

1. kapitola

Úvod k problematice suicidálního chování

J. Kouřák

Suicidium i suicidální chování představuje závažný problém, který je v centru zájmu řady odborníků. Je možné na něj pohlízet z hlediska medicínského, psychologického, filozofického, etického, sociologického nebo právního. Z hlediska lékařství je suicidální chování problematikou stojící na pomezí řady medicínských oborů. Při sebevražedném jednání často dochází k závažnému porušení zdraví, případně ke smrti. Zde zasahují kromě praktických lékařů a dětských praktických lékařů další odborníci z tzv. somatických oborů podle charakteru poranění nebo postižení zdravotního stavu. Při intoxikaci to jsou internisté, při různých poraněních chirurgové, traumatologové, ortopedi, ale též neurologové a další. V případě, že jsou ohroženy základní životní funkce postiženého, zasahují odborníci z oboru resuscitace a anesteziologie. Jakmile je zdravotní stav pacienta stabilizován a není bezprostředně ohrožen život, nastupují psychiatri a psychologové, aby posoudili psychologický stav a navrhli další řešení a léčbu. Pokud ještě nedošlo k přímému poškození zdraví, ale je zřejmé nebezpečí sebevražedného chování, je prvotní role psychologů a psychiatri. V situacích, kdy došlo k letálnímu zavržení sebevražedného jednání, tedy k dokonané sebevraždě, medicína již postiženému pomoci nemůže. Přesto by však mohla pomoci pozůstalým, ať již jeho rodině, nebo přátelům. Jde o vždy o akt, který blízkým lidem něco vzkazuje, něco dležitějšího sděluje. Jde o tragický výřitek zoufalství, který vyvolává pocity viny, smutku a bezradje. Asi každý pozůstalý přemýšlí, co mu člověk, který tímto způsobem odešel, říká, co mohl udělat jinak, čím mu ublížil. V těchto případech se případná odborná pomoc jeví jako potřebná.

Suicidální projevy představují širokou škálu chování a prožívání, na nichž se podléhají behaviorální, kognitivní, emoční a interpersonální aspekty. Při těchto projevech jsou přítomné vědomé i nevědomé motivy a souvislosti. Suicidální chování představuje širší pojem, obsahující nápady, myšlenky, výtoky a proklamace, aniž

Představa: Když se někoho zeptáme na sebevražedné myšlenky, můžeme mu tento nápad vnuknout.

Skutečnost: Není žádný důvod se domnívat, že bychom hovorom o suiciditě mohli tento nápad vnuknout někomu, kdo suicidální není. Rozhovor o případech suicidálních myšlenkách může naopak pomoci a dovoluje posoudit suicidální riziko.

Představa: Děti se nedokážou zabít, je to věc až starších lidí.

Skutečnost: Sebevraždy mohou spáchat i děti. Sebevražednost dětí a dospívajících se v současné době zvyšuje.

Představa: Sebevražda se vyskytuje nejvíce buď mezi velmi bohatými lidmi, nebo naopak mezi velmi chudými.

Skutečnost: Sebevražednost se vyskytuje ve všech sociálních vrstvách, i když chudoba je jedním z rizikových faktorů.

Literatura

- Černý, L.: *Sebevražednost dětí a mládežních*. Praha, Avicenum 1970.
 Dragomirecká, E.: Sebevražda jako jev sociální patologie – hledisko filozofické, sociologické a psychologické. *Amiterport*, 6. 28. 1998, s. 27-28.
 MacLean, G. (Edit.): *Suicide in Children and Adolescents*. Toronto, Hogrefe and Huber Publishers 1990.
 Masaryk, T. G.: *Sebevražda*. Praha, Ústav T. G. Masaryka 1998.
 Prokop, J.: *O sebevraždě*. Praha, Bureš a Kohout 1940.
 Shostadman, E. S. (Edit.): *Suicidology: Contemporary Developments*. New York, Gunn and Stratton 1976.
The World Health Report, Mental Health: New Understanding. New Hope, Geneva, WHO 2001.

2. kapitola

Epidemiologie suicidálního jednání

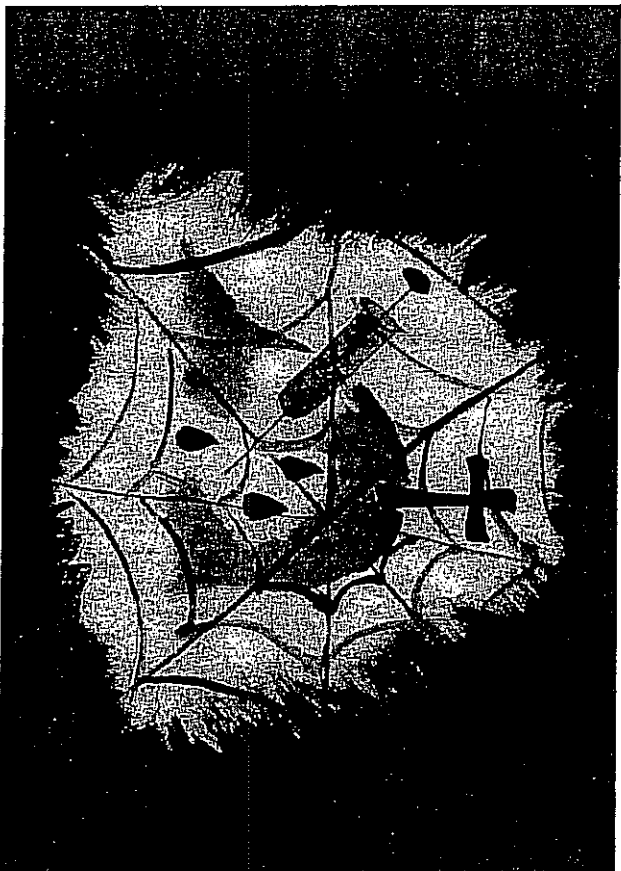
J. Kouřek

Epidemiologie sebevražd sleduje výskyt tohoto jevu v různých státech a v různých věkových skupinách. K dispozici jsou většinou pouze statistiky dokončených sebevražd, i ty však nelze považovat za zcela spolehlivé. Lze předpokládat, že řada sebevražd byla vykazána jako nešťastná náhoda, úraz, dopravní nehoda apod. Statistika suicidálních pokusů, která byla uváděna v České republice před rokem 1989, je pravděpodobně nepřesná, neboť odhady počtu sebevražedných pokusů v jiných státech jsou mnohonásobně vyšší. Přes veškerou nepřesnost statistických čísel však lze vysledovat určité trendy ve vývoji suicidality.

2.1 Suicidální jednání v různých oblastech světa

V dějinách lidstva byly ve výskytu suicidálního jednání značné rozdíly. Zatímco ve starověkém Římě nebo Řecku byla sebevražda považována za jednu z alternativních možností, jak ukončit život, ve středověku křesťanství sebevraždu přisně zakazovalo a trestalo. V novověku docházelo k velkým zvrátům v projevech suicidálního chování. Je např. známa vlna sebevražedného jednání mezi mladými lidmi v Evropě, kterou vyprovokovalo vydání Goethova *Uhrpení mladého Werthera*. Rovněž mnohé politické zvraty a nepřiznivá období vedly ke zvýšení suicidality. Značné rozdíly ve výskytu suicidálního jednání se též týkají různých států a národů, stejně jako světadílů (viz graf č. 1). Tradičně nejvyšší sebevražednost je v Evropě, dále následuje Severní Amerika, Oceánie a Austrálie, tedy oblasti světa, které jsou s evropskou kulturou spojené. Nízká sebevražednost je naopak v Latinské Americe a Africe. Asijské statistické údaje stojí uprosťed.

Obr. 1 Obrázek čtrnáctileté dívky se zkušeností s injekční aplikací pervitinu. Byla hospitalizována po suicidálním pokusu zkratkového charakteru, který následoval po konfliktu s rodiči. Dívka opakovaně kreslila témata drog a smrti.



3. kapitola

Formy, způsoby a motivy suicidálního jednání

J. Koutek

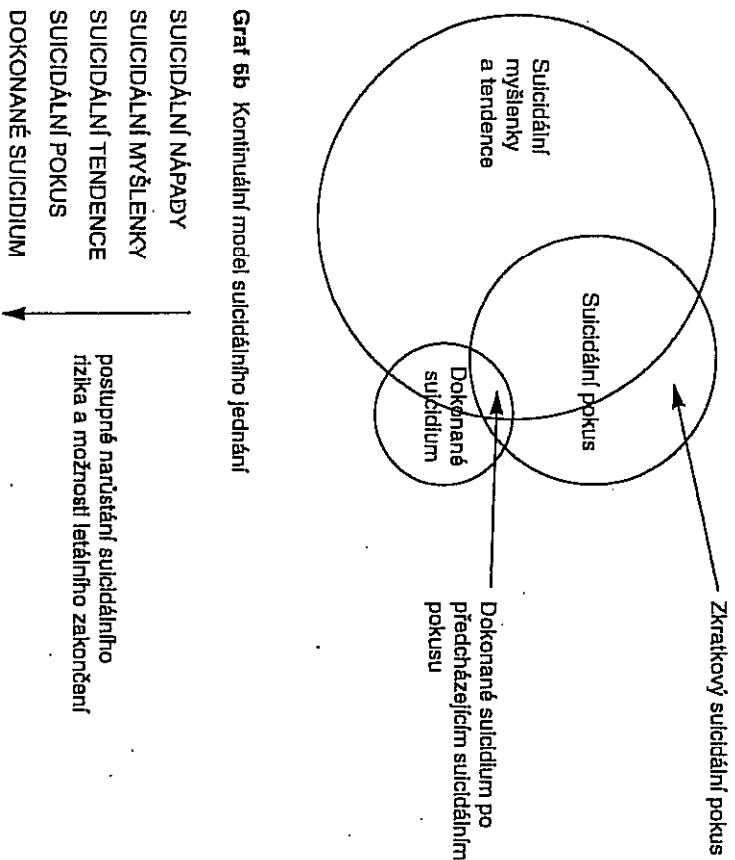
U suicidálního chování a jednání rozlišujeme různé formy: od suicidálních myšlenek a tendencí přes suicidální pokus až po letální končící dokonané suicidium. Pro posouzení nebezpečnosti sebevražedného jednání i pro jeho výsledek má význam způsob, jakým dítě postižený svého úmyslu docílil. Při vyšetření se též zaměřujeme na motivy, které k tomuto jednání vedly.

3.1 Formy suicidálního chování

Suicidální chování u dětí a adolescentů se vyskytuje stejně jako u dospělých v několika formách. Rozlišujeme suicidální myšlenky, suicidální tendence, suicidální pokus a dokonané suicidium. Je otázkou, zda formy suicidálního chování se od sebe liší pouze kvantitativně, nebo je mezi nimi rozdíl kvalitativní. V prvním případě by podle některých autorů toto chování leželo na jedné kontinuální přímce a rozdíl by byl pouze v intenzitě suicidálních tendencí a v pevnosti rozhodnutí zemřít. Pokud by toto rozhodnutí nebylo jednoznačné, pak by se suicidální chování projevovalo pouze myšlenkami, silnější intenzita suicidálních tendencí by byla spojena s konkrétním plánováním suicidia. Nejsilnější tendence zemřít se pak projevuje sebevražedným pokusem a dokonarou sebevraždou. Podle jiných autorů toto chování neleží na jedné přímce a neiší se pouze kvantitativně, ale i kvalitativně. Z tohoto hlediska něco jiného znamenají suicidální myšlenky a suicidální tendence, suicidální pokus pak není pouze nepodařená sebevražda.

může být jista, zda její přežije. Ačkoliv připouštíme nepochybně i složku nevědomé motivace, patří k sebevražednému aktu úmysl zemřít „zde a nyní“. Jde též o časové ohraničený akt, v průběhu jedné chvíle, několika minut či hodin, nanejvýše několika dnů. Můžeme se sekat například s protirahovaným suicidálním jednáním, kdy se dítě nebo adolescent intokkuje medikamenty opakovaně v průběhu několika dnů. Často dochází k postupnému zvyšování dávek. Důvodem může být i to, že suicidant neodhadne potřebnou dávku vedoucí k letálnímu konci. Když zjistí, že jeho čin nevedl ke smrti, srují pokus opakuje. Další příčinou byvá ambivalentní postoj ke smrti, který vede k tomu, že není použita letální dávka. V tomto případě lze samozřejmě též uvažovat o pevnosti jeho rozhodnutí, opět jde spíše o „dávání života v sázku“ s větší možností přežít. Protrahované suicidální jednání může být prováděno různými způsoby, například pořežáním. Toto chování často hraničí se sebepoškozováním, u něhož však úmysl zemřít není přítomen.

Graf 6a Diskontinuální model jednotlivých forem suicidálního jednání



Graf 6b Kontinuální model suicidálního jednání

SUICIDÁLNÍ NÁPADY
SUICIDÁLNÍ MYŠLENKY
SUICIDÁLNÍ TENDENCE
SUICIDÁLNÍ POKUS
DOKONANÉ SUICIDIUM

postupné narůstání suicidálního
rizika a možností letálního zakončení

Bilanční sebevražda je suicidium dokonané na základě předchozího bilanování, kdy postižený dojde k závěru, že jeho stávající situace je pro další život neúnosná. Jako bilanční sebevraždu bychom označili například čin nevyléčitelně nemocného maligním onemocněným, sebezastřelení vojáků po prohrané bitvě apod. Tomu je blízká bitká sebevražda, tedy sebevražda v normálním duševním stavu, na základě možných vycházejících z reality. Při hodnocení těchto forem sebevražd však musíme odlišovat motivy patologické. I u jednoznačně patrických sebevražd, které mají původ v psychopatologickém obsahu a v patologické motivaci, nacházíme bilanování, hodnocení situace apod. V těchto případech je však hodnocení reálné situace chybné, vycházející z nemoci. Pacient v hluboké depresi hodnotí zcela mylně svou situaci jako beznadějnou, svá provinění, která nejsou vůbec reálná, jako odčinitelná pouze vlastní smrtí. Nemocný s kancerofobií se domnívá, že by mohl dostat nevyléčitelnou nemoc, a proto raději zemře vlastní rukou.

Účelové suicidální jednání je charakterizováno jako jednání, jehož cílem není smrt, ale vyřešení jinak svízelné situace. Tomu je podobné demonstراتivní suicidální jednání. Rozdíl je v tom, že při účelovém jednání je tento cíl sledován nevědomě, při demonstراتivním vědomě. Je ovšem nutné zdůraznit, že i účelové nebo demonstراتivní suicidální jednání může skončit letálně. Smrtí může nešťastnou náhodou skončit rovněž simulace sebevražedného jednání, která je často s demonstراتivním či účelovým jednáním zaměňována. Na rozdíl od nich je však simulace vědomě předstírána, jehož účelem je vyhnout se nějaké nepříjemné situaci, např. nástupu trestu.

Zkratkové suicidální jednání je taková suicidální aktivita, při níž jedinec jedná zkratkovitě. Zkratkovitě jednání je obecně charakterizováno jako takové jednání, které jde o nejrychlejší ke stanovenému cíli, bez jakýchkoliv odboček, bez zamyšlení nad jinými možnostmi a vyhodaním či nevyhodaním zvoleného řešení. Za takové jednání můžeme považovat např. to, když školák dostane špatnou známku a zareaguje tak, že zahodí žákovskou knížku. Nevědomí si v první chvíli, že tím situaci nejen nevyřeší, ale ještě ji zhorší. Suicidální jednání zkratkovitěho charakteru probíhá stejným způsobem. Chlapec či dívka si přje co nejrychleji vyřešit těžkou situaci, dostat se z ní, a snaží se tak učinit co nejrychleji a nejpříměji, i za cenu vlastního života.

Sedmnáctiletý učeň oboru kuchař-síšník žil pouze s matkou. Rodiče se rozvedli, když mu bylo deset let, s otcem se slykal sporadicky. Matka jej vychovávala hyperprotektivně, chtěla mu „vynahradiť“ absenci otce. Chlapec se během několika měsíců zadlužil částkou cca 40 tisíc korun, za které nakoupil své dříve různé dávky. Jeho větší byli vrstevníci, většinou spolužáci z učiliště. Začal na něm tluh vynahradiť, a on nebyl schopen jej spláť. Spolužáci mu vyhrožovali „nakládačkou“, několik dnů se báli vycházet z bytu. Byl ve velkém napětí, nevěděl, jak celou situaci řešit. V den svého závažného suicidálního pokusu zahlédl vcházet do jejich domu několik svých věřitelů. Velmi se bál, vylezl na parapet okna bytu va třetím patře panelového domu. Ve chvíli,

Literatura

- Dušek, K., Chromý, K., Janík, A., Kalvach, Z.: *První pomoc v psychiatrii*. Praha, Avicenum 1975.
- Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E.: *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha, Portál 2000.
- Janík, A., Dušek, K.: *Diagnostika duševních poruch*. Praha, Avicenum 1974.
- Koutek, J.: Intoxikace psychofarmaků jako způsob suicidálního jednání. *Praktický lékař*, 79, 1998, 2, s. 659–660.
- Koutek, J.: Suicidální chování v dětství a adolescenci. *latrhe lechne*, 1/2002, s. 68–70.
- MacLean, G. (ed.): *Suicide in Children and Adolescents*. Toronto, Hogrefe and Huber Publishers 1990.
- Pouška, E.: *Suizide und Suizidversuche im Kindes- und Jugendalter*. In: Remschmidt, H., Schmidt, M.: *Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis*. Stuttgart, Georg Thieme Verlag 1985.
- Remschmidt, H.: *Psychiatrie der Adoleszenz*. Stuttgart, Georg Thieme Verlag 1992.
- Steinhausen, H. Ch.: *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. München, Wien, Baltimore, Urban und Schwarzenberg 1995.
- Zdravotnická statistika: *Selbstvraždy, 1986–2000*. ÚZIS, Praha 1987–2001.

4. kapitola

Rizikové faktory suicidálního chování dětí a dospívajících

J. Koutek

Pro vznik suicidálního chování u dětí a adolescentů existují určité rizikové faktory, jako je rodinná a školní situace, vstřícnost pozice, zdravotní stav a další. Význam mají ovšem i vyvolávající faktory, které působí jako spouštěč neadaptivního jednání. Záleží rovněž na individuálních zranitelnosti a schopnosti adaptace, zda se rizikové a vyvolávající faktory projeví a vyústí v nežádoucí jednání.

4.1 Rizikové faktory suicidálního jednání v dětství a adolescenci

Rizikové faktory suicidálního chování představují důležitou problematiku při prevenci, při posuzování akutní hrozby suicidálního jednání a plánování následné terapie. Některé faktory působí více na úrovni biologické, jiné na úrovni psychologické či sociální. Nemí však snadné je podle tohoto hlediska rozdělovat. Různé faktory a okolnosti se mohou ve svém účinku doplňovat, případně i umocňovat. Příkladem může být předcházející suicidální chování v rodině. Můžeme zde uvažovat o biologicky podmíněné hereeditární dispozici, o možnosti identifikace a nápodoby, o vzorcích interakce v rodině apod. Pro dospělé věk jsou podle Kapitlana a Sadocka důležité následující rizikové faktory: předcházející suicidální pokusy nebo gesta, násilnost metody, malá možnost záchrany, důkladnost plánu a přípravy, vážný úmysl zemřít, bizarnost metody, psychiatrické omeacování (velká depresivní porucha, bipolární porucha, psychotická porucha, zneužívání návykových

naci s konflikty s rodiči v dalších 14 %. Je zřejmé, že význam školního selhání je závislý na rodinné situaci a na vztazích dítěte či adolescence s rodiči. Zajímavé je zjištění z rozboru pacientů hospitalizovaných v letech 1982–1986. Nejčastěji se suicidální pokusy vyskytovaly v měsících lednu a červnu. Lze usuzovat na to, že v těchto měsících, kdy se očekává pololehnutí a konečná klasifikace ve škole, narůstá napětí v rodinách. Ke školní situaci a školnímu úspěchu patří rovněž vztahy dítěte s učiteli. Komplikovanou může být situace dítěte se školní fobí nebo s poruchami chování, u něhož se případně objeví záškoláctví.

Význam adekvátních vrstevnických vztahů

Problématická vrstevnických vztahů souvisí určitě se zapojením ve škole. Školní kolektiv hraje v životě dítěte a dospívajícího velkou roli. Dobré zapojení mezi vrstevníky a dobrá pozice mezi nimi vedou k přiměřenému sebevědomí, naopak šikánování ze strany spolužáků, pocit nedostatečnosti a neúspěchu mezi nimi vede k nebezpečí sebevražedného jednání. Ohroženy jsou děti, které nějakým způsobem vybočují a jsou mezi ostatními nápadné. Může jít o děti se sníženou adaptabilitou, úzkostně uzavřené. Typicky špatně postaveni mezi vrstevníky mají děti obězní, tělesně méně obratné, zejména v období staršího školního věku. Pro tento věk je fyzické zápolení charakteristické, hlavně u chlapců. Ti, kteří v tomto zapojení neobstojí, stojí stranou ostatních a jejich sebevědomí se snižuje. Pro dívky v tomto období má význam pevný vzhled a postava. Třináctý až čtrnáctý rok věku je jedním z období nejčastější incidence poruch příjmu potravy. V posledních letech také vzrůstá vliv sociálních rozdílů mezi dětmi. Postavení dítěte mezi vrstevníky zhoršuje špatná sociální situace rodiny. Děti dnes bohužel rozlišují, zda je někdo oblékány ze značkové prodejny, nebo z tihu, zda má nejmodernější mobil. Pozitivní význam mají mimoškolní aktivity, zájmy a sport. Naopak negativním faktorem může být účast v tzv. partě, tedy vrstevnickém kolektivu s tendencí k negativnímu, např. delikventnímu jednání. V těchto kolektivních časech dochází ke zneužívání drog. Jsou popsány i případy sebevraždy více členů takové party.

Zdravotní stav

Závažné tělesné onemocnění představuje rizikový faktor pro suicidální jednání zvláště v dospělosti. Jeho význam v dětské a adolescenci je menší, pouze z důvodů kvantitativních, neboť je v tomto věku méně časté než například školní problémy. V jednotlivých případech má však chronické onemocnění velký vliv, bývá spojeno s poruchou přizpůsobení, depresivním prožíváním a dalšími psychickými obtížemi. Významně komplikuje vývoj osobnosti a v adolescenci může být prožíváno jako velké životní znevýhodnění, znesnadňující navázání vztahů s opačným pohlavím nebo pracovní uplatnění.

Specifické riziko pro suicidální jednání představuje onemocnění psychickou poruchou. Se suicidality jsou charakteristicky spojeny afektivní poruchy, schizofre-

nie a toxikomanie. U pacientů po suicidálním pokusu je často diagnostikována porucha přizpůsobení s anxiózně-depresivní symptomatikou.

Sociální situace

V dospělosti je za rizikový faktor považován nižší sociální statut, nižší vzdělání, horší postavení v zaměstnání a nezaměstnanost. V dětství a adolescenci nepodstatně hraje roli sociální situace rodiny, nezaměstnanost rodičů. Nezaměstnanost se však může týkat i adolescentů, stejně jako opuštění domova. Existuje významná souvislost mezi chováním delikventním (až kriminálním) a suicidálním.

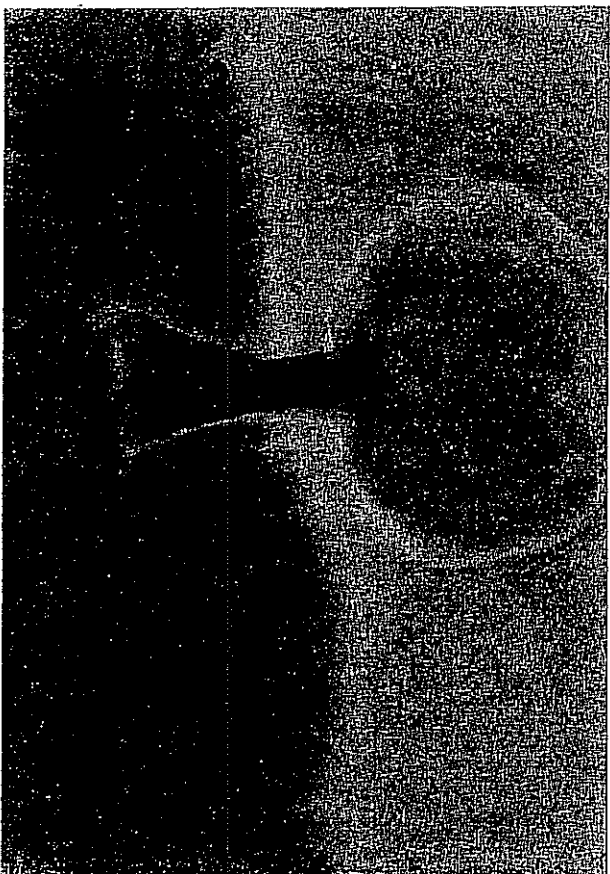
Náboženství

Ačkoliv Česká republika patří mezi nejméně religiozní země, náboženství může hrát v suicidálním jednání určitou roli. Jde ovšem o roli převážně pozitivní, protože většina oficiálních náboženství sebevraždu zakazuje. Zajímavé jsou ovšem poznatky z epidemiologie, které prokazují, že výrazně větší počet dokončených suicidií je v Evropě na protestantském severu, naopak na převážně katolickém jihu je suicidality podstatně nižší. Z toho samozřejmě nevyplyvá, že by protestantství představovalo faktor rizikový a katolicí protektivní. Spíše lze usuzovat, že v samotném suicidálním jednání otázka náboženského přesvědčení není rozhodující, neboť postoje církvi katolických i protestantských jsou podobné. Určitý význam religiozity mohou dokazovat statistická data z bývalého Československa. V převážně ateistických Čechách bylo podstatně více sebevražd i sebevražedných pokusů vzhledem k počtu obyvatel než na převážně katolickém Slovensku. Jisté však nešlo o jediný faktor. V naší klinické praxi jsme se setkali s řadou zejména adolescentů, kteří se hlásili k náboženskému vyznání, a přesto se pokusili o suicidium. Význam pro suicidální jednání a obecně pro psychologický stav může mít příslušnost k sektě. Ve světě byla zaznamenána řada hromadných sebevražd mladých lidí, souvisejících s příslušností k sektě. V posledním desetiletí se rovněž setkáváme u dětí a adolescentů s různými představami o posmrtném životě, které mohou vést k usnadnění sebevražedného jednání. Typické jsou reinkarnační teorie podle knih *Život před životem, Život po životě* apod. Často nám naši pacienti po závážném suicidálním pokusu sdělují, že počítají s novým, lepším životem, nebo alespoň s nějakou formou života posmrtného.

Další rizikové faktory

Za rizikový faktor pro dokončené suicidium je považováno mužské pohlaví, zatímco dívky a ženy jsou více ohroženy suicidálním pokusem. Z hlediska ročních období jsou jako rizikové uváděny jaro a podzim. Podle statistiky suicidií v České republice v roce 2000 nejvíce sebevražd bylo v dubnu, březnu a únoru. Podzimní měsíce nijak nevybočovaly z celoročního průměru, překvapivě nejméně sebevražd bylo v prosinci.

Obr. 2 Obrázek patnáctileté dívky hospitalizované po suicidálním pokusu medikamenty, ke kterému došlo v rámci depresivního syndromu. Dívka se cítila opuštěná, ztracená. Sebe nakreslila jako samotný strom.



5. kapitola

Vývojové a psychodynamické aspekty suicidálního chování

J. Kocourková, J. Koulek

Suicidální jednání v dětství a adolescenci je významně ovlivněno stupněm psychického vyzrávání dítěte a dospívajícího. Postoj dětí ke smrti se s věkem mění. Důležité jsou rovněž aspekty psychodynamické, zabývající se vnitřními mechanismy, stojícími v pozadí suicidálního jednání. Tyto vlivy působí v interakci s vlivy vnějšími a dávají jim individuální význam. V suicidálním jednání je rovněž významná souvislost autoagresivních a heteroagresivních projevů.

5.1 Vývojové aspekty suicidálního chování

Dalšími faktory, které významně ovlivňují suicidální jednání v dětství a adolescenci, jsou vývojové aspekty. Je to dáno tím, že dítě a dospívající se vyvíjí, jeho osobnost se postupně formuje a tím se i mění a vyzrává koncept smrti. Pochoopení smrti jako nezvratnou událost. Přijetí smrti s její ireverzibilitou je dlouhodobý proces, který se završuje někdy mezi 9–11. rokem věku. Před tímto věkem bývá smrt chápána jako něco, co lze vrátit zpátky. Toto téma se často objevuje v pohádkách. Princ polibkem probudí k životu Sněhurku, mrtvého stačí pokropit životou vodou. Smrt je chápána spíše jako spánek šipkové ruženky. Je pravděpodobné, že v chápání smrti u dětí došlo v průběhu 20. století k určitému posunutí. Ještě koncem 19. století patřila smrt často k životu rodiny, lidé umírali doma, z velkého počtu sourozenců se často některý nedožil dospělého věku. V současné době, kdy většina lidí umírá v nemocnicích, je smrt institucionalizovaná a tabuizovaná. To se může odrážet ve fantazích dítěte. Aktuální postoje dětí a adolescentů ke smrti ovlivňuje několik faktorů:

Ve vývoji suicidálního chování u dětí a adolescentů většinou nacházíme následující pocity a prožitky: pocity izolace, úzkost, nejistě nebo snižené sebehodnocení, pocity odmítnutí. U dětí může mít významnou úlohu pocit strachu, nedůvěry v pomoc a možnost řešení. Přítomné jsou často problémy v sociálním přizpůsobení a hraví negativní úlohu zejména u dospívajících, kteří se separují od rodiny. Způsob, jakým se děti a adolescenti snaží zvládnout neúnosné vnitřní prožitky, kolísá na škále od nekontrolovaných projevů se zřetelnou agresivitou a hostilitou (externalizace) až po únik a stažení se do fantazijního světa (internalizace). Obranné mechanismy sice ulévují od pocitů neuspokojení a psychické bolesti, ale zhoršují adaptaci, a tak oslabují schopnost realistického řešení situace. Dítě přestává rozlišovat reálný a symbolický význam okolností a událostí, které ho motivují ukončit život, a také přestává věřit, že mu někdo může pomoci. Prožitky ztráty bývají jednou z psychodynamicky významných okolností ve vývoji deprese, spolu s pocity bezraděje a zoufalství, sebeobviňování, ale i bezmocného vzteku. Prožitky ztráty nemusejí být plně vědomé a navíc, zvláště u dětí, nemusí být jejich závažnost dospělým osobám plně čitelná. Charakter ztráty může mít reálný i symbolický význam a nesmíme zapomenout, že traumatizující ztrátu může představovat i ztráta naděje na uskutečnění důležité fantasie. U dětí může představovat takový traumatizující zážitek ztráta domácího zvířátka, konflikt mezi vrstevníky, pocity školní nedostatečnosti apod.

Příklady:

- ztráta nebo narušení vztahu s emocionálně důležitou osobou (ale i domácími mazlíčkem);
- ztráta zdravotí, důležitých tělesných funkcí, fyzické atraktivitv;
- ztráta sociální pozice;
- ztráta ocenění a pocitu vlastní hodnoty;
- ztráta věcí, které mají specifický význam.

Významnou psychodynamicky působící okolnost v suicidální motivační chování představuje vztah deprese a agrese s pocity neštěstí a zoufalství, ale i vzteku a nenávisť. Pfeifferová zkoumala soubor prepubertálních dětí a našla dva přinejmenším dva typy s rozdílným psychodynamickým pozadím. První skupinou jsou děti s převahou depresivní psychopatologie a s primárně osobnostně dobrou sebekontrolou. Tyto děti mají na sebe vysoké nároky a pohotovost k pocitům viny. Druhou skupinu představují děti s poruchami chování, nedostatkem sebekontroly a projevy sociální neadaptovanosti, které mají nízkou frustrační toleranci a pohotovost k pocitům vzteku na ostatní. U dospívajících byl vztah deprese a agrese studován řadou autorů a pro psychodynamický význam suicidálního chování v tomto vývoje období je interakce deprese-agrese psychodynamicky významná.

O agresi přítomné v depresivní patologii uváděl Sigmund Freud, že jde o proces, v němž se agrese obrací proti ztracenému, ambivalentně milovanému objektu, s nímž se já identifikuje. Část hostilitv ve vztahu k takovému objektu je silná a primární a v symbolické podobě může být viděna jako vražda tohoto

ambivalentně milovaného objektu. Další teorie, které chtěly vysvětlit psychodynamiku suicidálního chování, přinesly větší porozumění objektivním vztahům a v této souvislosti zvláště tomu, jak adolescent prožívá a používá svoje objekty v období separačního zrání. Ukazuje se, že adolescent, který se nedokáže separovat od rodičů a nemůže nalézt vlastní identitu, je s rodiči svazován pocity závislosti, které však obsahují silnou hostilní vazbu. Jde pak o tzv. hostilní závislost, vazbu, která je smíší závislosti, hostilitv a ambivalence. Souvislost suicidálního chování u adolescentů s hostilním prožíváním adolescence vůči rodičům zdůrazňuje více autorů, kteří se zabývají adolescentní patologií. Psychodynamické projevy suicidálního adolescence obsahují pocity vzteku, zoufalství, bezraděje a viny.

Z psychodynamického hlediska bychom mohli říci, že nízká sebevraždědného jednaní v adolescenci zvyšuje ztěženy separační proces a převažující vnitřně konfliktů a ambivalentní vztah adolescenta k rodičům, z něhož je obtížné se vymánit. Afektivní stav, jako je vztek, hostilita a zároveň pocity viny vůči rodičům, posilují vazbu závislosti, které se adolescent brání, a nemožnost se z takového vztahu vymánit posiluje hostilní komponentu vztahu. Je to stres, který obvykle vede k regresi psychického fungování – adolescent hůře respektuje realitu, trvá na splnění svých přání, je málo schopen regulovat pocity napětí a neuspokojení, je narcisticky zranitelný a nevědomě žádá splnění svých potřeb od tzv. primárního objektu (jako malé dítě od matky). Frustrace posiluje afektivní stav, jako je vztek, zoufalství a pocity viny. Suicidální jednaní se pak jeví jako patologické řešení, v jehož symbolice můžeme najít např. přání splynout se ztraceným idealizovaným objektem a získat úplně uspokojení, ale také přání pomstít se objektu, který je prožíván jako frustrující.

Psychodynamický proces suicidálního chování dětí a adolescentů má co dělat s postoji a projevy rodičů, kteří často ve svých pocitech a postojích kolísají od úplného popření závažnosti suicidálního chování až po extrémní úzkost o dítě a poslední závislé (závisle hostilní) vazby s ním. Rodiče se k terapeutovi obracují s magickým očekáváním, že zastaví sebedestruktivní projevy adolescenta a někdy na terapeuta uvalují odpovědnost za všechno, co se může stát. Chtějí ujistění, že za nic nemohou, projevují vůči dítěti výčitky „jak nám to mohl udělat“, někdy mají úzkost z výčitek svých vlastních rodičů. Rodiče můvají pocity vzteku, bezmoci, zoufalství a viny. Jsou to tytéž pocity, se kterými se potýká suicidální adolescent. Proto ve velké většině potřebují odbornou konzultaci i rodiče, protože jejich emocionálně stabilní, podpůrné, ale neinterferezující postoje vůči suicidálnímu dítěti představují pozitivní a prolektivní faktor.

Psychotherapeut, který pracuje se suicidálním dospívajícím, může být ohrožen podobnými protipřenosovými pocity, jako je smés sebeznehodnocování a vzteku na pacienta. Musí se snažit porozumět tomu, které pocity, postoje a psychické procesy patří pacientovi (event. jeho rodičům) a ty, které vycházejí z jeho vlastních osobních konfliktů a problémů. Takové rozpoznání je podmínkou pro to, aby terapeut pomáhal suicidálnímu adolescentovi s ohraňováním osobní identity a oslabením hostilně závislé vazby k jeho rodičům.

Shrnutí

První pomoc při hrozícím nebo proběhlém suicidálním jednání spočívá v odvrácení akutně hrozící smrti. Je závislá na aktuálním somatickém stavu. Při první pomoci i krizové intervenci je nutné zhodnotit psychologický stav a posoudit nebezpečí pokračování či opakování sebevražedného jednání. V rámci systematické léčby je nutné provést psychiatrické a psychologické vyšetření a na jeho základě stanovit terapeutický plán. Důležitě je rozhodnout, zda je možné léčbu provádět ambulantně, nebo je nutná hospitalizace. Řešením může být též pobyt v krizovém centru. Samotná léčba obsahuje přístupy psychoterapeutické, podle potřeby farmakoterapeutické, důležitá je zejména u dětí a dospívajících práce s celou rodinou. Velký význam mohou mít též zásluhy psychosociální, jako je změna školy či práce, spolupráce s orgány péče o děti apod.

Literatura

- Baudis, P.: Praktický lékař a sebevražda – rozpoznání rizika, prevence. *Amirreport*, 6, 28, 1998, s. 40–41.
- Brown, T., Pullen, I., Scott, A.: *Emergentní psychiatrie*. Praha, Psychoanalytické nakladatelství 1992.
- Drdková, J.: Antidepressiva v dětské psychiatrii. *Česko-slovenská psychiatrie*, 95, 1999, Suppl. 1, s. 3–36.
- Drdková, J.: Nová antipsychotika II. generace u dětí a adolescentů. *Česko-slovenská psychiatrie*, 1999, 95, Suppl. 3, s. 3–29.
- Hrdlička, M.: Psychofarmaka a biologické léčebné metody. In: Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., Malá, E. a kol.: *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha, Portál 2000.
- Jacob, D., Brown, H.: *Suicide: understanding and responding*. Madison, International Universities Press, Inc. 1989.
- Jick, S., Dean, A., Hick, H.: Antidepressants and suicide. *British Med. Journal*, 310, 1995, s. 215–218.
- Koutek, J., Kocourková, J.: Reakce na závažný úraz v adolescenci. *Čs. psychiatr*, 54, 1999, 10, s. 600–601.
- Koutek, J.: Intoxikace psychofarmaky jako způsob suicidálního jednání. *Praktický lékař*, 78, 1998, 12, s. 659–660.
- Koutek, J.: První pomoc při suicidálním jednání z pohledu psychiatra. *Tempus medicorum*, 11, 2002, 6, s. 26.
- Langmeier, J., Balcar, K., Špičák, J.: *Dětská psychiatrie*. Praha, Portál 2000.
- Möller, H.-J.: Einfluss von Antidepressiva auf die Suizidalität depressiver Patienten. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.*, 62, Sonderheft 1, 1994, s. 19–22.
- Pachl, I., Florian, J.: *Psychopharmakotherapie des Kindes und Jugendlichen*. Praha, Grada 1998.
- Vodáčková, D. a kol.: *Krizová intervence*. Praha, Portál 2002.
- Wolferstorff, M.: *Therapie der Suizidalität*. In: Möller H.-J. (Edit.): *Therapie psychiatrischer Erkrankungen*. Stuttgart, Verlag Enke 1993.

10. kapitola

Prevence suicidálního chování dětí a adolescentů

J. Kocourková

Preventivní přístup v dětské psychiatrii a psychologii se snaží o podporu důševního zdraví a prevenci patologických projevů dětí a adolescentů. Preventivní přístup je důležitý zejména v oblasti suicidálního chování, kde u většiny případů můžeme zachytit presuicidální projevy verbálního či neverbálního charakteru. V této kapitole se budeme zabývat dílčím preventivním přístupem v oblasti suicidálního jednání dětí a adolescentů, typy prevence a příklady preventivních programů zaměřených na děti i dospělé.

10.1 Preventivní přístup v oblasti suicidálního chování

Suicidální chování dětí a dospívajících představuje závažnou oblast dětské psychiatrie a psychologie. Víme, že příčiny suicidálního chování jsou mnoháfaktorální a jsou vázány na interakci řady rizikových faktorů. Je proto pochopitelné, že se snažíme nalézt preventivní strategie, které by ovlivnily rizikové faktory suicidálního chování u dětí a adolescentů a oslabily suicidální riziko. V kontextu preventivního přístupu nejde pouze o intervence zaměřené na klinické charakteristiky a projevy, které jsou spojeny se suicidálním chováním, jako je např. deprese a s tím související suicidální riziko. Jde také o zaměření na celkovou situaci dítěte a podmiňky, které na jeho vývoj působí (rodinné prostředí, škola, skupina vrstevníků) a spolupodmiňují vývoj „já“ dítěte a funkci, které jsou potřebné k adaptaci (regulace afektů, frustrační tolerance apod.). To, že u dítěte vznikne porucha, která vyžaduje klinickou intervenci, je závislé na mnoha vývojových okolnostech a souhře rizikových a protektivních faktorů. Ve většině psychopatologických projevů dět-

Rizikové a protektivní faktory v rodině

Pro dětskou psychiatrii představují rizikové faktory v rodině obecně takové situace, jako je rozvod rodičů, násilí v rodině, když se dítě stává svědkem násilí jednoho rodiče vůči druhému, alkoholismus a drogová závislost rodičů, psychiatrické onemocnění rodičů (zejména depresivní porucha na straně matky) a kriminální rodičů. Rizikovými faktory je týrání a sexuální zneužívání dítěte. Vzhledem k suicidálnímu chování je typickým rizikovým faktorem suicidální chování blízké osoby. Může jít o vyhrůžky sebevraždou v konfliktu rodičů, sebevražedný pokus a v nejzávažnějším případě dokonanou sebevraždou.

Protektivními faktory na straně rodiny dítěte je harmonické rodinné uspořádání, přiměřené výchovné postoje rodičů, podpora dítěte a dostupnost dospělé empaticky reagující blízké osoby.

Rizikové a protektivní faktory ve vztahu k sociálnímu prostředí

Významným rizikovým faktorem je dysfunkční rodina, nízký sociální status rodiny, ztížata zaměstnání některého z rodičů a časté střehování rodiny. Tyto negativní sociální okolnosti mají nepříznivý dopad na rodinné vztahy a interakce mezi rodiči a dítětem. Rizikovým faktorem je špatná adaptace ve škole, blízkost disocálních part (včetně dostupnosti drog), zejména v souvislosti s nefungující rodinou a nedostatkem péče o dítě. Vzhledem k suicidálnímu chování je významné, jakou hodnotu a význam má suicidální chování ve skupinách vrstevníků. Z hlediska sociálních vlivů je důležité, jakým způsobem je suicidální chování prezentováno v masmédiích a jaký význam má v příslušné sociokulturní oblasti.

Za protektivní faktory ve vztahu k sociálnímu prostředí můžeme považovat dobrou školu, dostupnost kvalitních mimoškolních aktivit a fungující instituce zabývající se péčí o děti. Z hlediska centra pro děti. Tato pracoviště jsou orientovaná na pomoc dětem v krizi a měla by být dostupná i pro samohné děti.

Rizikové faktory představují takové znaky, o nichž předpokládáme, že dítě, které tyto znaky vykazuje, může s větší pravděpodobností vykazovat znaky दुševní poruchy.

Povahu rizikových faktorů můžeme dobře ilustrovat například na poruchách chování u dětí. Víme, že prokazatelnými rizikovými faktory jsou u dítěte rané projevy agrese a neposlušnosti, slabé kognitivní a sociální schopnosti, kontakt s delikventními vrstevníky, nedostatečná péče rodičů, násilí v rodině. Akumulace rizikových faktorů v průběhu vývoje je důležitější než nějaký specifický rizikový faktor. Preventivní intervence musí respektovat význam jednotlivých rizikových faktorů v průběhu vývoje. Čím je dítě mladší, tím spíše bude preventivní intervence zaměřena na osoby, na nichž je dítě závislé (například rodiče), ve školním věku mohou preventivní programy kromě rodičů pracovat přímo s dětmi, ale i s institucemi, které mají na děti vliv (například škola).

Prevence suicidálního chování dětí a adolescentů zahrnuje následující aspekty:

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

Preventivní programy pro děti i dospělé se snaží o snížení rizika suicidálního jednání, respektive minimalizování jeho negativních následků. Kladou sí za cíl zvýšení znalostí o uvedené problematice a zlepšení dovedností reagovat na krizové situace, ať již se týkají suicidálního dítěte, nebo osob, na nichž je dítě závislé.

Zlepšení znalostí o této problematice zahrnuje jednak lepší rozpoznání znaků chování, které jsou rizikové, ale také lepší orientaci v oblasti zdravotních a sociálních služeb, které nabízejí pomoc (linky důvěry, zdravotnická zařízení, psychologická pracoviště, specializované poradny).

Významnou úlohu v oblasti prevence suicidálního jednání hraji sdělovací prostředky a jimi prezentované vzory, s nimiž se děti i dospívající mohou identifikovat. Negativně působí pohotovost adolescentů imitovat mediální vzory a jejich postoje, včetně těch, které se týkají adolescentní revolvy, drog, mimořádných zážitků a rizik, včetně suicidálního chování.

10.4 Preventivní programy a intervence

Preventivní přístupy orientované na děti bývají většinou zaměřeny nespeciificky na zvýšení psychologické odolnosti dětí a zlepšení jejich schopnosti řešit problémy a těžkosti. Zajímavý přístup pro školáky se zaměřuje na trénig chování dítěte, které se ocitne v obtížné řešitelné situaci a potřebuje nalézt pomoc. Takový program může být realizován v analýzách skupinách dětí, které řeší předložený problém (např. situace dítěte, které uteklo z domova) a poté vzájemně sdělují nalezené způsoby řešení. Učitel situaci modernuje a přináší potřebné informace (např. možnost kontaktovat linku důvěry pro děti). Děti se v rámci takového programu učí, že žádný problém není bezvýchodný, a získávají informace i dovedností, jak hledat pomoc v závažné situaci.

Preventivní programy speciificky zaměřené na téma sebevražedného chování představují určité riziko, jakým může být například identifikace s dosud neuvě-

by muselo dojít k vlastnímu suicidálnímu aktu. Suicidální jednání zahrnuje beha-viorní projevy, které aktivně směřují k sebevražednému počínání (např. přirava suicidálních prostředků, autoagresivní chování ve smyslu sebevražedného pokusu či dokonáního suicida).

Vymezování vlastního pojmu sebevražda (suicidium) se zabývala řada lékařů, psychologů, filozofů a dalších odborníků. Durkheim chápal sebevraždu „jako každý případ úmrtí, který je přímým nebo nepřímým výsledkem čnu nebo opo-mentů spáchaného jedincem, o němž věděl, že vede ke smrti“. Taková definice by však zahrnovala i např. sebeobětování. Masaryk rozlišuje sebevraždu v širším slova smyslu od sebevraždy v užším slova smyslu. Sebevražda v širším slova smyslu je podle něj „ten nepřirozený způsob smrti, jenž přivoděn byl neúmyslným vshováním v životní proces, ať kladným, čimým vlastním jednáním, či záporným, trpným chováním se vůči nebezpečí života“. Tento druh sebevraždy Masaryk označuje jako sebezabití. V užším a vlastním slova smyslu sebevrahem je pak v jeho pohledu „ten, kdo učini svému životu konec úmyslně a vědomě, kdo si smrti jako takové přeje a je si jist, že svým jednáním či opomnutím smrti si přivodí“. Če-ský psychiatri Jan Prokop, spolupracovník prof. Myslivečka, v roce 1940 moderněji modifikuje tuto definici s poukazem na to, že mnozí sebevrazi si nemohou být jisti, zda si svým činem skutečně přivodí smrt. Navrhuje proto formuluaci, že „sebe-vrah je ten, který očekává, že si svým činem smrt přivodí“. Tyto definice však ne-počítají s nevědomými motivy a tendencemi. Je zřejmé, že úmysl zemřít nemusí být jednoznačný, přičemž postoje ke smrti mohou být jak vědomé, tak i nevě-domé. Našemu pohledu na problematiku proto nejlépe vyhovuje Stengelova de-finice, podle které lze suicidální jednání charakterizovat jako „záměrný a sebe-poškozující akt, při němž si osoba, která se ho dopouští, nemůže být jista, zda jej přežije“. Tato definice pak v sobě obsahuje jak vědomý úmysl zemřít, tak vědomé či nevědomé ambivalence ke smrti, jakož i nejistotu ve výsledku tohoto aktu.

Sebevražedné jednání je považováno celosvětově za závažný zdravotní pro-blem, kterému věnuje pozornost i Světová zdravotnická organizace. Podle její sta-tistiky v roce 2000 zemřelo sebevraždou na světě asi 814 000 osob. Otázkou je, na-kolik je toto číslo úplné. V každém případě však např. v evropských zemích představuje suicidium ve věkové kategorii od 15 do 34 let po dopravních nehodách druhou nejčastější příčinu smrti. Sebevražednost v České republice se zabývá materiál ministerstva zdravotnictví ve svém programu „Zdraví pro všechny v 21. století“, ve kterém v kapitole „Zlepšení duševního zdraví“ vytýčuje amb-iciózní cíl snížení počtu sebevražd alespoň o jednu třetinu.

Suicidium a historie

Je pravděpodobné, že suicidální chování se u lidí vyskytuje od neapaněti. V prů-běhu vývoje lidské společnosti se pohled a postoje k sebevraždě vyvíjely a měnily. U některých národů patřila sebevražda k přirozeným způsobům smrti. Masaryk uvádí, že staří Kelové a Skandinávci považovali přirozenou smrt za potupnou a je-

nom smrt na bojisti za čestnou. Stárnoucí muži se proto vrhali ze skal, protože již nemohli bojovat. Ve starém Řecku a zejména v Římě doby císařství byl odchod ze světa sebevraždou dosti rozšířený. Ke změní došlo s rozšířením křesťanství. To sebevraždu přisně zakazuje a sankcionuje. Sebevražda stigmatizovala jak oběť, tak i její rodinné příslušníky. Ti, kteří takto zemřeli, nemohli být pohřbeni do svě-čené půdy hřbitova a byli pohřbíváni za hřbitovní zeď. Ve středověku v důsledku tohoto postoje sebevražď pravděpodobně výrazně ubýlo, i když jisté nevyumizely zcela. Častějším jevem se sebevražda stala v době velké renesance. V průběhu 18. a ze-jména 19. století docházelo k vzestupu sebevražedného jednání, zvláště ve mše-tech. Na tom se podílela průmyslová revoluce se stěhováním obyvatel z venkova do měst a s prudkým vzrůstem počtu městského obyvatelstva. Vývoj sebevra-žednosti v českých zemích tento trend dokazuje. V druhé polovině devatenáct-ého století prudce vzrůstal počet sebevražd v Čechách a ve Slezsku, tedy v prů-myсловých oblastech, zatímco na Moravě byl vzestup menší. Z tabulky č. 1 je též zřejmé, že počet sebevražd byl tehdy nižší než v současné době.

Tab. 1 Počet sebevražd v českých zemích (podle T. G. Masaryka)

	1869-73	1874-78	1879-83	1884-88	1889-93
Čechy	601	937	1 161	1 276	1 350
Morava	194	306	391	397	365
Slezsko	61	109	116	120	125

Suicidium se ovšem nevyhýbalo žádným vrstvám obyvatelstva. Sebevraždou, která pravděpodobně ovlivnila i naše dějiny, byl dobrovolný odchod následníka rakou-ského trůnu Rudolfa Habsburského, který spolu se svou milenkou pravděpodobně spáchal sebevraždu z nešťastné lásky. Existují ovšem i spekulace o atentátu.

V průběhu 20. století se dokonane suicidium stává dosti častým jevem. Dochází k výkyvům, které, jak se zdá, souvisí se společenskou situací v našem státě. Takový může být vzestup sebevražednosti začátkem třicátých let, související s hospodář-skou krizí, ve čtyřicátých letech s druhou světovou válkou a jejími následky. Menší vzestup nastal též začátkem padesátých let, což též nepochybně souviselo s tehdejší politickou situací. V průběhu šedesátých let minulého století dochází k postupnému vzestupu sebevražednosti, s vrcholem v roce 1970, poté je možné pozorovat pozvolný sestup, který trvá dosud. Jiný je ovšem trend sebevražednosti u adolescentů, kde v průběhu devadesátých let 20. století dochází k vzestupu.

Transkulturaální rozdíly

Ve výskytu suicidálního jednání mezi jednotlivými národy a kulturami existují značné rozdíly. Tradičně nejvyšší sebevražednost má Evropa, zvláště Evropa zá-padní a severní. Z evropských států je tradičně vysoká suicidálníta v Maďarsku.

Nižší sebevražednost je v jižní Evropě. V rámci ostahutích částí světa je nízká sebevražednost v Africe a jižní Americe, naopak vyšší je v Severní Americe a Asii. Blíže je o tomto tématu pojednáno v kapitole Epidemiologie suicidálního jednání. Zájímavý je přístup k sebevražednému jednání v Japonsku. Japonci často páchali sebevražedné jednání „harakiri“. Po prohlášení v druhé světové válce se objevila vlna sebevražedného jednání u japonských vojáků. Tento přístup se však vyskytuje dosud. Před několika roky jsme se v tisku mohli dočíst, že vysoký úředník magistru města Kjóta spáchal „harakiri“. Důvodem bylo to, že v podnůrkách prohlášení zemřelosti ve městě nebyl schopen zajistit dodávky vody, které měl v rámci svého úřadu na starosti. Tento přístup je samozřejmě nám Evropanům cizí.

Suicidální jednání a filozofie

Sebevraždou a postoji k ní se zabývali filozofové již od antiky. Zatímco filozofické školy cyniků a stoiků sebevraždu akceptovaly, Platon se stavěl proti ní. Aristoteles viděl sebevraždu jako bezpřívravnou společnost, avšak přiznával jednotlivci právo ukončit tímto způsobem svůj život. Z římských filozofů měl nepochybně klady postoj k sebevraždě Seneca, který sám spáchal sebevraždu. Postoje k sebevraždě ve středověku byly reprezentovány Tomášem Akvinským, který sebevraždu jednoznačně odsuzoval. Vztahem k sebevraždě se zabývali i mnozí filozofové novověku, jako například Kant, Hegel a Schopenhauer, kteří se k ní stavěli kriticky. Téma sebevraždy bylo v centru zájmu existencialismu. Filozofie se ve vztahu k suicidálnímu jednání zabývá obvykle právním slovem rozhodnout o své smrti, nakořik může vzít jednotlivec takto svůj osud do svých rukou, jaký je vlastně smysl života. Zde se dostáváme až k současným diskusím o eutanazii.

Suicidalita a umění

Sebevražda je častým tématem umění. V řadě beletristických děl končí hrdina touto smrtí. Beletrie jistě na jedné straně odráží situaci ve společnosti, na druhé straně ji sama ovlivňuje. V této souvislosti je uváděna vlna sebevražd u mladých lidí v Evropě po vydání Goethova *Utrpení mladého Werthera* v roce 1774. Sebevraždou však řeší svou složitou situaci mnozí literární hrdinové, jako například Anna Kareninová nebo Flaubertova paní Bovaryová. Dobrovolný odchod ze života volila rovněž řada samotných umělců, například Vincent van Gogh, Ernest Hemingway nebo Sergej Jesenin.

Sebevražedné jednání a psychiatrie

Zde se dostáváme k otázce, zda každé sebevražedné jednání má psychopatologický charakter, či nikoliv. Například psychiater Esquirol se domníval, že jakékoliv sebevražedné jednání představuje ve své podstatě duševní poruchu. Dnes připouštíme i suicidální jednání bez přítomné psychopatologie, tzv. biické suicidium, například

bilantní suicidium. Sebevražda československých parašutistů, kteří spáchali atentát na Reinharda Heydricha, nepochybně nebyla projevem duševní poruchy, spíše naopak důkazem síly ducha. Takových příkladů je v dějinách lidstva více, avšak ve většině případů představuje suicidium spíše slabost, bezradnost, pocit bezvýchodnosti a utrpení. Sebevražedné jednání nepředstavuje v žádné své podobě samostatnou psychiatrickou nozologickou jednotku, a není proto ani uvedeno v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Na druhé straně je však třeba konstatovat, že u řady psychiatrických onemocnění je vysoké riziko sebevražedného jednání. Teprve podrobné psychiatrické a psychologické vyšetření může eventuelně duševní poruchu rozpoznat. Správná diagnostika je pak důležitá pro léčbu a prevenci opakování tohoto jednání.

Některé mýty a skutečnosti o sebevražedném jednání

Představa:	<i>Když se někdo rozhodne, že spáchá sebevraždu, někdo mu v tom nemůže zabránit.</i>
Skutečnost:	Mnoho lidí, kteří se pokoušejí o sebevraždu, se pohybují mezi touhou žít i zemřít. Jejich postoj k výsledku sebevražedného jednání je ambivalentní. Když se jim dostane věsné pomoci a přiměřené léčby, je možné je od sebevraždy odvrátit.
Představa:	<i>Kdo o sebevraždě mluví, ten ji nikdy nespáchá.</i>
Skutečnost:	Íde o velmi rozšířený a nepravdivý mýtus. Opak je pravdou. To, že někdo o sebevraždě mluví, je důkazem, že sebevražda je obsažen jeho myšlenek. Je tedy určité ve větším ohrožení než ten, kdo o ní nemluví.
Představa:	<i>Lidé, kteří se pokoušejí o sebevraždu, nehledají pomoc.</i>
Skutečnost:	Je prokázáno, že většina lidí, kteří spáchali sebevraždu, hledala lékařskou pomoc v posledním půlroce před svým činem a rovněž dávala najevo své pocity před svým okolím. V každém suicidálním aktu je obsaženo volání o pomoc.
Představa:	<i>Sebevražda přichází bez varování.</i>
Skutečnost:	U lidí, kteří jsou ohroženi suicidálním jednáním, můžeme pozorovat dosti dlouhou dobu různé známky psychologického napětí, poruchy spánku, tělesné obtíže apod. Íde o tzv. presuicidální syndrom.
Představa:	<i>Každý, kdo se pokouší o sebevraždu, musí být šílený.</i>
Skutečnost:	Mnoho lidí, kteří se pokoušejí o sebevraždu, netrpí šílenstvím, ale mohou být depresivní, mohou pociťovat bezvýchodnost a nevěří, že existuje jiná životní alternativa.
Představa:	<i>Když se někdo pokouší o sebevraždu, je ohrožen sebevražedným jednáním navždy.</i>
Skutečnost:	Osoby, které se pokoušejí o sebevraždu, trpí tímto stavem pouze v určitých obdobích svého života.

Suicidální myšlenky

S myšlenkou, co by bylo, kdyby člověk nebyl, kdyby usnul a neprobudil se, je asi konfrontován téměř každý. Dostí typicky tyto myšlenky patřící k dospívání. Jde však ve většině případů pouze o frustrní suicidální nápady, bez větší intenzity a zcela u nich chybí tendence k realizaci. Někdy mají spíše nutkavý charakter. Suicidální myšlenky jako forma suicidálního chování jsou intenzivní, dotýceny se jimi zabývá převážnou část svého času a myšlenky jsou obtížně odklonitelné. Někteří pacienti nám myšlenky na sebevraždu líčili jako egosyntonní, tj. myšlenky, které považovali za své, byli s nimi srozumění a nepovažovali je za cizorodého. Jini však tyto myšlenky popisovali jako egodystonní, až nulkavé, které se vracely, ačkoliv je chtěl jejich nositel zaplašit.

Suicidální myšlenky jsou charakterizovány podle Pousky verbálními i neverbálními projevy toho, že se jejich nositel zabývá myšlenkami na sebevraždu. Pokud zkontroujeme suicidální myšlenky, musíme se zabývat hodnocením jejich intenzity, kolik času pacientovi zabírají, nakolik jsou odklonitelné. Důležitým faktorem pro posouzení jejich nebezpečnosti je jejich konkrétnost, tj. nakolik je jasná představa o možnosti sebevraždy, jakým způsobem a na jakém místě by se měla odehrát, zda je např. připravován dopis na rozloučenou apod.

Pokud je suicidium již konkrétně připravováno, posízený si již např. shromáždí léky nebo si pořídí za tímto účelem zbraň, hovoříme o suicidálních tendencích. Suicidální tendence představují další krok v suicidálním chování směrem k suicidii.

Patnáctiletá dívka trpící depresí, jejmž obsahem je školní neúspěšnost, obavy z budoucnosti, z toho, jak zvládne přijímací zkoušky, mála suicidální nápady a myšlenky asi tři týdny. Napadalo ji, že si koupí v lékárně léky, sní je, poté usne a již se neprobudí. Postupně tyto nápady a myšlenky vykrystalizovaly do rozhodnutí, že skočí z výšky. V inkriminovaný den nešla do školy, nejdříve několikrát prošla přes Nuselský most, ke škoku z něho se však neodhodlala. Poté vešla do výškové budovy, vyšla výtahem do nejvyššího patra a rozhodovala se skočit dolů. Opět to našlásti nedokázala, po několika hodinách zatelefonovala své matce na mobil a požádala ji o pomoc.

Suicidální pokus

Dalším stupněm suicidálního chování je suicidální pokus. Suicidální pokus je definován jako každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, avšak nikoli s letálním koncem. Je otázku, zda suicidální pokus je pouze „nepodařená sebevražda“, tedy rozdííl je pouze kvantitativní, nebo je kvalitativně odlišnou formou suicidálního jednání. Jak jsme se již zmínili, někteří autoři vidí suicidální chování a jednání jako kontinuální přímku, kde na jednom pólu jsou suicidální myšlenky a na

pólu druhém dokonané suicidium. Přechody mezi jednotlivými formami tohoto chování nevidí tak ostře a jednoznačně, jak by bylo možno uvažovat podle výsledku suicidálního jednání, kdy na jedné straně je život a na druhé druhé smrt. Jini vidí mezi suicidálním pokusem a dokonaným suicidalem přímo kvalitativní rozdíly. Mezi suicidalem a suicidálním pokusem jsou uváděny následující rozdíly:

- u žen se vyskytuje častěji suicidální pokus, u mužů dokonané suicidium;
- sebevražedný pokus u obou pohlaví dominuje především v první polovině života, zatímco dokonané suicidium v druhé polovině;
- při sebevražedných pokusech je častěji použita tzv. měkká metoda (např. intoxikace medikamenty), zatímco u dokonaných suicidií jsou voleny tzv. tvrdé metody (strangulace, střelná rána);
- motivy vedoucí k suicidálním pokusům jsou většinou z oblasti interpersonálních vztahů, zatímco u sebevraždy bývají motivy z oblasti intrapsychické a z problémů ohrožení;
- k suicidálním pokusům dochází nejčastěji ze spontánního, málo promyšleného rozhodnutí, suicidium je naproti tomu výsledkem delšího plánování a přípravy.

Mnozí autoři upozorňují na to, že úmysl zemřít nemusí být jednoznačný. Mohou být přítomny ambivalentní postoje ke smrti a suicidálním činem je vlastně dáván život v sázku. Postoje ke smrti mohou být vědomé i nevědomé a mohou být vyjádřeny charakterem, a tedy často i výsledkem suicidálního jednání. Některoznačnost postoje k přání zemřít je typická pro adolescentní věk. Řada našich pacientů v tomto věku nám i po somaticky závažném suicidálním pokusu sdělila, že „to jen zkusíli, kdyby umřeli, bylo by to dobré, to, že přežil, je rovněž dobré“. Tomuto jednání jsou nápadně podobné některé „adrenalinové sporty“ adolescentů, jako je jízdá na nárazníku metra nebo vylázení plnou rychlostí do křižovatky z vedlejší silnice.

Zvláštním případem nedokonaného suicidálního jednání je parasuicidium. To je definováno jako suicidální pokus, u něhož není přítomen úmysl zemřít – jde tedy spíše o sebepoškození. I to však může nesčíslnou náhodou či nesprávným odhadem např. toxicity léku skončit letálně.

Můžeme se též setkat s přímou simulací suicidálního jednání, tedy jeho předstíráním. Toto jednání nebývá spojeno s autoagresivními projevy a jeho účelem je něčeho dosáhnout, případně se něčemu nepřijemnému vyhnout.

Suicidium

Dokonané suicidium je charakterizováno jako sebepoškozující akt s následkem smrti, který je způsoben sebou samým s vědomým úmyslem zemřít. Tato definice naráží na již výše uvedený problém kombinace vědomé a nevědomé motivace a nejednoznačnosti úmyslu zemřít. Stengel proto navrhuje suicidium definovat jako každý záměrný sebepoškozující akt, při němž si osoba, která se ho dopouští, ne-

kdy usilysel zvonak, skočil z vyššího dolu. Měl velké štěstí, protože jeho pád zabrzdlilo křivo! u domu, a on s několika zlomeninami přežil. Sám pak při vyšetření uvedl, že při skoku z okna se chtěl co nejvíceji dostat z tíživé situace. Nijak nepřemýšlel o možných následcích a ve chvíli, kdy ležel vzduchem, byl přesvědčený, že přežije. Tento suicidální pokus lze charakterizovat jako zkratkovitě jednatí v tíživé situaci.

Zvláštní formou suicidálního jednání je tzv. suicidální dohoda. Ta spočívá v tom, že se dva nebo více lidí dohodne, že společně spáchají sebevraždu. Často jeden z nich je inductorem tohoto jednání, který přesvědčí o nutnosti a vhodnosti zemřít toho druhého. Může nastat situace, kdy jeden z postižených je duševně nemocný a ten své symptomy přenesse na svého blízkého, který je pod jeho vlivem. Jde o zvláštní formu *folie à deux*. Jsou známy případy hromadných sebevražd náboženských sekt pod vlivem jednoho duševně vyšinutého jedince a jeho idejí. Je třeba uvést, že z hlediska trestněprávního je napomáhání k sebevraždě trestným činem.

Jana a Ivana byly patnáctileté spolužačky a kamarádky. Janina matka je majitelkou hotelu ve vzdáleném městě, o dívku se staral prarodiče a tzv. teta, kamarádka matky. Vášni otec před časem zemřel, manžel matky s rodinou již nežije. Ivana se své matce narocila mimo manželství, zpočátku vyúsťala u prarodičů, teprve od svých deseti let u matky. Odmalicka s ní byly problémy, kradla v samooobsluze, lhalá. S matkou měl dosud časté konflikty. Obě dívky chodí pomáhat do baru, jen za pít, údajně nealkoholické. Mají povdleno být tam do 21 hodin, domů však přišly až o půlnoci. Jana měla poté konflikt s matkou, která ji pohrozila, že si jí vezme k sobě. Druhý den našly dívky do školy, ráno nejdříve navštívily praktickou dětskou lékařku. Poté odešly domů a dohodly se na společně sebevraždu, na kterou Ivana myslila již delší dobu. Obě byly nešťastné a měly pocit, že je nikdo nechápe. Měly též zlost na své matky, společně si představovaly, jak se budou pozulali na pohřbu trápi. Obě společně používaly větší množství medikamentů a jen šťastnou náhodou je našel v bezvědomí přítel. Dívky měly neklonné rodinné zázemí. V tomto případě šlo o suicidální dohodu.

Rozšířená sebevražda má jednoznačně patologický podklad. Jde o případ, kdy duševně nemocný pod vlivem depresivního prožívání či imperativních halucinací spáchá sebevraždu a vezme s sebou ještě někoho ze svých blízkých osob. Motivací může být nesnesitelnost života pro něj a v jeho představách i kupř. pro dítě. Tuto situaci je nutné z terapeutických i forenzních důvodů odlišit od situace, kdy není přítomna psychologická motivace. Příkladem může být rozvodová situace, v níž akcentovaná matka nejdříve zabije své dítě, často z pomstychtivosti k otci, a následně se pokusí či dokoná suicidium. V tomto případě však jde o vraždu a následnou sebevraždu.

Dvaadvacetiletý muž, vyučený zedník, pět let invalidní důchodce. Patnáct let se léčil pro schizoafektivní psychózu, v průběhu onemocnění měl kromě příznaků schizoformních opakovaně manické a depresivní fáze. Asi dva týdny před sebevražedným pokusem došlo opět ke zhoršení nálady s ranilmi pesimy, budil se ve tři hodiny ráno, již neusnul. Měl pocit, že život je k neunesení, nedá se vydržet, rozhodl se ho ukončit. Napsal dopis na rozloučenou, nabíl brokovnici a nejdříve z ní vystřelil na svého devatenáctiletého syna. Nasěstil se netrafil a syn utíkl do bezpečí. Poté si přiložil zbraň zespoda k bradě a vystřelil. Způsobil si závažné poranění hlavy, které mu zpočátku bránilo mluvit. Na anesteziologicko-resuscitačním oddělení psal neustále na papír autoakuzující výroly typu „Jsem masový vrah, nezasloužím si žít“ apod. Po zlepšení zdravotního stavu bylo možno provést psychologické šetření. Při něm uvedl, že chtěl zemřít, měl pocit, že již nedokáže žít. Život svého syna viděl rovněž jako nesnesitelný, zejména s ohledem na to, že syn měl v krátké době nastoupit základní, tehdy dvouletou vojenskou službu. Chlál mu toto trápení ušetrřit, a proto rozšířil svůj sebevražedný úmysl i na něj.

Sebevraždě jednání jako sebepečkozující jednání musíme odlišit od jiných forem autoagresivního chování. Takovými chováním je u adolescentů dosti časté sebepečkozování, například pořežení žiletkou na paži. V tomto případě však není přítomen úmysl zemřít. Jinými formami chování, které ohrožují život, jsou zneužívání drog a alkoholu nebo medikamentů, jídelní praktiky v rámci poruch příjmu potravy apod. U těchto aktivit, které v delším časovém horizontu ohrožují život, se předpokládá i složka autoagresivní suicidální motivace. Tato motivace je však nevědomá.

Zvláštní formou ke smrti vedoucího jednání je sebeobětování. Zde má smrt význam oběti ve prospěch jiných lidí, společnosti nebo idealistických cílů. Tato forma jednání nelze chápat jako suicidální. U sebeobětování zcela chybí vědomá touha zemřít. S tímto jednáním je možné se setkat během války, teroristických útoků apod.

Jako sebevraždu nelze rovněž hodnotit sebezabití. Sebezabití sice rovněž vede k ukončení života, není však přitomna snaha zemřít nebo si uskodit. Jako sebezabití lze kvalifikovat například situaci, kdy nemocný při kvalitaivní poruše vědomí untká svým domnělým nepřítelům skokem z okna.

3.2 Způsoby suicidálního jednání

Způsob suicidálního jednání je důležitým faktorem pro výsledek každého sebevražedného pokusu. Obsahem téměř veškerých suicidálních myšlenek bývá úvaha o tom, jakým způsobem lze ukončení života doodit. V těchto úvahách hraje významnou roli představa a fantazie o účinných jednohlivých metod, posouzených nebezpečností a jejich dostupností. Při hodnocení nebezpečností použité metody však ze-

latské) anamnéza somatického onemocnění, současný stres, životní situace (život ve městě, sociální izolace, věznění), rodinný stav (rozvedení, ovdovělý) a rodinná historie (suicidia, raná ztráta rodiče, chaotické rodinné pozadí). Některé tyto okolnosti platí i pro dětský a adolescentní věk. Určité rizikové faktory lze považovat za nespecifický působící, u jiných lze předpokládat přímý a adresný účinek směrem k sebevražednému jednání. Nespecifickým faktorem může být dlouhodobě nepřiznivá rodinná situace, konfliktní rodina nebo rozvod rodičů. Dítě na takovou situaci může reagovat různými způsoby, od psychosomatických obtíží přes poruchy chování, až k depresivní poruše s příradylným sebevražedným jednáním. Onemocnění afektivní poruchou může představovat specifický působící faktor, neboť hluboká deprese je nezdolná spojena se suicidálními myšlenkami a jednáním. Konečně lze též uvažovat o faktorech spouštějících suicidální jednání. Takovým spouštěčem může být konflikt s rodiči, s přítelem či přítelkyní, školní neúspěch a řada dalších situací. Tyto spouštěče pak často nasedají na již existující rizika a společně v interakci vedou k suicidálnímu jednání. Pokud hovoříme o faktorech rizikových, musíme též uvést i důležité faktory protektivní. Zjištěný rizikový faktor je tedy nutno hodnotit v kontextu dalších okolností, nelze jej považovat za něco fatálního, nutně vedoucího k sebevražednému jednání. Takovým protektivním faktorem může být například fungující rodina, dobré vztahy ve vrstevnickém kolektivu, bohaté zájmy apod.

Suicidální jednání a rodina

Hereditární a genetické faktory hrají nepochybně roli v etiologii řady psychiatrických onemocnění, která následně představují rizikový faktor pro suicidium. Řada studií též prokazuje nespecifickou vulnerabilitu pro suicidální jednání, nezavislou na psychiatrické diagnóze. Zajímavé jsou dánské studie, které se zabývají konkordancí suicidálního jednání u jednovaječných dvojčat. Haberlandt zjistil tuto konkordanci u 18 % jednovaječných dvojčat, zatímco u dvouvaječných tato konkordance byla nulová. Šlo o dvojčata, která byla vychovávána adoptivními rodiči. U jednovaječných párů dvojčat, u nichž se suicidiem vyskytlo, v devíti případech suicidovali oba sourozenci. U čtyř párů byla zjištěna afektivní porucha, zatímco u ostatních nebylo diagnostikováno žádné psychiatrické onemocnění. Důležitým údajem je též 82 % diskordance. Ta svědčí o tom, že suicidální jednání je velmi komplexní a je ovlivňováno mnoha dalšími faktory. Schulsinger a spol. zjišťovali vyskyt suicidálního jednání u biologických a adoptivních příbuzných u adoptovaných, kteří dokonale suicidovali. I zde našli důkazy o významu hereditity. Dědičtá je též genetická zátěž pro vznik duševního onemocnění. S řadou psychiatrických poruch je pak spojeno zvýšené riziko sebevražedného jednání.

V souboru 39 pacientů hospitalizovaných na Dětské psychiatrické klinice FN Motol v letech 1982–1986 po suicidálním pokusu bylo suicidální jednání v rodině

zjištěno ve 23 %, mezi 127 dětmi a adolescenty hospitalizovanými se stejnou problematikou v letech 1995–1999 ve 20 % případech.

Význam suicidálního jednání v rodině je však rovněž psychologický. Vyskyt sebevraždy v rodině může být určitým návodem a modelem řešení eventuelních krizových situací. Má svůj význam dokonce i v rodinách, kde je tato anamnéza tabuizována.

Pro harmonický vývoj dítěte je nutná harmonická rodina, fungující tzv. primární vazba se základní vztahovou osobou, tj. nejčastěji matkou. Mezi rizikové faktory patří nefungující rodinné vztahy, ztráta základní vztahové osoby, citová deprivace. Traumatizující jsou dlouhodobé konflikty v rodině, komplikovaný rozvod rodičů nebo následující dlouhodobé porozvodové spory. Do těch byvají děti nezřídká zahrnovány. Významným negativním faktorem je týrání, případně sexuální znepříčištění dítěte. Naopak fungující rodina a přiměřené citové vazby v ní působí jako faktor protektivní. V roce 1993 bylo na Dětské psychiatrické klinice FN Motol hospitalizováno celkem devět dětí po suicidálním pokusu. Pouze v jednom případě šlo o kompletní rodinu s oběma biologickými rodiči. V ostatních případech proběhl rozvod a děti žily pouze s matkou, případně s nevlastním otcem.

Podle Přefetové je riziko suicidálního jednání u dětí spojeno se separací rodiny, rozvodem rodičů, rodičovským alkoholismem, zneužíváním, depresí a suicidálním chováním u rodičů. Zdůrazňuje pět charakteristických typických pro rodiny suicidálního dítěte: nedostatečné mezigenerační hranice, velmi konfliktní vztahy mezi rodiči, projikování pocitů rodiče do dítěte, symbolickou vazbu dítě-rodič a níže ní rodinný systém.

Význam rodinného prostředí je rovněž důležitý v případech již proběhlého suicidálního pokusu. Je známo, že předchozí suicidální pokus představuje specifické riziko pro opakování suicidálního jednání. Rodiče často reagují strachem a zvyšují napětí v rodině, které může skutečně k následnému sebevražednému pokusu vést. Proto je nutně do léčby zapojit celou rodinu a terapeuticky s ní pracovat.

Školní neúspěch

Škola hraje v životě dítěte i celé rodiny velkou roli. Přiměřená školní úspěšnost má nepochybně pozitivní význam v duševní hygieně dítěte a mládežtvího, zatímco školní neúspěch, ať již v oblasti prospěchové, či v chování, zvyšuje nebezpečí suicidálního jednání. Mezi děti ohrožené školními problémy patří školáci s menším nadáním, školsky přetěžovaní nebo s hyperkinetickým syndromem. Školní problémy mají také často děti s dyslexií a dysgrafií. Jsou svými obtížemi hemdikopováni. Bez pochopení okolí může pro ně školní zátěž znamenat relativní přetížení. To pak může vést od pocitu naprosté neúspěšnosti k depresivním prožitkům, někdy dokonce až k suicidálním tendencím. V roce 2000 suicidovaly z dvorodů školních problémů v ČR dvě děti do 14 let a pět dospívajících. V souboru 127 pacientů hospitalizovaných na dětské psychiatrické klinice v letech 1995–1999 po suicidálním pokusu byly školní problémy jako motiv uvedeny v 6 % a v kombinaci

Za významný rizikový faktor je jak v dospělosti, tak i v dětství a dospívání považován předcházející suicidální pokus. Podle některých studií asi 25 % dětí a adolescentů svůj suicidální pokus opakuje. Ide o číslo poněkud menší než u dospělých, kde se opakované suicidální jednání vyskytne v 36 %. Podle jedné švédské studie, která sledovala dlouhodobě osud dětí a adolescentů, kteří se pokusili o sebevraždu, 4,3 % mladistvých po sebevražděném pokusu nakonec dokonale suiciduje. U chlapců tento počet činil 10 %, u dívek 2,9 %. Je samozřejmé, že tyto počty nemusí platit pro jinou zemi či jiné časové období. Hawton shrnuje následující rizika pro opakování suicidálního pokusu:

- mužské pohlaví, zvláště u starších mladistvých;
- dřívější suicidální pokusy;
- psychická onemocnění;
- původ z velké rodiny;
- alkoholismus v rodině;
- narušené vztahy mezi členy rodiny;
- odloučení od rodiny;
- chronické problémy a poruchy v chování;
- zneužívání alkoholu nebo drog;
- sociální izolace;
- špatné školní výsledky;
- depresivní tendence.

Vyvolávající faktory

Výše uvedené rizikové faktory tvoří pozadí, které přispívá ke zhoršené adaptaci dítěte či mladistvého a může vést k nevhodnému řešení krizových situací. Ty se pak stávají často posledním podnětem, který vede k sebevražděnému jednání. Takovým podnětem může být konflikt s rodiči, konflikt nebo rozchod s partnerem či partnerkou, špatné školní výsledky, hádka s kamarádem, ztráta blízké osoby apod. Jde o problémy, které většinou dítě nebo mladistvý s dobrým rodinným zázemím zvládne. Pokud se však přidá více faktorů, které působí společně a často se ve svých účincích umocňují, může dojít k nějaké formě sebevražděného jednání.

Seznamtelieta dívka se pokusila o sebevraždu požitím několika balení medikamentů. Udáváním motivem tohoto činu bylo, že potkala svého bývalého přítele s novou dívkou. Z anamnézy vypývá, že dívka pochází z úplné rodiny, má starší sestru. Rodinné prostředí je dlouhodobě konfliktní, rodiče se hádají, dívka se stává na stranu matky, s otcem si nikdy nerozuměla. V širším přibuzenství se vyskytla dokonale sebevražda. Dívka studuje střední školu ve vzdáleném městě. Na základní škole nikdy nezapadla do kolektivu. S ohledem na rodinnou situaci se rozhodla žít nyní na internátu, ale ani tam není spokojená, nemá vlastně žádné kamarády. Asi rok chodila s chlapcem, ten se s ní před dvěma měsíci rozešel. Pacientka to těžce nesla, stále

POKRACOVÁNÍ

POKRACOVÁNÍ

doufala, že se k ní vrátí. Ačkoliv vyvolávajícím faktorem bylo zjištění pacientky, že rozchod s přítelem je patrně definitivní, vidíme zde ještě řadu rizikových faktorů: suicidální v širším přibuzenství, konfliktní rodinné prostředí, špatný vztah s otcem, maladaptaci mezi vrstevníky. Dívka sama trpí četnými počty méněcennosti, je nespokojená sama se sebou, jak sama říká, „nenávidí se“. Tyto faktory nakonec ve společném působení vedly k sebevražděnému jednání. Nelze tedy jednoduše říci, že důvodem tohoto jednání byl pouze rozchod s přítelem.

Shrnutí

Suicidální chování bývá spojeno s některými rizikovými faktory, které se vzájemně doplňují a potencují. Za rizikový faktor lze považovat konfliktní rodinnou situaci, rozvod, suicidium v rodině, problematickou školní situaci, sníženou adaptaci mezi vrstevníky, zhoršený zdravotní stav, nízký sociální statut rodiny a další. Specifický význam má onemocnění psychiatrickou poruchou, zejména afektivní poruchou nebo schizofrenií. Se suicidálním jednáním často bývá spojena problematická závislost. Na pozadí těchto rizikových faktorů dochází nejdříve pod vlivem akutně působících vyvolávajících faktorů k suicidálnímu jednání. Spouštěčem takového chování může být například konflikt s rodiči, učiteli nebo partnerem.

Literatura

- Boris, A., Soldatos, C., Liossi, A., Kokkevi, A., Stefans, C.: Suicide and violence risk. *Acta Psychiatrica Scand.* 89, 1994, s. 92-96.
- Gjurková, Š., Kocourková, J., Koutek, J.: *Podoby násilí v rodině*. Praha, Vyšehrad 2000.
- Hawton, K., Fagg, J., Platt, S., Hawkins, M.: Factors associated with suicide after parasuicide in young people. *British Med. Journal*, 306, 1993, s. 1641-4.
- Imber-Black, E.: *Die Macht des Schwiegens*. Stuttgart, Klett-Cotta 1999.
- Kaplan, H., Sadock, B.: *Synopsis of Psychiatry*. Baltimore, Williams and Wilkins 1998.
- Kocourková, J., Koutek, J.: Posuzování suicidálního rizika u dětí a adolescentů. *Československá psychologie* XLVI, 2002/2, s. 178-183.
- Pfeifer, C. R.: *The Suicidal Child*. New York, The Guilford Press 1986.
- Steinhausen, H. Ch. (Herausgeber): *Das Jugendalter*. Bern, Verlag Hans Huber 1990.

- kognitivní a emocionální vyspělost;
- vlastní zkušenost s nemocí a smrtí;
- fantazijní zpracování smrti;
- coping mechanismy (způsob, jak se dítě či dospívající vyrovnává se stresem);
- objektivní vztahy;
- vývojové a osobnostní poruchy;
- psychiatrické klinické syndromy;
- vliv rodiny a širšího sociálního okolí, působení sdělovacích prostředků.

Kognitivní funkce mohou být výrazně ovlivňovány emocionálními okolnostmi, pod jejichž vlivem může dojít k regresi ego funkcí a k ovlivnění kognitivních procesů. V otázce konceptu smrti se to netýká jen malých dětí. Suicidální adolescenti mají často fantazie o setkání se zemřelými blízkými osobami nebo představu, že budou vědět, co se po jejich smrti odehrává. Myslenky o posmrtném životě, reinkarnaci apod. mají i dospělí, zejména ti, kteří se identifikují s religiózními nebo spečifickými filozofickými představami.

Z hlediska konceptu smrti je u dětí a adolescentů důležitý subjektivní pohled na smrt a také emocionální prožívání tohoto faktu. Postoje ke smrti jsou deterninované výše uvedenými faktory, ale též interpersonálními vztahy a vztahami s blízkými osobami. Stejně tak důležitá je u dítěte reálná zkušenost se smrtí, ať již jde o osobu blízkou, známou, nebo smrt domácího zvířete, a vztahový kontext, v němž se tato událost odehrála. Reakce rodičů na smrt blízké osoby, výroky rodičů o smrti (sebevražedě) například v konfliktní situaci, riziko nemoci nebo smrti někoho známého představují zkušenost, která se podílí na vývoji dětského konceptu smrti.

Období adolescence je charakterizováno řadou vývojových úkolů. Tykají se zejména vývoje identity, akceptace vlastní sexuální role, odpoutání se od primární rodiny, nalezení schopnosti spolupracovat s druhými lidmi a také schopnosti přimnout určitě normy a ideály. Důležitý je vývoj schopnosti sebeocenění, seberegulace a sebeutěšení, jsou zdůrazňovány čtyři okruhy vývojových úkolů tohoto období: separace od rodičů, vývoj dospělé sexuality, formace identity a pracovní kompetence. Je podopíratelné, že jde o vývojové úkoly velmi náročné a často může dojít v jejich naplňování ke komplikacím. K vývojevému stadiu dospívání patří psychičnost o sobě, o vlastním těle, o své úloze ve světě i o světě obecně. Pokud se přidrží nějaké nízkové faktory, jako například nefunkční rodina, může situace vyústit až do adolescentní krize. K tomuto období patří i specifické přístupy k otázce smrti. Adolescenti často o smrti přemýšlejí, zamýšlejí se nad tím, co bude po smrti. Snadněji než ostatní jsou ochotni riskovat život. Suicidální jednání v tomto věku má nezdávka charakter tzv. ruské rulety, „dát život v sázku“. Jedna naše pacientka po závažném sebevražedném pokusu uvedla: „Bylo mi jedno, jak to dopadne, když umřu, dobře, když mě zachrání, taky dobře.“ Není náhodou, že k tomuto období patří i takové nskanuté kousky, jako je jízda na střese rychlíku, nárazníku vozu metra nebo vjíždění do křižovatky plnou rychlostí bez dáni přednosti. Jde o aktivity, které lze zařadit někam mezi adrenalinové sporty a suicidální chování.

5.2 Postoje ke smrti u normálních a suicidálních dětí a adolescentů

Někteří autoři poukazují na to, že koncept smrti u normálních a suicidálních dětí je odlišný. Normální děti školního věku se smrti zabývají převážně na základě reálné zkušenosti (například smrti blízké osoby) a jejich prožívání má charakter smutku a truchlení, které je modifikováno jejich věkem. U suicidálních dětí vidíme, že se výrazněji zabývají tématy smrti ve fantazích a že jejich představy obsahují agresivní i autoagresivní charakteristiky. Explorace těchto fantazií je nesnadná, avšak často je možné identifikovat je v kresběném projevu či v herní terapii. Empirické studie ukazují, že suicidální děti na rozdíl od ostatních mají častěji fantazie o své smrti nebo smrti blízkých osob, v těchto představách je více násilných prvků a častěji jsou přítomné fantazie o posmrtném životě. Průměrné děti si představují jako příchnu své smrti nebo blízkých osob většinou nemoc nebo stáří, myšlenky o smrti vzbuzují úzkost a děti mají tendenci se jim vyhýbat.

Zabývání se konečností života a jeho smyslem je obvyklé v adolescentním vývojevém období. Hledání vlastní identity a hodnoty vlastního života je výrazně spojeno se skupinovou identifikací a zrnitěním hodnot. Ve vztahu k suicidálnímu chování adolescentů záleží rovněž na tom, jak je toto chování posuzováno v sociokulturním prostředí, v němž adolescent žije. Značný vliv na postoje ke smrti mají sdělovací prostředky a specifická adolescentní kultura. Prostředí, kde je hodnota individuálního života nízká (například určité sekty, gangy), idealizace a obdiv k rizikovému chování představují živnou půdu nejen pro agresivní, ale i autoagresivní (suicidální) chování.

5.3 Psychodynamické aspekty

Suicidální chování u dětí a dospívajících představuje široké spektrum projevů, pro které nemůžeme nalézt zcela shodný psychodynamický vzorec prožívání. Vnitřní psychodynamické mechanismy, které jsou v pozadí suicidálního chování, mohou být charakterizovány pouze individuálně, v závislosti na vývojových faktorech, motivaci, osobnostních dispozicích a komorbidních psychopatologických syndromech. Suicidální chování je výsledkem dlouhodobějšího procesu, který je interakcí vnitřních, osobnostních dispozic a způsobů, jak se dítě vyrovnává se stresem, a dále vnějších vlivů a závažových událostí. Zjevná u dětí, které jsou závislé na vnějších okolnostech, rodinné, druhých lidech a jejich reakcích, je environmentální stres pokládán za důležitou okolnost ve vývoji suicidálního chování. Je třeba také zdůraznit, že sebevražedné chování a jeho psychodynamické aspekty mohou primárně souviset s psychopatologickými projevy, jako je depresivní porucha nebo jiné poruchy psychoického charakteru.

5.4 Suicidální jednání a agrese

Suicidální jednání v každé své formě představuje do krajnosti vyhrcovanou auto-agresi. Na vědomé úrovni jde o sebezníčitelné aktivitu vedoucí ke smrti. Jak již však bylo uvedeno na jiném místě, touha zemřít nemusí být jednoznačná, člověk takto jednajícím mnohdy chce zároveň zemřít i žít. Jeho postoje jsou často ambivalentní. Přitom bývá přítomna negace pudu sebezáchrany, který patří mezi základní pudové tendence člověka. Podrobnější rozbor psychodynamiky adolescentů, kteří se pokusí o sebevraždu, však ukazuje, že v jejich emocionálním prožívání je možno kromě prvku autoagresivních nalézti i prvky heteroagresivní. Navenek takový dospívající prožívá pocity vzteku, bezraděje, zoufalství, často také pocity viny. Agresivní aspekty vztahu k důležitým osobám mohou zůstat skryty, mohou se projevit nepřímou, např. ve snech. Přitom v suicidálním jednání, které vznikne třeba jako reakce na konflikt s rodiči, je nepodtypně obsažen i heteroagresivní prvek vůči nim.

Heteroagresivita však může být přítomna i na vědomé úrovni, zcela otevřeně. Člmem suicidálního jednání může být mimo jiné pomsta či potrestání člověka, který se proti dítěti či dospívajícímu nějak provinil, ať již domněle, nebo skutečně. Dotyčný má sebevražedné fantazie, často si představuje vlastní pohřeb. Často se objevuje představa o tom, jak se třeba rodič nebo nevhodná dívka budou trápit, až se dozvědí o jeho smrti. Tyto fantazie se mohou odrážet i ve verbálním projevu. Chlapců či dívků o sebevraždě mluví, často tím v rodičích provokuje neporozumění a odmítnutí. V rodině dochází k napětí, které dále ještě znesnadňuje vzájemnou komunikaci. Výroky o přání zemřít často bývají lasky považovány za méně nebezpečné. To však neodpovídá realitě. Velmi nebezpečné bývá zlehčování a zesměšňování suicidálních výroků, ke kterému může ze strany rodičů v konfliktu dojít. Fantazie, které provázejí přemýšlení o sebevraždě, například o tom, jak budou ostatní nešťastní a budou litovat, že byli zlí, zabarvují myšlenky na sebevraždu lhostejností. V adolescenci dochází k častému prolínání deprese a agrese. Pocity vzteku na rodiče se snadno spojují s pocity viny a vzájemně se posilují.

Zajímavé souvislosti mezi hetero- a autoagresivním chováním nacházejí Holinger a kol. Na demografických datech poukazují na určité souvislosti mezi jedním vražděným a sebevražděným. Na vývoji vražděnosti a sebevražděnosti v USA zjišťují, že trendy vyvíjí obou těchto agresivních jednání jsou velmi podobné, současně dochází k vzestupu a poklesu. Význam má nepochybně i aktuální společenská situace. Kromě toho si tyto autoři všimají i faktu, že v zemích, které jsou na špičce počtu vražd na počet obyvatel, je menší sebevražděnost. Naopak ty země, které vykazují vyšší sebevražděnost, mají spíše menší počet vražd. Jako by se jakýsi potenciál agrese projevovoval buď jedním, nebo druhým způsobem.

Sedmnáctiletý chlapec byl přijat na dětskou psychiatrickou kliniku po suicidálním pokusu požitím insekticidu. Samohrámu suicidálního jednání předcházela řada konfliktů s otcem a nevlastní matkou. Vlastní matka chlapce zemřela v jeho předškolním věku. Konflikty v současné rodině se týkaly toho, že chlapec není tak úspěšný a vyhovující, jak by si rodina představovala. Rodiče ho často dávali do profikludu s úspěšnější mladší sestrou. On sám tuto roli přebíral jakoby karikujícím způsobem, ve kterém byla patrná agrese. V rámci suicidálního chování napsal dopis na rozloučenou, ve kterém se rodičům omlouvá za své „hříchy“. Jedním z jeho „hříchů“ bylo například to, že nešel na dětskou školu, jak byl s rodiči domluven, ale do kina. Př vyšetření si stěžoval, že ho rodiče nechápu. Vůči otcovi byl výrazně ambivalentní a zděrazňoval jeho do vlastní matku si idealizoval. Vůči otcovi byl velmi nepřátelský, zatímco vlastní matku si idealizoval. Vůči otcovi byl výrazně ambivalentní a zděrazňoval jeho do minantní rysy. Během hospitalizace byl chlapec formálně spolupracující, ale emocionálně odtažitý, s projevy pasivního negativismu. V jeho suicidálním jednání byla kromě autoagrese přítomna i heteroagrese vůči stávající rodině.

Shrnutí

Vývojové aspekty významně ovlivňují suicidální jednání. K pochopení významu smrti dochází postupně. Koncept smrti u normálních a suicidálních dětí je odlišný. Suicidální jednání je z psychodynamického hlediska výsledkem interakce vnitřních, osobnostních dispozic a způsobů, jak se dítě vyrovnává se stresem, a vnějších vlivů a záležitých událostí. Je spojeno jak s autoagresí, tj. s agresí oběťnou proti vlastní osobě, tak s heteroagresí. Suicidální fantazie u dětí a adolescentů bývají nezájímavá spojeny s předstávami, jak se budou trápit ti, kteří jim domněle nebo skutečně ublížili, jak se jim pomstí apod. Motivy heteroagresivní však nemusí být plně uvědomované.

Literatura

- Duhressen, A.: *Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen*. Göttingen, Vandenhoeck u. Ruprecht 1998.
- Guriková, Š., Kocourková, J., Koutek, J.: *Podoby násilí v rodině*. Praha, Vyšehrad 2000.
- Holinger, F., Oher, D., Barter, J., Bell C.: *Suicide and Homicide among Adolescents*. New York, The Guilford Press 1994.
- Kaplan, H., Sadock, B.: *Synopsis of Psychiatry*. Baltimore, Williams and Wilkins 1998.
- Kocourková, J., Koutek, J.: *Psychodynamické aspekty agrese suicidálního chování v adolescenci*. *Československá psychologie*, XI, 1996/6, s. 534-537.
- Pfeffer, C. R.: *The Suicidal Child*. New York, The Guilford Press 1986.
- Streack-Fischer, A.: *Adoleszenz und Trauma*. Göttingen, Vandenhoeck u. Ruprecht 1998.

ského a adolescentního věku hraje úlohu interakce biologických, psychologických, rodinných a sociálních faktorů. Moderní dětská psychiatrie zdůrazňuje multifaktorální podmíněnost poruch u dětí obecně a spolupůsobení rizikových a ochranných faktorů ve vývoji duševních poruch. Jedním z dlh preventivního přístupu je odstranění nebo oslabení rizikových faktorů a posílení protektivních faktorů, které dítěti a adolescentovi pomáhají adaptivním způsobem zvládat stres a vývojové problémy. Podpora duševního zdraví dětí a mladistvých je úkolem rodiny, školy, organizací, které pracují s dětmi, masmédií a v neposlední řadě úkolem odborníků z oblasti psychologie a medicíny.

10.2 Typy prevence

Prevence je důležitou součástí dětské psychologie a psychiatrie. V případě suicidálního chování je cílem prevence snaha snížit výskyt suicidálního chování v populaci. Pokud se u jednoho z suicidálního chování objeví, pak se snažíme oslabit negativní dopad suicidálního chování na budoucí vývoj dítěte a celou rodinu a podopatřit se snažíme také o to, aby jedinec suicidální chování neopakoval. Preventivní postupy bývají obvykle rozdělovány na tři oblasti: primární, sekundární a terciární.

- **Primární prevence** se zaměřuje na snížení výskytu poruchy v populaci. Je zaměřena na eliminaci příčinných a rizikových faktorů, které spolupodmiňují vznik poruchy. Primární prevence je orientována na osoby, u kterých dosud nemusí být patrné znaky klinické poruchy. Důležitou součástí primární prevence je podpora duševního zdraví a posílení protektivních faktorů, které oslabují riziko rozvoje klinické poruchy.
 - **Sekundární prevence** je orientována na včasné zachycení a léčbu klinických projevů. Za součást sekundární prevence bývá považována krizová intervence. Sekundární prevence může být orientována na pečlivé zhodnocení a krizovou intervenci u dětí se suicidálními projevy nebo na ty, které můžeme považovat z hlediska suicidia za zvyšně rizikové (např. depresivní děti, děti ohrožené prostředím, adolescenti závislí na návykových látkách).
 - **Terciární prevence** se snaží zmírnit následky klinické poruchy a zabránit jejím opakování.
- Preventivní intervence u suicidálního chování dětí a adolescentů je zaměřena nejen na suicidální dítě samotné, ale také na jeho rodiče, sourozence a vrstevníky a dále na instituce, které mají vliv na duševní zdraví dětí.
- Současný model primární prevence rozlišuje tři následující okruhy:
- **Univerzální preventivní intervence** je zaměřena na celkovou populaci, bez ohledu na specifická rizika. Za univerzální preventivní intervenci můžeme považovat například typ preventivních programů pro školní děti, které jsou za-

měřeny na zlepšení způsobu, jak mohou děti řešit problémy nebo zážitek situace a jakým způsobem by měly reagovat, kdyby se dostaly do vážných problémů.

- **Selektivní preventivní intervence** je zaměřena na jedince nebo skupiny populace, u nichž je riziko poruchových projevů významně větší. Rizikové skupiny mohou být identifikovány na základě biologických, psychologických nebo sociálních rizikových faktorů, o kterých víme, že souvisají se vznikem duševní poruchy. V případě suicidálního chování představují takovou rizikovou skupinu například dospívající, kteří mají potíže v adaptaci, jsou závislí na užívání návykových látek, mají konflikty v rodině.

- **Indikovaná preventivní intervence** je zaměřena na vysoce rizikové jedince, u nichž identifikujeme subklinické znaky nebo symptomy, které ale dosud nesplňují znaky pro plnou klasifikaci poruchy. Příkladem může být dítě v těžké životní situaci, s depresivními projevy spojenými s poruchami nálady, sníženým sebehodnocením a pocíty bezmoci a beznaděje.

10.3 Rizikové a protektivní faktory ve vývoji dítěte

Primární prevence v dětské psychiatrii je orientována na identifikaci a zmírnění rizikových faktorů, které se podílejí na vzniku klinické poruchy. Zátrova se objevuje snaha zachytit a popsat protektivní faktory, které oslabují nebo modifikují negativní vliv rizikových faktorů. Interakce mezi rizikovými a protektivními faktory je složitá a zahrnuje vzájemně se podmiňující okolnosti na straně dítěte, jeho rodiny i okolnosti vztahující se k širšímu sociálnímu prostředí. Cílem primární prevence je ovlivnění těch faktorů, o kterých předpokládáme, že mají rizikový nebo naopak protektivní charakter ve vztahu ke vzniku či rozvoji určité poruchy. Primární prevence může být orientována na děti, rodiče, ale také na instituce zabývající se péčí o děti (školy, nemocnice, oddělení sociální péče obvodních či místních úřadů, policejní orgány zaměřené na vyšetřování dětí a adolescentů) nebo na veřejné sdělovací prostředky.

Rizikové a protektivní faktory na straně dítěte

Rizikové faktory na straně dítěte zvyšují jeho vulnerabilitu k určitému typu poruchy. V případě suicidálního chování můžeme považovat za rizikové faktory na straně dítěte například poruchy nálady, poruchy chování, zneužívání návykových látek, disharmonický vývoj osobnosti, neuspokojivé interpersonální vztahy, traumata způsobující prožitky.

Naproti tomu protektivní faktory na straně dítěte představuje tzv. pozitivní temperament, dobrá inteligence a sociální zdatnost, jež dítěti usnadňuje adaptaci na změny, které jsou vývojově žádoucí. Ochranným faktorem je fyzické zdraví a zdatnost.

domovanou možností řešit těžkou situaci tímto způsobem. Pokud jsou takové preventivní programy uskutečňovány, vyžadují pečlivou přípravu a znalost dětí, na které je takový preventivní program orientován.

Preventivní programy orientované na dospělé osoby, které pracují s dětmi, jako jsou například učitelé, sociální pracovníci, sportovní vedoucí a další, kteří pracují se skupinami mladých lidí zejména v zátežových situacích (např. vojenská služba). Tyto programy jsou zaměřeny jak na získání znalostí z oblasti suicidologie (jde o oblast s řadou předsudků – příkladem je přesvědčení, že ten, kdo o sebevraždě mluví, ji neuskuteční), tak na získání komunikačních dovedností, které zlepšují schopnost dospělých s dětmi a adolescenty o tomto tématu hovořit.

Jde rovněž o programy pro rodiče, jejichž dítě projevuje suicidální chování, respektive pro rodiče, kteří ztratili dítě v důsledku suicidia. Významné jsou otázky truchlení, vyrovnávání se se ztrátou, pocity viny, vliv na partnerský vztah rodičů, eventuálně na další děti v rodině.

Věššina současných prací, které se věnují otázkám prevence v dětské psychiatrii, zdůrazňuje potřebnost výzkumu a průkazné identifikace rizikových faktorů spolu s hodnocením efektivity preventivních strategií. V prevenci suicidálního chování dětí a adolescentů je nezbytná spolupráce odborníků ve všech oblastech, které mají vliv na děti, rodiny, školy a instituce, které se dětem a jejich rodinám zabývají. Preventivní intervence v krizových situacích může zaměřit či zmírnit suicidální chování dítěte či dospívajícího. Krizovou intervencí pro rodiče a děti v krizových situacích poskytují psychiatriká a psychologická pracoviště a specializovaná krizová centra, která mají ambulanci nebo lůžkový charakter.

Specifickou variantu představují linky důvěry. V těchto zařízeních pracují psychiatrii a psychologové, sociální pracovníci, pedagogové, ale i laičtí odborníci při prvním kontaktu v krizové situaci. Cílem těchto služeb je zejména poskytnutí okamžité odborné pomoci v krizové situaci. Širším cílem je prevence suicidálního jednání, ale i dalšího neadaptivního chování v krizové situaci. Linka důvěry stojí na hranici zdravotnických a psychosociálních služeb a podle potřeby může pomoci k zajištění další přiměřené zdravotnické péče. V pedopsychiatrii mají význam linky důvěry, na které se mohou obrátit i děti nebo dospívající sami. Odborníci na linkách důvěry telefonicky hovoří s dětmi či dospívajícími v krizi, v níž si nevědí rady se svými osobními, rodinnými či vstevnickými problémy. Cílem rozhovoru je ujasnit problém, podpořit adaptivní chování dítěte, zlepšit regulaci jeho afektů a motivovat k další návštěvě tehdy, když problém vyžaduje další řešení. Pokud následuje řešení problémů dítěte ambulantním způsobem, v převážně většině se další stupně linky důvěry pro rodiče, kteří sami potřebují radu nebo podporu v situaci, kdy jejich dítě vykazuje suicidální projevy nebo jiné neadaptivní chování.

Linky důvěry pro děti v České republice:

- Krizová linka Dětského krizového centra Praha
241 484 149 nonstop
- Linka bezpečí Praha
800 155 555 nonstop
- Linka dětské pomoci Přerů
377 260 221 pondělí–pátek 7.00–20.00
603 444 192 7.00–20.00
- Linka důvěry pro děti Rokycany
371 722 111 pondělí–pátek 7.00–15.30
- Linka důvěry SPONDEA Brno
541 235 511 nebo 608 118 088 nonstop
- Linka pro tebe Náchod
491 428 188 pondělí–pátek 9.00–21.00
- Modrá linka Brno
549 241 010 nebo 608 902 410 denně 9.00–21.00
- Řířková linka Praha
272 736 263 pondělí–pátek 8.00–20.00
víkendy a svátky 14.00–20.00

Shrnutí

Preventivní přístup v dětské psychiatrii a psychologii představuje moderní pohled na vývoj dítěte a možnost podpory jeho duševního zdraví. Rozlišujeme primární, sekundární a terciární prevenci. V oblasti primární prevence se můžeme orientovat na rizné okruhy populace (celkovou populaci, rizikovou populaci, populaci se subklinickými projevy poruchy). Cílem prevence je oslabit rizikové faktory a posílit ochranné faktory na straně dítěte, rodiny i prostředí, v němž dítě vyrůstá. Preventivní programy mohou být zaměřeny na děti a adolescenty nebo na dospělé osoby (rodiče, učitele, další osoby, které s dětmi pracují). Za významný lze považovat rozvoj služeb, které mají preventivní funkci (např. krizová centra, linky důvěry).

Literatura

- Bouček, J.: Mohou být linky důvěry účinné v prevenci sebevraždění? *Ami Report*, 6, 1998, č. 28, s. 43–44.
- Grant, N. I. R.: Primary prevention. In: Lewis, M. (Ed.): *Child and Adolescent Psychiatry*. Baltimore, Williams and Wilkins 1996.
- Jensen, P. S.: Prevention Research in Child and Adolescent Psychiatry. In: Young, J. G., Ferrari, P. (Eds.): *Designing Mental Health Services and Systems for Children and Adolescents: A Shared Interest*. Philadelphia, Brunner/Mazel 1998.
- King, K. A.: Developing a comprehensive school suicide prevention program. *Journal of school health*, 71, 2001, č. 4, s. 132–137.
- Klump, P.: *Psychická krize a intervence v lékařské ordinaci*. Praha, Grada 1998.
- Suicide can be prevented. A target and action strategy for suicide prevention*. Helsinki, National Research and Development, Centre for Welfare and Health 1993.