

## SUICIDÁLNÍ JEDNÁNÍ DĚTÍ A MLÁDEŽE SUICIDAL BEHAVIOUR IN CHILDREN AND YOUTH

Veronika Benešová

Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta, katedra sociální pedagogiky  
Jihočeská univerzita v českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra psychiatrie  
a psychologie

### Summary

The work is focussed on suicidal behaviour in children and youth and on explanation of associated concepts. Suicide belongs to disorders of the instinct of self-conservation, and its occurrence in children and youth is unfortunately relatively frequent. Based on information available, the author decided to carry out a qualitative study. The method of the analysis of documents was employed. The most important result of the research was the fact that the children with suicidal ideation come from environment with low level of emotions and insufficient emotional support. These failures are then manifested by a deteriorated adaptability and inability to face conflict situations.

*Key words: risk factors of suicidal behaviour – suicidal behaviour in children and youth*

### Souhrn

Práce je zaměřena na suicidální jednání dětí a mládeže a vysvětlení souvisejících pojmů. Suicidium neboli sebevražda patří mezi poruchy pudu sebezáchovy a v současné době je u dětí a mládeže bohužel poměrně častá. Na základě dostupných informací se autorka rozhodla ve své práci pro kvalitativní studii. Byla zde použita metoda analýzy dokumentů. Nejzásadnějším výsledkem výzkumu bylo zjištění, že děti se suicidálními tendencemi pocházejí z prostředí s nízkou citovou úrovní a nedostatečnou citovou oporou. Tyto nedostatky se pak projeví horší adaptabilitou a neschopností vypořádat se s konfliktními situacemi.

*Klíčová slova: rizikové faktory suicidálního jednání – suicidální jednání dětí a mládeže – suicidium*

### ÚVOD

Suicidium neboli sebevražda patří mezi poruchu pudu sebezáchovy (7). Podle Hartla, Hartlové jde o úmyslné ukončení vlastního života, obvykle jako reakce na tíživou situaci spojenou se ztrátou smyslu života (7, s. 525). Vágnerová definuje sebevraždu jako násilné jednání charakteristické úmyslem dobrovolně zničit vlastní život (22, s. 489).

Vymezením samotného pojmu sebevražda (suicidium) se zabývala spousta lékařů, psychologů, filozofů a dalších odborníků. Durkheim chápal sebevraždu jako každý případ úmrtí, který je přímým nebo nepřímým výsledkem činu nebo opomenutí spáchaného

jedincem, o němž věděl, že vede ke smrti (13). Dle K. A. Meningera jsou v sebevraždě obsažena tři skrytá přání: zabít, být zabit, přání zemřít. S. Freud tvrdil, že sebevražda je agrese obrácená proti sobě jako reakce jedince na frustraci, či jde o přesun agrese: „nikdo nezabíjí sebe sama, chtěl přece zabít někoho jiného“ (7). T. G. Masaryk rozlišuje sebevraždu v širším a užším slova smyslu. Sebevražda v širším slova smyslu je „ten nepřirozený způsob smrti, jenž přivezen byl neúmyslným vsahováním v životní proces, ať kladným, činným vlastním jednáním, či záporným, trpným chováním se vůči nebezpečí života“ (13). V užším a vlastním slova smyslu je pak v jeho pohledu

sebevrahem ten, kdo úmyslně a vědomě chce učinit konec svému životu, smrt si přeje a očekává, že si ji svým činem přivodí (13,15).

Rizikem sebevražedného jednání se z klinických a sociologických pohledů zabývá suicidologie (21).

V dnešní době epidemiologické studie uvádějí, že sebevražedné jednání je druhou nejčastější příčinou smrti u adolescentů (6).

#### Statistiky (za období 2000–2004)

Ve skupině dětí do 14 let a adolescentů do 19 let se u chlapců objevuje převážně strangulace, u dívek pak skok z výše. Výjimečně vedlo ke smrti pořezání, u starších chlapců pak zastřelení. U dětí do 14 let byla při sebevražedném pokusu nejčastěji použita metoda intoxikace pevnou či tekutou látkou, v praxi převážně medikamenty. Šlo o téměř 90 % suicidálních pokusů, v ojedinělých případech se vyskytla strangulace, pořezání a skok z výšky. Ve věkové kategorii 15–19 let vede opět intoxikace léky (81 %). Přibývá již však i dalších způsobů, zejména pořezání. To se objevilo celkem v 15 % případů a je preferováno převážně chlapci (13).

#### CÍL PRÁCE

Cílem práce bylo popsat poruchu pudu sebezáchovy. Zhodnocení této skutečnosti na soubor

ru dětí a mladistvých, kteří mají v anamnéze sebevražedné jednání.

#### METODIKA

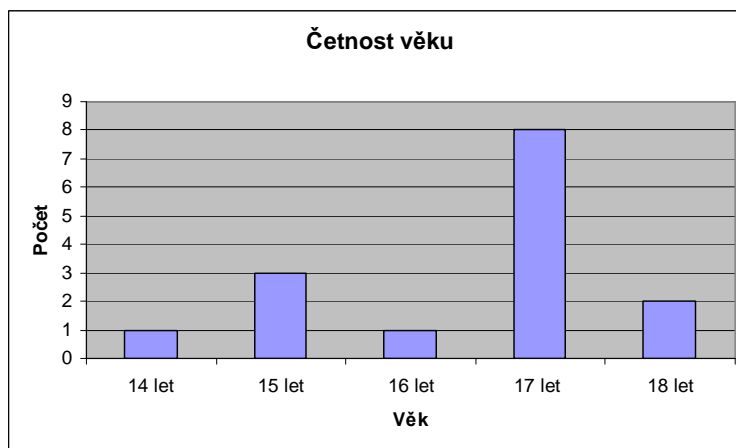
Autorka se rozhodla pro kvalitativní studii. Byla zde použita metoda analýzy dokumentů (tzn. analýza či studie jakýchkoliv dokumentů, které nebyly vytvořeny za účelem výzkumu). K analýze byla použita dostupná dokumentace dětí a mládeže, u nichž byla zaznamenána porucha pudu sebezáchovy, a proto u nich byla nutná hospitalizace. Byli hospitalizováni a ošetřeni v psychiatrické léčebně po nedokonaném suicidálním chování, tedy po suicidálním pokusu.

#### CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Výzkumný soubor se skládal z dětí a mladistvých, kteří měli v anamnéze suicidální jednání. Pro následky jejich suicidálních aktivit bylo nutné je hospitalizovat v psychiatrické léčebně, kde absolvovali různě dlouhý léčebný pobyt.

Výzkumný vzorek tvořil celkem patnáct chlapců ve věku od 14 do 18 let (graf č. 1 – četnost věku).

Graf č. 1



\* Zdroj: Vlastní výzkum

**VÝSLEDKY**

Mezi sledované znaky patřila rodina, psychiatrická zátěž v rodině, průběh těhotenství matky, psychomotorický vývoj chlapců, vzdělání, zkušenosti z drogami, páchaní trestné činnosti, problémy s chováním ve škole, důvody, které je vedly k suicidálnímu jednání, emoční labilita a citová deprivace, intelekt, traumatizace v dětství a frustrační tolerance, hospitalizace, diagnostikovaná porucha chování, způsob ukončení léčby.

**Rodina**

Pouze tři chlapci pochází z úplné funkční rodiny. Naopak většina žila v rodině rozvrácené, rodiče jsou rozvedení. Dva chlapci byli adoptováni, jeden svěřen do pěstounské péče. Z celkového počtu rozvedených rodičů již šest z nich žilo ve společné domácnosti s novým partnerem. Dva chlapci museli být v poslední době umístěni do výchovného ústavu. U obou adoptovaných chlapců se dozvídáme minimum informací o biologických rodičích. Vliv heredity se předpokládá. 100 % uvedlo, že

vyrůstá v konfliktním rodinném prostředí (graf č. 2).

**Psychiatrická přítěž**

Sedm chlapců bylo bez psychiatrické zátěže v rodině, zbylých osm mělo v rodině psychiatrickou přítěž různého druhu (graf č. 3).

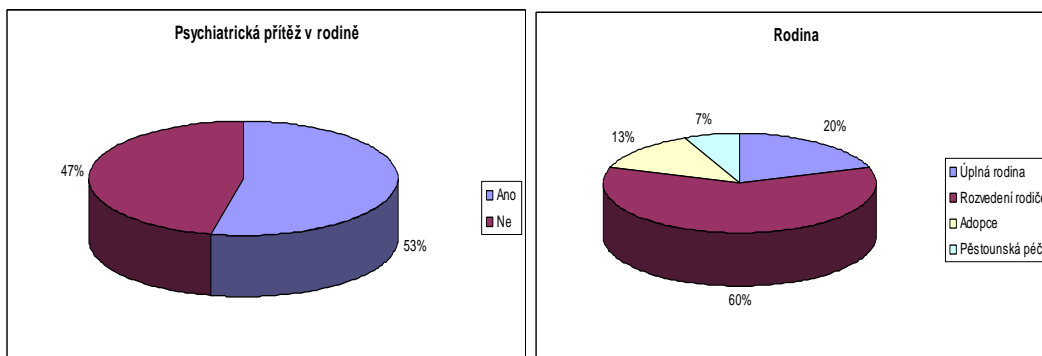
**Typy psychiatrické přítěže**

Ve třech případech se vyskytlo více přítěžujících faktorů v rodině:

- 1) Alkoholismus, psychiatrické onemocnění, suicidium v rodině;
- 2) Alkoholismus, násilí, suicidální pokus v rodině;
- 3) Alkoholismus, násilí a suicidální výhrůžky v rodině.

Ve zbylých pěti případech se jednalo o jeden faktor. Z toho u dvou rodin šlo o alkoholismus, u dalších dvou rodin to bylo psychiatrické onemocnění v rodině a v posledním případě představovala psychiatrickou přítěž narkomanie.

Graf č. 2 a č. 3

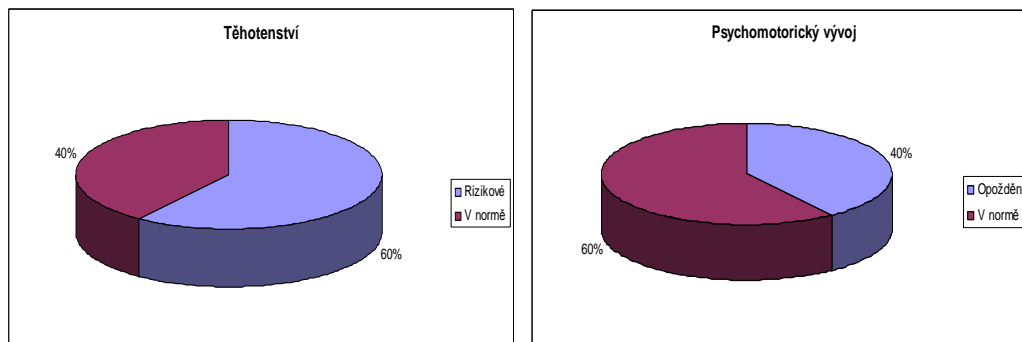
**Těhotenství**

V 60 % případů probíhalo těhotenství rizikově, u dalších 40 % bylo těhotenství v normě (graf č. 4).

**Psychomotorický vývoj**

Šest chlapců mělo opožděný psychomotorický vývoj. Ostatních devět chlapců bylo v normě (graf č. 5).

Graf č. 4 a č. 5



### Mateřská škola

Deset chlapců navštěvovalo mateřskou školku a to od různého věku. U zbylých pěti to bohužel nebylo zjištěno. Od svých tří let navštěvovali školku dva chlapci, od čtyř let již chlapců pět. Ve svých pěti letech začali chodit do školky dva chlapci a od šesti let pouze jeden.

### Základní škola

80 % chlapců bylo začleněno do základní školy, 20 % potom do školy zvláštní.

### Odklad školní docházky

Jedenáct chlapců bylo zaškoleny později, přičemž devět z nich mělo odklad školní docházky

jedenkrát (nastoupili do školy o rok později) a dva dvakrát (nastoupili školní povinnou docházku o dva roky později). Čtyři chlapci neměli žádný odklad školní docházky.

### Střední škola

Šest chlapců stále navštěvuje základní, popř. zvláštní školu. Dalších pět již navštěvuje nějaký učební obor a dva jinou střední školu. Poslední dva chlapci byli ze střední školy vyloučeni a v současnosti žádnou školu nenavštěvují.

Tab. č. 1 Další výsledky

	Ano	Ne
Zkušenosti z drogami	60 %	40 %
Páchání trestné činnosti	27 %	73 %
Problémy s chováním	87 %	13 %
Předchozí suicidální jednání	60 %	40 %

### Důvody suicidálního jednání, které chlapci uvedli:

- Zvědavost, co je po smrti, zda existuje Bůh
- Život nemá smysl
- Demonstrace v souvislosti s umístěním do výchovného ústavu

- Nepříznivá rodinná situace, pocit, že ho nikdo nemá rád
- Nástup do učení, neopětovaná láska
- Vlastní selhání, pocit neschopnosti, zklamání blízkých
- Obezita, praxe ve škole
- Konflikty v rodině, manipulace s rodiči

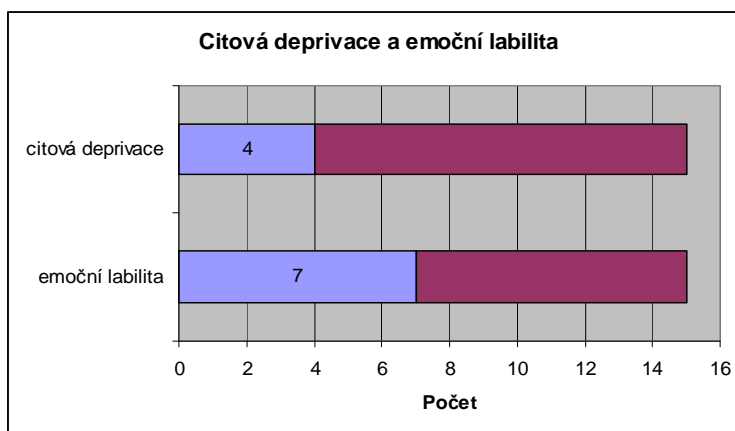
- Demonstrace, v souvislosti s umístěním ve výchovném ústavu, chce vždy dosáhnout svého
- Konflikt s otcem
- Nešťastná láska
- Z nudy
- Nešťastná láska
- Konflikty s otcem, nešťastná láska
- Demonstrace, musí dosáhnout svého

1/3 chlapců měla pro své jednání více důvodů.

#### Emoční labilita a citová deprivace

Psychiatrické vyšetření prokázalo u sedmi chlapců emoční labilitu a u čtyř chlapců známky citové deprivace (graf č. 6).

Graf č. 6



#### Intelekt

Další vyšetření ukázalo, že většina chlapců má průměrný intelekt. Dvanáct chlapců má inteligenční schopnosti v normě, pouze tři se nacházejí v pásmu podprůměru.

#### Traumatizace v dětství a frustrační tolerance

Dále bylo zjištěno, že ze všech chlapců jich sedm má sníženou frustrační toleranci a hůře zvládá problémové situace v zátěži. Čtyři chlapci jsou dodnes traumatizováni z období dětství.

#### Hospitalizace

1/3 chlapců byla v tomto případě poprvé psychiatricky hospitalizována, avšak pro 2/3 to byla hospitalizace opakovaná.

Z těch, co byli hospitalizováni vícekrát, je to u 50 % z důvodu předchozího suicidálního jednání či opakované sebepoškozující aktivity.

#### Porucha chování

U více jak poloviny chlapců byla diagnostiko-

vána porucha chování.

Jako další diagnóza se často vyskytovaly:

- dystymie
- disharmonický vývoj osobnosti
- poruchy osobnosti
- poruchy přizpůsobení

#### Způsoby ukončení léčby

53 % bylo řádně propuštěno z léčby s následnými doporučeními, 27 % chlapců bylo předčasně propuštěno na revers navzdory doporučení lékaře a 20 % dokonce z léčebny uteklo.

#### DISKUSE

Na základě šetření je možné určit některé společné znaky pro suicidální děti a dospívající. Všech patnáct chlapců tedy spojuje sebevražedné jednání v anamnéze. Na základě toho byli všichni také psychiatricky hospitalizováni.

Prvním alarmujícím znakem u takových dětí je rodina a rodinné prostředí. Jen tři chlapci totiž pocházeli z úplné rodiny. Avšak více

než polovina zkoumaných chlapců pocházela z rozvrácené rodiny. Jejich rodiče byli rozvedeni a často spolu neudržovali žádný kontakt, stejně tak s jejich dětmi. Pro dítě či dospívajícího to může být velká citová ztráta a velmi náročná situace. Pro harmonický vývoj dítěte je nutná harmonická rodina, jako riziko mohou působit právě nefungující rodinné vztahy, ztráta kontaktu s blízkou osobou či citová deprivace (13).

V šesti případech se v rodině chlapce objevil nový partner. Mohl tak sice nahradit roli chybějící matky či otce, ale většinou se to nestalo. Velmi znepokojující je totiž zjištěný fakt, že 100 % chlapců uvedlo, že žijí v konfliktním rodinném prostředí.

Pro názornost uvádím příklad z Dětské psychiatrické kliniky FN Motol. V roce 1993 zde bylo hospitalizováno celkem 9 dětí po suicidálním pokusu. Pouze v jednom případě se jednalo o kompletní rodinu s oběma biologickými rodiči, ostatní děti žily v rozvedené rodině, většinou jen s matkou, popř. s nevlastním otcem (13).

V případě rodiny nesmíme také zapomenout na hereditární a genetické dispozice především k psychiatrickým onemocněním, které pak následně mohou představovat riziko pro suicidium (9, 13). Přes 50 % chlapců vykazuje psychiatrickou přítěž v rodině. Mezi nejčastější patří alkoholismus, psychiatrické onemocnění a dokonce i suicidální jednání v rodině.

Téměř všichni chlapci také dnes vykazují známky některého psychiatrického onemocnění či poruchy. U osmi chlapců byla diagnostikována porucha chování, která může značně ovlivňovat suicidální jednání. Dále se mezi chlapci vyskytly poruchy přizpůsobení, poruchy osobnosti, disharmonický vývoj osobnosti a další. Lze tedy usuzovat, že psychické zdraví má značný vliv na suicidální tendence.

Co se týká školní problematiky, za nejdůležitější považuji zjištění, že u 73 % chlapců byl uložen odklad školní povinné docházky, u dvou chlapců dokonce dvakrát za sebou. Může to ukazovat na celkovou nezralost dítěte či opožděný vývoj, který se později může odrazit na osobnosti chlapce. Z pohledu vrstevnických vztahů pak mohli mít tyto chlapci ve třídě výsadní postavení díky vyššímu věku, ale také se mohli stávat terčem posměchu. Při-

čemž pocit nedostačivosti či šikana od spolužáků vede k nebezpečí sebevražedného jednání (9).

Mezi další rizikové faktory patří také toxikomanie, závislý uživatel totiž vidí sebevraždu často jako jediné východisko z vlastní situace (24). Proto jsem se také zaměřila na zkušenosti chlapců s různými drogami. Celých 60 % mělo již ve svém věku zkušenost s drogou. Nejčastěji to byl tabák, alkohol a marihuana. Příležitostně se objevily experimenty i s jinými drogami. Navzdory jejich mladému věku se zde již objevovaly závislosti především na nikotinu a počínající alkoholová závislost. Jestliže závislost nebyla příčinou nynějšího suicidálního jednání, může představovat hrozbu do budoucna.

U třinácti chlapců z patnácti byly objeveny výchovné problémy. Projevují se především problémy ve škole, záškoláctvím, lhaním nebo zhoršením prospěchu. Právě náhlé zhoršení prospěchu či selhávání ve škole a odpor k učení se uvádí jako jeden z alarmujících signálů, který může být součástí depresivního syndromu. Deprese je jedním ze stavů, které mohou například lékaře vést k myšlence potenciálního ohrožení sebevraždou (5).

Dva chlapci z mého výzkumného vzorku byli kvůli výchovným problémům, které se již nedaly zvládat, umístěni do výchovného ústavu. Jak se zdá, poruchové chování většinou však neplyne z neznalosti sociálních norem či chybné interpretace. Jako možné vysvětlení problémového chování můžeme považovat např. upoutání pozornosti dítěte či adolescenta, demonstrace nebo dokonce prosbu o pomoc.

Podobné důvody zřejmě existují i u trestné činnosti dětí a mládeže. Trestnou činnost páčili pouze čtyři chlapci a to nejčastěji krádežemi. Chlapec uvedený v ukázkové kazuistice byl jako jediný za své provinění odsouzen k podmíněnému trestu. Kromě pohnutek, které vedou k páčání trestné činnosti (opět upoutání pozornosti či volání o pomoc), jsem neshledala žádnou jinou souvislost se suicidálním jednáním.

Z psychologických a psychiatrických vyšetření jsem získala tyto poznatky. Intelekt chlapců se u většiny pohybuje v normě, jen tři chlapci mají intelekt podprůměrný, což samo-

zřejmě může ovlivnit jejich suicidalitu. Větší význam ovšem má třeba emoční labilita. Znamky emoční lability a impulzivitu se vyskytují u sedmi chlapců. Tyto faktory u nich mohou zapříčinit impulzivní či zkratkovité jednání, a to i suicidální, které je vedle demonstrativního suicidálního jednání u dětí a adolescentů velmi běžné (15).

Stejný počet chlapců má také sníženou frustrační toleranci. Následkem je potom menší odolnost vůči stresu a nevládní řešení problémových situací. Takoví chlapci mohou trpět pocitem nejistoty a komplexu méněcennosti. Jejich sebevědomí je většinou značně nízké a právě to je také jedním z rizik suicidálního jednání (13).

Dalším důležitým zjištěním bylo, že čtyři chlapci jeví známky citové deprivace, což mohl být například důsledek špatné rodinné situace, jak jsem již zmiňovala. Čtyři chlapci byli také určitým způsobem v dětství traumatizováni. Fakt opět ukazuje na rodinné zázemí, většinou se totiž jednalo o násilí v rodině.

Velmi závažný je zjištěný fakt, že celých 60 % chlapců má v anamnéze předchozí suicidální jednání. 1/3 chlapců byla již dokonce kvůli předešlému suicidálnímu jednání v minulosti hospitalizována. Tato informace ukazuje na velký význam terapie po suicidálním činu a nezbytnou práci jak s klientem, tak s celou rodinou. Literatura uvádí, že asi 25 % mladistvých suicidantů suicidální jednání opakuje, přičemž 4,3 % pak již končí letálně (9).

Důležité je také zmínit příčiny suicidálního jednání. Všichni chlapci svůj důvod uvedli, přičemž 1/3 chlapců měla pro své jednání více důvodů. Na syndromu suicidálního jednání se totiž může podílet a často podílí více faktorů (2).

Často se jako důvod objevovaly konflikty s jedním nebo oběma rodiči či nepříznivá rodinná situace. Další pak byla nešťastná láska a problémy v souvislosti se školou. Ve dvou případech šlo o čistě demonstrativní čin, kdy oba chlapci tímto způsobem protestovali proti umístění do výchovného ústavu. Někteří chlapci realizovali suicidální čin, aby dosáhli za každou cenu svého a mohli manipulovat s rodiči. V jednom případě šlo o suicidální pokus kvůli obezitě a jejím následkům. Podle Koutka a Kocourkové mají obézní děti typicky špatné postavení mezi vrstevníky (13, s. 42).

Další chlapec uvedl, že jeho jednání bylo z nudy, jiný zase tvrdil, že jeho život nemá smysl. Zajímavým důvodem bylo tvrzení, které je spojené se stále populárnějšími úvahami o posmrtném životě, že byl chlapec zvědavý, co je po smrti a zda existuje Bůh. Shrnutím těchto informací je možné dostat ty rizikové faktory, které i literatura uvádí jako nejčastější.

Délka hospitalizace byla u každého chlapce jinak dlouhá, závisela především na způsobu ukončení léčby. Nejdelší dobu hospitalizace samozřejmě absolvovali ti, kteří podstoupili celou terapii a neukončili ji předčasně. Takových chlapců bylo ale jen osm z patnácti. Byli trvale propuštěni z léčby s tím, že jim z preventivního hlediska byla doporučena ještě další ambulantní léčba, aby nedocházelo k opakování suicidálního jednání.

Další tři chlapci léčbu nepřijali a během terapie z léčebny utekli, útěk byl hlášen Policii ČR. Zbývající čtyři chlapci byli propuštěni předčasně na revers navzdory doporučení lékařů. Byl zde zjevný nátlak pacientů na rodiče a velká schopnost manipulace s nimi.

## ZÁVĚR

Na základě kvalitativního šetření na vzorku patnácti chlapců s poruchou pudu sebezáchovy jsem došla k mnoha zjištěním, jež jsem zformulovala do těchto tří hypotéz:

**H1.** Děti a dospívající se sklony k suicidálnímu jednání pocházejí z prostředí s nízkou úrovní citových vztahů, s nedostatečnými citovými vazbami, chybí jim opora v krizových situacích.

**H2.** Tento nedostatek citové opory vede k tomu, že se hůře a neadaptivně vyrovnávají s možnými konfliktními situacemi. Reagují pak na ně jednáním, které má charakter poruchy pudu sebezáchovy.

**H3.** Zdroje těchto konfliktů mohou být multifaktoriální, zejména jsou to problémy vztahů s vrstevníky, erotická zklamání, školní selhání, pocitem méněcennosti, odlišnosti, mohou se vyskytnout i důvody zdánlivě iracionální.

Závažným faktem, který také vyplynul z výzkumu, je četnost psychiatrických onemocnění u suicidálních dětí a dospívajících.

Vzhledem k tomu, že u více než poloviny chlapců byla diagnostikována porucha chování, objevují se zde i poruchy osobnosti, poruchy přizpůsobení a další; lze tvrdit, že psychický stav má velký vliv na suicidální jednání dětí a mládeže.

#### LITERATURA

1. Baštecká, B. et al.: Klinická psychologie v praxi. 1. vyd., Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3.
2. Černá, R.: Sebevražednost dětí a dospívajících [online]. 2005 [cit. 2007-11-10]. Dostupné z: [www: <http://www.socialniprace.wz.cz/www/seminarky/sebevrazednost\\_deti\\_a\\_dospivajicich.htm>](http://www.socialniprace.wz.cz/www/seminarky/sebevrazednost_deti_a_dospivajicich.htm).
3. Dörner, K., Plog, U.: Bláznit je lidské. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 1999. 353 s. ISBN 80-7169-628-5.
4. Elliot, J., Place, M.: Dítě v nesnázích. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2002. 208 s. ISBN 80-247-0182-0.
5. Franz, J.: Tentamen suicidii v PNP. Urgentní medicína: Časopis pro neodkladnou lékařskou péči. [online]. 2004, roč. 7, č. 4 [cit. 2007-11-10], s. 20–23. Dostupné z: [www: <http://www.mediprax.cz/um/casopisy/UM\\_2004\\_04.pdf>](http://www.mediprax.cz/um/casopisy/UM_2004_04.pdf). ISSN 1212-1924.
6. Gjuríčová, Š., Kocourková, J., Koutek, J.: Podoby násilí v rodině. 1. vyd., Praha: Vyšehrad, 2000. 104 s. ISBN 80-7021-416-3.
7. Hartl, P., Hartlová, H.: Psychologický slovník. 1. vyd., Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
8. Hloušková, L.: V Česku se ročně pokoušejí o sebevraždu tisíce dětí. [online]. 2003 [cit. 2008-03-29]. Dostupné z: [www: <http://www.novinky.cz/clanek/136376-v-cesku-se-rocne-pokouseji-o-sebevrazdu-tisice-deti.html>](http://www.novinky.cz/clanek/136376-v-cesku-se-rocne-pokouseji-o-sebevrazdu-tisice-deti.html).
9. Hört, V. et al.: Dětská a adolescentní psychiatrie. 1. vyd., Praha: Portál, 2000. 496 s. ISBN 80-7178-472-9.
10. Jedlička, R. et al.: Děti a mládež v obtížných životních situacích: Nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí. 1. vyd., Praha: Themis, 2004. 479 s. ISBN 80-7312-038-0.
11. Kasalová – Daňková, Š.: Analýza: Metody používané při sebevražedném jednání. Demografie. [online]. 2006 [cit. 2008-03-15]. Dostupné z: [www: <http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku=&artclID=246>](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=246). ISSN 1801-2914.
12. Kousalová, H.: Jak se vyvíjí názor na smrt v dětském věku – retrospektivní studie s dospělými. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2006. 75 s. Bakalářská práce.
13. Koutek, J., Kocourková, J.: Sebevražedné chování. 1. vyd., Praha: Portál, 2003. 128 s. ISBN 80-7178-732-9.
14. Kozlová, L.: Výzkum v sociální oblasti. [online]. 2002 [cit. 2008-03-15]. Dostupné z: [www: <http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb\\_305/index.htm>](http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm).
15. Kříž, J.: Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých. 2. vyd., České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2004. 76 s. ISBN 80-7040-724-7.
16. Malá, E. et al.: Dítě a stres. 1. vyd., Praha: Tegis, 2007. 143 s. ISBN 978-80-903750-1-7.
17. Rogge, J. U.: Dětské strachy a úzkosti. 1. vyd., Praha: Portál, 1999. 216 s. ISBN 80-7178-237-8.
18. Sebepečkozování. [online]. 2008 [cit. 2008-04-13]. Dostupné z: [www: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Sebepečkozování>](http://cs.wikipedia.org/wiki/Sebepečkozování).
19. Seznam linek důvěry. [online]. 2006 [cit. 2008-05-10]. Dostupné z: [www: <http://www.krizovaintervence.cz/linky.html>](http://www.krizovaintervence.cz/linky.html).
20. Syndrom rizikového chování v dospívání. Medicína: Odborné fórum lékařů a farmaceutů. [online]. 1998, roč. 4 [cit. 2008-04-06]. Dostupné z: [www: <http://www.zdrava-rodina.cz/med/med498/m498\\_40.html>](http://www.zdrava-rodina.cz/med/med498/m498_40.html).
21. Tuček, J., Chodura, V.: Psychiatrie. 3. vyd., České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 90 s. ISBN 80-7040-786-7.
22. Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. vyd., Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
23. Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky. 3. vyd., Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.
24. Vodáčková, D. et al.: Krizová intervence. 1. vyd., Praha: Portál, 2002. 544 s. ISBN 80-7178-696-9.

**Veronika Benešová**  
*vebeve@seznam.cz*