměnných (PSSS – sociální opora, suicidální riziko a životní angažovanost) a všechny škály FPI v rámci celého vzorku

Příloha č. 2: Korelační matice hlavních sledovaných proměnných (PSSS – sociální opora, suicidální riziko a životní angažovanost) v rámci celého vzorku

Příloha č. 3: T-test suicidálního rizika dle typu školy (1 - gymnázium, 2 - SOU)

Příloha č. 4: T-test suicidálního rizika, životní angažovanosti a sociální opory (PSSS) dle typu školy (1 - gymnázium, 2 - SOU)

Příloha č. 5: T-test všech škál FPI dle typu školy

Příloha č. 6: T-test všech škál FPI dle typu kraje

Příloha č. 7: T-test hlavních proměnných (suicidální riziko, životní angažovanost, sociální opora) dle typu kraje

Příloha č. 8: T-test suicidálního rizika dle vzdělání matky (skupina se ZŠ a SŠ) a sociální opory dle vzdělání otce (skupina se ZŠ a SŠ)

Příloha č. 9: T-test suicidálního rizika dle úplnosti rodiny (1 – úplná rodina, 2- rozvedení)

Příloha č. 10: Korelace hlavních proměnných v kraji Praha

Příloha č. 11: Korelace hlavních proměnných v kraji Vysočina

Příloha č. 12: T-test sociální opory dle pohlaví

Příloha č. 13: Freiburský osobnostní dotazník (FPI)

Příloha č. 14: Test životní angažovanosti (LET)

Příloha č. 15: Pöldingerův dotazník k rozpoznání závažnosti suicidálního rizika

Příloha č. 16: Dotazník vnímané sociální opory (PSSS)

Příloha č. 1: Korelační matice hlavních sledovaných proměnných (PSSS – sociální opora, suicidální riziko a životní angažovanost) a všechny škály FPI v rámci celého vzorku

Korelace - sociální opora a všechny škály FPI – celý vzorek

		FPI-1	FPI-2	FPI-3	FPI-4	FPI-5	FPI-6	FPI-7	FPI-8	FPI-9	FPI-E	FPI-N	FPI-M	PSSS
PSSS	Pearson Correlation	,052	,054	,004	,125	,130	,125	-,002	,136	,131	,108	-,064	,028	1
	Sig. (2-tailed)	,476	,457	,961	,083	,072	,083	,977	,059	,070	,134	,378	,702	
	N	192	192	192	192	192	192	192	192	192	192	192	192	192

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Korelace - skór suicidálního rizika a všechny škály FPI – celý vzorek

		skór suicidálního rizika	FPI-1	FPI-2	FPI-3	FPI-4	FPI-5	FPI-6	FPI-7	FPI-8	FPI-9	FPI-E	FPI-N	FPI-M
skór suicidálního rizika	Pearson Correlation	1	-,022	,143	,254**	,099	-,059	-,163	,109	,089	,078	-,071	,279**	-,149
	Sig. (2-tailed)		,758	,048	,000	,170	,418	,024	,131	,217	,279	,329	,000	,039
	N	192	192	192	192	192	192	192	192	192	192	192	192	192

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Korelace - skór životní angažovanosti a všechny škály FPI – celý vzorek

		FPI-1	FPI-2	FPI-3	FPI-4	FPI-5	FPI-6	FPI-7	FPI-8	FPI-9	FPI-E	FPI-N	FPI-M	skór životní angažovanosti
skór životní angažovanosti	Pearson Correlation	,025	,102	-,209**	,022	,269**	,267**	,043	-,152*	,066	,244**	-,180*	,333**	1
	Sig. (2-tailed)	,727	,159	,004	,762	,000	,000	,555	,035	,362	,001	,012	,000	
	N	192	192	192	192	192	192	192	192	192	192	192	192	192

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Příloha č. 2: Korelační matice hlavních sledovaných proměnných (PSSS – sociální opora, suicidální riziko a životní angažovanost) v rámci celého vzorku

		PSSS	skór suicidálního rizika	skór životní angažovanosti
PSSS	Pearson Correlation	1	-,335**	,401**
	Sig. (2- tailed)		,000	,000
	N	192	192	192
skór suicidálního rizika	Pearson Correlation	-,335**	1	-,354**
	Sig. (2- tailed)	,000		,000
	N	192	192	192
skór životní angažovanosti	Pearson Correlation	,401**	-,354**	1
	Sig. (2- tailed)	,000	,000	
	N	192	192	192

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Příloha č. 3: T-test suicidálního rizika dle typu školy (1 - gymnázium, 2 - SOU)

Group Statistics

škola		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
skór	1	101	2,70	1,591	,158
suicidálního rizika	2	91	2,44	1,851	,194

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Conf. Int. of the Diff.	
									Lower	Upper
skór suicidálního rizika	Equal variances assumed	3,294	,071	1,060	190	,290	,263	,248	-,227	,754
	Equal variances not assumed			1,052	178,495	,294	,263	,250	-,231	,758

Příloha č. 4: T-test suicidálního rizika, životní angažovanosti a sociální opory (PSSS) dle typu školy (1 - gymnázium, 2 - SOU)

Group Statistics

škola	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
skór suic. rizika	1	2,70	1,591	,158
	2	2,44	1,851	,194
skór živ. angaž.	1	23,80	3,744	,373
	2	23,25	4,363	,457
PSSS	1	89,55	10,201	1,015
	2	89,04	14,426	1,512

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Var.		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Diff.	Std. Error Difference	95% Conf. Int. of the Diff.	
									Lower	Upper
skór suicidálního rizika	Equal variances assumed	3,294	,071	1,060	190	,290	,263	,248	-,227	,754
	Equal variances not assumed			1,052	178,495	,294	,263	,250	-,231	,758
skór životní angažovanosti	Equal variances assumed	,359	,550	,938	190	,349	,549	,585	-,605	1,704
	Equal variances not assumed			,931	178,384	,353	,549	,590	-,615	1,713
PSSS	Equal variances assumed	1,971	,162	,285	190	,776	,510	1,790	-3,020	4,041
	Equal variances not assumed			,280	160,117	,780	,510	1,821	-3,086	4,107

Příloha č. 5: T-test všech škál FPI dle typu školy

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Var		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Conf. Int. of the Diff.	
									Lower	Upper
FPI-1	Equal variances assumed	3,487	,063	,937	190	,350	404,1447938	431,3412957	-446,6880680	1254,9776556
	Equal variances not assumed			,987	100,008	,326	404,1447938	409,3262853	-407,9460682	1216,2356558
FPI-2	Equal variances assumed	7,836	,006	,642	190	,522	2,1775976	3,3944742	-4,5180984	8,8732937
	Equal variances not assumed			,633	169,305	,527	2,1775976	3,4388887	-4,6110257	8,9662210
FPI-3	Equal variances assumed	,719	,397	-3,565	190	,000	-13,9300185	3,9078006	-21,6382654	-6,2217716
	Equal variances not assumed			-3,572	189,221	,000	-13,9300185	3,8994929	-21,6220813	-6,2379557
FPI-4	Equal variances assumed	3,845	,051	-2,274	190	,024	-9,2723969	4,0769487	-17,3142931	-1,2305007
	Equal variances not assumed			-2,295	189,148	,023	-9,2723969	4,0406828	-17,2429876	-1,3018062
FPI-5	Equal variances assumed	1,002	,318	-,582	190	,561	-2,7038298	4,6462728	-11,8687339	6,4610742
	Equal variances not assumed			-,585	189,976	,559	-2,7038298	4,6236243	-11,8240663	6,4164067

FPI-6	Equal variances assumed	2,931	,089	-	190	,041	-8,4021543	4,0928514	-16,4754190	-,3288895
	Equal variances not assumed			2,053	189,996	,040	-8,4021543	4,0696001	-16,4295563	-,3747523
FPI-7	Equal variances assumed	,106	,746	-	190	,032	-7,6860625	3,5613578	-14,7109410	-,6611839
	Equal variances not assumed			2,158	187,786	,032	-7,6860625	3,5620512	-14,7128398	-,6592851
FPI-8	Equal variances assumed	,004	,953	-	190	,700	-1,6180394	4,1939273	-9,8906792	6,6546004
	Equal variances not assumed			-3,386	187,704	,700	-1,6180394	4,1951898	-9,8938183	6,6577396
FPI-9	Equal variances assumed	,184	,669	,743	190	,458	2,7947993	3,7592120	-4,6203524	10,2099509
	Equal variances not assumed			,745	189,041	,457	2,7947993	3,7525994	-4,6075494	10,1971479
FPI-E	Equal variances assumed	,134	,715	-	190	,460	-3,1036231	4,1912221	-11,3709269	5,1636807
	Equal variances not assumed			-7,739	185,853	,461	-3,1036231	4,2010366	-11,3914714	5,1842252
FPI-N	Equal variances assumed	,083	,773	-	190	,069	-7,7476662	4,2303748	-16,0921998	,5968674
	Equal variances not assumed			1,831	188,871	,068	-7,7476662	4,2242782	-16,0804933	,5851609
FPI-M	Equal variances assumed	,000	,987	1,040	190	,300	4,0541182	3,8969721	-3,6327692	11,7410055
	Equal variances not assumed			1,040	187,702	,300	4,0541182	3,8981556	-3,6357072	11,7439435

Příloha č. 6: T-test všech škál FPI dle typu kraje

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Conf. Int. of the Diff.	
									Lower	Upper
FPI-1	Equal variances assumed	4,144	,043	-1,016	190	,311	-437,7325513	430,7919056	-1287,4817256	412,0166230
	Equal variances not assumed			-,985	92,006	,327	-437,7325513	444,5456780	-1320,6378211	445,1727184
FPI-2	Equal variances assumed	4,186	,042	-3,089	190	,002	-10,2328120	3,3130406	-16,7678779	-3,6977460
	Equal variances not assumed			-3,112	184,033	,002	-10,2328120	3,2880311	-16,7198942	-3,7457298
FPI-3	Equal variances assumed	2,962	,087	-2,070	190	,040	-8,2550668	3,9881350	-16,1217755	-,3883581
	Equal variances not assumed			-2,080	188,505	,039	-8,2550668	3,9692278	-16,0848786	-,4252550
FPI-4	Equal variances assumed	,131	,718	-2,710	190	,007	-10,9782340	4,0509292	-18,9688059	-2,9876620
	Equal variances not assumed			-2,714	189,936	,007	-10,9782340	4,0452689	-18,9576579	-2,9988100
FPI-5	Equal variances assumed	,168	,683	-1,085	190	,279	-5,0265559	4,6320369	-14,1633791	4,1102674
	Equal variances not assumed			-1,086	189,795	,279	-5,0265559	4,6276719	-14,1548323	4,1017205
FPI-6	Equal variances assumed	2,646	,105	-,365	190	,715	1,5105246	4,1329440	-6,6418240	9,6628732

	Equal variances not assumed			,364	183,973	,716	1,5105246	4,1483757	-6,6739820	9,6950312
FPI-7	Equal variances assumed	,263	,608	-1,431	190	,154	-5,1253829	3,5823667	-12,1917020	1,9409363
	Equal variances not assumed			-1,434	189,990	,153	-5,1253829	3,5744947	-12,1761768	1,9254111
FPI-8	Equal variances assumed	,748	,388	-1,073	190	,285	-4,4825676	4,1792895	-12,7263338	3,7611986
	Equal variances not assumed			-1,074	189,967	,284	-4,4825676	4,1727747	-12,7134924	3,7483572
FPI-9	Equal variances assumed	11,46	,001	-3,056	190	,003	-11,2219616	3,6722409	-18,4655602	-3,9783629
	Equal variances not assumed			-3,090	175,167	,002	-11,2219616	3,6320690	-18,3902106	-4,0537125
FPI-E	Equal variances assumed	,467	,495	-209	190	,834	-8,8783969	4,1931330	-9,1494699	7,3926761
	Equal variances not assumed			-209	188,372	,834	-8,8783969	4,1971048	-9,1577630	7,4009692
FPI-N	Equal variances assumed	1,328	,251	-2,125	190	,035	-8,9543174	4,2140659	-17,2666811	-,6419536
	Equal variances not assumed			-2,130	189,938	,034	-8,9543174	4,2033789	-17,2456183	-,6630165
FPI-M	Equal variances assumed	2,685	,103	,942	190	,348	3,6686217	3,8955769	-4,0155135	11,3527569
	Equal variances not assumed			,944	189,998	,347	3,6686217	3,8875437	-3,9996683	11,3369117

Příloha č. 7: T-test hlavních proměnných (suicidální riziko, životní angažovanost, sociální opora) dle typu kraje

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Conf. Int. of the Diff.	
									Lower	Upper
skór suicidálního rizika	Equal variances assumed	,141	,708	,148	190	,883	,037	,249	-,454	,528
	Equal variances not assumed			,148	189,936	,882	,037	,249	-,454	,527
skór životní angažovanosti	Equal variances assumed	1,724	,191	-,236	190	,814	-,138	,586	-1,294	1,018
	Equal variances not assumed			-,237	184,977	,813	-,138	,582	-1,286	1,010
PSSS	Equal variances assumed	3,553	,061	-2,026	190	,044	-3,586	1,770	-7,076	-,095
	Equal variances not assumed			-2,047	177,373	,042	-3,586	1,752	-7,042	-,129

Příloha č. 8: T-test suicidálního rizika dle vzdělání matky (skupina se ZŠ a SŠ) a sociální opory dle vzdělání otce (skupina se ZŠ a SŠ)

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Conf. Int. of the Dif.	
									Lower	Upper
skór suicidálního rizika	Equal variances assumed	2,392	,126	-2,139	82	,035	-1,926	,900	-3,717	-,135
	Equal variances not assumed			-5,135	3,200	,012	-1,926	,375	-3,078	-,773

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Conf. Int. of the Diff.	
									Lower	Upper
PSSS	Equal variances assumed	4,783	,032	1,090	66	,280	5,194	4,764	-4,317	14,704
	Equal variances not assumed			2,274	8,950	,049	5,194	2,284	,022	10,366

Příloha č. 9: T-test suicidálního rizika dle úplnosti rodiny (1 – úplná rodina, 2- rozvedení)

Group Statistics

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
úplnost rodiny					
skór suic. rizika	1	136	2,53	1,637	,140
	2	56	2,70	1,916	,256

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Conf. Int. of the Diff.	
									Lower	Upper
skór suicidálního rizika	Equal variances assumed	1,084	,299	-,611	190	,542	-,167	,273	-,706	,372
	Equal variances not assumed			-,572	89,753	,569	-,167	,292	-,747	,413

Příloha č. 10: Korelace hlavních proměnných v kraji Praha

Correlations^a

		skór suicidálního rizika	skór životní angažovanosti	PSSS
skór suicidálního rizika	Pearson Correlation	1	-,368**	-,243
	Sig. (2- tailed)		,000	,015
	N	99	99	99
skór životní angažovanosti	Pearson Correlation	-,368**	1	,522**
	Sig. (2- tailed)	,000		,000
	N	99	99	99
PSSS	Pearson Correlation	-,243*	,522**	1
	Sig. (2- tailed)	,015	,000	
	N	99	99	99

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a. Kraj = 1

Correlations^a

		skór suicidálního rizika	FPI- 1	FPI-2	FPI- 3	FPI- 4	FPI-5	FPI- 6	FPI- 7	FPI- 8	FPI- 9	FPI- E	FPI- N	FPI- M
skór suicidálního rizika	Pearson Correlation	1	,221*	,263*	,243*	,148	,000	-, 174	,159	,241*	,090	-, 025	,241*	-, 167
	Sig. (2- tailed)		,028	,009	,015	,144	1,000	,085	,116	,016	,374	,805	,016	,097
	N	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

a. Kraj = 1

Correlations^a

	FPI-1	FPI-2	FPI-3	FPI-4	FPI-5	FPI-6	FPI-7	FPI-8	FPI-9	FPI-E	FPI-N	FPI-M	PSSS
PSSS Pearson Correlation	,234*	,086	,027	,109	,184	,289**	,048	,100	,097	,178	-,009	,159	1
Sig. (2-tailed)	,020	,395	,794	,285	,068	,004	,640	,326	,341	,078	,933	,115	
N	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a. Kraj = 1

Correlations^a

	FPI-1	FPI-2	FPI-3	FPI-4	FPI-5	FPI-6	FPI-7	FPI-8	FPI-9	FPI-E	FPI-N	FPI-M	skór živ. Angaž.
skór životní angažovanosti Pearson Correlation	,034	,152	-,103	,040	,271**	,327**	,086	-,062	,167	,204	-,065	,332**	1
Sig. (2-tailed)	,738	,134	,308	,698	,007	,001	,395	,544	,098	,042	,521	,001	
N	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a. Kraj = 1

Příloha č. 11: Korelace hlavních proměnných v kraji Vysočina

Correlations^a

		skór suicidálního rizika	skór životní angažovanosti	PSSS
skór suicidálního rizika	Pearson Correlation	1	-,337**	-,492**
	Sig. (2- tailed)		,001	,000
	N	93	93	93
skór životní angažovanosti	Pearson Correlation	-,337**	1	,180
	Sig. (2- tailed)	,001		,084
	N	93	93	93
PSSS	Pearson Correlation	-,492**	,180	1
	Sig. (2- tailed)	,000	,084	
	N	93	93	93

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

a. Kraj = 2

Correlations^a

		skór sui. rizika	FPI- 1	FPI- 2	FPI-3	FPI- 4	FPI- 5	FPI- 6	FPI- 7	FPI- 8	FPI- 9	FPI- E	FPI- N	FPI- M
skór suicidálního rizika	Pearson Correlation	1	-,033	-,011	,279**	,051	-,125	-,154	,054	-,086	,073	-,120	,335**	-,130
	Sig. (2- tailed)		,751	,915	,007	,624	,233	,141	,608	,413	,485	,252	,001	,213
	N	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a. Kraj = 2

Correlations^a

		FPI-1	FPI-2	FPI-3	FPI-4	FPI-5	FPI-6	FPI-7	FPI-8	FPI-9	FPI-E	FPI-N	FPI-M	PSSS
PSSS	Pearson Correlation	,071	-,098	-,097	,089	,026	-,071	-,122	,173	,118	,009	-,219	-,155	1
	Sig. (2-tailed)	,498	,350	,355	,394	,803	,500	,245	,098	,262	,929	,035	,139	
	N	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a. Kraj = 2

Correlations^a

		FPI-1	FPI-2	FPI-3	FPI-4	FPI-5	FPI-6	FPI-7	FPI-8	FPI-9	FPI-E	FPI-N	FPI-M	skór živ. angažovanosti
skór životní angažovanosti	Pearson Correlation	,039	,014	-,388**	-,009	-,269**	-,206*	-,023	-,285**	-,135	-,299**	-,361**	-,342**	1
	Sig. (2-tailed)	,708	,897	,000	,928	,009	,048	,826	,006	,196	,004	,000	,001	
	N	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a. Kraj = 2

Příloha č. 12: T-test sociální opory dle pohlaví

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Conf. Int. of the Diff.	
									Lower	Upper
PSSS	Equal variances assumed	,267	,606	-2,425	190	,016	-4,294	1,770	-7,786	-,802
	Equal variances not assumed			-2,365	158,516	,019	-4,294	1,816	-7,880	-,708

Příloha č. 13: Freiburský osobnostní dotazník (FPI)

FREIBURSKÝ OSOBNOSTNÍ DOTAZNÍK

Testovací sešit - forma K

Na následujících stranách tohoto dotazníku je řada výpovědí o určitých postojích, způsobech chování a zájmech. Můžete na ně odpovídat "souhlasím" nebo "nesouhlasím". Svou odpověď vyznačíte do záznamového listu křížkem (X) do příslušné kolonky. To znamená, že pokud odpovíte "souhlasím" dáte křížek do první kolonky (pod "souhlasím").

Například:

	Souhlasím	Nesouhlasím
Své zdraví si mají lidé chránit	X	

Pokud s uvedeným výrokem, konstatováním nesouhlasíte, dáte křížek do druhé kolonky (pod "nesouhlasím"):

	Souhlasím	Nesouhlasím
Děti v rodině je třeba přísně trestat		X

Všechny odpovědi v dotazníku i v záznamovém listu jsou očíslované, proto dávejte pozor, abyste odpověď vyznačili vždy u položky podle pořadí. Odpovídejte na všechny položky. V dotazníku nejsou správné nebo nesprávné odpovědi, protože každý člověk má právo na vlastní názor. Je však potřeba, abyste nevynechali ani jednu položku a odpověděli na všechny.

Při vyplňování:

1. Neuvažujte, která odpověď by udělala lepší dojem, ale odpovídejte podle vlastního názoru. Některé otázky se Vám možná budou zdát příliš osobní, nenechte se odradit, Vaše odpovědi jsou důvěrné.
2. Nepřemýšlejte dlouho nad jednotlivými větami, ale vyznačte první odpověď, která Vás napadne. Samozřejmě, že tyto krátké otázky neberou do úvahy všechny zvláštnosti, některé Vám možná nebudou vyhovovat. Ale přesto zakroužkujte číslo u té odpovědi, která je Vám nejbližší.

Do tohoto sešitu nepište, odpovědi vyznačte do záznamového listu.

1. Přečetl (a) jsem si instrukci a jsem ochotný(á) odpovídat.
2. Večer si rád (a) vyjdu ven.
3. Mám vždy dobrou náladu.
4. Těžko nacházím správný námět k rozhovoru, když se chci s někým seznámit.
5. Někdy se mi rozbuší srdce nebo bije nepravidelně.
6. Někdy cítím, že mi srdce bije až v krku.
7. Rychle se rozčílím, ale rychle se zase ovládnou.
8. Lehce se začervenám nebo zblednu.
9. Upřímně řečeno, dělá mi občas potěšení potrápít druhé.
10. Je mi trochu nepříjemné, když mě lidé pozorují na ulici nebo v obchodě.
11. Když mi někdo ukřivdí, přeji mu trest.
12. Někdy jsem jen tak z legrace udělal (a) něco nebezpečného.
13. Jsem podnikavější než většina mých známých.
14. Na obranu svých práv jsem schopný/schopna použít i násilí.
15. Dokáží rychle probrat a oživit i velmi nudnou společnost.
16. Lehce se dostanu do rozpaků.
17. Ve styku s jinými lidmi jsem nešikovný(-á).
18. Někdy se cítím bez příčiny dost bídně.
19. Někdy mám pocit, že se mi nedostává dost vzduchu, mám pocit svírání v hrudníku.
20. Někdy se kochám představou, jak zle by se mělo vést těm, kteří mi ukřivdili.
21. Někdy mám pocit lhostejnosti a vnitřní prázdnoty.
22. Ostýchám se, když mám sám/sama vstoupit do místnosti, kde se jiní lidé už spolu baví.
23. Mám rád (a) úlohy, které vyžadují rychlou práci.
24. Ne vždy hovořím pravdu.
25. Mám citlivý žaludek (pocit tlaku, bolesti a plnosti).
26. V podstatě jsem spíš ustrašený, bojácný člověk.
27. Nevzruší mě velmi, pokud se mi něco nedaří.
28. Hodně z toho co udělám, později lituji.

29. Člověku, který mě zlomyslně opustil, přeji pořádný trest.
30. Často mám větry (nadýmám se).
31. Pokud někdo ublíží mému kamarádovi, chci být při odplatě.
32. Často mám všeho po krk.
33. Rád (a) dokazuji chyby druhých.
34. Pokud je nás víc, dostávám často nepřekonatelnou chuť k hrubostem.
35. Občas zalžu.
36. Občas se chvástám.
37. Jsem dost živý(-á).
38. Někdy mě napadají myšlenky, za které se musím stydět.
39. Patřím k lidem, kteří berou věci na lehkou váhu.
40. Ve společnosti se obyčejně chovám lépe než doma.
41. Kdo mě vážně urazí, může počítat s fackou.
42. Když se rozzuřím, řeknu ledacos.
43. Ve společnosti významných lidí nebo nadřízených se lehce dostávám do rozpaků.
- 44 Často nedokáži ovládnout svou zlost a zuřivost.
45. Přes den často sním o věcech, které jsou neuskutečnitelné.
46. Někdy odkládám to, co bych měl (a) hned udělat.
47. Leknu se, když se něco rychle pohne, nebo mě někdo nečekaně osloví.
48. Při leknutí nebo vzrušení se roztřesu, rozklepou se mi kolena.
49. Někdy jsem velmi smutný(-á) a depresivní.
50. Před určitými událostmi mívám trému a tělesný neklid.
51. Bohužel, patřím k těm, kteří se často rozzuří.
52. Moje nálada se dost často mění.
53. Často mě napadají a neustále se vracejí zbytečné myšlenky.
54. Mám problémy se spánkem – těžce usínám, budím se apod.
55. Často řeknu bez přemýšlení věci, kterých později lituji.
56. Velmi přemýšlím o svém dosavadním životě.
57. Rád (a) si z druhých lidí neškodně vystřelím.
58. Většinou hledím plný(-á) důvěry do budoucnosti.

59. I přesto, že se proti mně všechno spikne, neztrácím odvahu.
 60. Rád (a) si z druhých lidí vystřelím.
 61. Mám skoro vždy připravenou pohotovou odpověď.
 62. I přesto, že mě něco vyvede z míry, rychle se uklidním.
 63. Při společných setkáních rád (a) přebírám vedení.
 64. Často mě dokáže někdo rozčílit.
 65. Cítím se dobře připravený(-á) na život a jeho těžkosti.
 66. Těžko si dokáži získávat lidi.
 67. Označil (a) bych se spíše za výřečného/výřečnou.
 68. Někdy mi dělá radost zraňovat lidi, které mám rád (a).
 69. Radši někomu rozbít nos, než být zbabělý(-á).
 70. Nepouštím se do rozhovoru s lidmi dříve, dokud mě neosloví.
 71. Často jsem zamyšlený(-á).
 72. Často se na druhé rychle naštvu.
 73. Při jídle doma se chovám méně slušně než ve společnosti.
 74. Jsem často unavený(-á), malátný(-á) a vyčerpaný(-á).
 75. Někdy si myslím, že nejsem k ničemu.
 76. Přes zklamání se dokáži poměrně lehce přenést.
- Přesvědčte se prosím, zdali jste skutečně odpověděli na všechny položky.
Děkujeme Vám.

Příloha č. 14: Test životní angažovanosti (LET)

1. V mém životě není dostatek smyslu.

- zcela nesouhlasím
- nesouhlasím
- nemohu se rozhodnout
- souhlasím
- zcela souhlasím

2. Vše, co dělám, je pro mne hodnotné.

- zcela nesouhlasím
- nesouhlasím
- nemohu se rozhodnout
- souhlasím
- zcela souhlasím

3. Většina toho, co dělám, se mi zdá zanedbatelné a nedůležité.

- zcela nesouhlasím
- nesouhlasím
- nemohu se rozhodnout
- souhlasím
- zcela souhlasím

4. Velmi si cením svých aktivit.

- zcela nesouhlasím
- nesouhlasím
- nemohu se rozhodnout
- souhlasím
- zcela souhlasím

5. Příliš mi nezáleží na tom, co dělám.

- zcela nesouhlasím
- nesouhlasím
- nemohu se rozhodnout
- souhlasím
- zcela souhlasím

6. Mám spoustu důvodů proč žít.

- zcela nesouhlasím
- nesouhlasím
- nemohu se rozhodnout
- souhlasím
- zcela souhlasím

Příloha č. 15: Pöldingerův dotazník k rozpoznání závažnosti suicidálního rizika

1. Přemýšlel(-a) jste v současné době o možnosti sebevraždy? ANO NE
2. Přemýšlel(-a) jste o této možnosti často? ANO NE
3. Musíte o tom přemýšlet, přestože nechcete?
Vnucují se Vám takové myšlenky vlastně samy, proti vaši vůli? ANO NE
4. Už jste někdy uvažoval(-a) o způsobu sebevraždy? ANO NE
5. Dělal(-a-) jste již nějaké přípravy k sebevraždě? ANO NE
6. Mluvil(-a) jste s někým o svých sebevražedných úmyslech? ANO NE
7. Už jste se někdy v minulosti pokusil(-a) o sebevraždu? ANO NE
8. Spáchal někdo z vašich příbuzných či přátel sebevraždu? ANO NE
9. Cítíte, že vaše situace je strašná a beznadějná? ANO NE
10. Dělá vám potíže myslet na něco jiného než na současné problémy? ANO NE
11. Máte nyní méně kontaktů se svými příbuznými a přáteli? ANO NE
12. Máte zájem o to, co se děje ve vašem okolí nebo zaměstnání?
Baví vás vaše koníčky? ANO NE
13. Máte kolem sebe někoho, s kým byste volně a s důvěrou mohl pohovořit o svých problémech? ANO NE
14. Žijete pohromadě s dalšími lidmi (rodina, přátelé)? ANO NE
15. Máte pocit výrazné odpovědnosti k rodině, zaměstnání? ANO NE
16. Myslíte, že jste v zásadě věřící člověk? ANO NE

Příloha č. 16: Dotazník vnímané sociální opory (PSSS)

Přečtěte si prosím, pozorně každou položku a podle Vašeho názoru zakroužkujte u ní to číslo, které vyjadřuje úroveň Vašeho souhlasu nebo nesouhlasu.

Uvedená čísla znamenají:

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| 7 – rozhodně souhlasím | 3 – spíše nesouhlasím |
| 6 – souhlasím | 2 - nesouhlasím |
| 5 – spíše souhlasím | 1 – rozhodně nesouhlasím |
| 4 - nevím | |

- | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Když jsem v nouzi, existuje člověk, který je mi nablízku. | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 2. Existuje člověk, se kterým se mohu podělit o své starosti i radosti. | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 3. Má rodina se mi skutečně snaží pomáhat. | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 4. Mám od své rodiny citovou podporu a pomoc, jakou potřebuji. | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 5. Existuje člověk, který je pro mne zdrojem radosti a spokojenosti. | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 6. Moji přátelé se mi skutečně snaží pomáhat. | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. Když se mi něco nedaří, mohu se o své přátele opřít a spolehnout se na ně. | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 8. Se svojí rodinou mohu hovořit o svých problémech. | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 9. Mám přátele, se kterými se mohu podělit o své starosti i radosti. | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 10. Existuje člověk, kterému není jedno, co cítím a jak na tom jsem. | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 11. Moje rodina mi při rozhodování pomáhá. | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 12. O svých problémech si mohu se svými přáteli pohovořit. | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 13. Lidé, kteří jsou mi ochotni pomoci, poradit a podepřít mne, když jsem v nesnázích, jsou: | | | | | | | |
| I. členové mé rodiny | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| II. moji přátelé | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| III. moji spolupracovníci | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| IV. moji nadřízení | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |