

SEBEZNIČUJÍCÍ TENDENCE A SEBEVRAŽEDNÉ JEDNÁNÍ U DOSPÍVAJÍCÍCH - MEZE A MOŽNOSTI PREVENTIVNÍ PRÁCE ŠKOLY

Richard Jedlička, Jaroslav Kotá

Klíčová slova: krizová situace, sebevražedné aktivity, sebezabití, sebeobětování, primární a sekundární autoagrese, zkratkové jednání, vztahové problémy, školní problémy, pocity prázdnoty či nesmyslnosti života, varovné signály, prevence.

Anotace: V moderní české pedagogické literatuře chybí ucelenější informace o sebevraždách, ač právě sebevraždy jsou druhou nejčastější příčinou úmrtí adolescentů. Text je zaměřen na výklad sebed ničivého chování u mladistvých a ukazuje vývoj vedoucí k sebevražednému jednání. V závěru se zabývá signály v jednání mladých lidí, které by měly pedagogy varovat.

Kasuistika šestnáctileté Radky M.:

Studentka střední průmyslové školy oděvní; druhá nejstarší z pěti dětí. Narodila se a vyrůstala na venkově. Do roku 1989 byli rodiče zaměstnáni v zemědělské výrobě. V rodině dlouho převládaly vřelé vztahy. Matka měla dostatek času na výchovu dětí, zastávala roli důvěrnice. Poté se rodiče stali soukromými podnikateli v zahradnictví. Změna životního stylu ovlivnila i rodinné klima. Zvláště starší děti se obtížně vyrovnávaly se změnou. Téměř veškerý volný čas věnovaly práci v rodinném podniku. Většina komunikace se týkala živnosti. Dodržování pracovních povinností bylo samozřejmostí. Starší dcera našla z dlouhodobé zátěže východisko ve sňatku a v odchodu z domova. Veškerá tíže tzv. ženských prací dolehla na mladší sestry. Radka cítila, že ve stále napjatější atmosféře již „nemůže dýchat“. Objevily se u ní psychosomatické obtíže, které se rozvinuly v alergické astma. Při hospitalizaci v nemocnici získala čas

k přemýšlení o svém osudu a pojala rozhodnutí odstěhovat se ke starší sestře do města. Rodina její odchod označila za zradu, i když jí nakonec dovolila u starší sestry bydlet. V tomto období náhle zemřel dívčin otec. Matka při prudké hádce mladistou obvinila z jeho smrti. Radka v této době ztratila zájem o přátele i školu, v níž předtím dosahovala výborných výsledků. Zdá se, že učitelé změny v chování a prospěchu připsali na vrub uvedeného psychosomatického onemocnění. Ze vzniklé krizové situace dívka našla východisko v suicidiálním pokusu požitím většího množství barbiturátů.

Úmyslné ukončení vlastního života

Sebevražda je jedním z možných, leč evidentně nejdrastičtějších východisek z nezvládnuté životní krize. Je největší tragédií, uskuteční-li ji mladý člověk, a tak předčasně zmaří své další životní šance.

I když se zdá, že zasahuje poměrně malou část populace, demografické údaje svědčí o stále poměrně vysokém počtu autodestruktivních aktivit, které se odehrávají před dosažením dospělosti. V mnoha odborných publikacích zabývajících se sociální patologií i v učebnicích psychiatrie se traduje, že český národ patří k populacím s jedním z nejvyšších ukazatelů sebevraždy. A to nejen v rámci Evropy, ale i v celosvětovém měřítku. Pravdou je, že koncem šedesátých a počátkem sedmdesátých let se tragická statistická čísla pohybovala mezi 2700-2800 mrtvých za rok. Pak nastoupilo období poklesu, který trvá do současnosti. V roce 1995 počet úmrtí sebevraždou činil již jen 61,4 procent maxima z roku 1970, konkrétně 1733 osob (Aleš 1992; Polášek 1996).

Z demografických šetření rovněž vyplývá, že *dokonalé sebevraždy* se týkají především starších věkových skupin. To může navozovat dojem, že z celospolečenského hlediska jde o poměrně málo rozšířenou sociálně patologickou deviaci, která navíc patří do kompetence patopsychologie a psychiatrie a s oblastí výchovy a vzdělání nemá mnoho společného. Při bližším zkoumání však zjistíme, že ve věkovém pásmu mezi desátým až devatenáctým rokem života je sebevražda druhou nejčastěji rozšířenou příčinou smrti, hned za dopravní nehodovostí (Dzúrová 1996).

Alarmující je také zjištění, že počet sebevražd u mladých mužů ve sledované skupině od roku 1990 do roku 1995 nebezpečně vzrůstá (Tuček 1997). Jestliže se blíže seznámíme s rozbory pohnutek sebevražedného jednání u dětí a dospívající mládeže, zjistíme, že k nejčastějším důvodům patří kromě citových problémů školní obtíže, neprospěch, vyloučení ze studia, nespokojenost se zvoleným učebním oborem, konflikty s učiteli a spolužáky a v poslední době též šikana.

Z medicínského hlediska jsou tzv. *suicidální* aktivity formou agrese, namířené proti vlastní osobě, spojené s depresí nebo úzkostí. Psychologický aspekt zdůrazňuje, že sebevražedné jednání vždy těsně souvisí se světem lidských hodnot a světonázorovou orientací, zejména s postojem ke smrti. V úvahu je třeba vždy vzít i širší sociokulturní rámec, v němž jedinec žije. Například u aktivních křesťanů je výskyt *sebevražd* v zásadě minimální. U katolíků byla sebevražednost vždy ještě menší než u protestantů. Z křesťanského stanoviska není sebevražda pouhým únikem ze života, ale vzpourou proti Bohu. Nebo je považována za projev určité zpupnosti (fec. HYBRIS), kdy si jedinec chce vzít něco, co si sám nedal, a proto nemá právo si to vzít - totiž život.

Orientační klasifikace sebevražedných a jim podobných autodestruktivních aktivit

Sebevražedné jednání vyzna-

čuje dobrovolný úmysl ukončit svou existenci a následně cílevědomě zaměřené konání vedoucí ke smrti. J. Viewegh uvádí, že „za *sebevraždu* označujeme takový způsob *autodestruktivního jednání*, který *zřetelně vyznačuje úmysl jedince dobrovolně ukončit vlastní život a cílevědomou snahu zvolit k tomuto účelu prostředky, u nichž možno předpokládat, že k zániku vlastního života povedou*“ (Viewegh 1978, s. 269).

Naproti tomu u *sebezabití* se neshledáváme s vědomým úmyslem jedince zemřít. Postižený jedná buď pod vlivem okamžitého impulsu, nepřičetnosti, nebo pod vlivem halucinací, či bludů. Např. u patologických stavů, kdy osoba trpící paranoidním bludem, ev. halucinacemi uniká před domnělými pronásledovateli skokem pod jedoucí dopravní prostředek či pádem z okna. To se může

odehrát pod vlivem drogové intoxikace nebo u těžké duševní choroby - schizofrenie a podobných onemocnění (Vondráček 1986). Jak uvádí Pavlovský v práci věnované speciálně této problematice, je v mnoha případech nesmírně obtížné určit, o jaké příčiny vlastně šlo (Pavlovský 1996).

K sebezabití může dojít i u jinak zdravých osob. A to v případě nešťastné shody okolností u demonstrativního pokusu, kde původním cílem vůbec nebylo zemřít, ale „*vystrašit či vydírat*“ nejbližší okolí. Zde může stát na počátku hrozba v podobě sociální manipulace: „*jestliže mi nevyhovíte, tak vás potrestám tím, že si nějak ublížím*“. Ale situace se nakonec může vyvinout zcela jinak, než si jedinec zaranžoval, neboť hra na sebevraždu se mu vymkne z kontroly a skončí tragicky (Viewegh 1978).

Zcela jiným typem je **sebeobětování**, kdy si jedinec nepřeje svou smrt, ale vědomě riskuje vlastní život, aby pomohl jiným lidem, či jejich záchraně. Sem spadá i tolik diskutovaný čin J. Palacha, který napodobením protestního sebeupalování buddhistických mnichů otřásl mravním svědomím české i světové veřejnosti.

Zvláště u mladistvých a psychosociálně nezralých individuí bývají dosti četné **demonstrativní sebevražedné pokusy**, které jsou však pouhou *nápodobou sebevražedného jednání*. Jejich cílem je nátlak, vydírání *nebo zastrašování nejbližšího sociálního okolí* (rodičů, učitelů, nadřízených, manželských či milostných partnerů atd.). Toto jednání zpravidla sleduje určitý konkrétní cíl. Má pomoci řešit aktuální, leč chorobně zpracované životní problémy. Demonstrativní pokusy se vyznačují některými typickými rysy, které výstižně popsala např. Martonová: 1) snahou jedince je profitovat z inscenované situace, 2) jsou voleny takové prostředky a místo činu, které jsou příhodné k záchraně, 3) již při přípravě se předběžně

kalkuluje s něčí pomocí a intervencí okolí, 4) většinou se objevují i prvky okázalosti a teatrálnosti (Martonová 1964).

Popisované chování bývá motivováno snahou vyhnout se nějaké nepříjemnosti, životnímu debaklu, důsledkům záškoláctví, trestného činu, nebo si vynutit určitý psychologický zisk či výhodu. Dospívající se sklony k hysterii se snaží udržet si citovým vydíráním ztracenou či beznadějnou lásku milované osoby, donutit rodiče, aby povolili něco, o čem je předem zřejmé, že by s tím nesouhlasili apod. Dreikurová, stoupenkyně adlerovské individuální psychologie, vysvětluje takové chování některých dospívajících jako prostředek k získání moci. V tomto výkladovém rámci je možno chápat demonstrativní pokusy jako chorobné dokazování si svého významu a nadvlády nad druhými (Dreikurová-Fergusonová 1993). Od demonstrativního neboli předstíraného sebevražedného jednání je vhodné odlišit vážně míněný suiciální pokus (Janota 1968; Vondráček 1986).

Za suiciální jednání jsou považovány **sebevražedný pokus** (*tentamen suicidii*) a **dokonaná sebevražda** (*suicidium*). V obou těchto případech jde o vážně míněnou *autodestruktivní aktivitu, jejímž cílem je ukončit život*. Rozdíl zde není pouze v tom, že se sebevražda „povedla“ a je dokonaná, zatím co u pokusu suiciant přežil, ale jsou tu i další nezanedbatelné charakteristiky. G. Waage uvádí, že „*sebevražda je rozhodným odklonem od života, charakteristickou vůlí vymanit se z lidské společnosti*. Pokus o sebevraždu je posledním zoufalým apelem na lidi, tedy vlastně obratem k lidské společnosti“ (Waage 1966. In: Konečný - Kocourková 1978).

I když pachatel má rozhodný úmysl zemřít a zvolí za tímto účelem promyšlený konkrétní postup, není nikdy zcela jisté, že cíl bude naplněn. Součástí tohoto aktu je „*volání*

o pomoc“, s významným psychosociálním podtextem, který je nutné dešifrovat. Jsou zde totiž přítomny faktory, které nestojí zcela pod kontrolou sebevraha; především *prvek naděje*, že souhrou okolností dojde k záchraně. Proto je skryté přání přežít přenecháno „*osudové náhodě*“. Jestliže přes vědomé odhodlání zemřít bude sebevrah na poslední chvíli zachráněn, značí to pro něj, že „*má zůstat na živu*“ (Viewegh 1996).

Zvláštnosti sebevražedného jednání u nedospělých

Sebevražedné konání dětí a dospívajících má některé zvláštnosti, které jsou dány celkově nezralou osobností, nedostatkem životních zkušeností, neschopností užít alternativní sociální strategie, nevyhraněností postojů, neujasněností hodnotových vztahů, zvýšenou zranitelností, sníženou odolností vůči zátěži, citovou instabilitou a snadnějším sklonem ke zkratkovému jednání (Martonová 1965; Šíroky - Capponi 1969; Černý 1970; Kocourková - Konečný 1972; Knajbl 1977; Vojtík - Tůmová - Dobiášová 1980; Špitz 1980).

Dítě do desátého roku nemá zpravidla vyjasněný pojem smrti. Proto před tímto věkem hovoříme spíše o sebezabití než sebevraždě. Ale i školák po desátém roce si ještě nějaký čas ne zcela plně uvědomuje definitivnost a nezvratnost smrti. V jistém nereálném pojetí jsou děti utvrzovány také mnohými scénami televizního násilí, kde hrdina opakovaně přežívá i velmi brutální destruktivní aktivity (Malá 1995). K sebe-poškozujícímu a sebevražednému chování dochází v uvedeném věkovém období nejčastěji v reakci na zátěž, při konkrétních neúspěších, zvláště při citovém odmrštění a frustraci. Zkratkové jednání v těchto případech poukazuje na chybějící suicidiální

vývoj a provedenou rozvahu. Právě proto nebývá vhodná bagatelizace pocitu nedostatečnosti, znehodnocení nebo pokoření starší osobou. Při nedostatečně rozvinutém vědomí vlastní hodnoty může být pro školáka traumatem to, čemu by dospělý úspěšně čelil. Dítě mladšího školního věku je do značné míry závislé a nemá dostatek možností ani zkušeností k účinné obraně (Špitz 1980).

J. Prokůpek (1972) upozornil, že u mladistvých zachycených v epidemiologické studii, zabývajících se výskytem sebevražedného jednání na území hl. m. Prahy, byly u chlapců dvě třetiny všech sebevražedných pokusů a u děvčat více než tři čtvrtiny provedeny bezprostředně a bez dalšího rozhodování. Varující procenta ukazují, že z hlediska odhadu suicidiálního rizika čili možnosti realizace sebevraždy je pro dítě a mladistvého nenadálá a jednorázová stresová situace mnohem nebezpečnější než u dospělého. Nejčastějšími příčinami jsou, dle jeho šetření, narušené mezilidské vztahy v rodině a školní neúspěch, což potvrdily i výzkumy dalších odborníků.

Rozbor výsledků dotazníkového šetření u nezletilých hochů a mladých mužů se suicidiálním jednáním, provedený Knajblem v Olomouci, jasně poukázal na patologii rodinného prostředí a s ní související psychosociální zátěž. Rodiny byly zpravidla neúplné. A tam, kde dosud nedošlo k rozvodovému řízení, bylo prostředí charakterizované jako frustrující a s nedostatkem citových podnětů. Výchovné autority byly prožívány jako lhostejné, či příliš omezující a často se vyskytoval strach z trestů (Knajbl 1977).

Sebepojetí a motivy patologického vztahu k životu

Sebevražedné jednání bývá motivováno buď jako akt pomsty nejbližšímu

okolí (zvláště u mládeže, ale i psychosociálně nezralých jedinců starších), nebo - a to častěji - je takové konání vyjádřením agrese proti sobě samému (tzv. autoagrese), eventuálně útěk z nesnesitelné tíživé situace.

V **primární autoagresi** je vlastní osoba pojímána jako nedostatečná či bezcenná. Uvedené pocity podněcují suicidiantovu *nenávist a sebetrestající, sebezničující tendence*. Suicidiální aktivita, která je reakcí na ztrátu hodnoty vlastního já, je svéráznou formou obrany vůči zdroji znehodnocení. A to útekem nebo pomstou. Hodnotící vědomí navozuje u jedince možnost přesvědčení, že on sám je zdrojem záporných kvalit. Dreikurová-Fergusonová upozorňuje na situaci, kdy si mnoho dětí ve své vlastní rodině uvědomuje, že do rodiny objektivně patří, ale současně nabývají přesvědčení, že jejich existence je pro zdar skupiny nepodstatná. V horším případě mohou dokonce věřit, že by bylo pro rodinu lepší, kdyby v ní nebyly. Nabývají totiž postupně pocit, že jejich existence je hlavní překážkou, aby rodina byla spokojená a úspěšná. A pocit znehodnocení může přesáhnout míru, kterou je dítě schopno unést (Dreikurová-Fergusonová 1993).

Zvláštností dospívajících je i to, že vzbudba na život a jeho cenu je nerozlučně spojená s vztahy k druhým lidem, se sociálním životem mezi vrstevníky. To, jak ho respektují, obdivují nebo odmítají a zavrhuji spolužáci, přátelé či partneři, je pro pubescenta a adolescenta zpravidla mnohem významnější, než kvalita ostatních sociálních vztahů.

Podle Digoryho a Rothmanové (In: Fischer 1980) následuje vlastní suicidium po snížení nebo ztrátě postavěhí, což jedinci znemožní přiměřeně a pro něj samotného uspokojivě fungovat. Podle výzkumu psychologů v motivaci autodestruktivních tendencí vystupuje do popředí korelace se sni-

žujícím se sebevědomím následkem ztráty sociálního postavení. Výrazné motivační prostředí u 75 % suicidiantů tvoří rozpad anebo vážné narušení klimatu primární rodiny. Ty představuje úmrtí jednoho, či obou rodičů, rozvodová situace, alkoholismus a jiná toxikomanie u rodičů, nebo trvalé konflikty, které hrozí rozpadem jejich manželství. Hned na dalším místě se jako významné ukazuje vykořenění z dosavadního životního prostředí, jako např. přestěhování, změní se školy, emigrace či sociální izolace.

Zasekundární autoagresi jsou označovány sebevraždy, které představují útěk ze života, který se již stal neúnosný, a dítě je neschopno svými nedostatečnými silami změnit. Do popředí se dostává snaha vyhnout se ohrožení, ponižování, případně psychickému či fyzickému trýznění. Sebevražda se stává výsledkem hodnocení vnějšího prostředí, s kterým se lze setkat u zanedbávaných, týraných nebo zneužívaných dětí (Dunovský - Dytrich - Matějček 1995). Autoagresivní náboj je vybudován teprve sekundárně v závěru suicidiálního vývoje a tvoří nezbytný předpoklad k překonání pudu sebezáchovy. Svou významnou roli v sebeznehodnocujícím sebepojetí může sehrát i školní prostředí či škola v ústavních internátních zařízeních.

Kasuistika patnáctiletého Bohumila H., učně prvního ročníku: obor dřevařská a nábytkářská výroba. *Chlapec je jediné dítě starších rodičů; otec truhlář, matka dámská krejčová. Manželství bylo dlouho bezdětné. Bohumil se narodil a vyrůstal na malém městě v jižních Čechách. Rodiče byli starostliví, někdy až pedantičtí. Bohumil byl od dětství silnější postavy, trpěl opakovaně onemocněním horních cest dýchacích.*

V mateřské škole pobyl asi čtvrt roku. Pobyt od počátku poznamenaly silné adaptační potíže. Když se konečně začal přizpůsobovat, spadl při hře z kolotoče, utrpěl trž-

nou ránu na hlavě a ocitl se v krátkém bezvědomí. Do školky pak již odmítal nastoupit. Poté matka opustila zaměstnání, šla doma a věnovala se výchově chlapce. Když šel do I. třídy, uměl již částečně číst, ale ve škole se mu nelíbilo. Stýskal si, že se mu děti posmívají; trpěl řadou nevolností, bolestmi břicha, průjmami, stěžoval si na bolesti hlavy. Plakal. Úzkostná matka jej nechávala doma a učila se s ním sama. Bohaté vegetativní a psychosomatické příznaky u něj vymizely vždy o víkendech a o svátcích. Do deseti let trpěl hrozivými sny, provázenými nočními děsy; občas se pomohl. Pro tyto problémy byl léčen na dětské psychiatrické ambulanci.

Ve školním prospěchu patřil k lepšímu průměru; mezi vrstevníky nechodil. Nejraději byl s matkou doma, pomáhal ji, nebo se učil. Velice rád četl cestopisné knihy. Spolu s otcem stavěl modely lodí. Protože se chtěl vyučit podobnému řemeslu jako otec, odešel do většího města, kde musel bydlet na internátu. Jeho psychický stav se zhoršil. Byl nervózní, špatně se soustředil, obnovily se poruchy spánku a svíravé úzkostné sny. Spolu s tím vrůstala i obava, že se opět pomohu. Pro tyto obtíže navštívil dorostového lékaře, který mu naordinoval anxiolytika a na noc slabší hypnotika.

Na učilišti se stal terčem nevybíravých vtipů zvláště ze strany starších spolužáků, kteří mu dělali schválnosti. Když se mu začaly ztrácet i osobní věci, stěžoval si vychovateli, ale ten celou situaci bagatelizoval. Když se náhodně jeden z učňů dozvěděl o jeho stížnosti, trápení se zvýšilo. Plivali na něj a nazývali ho bonzákem. Vyhrožovali mu bitím, jestliže se něco podobného bude opakovat. V dílně mu starší učeň nastavil nohu tak, že spadl ze schodů, poranil se na hlavě a zlomil si kosti levého předloktí. O původu úrazu mistrovi zalhal, protože se bál pomsty. Z učiliště odejít nechtěl a nemohl; obor se mu líbil a také se bál, co by tomu řekl otec.

Situace se mu zdála bezvýchodná. O sebevraždě se pokusil léky, které měl předepsány od dorostového lékaře.

Charakteristiky mladistvých sebevrahů - predilekční vlastnosti budoucích suicidiantů

Výzkumy teenagerů pokoušejících se o sebevraždu poukazují na některé tzv. predilekční vlastnosti, jejichž výskyt je u této části populace poměrně výrazný. J. Knajbl upozornil na to, že u **chlapců** v souboru patnácti až dvacetiletých suicidiantů vystupují následující charakteristiky: a) pocházejí z rodinného prostředí se zvýšenou sociální zátěží, b) objevuje se u nich zvýšená neurotičnost, dráždivost a nejistota, náchyllost k iracionálním obavám a pocitům viny, c) příznačná je i snížená sebekritičnost, či nekritičnost k vlastnímu jednání, d) objevuje se malá vytrvalost, submisivita a snížená dynamogenicita, e) velká uzavřenost je provázena nízkou sociabilitou, f) sexualita je buď předčasná a provázená častou promiskuitou, nebo naopak chybí zcela zájem o osobu druhého pohlaví (Knajbl 1977).

R. Konečný a J. Kocourková poukazují u hochů dále na zvýšenou sugestibilitu, narcismus, emotivní jednání a časté pocity viny a méněcennosti. (Konečný - Kocourková 1978). Avdějev, kterého uvedení autoři citují, naproti tomu zdůrazňuje neschopnost překonávat životní těžkosti a neschopnost vidět perspektivy a životní cíle. Zakladatel logoterapie V. E. Frankl hovoří o existenciální frustraci suicidiantů: „Kdykoliv jsem tázán, jak vysvětlují vznik existenciálního vakuu, poukazují obvykle na tento fakt: Na rozdíl od zvířete neříkají člověku žádné instinkty, co musí; a člověku dneška už neříkají žádné tradice, co je jeho povinnosti; a často se zdá, že už neví, co vlastně chce“ (Frankl 1994, s. 7 - 8).

R. Konečný a J. Kocourková při charakteristice souboru šestnácti až dvacetiletých dívek pokoušejících se o sebevraždu zdůraznili: a) citovou labilitu projevující se v podobě neuspokojené emocionality, citovosti, nestálosti a nezralosti, b) nedostatek frustrační tolerance, nejistotu, plachost, váhavost, citlivost k hrozbám, sklon k sebeobviňování a bázlivosti, c) neurotičnost, snadnou unavitelnost, malátnost, sklon starat se, trýznit se, které jsou provázeny snadnou vyčerpatelností a častou mrzutostí, d) uzavřenost, nesdílnost, zahleděnost do sebe, mlčenlivost, vážnost a smutek, e) sklon k odkládání nepříjemných záležitostí a osobních rozhodnutí, f) nepříznivou individuální historii, nepříznivou rodinnou atmosféru či traumatizující postavení v rodině (Konečný - Kocourková 1978). Jak klinické výzkumy malých vzorků, tak i dlouhodobé analýzy velkých statistických souborů, které provedli v letech 1975 - 1979 Drdová a Zemek, poukazují na některé motivace vedoucí k suicidiálnímu jednání. Mezi nejčastější příčiny náležejí:

a) **Vztahové problémy** s nejbližším sociálním okolím, rodinou či partnerem. V této oblasti se nejvíce objevují konflikty s rodiči, erotická a sexuální problematika;

b) **Školní problémy**, jakými jsou neprospěch, neúspěch při zkouškách, obtíže v učení a nespokojenost se zvoleným učebním oborem;

c) **Negativní vztah k vlastní osobě**, který je vyvolán tělesnou vadou, pocity odlišnosti, nedostatečnosti či pocitem sebeznehodnocení (srv. též Dunovský a kol. 1995);

d) **Pocity osamělosti, prázdnoty a neshodnosti života**, které jsou vyvolány pocitem sociální nezařazenosti, nedostatkem životních cílů, nudou, rozmrzelostí ze života a absencí hodnot.

Takové stavy dobře ilustruje báseň „*Vo smyslu*“ 17letého Zdeňka N., hospitalizovaného na

psychiatrickém oddělení po sebepoškození pořezáním: *Pracuju/ Není to dávno co jsem chodil do školy/ A předtím na devítku/ Ještě předtím do školy/ A co bylo předtím zatím nevím./ Divají se na mne jinak než sami na sebe/ Není to tak dávno co se na mne dívali/ Jinak než sami na sebe/ A předtím se taky dívali/ Jinak než sami na sebe/ Ještě předtím zřejmě taky/ (Když jsem přišel poprvý na psychiatrii měli tam kartu/ z devětašedesátého roku)/ A co bylo předtím zatím nevím/ Proč asi/ A to je moc dobře/ Protože kdyby se na mne dívali/ Tak jako normálně/ „do prdele zas to pitomý slovo“ / Viděl bych vodulý ksichty: úplně jinak/ a asi bych se z toho poblíl/ Nebo bych nebyl tam kde jsem/ A díval bych se na někoho/ Jinak než třeba sám na sebe/ Měl bych třeba krásnou holku/ A zrovna bysme se milovali/ Nebo bych se připravoval k maturitě/ A vypisoval přihlášku na vysokou školu/ Možná bych byl docela šťastnej/ Jenomže by byl vlastně šťastnej/ Někdo docela jinej/ A já bych z toho měl zase hovno.*

Suicidiální vývoj jedince a jeho charakteristické rysy

Ústředním tématem, které je třeba zvážit při suicidiálním vývoji, je *oslabení a překonání pudu sebezáchovy*. Tento proces se u dospělých osob může odehrávat i po dobu několika let. Gold, citovaný Špitzem, popisuje vývoj depresivní symptomatologie u mladistvých zhruba v průběhu jednoho roku. U velmi mladých a nevyzrálých jedinců, u oligofreniků a anomálních osobností bývá častější impulsivní jednání zkratkovitého rázu, které neprochází uvedeným procesem (Mečtř 1974; Vojtik a kol. 1980; Vondráček 1986, Malá 1994). Přesto lze rozlišit některé charakteristické fáze.

Na prvním místě stojí tzv. **suicidiální tendence**. Jedinec si výrazněji připomíná možnou smrt jako specifický prostředek řešení životních situací. V aspirační fázi se objevují výroky typu: „*Mělo by se žít, ale za jistých okolností lze použít i krajního prostředku*“

(Viewegh 1996, s. 77). Sebevražedné myšlenky však zatím jedinec sám zapuzuje, brání se jim a zdůvodňuje si, proč není správné, aby čin realizoval.

V další etapě se objevuje **suicidiální pokus**, který představuje kvalitativní skok. Sebevražda je přijata jako závažné osobní řešení životní krize. Je provedena *volba místa, prostředků a následná rozvaha o optimálním způsobu provedení*. Probíhá poslední prověrka prvků naděje, že se přece jenom na poslední chvíli může nalézt něco, pro co stojí zato zůstat naživu, či někdo, pro koho má smysl zůstat žít.

Poslední fázi představuje **dokonaná sebevražda**. „Sebevrah již dále nesnese nervově vyčerpávající nejistotu nesnesitelného provizoria“ (Viewegh 1996, s. 78). Proto sbírá poslední síly a odvahu k překonání zbytku pudu sebezáchovy. Po rozhodnutí dojde u postiženého paradoxně k uvolnění a lidem, kteří si o něho mohli dělat starosti, se nyní zdá, že sebevražedné myšlenky pomínuly. K sebevraždě pak zpravidla dojde po usnadňujícím závěrečném podnětu či impulsu (Viewegh tamtéž).

Signály, které by měly pedagogy a vychovatele varovat

Diagnostické známky, které vedou k podezření na možné autodestruktivní aktivity u dospívajících, nebývají často příliš zřetelné. Jejich rozpoznání vyžaduje pozornost, empatii, znalost jedinečných zvláštností mladistvých a schopnost odhadu nepříznivého zvratu.

Obecně lze za varující považovat některé poměrně masivní **poruchy v sociálních vztazích** a v psychice ohroženého jedince. Mezi ně patří: a) náhlý a nápadný neprospěch ve škole nebo v učení a celkově se prohlubující nezáměr o další vzdělávání, b) ztráta

zájmu o dosavadní záliby, koníčky a aktivity, doprovázené nihilistickými pocity, narůstající prázdnota vyjadřovaná častým konstatováním, že nic nemá smysl, c) konflikty s nejbližším okolím, s rodiči, rozchod s partnerem, střety s učiteli či s mistrem, hádky se spolužáky, které vedou k prohloubení pocitů osamělosti a nedostatečného ocenění ze strany druhých.

V akutním vývoji potenciálního sebevraha lze konstatovat výskyt **alarmujících příznaků**, které nemusejí být příliš nápadné. Některé mohou být při povrchném pohledu pro svou subtilnost lehce přehlédnuty. Mezi tyto varovné známky náleží: a) přítomnost projevů deprese (sebeobviňování, smutek, plačtivost, lítostivost, útlum atd.), b) psychická vyčerpanost, zpomalené myšlení, nevýpravnost, apatie, c) úzkostnost, napětí, hněvivost, pocity viny, beznaděje a marnosti, které se prudce střídají, d) nespavost v předchozích dnech, polehávání na lavici v průběhu výuky, e) výskyt sebevražedných pokusů, dokonaných sebevražd či těžších duševních poruch v rodinné anamnéze, f) vlastní předchozí sebevražedný pokus, g) nevyléčitelná choroba, nebo obavy ze závažného onemocnění s nepříznivou prognózou (AIDS, nádory apod.), h) ztráta blízké osoby, i) opilost a podnapilost, zvláště když se v anamnéze objevuje abus alkoholu nebo drogy, j) nenalézá alternativu při řešení osobních obtíží, k) objevují se jasné představy jak sebevraždu provést (což může scházet u velmi mladých jedinců a u osob se sníženou inteligencí).

Prevence suicidiálního jednání ve školním prostředí

Přirozenou obranou proti nezvládnutým krizím, jež mají původ ve školním prostředí, je předcházení neúměrným

psychickým zátěžím a pocitům znevažování, zneuznávání a křivdy. Základ úspěšné prevence tvoří rozpoznání příčin možných poruch jednání mladistvých. Ale ty nemusejí být zdaleka zjevné. Proto preventivní snahy někdy končí neúspěšně. Zvláště, když v etiologii suicidiálního jednání stojí skrytá duševní porucha. Obraz nepříznivého vývoje navíc zatemňuje to, že při suicidiálním chování vstupuje do hry celá řada biologických, psychologických a sociálních faktorů (Růžička 1968; Drdková - Zemek 1975; Prokůpek 1982; Chromý 1984; Janík - Dušek 1987; Aleš 1992; Polášek 1996). Proto badatelé v této oblasti zdůrazňují, že se jedná o chování na pomezí lékařských a společenských disciplín a prevence má být koncipována mezioborově.

V prevenci lze v zásadě vyjít ze Seidenovy klasifikace tříúrovňového přístupu:

Terciární prevence je ta, která je soustředěna na jedince po suicidiálním pokusu. Tedy toho, kdo sebevraždu přežil. V zásadě patří do rukou odborníků, psychiatrů a psychoterapeutů. Z hlediska školy je vhodná spolupráce s odborníky z pedagogicko-psychologické poradny.

Sekundární prevence předpokládá včasnou diagnózu krizové situace. V této fázi se objevují i zmínky o možnosti sebevraždy, někdy se mladistvý ohlásí na lince důvěry. Žáci mladšího školního věku však této aktivity zpravidla nebývají schopni. Proto je většina prevence závislá na tom, zda významné osoby okolo dítěte, tj. rodiče, učitel, spolužáci a kamarádi rozpoznají potřebu pomoci a dokáží ji reflektovat. Zde je nutné poznamenat, že škola může mít tendenci vyhýbat se negativním jevům v lidském životě. Proto je vhodné včas a odpovídajícím způsobem, např. v hodinách občanské nauky, poučit žáky nejen o tom, že ne vše je v životě jednoduché, ale i o tom, kde se lze dovolat pomoci. Telefonní čísla linky důvěry a kon-

takt na pedagogicko-psychologickou poradnu a krizová centra pro mládež by měla být všem všeobecně známá a dostupná. A to již v mladším školním věku.

Za nejméně propracovanou je všeobecně považována **primární prevence**, jejíž těžiště leží v předcházení nepříznivého osobnostního vývoje. Ta by měla mimo jiné spočívat i v odhalování autodestruktivních tendencí a nepříznivého potenciálu v osobnostním růstu (Malá 1994). Efektivnost této prevence je otázkou týmové spolupráce lékařů, psychologů, pedagogů, sociologů i organizátorů společenského života. Po studiu materiálů ze suicidiálních pokusů je vhodné soustředit pozornost především na jedince, kteří jsou zvláště ohroženi z hlediska věku, anamnézy či psychopatologického vývoje. Mezi mladistvými náleží do ohrožených skupin zcela jistě děti s vyšší mírou úzkostnosti, izolovaní jedinci v dětských skupinách, děti sociálně neobratné nebo i celkově neúspěšné (Perlstein 1966; Phillips 1984; Říčan 1995). Patří sem i děti z rozvedených, rozvrácených či právě se rozvádějících manželství, zvláště kritické je období tří až šesti měsíců po rozvodu (Plizák 1988; Bakalář 1996). Z hlediska psychopatologického vývoje je u dospívajících vysoce nepříznivá deprese a skrytá závislost na alkoholu či drogách (Mečíř 1990; Presl 1995; Nešpor - Csémy 1996).

Hledisko všeobecné prevence podtrhuje, že je třeba věnovat zvýšenou pozornost všem žákům, kteří se nějak nápadněji odchyľují od populačních norem. Jak uvádí Prokůpek (1982), je třeba soustředit se na aktivní vyhledávání jedinců z rizikových skupin. Především děti izolované, jejichž přítomnost nemusí být sice nápadná, ale lze ji poměrně snadno odhalit běžným, jednoduchým sociometrickým šetřením. Ohroženou skupinu, která je více markantní, představují děti z neuspořádaného sociálního prostředí, děti

opuštěné, strádající, týrané (Dunovský - Dytrich - Matějček 1995). Nepřiznává, z hlediska možné patogenese, je zvláště rodina zanedbávající, či rodina v trvalém rozvratu a s častými konflikty. Pozornost je třeba věnovat také těm dětem, které utrpěly ztrátu někoho blízkého (Everstine 1983). Vedle toho je potřebné všimnout si i náhlých změn nebo prudké ztráty zájmu o školní práci a o kontakt se spolužáky a kamarády. Symptomatické mohou být i náhlé poruchy chování, skleslost, vysoká únava a navenek vystupující celková apatie. Znovu je zapotřebí v tomto kontextu připomínat vysoký počet autodestruktivních aktivit v souvislosti s abusem a závislostí na návykových látkách. Jakékoli podezření na možnost sebevražedného vývoje je nutné považovat za vysoce alarmující a světit péči o takového žáka či studenta neprodleně do rukou lékařů.

Neodmyslitelnou součástí kompetencí moderního učitele by však mělo být zachytit a rozpoznat signály nadcházející krize. A poté se zorientovat v situaci a zjistit, co se děje neobvyklého či závažného. První psychologickou pomoc je třeba provádět všude tam, kde to okolnosti vyžadují. A může ji poskytnout každý, kdo je připraven dát postiženému možnost světit se, trpělivě jej vyslechnout, umožnit mu zorientovat se v nastávajících nesnázích a pomoci mu při hledání východiska z beznaděje (Vymětal 1995).

Literatura:

ADLER, A.: Depression in the Light of Individual Psychology. *Journal of Individual Psychology*, 1961, 17, s. 56 - 67.
ADLER, A.: Psychologie dětství. Praha, Práh 1994.
BASSIS, M. S. - GELLES, R. J. - LEVINE, A.: Sociology. 4th ed. N. Y., McGraw-Hill, Inc. 1991.
ALEŠ, M.: Sebevraždy v ČSFR v letech

1960-1990. Demografie, 3, 1992, s. 199 - 201.
BAKALÁŘ a kol.: Průvodce rozvodem. Praha, nakl. Lidové noviny 1996.
BECK, A. T. - REINICK, H. L. P. - LETTIERI, D. (eds.): The Prediction of Suicide. N. Y., Bowie, Md.: Charles Press 1974.
BERGER, K. S.: The Developing Person Through Childhood and Adolescence. 2nd ed. N. Y., Worth Pub. 1986.
CALHOUN, C. - LIGHT, D. - KELLER, S.: Sociology. 6th ed. N. Y., McGraw-Hill, Inc. 1994.
CLEMEN-STONE, S. - EIGISTI, D. G. - MCGURE, S. L.: Comprehensive Family and Community Health Nursing. 3rd ed. Luis - Chicago - Toronto, Mosby Year Book, St. 1991.
COSTELO, T. W. - COSELLO, J. T.: Abnormal Psychology. 2nd ed. N. Y., Harper collin Publ. 1992.
ČERNÝ, L.: Sebevražednost dětí a mladistvých se zvláštním zaměřením na preventivní opatření. Praha, Avicenum 1970.
DRDKOVÁ, S. - ZEMEK, P.: Telefonní pomoc u velkoměstského obyvatelstva, její vztah k psychiatrické pomoci a její význam v prevenci sebevražd. II. Statisticko epidemiologická studie. Čs. psychiatrie, 57, 1975, 2-3, s. 165 - 172.
DREIKURSOVÁ-FERGUSONOVÁ, E.: Adlerovská teorie. Úvod do individuální psychologie. Tišnov, SURSUM 1993.
DUNOVSKÝ, J. - DYTRICH, Z. - MATĚJČEK, Z. a kol.: Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě. Praha, Grada Publishing 1995.
DUŠEK, K.: Intenzivní péče v psychiatrii. Brno, IDVSZP 1984.
EVERSTINE, D. S. - EVERSTINE, L.: People in Crisis: Strategic Therapeutic Interventions. N. Y., Brunner and Mazel 1983.

- FISCHER, J. a kol.: Dětská psychiatrie pro pediatri. Praha, Avicenum 1980.
- DZÚROVÁ, D.: Úmrtnost obyvatel České republiky v období transformace společnosti po roce 1989. Demografie, 38, 1996, s. 271 - 275.
- FRANKL, V. E.: Vůle ke smyslu. Brno, Cesta 1994.
- HAAS, L. - WÜNSCHOVÁ, B. - CHODUROVÁ, A.: Psychosociální pojetí sebevraždy a delikvence. Čs. psychiatrie, 55, 1964, 6, s. 375 - 382.
- JANÍK, A. - DUŠEK, K.: Diagnostika duševních poruch. Praha, Avicenum 1987.
- JANOTA, O.: Poznámky k vymezení pojmu sebevražedného pokusu. Čs. psychiatrie, 64, 1968, 2, s. 137 - 8.
- KNAJBL, J.: Některé rysy osobnosti nezletilých hochů a mladých mužů se suicidiálními jednáními. Čs. psychiatrie, 73, 1977, 2, s. 90 - 95.
- KOCOURKOVÁ, J. - KONEČNÝ, R.: K charakteristice osobnosti mladistvých suicidiantů. Čs. psychologie, 56, 1972, 3, s. 264 - 267.
- KONEČNÝ, R.: K problémům normality a abnormality. In: Problémy psychického vývoje a osobnosti. Praha, Academia 1978.
- KONEČNÝ, R. - KOCOURKOVÁ, J.: K problematice osobnosti mladistvých pokusivších se o sebevraždu. In: Problémy psychického vývoje osobnosti. Praha, Academia 1978.
- MALÁ, E.: Diagnostika poruch chování dle ICD - 10. Čs. psychiatrie, 90, 1994, 5, s. 262 - 268.
- MALÁ, E.: Vliv násilí v mediích na děti a mládež z pohledu dětského a dorostového psychiatra. Čs. psychiatrie 91, 1995, 1, s. 3 - 7.
- MARTONOVÁ, F.: Suicidiální pokusy. Čs. psychiatrie 60, 1964, 2, s. 97.
- MARTONOVÁ, F.: Suicidiální pokusy v mladších věkových skupinách. Čs. psychiatrie, 61, 1965, 6, s. 414 - 416.
- MATOUŠEK, O. - KARLOVÁ, M.: Výsledky skupinové psychoterapie u pacientů s poruchami interpersonálních vztahů. Čs. psychiatrie, 75, 1979, 1, s. 26 - 36.
- MEČÍŘ, J.: Sebevražedné jednání dětí raného věku. Čs. psychiatrie, 68, 1972, 4, s. 199 - 203.
- MEČÍŘ, J.: Zneužívání alkoholu a nealkoholových drog u mládeže. Avicenum, Praha 1990.
- NEVOLE, S. - ČERNÝ, L. - SKALIČKOVÁ, O.: K otázce sebevražednosti a její prevence. Čs. psychiatrie, 52, 1956, 3, s. 196 - 203.
- NEŠPOR, K. - CSÉMY, L.: Léčba a prevence závislostí. Psychiatrické centrum, Praha 1996.
- PAVLOVSKÝ, P.: Sebevraždy u schizofreniků. Čs. psychiatrie 92, 1996, 6, s. 373 - 377.
- PERLSTEIN, A. P.: Suicide in Adolescence. New York State Journal of Medicine, 1966, 66, s. 3017 - 3020.
- PHILLIPS, D.: The influence of Suggestion on Suicide. In: The Substance of Social Deviance. (Swigert, V. L. - Farrell, R. A. - edit.) Palo Alto California, Mayfield Publ. Company 1984, s. 255 - 265.
- PLZÁK, M.: Poruchy manželského soužití. Praha, SNP 1988.
- POGÁDY, J. - BREIER, Š. - HAMALA, K.: Vývoj samovražednosti v ČSSR za posledních 15 roků. Čs. psychiatrie, 83, 1987, 1, s. 8 - 18.
- POLÁŠEK, K.V.: Sebevraždy v české republice v letech 1960 - 1995. Olomouc, Český statistický úřad 1996.
- PRESL, J.: Drogová závislost - Může být ohroženo vaše dítě? Praha, Maxdorf 1995.
- PROKÚPEK, J.: Některé charakteristiky suicidiálního chování v ČSSR. Čs. psychiatrie, 68, 1972, 2, s. 74 - 89.

- PROKÚPEK, J.: K faktorům ovlivňujícím možnosti prevence suicidií. Čs. psychiatrie, 77, 1982, 2, s. 88 - 94.
- ŘÍČAN, P.: Agresivita a šikana mezi dětmi. Praha, Portál 1995.
- RUŽIČKA, L.: Sebevražednost v Československu z hlediska demokratického a sociologického. Praha, Academia 1968.
- SANTROCK, J. W.: Children. WCB Brown and Benchmark, Madison, Wisconsin - Oxford, England 1993.
- ŠIROKÝ, H. - CAPPONI, V.: K suicidiální mentalitě v mladém věku. Čs. psychologie, 13, 1969, 2, s. 122 - 134.
- ŠPITZ, J.: Prevence suicidiálních pokusů a suicidií v dětském věku. In: Fišer a kol.: Dětská psychiatrie pro pediatrii. Praha, Avicenum 1980.
- TOOLAN, J. M.: Depression and Suicide. In: Caplan, G. (ed.) American Handbook of Psychiatry. Vol. II.: Child and Adolescent Psychiatry, Sociocultural and Community Psychiatry. N.Y., Basic Books, s. 264 - 270.
- TUČEK, J.: Sebevražednost u mladistvých podle pohlaví a věkových skupin, ČR 1992 - 1995. Rkp. materiál pro Pedagogickou laboratoř zpracovaný Městskou statistickou správou v hl. m. Praze 1997.
- VIEWEGH, J.: Hodnotově motivační koncepce sebevraždy. In: Problémy psychického vývoje a osobnosti. Praha, Academia 1978.
- VIEWEGH, J.: Psychologie sebevraždy. Čs. psychologie, 36, 1992, 3, s. 226 - 232.
- VIEWEGH, J.: Sebevražda a literatura. Brno, Psychologický ústav AVČR 1996.
- VOJTÍK, V. - TŮMOVÁ, Š. - DOBIÁŠOVÁ, L.: Psychiatrická problematika mentálně retardovaných z aspektu ústavní psychiatrické péče. Čs. psychiatrie, 76, 1980, 4, s. 234 - 244.
- VONDŘÁČEK, V.: Konání a jeho poruchy. Praha, Avicenum 1986.
- VYMĚTAL, J.: Duševní krize a psychoterapie. Hradec Králové, Konfrontace 1995.
- WAAGE, G.: Selbstmordversuche bei Kindern und Jugendlichen. Basel - N.Y., S. Karger 1966.
- WEINER, I.: Psychological Disturbance in Adolescence. N.Y., Wiley 1970.
- WEITEN, W.: Psychology. Themes and Variations. 2nd. ed. California, Brooks/Cole Publishing Company, Pacific Grove 1989.
- ZEMEK, P. - DRDKOVÁ, S.: Telefonní pomoc u velkoměstského obyvatelstva, její vztah k první psychiatrické pomoci a její význam v prevenci sebevražd. I. Historický vývoj. Čs. psychiatrie, 71, 1975, 1, s. 53 - 58.