

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



FILOZOFICKÁ FAKULTA
UNIVERZITY KARLOVY
V PRAZE

Diplomová práce

Bc. Veronika Vondráčková

**Suicidální myšlenky adolescentů: analýza zpráv z hovorů
krizové linky se zaměřením na rizikové faktory**

**Suicidal thoughts of adolescents: an analysis of reports from crisis
helpline calls focusing on risk factors**

Praha 2019

Vedoucí práce: PhDr. Hedvika Boukalová, Ph.D.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Praze, dne 23. července 2019

.....

Bc. Veronika Vondráčková

Poděkování:

Na tomto místě bych velice ráda poděkovala vedoucí své diplomové práce PhDr. Hedvice Boukalové, Ph.D za cenné rady a připomínky, které mi poskytla, a za její vstřícnost a trpělivost při konzultacích. Dále bych ráda poděkovala rodině, svému příteli a přátelům za dlouhodobou podporu a pomoc.

Abstrakt (česky):

Práce představuje problematiku rizikových faktorů sebevražedného myšlení a chování u adolescentů. První část nabízí literární přehled sestavený z odborných zdrojů zaměřených na toto téma. Autorka nejprve poukazuje na vysoké a neklesající počty sebevražd dospívajících v České republice a stručně vymezuje období adolescence a jednotlivé formy i metody sebevražedného chování. Následně se detailně věnuje jednotlivým rizikovým faktorům z oblasti demografických charakteristik, klinických údajů, rodinného prostředí a interpersonálních vztahů, které jsou v literatuře spojovány se zvýšenou pravděpodobností suicidality u adolescentů. Závěrem je sebevražedná tematika představena v kontextu dětské krizové linky. Empirická část práce předkládá výzkum, jehož cílem je prostřednictvím analýzy zpráv z hovorů se sebevražednou tematikou uskutečněných na dětské krizové lince zmapovat životní okolnosti, které u volajících mohly přispět k rozvoji sebevražedných myšlenek a sebevražedného chování. Výzkum využívá kvalitativní i kvantitativní metody a věnuje pozornost také aspektům suicidality a jejím rozdílům mezi pohlavím. Důležitou součástí empirické části je diskuse, ve které autorka vyzdvihuje přínosy získaných dat z anonymní krizové linky, zároveň ale kriticky hodnotí úskalí s nimi spojená.

Klíčová slova (česky):

rizikové faktory suicidality, adolescence, sebevražedné myšlenky, dětská krizová linka

Abstract (in english):

This paper aims to provide insight into the risk factors contributing to suicidal ideation and behavior among adolescents. First, the author overviews the extant academic literature on the subject. She highlights the persistently high incidence of suicide among young people in the Czech Republic and briefly defines the stages of adolescence as well as the particular forms and methods of suicidal behavior. Subsequently, the author discusses in detail individual aspects of demographics, clinical data, familial environments and interpersonal relationships that the academic literature associates with an increased risk of suicidality among adolescents. Concluding the overview, the author sets the topic of suicide into the context of a children's crisis helpline. The author goes on to present an empirical analysis of reports documenting suicidal calls made to a children's crisis helpline. She uses both qualitative and quantitative methods to identify particular life circumstances that may contribute to the development of suicidal ideation and/or behavior, paying attention to distinct aspects of suicidality and to gender differences. As part of her analysis, the author critically evaluates the benefits and pitfalls associated with the use of data obtained from an anonymous crisis helpline.

Klíčová slova (anglicky):

suicide risk factors, adolescence, suicidal thoughts, children's crisis helpline

Obsah

Obsah	6
Úvod.....	8
1. Sebevražedné chování v adolescenci	10
1.1 Definice a základní pojmy.....	10
1.2 Formy sebevražedného chování	11
1.3 Metody sebevražedného jednání	13
2. Rizikové faktory suicidálního chování adolescentů.....	15
2.1 Demografické faktory.....	17
2.1.1 Pohlaví.....	18
2.1.2 Rasa.....	18
2.1.3 Věk.....	19
2.1.4 Socioekonomický status	20
2.1.5 Sexuální orientace a identita.....	20
2.2 Klinické faktory.....	24
2.2.1 Předešlý sebevražedný pokus	24
2.2.2 Sebepoškozování	26
2.2.3 Duševní onemocnění	28
2.3 Rodina	33
2.3.1 Rodinná psychopatologie.....	33
2.3.2 Rozvod a úmrtí	34
2.3.3 Rodinné prostředí.....	35
2.3.4 Sexuální zneužívání	36
2.3.5 Týrání a zanedbávání.....	37
2.4. Škola a interpersonální vztahy	38
2.4.1. Šikana	38
2.4.2 Vrstevnické a partnerské vztahy.....	39
2.5. Kontextuální rizikové faktory	40
2.5.1 Dostupnost zbraně	40
2.5.2 Vystavení se sebevražednému chování	41
3. Sebevražedná tematika v kontextu dětské krizové linky	42
4. Cíle výzkumu a výzkumné otázky	44

5. Výzkumný soubor	47
6. Výzkumné metody	48
6.1 Identifikace hovorů.....	48
6.2 Kvalitativní postup	49
6.3 Kvantitativní postup	54
7. Analýza dat a výsledky	56
7.1 Kvalitativní přístup.....	56
7.1.1 Základní charakteristiky volajících.....	56
7.1.2 Aspekty suicidality	56
7.1.3 Duševní a fyzické zdraví	62
7.1.4 Rodinné prostředí.....	64
7.1.5 Škola a vrstevnické vztahy	65
7.1.6 Další osobní témata.....	65
7.1.7 Suicidální spouštěče.....	67
7.2 Kvantitativní přístup.....	69
8. Diskuse.....	71
Závěr	84
Seznam literatury	86
Přílohy.....	100

Úvod

Problematika sebevražedného chování adolescentů není ve společnosti často diskutovaným tématem a stále zůstává tabuizována i přesto, že vlivem sebevražd ročně umírají desítky dospívajících. Uvádí se, že jsou druhou nejčastější příčinou smrti v dospívajícím věku, což potvrzují i statistiky z České republiky v letech 2010–2016 (Český statistický úřad, 2018). V posledním evidovaném roce (2017) byla sebevražda v české populaci adolescentů ve věku 15–19 let dokonce prvním nejčastějším způsobem úmrtí (Český statistický úřad, 2018). Ve srovnání s ostatními zeměmi Evropské unie se Česká republika v roce 2011 nacházela na 7. místě v míře úmrtí dětí, adolescentů a mladých dospělých do 29 let (Eurostat, 2015). Zatímco z dat Evropské unie vyplývá, že v dlouhodobém měřítku míra úmrtnosti vlivem sebevražd u adolescentů (15–19 let) mírně klesá (Eurostat, 2015), v České republice klesající trend pozorován není, naopak v roce 2017 umíralo vlivem sebevraždy nejvíce adolescentů za posledních deset let – necelých deset dospívajících na 100 000 obyvatel (Český statistický úřad, 2018).

Z uvedených dat vyplývá, že sebevraždy této věkové kategorie jsou společensky významné téma a měla by jim být věnována pozornost. Literatura uvádí, že v adolescentním věku dochází k značnému nárůstu sebevražedných projevů, což může souviset s tímto specifickým obdobím, pro které jsou mimo jiné typické změny v prožívání jako například emoční labilita, tendence reagovat přecitlivěle nebo větší impulzivita (Vágnerová, 2005). Sebevražedné myšlenky a tendence pak vznikají na podkladě mnohých faktorů (snížená vulnerabilita, psychosociální zátěž), které se vzájemně doplňují a ovlivňují (Koutek, Kocourková, 2003).

V zahraniční literatuře existují mnohé výzkumy, které se okolnostem vzniku a povaze suicidality v této rizikové skupině věnují. Nicméně na české populaci bylo tomuto tématu věnováno podstatně méně prostoru. Z tohoto důvodu se autorka rozhodla využít své pracovní zkušenosti s touto problematikou a realizovat výzkum, pro který zvolila populaci volajících na dětskou anonymní krizovou linku, Linku bezpečí. Je přesvědčena, že přestože metodologie výzkumu přináší určité limity, spontánní a autentické výpovědi adolescentů volajících často ve stavech krize, poskytují unikátní materiál k následné analýze.

Hlavním cílem tohoto výzkumu je postihnout zátěžové okolnosti v životě adolescentů, které mohou přispívat k vzniku sebevražedného myšlení a chování. Prostředkem k tomuto cíli bude rozbor zpráv z hovorů se sebevražednou tematikou, pro který budou využity postupy

obsahové, deskriptivní a kvalitativní analýzy. V kvantitativní části výzkumu autorka definuje několik výzkumných otázek, které se týkají aspektů suicidálního obsahu a spouštěčů suicidálních myšlenek a tendencí. Literární část práce poskytne pro tento výzkum teoretická východiska. Její stěžejní částí bude podrobný přehled rizikových faktorů sebevraždných myšlenek i pokusů u adolescentů, který z důvodu nedostatku českých zdrojů bude čerpat především ze zahraniční literatury.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Sebevražedné chování v adolescenci

Tato kapitola představuje úvod do problematiky sebevražedného chování v adolescenci a vyjasňuje pojmy, které jsou následně používány v dalších částech práce.

1.1 Definice a základní pojmy

Suicidium neboli sebevražda představuje „*vědomé a úmyslné ukončení vlastního života*“ (Fischer & Škoda, 2014, s. 59). Širším pojmem je sebevražedné chování, které dle literatury představuje vedle dokonaných sebevražd také sebevražedné pokusy, myšlenky, výroky a proklamace, aniž by muselo dojít k vlastnímu suicidálnímu aktu (Koutek & Kocourková, 2003; Miller, Rathaus & Linehan, 2007). Přesto se autorka této práce snaží pro větší přesnost používat pojmy sebevražedné chování a myšlení odděleně. Suicidálním jednáním se pak myslí „*behaviorální projevy, které aktivně směřují k sebevražednému počínání*“ (Koutek & Kocourková, 2003, s. 12). Praško a Látalová (2015) upozorňují, že sebevražda je stigmatizující pojem stejně jako sloveso „spáchat“, které se v českém jazyce používá ve spojitosti s nepřijatelnými jevy, jako je spáchání zločinu. Proto může být společensky přijatelnější termín suicidium.

Dospívání je přechodným obdobím mezi dětstvím a dospělostí, ve kterém probíhá mnoho změn na úrovni biologické, psychické i sociální. Na těchto úrovních může docházet k značným intraindividuálním rozdílům, kdy změny na tělesné úrovni u jednoho jedince nemusí odpovídat jeho psychickému vývoji. Vágnerová (2005) uvádí, že se jedná o specifickou životní etapu, která má své typické znaky v rámci životního cyklu a ve které dochází ke komplexní proměně osobnosti. Také zde nacházíme velkou interindividuální variabilitu jak mezi dívkami a chlapci, tak mezi jedinci stejného pohlaví (Langmeier & Krejčířová, 2006). Proto není věkové vymezení dospívání jednoznačné. Langmeier a Krejčířová (2006) uvádí, že za dospívání můžeme považovat věk od 11–12 let do 20–22 let. Vágnerová (2005) uvádí věkovou hranici 10–20 let. Zatímco někdy je adolescencí nazývána pouze druhá fáze dospívání a první fáze se označuje za pubescenci, v této práci je ve shodě s Vágnerovou (2005) termín adolescence používán pro celé období dospívání a můžeme ho rozdělit na ranou (přibližně do 15. roku) a pozdní adolescenci (15–20 let). Anglicky psaná

literatura, ze které bylo v teoretické části převážně čerpáno, používá pro adolescenta pojem „teen“ nebo „teenager“ do 19. roku života (například King, Foster & Rogalski, 2013).

1.2 Formy sebevražedného chování

U suicidálního chování a jednání rozlišujeme různé formy suicidalitu, které jsou důležité pro posouzení aktuálního sebevražedného rizika. Jsou jimi:

Sebevražedné myšlenky. Myšlenky na smrt mohou mít různou intenzitu. Zatímco v neakutní rovině „co by bylo, kdyby člověk nebyl“ mohou být přechodné myšlenky na smrt v dětství a adolescenci běžné a normální (Berman, Jobes & Silverman, 2006), suicidální myšlenky jako forma sebevražedného chování jsou dle Koutka a Kocourkové (2003) intenzivní, obtížně odklonitelné a mají nutkavý charakter. Úmysl zemřít při nich nemusí být zcela jednoznačný, protože dotyčný může mít ke smrti ambivalentní postoj (Koutek, 2000). Pokud se ale vyskytují v kontextu uskutečněného sebevražedného pokusu v minulosti, výrazně zvyšují pravděpodobnost opakovaného pokusu (Goldston, Daniel, Reboussin, Reboussin, Frazier & Kelley, 1999).

Sebevražedné tendence. Suicidální tendence představují dle Koutka a Kocourkové (2003, s. 27) „další krok v suicidálním chování směrem k suicidii“. Za suicidální tendence považujeme myšlenky na smrt, které mají velmi konkrétní podobu, a navíc jsou doprovázeny přípravou sebevražedného plánu – dotyčný jedinec si například obstará zbraň nebo se na sebevraždu jiným způsobem připravuje. Vyskytují se spíše u plánovaných sebevražd, zatímco u impulzivních činů chybí (Loneková, 2009).

Sebevražedný pokus. Sebevražedný pokus je definován jako „každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, avšak nikoliv s letálním koncem“ (Koutek, 2000, s. 405). Pfeffer (1986) pokusy u dětí a mladších adolescentů rozděluje na mírné a závažné. Mírný sebevražedný pokus je dle něj sebedestruktivní čin, který neohrožuje život a nevyžaduje lékařské ošetření (například požití život neohrožující množství léků), zatímco závažný suicidální pokus realisticky mohl vést ke smrti. Berman et al. (2006) uvádí, že „opravdový“ sebevražedný pokus obsahuje záměr umřít a k jeho naplnění je použita dostatečně letální metoda. Zvláštním případem nedokonaného suicidia je parasuicidium, u kterého chybí úmysl zemřít nebo si jím člověk není jistý (Kocourková & Koutek, 2013).

Dokonané suicidium. Dokonaná sebevražda je definována jako „sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým s vědomým úmyslem zemřít“ (Koutek &

Koutková, 2003 s. 29). Pokud vědomý úmysl chybí, mluvíme o sebezabití například pod vlivem halucinací u psychotického onemocnění (Koutek & Kocourková, 2003). Maris, Berman, Silverman a Bongar (2000) rozdělují sebevraždu na aktivní, ke které jedinec musí sám přispět, a pasivní, kdy přestane vykonávat život zachraňující činnost (například brát léky, jíst). Dle motivu můžeme sebevraždu vnímat jako impulzivní nebo zkratkovitý čin a v opačném případě jako tak zvanou bilanční sebevraždu, která se vyznačuje dlouhodobější a „racionální“ rozvahou (Fishera & Škoda, 2014).

„*Nejednoznačnost postoje k přání zemřít je typická pro adolescentní věk*“ uvádí Koutek a Kocourková (2003, s. 29). Postoje ke smrti se mohou nacházet na vědomé i nevědomé úrovni, a proto může být obtížné určit, nakolik je přítomen úmysl zemřít a kde se nachází hranice mezi jednotlivými formami. Miller et al. (2007) píše, že hranice mezi suicidálním pokusem a sebepoškozováním bez úmyslu zemřít je nejasná. U mnoha adolescentů se záměr zemřít během aktu sebepoškozování mění a doprovází ho ambivalence. Čin, který začne jako sebevražedný, se může vyvinout v sebepoškození a naopak. Kromě toho sebepoškození, které nebylo zamýšleno s cílem zemřít, může mít nakonec smrtelný důsledek z důvodu špatně odhadnuté intenzity poškození. Proto navrhují zahrnovat do širšího spektra sebevražedného chování i sebepoškození. Nicméně většina výzkumů použitých v této práci se drží výše uvedených definic a sebepoškozování do sebevražedného chování neřadí.

Zde je na místě uvést, že na uvedené formy suicidálního chování a myšlení můžeme nahlížet různě. Někteří autoři je vnímají na kontinuu od sebevražedných myšlenek po dokonané suicidium s tím, že rozdíly mezi jednotlivými formami jsou spíše kvantitativního charakteru v intenzitě rozhodnutí zemřít a vážnosti sebevražedných projevů a volně na sebe navazují (Pfeffer, 1986). Myšlenky se vyskytují před tendencemi a pokusem a fungují jako předzvěst vážnějšího suicidálního chování (Mark, Samm, Tooding, Sisask, Aasvee, Zaborskis et al., 2013). Oproti tomu jiní autoři mezi formami nachází kvalitativní rozdíly. Koutek a Kocourková (2003) shrnují rozdíly mezi dokonanou sebevraždou a sebevražedným pokusem takto: Sebevražda se častěji vyskytuje u mužů, je častější v druhé polovině života, je k ní použita spíše tak zvaná tvrdá metoda, je výsledkem delšího plánování a vedou k ní častěji motivy z oblasti intrapsychické. Oproti tomu sebevražedné pokusy jsou častější u žen, v první polovině života, jsou k nim použity tak zvané měkké metody a vedou k nim častěji spontánní rozhodnutí a motivy z oblasti interpersonální. Specifickou skupinou jsou dle Bermana et al. (2006) také jedinci opakující sebevražedné pokusy.

Loneková (2009) ve svém výzkumu uvádí, že sebevražednému jednání nemusí vždy suicidální myšlenky předcházet. Existují výzkumy, které kvalitativně odlišují i sebevražedné myšlenky od sebevražedného pokusu. Dle jednoho z nich se jedinci, kteří páchají pokusy, liší od jedinců se suicidálními myšlenkami například tím, že jsou více impulzivní, méně svědomití, mají nižší IQ, vyhledávají více vzrušení, více kouří a užívají drogy kromě marihuany, jsou méně spokojeni se svým tělem nebo je u nich častější psychiatrické onemocnění (Mars, Heron, Klonsky Moran, O'Connor, Tilling et al., 2019a).

1.3 Metody sebevražedného jednání

Metody suicidálního jednání můžeme rozdělit na měkké a tvrdé. Měkké metody jsou méně nebezpečné a je u nich větší pravděpodobnost záchrany – typicky se jedná o předávkování léky, povrchové pořezání nebo skok z nízké výšky. Naopak tak zvané tvrdé metody vedou častěji ke smrti, jelikož je u nich snížena, případně vyloučena možná záchrana. Patří mezi ně například oběšení, zastřelení nebo skok z velké výšky. Některé metody jako například pořezání mohou být zařazeny v obou kategoriích, závisí na způsobu provedení a závažnosti poranění. Z podstaty tohoto rozdělení vyplývá, že u dokonanych sebevražd bývají častěji použity tvrdé metody, zatímco u sebevražedných pokusů měkké způsoby (Koutek, 2000). Berman et al. (2006) uvádí, že obzvláště u plánovaných sebevražd platí, že čím silnější je záměr zemřít, tím „tvrdší“ metoda sebevraždy je použita.

Dle výběru sebevražedné metody můžeme dle Koutka a Kocourkové (2003) posuzovat sebevražedné riziko a také přemýšlet o vědomých či nevědomých tendencích přežít sebevražedný pokus. Zde je ale potřeba uvést, že je otázka, zdali je možné takto uvažovat i u dětí a mladších adolescentů, kteří nemusí mít kognitivní schopnost zhodnotit skutečnou nebezpečnost metody. Její letalita z tohoto důvodu nemusí odpovídat sebevražednému záměru. Například dítě může pokus myslet zcela vážně a požit několik tablet málo toxického léku, v jiném případě může být úmysl zemřít malý nebo žádný, a přesto může vést až ke smrti, pokud jedinec například požije několik „neškodných tabletek na teplotu“ s obsahem paracetamolu, které jsou přítomny v každé domácnosti (Koutek, 2000).

U dospělých je dle Fishera a Škody (2014) nejčastější způsob dokonané sebevraždy oběšení, u dětí a adolescentů nacházíme nejčastěji oběšení nebo skok z výšky (Koutek & Kocourková, 2003). V menší míře bývají zastoupena úmrtí střelnou zbraní nebo skokem pod pohybující se objekt – vlak nebo auto (Dervick, Friedrich, Oquendo, Voracek, Friedrich & Sonneck, 2006). Metodu oběšení dle výzkumů signifikantně častěji volí mladší adolescenti

oproti starším dospívajícím, a to nejen u dokonaných sebevražd, ale i pokusů (Dervick et al., 2006; Hysinger, Callahan, Caples, Fuchs, Shelton & Cooper, 2011). Oproti tomu výzkumy na adolescentní populaci se sebevražednými pokusy ukazují, že pro sebevražedné činy, které nemají smrtelný konec, bývá nejčastěji zvolena intoxikace medikamenty, na druhém místě pořezání. V menší míře se vyskytují také skoky z výšky nebo oběšení (Foley, Goldston, Costello & Angold, 2006; Kocourková & Koutek, 2006). Ve výzkumu na českých adolescentech po suicidálním pokusu zvolilo intoxikaci medikamenty 81 % jedinců, druhou nejčastější metodou bylo pořezání v 13 % (Kocourková & Koutek, 2006). Ve výzkumu Foley et al. (2006) 5 procent jedinců způsoby kombinovalo.

Obecně platí, že muži a chlapci vybírají více agresivní a letální způsoby sebevražd než ženy a dívky (King et al., 2013), nicméně výběr způsobu sebevraždy může být ovlivněn mnoha dalšími faktory, jako je například kulturní prostředí (v Americe jsou častější úmrtí střelnou zbraní) nebo dostupnost prostředků (Berman et al., 2006). Dostupnost metody hraje dle Koutka a Koutkové (2003) roli především pro zkratkovité jednání a v naší práci je tomuto rizikovému faktoru věnována samostatná kapitola.

2. Rizikové faktory suicidálního chování adolescentů

Riziko můžeme definovat jako „*pravděpodobnost výsledku v určité populaci subjektů*“ (Kraemer, Kazdin, Offord, Kessler, Jensen & Kupfer, 1997, s. 337). V našem případě se jedná o pravděpodobnost suicidálních myšlenek, tendencí a pokusů v populaci adolescentů. Rizikové faktory můžeme definovat jako „*charakteristiky, které předchází suicidálnímu chování nebo sebevraždě a které zvyšují jejich pravděpodobnost*“ (King et al., 2013, s. 13). Kraemer et al. (1997) doplňuje, že díky těmto charakteristikám můžeme rozdělit populaci na dvě skupiny – ve vysokém a nízkém riziku. Pravděpodobnost námi sledovaného výsledku (např. sebevražedného pokusu) u skupiny ve vysokém riziku se musí ukázat jako větší než u té s nízkým rizikem (Kraemer et al., 1997). V kontextu suicidality by identifikace rizikového faktoru u dosud nesuicidálního jedince měla vést ke zvýšené pozornosti na zařazení do více rizikové skupiny. Největší význam pro výzkum rizikových faktorů plyne ze studií, které srovnávají suicidální adolescenty s kontrolní skupinou nesuicidálních adolescentů. Jako rizikové faktory jsou poté označeny takové atributy, které se u suicidálních adolescentů vyskytly signifikantně častěji než v relevantní kontrolní skupině (Berman et al., 2006). Z těchto důvodů autorka v následující kapitole co nejvíce vychází z takových výzkumů, které diskriminují suicidální adolescenty od ostatních a popisují často se vyskytující jevy ve srovnání s kontrolní skupinou.

Výzkum rizikových faktorů je důležitý pro prevenci, posouzení aktuálního rizika sebevražedného chování i plánování následné terapie. Miller et al. (2007) ale upozorňují na limity výzkumů, které se snaží predikovat budoucí chování. Objevují se jak etické problémy, tak metodologické otázky na přesnost takovýchto odhadů. Hughes (1995) také uvádí, že dobře predikovat málo čtené události, kterými sebevraždy jsou, je velmi náročné. Epidemiologicky definované rizikové faktory nachází velké využití a pomáhají identifikovat jedince ve vysokém riziku suicidálního jednání. Je ale potřeba vnímat limity závěrů, které plynou z oficiálně zaznamenaných sebevražedných statistik a u kterých může být například diskutabilní, zdali byla smrt jednoznačně záměrná či náhodná. Také populace lidí, kteří sebevraždu dokončili, se dle Hughese (1995) liší svým klinickým i demografickým profilem od těch, kteří mají za sebou čtené sebevražedné pokusy. Proto Miller et al. (2007) doporučují zkoumání charakteristik určité podskupiny, která vykazuje vyšší míru sebevražednosti než celková populace. Tyto charakteristiky mohou následně posloužit k určení, zdali je konkrétní adolescent sebevraždou ohrožen a v jaké míře.

Odborná literatura se shoduje, že nemůžeme hledat příčinu sebevražedného chování a myšlení pouze v jednom motivu. „*Velmi často jde o kombinace více faktorů, které se vzájemně doplňují a potencují,*“ uvádí Koutek a Kocourková (2003, s. 37). Výzkumy ukazují, že kombinace určitých faktorů zvyšuje pravděpodobnost sebevražedného jednání (Miller et al., 2007). **Rizikové faktory** můžeme dle Koutka a Kocourkové (2003) rozdělit podle působení na různých úrovních na: biologické, psychologické nebo sociální. U některých faktorů ale není zařazení jednoznačné (například předcházející suicidální chování v rodině je možné vnímat jako podmíněné biologicky, ale také jako naučené nápodobou a identifikací). Dále je možné faktory dělit na specificky a nespecificky působící. U specificky působících můžeme předpokládat přímý a adresný účinek na suicidální jednání (onemocnění afektivní poruchou), oproti tomu nespecificky působící faktory jedince dlouhodobě nepříznivě ovlivňují (například konfliktní rodinné prostředí). V literatuře můžeme také nalézt rozdělení na rizikové faktory fixní, které jsou v čase neměnné (pohlaví, sexuální orientace) a faktory proměnné, které jsou dynamické a ovlivnitelné například psychoterapií. V případě, že proměnný rizikový faktor přímo působí na pravděpodobnost námi sledovaného výsledku, mluvíme o kauzálním rizikovém faktoru (Kraemer et al., 1997).

Miller et al. (2007) mluví o proximálních rizikových faktorech, které jsou spíše situačního charakteru a jsou se sebevražedným pokusem spojeny v čase (mohou ho uspíšit či vyvolat). Oproti tomu distální rizikové faktory jsou spojeny s jistou zranitelností či predispozicí k sebevraždě (například duševní onemocnění). „*Pravděpodobnost suicidálního jednání roste, když se proximální rizikový faktor objeví v kontextu distálního rizikového faktoru,*“ uvádějí Miller et al. (2007, s. 11). Podobně King et al. (2013) upozorňují na akutní rizikové faktory a krize na pozadí chronických rizikových faktorů. Koutek a Kocourková (2003) mluví o **vyvolávacích faktorech**, které působí jako spouštěč sebevražedného jednání (například konflikt s rodiči či přítelem). „*Tyto spouštěče pak často nasedají na již existující rizika a společně v interakci vedou k suicidálnímu jednání*“ (s. 40). Berman et al. (2006) uvádí jako možné spouštěče sebevražedného jednání ztráty důležitých vztahů a pocity opuštění nebo odmítnutí, akutní zklamání, ztrapnění nebo ponížení.

Kromě rizikových faktorů je třeba zmínit také koncept **varovných signálů**, který bývá s rizikovými faktory spojován, ale v literatuře jsou uváděny mezi oběma koncepty značné rozdíly. Zatímco rizikové faktory jsou dobře definované populačně závislé konstrukty, které jsou empiricky ověřeny, varovné signály (symptomy) bývají odvozovány z klinické praxe. Týkají se především aktuálního stavu v řádu hodin až dnů a spíše než dlouhodobé riziko

mohou upozornit na aktuálně probíhající suicidální krizi (Rudd, Berman, Joiner, Nock, Silverman, Mandrusiak et al., 2006). Granello a Granello (2007) jako varovné signály uvádějí například zájem o témata spojená se smrtí, zhoršení školního prospěchu, problémy s koncentrací, spánkem a jídlem či uspořádávání si věcí (úklid pokoje). Oproti sebevražedným dospělým se u adolescentů s větší pravděpodobností vyskytnou dramatické změny v chování (ztráta zájmu o oblíbené aktivity, impulzivní či rizikové chování), sebepoškozování nebo zbavování se cenností před smrtí. Svůj záměr mohou adolescenti také projevovat verbálně, ať už přímým vyjádřením či více abstraktním jazykem (Granello & Granello, 2007).

Vedle faktorů rizikových je potřeba zmínit i **faktory protektivní**, které naopak působí proti neadaptivnímu chování a jednání (například fungující rodina a vztahy). Zda rizikové a vyvolávací faktory vyústí v sebevražedné jednání, závisí na mnoha okolnostech – na konkrétní kombinaci rizikových faktorů, množství protektivních faktorů, individuální zranitelnosti a schopnosti adaptace jedince. Může hrát roli také délka expozice, období vzniku a intenzita rizikového faktoru. Proto je nutné zjištěné rizikové faktory neposuzovat izolovaně, ale vždy v kontextu dalších okolností a s přihlédnutím k individualitě každého jedince (Koutek & Kocourková, 2003; King et al., 2013). Na tomto místě je potřeba uvést, že protektivní faktory by si v této práci také zasloužily pozornost, ale z důvodu zaměření výzkumu především na možná rizika suicidálního chování jim nebude věnován větší prostor.

2.1 Demografické faktory

Demografické rizikové faktory jsou velmi důležité pro navrhování nejvhodnějšího plošného přístupu k prevenci sebevražd, protože umí určit, kam má být prevence zacílena. Je ale potřeba zmínit, že *„určité statické rizikové proměnné, jako například pohlaví, je potřeba posuzovat v celkovém kontextu rizik, jejich aplikovatelnost na individuální případy existuje jen v interakci s dalšími dynamickými proměnnými“* (Berman et al., 2006, s. 158). Přesto, že například víme, že černošské ženy mají nejnižší míru sebevražednosti, při posuzování jedné konkrétní černošské ženy s jinými dynamickými rizikovými faktory nebude hrát její příslušnost ke skupině tak velkou roli a je potřeba si dát pozor na nadměrné interpretování nálezů, které jsou založeny na velké skupině individuů a sebevražedná rizika pečlivě vyhodnotit. *„Při vyhodnocování rizik v klinickém prostředí mají individuální klinické, rodinné a vztahové rizikové faktory přednost před demografickými“* (King et al., 2013, s. 18).

2.1.1 Pohlaví

Výzkumy opakovaně potvrzují silný vztah mezi pohlavím a suicidálním chováním. Ukazuje se, že pohlaví má na suicidální chování větší vliv než například etnikum (Berman et al., 2006). Z mnohých výzkumů vyplývá, že přestože dívky udávají častěji sebevražedné myšlenky a páchají 1,5–3krát více sebevražedných pokusů, chlapci umírají vlivem sebevraždy 3–5krát více než dívky (např. Agerbo, Nordentoft & Mortensen, 2002; Foley et al., 2006; Prajsová, Chomynová, Dvořáková, Příhodová & Csémy, 2018). Toto paradoxní zjištění můžeme vysvětlit mimo jiné tím, že u mužů a chlapců nacházíme více rizikových faktorů, jakými jsou například přístup ke zbraním, nadužívání alkoholu nebo poruchy chování (Brent, Baugher, Bridge, Chen & Chiappetta, 1999; Maris et al. 2000) a je u nich méně časté zapojení do protektivních aktivit, jako je vyhledání pomoci, vybudování si sociálně podpůrného systému ve svém okolí nebo povědomí o varovných signálech a copingových strategiích (Saunders, Resnick, Hoberman & Blum, 1994; Maris et al., 2000).

Také je třeba zmínit rozdíl v použitých zbraních u neúspěšných a dokonaných pokusů o sebevraždu. Chlapci dle výzkumů sahají k tvrdším metodám, což může být jeden z důvodů, proč mají více dokonaných sebevražd než dívky (Brent et al., 1999). Převyšující poměr chlapců můžeme pozorovat ve všech státech světa kromě odlehlých oblastí Číny a Singapuru (Berman et al., 2006). Berman et al. (2006) upozorňuje na v dlouhodobém měřítku zvětšující se poměr chlapců, kteří v Americe páchají sebevraždu. Zatímco v roce 1970 umírali 3 chlapci v poměru k jedné dívce (3:1), v roce 2000 to bylo již necelých 5 sebevražd chlapců na jednu sebevraždu dívky (4,7:1) ve věku 15–19 let. Také se v americké literatuře ukazuje, že rozdíl mezi sebevraždami dívek a chlapců se prohlubuje se vzrůstajícím adolescentním věkem a v 19 letech je největší (King et al., 2013). V České republice byl v roce 2000 poměr dokonaných sebevražd chlapců vůči dívkám 5,3:1 ve věku 15–24 let (Berman et al., 2006).

2.1.2 Rasa

Data ukazují, že sebevražednost v Americe mezi mladistvými byla vždy vyšší mezi bělochy než mezi černochoy (Berman et al., 2006). Nejvíce ohroženou skupinou ve věku 15–19 i 20–24 let zůstávají muži světlé barvy pleti, poté následují muži tmavé pleti, menší pravděpodobnost suicidia je u žen bělošek a nejmenší procento sebevražd mají ženy černošky (Berman et al., 2006). Z výzkumu na amerických středních školách ale vyplývá podobné schéma jako u genderového „paradoxu“, že přestože umírá na sebevraždu více adolescentů

bílé barvy pleti, studenti tmavé pleti mají za sebou více sebevražedných pokusů, necelý dvojnásobek (Centers for Disease Control and Prevention, 2017)

2.1.3 Věk

Spolu s vzrůstajícím adolescentním věkem narůstá i míra sebevražednosti u obou pohlaví (Agerbo et al., 2002). Před devátým rokem života jsou sebevraždy velmi vzácnou událostí. Mezi 10. a 14. rokem života se jejich počet mírně zvyšuje a ve věku 15–19 let dochází k dramatickému nárůstu (Koutek & Kocourková 2003; King et al., 2013). U starších adolescentů je proto větší pravděpodobnost dokonání sebevražedného pokusu než u mladších. Pokud se podíváme na sebevražedné pokusy, nalezneme zde opět protichůdný trend. Počet pokusů především u dívek dle Foley et al. (2006) dramaticky narůstá s 13. rokem. Dle amerického výzkumu ze středních škol jsou nejčastější pokusy v prvním ročníku střední školy, kdy je žákům kolem 15 let, a v dalších ročnících jejich pravděpodobnost klesá. Dle těchto dat můžeme předpokládat, že sebevražedné pokusy jsou méně pravděpodobné ve starším adolescentním věku než ve středním (King et al., 2013).

Individuálním rozdílem mezi mladšími a staršími adolescenty se věnovaly mnohé výzkumy. Například výzkum na populaci adolescentů užívajících antidepresiva ukázal, že mladší adolescenti (10–14 let), kteří spáchali sebevražedný pokus, signifikantně častěji ve své životní historii zažili sexuální zneužívání, měli psychotické onemocnění a před samotným pokusem častěji udávali halucinace než starší adolescenti ve věku 15–18 let (Hysinger et al., 2011). V četných výzkumech se ukazuje, že u mladších i starších adolescentů je častým spouštěčem sebevražedného chování interpersonální konflikt s rodičem, ale u mladších adolescentů se vyskytuje signifikantně častěji. U starších adolescentů suicidální jednání častěji vyvolává konflikt s přítelem/přítelkyní nebo neúspěšný romantický vztah (Grøholt, Ekeberg, Wichstrøm & Haldorsen, 1998; Brent et al., 1999; Hysinger et al., 2011). U starších adolescentů byla také zaznamenána vyšší míra psychopatologie (přítomnost psychiatrického onemocnění nebo jeho symptomů), antisociálního chování a zneužívání návykových látek – jak dlouhodobě, tak v době suicidálního pokusu (Grøholt et al., 1998; Brent et al., 1999).

Ukazuje se, že mladší sebevražední adolescenti mají méně promyšlené suicidální jednání, méně se na něj připravují, mluví o něm a mají nižší úmysl sebevražedně jednat (Brent et al., 1999; Grøholt et al., 1998), což můžeme vysvětlit menší kognitivní schopností plánovat a uskutečnit suicidální pokus. Zdá se proto, že u mladších dospívajících hraje více roli impulzivní jednání (Brent et al., 1999) a v případě promyšlených sebevražd může být

důležitá úroveň kognitivního vývoje dítěte. Shaffer (1974) ve svém vzorku dětí ve věku 12–14 let, které dokonalý sebevraždu, pozoroval vyšší inteligenci a kognitivní vyspělost, než je v tomto věku obvyklé, a je proto toho názoru, že právě ta s sebou nese větší riziko naplánování a uskutečnění sebevražedného činu. Výzkum Grøholta et al. (1998) ukázal, že mladší adolescenti, kteří spáchali sebevraždu, byli oproti starším adolescentům vystaveni méně rizikovým faktorům. Navrhuje proto vysvětlení, že mladší adolescenti mají méně dokonanych suicidálních pokusů než starší nikoliv kvůli tomu, že by byli vůči rizikovým faktorům více odolní, ale protože jsou jimi ve svém věku méně obklopeni.

2.1.4 Socioekonomický status

Sebevraždy se vyskytují napříč všemi sociálními vrstvami ve společnosti (Berman et al., 2006). Jeden z největších výzkumů na toto téma provedli Qin, Agerbo a Mortenson (2003). Zkoumali přes dvacet tisíc sebevražd (od dětí po dospělé jedince) na území Dánska za období sedmnácti let a jejich souvislost s mnoha proměnnými, mezi které patřil i socioekonomický status rodiny. Autoři došli k závěru, že lidé z nejnižší příjmové skupiny (více muži než ženy) mají statisticky vyšší pravděpodobnost spáchání sebevraždy. Nabízí se domněnka, že muži snášejí chudobu a špatné socioekonomické podmínky hůře než ženy. Dlouhodobý výzkum Fergussona, Woodward a Horwooda (2000) ukazuje, že také u adolescentů je nízký socioekonomický status rodiny rizikovým faktorem sebevražedných myšlenek a pokusů, a to nezávisle na duševních obtížích i životních stresorech. Výzkum Foley et al. (2006) na dospívající populaci shodně uvádí, že chudoba zvyšuje riziko sebevražedného chování a myšlení. Autor navrhuje, že socioekonomická deprivace se u adolescentů může pojít s dalšími rizikovými faktory, jako jsou trauma, sociální izolace, nízká sociální opora vlivem nezaměstnanosti či nemoci rodiče nebo časté stěhování.

2.1.5 Sexuální orientace a identita

Dle longitudinálních i transverzálních epidemiologických studií mají homosexuální adolescenti obou pohlaví dvojnásobně až šestinásobně větší riziko, že se během života pokusí o sebevraždu, než jejich heterosexuální vrstevníci (Russel & Joyner, 2001; Marshal, Dietz, Friedman, Stall, Smith, McGinley, Thoma, Murray, D'Augelli & Brent, 2011; Miranda-Mendizábal, Castellví, Parés-Badell, Almenara, Alonso, Blasco et al., 2017). Dle metaanalýzy Marshala et al. (2011) jsou v největším riziku bisexuální adolescenti, kteří mají skoro trojnásobnou pravděpodobnost suicidálního chování oproti homosexuálním dospívajícím.

Necelá polovina (48 %) amerických středoškoláků, kteří se identifikují jako gayové, lesby nebo bisexuálové, v posledním roce vážně přemýšlela o spáchání sebevraždy a 23 % uvedlo uskutečněný pokus v posledním roce. To je signifikantně více než u heterosexuálních dospívajících, z nichž 13 % někdy uvažovalo o spáchání sebevraždy a 5 % uvedlo minulý pokus (Centers for Disease Control and Prevention, 2017). Podobné výsledky zaznamenali D'Augelli, Hersberger a Pilkington (2001), když zkoumali mladistvé ve věku 14–21 let s homosexuální a bisexuální orientací. V jeho výzkumu 42 % dospívajících někdy přemýšlelo o sebevraždě a 33 % udávalo alespoň jeden suicidální pokus v minulosti. Souvislost pokusů nebo myšlenek se sexuální orientací byla uváděna přibližně v polovině případů a častěji chlapci než dívkami.

Vyšší míra sebevražedných pokusů u homosexuálních a bisexuálních adolescentů není dána odlišnou orientací jako takovou a dá se částečně vysvětlit i běžnými rizikovými faktory společnými pro všechny adolescenty. Nicméně se ukazuje, že větší riziko u této skupiny není dáno jen vyšší mírou některých společných rizikových faktorů (např. deprese), ale také specifickými rizikovými faktory a psychosociálními stresy, které zažívají pouze sexuální menšiny (Remafedi, French, Story, Resnick & Blum, 1998). Přestože metaanalytická studie potvrdila, že zvýšené riziko sebevražedného pokusu platí i pro homosexuální a bisexuální dospělé jedince (King, Semlyen, Tai, Killaspy, Osborn, Popelyuk et al., 2008), v adolescentním věku se stresy spojené s odlišnou orientací vyskytují častěji.

Dospívající si svou orientací v tomto věku začínají uvědomovat. Dle výzkumů se děti identifikují jako gayové, lesby nebo bisexuálové kolem 14.–15. roku (D'Augelli et al., 2001; D'Augelli, Grossman, Salter, Vasey, Starks & Sinclair, 2005). Během procesu objevování vlastní orientace mohou pociťovat vnitřní konflikt a zažívat obtíže s přijetím vlastní odlišnosti. Velkou roli hraje také stres z coming outu (odhalení sexuální orientace svému okolí) a strach z odmítavých reakcí rodiny a přátel. Není proto překvapivé, že ve výzkumu D'Augelliho a kolegů (2001) 54 % adolescentů uskutečnilo svůj první suicidální pokus ještě před přiznáním své sexuální orientace okolí a dalších 27 % ve stejném roce. Adolescentní jedinci s odlišnou orientací mají oproti svým heterosexuálním vrstevníkům větší riziko, že se stanou obětí šikany, kyberšikany či zažijí viktimizaci (Friedman, Marshal, Guadamuz, Wei, Wong, Saewyc et al., 2011, Johns, Lowry, Rasberry, Dunville, Robin, Pampati et al., 2018; Centers for Disease Control and Prevention, 2017). Právě viktimizace spojená s homofobií, slovní útoky kvůli sexuální orientaci a nízká sociální opora rodiny a přátel se ukazují být hlavními rizikovými faktory pro sebevražedné myšlení a chování (Liu & Mustanski, 2012;

Russell & Joyner, 2001, D'Augelli et al, 2005). Poštuvan, Podlogar, Šedivy a De Leo (2019) upozorňují na důležitost i společenského prostředí a státem nastaveného systému dané země vůči komunitě sexuálních menšin, které pokud není podpůrné a protektivní, ale naopak diskriminující či stigmatizující, významně ovlivňuje celkový duševní stav jedinců a přispívá tak k míře sebevražedného chování.

Existují názory, že horší, než viktimizace od společnosti je zavržení, ponížení a odmítnutí od vlastní rodiny. Friedman et al. (2011) potvrzují, že adolescenti odlišné orientace zažívají oproti heterosexuálním jedincům častěji fyzické týrání nebo sexuální zneužívání v rodině. D'Augelli se svými kolegy (2001) uvádí, že adolescenti, kteří měli otce, které považovali za netolerantní nebo odmítavé, měli skoro dvakrát větší pravděpodobnost uskutečněného suicidálního pokusu. V jiném výzkumu byla třetina adolescentů za své genderově atypické chování v dětství napomínána nebo dokonce trestána, což následně významně souviselo s počtem suicidálních pokusů, které adolescenti spáchali kvůli sexuální orientaci (D'Augelli et al, 2005). V některých studiích se ukazuje silnější vztah mezi sebevražedným chováním a sexuální orientací u chlapců než u dívek (např. Remafedi et al. 1998). Možné vysvětlení může být, že chlapci se kvůli své orientaci více setkávají s viktimizací a stigmatem jak od vrstevníků, tak od rodičů, což také potvrzuje výzkum D'Augelliho et al. (2005) i Johns et al. (2018). Je zřejmé, že homosexuální a bisexuální jedinci se mohou setkat s četnými psychosociálními stresy, které přispívají k jejich osobní nepohodě. To dokazuje i signifikantně vyšší míra zneužívání alkoholu i dalších návykových látek a výskytu deprese u homosexuálních a bisexuálních adolescentů než mezi heterosexuálními adolescenty (Russel & Joyner, 2001; Marshal et al., 2011; Johns et al. 2018).

Dosavadní text se věnoval jedincům s odlišnou orientací, jelikož výzkumů na toto téma je podstatně více. Je třeba alespoň nastínit problematiku dospívajících transsexuálů, kteří zažívají stejnou, ne-li větší psychosociální zátěž. Lidé trpící transsexualismem mají celoživotně vysokou prevalenci sebevražedných pokusů. Dle výsledků rozsáhlého amerického výzkumu na dospělých jedincích je prevalence sebevražedného pokusu u transgender osob 41 %, což převyšuje prevalenci v americké populaci přibližně osminásobně a dvojnásobně u skupiny homosexuálních a bisexuálních jedinců (Herman, Haas & Rodgers, 2014). Existují také studie, které ukazují vysoký a neklesající počet sebevražd a sebevražedných pokusů i po lékařské přeměně pohlaví (Dhejne, Lichtenstein, Boman, Johansson, Langström & Landén, 2011).

Mnohé výzkumy ukazují, že vyšší míra sebevražedného chování se vyskytuje již u transsexuálních adolescentů (Grossman & D'Augelli, 2006; Reisner, Vettes, Leclerc, Zaslow, Wolfrum, Shumer et al., 2015; Peterson, Matthews, Copps-Smith & Conard 2016) a také u genderově nonkonformních adolescentů (Spivey & Prinstein, 2018). Výzkumy Grossmana a D'Augelliho (2006) i Peterson et al. (2016) shodně uvádí, že o sebevraždu se v jejich vzorku pokusila přibližně třetina transgender dospívajících. Vysvětlení tohoto vysokého čísla můžeme podobně jako u homosexuálních a bisexuálních jedinců hledat v psychosociálních stresech a psychických stavech, které se k transsexualitě pojí. Patří mezi ně například sebestenávist, negativní reakce rodičů na genderově atypické chování a především viktimizace, fyzická i psychická šikana od spolužáků a diskriminace na školách (Grossman & D'Augelli, 2006; Holt, Skagerberg & Dunsford, 2014). Dle nedávného výzkumu se necelá polovina transgender a genderově neurčitých studentů na amerických školách setkala se zákazem používat své preferované jméno a s nařízením navštěvovat záchody a šatny jejich biologického pohlaví. Mnozí uvedli, že se vyhýbají místům rozděleným dle pohlaví a školním a mimoškolním akcím, protože si na nich nepřipadají bezpečně. Ti, kteří trpěli více diskriminací a viktimizací kvůli svému pocíťovanému pohlaví, měli také vyšší pravděpodobnost depresivity, horšího prospěchu a absencí ve škole (Kosciw, Greytak, Zongrone, Caitlin & Truong, 2017).

Reisner et al. (2015) ve svém výzkumu dochází k výsledku, že američtí transsexuální adolescenti mají 2–3x větší riziko depresí, úzkostí, sebepoškozování, a tím i sebevražedných myšlenek a pokusů než tak zvaní cisgender adolescenti, kteří žijí v souladu s pohlavím, se kterým se narodili. Výzkumy, které srovnávaly sebevražedné transgender adolescenty s těmi, kteří neměli sebevražedné myšlenky a pokusy, uvádí, že mezi hlavní rizikové faktory sebevražedného myšlení a chování u transsexuálních adolescentů můžeme zařadit nedostatek sociální opory, viktimizaci a diskriminaci, nespokojenost s vlastním tělem (především s váhou) a psychické či fyzické týrání rodiči spojené s projevováním jejich pohlavní identity v dětství (Grossman & D'Augelli, 2006; Liu & Mustanski, 2012; Peterson et al, 2016).

Odborná literatura upozorňuje na limity výzkumů týkajících se LGBT osob. Kvůli absenci oficiálních záznamů nebylo dříve možné zkoumat vztah mezi LGBT problematikou a dokonányými sebevraždami, pouze se suicidálními pokusy. Výzkum Reama (2018) v tomto směru přináší zcela nový pohled, jelikož čerpá z americké národní evidence násilných smrtí a sebevražd, kam se začaly údaje o sexuální orientaci a pohlavní identitě zaznamenávat až v roce 2013. Vychází z 2209 záznamů o sebevraždách dospívajících a mladých dospělých ve

věku 12–29 let. Překvapivé zjištění je, že mezi nejmladšími adolescenty ve věku 12–14 let, kteří spáchali sebevraždu, bylo identifikováno nejvíce jedinců jako leseb, gayů, bisexuálů nebo transsexuálů, a to necelá čtvrtina (24 %). S přibývajícím věkem se procentuální zastoupení LGBT jedinců snižovalo až na 8 % u věku 25–29 let. Z toho vyplývá, že čím nižší věk dítěte, které se potýká s odlišnou orientací nebo transsexualismem, tím je více ohroženo dokonáním sebevraždy. Je nutné zmínit, že se jednalo pouze o ty děti, které se již někomu o své odlišnosti zmínily a informace se tak mohla dostat do národního systému. Zjištění je v souladu s dalšími výzkumy, které došly k závěru, že uvědomění si své odlišné orientace v mladším věku a dřívější coming out představuje rizikový faktor pro sebevražedný pokus (D'Augelli et al, 2005, Remafedi et al., 1998). Možné vysvětlení tak vysokého čísla u mladších adolescentů je, že starší dospívající mají lépe vyvinuté zdroje, které jim umožňují se vyrovnat se stresem, který souvisí s coming outem, a lépe zvládat i další specifické LGBT stresory. Také můžeme hledat příčinu v tom, že mladší adolescenti jsou více závislí na rodičích a mají proto méně možností získat psychickou podporu zvenku.

Z hlediska okolností předcházejících sebevraždě se ukazuje, že intimní problém ve vztahu nejvíce zažívaly dívky lesby (72 %), dále heterosexuální chlapci (62 %) a bisexuální dívky (58 %), zatímco problém v rodině přispěl k sebevraždě nejvíce u bisexuálních dívek (42 %) a dále u chlapců gayů, bisexuálů a transsexuálů (25–29 %). Největší podíl sebevražedných pokusů byl zaznamenán u transgender chlapců (50 %), myšlenky na sebevraždu u bisexuálních dívek (72 %) a bisexuálních chlapců (61 %). Oproti heterosexuálním chlapcům měli LGBT osoby spolu s heterosexuálními dívkami statisticky větší výskyt duševního onemocnění – nejčastěji se jednalo o bisexuální dívky (92 %), transgender chlapce (67 %) a transgender dívky s 58 procenty (Ream, 2018).

2.2 Klinické faktory

Rizikové faktory definované jako klinické zahrnují takové rizikové faktory, které se týkají individuálních klinických rysů dospívajících na úrovni dlouhodobého duševního stavu a aktuálního mentálního nastavení.

2.2.1 Předešlý sebevražedný pokus

Ukazuje se, že rčení o tom, že nejlepší prediktor budoucího chování je chování minulé, v tomto případě platí. Studie se jednoznačně shodují, že předešlý sebevražedný pokus ve všech věkových skupinách (tedy i u adolescentů) je jedním z nejsilnějších indikátorů nejen

dalšího sebevražedného pokusu, ale i dokonané sebevraždy (Lewinsohn, Rohde & Seeley, 1994; Brent et al., 1999; Joiner, Conwell, Fitzpatrick, Witte, Schmidt, Berlim et al. 2005). Výzkumy ukazují, že přibližně 30–40 procent adolescentů, kteří si vzali život, měli za sebou předchozí suicidální pokus. U dívek bývá tento počet větší než u chlapců (Shaffer, Gould, Fisher, Trautman, Moreau, Kleinman et al., 1996; Cavanagh, Carson, Sharpe & Lawrie, 2003). Ve výzkumu Lewinsohna et al. (1994) měli studenti středních škol s minulým suicidálním pokusem 18x větší pravděpodobnost, že spáchají další suicidální pokus v následujícím roce oproti těm, kteří za sebou minulý pokus neměli. Minulý suicidální pokus se ukazuje jako signifikantní prediktor i po zahrnutí depresivních symptomů (Lewinsohn et al. 1994). Výzkumy se shodují, že riziko sebevražedného pokusu u jedinců s mnohačetnými pokusy je větší (Rudd, Joiner & Rajab, 1996). Ve výzkumu Goldstona et al. (1999) měli adolescenti propuštění z hospitalizace s opakovanými suicidálními pokusy dvojnásobnou pravděpodobnost dalšího pokusu ve srovnání s těmi, kteří za sebou neměli žádný nebo jeden suicidální pokus. Pro opakování sebevražedného jednání se jako nejvíce rizikové období ukázal první rok po propuštění z hospitalizace, ve kterém opakovalo suicidální pokus 12 % adolescentů.

Anglický longitudinální výzkum velkého rozsahu ukazuje, že sebevražedné riziko zvyšuje jakýkoliv akt, který obsahuje vědomé sebezranění, bez ohledu na úmysl zemřít či zvolené metody (Cooper, Kapur, Webb, Lawlor, Guthrie, Mackway-Jones et al., 2005). Výzkumy, které zahrnovaly všechna sebezranění ošetřená v nemocnici jak se suicidálním, tak nesuicidálním záměrem („deliberate self-harm“), uvádí, že riziko následné dokonané sebevraždy je u těchto jedinců 30–100x větší oproti těm, kteří si nikdy neublížili (Owens, Horrocks & House, 2002; Cooper et al. 2005). Nejvyšší míra úmrtí je dle Cooper et al. (2005) do 6 měsíců od sebeublížení. Dle Owense et al. (2002) si do jednoho roku znovu ublížilo 18 % jedinců, z čehož 2 % byla smrtelná. Berman et al. (2006, s. 133) vyhodnocování rizik spojených s minulým sebevražedným chováním shrnuje: *„Předchozí suicidální chování je pro nynější posouzení rizika klinicky signifikantnější, pokud se událo relativně nedávno, nebezpečnějším způsobem nebo s jednoznačnějším záměrem zemřít; nevedlo k pozitivnímu terapeutickému zážitku nebo následku; nebo se jednalo o jeden z mnohých opakujících se suicidálních pokusů.“*

2.2.2 Sebepoškozování

Sebepoškozování můžeme definovat jako „*přímé a záměrné poškození tělesné tkáně bez úmyslu zemřít*“ (Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Printstein, 2006, s. 65). Obvykle začíná v rané adolescenci a mezi jeho nejčastější formy patří řezání, škrábání, údery nebo pálení (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004, 2007). Ukazuje se, že hlavní a nejvíce výzkumy podložená funkce sebepoškozování je regulace emocí. Sebepoškozování nejčastěji předchází akutní negativní emoční rozrušení. Cílem sebepoškození je jeho snížení a uvolnění, proto se o sebepoškozování někdy mluví jako o strategii regulace emocí a zvládnání stresu (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Klonsky, 2007). Další významnou funkcí sebepoškozování je sebetrestání, při kterém sebepoškozující jedinec projevuje a uvolňuje vztek k vlastní osobě. Některé výzkumy poukazují i na další funkce sebepoškozování jako například: zabránění sebevražednému jednání (odvedení pozornosti od impulsu spáchat sebevraždu), pocítění hranic mezi sebou a ostatními (kontrola nad vlastním tělem), antisociativní funkce (ukončení pocitů disociace a depersonalizace skrze pocíťování bolesti), funkce interpersonálního vlivu (manipulace s ostatními či hledání pomoci) nebo vyhledávání vzrušení (Klonsky, 2007).

Sebepoškozující a sebevražedné chování je chápáno odlišně. Jak vyplývá z výše uvedených funkcí, sebepoškozování můžeme vnímat jako copingovou strategii, akci k udržení života nebo jako pokus o odvrácení sebevraždy. Sebevražda je naopak pokusem o ukončení života. Hlavní rozdíl mezi sebepoškozujícím a sebevražedným jednáním je proto vůle, motivace a chuť přežít. Výzkumy ukazují, že sebepoškozující jedinci vidí oproti těm sebevražedným více důvodů k životu, mají k němu pozitivnější postoj, jsou schopnější se orientovat na cíle v budoucnosti, sami sebe hodnotí méně negativně a mají větší averzi k sebevraždě (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004, 2007). Taktéž motivace bývá odlišná. Brown, Comtois a Linehan (2002) na základě výzkumu žen s hraniční poruchou osobnosti uvádí, že zatímco pro sebepoškozování byla v jejich výzkumu častější motivace projevit vztek, potrestat se, vyvolat u sebe běžné emoce či rozptýlit pozornost, sebevražedné pokusy byly častěji konány s úmyslem ulehčit ostatním život.

Přestože sebepoškozování a sebevražedné chování jsou dva odlišné fenomény, často se vyskytují společně (Nock et al., 2006). Výzkumy na neklinické populaci ukazují, že necelá třetina sebepoškozujících se adolescentů za sebou má sebevražedný pokus (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007). Ve výzkumu Nocka et al. (2006)

na vzorku hospitalizovaných adolescentů na psychiatrii uvedlo dokonce 70 % sebepoškozujících se adolescentů alespoň jeden sebevražedný pokus (15 % jeden pokus, 55 % dva a více pokusů). Z opačného pohledu ve výzkumu Laye-Gindhu a Schonert-Reichl (2005) 89 procent adolescentů se sebevražedným pokusem uvedlo zkušenost se sebepoškozováním. Muehlenkamp a Gutierrez (2007, s. 70) píše, že „*sebeškození je identifikováno jako potenciální předzvěst sebevražedného pokusu*“. Mnoho studií uvádí významnou souvislost sebepoškození s proběhlými sebevražednými pokusy (např. Andover & Gibb, 2010), podstatně méně studií se ale věnovalo sebepoškození jakožto rizikovému faktoru budoucího suicidálního pokusu. Autoři Mars, Heron, Klonsky, Moran, C O'Connor, Tilling et al. (2019b) uskutečnili longitudinální studii, ve které se sebepoškození u adolescentů se sebevražednými myšlenkami ukázalo být nejsilnějším prediktorem budoucího suicidálního pokusu. Podobně Wilkinson, Kelvin, Roberts, Dubicka a Goodyer (2011) sledovali adolescenty léčící se s depresí a zjistili, že sebepoškození v posledním měsíci je dokonce silnějším prediktorem budoucího sebevražedného chování než minulý sebevražedný pokus.

Ačkoliv vztah mezi sebepoškozením a sebevražednými pokusy je výzkumy dobře prozkoumán, povaha tohoto vztahu je stále nejasná, protože pokud sebepoškození vede k úlevě od negativních emocí, zůstává otázka, proč zároveň zvyšuje pravděpodobnost sebevražedného jednání. Někteří autoři přináší možná vysvětlení. Například Laye-Gindhu a Schonert-Reichl (2005) ve svém výzkumu zjistily, že po sebeškození dochází u adolescentů k pocitům studu, viny a znechucení. Nabízí proto myšlenku, že když se sebeškození stane chronickým a trvalým, jedinci mohou přestat zvládat tyto následné negativní emoce a uchýlit se k možnosti sebevraždy. Muehlenkamp a Gutierrez (2007) mluví o tom, že stejně jako se oba fenomény překrývají, mají také některé společné rizikové faktory, což může souvislost vysvětlovat. Jedním z nich je přítomnost psychického onemocnění, které je v obou skupinách zastoupeno ve značné míře. Například mezi mírou depresivity u sebepoškozujících se adolescentů a sebevražedných adolescentů nebyl v jejich vzorku nalezen rozdíl, ale obecně byla vyšší než u skupiny bez suicidálních pokusů a sebeškození. Nock et al. (2006) uvádí, že v jeho klinickém vzorku sebepoškozujících se adolescentů naplnilo diagnostická kritéria DSM-IV 87,6 procent adolescentů. Nejčastěji byla naplněna kritéria pro závislost na návykových látkách, hraniční poruchu osobnosti a poruchy chování.

Joiner (2005) povahu vztahu mezi sebepoškozením a sebevražedným jednáním vysvětluje svou interpersonální teorií. Je toho názoru, že sebevražda je natolik extrémní a děsivý čin, že většina lidí nemá schopnost ho realizovat. Nicméně jedinci, kteří se dlouhodobě

sebepoškozují nebo opakovaně pokouší o sebevraždu, mohou přivyknout strachu a fyzické bolesti spojené s ubližováním si, což vede ke snížení citlivosti vůči dalšímu sebepoškození. Díky tomu se mohou tito jedinci cítit posílněni a mít větší odvalu a schopnost sebevražedně jednat. Tuto teorii podporují výzkumy, které poukazují na častou absenci bolesti při sebepoškozování (např. Nock & Prinstein, 2005) a také ve srovnání s kontrolní skupinou na zvýšený práh bolesti u adolescentů, kteří se sebepoškozují (Bohus, Limberger, Ebner, Glocker, Schwarz, Wernz et al., 2000) a kteří za sebou mají sebevražedný pokus (Orbach, Mikulincer, King, Cohen & Stein 1997). Nock et al. (2006) i Joiner (2005) ve svých výzkumech potvrzují, že ti adolescenti, kteří při sebepoškozování necítili žádnou bolest, měli skoro dvakrát více sebevražedných pokusů než ti, kteří bolest cítili v jakékoliv míře. Také se ukazuje, že povaha sebepoškozování souvisí se suicidálním chováním. Dle výzkumu Nocka et al. (2006) dlouhodobost sebepoškozování a používání více metod zvyšuje pravděpodobnost sebevražedného pokusu. Nicméně některé výzkumy docházejí k zjištění, že mezi frekvencí sebepoškozování a suicidálními pokusy vztah není, což Joinerovu teorii nepodporuje (Nock et al., 2006; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007).

2.2.3 Duševní onemocnění

Kritérium alespoň jedné psychiatrické diagnózy splňuje přibližně 90 % dospívajících i dospělých, kteří spáchali sebevraždu (Shaffer et al. 1996; Cavanagh et al. 2003; Arsenaault-Lapierre, Kim & Turecki, 2004; Fleischmann, Bertolote, Belfer & Beautrais, 2005) a přibližně 80 % těch, kteří páchají pokusy (Vajda & Steinbeck, 2000; Bridge, Goldstein & Brent, 2006). Literatura uvádí, že v adolescenci se často vyskytuje komorbidita diagnóz, což představuje větší psychickou zátěž a také značně zvyšuje suicidální riziko (Foley et al. 2006). Wunderlich, Bronisch a Wittche (1998) ve svém výzkumu zjistili, že počet diagnóz úměrně zvyšuje pravděpodobnost suicidálního pokusu. Ve výzkumu Shaffera et al. (1996) mělo 70 % adolescentů, kteří svůj život ukončili sebevraždou, komplexní diagnostický profil s komorbiditou diagnóz. Foley et al. (2006) ve svém výzkumu uvádí, že suicidální adolescenti měli 6x větší pravděpodobnost duševního onemocnění a 22x větší riziko vícečetné psychiatrické diagnózy oproti adolescentům, kteří neměli sebevražedné ideace, tendence ani pokusy. Ukazuje se, že i dospělí jedinci, kteří spáchali sebevraždu, mají vyšší pravděpodobnost více než jedné psychiatrické diagnózy – ve výzkumu autorů Arsenaault-Lapierre et al. (2004) měl jeden dospělý člověk, který ukončil svůj život sebevraždou, průměrně 2,36 psychiatrických diagnóz.

Prevalence většiny psychiatrických diagnóz dle Shaffera et al. (1996) roste v adolescenci s věkem, což potvrzuje i zjištění, že starší adolescenti, kteří dokonali sebevraždu, měli také větší pravděpodobnost, že budou naplňovat diagnostické kritérium pro psychiatrické onemocnění než mladší (Grøholt et al., 1998; Brent et al., 1999). U starších adolescentů jsou oproti mladším více zastoupeny diagnózy závislost na návykových látkách (obzvláště na alkoholu), poruchy nálady i poruchy chování (Brent et al., 1999). Ve výzkumu Brenta et al. (1999) největší suicidální riziko u starších adolescentů představovala kombinace poruchy nálady a závislosti na návykových látkách. Ve výzkumech se ukazují také rozdíly mezi pohlavím. U sebevražedných chlapců se statisticky častěji vyskytovaly poruchy chování, především zneužívání návykových látek, a u dívek poruchy nálad v popředí s depresivní poruchou (Shaffer, 1996; Vajda & Steinbeck, 2000; Fleischmann et al., 2005).

„U většiny psychických poruch je riziko sebevraždy zvýšené,“ uvádí Praško a Látalová (2015, s. 16), nicméně literatura se shoduje, že u adolescentní populace jsou hlavními rizikovými faktory suicidálního myšlení a chování poruchy nálad (především depresivní porucha), zneužívání alkoholu a jiných návykových látek a poruchy chování (Shaffer et al., 1996; Cavanagh et al., 2003; Fleischmann et al., 2005). Tyto tři hlavní poruchy a jejich vzájemné kombinace pokrývají dle Fleischmann et al. (2005) více než dvě třetiny všech diagnóz. Dále se u suicidálních adolescentů objevují úzkostné poruchy, v menší míře poruchy osobnosti (antisociální a emočně nestabilní), schizofrenie a poruchy příjmu potravy (Fergusson et al., 2000; Kocourková & Koutek, 2006).

- **Poruchy nálady**

Poruchy nálady s nejvíce zastoupenou depresivní poruchou se ukazují být největším rizikovým faktorem suicidálního myšlení i chování (Cavanagh et al., 2003; Fleischmann et al., 2005; Foley et al. 2006). Často se vyskytují v kombinaci s dalšími diagnózami, jako jsou poruchy chování, úzkostné poruchy a závislosti. Ve výzkumu Foley et al. (2006) největší suicidální riziko představovala kombinace deprese a úzkostné poruchy (především generalizované úzkostné poruchy) a také deprese a poruchy chování (zejména poruchy opozičního vzdoru). Dle Fleischmann et al. (2005) mají mladí lidé s diagnózou depresivní poruchy 20–27x větší pravděpodobnost dokonané sebevraždy. Výzkumy ukazují, že poruchy nálady se vyskytují průměrně u 60 % jedinců, kteří svůj život sebevraždou ukončili (Cavanagh et al., 2003; Bridge et al., 2006), deprese samotná nebo v kombinaci s jinými poruchami se dle některých autorů vyskytuje přibližně u poloviny sebevražed mladistvých (např. Shaffer et al., 1996). Kocourková a Koutek (2006) depresi zjistili u 79 % adolescentů

po sebevražedném pokusu. Kromě depresivní poruchy je u adolescentů zatížena vyšším rizikem sebevraždy i dystymie, u které je dle Malé (2000) riziko suicidia u adolescentů až 30x větší než v běžné populaci a bipolární afektivní porucha (Dudová & Hrdlička, 2006). V klinické studii uvedlo 32 % adolescentů s bipolární afektivní poruchou alespoň jeden suicidální pokus (Goldstein, Birmaher, Axelson, Ryan, Strober, Gill et al., 2005). U obou poruch se vyskytují sebevražedné myšlenky jako symptomy nemoci a k jejich vzniku přispívá časný nástup onemocnění (Látalová & Kamarádová, 2015).

- **Zneužívání alkoholu a návykových látek**

V souvislosti se sebevražedným rizikem se často mluví o zneužívání návykových látek a alkoholu, které je mezi adolescenty s dokonanými sebevraždami zastoupeno přibližně v polovině případů a jeho výskyt roste s věkem (Shaffer et al., 1996; Fleischmann et al. 2005). Existují výzkumy, které uvádí, že nadměrné užívání alkoholu a jiných návykových látek (například marihuany) je prediktorem suicidálních pokusů (Vajda & Steinbeck, 2000; Sellers, Iriarte, Battalen & O'Brien, 2019) i rizikovým faktorem dokonané sebevraždy (Brent et al. 1999), kterou tito adolescenti umírají s 5–10x větší pravděpodobností (Fleischmann et al., 2005). V longitudinální studii Marse et al. (2019b) se ukázalo, že prediktor přechodu od suicidálních myšlenek k suicidálnímu pokusu je kouření marihuany a užívání jiných drog v předchozím roce. Návykové látky snižují inhibici, čímž mohou přispět k eskalaci sebevražedných myšlenek a přechodu od myšlení k jednání. Nicméně dle výzkumu Foley et al. (2006) zneužívání alkoholu a návykových látek nemá samo o sobě na suicidalitu vliv, významný vliv se objevil pouze v kombinaci s jinou diagnózou – nejčastěji poruchou nálady a chování. Zůstává otázka, zdali deprese spíše vede k zneužívání alkoholu a drog nebo je součástí celé závislostní problematiky. Alkohol může být použit jako toxická látka pro suicidální pokus (například v kombinaci s medikamenty) nebo k „dodání odvahy“ pro uskutečnění suicidálního pokusu (Koutek, 2008). To potvrzuje Grøholt et al. (1998), v jejichž výzkumu bylo v době smrti intoxikovaných 51 % dospívajících starších 15 let.

- **Poruchy chování**

Poruchy chování v širším slova smyslu („disruptive disorders“), pro dětství a dospívání typické, také představují riziko pro dokonané sebevraždy především u starších adolescentů (Grøholt et al., 1998; Brent et al., 1999). Dle Fleischmann et al. (2005) mají adolescenti s poruchou chování („conduct disorder“) 6–11x větší pravděpodobnost dokonané sebevraždy. Shaffer et al. (1996) zjistili poruchy chování u poloviny adolescentů, kteří

dokonalí sebevraždu, Kocourková a Koutek (2006) pozorovali poruchy chování u 39 % hospitalizovaných adolescentů po suicidálním pokusu. Poruchy chování se u suicidálních adolescentů nejčastěji vyskytují v kombinaci s poruchou nálady, se zneužíváním návykových látek nebo s úzkostnými poruchami, případně v kombinaci všech diagnóz (Shaffer et al., 1996; Fleischmann et al., 2005; Foley et al., 2006). Dle Foley et al. (2006) největší riziko sebevražedných myšlenek a pokusů ze zmíněných možností představuje kombinace deprese a poruchy opozičního vzdroru.

- **Úzkostné poruchy**

Ze skupiny úzkostných poruch je se suicidálním jednáním a myšlením u adolescentů nejvíce spojena posttraumatická stresová porucha – PTSD (Sareen, Houlahan, Cox, Gordon & Asmundson, 2005; Brabant, Hébert & Chagno, 2014). Také panické ataky se objevují jako častý rizikový faktor (např. Pilowsky, Wu & Anthony, 1999). U dalších úzkostných poruch (sociální fobie, agorafobie, generalizovaná úzkostná porucha, specifické fobie) jsou výsledky nejednoznačné, některé studie označují jejich přítomnost za rizikový faktor (např. Wunderlich et al., 1998), jiné ne (např. Sareen et al., 2005). Kocourková a Koutek (2006) uvádí, že 13 % adolescentů po suicidálním pokusu trpělo úzkostmi. Dle Foley et al. (2006) samotné úzkostné poruchy u dospívající populace nemají na suicidalitu signifikantní vliv, nicméně v kombinaci s jinou poruchou (nejčastěji s depresí) významně zvyšují výskyt suicidálního jednání. Největší suicidální riziko v jeho výzkumu představovala generalizovaná úzkostná porucha spojená s depresí.

- **Schizofrenie**

Dle výzkumů (Vajda & Steinbeck, 2000; Reith, Whyte & Carter 2003) jsou schizofrenie a ostatní psychotické poruchy u mladistvých rizikovým faktorem pro opakované suicidální pokusy, a to i přesto, že jsou dle Vajdy a Steinbecka (2000) poddiagnostikované, jelikož symptomatologie těchto nemocí se do pozdní adolescence či rané dospělosti nemusí plně projevit. „*Riziko sebevraždy pro dospívající nebo mladé dospělé se schizofrenií je 3x vyšší než u dospělých pacientů,*“ uvádí Látalová (2015, s. 36) a doplňuje, že „*zvlášť nebezpečné jsou první dva roky po nástupu onemocnění*“. Malá (2009) uvádí, že na začátku onemocnění je až u 70 % adolescentů přítomen depresivní syndrom spojený se sebevražednými pokusy. Největší riziko suicidia je dle Malé (2009) při časném začátku nemoci a také u adolescentů, kteří mají náhled na své onemocnění a byla jim diagnostikována

postpsychotická deprese (PPD). K suicidalitě u těchto osob často přispívá také škodlivé užívání psychotropních látek (Vajda & Steinbeck, 2000; Látalová, 2015).

- **Poruchy osobnosti**

Zde je na místě uvést, že poruchy osobnosti se obvykle diagnostikují až od 18 let, do té doby mluvíme o disharmonicky se vyvíjející osobnosti, kterou Kocourková a Koutek (2006) pozorovali u 89 % adolescentů hospitalizovaných po suicidálním pokusu. Proto jsou poruchy osobnosti v literatuře spojovány především s dospělostí, nicméně některé výzkumy nachází vztah mezi poruchou osobnosti a opakovanými suicidálními pokusy již ve starší adolescenci (Vajda & Steinbeck, 2000; Reith et al., 2003). U suicidálních jedinců s poruchou osobnosti se často rozvíjí některá z dalších psychických poruch, jako je deprese, úzkostná porucha nebo závislost na alkoholu a návykových látkách (Vajda & Steinbeck, 2000; Praško, 2015). Mezi dospívajícími, kteří sebevraždu dokonali, byla nejčastěji diagnostikována antisociální a emočně nestabilní porucha osobnosti (Fleischmann et al., 2005). Specifickými osobnostními rysy spojenými s rizikem suicidálního chování u adolescentů jsou dle některých studií impulzivita, agresivní tendence, neuroticismus a senzitivita, nízký self-esteem, beznaděj nebo perfekcionismus (Bridge et al., 2006; Kocourková & Koutek, 2006).

- **Poruchy příjmu potravy**

Některé výzkumy souvislost mezi poruchami příjmu potravy a suicidalitou nepotvrzují (Wunderlich et al., 1998), nicméně metaanalýza sebevražd mezi dospívajícími a mladými dospělými dívkami s mentální anorexií ukazuje, že tato skupina je 8x více ohrožena sebevraždou než běžná populace (Pompili, Mancinelli, Girardi, Ruberto & Tatarelli, 2004). Suicidální jednání může vzniknout jako reakce na nucení do jídla či léčby u anorektických pacientů nebo vlivem pocitů viny z přejídání u bulimických jedinců. Mentální anorexie je také často spojena s depresivním syndromem (Koutek, 2008). Přestože poruchy příjmu potravy jsou výrazně častější u dívek, výzkumy ukazují, že samotná nespokojenost s vlastním tělem (především váhou) zvyšuje riziko suicidálního jednání u obou pohlaví (Rosenberg, Jankowski, Sengupta, Wolfe, Wolford & Rosenberg, 2005; Whetstone, Morrissey & Cummings, 2007).

2.3 Rodina

Mezi okolnosti, které mohou přispívat k sebevražednému jednání, řadíme rodinnou psychopatologii, ztrátu rodiče, celkové špatné fungování rodiny a vztahů v ní nebo týrání a sexuální zneužívání pečující osobou.

2.3.1 Rodinná psychopatologie

Výzkumy ukazují, že rizikovým faktorem suicidálního myšlení a chování u adolescentů je nejen vlastní psychické onemocnění, ale také psychopatologie vyskytující se v blízké rodině (Brent et al., 1999; Agerbo et al., 2002; Shimshock, Williams & Sullivan, 2011). Symptomy deprese, úzkosti, somatizace nebo paranoidní ideace se vyskytovaly statisticky častěji u rodičů dětí se suicidálním pokusem v anamnéze oproti rodičům dětí bez suicidálního chování (Bolat, Kadak, Eliacik, Sargin, Incekas & Gunes, 2017). Ve skupině českých hospitalizovaných adolescentů po suicidálním pokusu jich jedna čtvrtina měla rodiče v psychiatrické péči (Koutek, Kocourková, 2006). Kromě psychických obtíží přispívá k suicidálnímu riziku i abúzus drog a alkoholu u rodičů (Fergusson et al., 2000; Shimshock et al., 2011). King et al. (2013) uvádí, že psychopatologie rodičů může adolescenty ovlivnit různými způsoby – například skrze zvýšené stresory, které se vážou k duševní poruše rodiče nebo skrze genetická rizika.

Suicidální riziko u adolescentů zvyšují především sebevražedné myšlenky rodičů (Oppenheimer, Ston & Hankin, 2018), suicidální pokusy (Brent, Melhem, Oquendo, Burke, Birmaher, Stanley et al., 2015) a dokonané sebevraždy v blízké rodině (Agerbo et al., 2002). Mezi českými adolescenty hospitalizovanými po suicidálním pokusu bylo zjištěno suicidální jednání v rodině nebo příbuzenstvu u 24 % adolescentů (Koutek & Kocourková, 2006). Děti a mladší adolescenti, jejichž rodiče někdy zažili vlastní sebevražedné myšlenky, měli ve výzkumu Oppenheimera et al. (2018) větší pravděpodobnost, že se u nich také objeví sebevražedné myšlenky než děti rodičů bez zkušenosti se sebevražednými myšlenkami. V případě suicidálního pokusu rodiče longitudinální výzkumy ukazují, že u potomka je pětinasobně zvýšené riziko sebevražedných myšlenek a plánů a 3–5x větší riziko sebevražedného pokusu bez ohledu na psychopatologii rodičů (Lieb, Bronisch, Höfler, Schreier & Wittchen, 2005; Geulayov, Metcalfe, Heron, Kidger & Gunnell, 2014; Brent et al., 2015). Pravděpodobnost úmrtí sebevraždou je dle Agerba et al. (2002) pětinasobná v případě dospívajícího potomka matky, která spáchala sebevraždu, a dvojnásobná u potomka otce, který spáchal sebevraždu, i po zahrnutí psychiatrické diagnózy rodiče. Z uvedených výzkumů

vyplývá, že suicidalita matky má na dítě větší vliv než suicidalita otce (Agerbo et al. 2002; Geulayov et al., 2014) a že závažnost suicidálního chování rodiče koresponduje se závažností suicidality dítěte (Lieb et al., 2005). Větší suicidální zátěž v rodině také přispívá k časnějšímu výskytu sebevražedných myšlenek (Oppenheimer et al., 2018) i pokusů u dospívajících (Lieb et al., 2005). Možné vysvětlení této souvislosti uvádí Koutek (2008, s. 303): „*Výskyt suicidia v rodině může být určitým návodem a modelem řešení krizové situace.*“

2.3.2 Rozvod a úmrtí

Některé studie zjistily, že rozvod rodičů nebo úmrtí rodiče souvisí se zvýšeným rizikem dokonané sebevraždy (Agerbo et al., 2002) i suicidálních pokusů u adolescentů (Wunderlich et al., 1998). V českém výzkumu adolescentů po suicidálním pokusu zažilo rozvod 53 % adolescentů (Koutek & Kocourková, 2006). Ve výzkumu Grøholt et al. (1998) se jako rizikový faktor dokonané sebevraždy ukázalo soužití v jiné podobě než s biologickou matkou a biologickým otcem, Wunderlich et al. (1998) nachází souvislost se suicidálními pokusy a výchovou pouze jedním z rodičů. Z výzkumu adolescentů, kteří dokonali sebevraždu, se ukazuje, že tito adolescenti signifikantně častěji pocházeli z rodin, ve kterých nežili s oběma biologickými rodiči (Gould, Fisher, Parides, Flory & Shaffer. 1996). V longitudinálním výzkumu Fergussona et al. (2000) 34,5 procent dětí do 14 let zažilo rodičovskou změnu v podobě rozchodu či rozvodu, odstěhování biologického rodiče, uzavření manželství s novým nevlastním rodičem či úmrtí jednoho z rodičů. Tyto změny následně predikovaly suicidální myšlenky ve věku 15–21 let. V českém výzkumu uvádí Krch a Csémy (2006), že děvčata vyrůstající v neúplné rodině byla také výrazně depresivnější než dívky z úplné rodiny.

Nicméně některé novější výzkumy souvislost sebevražedných myšlenek s rozvodem nepotvrzují (Goldstein, Birmaher, Axelson, Goldstein & Gill, 2009; Shimshock et al., 2011). Goldstein et al. (2009) ve svém výzkumu nabízí myšlenku, že způsob, jakým mezi sebou členové rodiny interagují a fungují před i po rozvodu, může být se suicidalitou spojený více než samotný rozvod a struktura rodinného soužití. Shimshock et al. (2011) je toho názoru, že díky nárůstu rozvodovosti ve společnosti již adolescenti s rozvedenými rodiči nejsou v takové menšině, jako tomu bylo dříve, a nezažívají stigma s rozvodem spojené, což může zmírnit dopad rozvodu na vznik suicidálních myšlenek. Dále můžeme uvažovat nad řadou dalších vlivů, jako je například ukončení napjatého prostředí v rodině. Mezi rizikové faktory sebevražedných pokusů patří také adopce (Keyes, Malone, Sharma, Iacono & McGue, 2013;

Slap, Goodman & Huang, 2014) a pěstounská péče (Pilowsky & Wu, 2006). Adoptovaní adolescenti udávali za život 4x více suicidálních pokusů než neadoptovaní jedinci (Keyes et al., 2013) a adolescenti v pěstounské péči uváděli 4x více suicidálních pokusů v posledním roce než jedinci, kteří nebyli v náhradní rodinné péči (Pilowsky & Wu, 2006). Je zřejmé, že biologická rodina hraje v životě adolescenta nezastupitelnou roli.

2.3.3 Rodinné prostředí

Ohledně rodinného prostředí mezi českými adolescenty hospitalizovanými po suicidálním pokusu se Kocourková a Koutek (2006, s. 432) vyjadřují takto: „*Pouze čtvrtinu rodin (24 %) bylo možné charakterizovat jako harmonickou rodinu, 44 % rodin fungovalo s konflikty, u 21 % šlo o dysfunkční rodinné prostředí a 11 % rodin vykazovalo těžké konflikty a patologické charakteristiky.*“ Kvalita vztahu mezi rodičem a dítětem je důležitým faktorem pro případný rozvoj sebevražedných myšlenek. Prajsová se svými kolegy (2018) zjistila, že nižší spokojenost se vztahem k otci i se vztahem k matce je jedním z rizikových faktorů suicidálního pokusu u českých adolescentů. Rizikovým faktorem sebevražedných myšlenek a plánů je dle autorů nižší spokojenost pouze k otci. Fergusson et al. (2000) uvádí, že adolescenti, kteří se pokusili o sebevraždu, s větší pravděpodobností pocházeli z rodiny, kde k sobě rodiče a děti nemají blízké citové pouto založené na důvěře a komunikaci. Absence blízkého a důvěrného vztahu mezi rodičem a dítětem se ukazuje být dobrým prediktorem sebevražedných myšlenek i budoucího sebevražedného pokusu (Fergusson et al., 2000).

Ve výzkumu Gould et al. (1996) se ukázalo, že adolescenti, kteří spáchali sebevraždu, komunikovali s oběma rodiči méně často a méně uspokojivě než kontrolní skupina bez ohledu na psychopatologii. Brent et al. (1999) zjistili, že u mladších adolescentů smrti předcházela nejčastěji hádka či problém v rodině. Výzkum na estonských, litevských a lucemburských adolescentech potvrdil, že potíže v komunikaci s rodiči ohledně starostí adolescentů jsou spojeny s vyšší pravděpodobností suicidálních myšlenek (Mark et al., 2013). U depresivních dospívajících je dle výzkumu Wilkinsona et al. (2011) prediktorem sebevražedného pokusu špatné fungování celé rodiny (absence porozumění, podpory a přijetí). Mnoho výzkumů a autorů se shoduje, že právě nedostatečná podpora ze strany rodiny (respektive její subjektivní vnímání) je jedním z nejdůležitějších rizikových faktorů suicidálního myšlení a chování (Lewinsohn et al, 1994; Perkins & Hartless, 2002, Liu, Huang & Liu, 2018).

Celkově špatná atmosféra v rodině (nízký zájem o dítě, nespokojenost s komunikací a podporou, narušené vztahy, konflikty) zvyšuje riziko nejen suicidálních myšlenek a pokusů

(Fergusson et al., 2000; King, Schwab-Stone, Flisher, Greenwald, Kramer, Goodman et al. 2001), ale také se podílí na rozvoji psychických obtíží (Krch & Csémy, 2006). Fergusson et al. (2000) nabízí přímé a nepřímé vysvětlení vlivu výše zmíněných rodinných charakteristik na suicidalitu. Dle výsledků jeho výzkumu rodinné faktory (rodičovské změny, pouto k rodičům, sexuální zneužívání) působí na suicidalitu nepřímo, skrze rozvoj duševních obtíží, které následně zvyšují riziko sebevraždy. Krch a Csémy (2006) potvrzují souvislost mezi rodinnou zátěží a depresivními příznaky. V jejich studii na středoškolských adolescentech se ukázalo, že spolu s výskytem problémů v rodině (konfliktů, napětí) a se zhoršením rodinné atmosféry úměrně narůstala četnost a intenzita depresivních příznaků u těchto dospívajících.

2.3.4 Sexuální zneužívání

Výzkumy se jasně shodují, že sexuální zneužívání (v rodině i mimo ni) je úzce spojeno se sebevražednými myšlenkami a pokusy (Martin, Bergen, Richardson, Roeger & Allison, 2004; Brezo, Paris, Vitaro, Hébert, Tremblay & Turecki, 2008; Miller, Esposito-Smythers, Weismore & Renshaw, 2013). Například ve výzkumu Fergussona et al. (2000) sexuální zneužití v dětství predikovalo jak sebevražedné myšlenky, tak pokusy do rané dospělosti. Sexuálně zneužití adolescenti uváděli ve výzkumu Martina et al. (2004) signifikantně častěji sebevražedné myšlenky, plány, výhrůžky i pokusy (24 %) oproti těm, kteří sexuální zneužití nezažili (5 %) a měli také vyšší skóre depresivity a beznaděje. Závažnost a četnost jejich suicidálního chování byla také větší – 32 % sexuálně zneužitých adolescentů (oproti 2 % v kontrolní skupině) se pokusilo o sebevraždu pětkrát či vícekrát a 36 % (oproti 8 % v kontrolní skupině) bylo kvůli závažnosti pokusu přijato do nemocnice. Byly také zaznamenány rozdíly mezi chlapci a dívkami. Suicidální pokus uvedla přibližně polovina sexuálně zneužitých chlapců a přibližně třetina zneužitých dívek. Dívky, které uváděly vysokou míru aktuálně prožívaného stresu spojeného se zážitkem zneužití, měly trojnásobnou pravděpodobnost sebevražedných myšlenek a plánů oproti kontrolní skupině, zatímco chlapci s vysoce prožívaným stresem z události měli až 18x větší riziko sebevražedného pokusu.

Rosenberg et al. (2005) shodně zjistili, že nedobrovolný sex souvisí s vícečetnými suicidálními pokusy a že jsou jimi více ohroženi chlapci. Z výzkumů vyplývá, že chlapci se zkušeností se sexuálním zneužitím jsou více ohroženi sebevražedným jednáním a jejich reakce mohou být závažnější než u dívek. Plunkett, O'Toole, Swanston, Oates, Shrimpton a Parkinson (2001) uvádí, že rizikové faktory suicidálního pokusu u zneužitých adolescentů jsou například pozdější věk sexuálního zneužívání nebo bagatelizace události rodiči, pro

dokonané sebevraždy také starší věk nebo zneužití více pachatelů. Ohledně vztahu s pachatelem a frekvence zneužití se některé výzkumy rozcházejí – dle Plunkett et al. (2001) přináší větší suicidální riziko jednorázové zneužití od někoho známého, ale ne nejbližšího, Brezo et al. (2008) uvádí, že riziko je větší u opakovaného zneužití a roste spolu se stupněm příbuznosti k dané osobě.

2.3.5 Týrání a zanedbávání

Výsledky studií týkajících se fyzického týrání se shodují na značné souvislosti se sebevražednými myšlenkami i pokusy u adolescentů (Perkins & Hartless, 2002; Salzinger, Rosario, Feldman & Ng-mak, 2007; Gomez, Tse, Wang, Turner, Millner, Nock et al., 2017). Salzinger et al. (2007) svým longitudinálním výzkumem dokládají, že fyzické týrání ve věku před adolescencí je samostatný silný rizikový faktor nezávislý na jiných rizikových faktorech. Gomez et al. (2017) zjišťují, že negativní působení fyzického týrání na suicidalitu je stejné ve všech obdobích adolescence. Fergusson et al. (2000) ve své studii uvádí, že adolescenti, kteří projevovali sebevražedné chování, s větší pravděpodobností pocházeli z rodin, kde byli středně nebo těžce fyzicky trestáni. I zde můžeme najít genderové rozdíly, přestože nejsou tak jednoznačné jako u sexuálního zneužívání. Některé výzkumy potvrzují větší dopad fyzického týrání na suicidalitu u chlapců (Miller et al., 2013). Na téma psychického týrání a zanedbávání bylo uskutečněno podstatně méně studií. Nicméně většina se shoduje, že i zde existuje signifikantní vztah mezi psychickým týráním nebo zanedbáváním a suicidalitou (Miller et al., 2013). Prospektivní americká studie potvrzuje, že riziko suicidálních pokusů kromě sexuálního zneužívání a fyzického týrání zvyšuje také maladaptivní výchova – drsné tresty, žárlivost a majetnickost matky, využívání viny ke kontrole dítěte, slovní urážky nebo špatná komunikace s dítětem (Johnson, Cohen, Gould, Kasen, Brown & Brook, 2002).

V asijském výzkumu bylo zjištěno, že rizikovým faktorem sebevražedných myšlenek u nedeprativních adolescentů je především absence zájmu a péče ze strany rodičů (Pan, Juang, Lu, Chen, Wang, Fuh et al., 2017). Arata, Langhinrichsen-Rohling, Bowers a O'Brien (2007) zkoumali jednotlivé druhy špatného zacházení s dětmi odděleně a v jejich výzkumu zanedbávání samotné nebo v kombinaci s týráním či zneužíváním určovalo vyšší suicidální riziko než týrání nebo zneužívání samotné. Baldry a Winkel (2003) věnovali svůj výzkum sebevražedným myšlenkám u italských adolescentů a zjistili, že u chlapců predikuje sebevražedné myšlení pouze ublížení od otce, zatímco u dívek od otce nebo matky. Výzkum také nabízí souvislost mezi sebevražednými myšlenkami a vystavením domácím násilím.

Výzkumy Breza et al. (2008) i Arata et al. (2007) ukazují, že působení více faktorů zároveň (fyzického týrání se sexuálním zneužíváním nebo se zanedbáváním) představuje větší suicidální riziko, než když se tyto stresory vyskytují zvlášť.

2.4. Škola a interpersonální vztahy

Školní prostředí a zaměření na výkon může být pro mnohé dospívající stresující. Existují studie, které mluví o tom, že suicidální riziko zvyšuje špatný školní prospěch (Jiang, Perry & Hesser, 2010), nedokončení školy (Wunderlich et al., 1998), vyhození ze školy (Gould et al., 1996) či atmosféra ve škole tvořená především nezájmem učitele o žáka (Perkins & Hartless, 2002). Častěji se ale žáci vypořádávají s obtížemi ve vrstevnických vztazích, kterým jsou věnovány následující kapitoly.

2.4.1. Šikana

Velký národní výzkum ve Velké Británii uskutečněný na více než deseti tisících mladistvých potvrdil, že šikana je aktuální téma, které ohrožuje psychické zdraví adolescentů. Více než polovina všech dospívajících (54 %) uvedla, že někdy zažila šikanu v reálném světě a přibližně pětina z nich v posledním roce. Ve virtuálním světě zažilo šikanu 17 % studentů (Ditch the label, 2017). Ve stejném roce národní americký výzkum také na středoškolských studentech uvádí, že 19 % dospívajících v posledním roce zažilo šikanu a 17 % kyberšikanu. Z homosexuálních a bisexuálních adolescentů zažilo v posledním roce 27 % šikanu a 33 % kyberšikanu (Centers for Disease Control and Prevention, 2017). Důvodem šikany mezi anglickými žáky byl nejčastěji vzhled, koníčky, dobré ale i špatné známky, příjem rodiny nebo kamarádství či příbuzenství s někým, kdo je také šikanován. Jako nejčastější dopad šikany na svou psychiku dospívající uvedli rozvoj sociální fobie a deprese, dále sebevražedné myšlenky (26 % u obětí kyberšikany a 24 % u obětí šikany) a sebepoškození. Také byl uveden jako následek šikany rozvoj poruch příjmu potravy, antisociálního chování, užívání alkoholu a drog nebo záškoláctví (Ditch the label, 2017).

Mnohé studie potvrzují vztah mezi šikanou a zvýšenou pravděpodobností suicidálních myšlenek (Mark et al., 2013; Klomek, Barzilay, Apter, Carli, Hoven, Sarchiapone et al., 2019) i suicidálních pokusů (Holt, Vivolo-Kantor, Polanin, Holland, DeGue, Matjasko et al., 2015; Liu et al., 2018). Také kyberšikana je ve výzkumech spojována se suicidálními myšlenkami i pokusy (Nikolaou, 2017; Sampasa-Kanyinga, Lalande & Colman, 2018) a dle některých autorů může mít na psychiku horší dopady než klasická šikana, protože se oběť

nemá kam před útočníkem schovat a zraňující materiál může být po internetu rychle šířen. Dle Nikolaou (2017) kyberšikana 14,5krát zvyšuje pravděpodobnost sebevražedných myšlenek a 8,7krát sebevražedného pokusu. Výzkumy rozdělují šikana ve školách dle podoby na vztahovou (pomluvy, vyčleňování z kolektivu) a přímou, která zahrnuje fyzickou (fyzické útoky) a verbální šikana (nadávky). Ve výzkumu Baldry a Winkela (2003) souvisela se suicidálními myšlenkami přímá i vztahová šikana, nicméně pouze vztahová šikana byla po zahrnutí demografických a rodinných faktorů nezávislým prediktorem suicidálních myšlenek. Klomek et al. (2019) ve své longitudinální studii na více než 11 000 adolescentech z 10 evropských zemí zjistili, že dlouhodobá vztahová šikana zvyšovala riziko pozdějších sebevražedných myšlenek, dlouhodobé fyzické ubližování zvyšovalo riziko pozdějších sebevražedných pokusů a krátkodobá fyzická šikana souvisela s pozdějšími suicidálními myšlenkami i pokusy.

Zajímavé je, že výzkumy prokazují suicidální riziko nejen u jedinců, kteří šikana zažívají, ale také u těch, kteří šikanují ostatní (Mark et al., 2013; Holt et al., 2015). Finský výzkum velkého rozsahu uvádí, že jak šikanující, tak šikanovaní mají kromě sebevražedných myšlenek také větší pravděpodobnost deprese, která byla u obou skupin prokázána na podobné úrovni s největší úrovní u těch, kteří šikanovali i byli sami šikanováni. Po zahrnutí depresivních příznaků se sebevražedné myšlenky ukázaly častěji u šikanujících adolescentů než u šikanovaných (Kaltiala-Heino, Rimpelä, Marttunen, Rimpelä & Rantanen, 1999). V metaanalýze Holt et al. (2015) vychází, že v největším sebevražedném riziku jsou ti, kteří šikana, jak zažívají, tak sami iniciují.

2.4.2 Vrstevnické a partnerské vztahy

Kromě zažívání šikany jsou pro adolescenty zásadní celkové vztahy s vrstevníky a jejich špatné fungování může přispívat k suicidálnímu jednání. Johnson et al. (2002) provedli longitudinální výzkum, ve kterém po zahrnutí věku, pohlaví a psychiatrických symptomů adolescentů i rodičů našli široké spektrum interpersonálních obtíží spojených s rizikem sebevražedných pokusů. Mezi ně patřily například problémy s vytvářením přátel, špatné vztahy s nimi a nedostatek blízkých přátel, krutost vůči vrstevníkům, sociální izolace nebo časté konflikty s vrstevníky a vztek na ně. Také nedostatek podpory od blízkých kamarádů a odmítání od vrstevníků bylo spojeno se sebevražednými myšlenkami (Prinstein, Boergers, Spirito, Little & Grapentine, 2000). Koutek a Kocourková (2003) uvádí, že ohrožené jsou

děti, které něčím vybočují (mají sníženou adaptabilitu, jsou úzkostné a uzavřené, fyzicky neobratné nebo obézní).

Ve středním a starším adolescentním věku dochází k nárůstu zájmu o partnerské vztahy. Pokud jsou vztahy fungující, mohou fungovat spíše jako protektivní faktor, nicméně ukončení vztahu představuje pro dospívající stres a často bývá označováno za spouštěč suicidálního jednání (Paul, 2018). Paul (2018) výzkumně potvrzuje, že nedávný rozchod zvyšuje pravděpodobnost přechodu od suicidálních myšlenek k prvnímu sebevražednému pokusu. Výzkumy, které se zaměřily na životní okolnosti předcházející dokonaným sebevraždám u adolescentů, shodně uvádí, že adolescenti často před smrtí zažili rozchod, odmítnutí nebo konflikt s přítelem či přítelkyní, a to častěji ve starším věku (Brent et al., 1999; Hysinger et al. 2011). Některé výzkumy poukazují na genderové rozdíly, ve kterých se zdá, že sebevražedným chováním jsou po rozchodu více ohroženi chlapci (Gould et al., 1996).

2.5. Kontextuální rizikové faktory

Mezi kontextuální rizikové faktory řadíme dostupnost metody, kterou si adolescent vybral pro svůj sebevražedný pokus, a také zážitky se sebevražedným chováním ve svém okolí.

2.5.1 Dostupnost zbraně

„Protože mnohé sebevražedné pokusy jsou ze své povahy impulzivní, rychlý přístup k sebevražedné metodě (především ke smrtelnému prostředku, jakou je například střelná zbraň), může zvýšit riziko sebevraždy.“ (King et al., 2013, s. 34). Střelná zbraň jako sebevražedný prostředek je oproti České republice výrazně častěji používána v Americe (Berman et al., 2006), proto také většina výzkumů na toto téma pochází z této země. Například ve výzkumu Brenta et al. (1999) byla dostupnost zbraně v domácnosti rizikovým faktorem dokonané sebevraždy u dospívajících dívek i chlapců, starších i mladších. Dle Millera, Azrael a Hemenwaye (2002) existuje signifikantně vyšší sebevražedná úmrtnost střelnou zbraní u dětí a mladších adolescentů v těch zemích Spojených států amerických, ve kterých jsou zbraně v domácnosti častější. Stejně tak dostupnost potenciálně nebezpečných léků může zvýšit riziko sebevraždy nebo přinejmenším zvýšit zdravotní riziko suicidálního pokusu. Gunnell, Hawton, Murray, Gamier, Bismuth, Fagg et al. (1994) zjistili čtyřnásobně menší úmrtnost na předávkování paracetamolem ve Francii, kde bylo oproti Anglii zavedeno omezení prodeje množství paracetamolu na osobu. V Anglii byl po zavedení prodeje odděleně

zabalených prášků paracetamolu (nikoliv v dóze) pozorován velký pokles v počtu závažného předávkování (Turvill, Burroughs & Moore, 2000).

2.5.2 Vystavení se sebevražednému chování

„Přímé setkání se suicidálním chováním v blízkém okolí známých a příbuzných, kteří ukončili život sebevraždou, představuje vysoké riziko,“ uvádí Prajsová et al. (2018, s. 28). Výzkumy ukazují, že nejen sebevražedné chování v rodině, ale i sebevražda či sebevražedný pokus vrstevníka či kamaráda je signifikantním prediktorem budoucího sebevražedného pokusu (Lewinson et al., 1994; Borowsky, Ireland & Resnick, 2001). Mars et al. (2019b) ve svém longitudinálním výzkumu zjistili, že mezi dospívajícími se sebevražednými myšlenkami vystavení sebevražednému chování v rodině i mezi přáteli přispívalo k přechodu od myšlenek k sebevražednému pokusu. V českém výzkumu Prajsová et al. (2018) měly dívky se zkušeností se suicidálním chováním ve svém okolí až 2x větší pravděpodobnost sebevražedných myšlenek a chlapci až 3x větší pravděpodobnost sebevražedného pokusu oproti dětem bez zkušenosti se sebevražedným chováním v blízkém okolí. Mars et al. (2019b) píše, že potenciální mechanismus vztahu mezi expozicí a následným vlastním sebevražedným chováním může být například sociální přenos a imitace.

Výzkum Prajsová et al. (2018) také ukazuje, že rizikovým faktorem suicidálních myšlenek je i expozice článku o sebevraždách v médiích. Děti i adolescenti jsou snadno zranitelná a ovlivnitelná skupina a je pro ně specifické, že se častěji, než dospělí identifikují se vzorci chování, normami a hodnotami, které jsou jim prezentovány. Zatímco mladší děti ještě nemají vyvinuté kritické myšlení a jsou proto ochotni médiím více důvěřovat, starší adolescenti mohou snadno podlehnout tlaku sociální skupiny. Vzniká proto riziko, že sebevraždy prezentované v médiích jako řešení zdánlivě nepřekonatelné situace mohou být pro dospívající návodné (Prajsová et al., 2018).

3. Sebevražedná tematika v kontextu dětské krizové linky

Jak z předchozích kapitol vyplývá, dospívající se mohou ocitnout v mnoha nelehkých situacích a mohou čelit problémům, které by představovaly zátěž i pro dospělé jedince. Oproti dospělým lidem mají adolescenti ztížené podmínky pro nalezení adekvátní pomoci. Mnohdy nevědí, na koho se s problémem obrátit, mohou se stydět nebo se bát následků, pokud se svěří někomu známému. V případě, že se rozhodnou svůj problém řešit tváří v tvář s odborníkem, potřebný souhlas rodiče (do 18 let) pro ně může představovat značnou překážku ve vyhledání pomoci. V takové situaci má anonymní telefonní krizová linka nezastupitelnou roli. Berman et al. (2006) uvádí, že právě anonymita, pohodlí konzultace skrze telefon a neformálnost může být pro adolescenty hlavní výhodou. V případě suicidální krize je neméně podstatný fakt, že se jedná o nepřetržitě dostupnou a bezplatnou pomoc. Thompson, Sugg a Runkle (2018) zmiňují, že volající mají po telefonu větší pocit kontroly, protože díky anonymitě mohou hovor kdykoliv ukončit. Výzkum Safera (1997) potvrzuje, že anonymní prostředí přináší větší otevřenost a chuť svěřit se se suicidálními tématy. „*Krizová linka pro děti je bezpečný, podpůrný a důvěrný prostor, kde je dětem a mladým lidem nasloucháno a kde mohou hledat informace, rady a zažít pocit ocenění a posilnění, aby získali pomoc, kterou potřebují ke zlepšení své duševní pohody*“ (NSPCC, 2018, s. 4). V České republice je nejznámější a nejdéle fungující krizová linka pro děti a studenty Linka bezpečí.

Denně volají na Linku bezpečí se suicidálními tématy přibližně 1–3 dospívající. Anglická dětská krizová linka zaznamenala v roce 2017 z celkového počtu hovorů devět procent hovorů se suicidální tematikou (NSPCC, 2018), Linka bezpečí uvádí za rok 2018 dvanáct procent hovorů na téma psychických obtíží, kam spadají i sebevražedná témata (Linka bezpečí, 2019). Cílem takového hovoru je vyhodnocení akutního ohrožení a pomocí metod krizové intervence deescalace akutní krize, zklidnění, rozšíření perspektivy možností, nasměrování na další pomoc, a především získání času, protože sebevražda je často impulzivním činem (Anda & Smith, 1993). Dle výzkumu jedinců po suicidálním pokusu se ukazuje, že nejvíce sebevražedných pokusů je provedeno během 10 minut od počátku akutních sebevražedných myšlenek (Deisenhammer, Chy-Meng, Strauss, Kemmler, Hinterhuber & Weiss, 2009).

Anda a Smith (1993) zkoumaly volání na americkou krizovou linku pro adolescenty a zjistily, že dívek se suicidálním tématem (myšlenkami, pokusem) volalo 2,4krát více než chlapců, což může potvrdovat, že chlapci pro sebe méně vyhledávají tento druh pomoci. Jako

nejčastější důvod rozmyšlení nad sebevraždou adolescenti zmiňovali problémy s láskou ve 21 % a na druhém místě konflikt s rodiči v 16 % případů. Další významné, ale méně časté důvody byly: násilí, těhotenství, sexuální problémy, kamarádský vztah, alkohol nebo drogy a deprese. Australský výzkum zabývající se tématy, která se objevovala v hovorech se sebevražednou tematikou na krizové lince, shodně uvádí, že v adolescentní věkové kategorii byly nejčastěji zmiňovány interpersonální problémy (ve vztazích nebo s rodiči) a dále sexuální zneužití nebo obtěžování. Následovalo téma smrti blízké osoby, samoty nebo rozchodu. Nicméně je třeba uvést, že použitý vzorek byl malý (28 dívek, 6 chlapců) a většina z volajících byla ženského pohlaví (Barber, Blackman, Talbot & Saebel, 2004). Oba zmíněné výzkumy sbíraly informace ze zpráv nebo zápisů z hovorů.

Výzkum autorek Anda a Smith (1993) se také zabýval akutností, se kterou adolescenti na krizovou linku volali a která byla definována jako kombinace míry připravenosti sebevražedného plánu a nebezpečnosti zvolené sebevražedné metody. Ukázalo se, že 73 % adolescentů nemělo plán sebevraždy a pouze 10 % volajících vykazovalo určitou míru ohrožení. V míře akutnosti sebevražedného obsahu v hovoru nebyl autorkami nalezen rozdíl mezi pohlavím. Nejčastější metoda sebevražedného jednání, kterou volající uváděli, bylo předávkování.

Existují také výzkumy, které zjišťovaly efektivitu rozhovorů na krizových linkách v kontextu témat se sebevražednou problematikou. King, Nurcombe, Bickman, Hides a Reid (2003) pomocí nezávislých hodnotitelů evaluovali stav sebevražedných dospívajících na začátku a konci hovoru. Výsledky ukazují u volajících signifikantní pokles suicidality a zlepšení psychického stavu. K podobným výsledkům došli i Gould, Kalafat, HarrisMunfakh, a Kleinman (2007) na vzorku dospělých volajících na krizovou linku. Během hovoru signifikantně klesla jejich chuť a záměr zemřít, psychická bolest a pocit beznaděje. Kromě sledování změn v průběhu hovoru autoři zkoumali také dlouhodobější účinek hovoru, konkrétně stav volajících 3 týdny po hovoru. Dospěli k závěru, že oproti stavu na konci hovoru se s odstupem času u volajících nijak nezměnil sebevražedný záměr, ale psychická bolest i pocit zoufalosti a beznaděje byly 3 týdny po hovoru signifikantně nižší. Přítomnost sebevražedného záměru na konci hovoru se ukázala být jediným prediktorem budoucího sebevražedného chování.

VÝZKUMNÁ ČÁST

Teoretická část představila východiska pro uchopení výzkumné části, jejímž cílem je hlubší poznání motivů a aspektů suicidality u adolescentů volajících na krizovou linku prostřednictvím analýzy zpráv z uskutečněných hovorů. Suicidální myšlení a chování adolescentů bylo doposud u dětí a dospívajících v České republice předmětem pouze mála vědeckých studií. Výzkumy se zaměřovaly na skupinu dětí a dospívajících hospitalizovaných na dětské psychiatrické klinice po předchozím suicidálním pokusu a k posouzení suicidality a jejich motivů využívaly primárně psychiatrická a psychologická vyšetření a standardizované rozhovory s dětmi i rodiči (Koutek & Kocourková, 2003, 2006). Dále bylo uskutečněno několik plošných výzkumů na středoškolské populaci, které mapovaly výskyt suicidality spolu s vybranými životními okolnostmi (např. Prajsová et al., 2018). Dosud ale nebyl uskutečněn obdobný výzkum, který by vycházel z nestrukturovaných a anonymních rozhovorů, jakými jsou rozhovory na dětské krizové lince.

4. Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Hlavním cílem výzkumu je zmapování životních okolností, které vedly nebo mohly přispět k rozvoji sebevražděných myšlenek, tendencí a pokusů u adolescentů volajících na dětskou krizovou linku (Linku bezpečí) v období čtvrt roku od 1. září do 31. prosince 2018. Analýza čerpá z odborné znalosti rizikových faktorů, které byly podrobně popsány v teoretické části této práce, a mezi sledovanými životními okolnostmi adolescentů se analogicky zaměřuje na oblast duševního zdraví, rodinné prostředí, školní prostředí a oblast vrstevnických a partnerských vztahů. Cílem výzkumu je podat ucelený pohled nejen na životní okolnosti, které mohly přispět k rozvoji suicidality u adolescentů, ale také identifikovat časté spouštěče suicidální krize. Výzkum si klade za cíl také popsat základní charakteristiky jedinců (věk, pohlaví), kteří v tomto období volali na Linku bezpečí se suicidálními tématy, a přiblížit aspekty jejich suicidálního myšlení a jednání (míru akutnosti a ohrožení, přítomnost sebevražděného plánu, minulého sebevražděného pokusu a zkušenosti se sebepoškočováním).

Kromě výše popsané analýzy si výzkum klade za cíl zodpovědět i několik podotázek, které se týkají genderových rozdílů v páchání suicidálních pokusů, akutnosti volání, opakovaných suicidálních myšlenek a v míře psychopatologie. Další výzkumné podotázky se

věnují souvislosti sebepoškozování se sebevražděnými pokusy a nejčastějším spouštěčem suicidální krize v závislosti na věku a pohlaví. Spouštěcím nebo také vyvolávacím faktorům se věnovalo několik studií. Brent et al. (1999) ve svém americkém výzkumu dokonáných sebevražd adolescentů zjistil, že spouštěcí faktory, které se vyskytly před smrtí, pocházely u mladších adolescentů spíše z rodinného prostředí, zatímco u starších více z partnerské oblasti. Autorka tohoto výzkumu se inspirovala studií Brenta et al. (1999), s jehož závěry srovná výsledky svého výzkumu, který vychází z etnicky i klinicky odlišné populace. Pro přehlednost je uvedeno shrnutí všech výzkumných otázek:

Hlavní výzkumné otázky:

- Jaké jsou demografické charakteristiky adolescentů volajících se suicidálními tématy na krizovou linku a aspekty jimi prezentovaného suicidálního obsahu?
- Jaké životní okolnosti se vyskytují u dospívajících, kteří mají sebevražedné myšlenky, tendence nebo aktuálně páchají sebevražedný pokus?
- Jaké jsou nejčastěji identifikované spouštěče suicidální krize u adolescentů?

Výzkumné podotázky:

- Existuje souvislost mezi pohlavím a pácháním sebevražedných pokusů?
- Existuje souvislost mezi pohlavím a akutností sebevražedného obsahu v době hovoru?
- Existuje souvislost mezi pohlavím a opakovaným suicidálním obsahem, se kterým adolescenti volají?
- Existuje souvislost mezi pohlavím a mírou uváděných duševních obtíží?
- Existuje souvislost mezi pácháním sebevražedných pokusů a zkušeností se sebepoškozováním?
- Závisí identifikovaný spouštěč suicidální krize z oblasti rodinných vztahů na věku a pohlaví?
- Závisí identifikovaný spouštěč suicidální krize z oblasti partnerských vztahů na věku a pohlaví?

Autorka práce ve shodě s odbornou literaturou očekává, že bude nalezen rozdíl mezi pohlavím. Literatura uvádí, že více sebevražedných pokusů páchají dívky, zde proto očekáváme, že se objeví signifikantně více pokusů u dívek. Vzhledem k tomu, že chlapi jsou dle literatury více ohroženi dokonanou sebevraždou a existuje názor, že si méně vyhledávají

pomoc, autorka předpokládá, že budou také volat s více akutním sebevražedným obsahem než dívky. Sebepoškozování je výzkumy ověřený rizikový faktor suicidality, proto i zde očekáváme nalezenou souvislost. Ve shodě s výzkumy (Brent et al., 1999; Hysinger et al., 2011) a názory, že důležitost partnerských vztahů v průběhu adolescence narůstá, autorka předpokládá, že mladší adolescenti budou mít častěji spouštěč suicidálního obsahu v oblasti rodiny, zatímco starší z oblasti partnerských vztahů.

5. Výzkumný soubor

Jelikož Linka bezpečí je největší celonárodní linka, volající mohli pocházet a volat z celé České republiky. Z těch, kteří se v období září až prosince 2018 ozvali na Linku bezpečí, byly vybrány pouze hovory volajících, kteří splnili věkové kritérium. Na Linku bezpečí mohou volat děti do završení 17. roku života, případně do završení 25. roku, pokud dotyčný jedinec studuje prezenční studium. Jedná se tedy o linku výhradně pro děti, adolescenty a mladé dospělé (Linka bezpečí, 2019). V našem výzkumu byla horní věková hranice 19 let určena ve shodě s některými českými i zahraničními výzkumy na téma suicidalitu u adolescentů (např. Baldry & Winkel, 2003; D'Augelli et al., 2005; Prajsová et al., 2018). Dolní věkovou hranici nebylo třeba určovat, jelikož nejmladším volajícím se sebevražednými tématy bylo 12 let, což je věk, který literatura považuje již za věk adolescentní (Vágnerová, 2005). Proto nebyl z důvodu dolní věkové hranice nikdo vyřazen. U adolescentů, u kterých nebyl věk znám, autorka práce vycházela z obsahu zpráv z hovorů a na jeho základě určila, zdali volající spadá do věkové hranice 12–19 let.

Volajících, kteří na Linku bezpečí volali v posledním čtvrtletí roku 2018, splňovali věk 12–19 let a chtěli řešit problém, jehož součástí bylo suicidální téma, bylo celkově 154. Zde je potřeba vysvětlit, že se nejedná o celkový počet hovorů, který byl ve skutečnosti vyšší. Pro účely tohoto výzkumu byly informace od klientů, kteří v daném období volali se suicidálními tématy opakovaně, sjednoceny a zaznamenány pod jednu osobu. Pokud by byly zaznamenány odděleně, došlo by ke značnému zkreslení při vyhodnocování četností. Nicméně ke sjednocení dvou či více hovorů k jednomu klientovi bylo přistupováno s rozvahou, a to pouze v těch případech, kde byla co největší jistota, že se opravdu jedná o stejného klienta. Muselo být naplněno jedno z následujících kritérií:

- Klient v hovoru sám oznámil, že již volal a řekl kdy, což bylo zaznamenáno do zprávy.
- Klient byl po hlase a dle příběhu rozpoznán vedoucím směny jako opakovaně volající klient a takto zaznamenán do zprávy z hovoru.
- Příběhy dvou a více hovorů v blízké časové souslednosti se shodovaly i v rovině detailů, případně na sebe plynule navazovaly.

Je zřejmé, že na tomto základě nemusely být rozpoznány všechny hovory stejného klienta a mohlo dojít ke zkreslení. Autorka výzkumu si je tohoto limitu vědoma a více se nad ním zamýšlí v diskusi této práce.

6. Výzkumné metody

6.1 Identifikace hovorů

V první řadě bylo zapotřebí identifikovat všechny tematické hovory se suicidální tematikou uskutečněné na Lince bezpečí v období 1. 9.–31. 12. 2018. Toto období bylo vybráno z důvodu nejvíce dovolání se suicidální tematikou ze všech ročních čtvrtletí v roce 2018 (nejvíce suicidálních hovorů proběhlo v říjnu a listopadu). Za tematický hovor je na Lince bezpečí považován takový hovor, který je přepojen z centrály a má téma, o kterém je možné na Lince bezpečí mluvit. Druh tematického hovoru je následně zaznamenán do počítačového systému, který nabízí tyto kategorie: „problém“, „testování“ (legrace a nereálné příběhy identifikované konzultantem nebo přiznané samotným dítětem), „problém druhé osoby“ (situace, kdy volající chce řešit problém nikoliv svůj, ale někoho dalšího), „poděkování“, „informace“, „zneužití“ nebo „jiné“ (Linka bezpečí, 2014). Pro účely tohoto výzkumu byly použity pouze hovory, které byly v systému zaznamenány jako „problém“, tedy takové hovory, ve kterých volající řešil problém, který se týkal přímo jeho a který nebyl vyhodnocen jako testovací nebo čistě informační hovor. Je zřejmé, že zaznamenávání hovorů do kategorie podléhá subjektivnímu dojmu konzultanta, a je tedy možné, že některý hovor se suicidální tematikou obsahoval charakteristiky testovacího hovoru, přesto byl ponechán v kategorii „problém“. Tomuto limitu je věnováno více pozornosti v diskusi.

Zde je na místě vysvětlit, že pouze z tematických hovorů s vážnější problematikou (například týrání, útek z domova, šikana, sebevražedný obsah a další) se na Lince bezpečí zapisují zprávy z hovoru. Ve zprávě je obvykle zachycen průběh hovoru, zjištěné informace o klientově situaci, jeho aktuální emoční stav, míra ohrožení sebevraždou, zakázka pro hovor a případné probrané možnosti řešení. Kromě zprávy konzultant vyplňuje ještě několik informací o hovoru jako například jeho délku, téma (konzultant označuje všechna důležitá témata z hovoru), ukončení a také pohlaví a věk klienta (Linka bezpečí, 2014). Vzhledem k tomu, že na Lince bezpečí se hovory nenahrávají, tyto zprávy sloužily jako jediný podklad pro veškerou analýzu tohoto výzkumu.

Celkový počet všech tematických hovorů v posledním čtvrtletí roku 2018 byl na Lince bezpečí 8295. Po odfiltrování testovacích a jiných hovorů, které nebyly vyhodnoceny jako hovory o problému klienta, zbylo 4329 hovorů v kategorii „problém“. Z nich bylo 1108 vedeno o vážnějších tématech, a proto z nich byla napsána konzultantem, který hovor vedl,

zpráva. Těchto 1108 zpráv z hovorů bylo autorkou výzkumu důkladně přečteno a stalo se podkladem pro identifikaci výsledných hovorů se suicidální tematikou. Přestože tento časově náročný krok mohl být nahrazen programovou selekcí hovorů vedených na témata se sebevražednou tematikou, ukázalo se, že tato možnost není spolehlivá, protože nezachycuje hovory, ve kterých bylo například probráno více témat a sebevražedné myšlenky či tendence konzultantem nebyly zaznamenány do systému jako téma, přestože se v hovoru objevily a byly popsány ve zprávě. Tyto chyby bylo možné eliminovat pouze důkladným pročtením.

Z 1108 zpráv byly metodou selekce vybrány všechny hovory, ve kterých klient mluvil o suicidálních myšlenkách, touhách, plánech i započatých pokusech nehledě na akutnost v době volání. Klíčová slova pro výběr byla například „černé myšlenky“, „sebevražedné myšlenky“, „klient říká, že se chce zabít / že bylo by lepší tu nebýt / že chce umřít / už nemůže dál“ a další. U hovorů, ve kterých volající uváděli chuť si ublížit, bylo nutné posoudit, zda byl přítomný úmysl zemřít. Pokud nebyl a jednalo se o ublížení ve smyslu sebepoškození, hovor nebyl zahrnut do výzkumu. Dále nebyly zahrnuty hovory klientů, kteří nespĺňovali horní věkovou hranici 19 let, a pokud byl identifikován opakovaně volající klient, jeho hovory byly přiřazeny k jedné osobě podle kritérií uvedených v předchozí kapitole. Tímto způsobem bylo identifikováno výsledných 154 adolescentů ve věku 12–19 let, kteří volali v rozmezí 1. 9. 2018–31. 12. 2018 a v hovoru zmiňovali vlastní suicidální témata v akutní i neakutní podobě.

6.2 Kvalitativní postup

Na kvalitativní analýzu je možné dle Miovského (2006) nahlížet různými způsoby. V případě této práce byly použity postupy obsahové a deskriptivní analýzy s přesahem do kvalitativní metody výzkumu. Data byla nejprve za pomoci metody vytváření trsů a zachycení vzorců rozčleněna do jednotlivých kategorií. Kategorie základních informací o volajících (věk, pohlaví), o hovorech (délka hovoru) a kategorie životních okolností (rodina, oblast duševního i fyzického zdraví, vrstevnické a partnerské vztahy, škola a další osobní témata) byly stanoveny předem analogicky k oblastem rizikových faktorů zmiňovaným v odborné literatuře. Na základě výzkumů rizikových faktorů suicidality u adolescentů byla dále stanovena i většina subkategorií (například šikana, týrání, rozchod nebo duševní obtíže a další). Některé subkategorie (například přetížení, dlouhodobý pocit) byly nově vytvořeny a pojmenovány až při práci s textem na základě často se objevujících témat. Ve velké míře byl

tedy použit teoretický přístup k tvorbě systému kategorií, v menší míře přístup deskriptivní (Miovský, 2006).

Charakteristiky volajících, jejich uvedené životní situace a aspekty suicidálního myšlení a chování byly následně do těchto kategorií kódovány. Informace byly zaznamenány v jednom řádku záznamové tabulky do sloupců příslušných kategorií, a pokud byl dotyčný rozpoznán jako opakovaně volající, informace z dalších hovorů byly zaznamenány do původního řádku, případně byly řádky sloučeny. „*Proces kódování dat nelze chápat jako definitivní a je možné v průběhu výzkumu provádět různé opravy a restrukturalizace v závislosti na nově zjištěných skutečnostech,*“ uvádí Miovský (2006, s. 210). I v našem případě byly v průběhu kódování prováděny změny – například když se ukázalo, že některá z kategorií je příliš obsáhlá a potřebuje rozdělit na menší celky, nebo naopak, když bylo potřeba některé datové segmenty sloučit. Celkově vzniklo 25 subkategorií, které jsou pro přehlednost uvedeny v tabulce č. 1.

Způsob kódování probíhal na několika úrovních. Některé informace z textu byly kódovány numericky (délka hovoru, věk) a některé dichotomicky hodnotou 1 = ano, případně 0 = ne (zkušenost se sebepoškozováním, uskutečněný suicidální pokus, rozvod rodičů, rozchod s partnerem). Nicméně většina subkategorií si žádala slovní kódování, a to buď nadřazeným pojmem, nebo slovním popisem dané situace. Oproti klasické kvalitativní analýze, která by zde pracovala s přímou řečí probanda, v našem výzkumu takovou možnost nemáme. Pracujeme s parafrázovaným textem konzultanta, a proto bylo při kódování využito shrnování a hledání nadřazených pojmů. Například text zprávy z hovoru: „Klientka říká, že se poslední dobou cítí pořád sama a nemá se komu svěřit“ byl zakódován jako „samota“ v subkategorii dlouhodobý pocit. Text: „Matka klientce říká, že žádného psychologa nepotřebuje, že si depresi vymýšlí a ať jde normálně do školy“ bylo zakódováno jako „nepochopení pro duševní obtíže“ v subkategorii narušené vztahy a konflikty v rodinném prostředí. Text: „Klientka řekla spolužákovi, že ho miluje, a on ji od té doby ignoruje“ byl zakódován jako „odmítnutí“ v subkategorii partnerské problémy a rozchod. Nebo text: „Klient říká, že táta mlátil jeho i mámu, ale teď jsou už pár měsíců rodiče rozvedení“ byl zakódován jako „fyzické týrání“ do subkategorie týrání, jako „1“ v subkategorii rozvod a jako „domácí násilí“ v subkategorii narušené vztahy a konflikty. Nicméně ne vždy bylo možné nalézt a vytvořit nadřazený pojem, který by se ve zprávách z hovorů opakoval, a tak bylo nutné zakódovat popis celé situace, která subkategorii odpovídala.

Odlišný způsob kódování jednotlivých životních událostí umožnil do jedné subkategorie kódovat různé životní okolnosti a nevytvářet pro ně nové oddíly. Například subkategorie partnerské problémy a rozchod v sobě zahrnovaly jak rozchod (kódovaný číslem 1), tak jiné partnerské problémy kódované nadřazeným pojmem (například: hádka s přítelem) či popisem. Podobně u subkategorie rozvod byl rozvod kódován číslem 1 a dále například pojmem „dětský domov“ byl kódován život v dětském domově. Přehlednost byla podpořena použitím zkratk jako například FY = fyzické týrání, PSY = psychické týrání. Kódování probíhalo v co nejkratším čase (v průběhu 1,5 měsíce), aby byl zachován jednotný přístup a kritéria přiřazování a také opakovaně (2x–3x), aby se omezily chyby z nepozornosti. Pro veškerou práci s daty byl použit tabulkový procesor Microsoft Excel. Ukázkou ze záznamové tabulky autorka práce z důvodu mlčenlivosti nepřikládá, nicméně je možné ji na dotaz poskytnout k nahlédnutí.

Přesto, že bylo pracováno s hovory, které nebyly konzultantem vyhodnoceny jako testovací hovory, ukázalo se, že ne všechny hovory bylo možné uvedeným způsobem kódovat. Výzkum byl proto rozdělen na dvě fáze. V první fázi byly kódovány a následně analyzovány základní informace o klientech a kategorie klinické údaje (viz tabulka č. 1), a to ze všech hovorů přiřazených 154 klientům. Do druhé fáze výzkumu, která se zabývala životními okolnostmi suicidality (subkategorie duševní a fyzické zdraví, rodinné prostředí, škola a vrstevnické vztahy, další osobní témata a spouštěče), byly zahrnuty pouze takové hovory, ve kterých se alespoň částečně mluvilo o příčinách sebevražedných myšlenek, tendencí a pokusů nebo o celkové životní situaci volajícího. Do druhé fáze výzkumu bylo zahrnuto 135 hovorů a 19 jich bylo vyřazeno z následujících důvodů:

- Hovor byl natolik krátký, že se v něm nestihlo nic probrat (například rychle vypadl, někdo do něj vstoupil) nebo pokud byly pro hovor špatné podmínky.
- Hovor byl akutní ve fázi započatého sebevražedného pokusu nebo velmi intenzivních myšlenek na sebevraždu, ve kterých se řešila záchrana života nebo tvorba krizového plánu a nebyl v nich proto prostor na probírání důvodů aktuální suicidální krize.
- Klient z jiného důvodu v hovoru neuvedl příčinu ani okolnost sebevražedného myšlení či jednání (například kvůli pasivitě).

Základní informace	Klinické údaje	Duševní a fyzické zdraví	Rodinné prostředí	Škola a vrstevnické vztahy	Další osobní témata
<ul style="list-style-type: none"> • věk • pohlaví • délka hovoru 	<ul style="list-style-type: none"> • akutnost suicidálního obsahu • opakovaný suicidální obsah • suicidální plán • uskutečněný suicidální pokus • zkušenost se sebepoškozováním 	<ul style="list-style-type: none"> • duševní problémy • depresivní tendence • nespokojenost se sebou • fyzické problémy 	<ul style="list-style-type: none"> • narušené vztahy, konflikty • rozvod • úmrtí či nemoc • týrání a zanedbávání • sexuální zneužití 	<ul style="list-style-type: none"> • školní neúspěch • problémy v kolektivu • šikana 	<ul style="list-style-type: none"> • sexuální orientace a identita • partnerské problémy, rozchod • alkohol, drogy • přetížení • dlouhodobý pocit

Tabulka č. 1 Přehled sledovaných kategorií

Zde je na místě definovat některé méně jasné kategorie a vysvětlit, jak s jednotlivými obecnými pojmy autorka ve výzkumu pracuje a jakým způsobem byly kódovány.

Akutnost sebevražedného obsahu v době volání je operacionalizována jako ukazatel ohrožení života na kontinuu od neakutních sebevražedných myšlenek přes akutní sebevražedné myšlenky a sebevražedné tendence až po započatý sebevražedný pokus. Akutnost byla určena autorkou výzkumu na základě kontextu zprávy z hovoru a udávané akutnosti volajícím. Myšlenky byly kódovány, pokud volající uváděl „pouze“ stadium myšlenek na sebevraždu, a to: v minulosti / v současnosti, ale nikoliv v době hovoru / v současnosti i v době hovoru. Tendence byly kódovány v případě, že volající měl plán sebevraždy a zároveň již pro jeho realizaci něco vykonal (obstaral si sebevražedný prostředek, vybral si místo nebo se na něj dopravil). Sebevražedný pokus byl kódován pouze ve chvíli, kdy volající v době hovoru či v době před hovorem započal jakýkoliv akt, který ho ohrozil na životě (například spolýkání prášků).

Opakovaný suicidální obsah autorka definuje jako suicidální myšlenky či tendence, které nejsou jednorázové (situačně podmíněné), ale trvají již delší dobu nebo se vrací. Opakovaný suicidální obsah zde byl kódován, pokud klient uvedl, že na sebevraždu myslí již delší dobu, nebo pokud se o sebevraždu již pokusil. Pokud ze zprávy z hovoru dlouhodobost nebyla zřejmá, nebo klient uvedl, že sebevražedné myšlenky má krátce, nebo že souvisí s konkrétní událostí, která se v nedávné době stala a před kterou na sebevraždu nemyslel, opakovaný obsah kódován nebyl.

Depresivní tendence byly jako jediné subjektivně posuzovány autorkou výzkumu na základě celkově popsaného projevu klienta. To znamená, že zatímco u subkategorie duševních obtíží bylo pro zaznamenání kódu potřeba, aby klient daný problém (depresi) sám zmínil, v tomto případě rozhodoval popis klientova emočního prožívání i vnímání nastalé situace ve zprávě. Za depresivní tendence byla považovaná kombinace alespoň dvou z těchto projevů: klient zní vyčerpaně, je bez energie, cítí dlouhodobě smutek, mluví o tom, že již nevidí ve věcech smysl, východiska, nemá pocit, že jeho situace může být někdy lepší, nebaví ho věci, které dělal dříve, nemá sílu.

Za **spouštěč suicidální krize** autorka považuje událost, která jednoznačně přispěla k samotnému vzniku suicidálního obsahu u dosud nesuicidálních jedinců, případně která vedla ke zhoršení suicidálního obsahu ve směru od sebevražedných myšlenek k tendencím a pokusům u jedinců s opakovanými sebevražednými myšlenkami. Koutek a Koutková (2003) spouštěče nazývají „posledními podněty“, které působí náhle na pozadí dalších faktorů, které zhoršují adaptaci jedince. Adolescent například mohl uvádět dlouhodobé problémy s rodiči, ale za spouštěč suicidálního obsahu nebo zhoršení označil aktuální rozchod. Pokud byl takovýto spouštěč identifikován, příslušný kód v tabulce (nadřazený pojem, popis, hodnota „1“) byl označen červenou barvou. V ojedinělých případech byly identifikovány dva spouštěče.

Mezi duševní obtíže byly řazeny psychiatrické diagnózy i zatím nedagnostikované poruchy, které volající popisovali buď jako své domněnky, že danou nemoc mají (například depresi), nebo skrze hlavní symptomy (například hlasy). Pokud volající sdělil, že má danou diagnózu, byl zaznamenán její název, pokud mluvil pouze o symptomech, byly zaznamenány projevy dané poruchy. Pro účely kvantifikace byly sloučeny symptomy a diagnózy u deprese, úzkostných poruch a poruch příjmu potravy. Naopak diagnóza schizofrenie nebyla spojena se symptomy hlasů či halucinací, protože krizový rozhovor neslouží k určení této diagnózy.

Subkategorie z **rodinného prostředí** se týkaly výhradně členů rodiny kromě sexuálního zneužití, kam bylo zařazeno zneužití i jinými osobami než členy rodiny. Do kategorie rozvod byly kromě rozvodu kódovány všechny zjištěné formy rodinného soužití (s kým nebo kde). Týrání, zanedbávání i sexuální zneužívání bylo kódováno autorkou výzkumu na základě popisu rodinné situace, a především zaznamenaných témat konzultantem, který hovor vedl. Tato témata konzultanti na Lince bezpečí označují jako syndrom CAN (syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte) v souladu s používáním tohoto pojmu v sociálních službách a odborné literatuře.

Do kategorie **vrstevnických vztahů** byla kódována šikana ve chvílích, když o ní dítě jako o šikaně mluvilo a zároveň když naplňovala znaky šikany. Pokud autorka ze zprávy vyhodnotila (nebo konzultant z hovoru), že se zatím o šikanu nejedná, dané chování bylo kódováno do subkategorie problému v kolektivu. Subkategorie alkoholu a drog nebyla zaznamenávána pod kategorií psychických problémů, kam by také mohla patřit, protože do ní byly kódovány všechny záznamy o užívání návykových látek, nikoliv pouze ty, které by mohly naplňovat kritéria závislosti. Ostatní subkategorie není třeba popisovat, jelikož obsahově zcela odpovídají názvu.

Po fázi kódování autorka přistoupila k deskripci nejčastěji se vyskytujících pojmů. Pro statistický popis použila jednoduché statistické metody, jako jsou průměry a výpočty četností. Některé výsledky zaznamenala do grafů. Až poté byly identifikovány vztahy mezi kategoriemi, vyvozeny závěry a výsledky interpretovány, neboť *„kvalitní deskripce by vždy měla předcházet jakékoliv interpretaci. Jinými slovy, deskriptivní přístup v oblasti analýzy kvalitativních dat tvoří jakousi základní bázi, z níž vycházíme a k níž se zpětně při interpretaci vztahujeme“* (Miovský, 2006, s. 221).

6.3 Kvantitativní postup

Výzkumné podotázky byly všechny analyzovány statistickou metodou chí-kvadrát testu v programu Statgraphics Plus. Jelikož otázky se týkají různých témat, muselo být u každé otázky přistoupeno k volbě odpovídajícího vzorku, který bude následně popsán. Otázky, které se týkaly souvislosti pohlaví a páchání sebevražedných pokusů a souvislosti sebepoškozování a sebevražedných pokusů, byly zkoumány na všech 154 volajících. Za sebevražedné pokusy zde byly počítány jak uskutečněné sebevražedné pokusy v minulosti, které volající v hovoru zmínili, tak aktuální pokusy započaté před hovorem. Adolescenti tak byli rozděleni na dvě skupiny – ty, kteří se někdy pokusili o sebevraždu, a ty, kteří k realizaci sebevražedného pokusu zatím nikdy nepřistoupili. „Pácháním“ sebevražedných pokusů se tak myslí tendence přiblížení se od myšlenek a plánů k činům. Otázka týkající se souvislosti mezi pohlavím a akutností sebevražedného obsahu byla také zkoumána na adolescentech zahrnutých do první fáze výzkumu. Jelikož ale zkoumáme akutnost suicidálního obsahu v době hovoru, bylo vyřazeno 6 jedinců (3 dívky a 3 chlapci), kteří nevolali kvůli suicidálnímu obsahu a zmínili ho pouze jako uzavřenou kapitolu v minulosti. Zbýlých 148 adolescentů, kteří uváděli suicidální obsah v přítomnosti (ale ne nutně v době hovoru), bylo rozděleno do dvou skupin. „Méně akutní skupina“ zahrnovala suicidální myšlenky ve všech

intenzitách, „akutní skupina“ zahrnovala volající, kteří v době hovoru byly zakódováni pod suicidální tendence a probíhající pokusy.

Z obsahově bohatších hovorů zařazených do druhé fáze výzkumu (N = 135) byly zkoumány výzkumné podotázky, které si žádaly více informací v hovoru. Konkrétně otázka týkající se souvislosti mezi pohlavím a uváděnými duševními obtížemi a také pohlavím a opakovaným suicidálním obsahem. Protože otázka na opakovaný suicidální obsah se také týkala situace v době volání, bylo opět vyřazeno 6 jedinců, kteří zmínili suicidální obsah v minulosti. Adolescenti byli zařazeni do dvou skupin dle toho, zdali uvedli duševní problémy či neuvedli a zdali u nich byl zaznamenán opakující se obsah či nikoliv. Spouštěče suicidální krize nebyly identifikovány ve všech hovorech. V některých zprávách z hovorů nebylo zřejmé, jaká konkrétní událost vedla ke spuštění či zhoršení sebevražedného obsahu, v některých případech adolescenti samotní nebyli schopni určit, co vyvolalo jejich aktuální stav, protože zažívali například chronickou zátěž v různých oblastech, která působila zároveň. Celkově byl určen spouštěč suicidální krize u 70 adolescentů. Adolescenti (6), u kterých nebyl znám věk, museli být vyřazeni. Zbýlých 64 adolescentů bylo rozděleno na mladší adolescenty ve věku 12–15 let a starší adolescenty 15–19 let. Toto věkové rozdělení bylo převzato z výzkumů zaměřených na rozdíly mezi mladšími a staršími adolescenty (Brent et al., 1999; Hysinger et al., 2011) a reflektuje i vývojové rozdělení adolescence (Vágnerová, 2005). Následně byla analyzována souvislost dvou nejčastěji zmiňovaných oblastí spouštěčů (rodina a partnerské vztahy) a příslušností ke skupině mladších nebo starších adolescentů a dívek a chlapců.

7. Analýza dat a výsledky

V této kapitole budou shrnuty poznatky o volajících, aspektech jejich suicidálního obsahu a životních okolností, které mohly přispět k rozvoji sebevražedných myšlenek, tendencí a pokusů. Výsledky budou představeny dle využitých přístupů a dále dle zkoumaných oblastí.

7.1 Kvalitativní přístup

7.1.1 Základní charakteristiky volajících

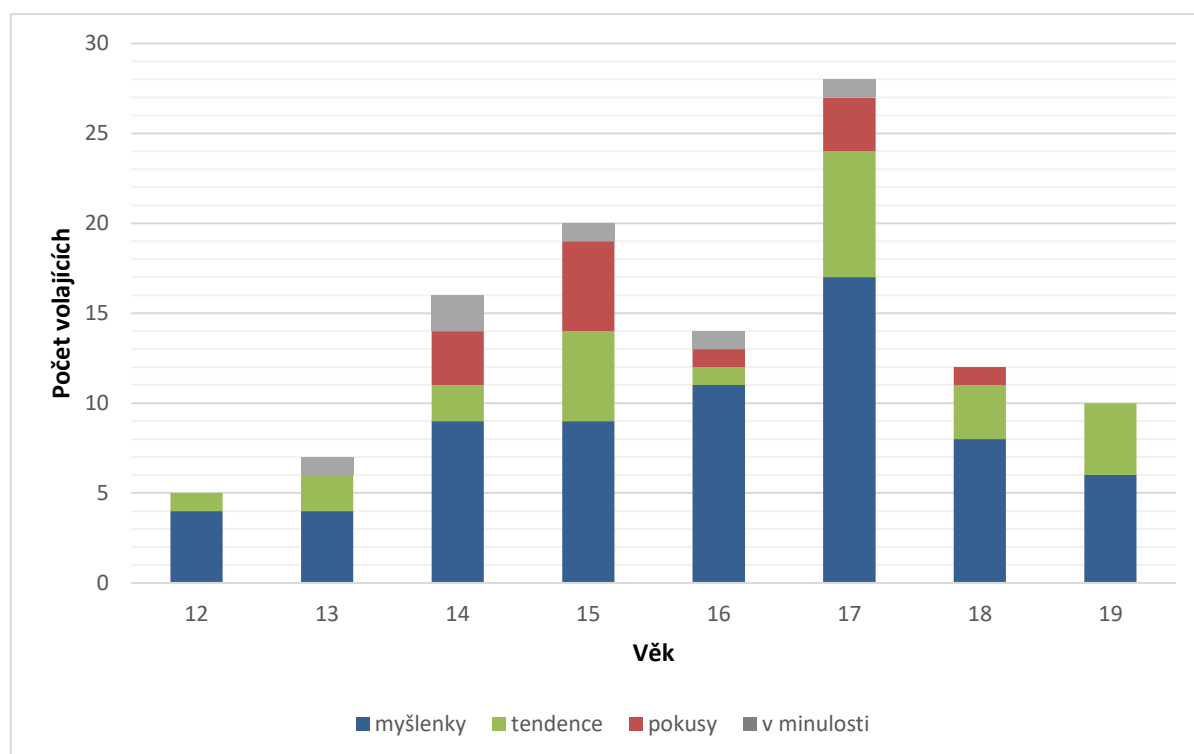
Celkově na Linku bezpečí v období 1. 9. 2018–31. 12. 2018 volalo 154 identifikovaných dospívajících ve věku 12–19 let, kteří sami řešili a zmiňovali témata spojená se sebevražednými myšlenkami, tendencemi a pokusy. Dívek bylo 79 % (122) a chlapců 21 % (32). Jejich průměrný věk byl 15,9 let. V mladší adolescenci (do 15 let) počet volajících rostl s věkem, zatímco v pozdním dospívání (od 17 let) s věkem klesal. Nejvíce adolescentů volalo v 17 a 15 letech. Věkové rozložení je vidět na grafu č. 1. U 135 adolescentů byl v tomto období identifikován pouze jeden hovor se suicidální tematikou, u 19 dospívajících byly zaznamenány dva a více hovorů. Šest adolescentů v hovorech uvedlo, že na Linku bezpečí volají často. Jeden analyzovaný hovor trval průměrně 34 minut. Ve druhé fázi výzkumu (analýze životních okolností suicidality) autorka vycházela z hovorů 135 adolescentů, 27 chlapců a 108 dívek.

7.1.2 Aspekty suicidality

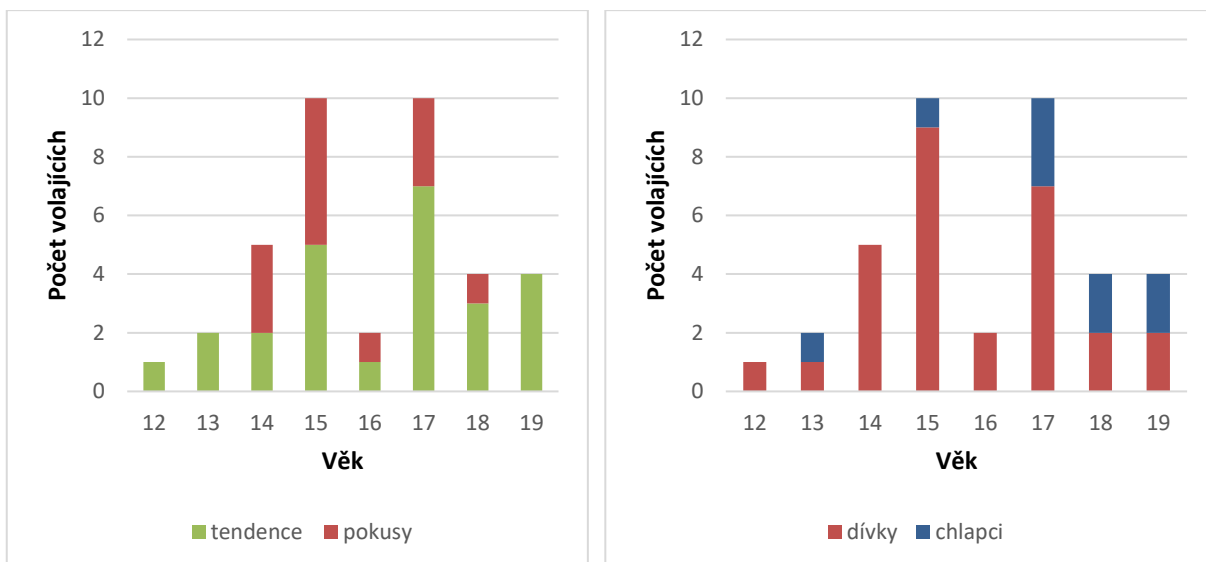
Se zpočatým pokusem o sebevraždu volalo 9 % adolescentů (14). Ve fázi tendencí se v době hovoru nacházelo 21 % volajících (33) a aktuální sebevražedné myšlenky uvádělo v různé intenzitě 66 % dospívajících (101). Myšlenky se pohybovaly na spektru od neakutních („vlastně to nechci udělat, jen mě to napadlo“) až po velmi akutní, které ale zůstávaly v rovině představ. Šest dospívajících nevolalo se suicidálními tématy v přítomnosti, ale zmiňovalo ukončenou etapu v minulosti, ve které přemýšleli o sebevraždě. Pokud těchto šest nebudeme zahrnovat (jelikož u nich nebyly informace o opakovaném suicidálním obsahu) a budeme vycházet z hovorů zařazených do druhé fáze výzkumu, které byly obsahově hodnotnější, s dlouhodobějším a opakovaným suicidálním obsahem volalo na linku

96 adolescentů, tedy 74 %. V jednom případě sebevražedných tendencí se jednalo o tak zvanou suicidální dohodu, kdy se dvě dívky domluvily na společném spáchání sebevraždy.

Rozložení akutnosti volání v závislosti na **věku** ukazuje graf č. 1. Ukazuje se, že počet adolescentů volajících ve fázi sebevražedných myšlenek úměrně narůstá s věkem do 17. roku, poté klesá. Počet adolescentů volajících s tendencemi a započatými pokusy roste do 15. roku, respektive 17. roku života, a poté klesá. Věk 16 let představuje velký pokles volajících s akutnějšími formami suicidálního chování, což dokládá graf č. 2. Nejčastější věk volání se sebevražednými myšlenkami i tendencemi byl rok 17., nejčastější věk volání se započatým suicidálním pokusem byl 15. rok. Pokud se podíváme na akutnější formy (tendence a pokusy dohromady) ve vztahu k pohlaví, z grafu č. 3 je vidět, že zatímco dívky volají s akutnějšími formami suicidality v každém věku a nejčastěji ve střední adolescenci, chlapci volají s tendencemi a pokusy spíše na konci dospívání. Do následujících několika grafů nebyly zahrnuti jedinci, u kterých nebyl znám věk.



Graf č. 1 Počet volajících dle formy sebevražedného chování v hovorů a věku

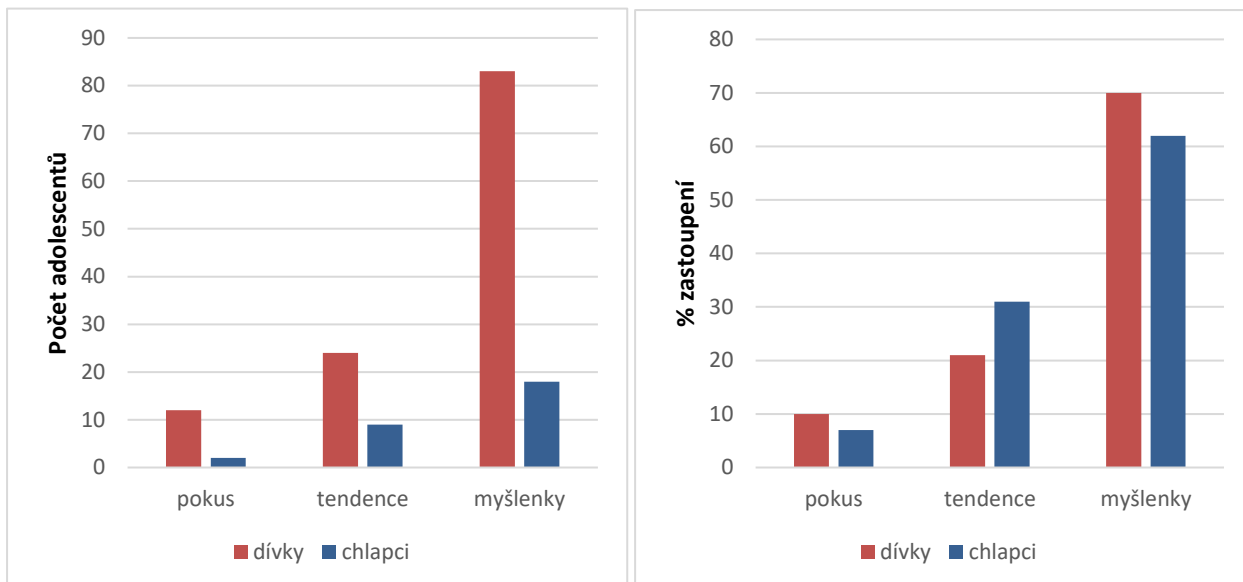


Graf č. 2 Počet adolescentů volajících se sebevražednými tendencemi a pokusy dle věku

Graf č. 3 Počet adolescentů volajících se sebevražednými tendencemi nebo pokusy dle věku a pohlaví

Počet volajících dívek dle grafu č. 4 jednoznačně převyšuje počet chlapců jak u sebevražedných myšlenek, tak tendencí i pokusů. Pokud se ale podíváme na procentuální rozložení jednotlivých forem sebevražedného chování dle **pohlaví**, uvidíme, že sebevražedné myšlenky a pokusy byly o něco častější mezi dívkami, zatímco fáze sebevražedných tendencí během volání byla častější mezi chlapci. Pokud budeme počítat pouze adolescenty, kteří zažívali jakoukoliv formu sebevražedného chování v současnosti, se sebevražedným pokusem volalo 7 % (2) chlapců a 10 % (12) dívek, se sebevražednými tendencemi 31 % chlapců (9) a 21 % dívek (24). Ve stadiu myšlenek se nacházelo v období volání 70 % dívek (83), podobně jako 62 % chlapců (18). Rozdělení ukazuje graf č. 5.

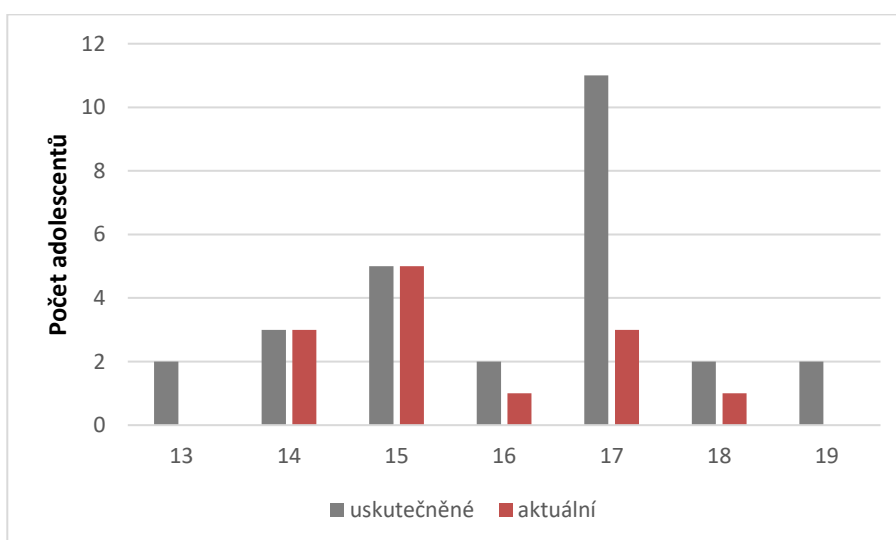
Dále 31 % (48) adolescentů uvedlo zkušenost se **sebepoškozováním** a 20 % (31) uvedlo uskutečněný suicidální pokus v minulosti. Z těch, kteří uvedli zkušenost se sebepoškozováním, uvedlo 31 % (15) také uskutečněný suicidální pokus a necelá polovina (48 %) z těch, kteří uvedli sebevražedný pokus, sdělili také zkušenost se sebepoškozováním. Z adolescentů s **uskutečněným suicidálním pokusem** šest sdělilo (5 dívek a jeden chlapec), že mají za sebou vícečetné suicidální pokusy. Navíc ze 14 dospívajících, kteří volali ve fázi započatého suicidálního pokusu, 3 volající uvedli již předchozí suicidální pokus a jeden dokonce vícečetný pokus. Celkově tedy devět adolescentů (6 %) mělo zkušenost s více než jedním sebevražedným pokusem (8 dívek a 1 chlapec). Ve dvou hovorech zaznělo, že se dotčení o sebevraždu pokouší již několik let – v jednom případě od 12 let, v druhém od 14 let.



Graf č. 4 Počet adolescentů dle formy sebevražedného chování v hovoru

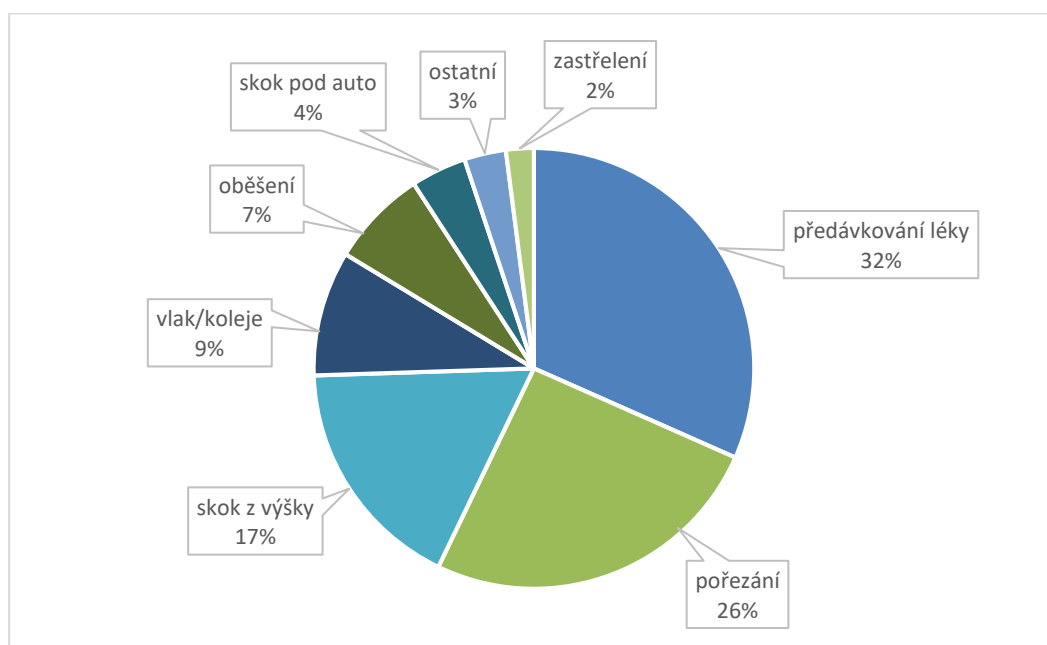
Graf č. 5 Procentuální zastoupení adolescentů dle formy sebevražedného chování v hovoru

Z hlediska pohlaví se jedná shodně o 12,5 procent (4) chlapců se zkušeností se sebepoškozováním a stejný počet s uskutečněným suicidálním pokusem. Podstatně více dívek uvedlo zkušenost se sebepoškozováním (36 %) i minulým suicidálním pokusem (22 %). Mezi nejčastěji uváděnými formami sebepoškozování bylo řezání, v ojedinělých případech nadužívání léků. Z grafu č. 6 je zřejmé, že zatímco volání se suicidálním pokusem bylo nejčastější u patnáctiletých adolescentů, minulý suicidální pokus uvedlo nejvíce adolescentů ve věku 17 let. Průměrný věk dospívajících, kteří volali po započatém pokusu byl 15,5 let v intervalu od 14 do 18 let. Oproti tomu průměrný věk jedinců, kteří uvedli minulý pokus, byl jen o málo vyšší – 16,2 let, ale s intervalem širším od 13 do 19 let.

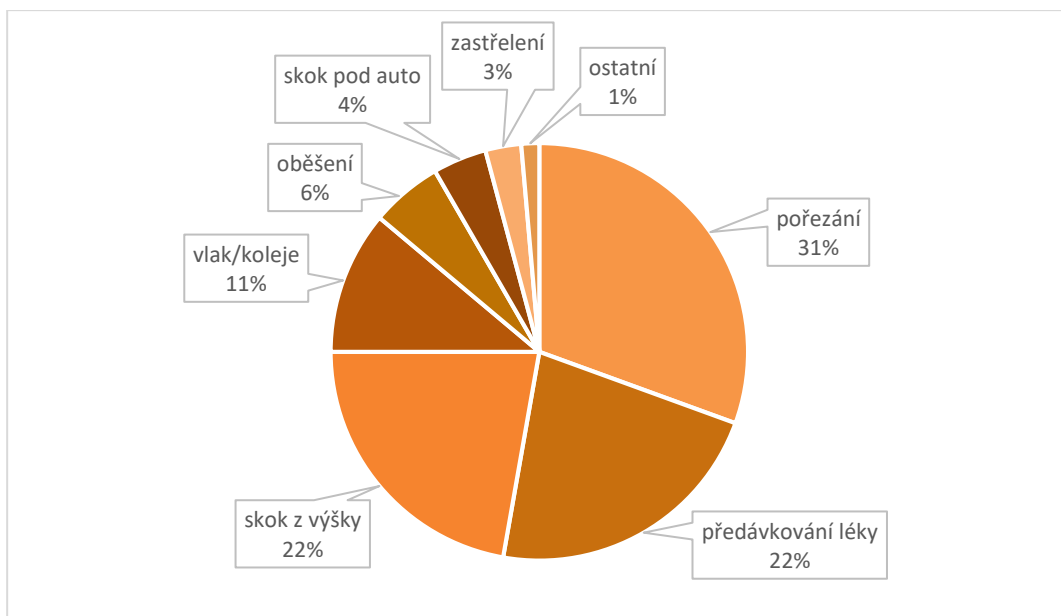


Graf č. 6 Počet adolescentů s aktuálními a uskutečněnými suicidálními pokusy dle věku

Ze všech volajících 53 % (81) uvedlo **způsob sebevraždy**, který buď uskutečnili při minulém suicidálním pokusu nebo který hodlají uskutečnit při budoucím pokusu. O metodě plánovaného budoucího sebevražedného pokusu mluvilo 41 % adolescentů (60), 7 % (11) volajících sdělilo, že žádný plán nemají (z těch, kteří zažívali sebevražedný obsah v přítomnosti). Dva adolescenti plán měli, ale nechtěli o něm mluvit. Z adolescentů, kteří uskutečnili suicidální pokus v minulosti, sdělilo 39 % volajících (12), jakým způsobem se o sebevraždu pokusili. Z volajících v započatém suicidálním pokusu byla známa metoda u všech adolescentů (14). Pokud se podíváme na metody všech uvedených sebevražedných pokusů – plánovaných, aktuálně probíhajících i uskutečněných v minulosti, nejčastější způsob sebevraždy je v našem vzorku předávkování léky, případně v kombinaci s alkoholem, které bylo vybráno ve 32 %. Na druhém místě se nachází podřezání nožem, žiletkou či nůžkami (26 %) a na třetím místě skok z výšky – uvedené byly skoky či fantazie skoků z balkonu, okna, skály, střechy a mostu (17 %). Dále adolescenti uváděli skok pod vlak či lehnutí si na koleje, oběšení, skok pod auto, zastřelení a ostatní možnosti, kterými byly vyhladovění, otrava jedem na koně či jedovatými květinami. Procentuální zastoupení jednotlivých metod ilustruje graf č. 7 (někteří adolescenti vyjmenovali více metod, proto jsou procenta počítána ze všech výběrů, kterých bylo 98).



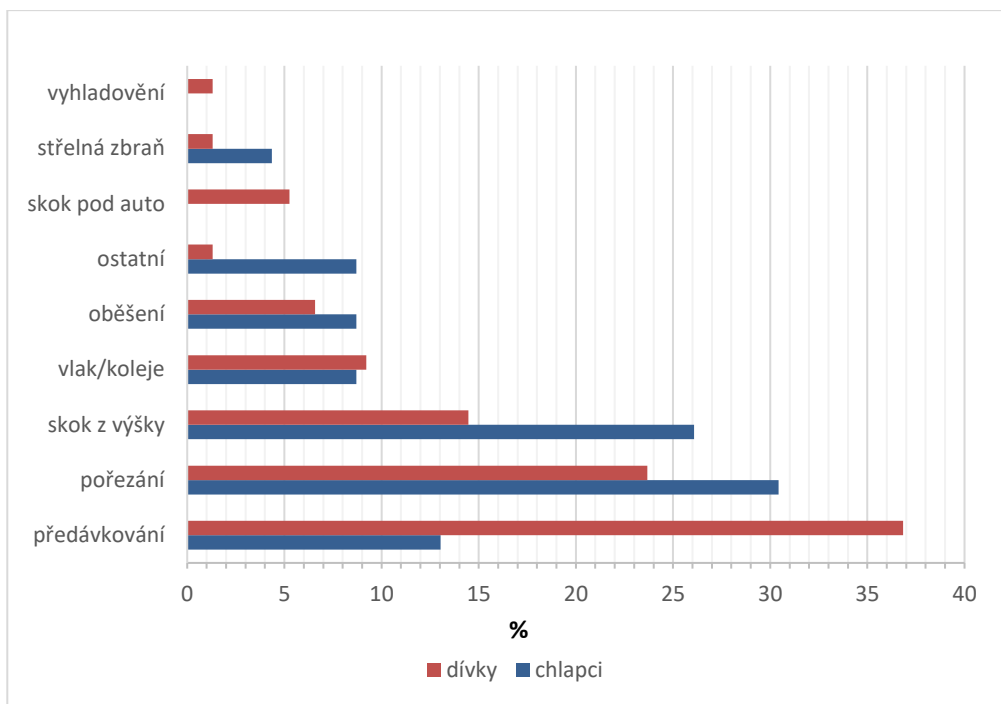
Graf č. 7 Rozložení všech uvedených suicidálních způsobů



Graf č. 8 Rozložení uvedených způsobů plánovaných sebevražd

Pokud budeme sledovat pouze metody zatím neuskutečněných, ale plánovaných suicidálních pokusů, nejčastěji bylo zvoleno pořezání (31 %), na druhém místě se nachází stejně zastoupený skok z výšky (22 %) a předávkování léky (22 %), třikrát kombinované s alkoholem. Další **plánované metody** znázorňuje graf č. 8 (celkový počet výběrů byl 72). Ze 14 adolescentů, kteří na Linku bezpečí volali po započatém suicidálním pokusu, bylo nejčastěji (10x) zastoupeno předávkování léky. Dále jeden adolescent uvedl pořezání, jeden vyhladovění a dva oběšení (po kterém měli stopy na těle). Mezi 12 adolescenty, kteří mluvili o způsobu uskutečněného sebevražedného pokusu v minulosti také převládalo předávkování léky (7x). Dále bylo 3x uvedeno pořezání a dále po jednom zmínění skok z výšky, položení se na koleje, oběšení, skok pod auto a ostatní. Ve třech případech adolescenti uvedli, že způsoby sebevraždy kombinovali. Celkově tedy pořezání převládalo mezi metodami, které adolescenti zvolili pro aktuální i uskutečněné pokusy, pořezání bylo nejčastější pro plánované pokusy. Skok z výšky byl spolu s předávkováním druhý nejčastější způsob plánované sebevraždy. Z dalších způsobů byly plánované střety s vlakem, oběšení nebo skok pod auto.

Také můžeme nalézt rozdíl mezi pohlavím. Zatímco ze všech zmíněných způsobů byla mezi chlapci nejčastěji volena metoda pořezání (30 %), skok z výšky (26 %) a v menší míře předávkování (13 %), u dívek bylo na prvním místě předávkování léky (33 %) a až poté následovalo pořezání (24 %) a skok z výšky (14 %). Srovnání ukazuje graf č. 9 (procenta byla počítána z 23 výběrů u chlapců a 76 u dívek).



Graf č. 9 Procentuální rozložení uvedených metod dle pohlaví

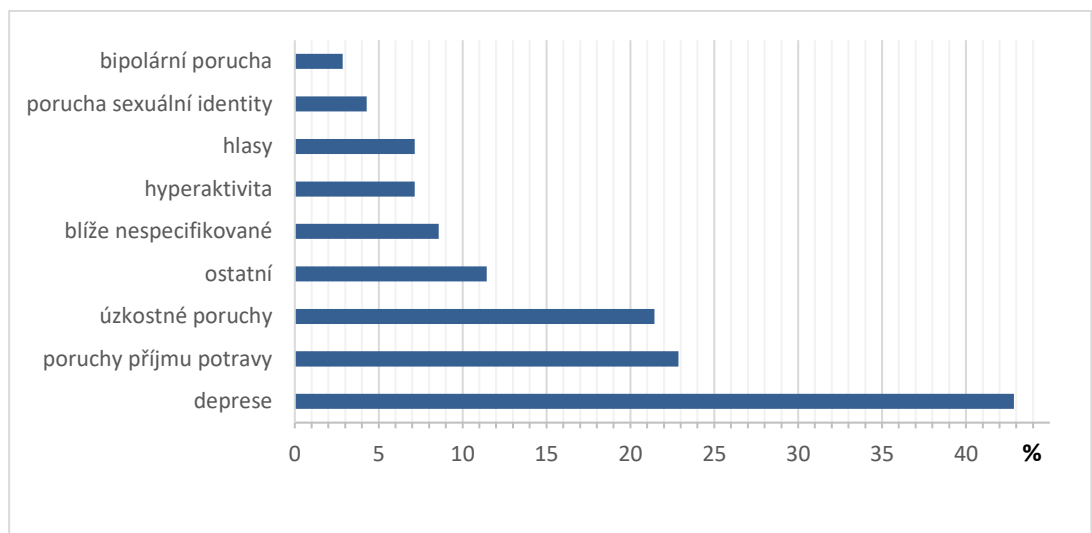
7.1.3 Duševní a fyzické zdraví

Duševní problémy. Ze 135 adolescentů polovina (52 %) v hovorech uváděla duševní obtíže. Nejčastěji zmiňovaná byla deprese, kterou z nich uvádělo 43 % adolescentů (30). Ve srovnání s tím, kdy volající depresi sami pojmenovali, depresivní tendence byly ze zprávy autorkou výzkumu zaznamenány u dvakrát více adolescentů (67). Druhé nejčastější uváděné obtíže byly problémy s jídlem a poruchy příjmu potravy u 23 % volajících (16) z těch, kteří uvedli duševní obtíže, a to výhradně dívek. Diagnóza mentální bulimie byla zmíněna pouze jednou adolescentkou, mentální anorexie šestkrát, zbylé volající mluvily obecně o diagnóze poruch příjmu potravy nebo o problémech s jídlem. Ze všech volajících 7 % (9) spontánně uvedlo, že jsou se sebou nespokojeni a nemají se rádi.

Třetí nejčastější byly úzkostné poruchy zastoupené u 21 % adolescentů s duševními problémy (15), z nichž dva adolescenti mluvili o posttraumatické stresové poruše, dva o úzkostech s panickými atakami, jednou byly zmíněny úzkosti s panickými atakami a obsedantně kompulzivní poruchou a jednou úzkosti spojené s agorafobií. Ostatní zmiňovali opakované úzkosti. Pět adolescentů uvedlo hyperaktivitu nebo ADHD a také pět dospívajících uvedlo, že slyší hlasy, které jsou na ně zlé a nebo je nabádají k sebevraždě. Třikrát byla zmíněná dlouhodobá touha žít v těle opačného pohlaví (jednou již v procesu změny

pohlaví), dvakrát byla uvedena bipolární porucha. Po jednom uvedení byla zastoupena i řada ostatních psychiatrických nemocí jako například paranoidní schizofrenie, porucha autistického spektra nebo toxická psychóza.

Někteří dospívající nemluvili o poruchách, ale o symptomech, které byly kvůli své nízké četnosti také zařazeny do skupiny ostatních. Jednalo se o halucinace, noční můry, agresivitu a pocity „rozdvojeného“ já. Šest adolescentů uvádělo psychiatrickou nemoc, ale nechtělo o ní blíže mluvit. Procentuální rozložení jednotlivých duševních problémů znázorňuje graf č. 10 (počítáno z adolescentů, kteří uvedli duševní obtíže). Důležité je uvést, že z těch, kteří mluvili o duševních obtížích, 26 % (18) uvádělo kombinaci dvou a více duševních onemocnění či problémů. Celkem bylo zaznamenáno více než 10 různých kombinací s nejvíce zastoupenou kombinací deprese a úzkostné poruchy (7x).



Graf č. 10 Procentuální zastoupení psychických poruch

Fyzické problémy. Ze všech adolescentů uvedlo fyzické potíže 16 % volajících (22), nicméně ve většině případů se jednalo o doprovodné projevy psychických poruch, jako jsou úzkosti nebo poruchy příjmu potravy. Více než polovina (12) z těch, kteří uvedli fyzické problémy, mluvili o tělesných obtížích spojených s jídlem (nemožnost přijímat potravu, bolest břicha, žaludku, zvracení). Pět adolescentů si stěžovalo na problémy se spánkem, 4 volající popisovali opakované kolapsové stavy, omdlávání a upadání do bezvědomí a tři adolescenti mluvili o častém motání nebo bolestech hlavy. Pouze šest adolescentů uvádělo zcela odlišné somatické obtíže, kterými byly onemocnění ledvin, štítné žlázy nebo úraz.

7.1.4 Rodinné prostředí

Rozvod. Ze zpráv z hovorů bylo zřejmé, že celkově 45 adolescentů, tedy přesně jedna třetina (33 %) nežila v době hovoru v primární rodině – s biologickým otcem a matkou. Z nich 13 uvedlo, že bydlí u jednoho biologického rodiče z důvodu rozvodu, který zažilo nebo zažívalo v době volání celkově 18 adolescentů (13 %). U dalších 15 adolescentů byla získána informace, že nebydlí s oběma rodiči, ale nebyl zjištěn důvod. Čtyři adolescenti nebydleli s oběma biologickými rodiči kvůli úmrtí jednoho z nich nebo obou. V ústavu byli umístěni 3 dospívající a v péči babičky bylo 5 volajících. Čtyři volající uvedli jako důvod rozpadu vztahu svých rodičů domácí násilí.

Ztráta blízkého, nemoc. Celkově 5 % volajících (7) uvedlo úmrtí blízké osoby. Dvakrát se jednalo o matku, jednou o otce, babičku, dědu, přítele matky a jednou o oba rodiče. Třikrát bylo za stresující uvedeno také onemocnění člena rodiny – dvakrát babičky a jednou bratra. Původně byla vytvořena také subkategorie na sledování suicidálního chování v rodině, které výzkumy prokazují jako rizikový faktor. Nicméně tato subkategorie byla zrušena, protože o sebevražedném chování v rodině ani mimo ni nemluvil žádný volající (kromě zmínění jedné sebevraždy zpěváka).

Narušené vztahy, konflikty. Stresující a neadekvátní chování rodičů vůči dětem, které nebylo vyhodnoceno jako CAN, zažívalo 37 % adolescentů (50). Celkově jakékoliv problémy týkající se rodiny a vztahů v ní (tedy i s týráním, zanedbáváním a zneužíváním pečující osobou) zažívalo 58 % všech volajících (78). Nejvíce adolescentů (28) uvedlo, že v rodině opakovaně a dlouhodobě zažívají alespoň jedno z následujících: křik, nadávky, ponižování, pomlouvání, zákazy, kritizování a trvalé hádky mezi nimi a rodiči. Také velmi často (26) bylo uvedeno nepochopení rodičů vůči psychickým problémům dětí nebo jejich bagatelizace (například deprese, poruchy příjmu potravy). Často zaznívalo, že si dospívající s rodiči nerozumí nebo že mají přehnané povinnosti doma a žádný volný čas. Šest volajících považovalo za stresor dlouhodobé hádky rodičů mezi sebou, 7 dětí sdělilo, že zažilo domácí násilí u rodičů. Pět adolescentů mluvilo o tom, že jeden z rodičů je „alkoholik“ (4x matka, 1x oba rodiče), pět adolescentů uvádělo, že někdy zažili vyhození z domu rodiči a dva volající popisovali psychické či fyzické násilí ze strany bratra. Pět dětí sdělilo, že chce z rodiny pryč (utéct, odstěhovat se, jít do ústavu).

CAN. Týráním nebo zanedbáváním ze strany rodičů celkově uvedlo 19 % volajících (26). Nejčastější bylo fyzické týráním v kombinaci s psychickým týráním (12x), dále samotné

fyzické týrání (7x), samotné psychické týrání (5x) a 2x bylo uvedeno psychické týrání se zanedbáváním, v obou případech ve spojitosti s alkoholem rodiče. Celkově tedy 14 % volajících uvedlo, že je jejich pečující osoba bije a 13 % psychicky týrá. Sexuální zneužití nebo znásilnění uvedlo 11 % adolescentů, výhradně dívek. Z nich 3 uvedli sexuální zneužití v rámci rodiny (otcem, otčímem i otcem, bratrem), 3 cizím člověkem (na ulici, v baru) a 4 bývalým přítelem nebo vrstevníkem. Pokud se tedy zaměříme pouze na rodinu, chování rodičů, které by odpovídalo syndromu týraného, zanedbaného a zneužívaného dítěte (CAN), zažilo 21 % volajících (28).

7.1.5 Škola a vrstevnické vztahy

Školní neúspěch. Ze všech volajících uvedlo 22 % (30) problémy týkající se školy a výuky. Devět volajících uvedlo, že nezvládají učení, špatně se učí a soustředí. Šest volajících zmínilo školní neúspěchy, jako je reparát, propadnutí nebo špatné známky. Také několik adolescentů (4) mluvilo o strachu z maturity, zkoušek nebo přijímacích zkoušek. Celkem 7 adolescentů uvedlo, že jejich psychický stav jim znemožňuje nebo značně ztěžuje studium. Tři z nich měli studijní individuální plán a dva o něj žádali. Tito adolescenti také často uváděli strachy spojené s jejich duševními problémy – například strach z vyloučení kvůli zameškání, strach z návratu po hospitalizaci nebo strach z neschválení individuálního plánu.

Šikana a problémy v kolektivu. Celkem 49 dětí (36 %) – 19 % chlapců a 40 % dívek uvedlo jakékoliv problémy v kolektivu, včetně šikany. Šikana z těchto problémů tvořila 41 % a uvedlo ji 20 dospívajících, z nichž tři řešili kyberšikanu (zveřejnění posměšné nebo obnažené fotky). Nejčastěji uváděný aspekt problémů ve vrstevnických vztazích byla absence kamarádů. Ze všech volajících uvedlo 13 % (18) adolescentů, že kamarády nemá nebo že do kolektivu ve škole nezapadají, nerozumí si s ostatními, jsou jiní. A stejně tak 13 % (18) uvedlo, že jim spolužáci nadávají, posmívají se jim, vylučují je nebo je pomlouvají. Pět adolescentů mluvilo o hádce nebo jiném problému s kamarádem. Dva volající řešili strach z návratu do kolektivu po hospitalizaci.

7.1.6 Další osobní témata

Sexuální orientace a identita. Celkem 8 % volajících řešilo otázky spojené se sexuální orientací a identitou. Tři adolescenti (2 %) řešili dlouhodobou touhu žít v těle opačného pohlaví (u dvou se jednalo o změnu z ženy na muže a u jednoho z muže na ženu) a 9 adolescentů uvádělo odlišnou orientaci (7 %). Z těchto adolescentů zmiňujících odlišnou

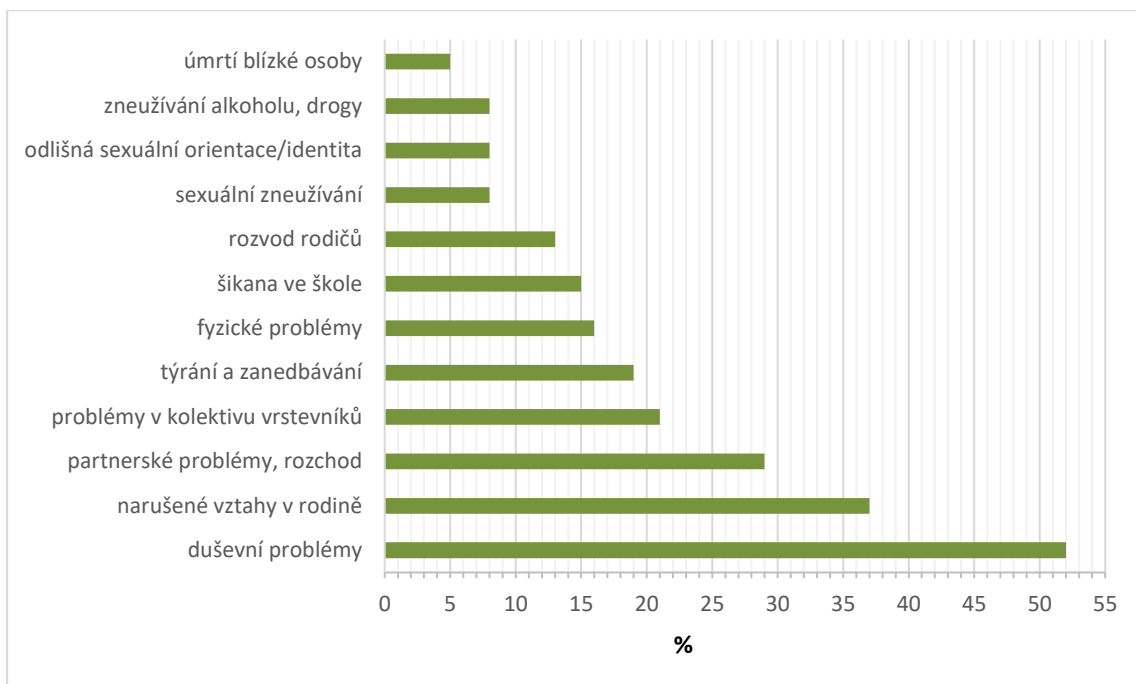
orientaci bylo 7 chlapců, jedna dívka a jedna dívka v přeměně (z muže na dívku). Pokud se tedy podíváme na chlapce, kteří volali na Linku bezpečí se suicidálními tématy, celá jedna čtvrtina z nich (26 %) sdělila, že mají homosexuální orientaci.

Alkohol, drogy. Také 8 % adolescentů (11) uvedlo užívání některé z drog či časté pití alkoholu. Tři dospívající uvedli časté užívání marihuany, tři alkoholu a pět alkoholu společně s marihuanou. Jednou byl uveden také pervitin.

Partnerské vztahy a rozchod. Jako třetí nejčastěji zmiňovaný stresor byl adolescenty uváděn problém ve vztahu nebo rozchod. Celkově o problémech s partnerským vztahem mluvilo 29 % dospívajících (39). Mezi těmito problémy figuroval nejčastěji rozchod, který řešilo 22 adolescentů (16 % všech volajících). Z hlediska pohlaví o rozchodu mluvilo 12 % dívek a celá jedna čtvrtina chlapců (25 %). Ukazuje se, že partnerské problémy a rozchod jsou také častým tématem u adolescentů s odlišnou orientací. Z 9 volajících, kteří o své odlišné orientaci mluvili, jich 6 uvedlo i partnerský problém nebo rozchod, z nich většina (5 z 6) byli chlapci. Dále 8 volajících řešilo problematický vztah (násilí, hádky, nepochopení, lhaní, nevěra). Odmítnutí nebo neúspěch v lásce zmiňovalo 7 adolescentů.

Přetížení. Ve zprávách se často vyskytovaly věty volajících, které vyjadřovaly, že už nezvládají, nemůžou dál a jsou množstvím nebo intenzitou problémů přetížení. Celkově bylo zaznamenáno ve 13 % hovorů (18), že klienti uvedli, že „je toho na ně moc“. Přetížení často souviselo s výkony ve škole a učením, s péčí o domácnost nebo povinností hlídat mladší sourozence.

Dlouhodobý pocit. Dlouhodobý pocit (nikoliv pouze v době volání) v hovorech pojmenovalo 52 adolescentů. Z nich nejčastější pocity byly ve 33 % (17) samota a absence někoho, komu se můžou svěřit a bezmoc a beznaděj ve 31 % (16). Deset adolescentů (19 %) uvedlo dlouhodobý pocit smutku. Další méně časté pocity byly vztek, strach, zoufalost, nepochopení, pocit nepatřičnosti nebo zbytečnosti. Přehled všech nejčastěji zmíněných stresorů a životních událostí adolescentů je zobrazen v grafu č. 11 (hodnoty značí procenta všech adolescentů, kteří daný problém uvedli).



Graf č. 11 Procentuální zastoupení stresorů a životních okolností

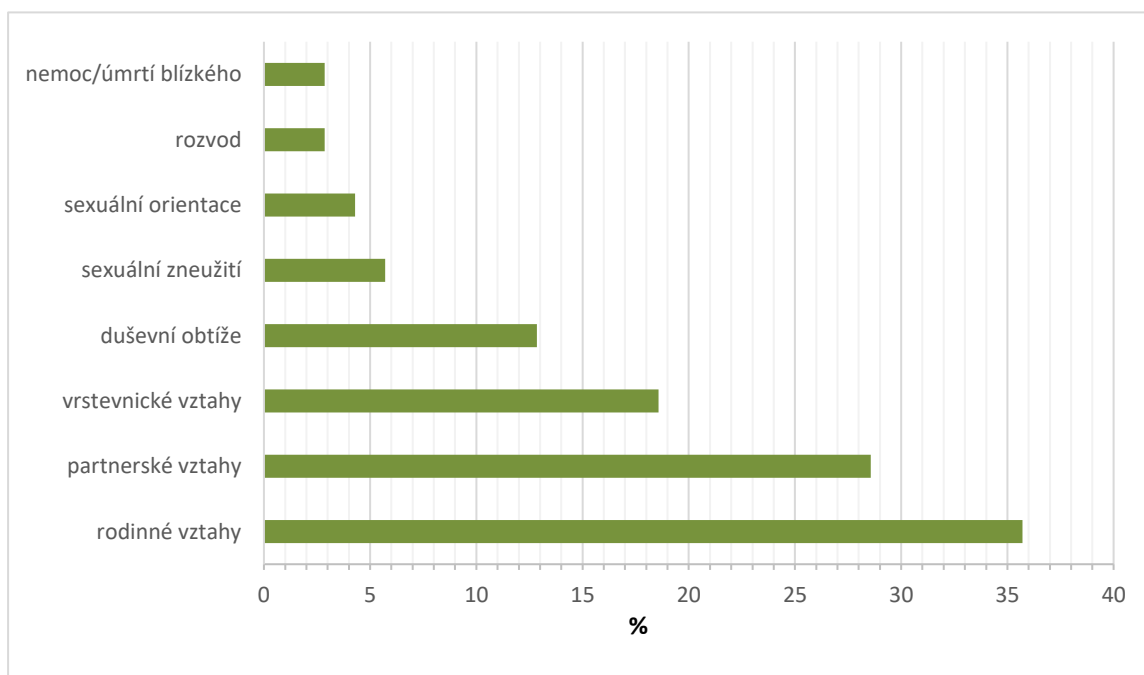
7.1.7 Suicidální spouštěče

Spouštěče suicidálního obsahu byly zaznamenány u 70 adolescentů (52 %). Nejčastěji se týkaly vztahů v rodině. Z této oblasti byl určen spouštěcí faktor u 36 % (25) adolescentů (z těch, u kterých byl identifikován spouštěč). Aktuální hádka nebo konflikt s rodiči (s partnery rodiče či pečující osobou) představovala největší riziko a vyskytla se u 16 adolescentů. Hádky se často týkaly zákazu nebo nepochopení pro adolescenty, rodiče byli na volající naštvaní a v některých případech se vyskytlo i fyzické násilí. Tři konflikty vyústily ve vyhození adolescenta (ve dvou případech ale již zletilého) z domova. Další, již méně časté suicidální spouštěče byly: strach z pokračování týrání (2x), nepochopení pro psychické stavy a bagatelizace prožívání volajících rodiči (2x), vztek na rodiče (2x), konflikt s bratrem (1x) nebo hádka rodičů (1x).

Druhé nejčastější spouštěče krize se vyskytovaly v oblasti partnerských vztahů, a to u 29 % (20) adolescentů. V této oblasti byl nejčastějším spouštěčem rozchod, který uvedlo jako spouštěč suicidality 13 adolescentů. Častěji byl uváděn či identifikován mezi chlapci (ve 22 % ze všech volajících chlapců) než mezi dívkami (v 6 %). Polovina z rozchodů identifikovaných jako spouštěče suicidality byla uvedena ve spojitosti s homosexualitou u chlapců. Dále se 4x vyskytly problémy ve vztahu (nevěra, lhaní, neshody) a z ostatních například odmítnutí (1x).

Na třetím místě se vyskytly spouštěče z oblasti vrstevnických vztahů, a to v 19 % (13) případů. Adolescentům v této oblasti nejčastěji vyvolala suicidální krizi šikana, která byla zmíněna 7x (z toho 2x kyberšikana) a jiné problémy v kolektivu, které byly uvedeny 6x (hádky s kamarádkou, posmívání, obava z návratu do školy po hospitalizaci).

U 9 adolescentů trpících duševní nemocí bylo spouštěčem suicidality zhoršení projevů nemoci, a to z různých důvodů – například 3 adolescenti uváděli zhoršení vlivem medikace (vysazení, změna, ustání účinku) a 2 volající uváděli zhoršení z důvodů traumatizace během hospitalizace (poutání, injekce, expozice dalším sebevražedným jedincům). U 4 volajících bylo spouštěčem sebevražedné krize sexuální zneužití (3x samotné zneužití a 1x retraumatizace výsledkem na policii). U 3 volajících bylo spouštěčem téma spojené s odlišnou orientací (2x coming out před rodiči, 1x uvědomění si odlišné orientace). U dvou dospívajících vyvolal suicidální chování aktuálně probíhající rozvod rodičů a u dvou nemoc nebo úmrtí v rodině. Shrnutí zobrazuje graf č. 12.



Graf č. 12 Procentuální zastoupení nejčastějších spouštěčů suicidality

7.2 Kvantitativní přístup

V této kapitole budou prezentovány výsledky jednotlivých výzkumných podotázek, tabulky s deskriptivním popisem výsledků jsou uvedeny v příloze č. 1.:

- Existuje souvislost mezi pohlavím a pácháním sebevražedných pokusů?

Na zvolené hladině významnosti $\alpha = 0,05$ nezamítáme nulovou hypotézu o tom, že páchání suicidálních pokusů v našem vzorku nesouvisí s pohlavím. Přestože dívky páchaly sebevražedné pokusy častěji, nebyl nalezen statisticky významný rozdíl v páchání sebevražedných pokusů u dívek a u chlapců (28,7 % versus 18,8 %; $\chi^2 = 1,28$, $p = 0,2576$).

- Existuje souvislost mezi pácháním sebevražedných pokusů a zkušeností se sebepoškozováním?

Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ zamítáme nulovou hypotézu o tom, že páchání sebevražedných pokusů v našem vzorku nesouvisí se zkušeností se sebepoškozováním. Byl nalezen statisticky významný rozdíl v páchání sebevražedných pokusů u těch, kteří mají zkušenost se sebepoškozováním a kteří ji nemají. Adolescenti, kteří volali na Linku bezpečí a uvedli zkušenost se sebepoškozováním, měli také větší pravděpodobnost uskutečnění či probíhajícího sebevražedného pokusu oproti těm, kteří nevedli zkušenost se sebepoškozováním (37,5 % versus 21,7 %; $\chi^2 = 4,22$, $p = 0,0399$).

- Existuje souvislost mezi pohlavím a akutností sebevražedného obsahu, se kterým adolescenti volají?

Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ nezamítáme nulovou hypotézu o tom, že akutnost sebevražedného obsahu v době volání nesouvisí s pohlavím. V našem vzorku nebyl nalezen statisticky významný rozdíl v akutnosti sebevražedného chování v době volání mezi chlapci a dívkami (37,9 % versus 30,3 %; $\chi^2 = 0,63$, $p = 0,4257$).

- Existuje souvislost mezi pohlavím a opakovaným suicidálním obsahem, se kterým adolescenti volají?

Na hladině významnosti $\alpha = 0,01$ zamítáme nulovou hypotézu o tom, že opakovaný suicidální obsah nesouvisí s pohlavím volajících. Bylo zjištěno, že opakovaný sebevražedný obsah závisí na pohlaví – dívky měly v našem vzorku větší pravděpodobnost dlouhodobějších

a opakovaných sebevražedných myšlenek a tendencí než chlapci (80 % versus 50 %; $\chi^2 = 9,24$, $p = 0,0024$).

- Existuje souvislost mezi pohlavím a mírou uváděných duševních obtíží?

Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ zamítáme nulovou hypotézu o tom, že duševní problémy nesouvisí s pohlavím volajících. Byl nalezen statisticky významný rozdíl v duševních obtížích mezi dívkami a chlapci – dívky uváděly psychické problémy významně častěji než chlapci (56,5 % versus 33,3 %; $\chi^2 = 4,64$, $p = 0,0313$).

- Závisí identifikovaný spouštěč suicidální krize z oblasti rodinných vztahů na věku a pohlaví?

Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ zamítáme nulovou hypotézu o tom, že identifikovaný spouštěč z oblasti rodinných vztahů nesouvisí s věkem, ale nezamítáme nulovou hypotézu o tom, že nesouvisí s pohlavím. Byl nalezen statisticky významný rozdíl v identifikovaném spouštěči suicidality z oblasti rodinných vztahů mezi mladšími a staršími s tím, že byl signifikantně častěji uváděn mladšími adolescenty (46,2 % versus 21,1 %; $\chi^2 = 4,53$, $p = 0,0334$). Přesto, že spouštěč suicidality z oblasti rodinných vztahů byl častěji identifikován u dívek, rozdíl nebyl statisticky významný (33,3 % versus 25 %; $\chi^2 = 0,39$, $p = 0,5334$).

- Závisí identifikovaný spouštěč suicidální krize z oblasti partnerských vztahů na věku a pohlaví?

Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ zamítáme nulovou hypotézu o tom, že identifikovaný spouštěč z oblasti rodinných vztahů nesouvisí s věkem a na hladině významnosti $\alpha = 0,01$ zamítáme též nulovou hypotézu o tom, že souvisí s pohlavím. Ukázalo se, že identifikovaný spouštěč suicidality z oblasti partnerských vztahů byl signifikantně častější mezi staršími než mezi mladšími adolescenty (39,5 % versus 15,4 %; $\chi^2 = 4,29$, $p = 0,0383$) a také mezi chlapci než mezi dívkami (56,3 % versus 20,8 %; $\chi^2 = 7,21$, $p = 0,0072$).

8. Diskuse

Cílem tohoto výzkumu je komplexní pohled jak na formy a způsoby sebevražedného chování adolescentů, kteří zavolali na dětskou krizovou linku a vyjádřili své sebevražedné myšlenky, tendence nebo započaté pokusy, tak na životní události, které jejich sebevražedný obsah doprovázely. Autorku výzkumu zajímalo, jaká témata a životní okolnosti se u těchto adolescentů nejčastěji pojily se sebevražedným myšlením a chováním, jaké situace ke vzniku suicidálního obsahu mohly přispět a jaké ho mohly uspošit.

- **Diskuse výsledků**

Tím, že náš soubor je velmi unikátní a bylo nalezeno jen velmi málo výzkumů s podobnou metodologií a na podobném vzorku adolescentů, musíme hledat podobnosti, ale i odlišnosti našich výsledků s výsledky výzkumů uskutečněných na adolescentech zažívajících různé formy suicidality. Ve shodě s literaturou, která uvádí, že sebevražedný obsah u dětí mladších 10 let je vzácný a u mladších adolescentů málo obvyklý (Koutek & Kocourková, 2003), i v našem vzorku bylo dětí do 13 let velmi málo (12). Až mezi třináctým a čtrnáctým rokem došlo k dvojnásobnému nárůstu v počtu volajících. Někteří autoři uvádí (King et al., 2013), že zatímco dokonané sebevraždy jsou nejčastější v pozdní adolescenci, sebevražedné pokusy jsou častější ve střední adolescenci. Stejně tak v našem výzkumu se ukazuje, že sebevražedný pokus v průběhu hovoru nebo těsně před ním nejčastěji páchali adolescenti ve věku 14, 15 a 17 let, ale můžeme mluvit spíše o dívkách, neboť chlapci po započatém pokusu volali pouze dva.

Zajímavé jsou celkově nízké počty hovorů u **starších adolescentů**, pokud právě oni jsou tou nejohroženější skupinou dokonané sebevraždy (Agerbo et al., 2002). Jedním z vysvětlení je jejich zletilost, která nabízí větší paletu možností, jak řešit své problémy, druhým důvodem může být fakt, že Linka bezpečí funguje pro starší adolescenty (18–19 let), pouze pokud studují, což zmenšuje okruh potenciálních volajících. Výrazný je pokles volajících se sebevražednými pokusy a tendencemi v období 16. roku, který se projevuje i na uvedených sebevražedných pokusech v minulosti. Můžeme domýšlet, zdali se tento věk od ostatních něčím odlišuje, a nabízí se myšlenka, že v 16. roce již adolescenti mají jistá práva (například mohou navazovat pracovně-právní vztahy nebo mít sex), mají ukončenou povinnou školní docházku a nezažívají žádné velké změny ohledně školy či změny kolektivu ani výkonově orientované a stresující situace, jako jsou přijímací zkoušky nebo maturita.

Z tohoto pohledu může 16. rok představovat „klidnější“ a méně stresující rok života, ale zcela jistě by si toto téma žádalo empirické zkoumání.

Stejně jako mnohé jiné výzkumy (Foley et al., 2006; Kocourková & Koutek, 2006) i náš výzkum potvrzuje, že **předávkování** je jeden z nejčastěji vybíraných způsobů sebevraždy u adolescentů. Z našich výsledků vyplývá, že zatímco adolescenti v realitě při páchání sebevražedných pokusů nejčastěji přistupují k předávkování léky, ve svých plánech stejně často uvažují i nad skokem z výšky a o něco častěji nad pořezáním. V souladu s literaturou (Koutek & Kocourková, 2003), která uvádí, že tak zvané měkké metody bývají častěji použity pro sebevražedné pokusy, zatímco tvrdé metody pro dokonané sebevraždy, i v našem výzkumu mezi způsoby nevydařených sebevražd a započatých pokusů převažovaly měkké metody (předávkování, pořezání), zatímco tvrdé metody (skok z výšky, pod vlak, pod auto, zastřelení) byly výrazně častěji zastoupeny na úrovni fantazií. Jediné oběšení se vyskytovalo skoro stejně často v reálném konání (3x) jako ve fantaziích (4x).

Překvapivé je první místo **metody pořezání** u plánovaných sebevražedných pokusů. Je možné, že adolescentům, kteří se sebepoškozují, je metoda pořezání se z tohoto důvodu blízká, a proto ji mohou volit pro svůj suicidální pokus. Tento názor mohou ilustrovat data, že z 22 volajících, kteří nám řekli o svém budoucím sebevražedném plánu a zároveň měli zkušenost se sebepoškozováním, by jich 41 % (9) volilo do budoucna také metodu pořezání se. Zde je ale na místě připomenout, že informace z našeho výzkumu byly čerpány ze zpráv z hovorů, nikoliv z hovorů samotných. Autorka výzkumu všechny zprávy pročetla a hovory pouze se sebepoškozující tematikou vyřadila. Přesto mohlo v některých hovorech dojít k záměně. Hranice mezi ublížením si bez úmyslu zemřít a s ním může být někdy velmi tenká a nejednoznačná, případně v hovoru nedostatečně prozkoumaná. Mohlo se stát, že si konzultant Linky bezpečí pod pojmy „chci se pořezat“ nebo „chci si ublížit“ představil sebevražedný kontext a takto ho zaznamenal, ale ve skutečnosti se jednalo o sebepoškozování. Také mohla nastat situace, kdy v hovoru bylo zřejmé, že tématem je sebepoškozování, ale dotyčný měl také sebevražedné myšlenky. Touha se pořezat (sebepoškozování) mohla být konzultantem chybně pochopena nebo chybně zaznamenána jako způsob případného sebevražedného pokusu. Tyto situace mohly vést nejen k nadhodnocení metody pořezání se, ale také k zahrnutí několika adolescentů, u kterých chyběl úmysl zemřít.

Chlapci jsou v literatuře uváděni více ve spojitosti s dokonanými sebevraždami a dívky s neúspěšnými pokusy (Agerbo et al., 2002; Prajsová et al., 2018). Přestože v našem

výzkumu páchaly dívky pokusy o něco častěji než chlapci, nebyl mezi pohlavím nalezen v tomto ohledu signifikantní rozdíl. Autorka výzkumu předpokládala, že chlapci budou v hovorech projevovat akutnější formy suicidálního chování, což se také nepotvrdilo, protože mezi akutností volání u dívek a chlapců nebyl nalezen statisticky významný rozdíl. Jestliže chlapci ukončují svůj život sebevraždou častěji, ale nevolají na Linku bezpečí s akutnějšími formami sebevražednosti, je pravděpodobné, že v situacích, kdy o sebevraždě reálně uvažují nebo o ni usilují, pro sebe méně často vyhledávají pomoc. Tuto hypotézu podporují mnohé výzkumy (např. Saunders et al., 1994) a v našem případě i fakt, že se suicidálními tématy se na Linku bezpečí ve zkoumaném období obrátilo čtyřikrát více dívek než chlapců. Můžeme se domnívat, že důvodem je právě odlišný přístup k vyhledávání pomoci a důvody, kvůli kterým dospívající na krizovou linku volají. Ze zpráv z hovorů vyplynulo, že častými důvody pro zavolání jsou svěření se, vyslechnutí, hledání rady, záchrany či poslední pokus o odvrácení rozhodnutí ukončit svůj život. Dívky mohou být více zvyklé říkat si o pomoc a také jim forma pomoci krizové linky, která je založena na sdílení a naslouchání, může být bližší. O tom svědčí celková převaha dívek, které na Lince bezpečí vedly v roce 2018 tematický hovor (Linka bezpečí, 2019).

Pokud platí, že chlapci jsou více ohroženi úmrtím, je zde v souladu s literaturou (Berman et al., 2006) předpoklad, že budou mluvit o **tvrdších způsobech sebevraždy**, které k úmrtí snáze vedou. V našem souboru bylo předávkování výrazně častější u dívek, zatímco nebezpečnější skok z výšky nebo pořezání se častěji volili chlapci. Letalita těchto metod ale závisí na provedení. Nicméně další vysoce nebezpečné způsoby, jako jsou oběšení nebo skok pod vlak, byly vybírány chlapci i dívkami srovnatelně. Skok pod auto dokonce plánovaly pouze dívky. Z těchto výsledků vyplývá, že rozdíly mezi pohlavím na našem vzorku existují pouze u některých způsobů a jejich povahu by bylo potřeba určit pomocí statistického zpracování.

Naše výsledky potvrzují vztah mezi **sebepoškozováním a sebevražednými pokusy**, který je výzkumy považován za velmi významný (Wilkinson et al., 2011). V našem případě uvedlo 31 % dospívajících se zkušeností se sebepoškozováním také uskutečněný suicidální pokus, což je zcela ve shodě s výzkumy, které ukazují, že necelá třetina sebepoškozujících se adolescentů se pokusila o sebevraždou (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007). Nicméně náš výzkum neměl možnosti ke zkoumání rizikových faktorů, jelikož autorka pracovala pouze se vzorkem volajících na krizovou linku a neměla kontrolní skupinu. Ze zpráv z hovorů také nebylo možné určit, zdali sebepoškozování předcházelo

sebevražedným pokusům, nebo tomu bylo naopak. Proto je potřeba interpretovat námi nalezenou souvislost mezi sebepoškozováním a suicidálními pokusy nikoliv jako kauzální vztah, ale jako dva jevy, které se často vyskytují souběžně a u kterých platí, že páchání pokusů se spíše vyskytuje u jedinců, kteří uvádějí se sebepoškozováním zkušenost než u těch, kteří ji neuvádějí. Abychom mohli mluvit o potvrzení Joinerovy teorie (2005), bylo by potřeba určit příčinnou souvislost.

Z informací, které byly ze zpráv z hovoru dostupné, nebylo možné hledat přímou odpověď na otázku, zdali sebevražedné myšlení a chování bylo vyvoláno náhlým popudem (analogicky k impulzivní / situační sebevraždě) či dlouhodobým stavem vedoucím k promyšlenému suicidálnímu jednání (bilanční sebevraždě). Snaha alespoň o částečné objasnění tohoto tématu vedla ke kódování subkategorie opakovaného sebevražedného obsahu. Z výsledků vyplývá, že tři čtvrtiny adolescentů volajících na Linku bezpečí řešily delší dobu sebevražedné téma, které nebylo vázané na konkrétní stresovou situaci v nedávné minulosti. Dalším vodítkem může být výsledek, že polovina volajících uváděla duševní obtíže s nejčastěji zastoupenou depresí. Duševní onemocnění často snižují kvalitu života, a proto dle našeho předpokladu častěji souvisí s promyšleným dlouhodobým sebevražedným obsahem než se zkratkovitým impulzivním jednáním. O promyšlenosti sebevražedného chování svědčí také suicidální plán, který mělo 42 % volajících. K dokreslení kontextu je možné uvést spouštěče suicidální krize, které byly identifikovány u poloviny adolescentů, a naopak z velké části představovaly konkrétní situace vyvolávající náhlou, často málo promyšlenou odezvu v podobě sebevražedného obsahu.

Z uvedeného vyplývá, že otázka četnosti **zkratkovitého a promyšleného sebevražedného chování** je skrze hovory krizové linky obtížně měřitelná. Z výsledků souvisejících oblastí můžeme pouze odhadovat, že polovina až tři čtvrtiny volajících na krizovou linku řeší dlouhodobé suicidální myšlenky či tendence a svou sebevraždu promýšlejí, zatímco čtvrtina až polovina adolescentů zažívá suicidální obsah, který vznikl náhle a může vést k impulzivnímu činu. Problémy psychického charakteru i opakovaný sebevražedný obsah se statisticky častěji vyskytovaly u dívek. Přítomnost identifikovaného spouštěče a sebevražedného plánu nebyla na rozdíl v pohlaví testována, nicméně v oblasti partnerských vztahů statisticky častěji uváděli spouštěč (nejčastěji rozchod) chlapci, což nabízí otázku, zdali chlapci tíhnou více ke zkratkovitému řešení náhlé stresové situace, zatímco dívky sebevražedná témata řeší více dlouhodobě a na podkladě duševních obtíží. Je

zřejmé, že se jedná pouze o odhady a pro interpretaci by bylo potřeba další výzkumné zkoumání, které by mohlo přinést přesnější výsledky.

Velmi zajímavé výsledky přinesla analýza **identifikovaných spouštěčů** suicidální krize. Ve shodě s jinými výzkumy (Anda & Smith, 1993; Kocourková & Koutek, 2006) byly i v našem výzkumu nejčastější identifikované spouštěče z oblasti rodinných vztahů (hádky), poté z oblasti partnerských vztahů (rozchody) a dále vrstevnických (útoky v rámci šikany). Pro kvantitativní zkoumání dvou nejčastějších oblastí – rodinných vztahů a partnerských vztahů se autorka inspirovala metodologií výzkumu Brenta et al. (1999), nicméně očekávala jisté odlišnosti vzhledem k tomu, že pracovala s kulturně rozdílným vzorkem s jinou formou suicidality a výzkum realizovala o 20 let později. Zatímco Brent zjišťoval zpětně informace o amerických adolescentech, kteří svůj život sebevraždou ukončili, tato práce byla realizovaná na českých adolescentech, kteří se ve většině zabývali podstatně méně závažnými formami suicidálního chování a myšlení, jako jsou sebevražedné myšlenky nebo tendence (66 % volajících řešilo „pouze“ sebevražedné myšlenky v přítomnosti, 4 % dokonce jen v minulosti). Spouštěče suicidální krize byly sice více identifikovány u adolescentů s akutnějšími formami suicidality, nicméně dle některých autorů je akt dokonané sebevraždy kvalitativně odlišný od ostatních forem sebevražedného chování.

Překvapivé proto je, nakolik se přes všechny uvedené odlišnosti naše výsledky podobají výsledkům Brenta et al. (1999). V americkém výzkumu byl zjištěn konflikt s rodiči jako spouštěč sebevražedného jednání u 50,5 % mladších a 29,7 % starších adolescentů. V našem případě byl nalezen **spouštěč z oblasti rodinných vztahů** ve 46,2 % u mladších a 21,1 % u starších dospívajících. Ve výzkumu Brenta konflikt s partnerem předcházel 42,2 % sebevraždám u starších a 8,6 % u mladších adolescentů a rozchod spustil sebevražedné jednání u 43 % starších a 22,6 % mladších jedincích. V našem výzkumu **spouštěč z oblasti partnerských vztahů** byl identifikován u 39,5 % starších a 15,4 % mladších adolescentů. V obou výzkumech, ale i v dalších (například Grøholt et al., 1998; Hysinger et al., 2011) se ukazuje, že u mladších adolescentů signifikantně častěji předchází sebevražedné krizi problém v rodině, zatímco u starších problém v partnerských vztazích. Toto zjištění je v souladu s literaturou (Vágnerová, 2005), která uvádí, že v průběhu vývoje adolescence narůstá pro dospívající důležitost vztahů mimo rodinu, jako jsou vrstevnické nebo partnerské vztahy. Ze srovnání výsledků Brenta et al. (1999) a našich výsledků vyplývá, že situace fungující jako spouštěče jakékoliv formy suicidality a její závažnosti mohou být identické. Nabízí se proto úvaha, že o výsledné formě a závažnosti sebevražedného chování rozhoduje více než prožitá

situace například osobnost jedince a další proměnné, které jsou předmětem mnohých výzkumů. Zde je ale potřeba zmínit, že hranice mezi mladšími a staršími dospívajícími není jednoznačná a pokud by byla nastavena jinak (například 12–14 a 15–19 let), výsledky by mohly být jiné.

Z hlediska **rozdílů mezi pohlavím** se ukázalo, že zatímco stresory v rodině spouští suicidální obsah u dívek stejně jako u chlapců, spouštěče v partnerských vztazích jsou signifikantně častější u chlapců. Nejčastějším problémem v partnerských vztazích se ukázal rozchod, který zmínila jedna čtvrtina všech chlapců (oproti 12 % dívek) a mezi chlapci, u kterých byl identifikován spouštěč suicidální krize, byl rozchod spouštěčem krize u více než jedné třetiny chlapců (38 %). Tyto výsledky jsou v souladu s jinými výzkumy (např. Gould et al., 1996), které mluví o suicidálních rizicích po rozchodu a zejména u chlapců. Můžeme přemýšlet o tom, čím je rozdíl mezi dívkami a chlapci způsoben. Vzhledem k tomu, že z 6 rozchodů chlapců, které vyvolaly suicidální krizi, byla polovina (3) spojena s homosexualitou, nabízí se domněnka, že rozchod u homosexuálních chlapců je psychicky hůře snášen. Možným vysvětlením je, že partnerský vztah může zmírnit stigmatizaci společnosti i vnitřní konflikt ohledně sexuální orientace a jeho ztráta může znovu otevřít otázky týkající se vlastní orientace. Spolu se ztrátou vztahu také přichází téma hledání nového vztahu, které pro jedince s odlišnou orientací může být složitější. Pokud se podíváme na celkové zastoupení chlapců s odlišnou orientací v našem vzorku, nalezneme homosexualitu u čtvrtiny volajících (26 %) mužského pohlaví (oproti 2 % dívek). Větší suicidální riziko u chlapců (než u dívek) s odlišnou orientací nachází také další výzkumy (např. Remafedi et al., 1998).

Problémy s partnerskými vztahy a rozchody se celkově ukázaly jako čtvrté nejčastěji zmiňované stresory ve všech hovorech adolescentů. I jiné výzkumy ukazují, že partnerské vztahy hrají u sebevražedných adolescentů velkou roli (Hysinger et al., 2011; Paul, 2018). Možným vysvětlením je, že partnerský vztah může být mezi adolescenty chápán jako známka vyspělosti, ale také oblíbenosti a „žádanosti“ mezi ostatními. Ztráta partnerského vztahu proto může poznamenat nejen sebevědomí daného jedince, ale také jeho postavení mezi vrstevníky. Ve zprávách z hovoru bylo často uváděno, že partnerský vztah pomáhá volajícímu s náročnou situací v rodinném prostředí. Pokud tedy partnerský vztah nefunguje nebo skončí, může adolescent ztratit také podporu a pomoc pro řešení dalších problémů, což se může odrazit v jeho psychickém rozpoložení a případné suicidalitě.

Třetí nejčastěji zmiňovaná oblast potíží byla **oblast vrstevnických vztahů**, která se také ve výzkumech objevuje ve spojitosti se zvýšeným rizikem sebevražednosti (Johnson et

al. 2002, Klomek et al., 2019). Nejčastěji byla zmiňována šikana a absence kamarádů. Zajímavé je, že kyberšikana se vyskytla pouze ve třech případech oproti klasické šikaně, která se vyskytla 17x. Tento výsledek nepotvrzuje názor některých autorů (např. Nicolaou, 2017), že kyberšikana může být pro psychiku a případné sebevražedné myšlení a chování větší zátěží než klasická šikana, pokud budeme uvažovat, že se vyskytují přibližně stejně často.

Druhým nejčastějším tématem byla **oblast rodiny** s nejméně zastoupenými narušenými vztahy, konflikty a patologií ve formě týrání (psychického i fyzického) či zneužívání, které v našem vzorku zažilo 58 % všech volajících. Pokud vezmeme v potaz, že tento výsledek vypovídá o spontánně popsanych problémech v rodině, není natolik vzdálený od zjištění Kocourkové a Koutka (2006), kteří psychologickým vyšetřením zjistili, že mezi adolescenty, kteří spáchali suicidální pokus, jich 76 % zažívalo konfliktní, dysfunkční či patologické rodinné prostředí. I další výzkumy spojují problémy v rodině s rizikem sebevražedného obsahu (např. King et al., 2001). Třetina volajících nežila v našem výzkumu v době volání s oběma biologickými rodiči (z důvodu rozvodu, úmrtí či nezjištěných důvodů), což dle Grøholt et al. (1998) také může zvyšovat riziko sebevražednosti. Nicméně samotný rozvod byl v našem výzkumu zastoupen „pouze“ ve 13 procentech, což je podstatně méně oproti 53 % ve výzkumu Koutka a Kocourkové (2006).

V souladu s literaturou, která uvádí, že duševní problémy se vyskytují u 90 % jedinců, kteří dokonají sebevraždu, a u 80 % z těch, kteří vykonají pokus (Cavanagh et al., 2003; Vajda & Steinbeck, 2000), i našem případě se ukázala **oblast duševního zdraví** jako velmi významná a adolescenti ji uváděli v souvislosti se sebevražednými myšlenkami, tendencemi a pokusy ze všech oblastí nejčastěji. Duševní problémy se následně promítaly i do ostatních oblastí (rodinných vztahů, školních výkonů), ve kterých představovaly zdroj nepochopení, strachů a snížené výkonnosti. Stejně jako v jiných výzkumech (např. Kocourková & Koutek, 2006) i v našem výzkumu byla nejčastěji zmiňována duševní nemoc deprese. Dále podobně jako ve výzkumu Foley et al. (2006) i v našem vzorku se ukázaly velmi časté úzkostné poruchy ať už samotné nebo v kombinaci s depresí.

Nicméně v dalších výsledcích se nálezy liší. Zatímco jiné výzkumy (například Fleischmann et al., 2005) mluví o časté závislostní problematice a poruchách chování, v našem případě byla porucha chování uvedena pouze ve 4 % ze všech volajících a problémy s alkoholem či drogami v 8 %. Je pravděpodobné, že nižší zastoupení těchto poruch je v našem souboru dáno samotným charakterem poruch chování a zneužívání návykových látek, při kterých dotyčný nemusí mít na své chování náhled a může v hovoru uvádět

problémy, které se k těmto poruchám pojí (agresivita, hádky s rodiči atd.). Nicméně hlavní odlišnost našich výsledků představují poruchy příjmu potravy, které byly v jiných výzkumech zastoupeny velmi okrajově (Fleischmann et al., 2005; Kocourková & Koutek, 2006), zatímco v našem případě se jednalo o druhou nejčastější psychickou poruchu uvedenou skoro čtvrtinou všech, kteří mluvili o duševních problémech. Můžeme přemýšlet o tom, čím je tento výsledek způsoben. Nabízí se domněnka, že stud, který často doprovází poruchy příjmu potravy, vede dotyčné jedince k vyhledávání anonymní pomoci, jakou je hovor na krizové lince. V této oblasti by bylo potřeba další empirické zkoumání.

Tělesné onemocnění představuje dle Koutka a Kocourkové (2003) rizikový faktor suicidálního chování především u dospělých, a to spíše z toho důvodu, že u dospívajících jsou vážné nemoci méně časté. V našem vzorku se tato slova potvrzují, protože byť byly somatické obtíže zastoupeny v 16 %, většina z nich představovala doprovodné somatické problémy duševních nemocí. Z prožívaných emocí bývá ve spojitosti se suicidalitou často v literatuře uváděna beznaděj (Bridge et al., 2006), která se v našem případě také ukázala jako nejvíce zmiňovaná, nicméně ještě častěji byly zastoupeny pocity samoty. Je potřeba připomenout, že uvedené psychické a fyzické problémy nepokrývají všechny obtíže z těchto oblastí, které volající mohli mít, ale pouze ty, které volající v hovoru uvedli. Také je nutné zmínit, že naše výsledky jsou srovnávány s výzkumy uskutečněnými na odlišné populaci, neboť výzkumů na populaci volajících na krizovou linku bylo uskutečněno v řádu jednotek, proto je potřeba srovnávání chápat jako orientační.

Pokud bychom ale naše výsledky srovnali s jedním z mála výzkumů se stejnou metodologií i zkoumaným vzorkem (s výzkumem, který také provedl analýzu zpráv ze suicidálních hovorů dětské krizové linky), byly by naše závěry v mnoha ohledech téměř totožné. Stejně jako je výzkumu Anda a Smith (1993), i v našem případě volalo podstatně více dívek než chlapců a mezi pohlavím nebyl nalezen signifikantní rozdíl v akutnosti volání. Nejčastějšími důvody sebevražedných myšlenek a tendencí byly shodně v obou výzkumech uváděny problémy z oblasti partnerských vztahů a rodiny. Jediný rozdíl se ukazuje v míře ohrožení volajících. Zatímco ve výzkumu Anda a Smith (1993) bylo v době volání ohroženo vážnější sebevražednou formou pouze 10 % volajících, v našem případě byla prokázána značně vyšší míra ohrožení, ať už bychom ji definovali jako formu tendencí či započatého pokusu v době volání (32 %), tak jako přítomnost suicidálního plánu (42 % v našem vzorku).

- **Limity výzkumu**

Všechny výzkumné otázky a jejich výsledky je nutné vztahovat pouze na populaci adolescentů, kteří volají na krizovou linku, Linku bezpečí. Přesto, že se v mnohém mohou s reprezentativním vzorkem českých adolescentů shodovat, jedná se o **specifickou skupinu dospívajících**. Linka bezpečí je sice největší a nejdéle fungující dětská krizová linka, ale znají ji (a tím pádem mohou využít) jen některé české děti. V dnešní době je snadné se o Lince bezpečí dozvědět z internetu (ať už z reklam nebo sociálních sítí), což zcela jistě oslovuje volající i z menších měst a vesnic. Nicméně reklamy v metru, na ulici nebo preventivní programy na školách, které o Lince bezpečí mohou informovat, s větší pravděpodobností nalezneme ve větších městech. Je proto na místě se domnívat, že velká část volajících pochází z větších měst a také z Prahy, kde sídlí i Linka bezpečí. Další podmínkou, aby dítě mohlo zavolat, je mobilní telefon, který v dnešní době vlastní většina dětí. Volání na Linku bezpečí je zdarma a je možné volat i z telefonní budky, nicméně zcela jistě existují děti, které ve chvíli, kdy by na Linku bezpečí zavolat potřebovaly, tuto možnost nemají. Důvodem může být jak vybitý telefon, tak špatná finanční situace rodiny nebo nízký věk, kvůli kterému dítě mobilní telefon nevládní. V méně častých případech může dítě nezavolat i ze strachu z reakce rodiče, který by se kontrolou telefonu o volání mohl dozvědět.

Poslední podmínka pro zavolání, možná ta nejzásadnější, která z pohledu autorky nejvíce odlišuje volající na Linku bezpečí od ostatních dospívajících, je chuť řešit svůj problém na anonymní krizové lince. Volající nerepresentují vzorek všech, které daný problém trápí (například sebevražedné myšlenky), jedná se pouze o tu část z nich, kteří najdou odvahu zavolat, svěřit se a říci si o pomoc. Můžeme se domnívat, že to jsou děti, které věří, že pro ně pomoc existuje a chtějí ji využít. V problematice suicidálního myšlení a chování můžeme mluvit o dospívajících, kteří v sobě mají alespoň zbytek naděje, která je motivuje přežít. Je možné přemýšlet i o určité copingové strategii volajících, kterou nemají všichni dospívající, nebo o druhu osobnosti. Spíše uzavření jedinci, kteří o svých problémech neradi mluví a chtějí si je řešit sami, jsou mezi volajícími zastoupeni v menšině, stejně jako ti, kteří jsou o možnosti sebevraždy hluboce přesvědčeni jako o jediném možném řešení a své rozhodnutí měnit nechtějí.

Linka bezpečí je určena pro zletilé adolescenty, pouze pokud ještě studují denní studium (Linka bezpečí, 2019). Zde je potřeba upozornit, že z tohoto důvodu je náš vzorek ochuzen o zletilé adolescenty, kteří již nestudují. Pokud na Linku bezpečí se suicidálním tématem zavolali a nebyli v ohrožení života, byl jim z důvodu ukončení studia předán kontakt

na linky pro dospělé (Linka bezpečí, 2014). Následně nebyla napsána zpráva, a proto se hovor nedostal ani do našeho výzkumu, což mohlo vyřadit adolescenty, které bychom jinak do výzkumu zahrnuli, protože některé výzkumy uvádí, že právě adolescenti, kteří ukončí školu, ale zároveň zatím nepracují, jsou značně ohroženi sebevražedným chováním (Gould et al., 1996).

Celkové **vymezení adolescence** tak, jak bylo v práci používáno, je také diskutabilní, protože různí autoři vymezují adolescenci odlišně. K zamyšlení stojí například zahrnutí právě již zletilých adolescentů (18 a 19 let). Z určitého úhlu pohledu se tito adolescenti značně odlišují od nezletilých, protože mají například snazší přístup k pomoci tím, že o sobě rozhodují a nepotřebují součinnost rodiče. Také se mohou osamostatnit od rodiny a eliminovat tak případné rodinné konflikty. Na druhou stranu je potřeba si uvědomit, že právě z těchto důvodů, které kladou na čerstvě zletilého značné nároky (pracovat, starat se o sebe, ale zároveň studovat, odmaturovat, dostat se na vysokou školu), může být tento „přelomový“ věk značně stresující a zátěžový. Zatímco do 18 let je možné se s mnoha problémy (například v rodině) obrátit na odbor sociálně-právní ochrany dětí, který je povinen určité situace řešit, spolu se zletilostí tato možnost pomoci zaniká a adolescenti se mohou cítit bezmocní. Z těchto důvodů byli v našem výzkumu ponecháni. V neposlední řadě mohlo dojít ke zkreslení zahrnutím některých mladších dospělých, kteří věk neuvedli a ve zprávě z hovoru vše nasvědčovalo tomu, že spadají do věkové kategorie 12–19 let.

Zřejmě největším limitem výzkumu je samotný fakt, že informace byly čerpány z autentických rozhovorů krizové linky, které byly vedeny metodou krizové intervence, nikoliv výzkumného rozhovoru. Přestože krizová intervence obsahuje určité postupy, jedná se většinou o **málo strukturovaný rozhovor** (v závislosti na míře akutnosti suicidálního obsahu), jehož směr a obsah je z velké části přizpůsobován dle potřeb a aktuálního stavu klienta. Zatímco hovory s klientem v ohrožení života jsou více direktivní a strukturované, méně akutní hovory se sebevražedným tématem, jejichž cílem je například ventilace pocitů a zážitků, se z výzkumných rozhovorů nejvíce podobají nestrukturovanému narativnímu interview, protože konzultant sám do rozhovoru zasahuje málo a spíše poslouchá a podněcuje klienta k vyprávění. Z toho vyplývá, že oblasti témat se v každém hovoru mohly lišit v závislosti na mnoha okolnostech a mohly být uchopeny odlišným způsobem. Zůstává proto otázka, nakolik je možné kvantifikovat informace získané tímto způsobem (Miovský, 2006). K tématům, která v hovoru nezazněla, se váže další omezení našeho výzkumu. Pokud nějaká námi zkoumaná informace (například sebepoškození) v hovoru nezazněla, neznamenalo to,

že danou subkategorii dotyčný nenaplnuje (že nemá zkušenost se sebepoškozováním), ale pouze, že danou informaci nevíme. Stejně tak pokud v hovoru nebyla nějaká oblast zmíněna (například oblast rodinných vztahů), neznamená to, že pro dotyčného není problematická. Proto je velmi důležité interpretovat výsledky našeho výzkumu jako spontánně uvedené údaje, nikoliv jako odpovědi na cílené otázky. Pokud bychom uvedené informace od adolescentů považovali za obsahově vyčerpávající, je pravděpodobné, že by naše výsledky byly značně podhodnocené (což potvrzuje srovnání s jinými výzkumy).

Na druhou stranu můžeme předpokládat, že oproti výzkumnému rozhovoru nebo dotazníku měli adolescenti prostor uvést vše, co pro ně bylo důležité, nebyli omezováni a formováni zkoumanými oblastmi, nebyli ovlivněni případnými návodnými otázkami ani samotnou výzkumnou situací, která s sebou přináší další nežádoucí proměnné jako například sociální desirabilitu. Nestrukturované a narativní interview mají dle Miovského (2006, s. 158) také tu výhodu, že zajišťují určitou **míru spontaneity** výpovědí a nesou v sobě „*velmi cenné informace o vypravěči samotném, o jeho životě, zkušenostech a prožitcích*“. Kromě obsahového materiálu v nich má výpovědní hodnotu i způsob, jakým klient o svém životě vypráví, jak strukturuje, zdůrazňuje nebo naopak upozaďuje určité pasáže (Mioviský, 2006). Nejednotnost získaných informací mohla být snížena strukturou krizově-intervenčních hovorů, která zahrnuje důkladné **mapování** (aktuálního suicidálního ohrožení, spouštěcí situace, emocí, zdrojů v okolí, zkušeností z minulosti). Mapování je klíčové nejen pro vyhodnocení suicidálního rizika, ale také pro celkové pochopení klientovy situace a je na něm založena další práce. V tomto případě bylo klíčové i pro náš výzkum. Konzultanti Linky bezpečí pracují podle jednotné metodiky, a proto ve vyjmenovaných částech hovoru (pokud pro ně v hovoru byl prostor) mohly být informace získávány poměrně jednotným způsobem (Linka bezpečí, 2014). Je ale zřejmé, že i na stejná témata se každý konzultant může ptát odlišně a že v hovoru se promítá kromě osobnosti volajícího také osobnost a zkušenosti konzultanta, což značně ovlivňuje směr hovoru i množství získaných informací.

Dále je možné uvažovat nad tím, nakolik se uváděné obtíže vztahovaly k suicidálnímu obsahu. Předpokladem celé práce je, že pokud klienti uvedli sebevražedné myšlenky či chování a byl jim poskytnut bezpečný prostor pro sdílení, vybírali taková témata, která pro ně v danou chvíli byla důležitá a se suicidálním prožíváním souvisela. Je ale samozřejmě možné, že dotazování konzultanta mohlo klienta od původního problému k jiným oblastem, které s původním tématem nesouvisely. Nicméně jelikož vznik sebevražedného myšlení a chování se odehrává na pozadí mnoha různých faktorů a mohou k němu vést vědomé i

nevědomé motivy, autorka se domnívá, že spontánně uvedené životní okolnosti a situace v hovorech mohly různou měrou přispět ke vzniku suicidálního obsahu. Kromě toho naším cílem bylo získání širšího pohledu na životní okolnosti adolescentů zažívající suicidální myšlenky a tendence.

Limitem, ale zároveň jednou z hlavních předností našeho výzkumu je **anonymita**. Anonymita může nabídat k uvádění nepravdivých informací a k testování Linky bezpečí. Přestože hovory identifikované jako testovací nebyly do výzkumu zařazeny, mohlo v několika případech dojít k zahrnutí hovoru, který nebyl založen na reálném podkladě, protože testování, které se do systému označuje až v momentě, kdy to oznámí sám volající nebo není možné v hovoru pokračovat, nebylo s jistotou rozpoznáno. Linka bezpečí vede hovory s adolescenty na bázi důvěry a tento limit v našem výzkumu proto nebylo možné nijak eliminovat. Druhé úskalí, které anonymita přinesla, byla identifikace adolescentů. Pokud náš výzkum byl orientován na sebevražedné myšlenky a chování adolescentů a jeho cílem bylo mimo jiné kvantifikovat často se objevující témata, bylo zapotřebí sjednotit hovory pod volající osoby. Sjednocování bylo realizováno dle jasných kritérií, s rozvahou, opatrností a co největší jistotou, že se jedná o stejnou osobu. Je tedy pravděpodobné, že spíše než k sjednocení dvou osob do jedné došlo k opačné situaci, že dva hovory téže osoby byly zakódovány pod různé adolescenty. Takováto situace mohla nastat, pokud adolescent volal například s jiným tématem než obvykle a konzultant ani autorka práce po pročetí zprávy ho nerozpoznala. Tohoto limitu si je autorka vědoma, nicméně nebylo možné ho odstranit, protože pokud by byly zkoumány „hovory“ a nikoliv „adolescenti“, výsledná analýza četností by taktéž obsahovala nepřesnosti.

Na druhou stranu anonymita, absence výzkumného rámce během hovoru a možnost spontánního projevu představují největší výhody našeho výzkumu. Anonymní metody sbírání informací se hodí především u citlivých témat, jakými jsou sebevražedné myšlenky a tendence, což potvrzuje například výzkum Safera (1997), který ukázal, že někteří lidé, kteří by v anonymním rámci přiznali sebevražedné myšlenky, je neuvědomují v situacích, kdy by mohli být identifikováni. Můžeme také předpokládat, že anonymní prostředí snižuje sociální desirabilitu a zvyšuje věrohodnost výpovědí, protože volající hledají především pomoc, a proto nemají důvod se stylizovat, přetvářovat nebo uvádět nepravdivé informace.

Je zřejmé, že pro lepší validitu výzkumu by bylo vhodné pracovat přímo s výroky volajících či doslovným přepisem hovorů. Nicméně taková varianta z důvodu anonymity a nenahrávání hovorů nebyla uskutečnitelná. Zde je potřeba uvést, že velký zdroj zkreslení

mohly představovat samotné zprávy. Přestože konzultanti Linky bezpečí jsou průběžně školeni a ve své práci kontrolováni, ne všichni zapisují **zprávy** stejně a uvádějí například stejné množství informací a detailů. Také pochopení klientovy situace v hovoru mohlo značně ovlivnit informace, které byly ve zprávě konzultantem uvedeny a jakými slovy byly popsány. Použitá slova a uvedené podrobnosti často hrály v kódování důležitou roli – například „chtěla skočit pod auto“ by bylo zakódováno jako myšlenka „šla skočit pod auto“ jako tendence a „skočila pod auto“ jako pokus. Zde je vidět, že kvalita a podrobnost zprávy mohla zásadně ovlivnit, jak počet, tak charakter kódovaných informací. Autorka výzkumu byla na obsah zpráv zcela odkázána a informace proto kodovala tak, jak byly zapsány (například pokud bylo použito slovo týrání, bylo zakódováno týrání). Na druhou stranu, pokud text zcela odpovídal týrání, ale toto téma nebylo uvedeno mezi tématy, autorka také zakodovala týrání. Pečlivé a opakované pročtení zpráv mohlo eliminovat nepřesnosti, které mohly vzniknout chybou nebo opomenutím konzultanta.

Poslední z limitů, který by bylo třeba zmínit, je samotné **kódování informací** autorkou výzkumu. Zatímco některé subkategorie byly na kódování zcela jednoznačné, u některých byla velmi tenká hranice – například hranice mezi tendencemi a započatým pokusem nebo mezi sebepoškozováním bez úmyslu zemřít a řezáním se s úmyslem zemřít. U některých subkategorií bylo také obtížné stanovit kritéria kódování (identifikování spouštěčů suicidální krize, depresivní tendence, opakovaný suicidální obsah) a kódování mohlo být ovlivněno subjektivním pohledem nebo zkušenostmi autorky. V případě opakování podobného výzkumu by proto bylo vhodné, aby kódování probíhalo pomocí dvou hodnotitelů, což by zvýšilo objektivitu výzkumu.

Náš výzkum přináší komplexní pohled na aspekty a motivy suicidality a významné životní stresory u adolescentů, kteří volají na dětskou krizovou linku se sebevražedným tématem. V případných **dalších výzkumech** je možné se zaměřit na výzkumné otázky, na které nyní nezbyl prostor – například zdali existuje mezi chlapci a dívkami rozdíl ve výběru sebevražedných metod, v uváděných psychiatrických diagnózách nebo v čem se odlišují adolescenti, kteří o sebevraždě pouze přemýšlejí, od těch, kteří se o ní pokusili. Také by bylo možné pracovat s kontrolní skupinou, která volala se stejnými tématy, ale nevyjadřovala sebevražedný obsah. Zároveň by bylo vhodné se kromě rizikových oblastí věnovat i protektivním faktorům, které se významně spolupodílejí na vzniku a případné formě suicidálního myšlení i chování.

Závěr

Předkládaná práce zmapovala prostřednictvím analýzy zpráv z hovorů krizové linky oblasti, které volající v hovorech se sebevražednou tematikou uváděli jako významné. Také se zaměřila na akutnost a dlouhodobost suicidálního obsahu, se kterým adolescenti volali, zkušenost se sebepoškozováním a uskutečněným sebevražedným pokusem i na přítomnost suicidálního plánu a genderové rozdíly. Z uváděných dlouhodobých obtíží se autorka pokusila identifikovat oblasti, které dle volajících nejvýznamněji přispěly k rozvoji sebevražedných myšlenek či tendencí a prozkoumala jejich souvislost s věkem a pohlavím.

Výzkum ukázal, že nejčastějším volajícím na Linku bezpečí se suicidálním tématem je dívka, která zažívá opakované sebevražedné myšlenky. Sebevražedné myšlenky jako forma sebevražedného chování převládaly u dvou třetin všech volajících. Chlapci volali celkově 4x méně, nicméně se nepotvrdilo, že by volali s akutnějším sebevražedným obsahem než dívky. Více než polovina všech volajících měla rozmyšlenou metodu sebevraždy, která se nejčastěji týkala pořezení a předávkování léky nebo skokem z výšky. Sebepoškozování v našem vzorku významně souviselo s tendencí páchat také suicidální pokusy, které uvedla přibližně třetina volajících. Mezi pohlavím nebyl v uskutečněných pokusech shledán rozdíl. Přibližně každý desátý volající se sebevražednou tematikou započal sebevražedný pokus před zavoláním.

Životní okolnosti zmiňované suicidálními adolescenty se značně překrývaly s rizikovými faktory sebevražedného chování uváděnými v odborné literatuře. Nejvíce adolescentů uvádělo do vztahu se sebevražednými myšlenkami své psychické problémy (častěji dívky), dále byly často zmiňovány rodinné konflikty, narušené vztahy a patologické prostředí v rodině. Problémy s láskou se ukázaly také jako významný stresor spolu s potížemi ve vrstevnických vztazích. Předpokládáme, že především díky anonymnímu prostředí krizové linky byly zaznamenány data i o velmi citlivých tématech, jakými jsou sexuální zneužití nebo týrání. Z uvedených oblastí byly dvě identifikovány jako nejčastější oblasti spouštěčů sebevražedného obsahu, které většinou nepůsobily izolovaně, ale na pozadí dlouhodobějších výše uvedených stresorů. Spouštěče suicidálního obsahu se nejčastěji objevily v kategorii rodinných problémů a konfliktů, které byly statisticky více spojeny s mladším věkem a také s oblastí partnerských problémů a rozchodu, která se naopak ukázala být signifikantně častější u starších adolescentů a také u chlapců.

Hlavním přínosem našeho výzkumu je zmapování a hlubší poznání jak aktuálního suicidálního ladění v době hovoru, tak celkové vnímané zátěže u suicidálních adolescentů,

které by nebylo možné v takto otevřené podobě a v tomto rozsahu získat, pokud bychom adolescenty zahrnuli do klasické výzkumné situace. Práce identifikovala některé výrazně zastoupené rizikové okolnosti, které v literatuře nejsou běžně vyzdvihovány a žádaly by si proto hlubší zkoumání (například rozchod u homosexuálních chlapců, poruchy příjmu potravy u dívek, bagatelizace duševních obtíží rodiči nebo pociťování samoty). Autorka předpokládá, že do celého procesu, který se podílí na vzniku sebevražedného smýšlení a jeho intenzitě, vstupují kromě dlouhodobých obtíží a jednorázových spouštěcích faktorů, které představila tato práce, také faktory protektivní, které autorka doporučuje k dalšímu výzkumu.

Seznam literatury

- Agerbo, E. (2002). Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study. *Bmj*, 325(7355), 74-79.
- Andover, M. S. & Gibb, B. E. (2010). Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Research*, 178(1), 101-105.
- Arata, C. M., Langhinrichsen-Rohling, J., Bowers, D. & O'Brien, N. (2007). Differential correlates of multi-type maltreatment among urban youth. *Child Abuse & Neglect*, 31(4), 393-415.
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C. & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *Bmc Psychiatry*, 4(1).
- Baldry, A. C. & Winkel, F. W. (2003). Direct and vicarious victimization at school and at home as risk factors for suicidal cognition among Italian adolescents. *Journal of Adolescence*, 26(6), 703-716.
- Barber, J. G., Blackman, E. K., Talbot, C. & Saebel, J. (2004). The themes expressed in suicide calls to a telephone help line. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(2), 121-125.
- Berman, A. L., Jobes, D. A. & Silverman, M. M. (2006). *Adolescent suicide: assessment and intervention* (2nd ed). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Bohus, M., Limberger, M., Ebner, U., Glocker, F. X., Schwarz, B., Wernz, M. & Lieb, K. (2000). Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry Research*, 95(3), 251-260.
- Bolat, N., Kadak, T., Eliacik, K., Sargin, E., Incekas, S. & Gunes, H. (2017). Maternal and paternal personality profiles of adolescent suicide attempters. *Psychiatry Research*, 248, 77-82.
- Borowsky, I. W., Ireland, M. & Resnick, M. D. (2001). Adolescent Suicide Attempts: Risks and Protectors. *Pediatrics*, 107(3), 485-493.

- Brabant, M. -E., Hébert, M. & Chagnon, F. (2014). Predicting Suicidal Ideations in Sexually Abused Female Adolescents: A 12-Month Prospective Study. *Journal of Child Sexual Abuse*, 23(4), 387-397.
- Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T. & Chiappetta, L. (1999). Age- and Sex-Related Risk Factors for Adolescent Suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1497-1505.
- Brent, D. A., Melhem, N. M., Oquendo, M., Burke, A., Birmaher, B., Stanley, B. et al. (2015). Familial Pathways to Early-Onset Suicide Attempt. *Jama Psychiatry*, 72(2), 160-168.
- Brezo, J., Paris, J., Vitaro, F., Hébert, M., Tremblay, R. E. & Turecki, G. (2008). Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *British Journal of Psychiatry*, 193(2), 134-139.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R. & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 372-394.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A. & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 198-202.
- Brunstein Klomek, A., Barzilay, S., Apter, A., Carli, V., Hoven, C. W., Sarchiapone, M. et al. (2019). Bi-directional longitudinal associations between different types of bullying victimization, suicide ideation/attempts, and depression among a large sample of European adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(2), 209-215.
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M. & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395-405.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). *Youth Risk Behavior Survey Data 2007-2017*. Retrieved from www.cdc.gov/yrbbs
- Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K. & Appleby, L. (2005). Suicide After Deliberate Self-Harm: A 4-Year Cohort Study. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 297-303.

- Český statistický úřad. (2018). Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech - 2008 až 2017. In *Český statistický úřad*. Retrieved from <https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-podle-pohlavi-a-veku-2007-2016-770xpsf8rn>
- D'Augelli, A. R., Grossman, A. H., Salter, N. P., Vasey, J. J., Starks, M. T. & Sinclair, K. O. (2005). Predicting the Suicide Attempts of Lesbian, Gay, and Bisexual Youth. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(6), 646-660.
- D'Augelli, A. R., Hersherberger, S. L. & Pilkington, N. W. (2001). Suicidality Patterns and Sexual Orientation-Related Factors Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youths. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(3), 250-264.
- De Anda, D. & Smith, M. A. (1993). Differences among Adolescent, Young Adult, and Adult Callers of Suicide Help Lines. *Social Work*, 38(4), 422-428.
- Deisenhammer, E. A., Ing, C. -M., Strauss, R., Kemmler, G., Hinterhuber, H. & Weiss, E. M. (2009). The Duration of the Suicidal Process: How Much Time Is Left for Intervention Between Consideration and Accomplishment of a Suicide Attempt?. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 70(1), 19-24.
- Dervic, K., Friedrich, E., Oquendo, M. A., Voracek, M., Friedrich, M. H. & Sonneck, G. (2006). Suicide in Austrian children and young adolescents aged 14 and younger. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(7), 427-434.
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Långström, N. & Landén, M. Scott, J. (Ed.). (2011). Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden. *Plos One*, 6(2), 1-8.
- Ditch the label. (2017). *The annual bullying survey 2017*. Retrieved from <https://www.ditchthelabel.org/wp-content/uploads/2017/07/The-Annual-Bullying-Survey-2017-1.pdf>
- Dudová, I. & Hrdlička, M. (2006). Bipolární afektivní porucha u dětí a adolescentů. *Česká a slovenská psychiatrie*, 102(8), 423-430.
- Eurostat. (2015). *Being young in Europe today*. Retrieved from <http://ec.europa.eu/eurostat>

- Fergusson, D. M., Woodward, L. J. & Horwood, L. J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 30(1), 23-39.
- Fischer, S. & Škoda, J. (2014). *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení* (2. vyd.). Praha: Grada.
- Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Belfer, M. & Beautrais, A. (2005). Completed Suicide and Psychiatric Diagnoses in Young People: A Critical Examination of the Evidence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(4), 676-683.
- Foley, D. L., Goldston, D. B., Costello, E. J. & Angold, A. (2006). Proximal Psychiatric Risk Factors for Suicidality in Youth. *Archives of General Psychiatry*, 63(9), 1017-1024.
- Geulayov, G., Metcalfe, C., Heron, J., Kidger, J. & Gunnell, D. (2014). Parental Suicide Attempt and Offspring Self-Harm and Suicidal Thoughts: Results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) Birth Cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(5), 509-517.
- Goldstein, T. R., Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, B. I., Gill, M. K., Esposito-Smythers, C. et al. (2009). Family Environment and Suicidal Ideation Among Bipolar Youth. *Archives of Suicide Research*, 13(4), 378-388.
- Goldstein, T. R., Birmaher, B., Axelson, D., Ryan, N. D., Strober, M. A., Gill, M. K. et al. (2005). History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder: factors associated with increased risk. *Bipolar Disorders*, 7(6), 525-535.
- Goldston, D. B., Daniel, S. S., Reboussin, D. M., Reboussin, B. A., Frazier, P. H. & Kelley, A. E. (1999). Suicide Attempts Among Formerly Hospitalized Adolescents: A Prospective Naturalistic Study of Risk During the First 5 Years After Discharge. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(6), 660-671.
- Gomez, S. H., Tse, J., Wang, Y., Turner, B., Millner, A. J., Nock, M. K. & Dunn, E. C. (2017). Are there sensitive periods when child maltreatment substantially elevates suicide risk? Results from a nationally representative sample of adolescents. *Depression and Anxiety*, 34(8), 734-741.

- Gould, M. S., Fisher, P., Parides, M., Flory, M. & Shaffer, D. (1996). Psychosocial Risk Factors of Child and Adolescent Completed Suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53(12), 1155-1162.
- Gould, M. S., Kalafat, J., HarrisMunfakh, J. L. & Kleinman, M. (2007). An Evaluation of Crisis Hotline Outcomes Part 2: Suicidal Callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 338-352.
- Granello, D. H. & Granello, P. F. (2007). *Suicide: an essential guide for helping professionals and educators* (1st ed.). Boston: Pearson/Allyn & Bacon.
- Grøholt, B., Ekeberg, O., Wichstrøm, L. & Haldorsen, T. (1998). Suicide Among Children and Younger and Older Adolescents in Norway: A Comparative Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(5), 473-481.
- Grossman, A. H. & D'Augelli, A. R. (2007). Transgender Youth and Life-Threatening Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(5), 527-537.
- Gunnell, D., Hawton, K., Murray, V., Garnier, R., Bismuth, C., Fagg, J. & Simkin, S. (1997). Use of paracetamol for suicide and non-fatal poisoning in the UK and France: are restrictions on availability justified?. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51(2), 175-179.
- Holt, M. K., Vivolo-Kantor, A. M., Polanin, J. R., Holland, K. M., DeGue, S., Matjasko, J. L. et al. (2015). Bullying and Suicidal Ideation and Behaviors: A Meta-Analysis. *Pediatrics*, 135(2), e496-509.
- Holt, V., Skagerberg, E. & Dunsford, M. (2014). Young people with features of gender dysphoria: Demographics and associated difficulties. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 21(1), 108-118.
- Hughes, D. H. (1995). Can the Clinician Predict Suicide? *Psychiatric Services*, 46(5), 449-451.
- Hysinger, E. B., Callahan, S. T., Caples, T. L., Fuchs, D. C., Shelton, R. & Cooper, W. O. (2011). Suicidal Behavior Differs Among Early and Late Adolescents Treated with Antidepressant Agents. *Pediatrics*, 128(3), 447-454.

- Jiang, Y., Perry, D. K. & Hesser, J. E. (2010). Adolescent Suicide and Health Risk Behaviors: Rhode Island's 2007 Youth Risk Behavior Survey. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(5), 551-555.
- Johns, M. M., Lowry, R., Rasberry, C. N., Dunville, R., Robin, L., Pampati, S. et al. (2018). Violence Victimization, Substance Use, and Suicide Risk Among Sexual Minority High School Students — United States, 2015–2017. *Mmwr. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(43), 1211-1215.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Gould, M. S., Kasen, S., Brown, J. & Brook, J. S. (2002). Childhood Adversities, Interpersonal Difficulties, and Risk for Suicide Attempts During Late Adolescence and Early Adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59(8), 741-749.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Joiner, T. E., Conwell, Y., Fitzpatrick, K. K., Witte, T. K., Schmidt, N. B., Berlim, M. T. et al. (2005). Four Studies on How Past and Current Suicidality Relate Even When "Everything but the Kitchen Sink" Is Covaried. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(2), 291-303.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Marttunen, M., Rimpelä, A. & Rantanen, P. (1999). Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *Bmj*, 319(7206), 348-351.
- Keyes, M. A., Malone, S. M., Sharma, A., Iacono, W. G. & McGue, M. (2013). Risk of Suicide Attempt in Adopted and Nonadopted Offspring. *Pediatrics*, 132(4), 639-646.
- King, C. A. P., Foster, C. E. & Rogalski, K. M. (2013). *Teen suicide risk: a practitioner guide to screening, assessment, and management*. New York: The Guilford Press.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S. S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D. & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *Bmc Psychiatry*, 8(1).
- King, R. A., Schwab-stone, M., Flisher, A. J., Greenwald, S., Kramer, R. A., Goodman, S. H. et al. (2001). Psychosocial and Risk Behavior Correlates of Youth Suicide Attempts and Suicidal Ideation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(7), 837-846.

- King, R., Nurcombe, B., Bickman, L., Hides, L. & Reid, W. (2003). Telephone Counselling for Adolescent Suicide Prevention: Changes in Suicidality and Mental State from Beginning to End of a Counselling Session. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(4), 400-411.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226-239.
- Kocourková, J. & Koutek, J. (2006). Rizikové faktory dětské a adolescentní suicidality. *Česká a slovenská psychiatrie*, 102(8), 431-435.
- Kosciew, J. G., Greytak, E. A., Zongrone, A. D., Clark, C. M. & Truong, N. L. (2018). *The 2017 National School Climate Survey: The Experiences of Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Youth in Our Nation's Schools*. New York: GLSEN.
- Koutek, J. (2000). Suicidalita v dětství a adolescenci. In *Dětská a adolescentní psychiatrie* (pp. 405-409). Praha: Portál.
- Koutek, J. (2008). Suicidalita u adolescentů - Rizikové faktory a prevence. *Pediatric pro praxi*, 9(5), 302-304.
- Koutek, J. & Kocourková, J. (2003). *Sebevražedné chování: [současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících]* (1. vyd.). Praha: Portál.
- Koutek, J. & Kocourková, J. (2006). Suicidální pokus u dětí a dospívajících - Motivy a rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi*, 3, 131-132.
- Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S. & Kupfer, D. J. (1997). Coming to Terms with the Terms of Risk. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 337-343.
- Krch, F. D. & Csémy, L. (2006). Rodinné koreláty depresivity v adolescenci. *Česká a slovenská psychiatrie*, 102(3), 130-136.
- Langmeier, J. & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie* (2., aktualiz. vyd). Praha: Grada.
- Látalová, K. (2015). Schizofrenní psychózy. In *Suicidalita u psychických poruch* (pp. 31-49). Praha: Grada.

- Látalová, K. & Kamarádová, D. (2015). Depresivní poruchy. In *Suicidialita u psychických poruch* (pp. 58-69). Praha: Grada.
- Laye-Gindhu, A. & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the “Whats” and “Whys” of Self-Harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 447-457.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P. & Seeley, J. R. (1994). Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 297-305.
- Lieb, R., Bronisch, T., Höfler, M., Schreier, A. & Wittchen, H. -U. (2005). Maternal Suicidality and Risk of Suicidality in Offspring: Findings from a Community Study. *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1665-1671.
- Linka bezpečí. (2014). *Metodika Linky bezpečí: práce s klienty* (1. vyd.). Praha.
- Linka bezpečí. (2019). *Výroční zpráva 2018*. Praha: Linka bezpečí. Retrieved from http://spolek.linkabezpeci.cz/getattachment/O-nas/Ke-stazeni/Vyrocnizpravy/Linka-Bezpeci_vyrocnizprava-2018_screen.pdf.aspx
- Liu, R. T. & Mustanski, B. (2012). Suicidal Ideation and Self-Harm in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(3), 221-228.
- Liu, X., Huang, Y. & Liu, Y. (2018). Prevalence, distribution, and associated factors of suicide attempts in young adolescents: School-based data from 40 low-income and middle-income countries. *Plos One*, 13(12), 1-12.
- Loneková, K. (2009). *Suicidální proces v dospělé populaci* (d disertační práce). Karlova Univerzita. Praha.
- Malá, E. (2000). Trvalé afektivní poruchy. In *Dětská a adolescentní psychiatrie* (pp. 210-214). Praha: Portál.
- Malá, E. (2009). Schizofrenie v dětství a adolescenci. *Česká a slovenská psychiatrie*, 105(5), 212-217.
- Maris, R. W., Berman, A. L., Silverman, M. M. & Bongar, B. M. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. New York: Guilford Press.

- Mark, L., Samm, A., Tooding, L. -M., Sisask, M., Aasvee, K., Zaborskis, A. et al. (2013). Suicidal Ideation, Risk Factors, and Communication with Parents: An HBSC Study on School Children in Estonia, Lithuania, and Luxembourg. *Crisis*, 34(1), 3-12.
- Mars, B., Heron, J., Klonsky, E. D., Moran, P., O'Connor, R. C., Tilling, K. et al. (2019a). What distinguishes adolescents with suicidal thoughts from those who have attempted suicide? A population-based birth cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(1), 91-99.
- Mars, B., Heron, J., Klonsky, E. D., Moran, P., O'Connor, R. C., Tilling, K. et al. (2019b). Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 6(4), 327-337.
- Marshal, M. P., Dietz, L. J., Friedman, M. S., Stall, R., Smith, H. A., McGinley, J. et al. (2011). Suicidality and Depression Disparities Between Sexual Minority and Heterosexual Youth: A Meta-Analytic Review. *Journal of Adolescent Health*, 49(2), 115-123.
- Martin, G., Bergen, H. A., Richardson, A. S., Roeger, L. & Allison, S. (2004). Sexual abuse and suicidality: gender differences in a large community sample of adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 28(5), 491-503.
- Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., Weismore, J. T. & Renshaw, K. D. (2013). The Relation Between Child Maltreatment and Adolescent Suicidal Behavior: A Systematic Review and Critical Examination of the Literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(2), 146-172.
- Miller, A. L., Rathus, J. H. & Linehan, M. M. (2007). *Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents* (1st ed.). New York: Guilford Press.
- Miller, M., Azrael, D. & Hemenway, D. (2002). Firearm Availability and Unintentional Firearm Deaths, Suicide, and Homicide among 5–14 Year Olds. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 52(2), 267-275.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu* (1. vyd.). Praha: Grada.
- Miranda-Mendizábal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J. et al. (2017). Sexual orientation and suicidal behaviour in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 211(2), 77-87.

- Muehlenkamp, J. J. & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for Suicide Attempts Among Adolescents Who Engage in Non-Suicidal Self-Injury. *Archives of Suicide Research, 11*(1), 69-82.
- Muehlenkamp, J. J. & Gutierrez, P. M. (2004). An Investigation of Differences Between Self-Injurious Behavior and Suicide Attempts in a Sample of Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 34*(1), 12-23.
- Nikolaou, D. (2017). Does cyberbullying impact youth suicidal behaviors?. *Journal of Health Economics, 56*, 30-46.
- Nock, M. K. & Prinstein, M. J. (2005). Contextual Features and Behavioral Functions of Self-Mutilation Among Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(1), 140-146.
- Nock, M., Joiner Jr., T., Gordon, K., Lloyd-Richardson, E. & Prinstein, M. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research, 144*(1), 65-72.
- NSPCC. (2018). *Childline annual review 2017/18: The courage to talk*. London. Retrieved from <https://learning.nspcc.org.uk/media/1596/courage-talk-childline-annual-review-2017-18.pdf>
- Oppenheimer, C. W., Stone, L. B. & Hankin, B. L. (2018). The influence of family factors on time to suicidal ideation onsets during the adolescent developmental period. *Journal of Psychiatric Research, 104*, 72-77.
- Orbach, I., Mikulincer, M., King, R., Cohen, D. & Stein, D. (1997). Thresholds and tolerance of physical pain in suicidal and nonsuicidal adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(4), 646-652.
- Owens, D., Horrocks, J. & House, A. (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. *British Journal of Psychiatry, 181*(3), 193-199.
- Pan, Y. -J., Juang, K. -D., Lu, S. -R., Chen, S. -P., Wang, Y. -F., Fuh, J. -L. & Wang, S. -J. (2017). Longitudinal risk factors for suicidal thoughts in depressed and non-depressed young adolescents. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 51*(9), 930-937.
- Paul, E. (2018). Proximally-occurring life events and the first transition from suicidal ideation to suicide attempt in adolescents. *Journal of Affective Disorders, 241*, 499-504.

- Perkins, D. F. & Hartless, G. (2016). An Ecological Risk-Factor Examination of Suicide Ideation and Behavior of Adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 17(1), 3-26.
- Peterson, C. M., Matthews, A., Copps-Smith, E. & Conard, L. A. (2016). Suicidality, Self-Harm, and Body Dissatisfaction in Transgender Adolescents and Emerging Adults with Gender Dysphoria. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(4), 475-482.
- Pfeffer, C. R. (1986). *The suicidal child* (1st ed.). New York: Guilford Press.
- Pilowsky, D. J. & Wu, L. -T. (2006). Psychiatric symptoms and substance use disorders in a nationally representative sample of American adolescents involved with foster care. *Journal of Adolescent Health*, 38(4), 351-358.
- Pilowsky, D. J., Wu, L. -T. & Anthony, J. C. (1999). Panic Attacks and Suicide Attempts in Mid-Adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1545-1549.
- Plunkett, A., O'Toole, B., Swanston, H., Oates, R. K., Shrimpton, S. & Parkinson, P. (2001). Suicide Risk Following Child Sexual Abuse. *Ambulatory Pediatrics*, 1(5), 262-266.
- Pompili, M., Mancinelli, I., Girardi, P., Ruberto, A. & Tatarelli, R. (2004). Suicide in anorexia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 36(1), 99-103.
- Poštuvan, V., Podlogar, T., Zadavec Šedivy, N. & De Leo, D. (2019). Suicidal behaviour among sexual-minority youth: a review of the role of acceptance and support. *Lancet Child Adolesc Health*, 3(3), 190-198.
- Prajsová, J., Chomynová, P., Dvořáková, Z., Příhodová, K. & Csémy, L. (2018). Analýza projevů suicidálního chování u českých adolescentů: Rizikové faktory pro suicidální myšlenky, plány a pokusy. *Československá psychologie*, 62(1), 16-31.
- Praško, J. (2015). Poruchy osobnosti. In *Suicidialita u psychických poruch* (pp. 117-138). Praha: Grada.
- Praško, J. & Látalová, K. (2015). Suicidialita jako problém společnosti. In *Suicidialita u psychických poruch* (pp. 9-23). Praha: Grada.
- Prinstein, M. J., Boergers, J., Spirito, A., Little, T. D. & Grapentine, W. L. (2000). Peer Functioning, Family Dysfunction, and Psychological Symptoms in a Risk Factor Model for Adolescent Inpatients' Suicidal Ideation Severity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(3), 392-405.

- Qin, P., Agerbo, E. & Mortensen, P. B. (2003). Suicide Risk in Relation to Socioeconomic, Demographic, Psychiatric, and Familial Factors: A National Register-Based Study of All Suicides in Denmark, 1981–1997. *American Journal of Psychiatry*, *160*(4), 765-772.
- Ream, G. L. (2019). What's Unique About Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth and Young Adult Suicides? Findings from the National Violent Death Reporting System. *Journal of Adolescent Health*, *64*(5), 602-607.
- Reisner, S. L., Veters, R., Leclerc, M., Zaslow, S., Wolfrum, S., Shumer, D. & Mimiaga, M. J. (2015). Mental Health of Transgender Youth in Care at an Adolescent Urban Community Health Center: A Matched Retrospective Cohort Study. *Journal of Adolescent Health*, *56*(3), 274-279.
- Reith, D. M., Whyte, I. & Carter, G. (2003). Repetition Risk for Adolescent Self-Poisoning: A Multiple Event Survival Analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *37*(2), 212-218.
- Remafedi, G., French, S., Story, M., Resnick, M. D. & Blum, R. (1998). The relationship between suicide risk and sexual orientation: results of a population-based study. *American Journal of Public Health*, *88*(1), 57-60.
- Rosenberg, H. J., Jankowski, M. K., Sengupta, A., Wolfe, R. S., Wolford II, G. L. & Rosenberg, S. D. (2005). Single and Multiple Suicide Attempts and Associated Health Risk Factors in New Hampshire Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *35*(5), 547-557.
- Rudd, M. D., Berman, A. L., Joiner, T. E., Nock, M. K., Silverman, M. M., Mandrusiak, M. et al. (2006). Warning Signs for Suicide: Theory, Research, and Clinical Applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *36*(3), 255-262.
- Rudd, M. D., Joiner, T. & Rajad, M. H. (1996). Relationships among suicide ideators, attempters, and multiple attempters in a young-adult sample. *Journal of Abnormal Psychology*, *105*(4), 541-550.
- Russell, S. T. & Joyner, K. (2001). Adolescent Sexual Orientation and Suicide Risk: Evidence from a National Study. *American Journal of Public Health*, *91*(8), 1276-1281.
- Safer, D. J. (1997). Self-Reported Suicide Attempts by Adolescents. *Annals of Clinical Psychiatry*, *9*(4), 263-269.

- Salzinger, S., Rosario, M., Feldman, R. S. & Ng-Mak, D. S. (2007). Adolescent Suicidal Behavior: Associations with Preadolescent Physical Abuse and Selected Risk and Protective Factors. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(7), 859-866.
- Sampasa-Kanyinga, H., Lalande, K. & Colman, I. (2018). Cyberbullying victimisation and internalising and externalising problems among adolescents: the moderating role of parent-child relationship and child's sex. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 1-10.
- Sareen, J., Houlihan, T., Cox, B. J. & Asmundson, G. J. G. (2005). Anxiety Disorders Associated with Suicidal Ideation and Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(7), 450-454.
- Saunders, S. M., Resnick, M. D., Hoberman, H. M. & Blum, R. W. (1994). Formal Help-Seeking Behavior of Adolescents Identifying Themselves as Having Mental Health Problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33(5), 718-728.
- Sellers, C. M., Diaz-Valdes Iriarte, A., Wyman Battalen, A. & McManama O'Brien, K. H. (2019). Alcohol and marijuana use as daily predictors of suicide ideation and attempts among adolescents prior to psychiatric hospitalization. *Psychiatry Research*, 273, 672-677.
- Shaffer, D. (1974). Suicide in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 15(4), 275-291.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M. & Flory, M. (1996). Psychiatric Diagnosis in Child and Adolescent Suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53(4), 339-348.
- Shimshock, C. M., Williams, R. A. & Sullivan, B. -J. B. (2011). Suicidal Thought in the Adolescent: Exploring the Relationship Between Known Risk Factors and the Presence of Suicidal Thought. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(4), 237-244.
- Slap, G., Goodman, E. & Huang, B. (2001). Adoption as a Risk Factor for Attempted Suicide During Adolescence. *Pediatrics*, 108(2).
- Spivey, L. A. & Prinstein, M. J. (2019). A Preliminary Examination of the Association between Adolescent Gender Nonconformity and Suicidal Thoughts and Behaviors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(4), 707-716.

- Thompson, L. K., Sugg, M. M. & Runkle, J. R. (2018). Adolescents in crisis: A geographic exploration of help-seeking behavior using data from Crisis Text Line. *Social Science & Medicine*, 215, 69-79.
- Turvill, J. L., Burroughs, A. K. & Moore, K. P. (2000). Change in occurrence of paracetamol overdose in UK after introduction of blister packs. *The Lancet*, 355(9220), 2048-2049.
- Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání* (1. vyd.). Praha: Karolinum.
- Vajda, J. & Steinbeck, K. (2000). Factors Associated with Repeat Suicide Attempts among Adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(3), 437-445.
- Whetstone, L. M., Morrissey, S. L. & Cummings, D. M. (2007). Children at Risk: The Association Between Perceived Weight Status and Suicidal Thoughts and Attempts in Middle School Youth. *Journal of School Health*, 77(2), 59-66.
- Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B. & Goodyer, I. (2011). Clinical and Psychosocial Predictors of Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *American Journal of Psychiatry*, 168(5), 495-501.
- Wunderlich, U., Bronisch, T. & Wittchen, H. -U. (1998). Comorbidity patterns in adolescents and young adults with suicide attempts. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 248(2), 87-95.

Přílohy

Příloha č. 1: deskriptivní popis výsledků výzkumných podotázek kvantitativní části výzkumu

Pohlaví	Uskutečněný sebevražedný pokus		Celkem
	ne	ano	
F	87	35	122
	71,3%	28,7%	79,2%
M	26	6	32
	81,3%	18,8%	20,8%
Celkem	113	41	154
	73,4%	26,6%	100,0%

Zkušenost se sebepoškočováním	Uskutečněný sebevražedný pokus		Celkem
	ne	ano	
ne	83	23	106
	78,3%	21,7%	68,8%
ano	30	18	48
	62,5%	37,5%	31,2%
Celkem	113	41	154
	73,4%	26,6%	100,0%

Pohlaví	Vyšší akutnost sebevražedného obsahu v hovoru		Celkem
	ne	ano	
F	83	36	119
	69,7%	30,3%	80,4%
M	18	11	29
	62,1%	37,9%	19,6%
Celkem	101	47	148
	68,2%	31,8%	100,0%

Pohlaví	Opakované sebevražedné myšlenky		Celkem
	ne	ano	
F	21	84	105
	20,0%	80,0%	81,4%
M	12	12	24
	50,0%	50,0%	18,6%
Celkem	33	96	129
	25,6%	74,4%	100,0%

Pohlaví	Psychické obtíže		Celkem
	ne	ano	
F	47	61	108
	43,5%	56,5%	80,0%
M	18	9	27
	66,7%	33,3%	20,0%
Celkem	65	70	135
	48,1%	51,9%	100,0%

Věk	Spouštěč rodina		Celkem
	ne	ano	
mladší	14	12	26
	53,8%	46,2%	40,6%
starší	30	8	38
	78,9%	21,1%	59,4%
Celkem	44	20	64
	68,8%	31,3%	100,0%

Pohlaví	Spouštěč rodina		Celkem
	ne	ano	
F	32	16	48
	66,7%	33,3%	75,0%
M	12	4	16
	75,0%	25,0%	25,0%
Celkem	44	20	64
	68,8%	31,3%	100,0%

Věk	Spouštěč partnerské vztahy		Celkem
	ne	ano	
mladší	22	4	26
	84,6%	15,4%	40,6%
starší	23	15	38
	60,5%	39,5%	59,4%
Celkem	45	19	64
	70,3%	29,7%	100,0%

Pohlaví	Spouštěč partnerské vztahy		Celkem
	ne	ano	
F	38	10	48
	79,2%	20,8%	75,0%
M	7	9	16
	43,8%	56,3%	25,0%
Celkem	45	19	64
	70,3%	29,7%	100,0%