

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Husitská teologická fakulta

bakalářská práce

Sebevraždy – etiologie suicidálního chování

Suicides – etiology of suicidal behaviour

vedoucí práce:

RNDr. Jana Leontovyčová, CSc.

autor práce:

Vladimír Černý, DiS.

Praha 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou bakalářskou práci „Sebevraždy – etiologie suicidálního chování“ zpracoval samostatně a použil jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla umístěna v Ústřední knihovně UK a používána ke studijním účelům.

V Praze dne 8. dubna 2010

Vladimír Černý

P o d ě k o v á n í

vedoucí práce Janě Leontovyčové
za kritický přístup,

třem „klientům“,
kteří mi dovolili nahlédnout do jejich soukromí,

respondentům,
kteří vyplnili a zaslali odpověď na můj dotazník,

korektorce Petře Bílkové,

rodině, všem přátelům a známým,
kteří mi byli partnerem v diskuzi nad tímto tématem
anebo mi poskytli radu zkušenějšího či jakoukoli formu podpory.

Vladimír Černý

Anotace

Cílem teoretické části práce je stručně obsáhnout veškeré aspekty sebevražd a sebevražedného chování: základní pojmy, úvod do historie, přehled hlavních teorií, druhy, způsoby, prevence, intervence, pomoc atd.

Cílem praktické části práce je vyzkoušet si sestavení dotazníku, jeho zadání a vyhodnocení. Dále pak sestavit anamnestický dotazník a otázky k rozhovoru pro vytvoření několika případových studií.

Annotation

The first part of thesis consists of previous scientific research. It describes all aspects of suicidal behaviour and suicides: basic terms, introduction to the history, description of major theories, kinds, forms, prevention, intervention, help etc.

The second part applies the knowledge of the first part. It means the creation of questionnaire, its application and evaluation. Furthermore it involves preparation of anamnesis questionnaire and questions for interview, to work out several case studies.

Klíčová slova

Sebevražda, sebevražedné chování, autoagrese, teorie sebevražedného chování, motivace sebevražedného chování, demografické ukazatele, prevence, krizová intervence.

Keywords

Suicide, suicidal behaviour, self-harm, theory of suicidal behaviour, motivation of suicidal behaviour, demographic indicators, prevention, crisis intervention

OBSAH

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 Pojmy	9
1.1 Suicidologie	9
1.2 Sebevražedný proces.....	9
1.2.1 Sebevražedné myšlenky.....	9
1.2.2 Sebevražedné tendence	10
1.2.3 Sebevražedné jednání	10
1.2.4 Sebevražda.....	11
1.3 Sebevrah.....	11
1.4 Sebezabití.....	11
1.5 Sebeobětování.....	11
Shrnutí.....	13
2 Sebevraždy v historii	14
2.1 Starověk	14
2.1.1 Asijské starověké civilizace.....	14
2.1.2 Egypt.....	15
2.1.3 Antika – Řecko a Řím.....	15
2.1.4 Příklad křesťanství.....	15
2.2 Středověk	16
2.3 Přelom 18. a 19. století	16
3 Mýty o sebevraždách	17
4 Teorie sebevražedného jednání	20
4.1 Medicínský přístup	20
4.2 Sociologický přístup	21
4.3 Psychologický přístup.....	22
4.4 Komplexní přístup	24
Shrnutí.....	25
5 Motivace sebevražedného jednání	27
5.1 Obecné motivy	27
5.2 Motivátory	27
6 Mechanismy autoagrese	29
7 Vliv demografických ukazatelů na sebevražedné jednání	30

7.1 Věk.....	30
7.1.1 Dětsví.....	30
7.1.2 Adolescence	30
7.1.3 Střední věk.....	31
7.1.4 Stáří.....	31
7.2 Pohlaví	32
7.3 Rasa – socio-kulturní příslušnost.....	33
7.4 Religionizita.....	33
8 Druhy sebevražedného jednání	35
8.1 Sebevražda bilanční	35
8.1.1 Euthanasie	35
8.2 Sebevražda impulzivní.....	35
8.3 Sebevražda rozšířená	36
8.3.1 Druhy dle četnosti osob	36
8.3.2 Manipulace, donucení a vražda.....	36
9 Způsoby sebevražedného jednání.....	37
10 Diagnostika sebevražedného jednání.....	42
10.1 Varovné signály	42
10.2 Ringelův presuicidální syndrom	42
10.3 Situace a pocity před sebevraždou.....	43
11 Prevence, krizová intervence, pomoc	45
11.1 Historické roztodivnosti.....	45
11.2 Prevence	45
11.3 Krizová intervence	45
11.4 Následná pomoc.....	47
12 Zákon a sebevražda	49
PRAKTICKÁ ČÁST	50
Úvod.....	50
13 Dotazníkové šetření.....	51
13.1 Příprava.....	51
13.1.1 Cíl.....	51
13.1.2 Metody	51
13.1.3 Cílová skupina	51
13.2 Realizace	51

13.2.1	<i>Tvorba dotazníku</i>	51
13.2.2	<i>Sběr dat a jeho průběh</i>	52
13.3	Vyhodnocení – analýza a interpretace dat	52
13.3.1	<i>Návratnost</i>	52
13.3.2	<i>Demografické údaje</i>	53
13.3.3	<i>Otázky 1 až 5</i>	54
13.3.4	<i>Kombinace otázek</i>	57
13.4	Shrnutí dotazníkového šetření	58
14	Případové studie	59
	Úvod	59
14.1	Rozbor případu 1	60
14.1.1	<i>Anamnéza</i>	60
14.1.2	<i>Zpětné rozebrání sebevraždy</i>	64
14.1.3	<i>Pozorování a krátký rozbor</i>	67
14.2	Rozbor případu 2	69
14.2.1	<i>Anamnéza</i>	69
14.2.2	<i>Zpětné rozebrání sebevraždy</i>	73
14.2.3	<i>Pozorování a krátký rozbor</i>	75
14.3	Rozbor případu 3	76
14.3.1	<i>Anamnéza</i>	76
14.3.2	<i>Zpětné rozebrání sebevraždy</i>	80
14.3.3	<i>Pozorování a krátký rozbor</i>	82
14.4	Shrnutí případových studií	84
	ZÁVĚR	85
	SUMMARY	87
	LITERATURA	88
	PŘÍLOHY	90

ÚVOD

Téma sebevražd je velmi ožehavé. Názory na oprávněnost tohoto činu se různí. Je sebevrah zločinec, když zabil, bez ohledu na to, že zabil sebe, nebo je to člověk psychicky chorý, nebo snad „pouhý“ zoufalec, který hledá východisko ze zdánlivě patové situace?

S rozvojem civilizace, díky technizaci a masovému rozšíření informačních technologií, dochází mezi lidmi k odcizování. Dnešní doba je velmi uspěchaná, nepřehledná a komplikovaná. Člověk je svazován mnoha konvencemi, je závislý na svém ekonomickém potenciálu, který však – vzhledem k velké konkurenci – nemůže vždy plně uplatnit, což je velmi frustrující. Jen minimum jedinců prožívá bezstarostný život v dostatku. Alespoň každý z nás se setká s minimálně jedním problémem, jednou osobní krizí. U lidí se množí frustrace a strádání, které pak ve výsledku společně s dalšími mnoha faktory (špatná psychická výbava, negativní prožitky z dětství, špatné sociální prostředí atd.) působí na člověka velmi negativně. Člověk se tak dnes, v jakémkoli věku, může dostat do situace, kdy konec – ukončení života – dává jediný smysl, předkládá možnost vysvobození, poskytuje rozřešení, ale dává třeba i vyniknout!

Již v minulosti jsem se tématem sebevražd zabýval. I přestože jsem měl v ruce několik odborných publikací, které se okrajově, či především sebevraždou zabývaly, nebyl jsem nikdy příliš spokojen s vyjasněním jednotlivých pojmů. To bych chtěl s pomocí odborné literatury, vlastního úsudku, vědomostí a zkušeností napravit.

Pokusím se vytvořit komplexní práci, která se alespoň dotkne většiny témat souvisejících se sebevraždou tak, aby čtenář již nemusel hledat v dalších literárních pramenech.

Kromě utřídění základních pojmů bych se chtěl ve své práci zaměřit na pojetí sebevraždy v historii lidstva, s čímž souvisí faktory, které lidstvo ovlivňovaly. Samozřejmě bych chtěl zjistit a zaznamenat, jak se lidé staví k tématu sebevražd dnes. Toto budu aktivně zkoumat v praktické části své práce.

Velmi zajímavou by mohla být „osvětová“ kapitola, jež čtenáře seznámí s obecně rozšířenými mýty, kterými je sebevražda opředena. Tyto mýty srovnám se skutečností.

Dále bych chtěl shrnout vědecké přístupy (teorie) k sebevraždám a sebevražednému chování. Velice důležitými a neméně zajímavými kapitolami mé práce myslím budou motivace a vliv demografických ukazatelů na sebevražednost. Díky těmto vědomostem pak můžeme lépe usuzovat a pochopit rozdíly mezi generacemi, pohlavími, rasami, národy a podobně.

Další neméně zajímavá témata jako jsou druhy sebevražedného chování a způsoby, jakými lze sebevraždu spáchat a jakými způsoby jsou páchány, určitě stojí za zpracování.

Pokud se shodneme, že sebevražda je ve společnosti nežádoucím jevem, měl bych se zabývat i tím, jak sebevražednost výrazně snížit. Pomocí se zabývali odborníci již v minulosti, dnes se odborníci, mimo krizové intervence, zabývají i prevencí, respektive diagnostikou.

TEORETICKÁ ČÁST

1 POJMY

1.1 Suicidologie

Suicidum latinsky *sebevražda*.

Logos řecky *slovo, myšlenka, pojem, řeč* (ve filozofii *řád, rozum*).

-logie, pocházející z řeckého logos, je *česká přípona názvů vědních disciplín*.

Suicidologie je věda zabývající se sebevraždou a vším, co s ní souvisí. Je vědou multidisciplinární, shrnuje tedy poznatky mnoha vědních oborů – např. sociální patologie, psychopatologie, speciální psychiatrie atd.

1.2 Sebevražedný proces

Pokud chceme pochopit, co to sebevražda je, a odlišit ji od nejrůznějších jiných forem psychopatologického chování směřujícímu k sebepoškozování, je potřeba říct, že samotné sebevraždě předchází několik více či méně rizikových kroků. Sebevražedný proces tyto kroky shrnuje do jednoho celku.

Sebevražedný nápad

„Sebevražedný nápad“ stojí mimo sebevražedný proces, ale je třeba jej zmínit pro odlišení od předstupňů sebevraždy.

Jde o pouhý krátký záchvěv mysli, kterýžto nevede k žádným dalším krokům k sebevraždě směřujícím. „Sebevražedný nápad“ se v mysli objeví (může to být i několikrát, opakovaně), pud sebezáchovy jej ale okamžitě zaplaší.

Tento jev se objevuje i u psychicky zdravých a sebevraždou se vážně nezabývajících jedinců. „Sebevražedný nápad“ je svým způsobem filozofováním nad vlastní smrtí. Pokud jsou však tyto myšlenky nutkavé, vrací se, velmi často se opakují a začínají být detailní, tak se posouváme do roviny první fáze před sebevraždou – sebevražedné myšlenky.

1.2.1 Sebevražedné myšlenky

Sebevražedné myšlenky jsou oproti sebevražednému nápadu závažným předstupněm sebevraždy.

Dalo by se říct, že nápad nebyl zaplašen úplně. Často vyvstává na mysli jako možnost, popřípadě jedna z možností, a rozvádí možnou alternativu sebevraždy do detailnějších situací.

Je možné, že potencionální sebevrah své myšlenky bude probírat s někým blízkým, popřípadě dá jinak najevo, že možná smrt vlastní osoby mu nedělá žádné starosti. V této chvíli se dá jedinci pomoci – hledat jiná řešení apod. Není pravdou, že ten, kdo o sebevraždě mluví, ji nespáchá!

1.2.2 Sebevražedné tendence

Pokud člověka myšlenky na sebevraždu neopustí, a rozhodne-li se ji spáchat, musí se na ni připravit.

Přípravné období může být u sebevrahů různé, tedy i jinak dlouhé. Někdo se rozhodne impulzivně, a proto přípravy zaberou pár minut, protože se jedná o přípravy jen samotné sebevraždy. Někdo napíše dopis na rozloučenou, jiný dá své věci do pořádku (úklid, finance apod.), další složitě obstarává vhodné prostředky pro spáchání sebevraždy a připravuje složitý plán.

I když je člověk v tomto okamžiku, který může být okolím rovněž dobře podchytitelný, blízko samotnému sebevražednému jednání, chod věcí či zásah z věnčí může tento záměr zhatit. I v této fázi, kromě „příprav“, potencionální sebevrah o svých úmyslech, nebo alespoň pocitech týkajících se jeho tíživé situace, mluví.

1.2.3 Sebevražedné jednání

Matoušek, O. (2003): *Slovník sociální práce*. (str. 196):

sebevražedné jednání suicidal behaviour

Akt chování, kterým člověk poškozují své zdraví se záměrem se usmrtit.

...

Jak autor uvádí, je zřejmé, že o sebevražedném jednání lze hovořit až ve chvíli, kdy člověk nějakým způsobem začne **aktivně ubližovat sobě** samému se záměrem zemřít. Nebo s vědomím, že zemře, **zůstává pasivní** ve chvíli, kdy mu bezprostředně hrozí smrt.

Za sebevražedné jednání tedy nelze označit například kouření. I když je všeobecně znám fakt (je vědecky prokázáno), že kouření vede ke vzniku karcinomu a potažmo k smrti. Tudíž nelze kouření označit za sebevražedné jednání, protože kuřák kouří pouze s vědomím, že může zemřít, ale nikoli s cílem zabít se.

1.2.4 Sebevražda

Sebevražda je dokonáný akt sebevražedného jednání. Rozlišujeme dva typy:

Sebevražda nedokonaná (sebevražedný pokus)

Jedinec, sebevrah, učinil všechny potřebné úkony k tomu, aby se zabil. Sebevraždu provedl. Okolnosti však tomu chtěly tak, že jeho úmysl se nezdařil a tento pokus (sebevražedný pokus) přežil.

Sebevražda dokonaná

Sebevrah udělal vše proto, aby se zabil, a to se mu povedlo – tedy zemřel.

1.3 Sebevrah

Může se vyskytnout jedinec, u kterého se objeví *nápad* zabít se. Tento nápad však mohou po velmi krátké době okolnosti zahnat.

Jiný člověk na sebevraždu *myslí*. Může dojít tak daleko, že se začne na sebevraždu aktivně připravovat: dá do pořádku své věci (aby případně nezatížil pozůstalé) nebo napíše dopis na rozloučenou. I přes tyto *tendence* však nutně nemusí sebevraždu spáchat.

Sebevrahem je až člověk, který svým *jednáním* usiluje přímo o svůj život se záměrem sprovodit se ze světa, a to ať už je jeho záměr úspěšný (*sebevražda dokonaná*), či nikoliv (*sebevražda nedokonaná*).

1.4 Sebezabití

Pokud se člověk zabije vlastním přičiněním, avšak bez vědomého úmyslu chtít zemřít, nejedná se o sebevraždu, nýbrž o sebezabití.

K sebezabití může dojít z více důvodů. Nejčastějšími jsou bludy a halucinace, které způsobují psychózy nebo intoxikace (omamnými či psychotropními nebo jinými látkami).

Může dojít k tzv. vynucenému sebezabití, kdy je člověk jinou osobou donucen svůj život sám nedobrovolně ukončit (Vágnerová, 1999; Viewegh, 1996).

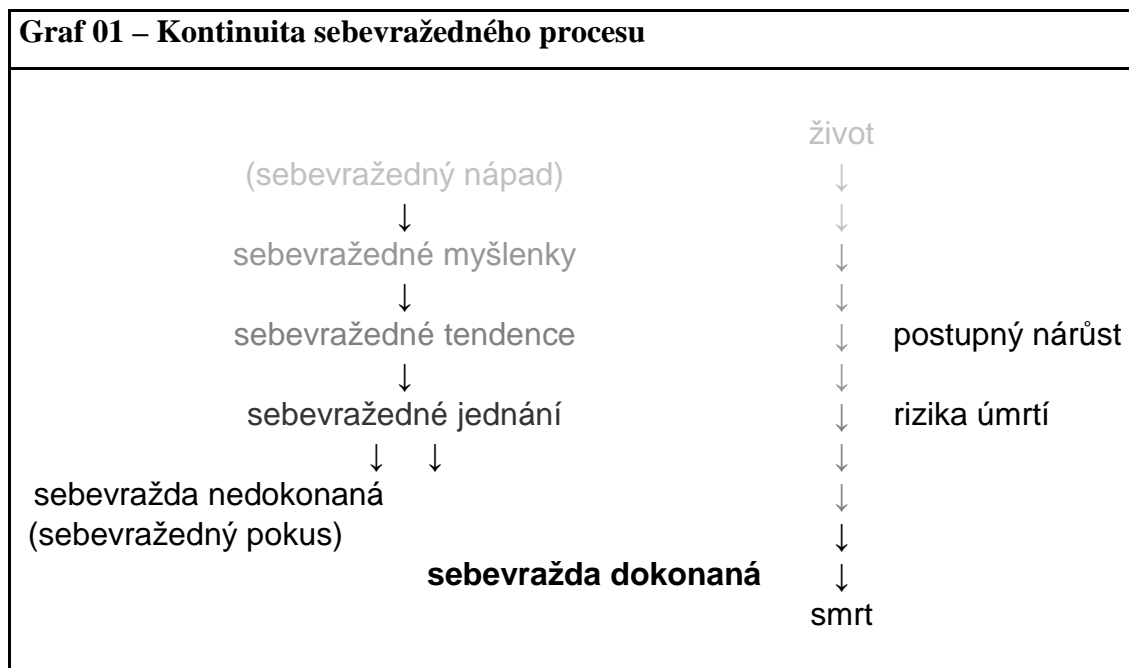
1.5 Sebeobětování

U sebeobětování jde o opravdu unikátní druh smrti, kdy jedinec obětuje svůj život ve prospěch něčeho, dle dané situace, hodnotnějšího – např. zemře, aby zachránil život druhého člověka.

V jistém směru lze sebeobětování považovat v kladném smyslu za určitou formu *bilanční sebevraždy* (viz kapitola 8.1 *Sebevražda bilanční*).

Shrnutí

V grafu (*Graf 01 – Kontinuita sebevražedného procesu*) můžete vidět stručné shrnutí nejdůležitějších pojmů předchozí kapitoly:



2 SEBEVRAŽDY V HISTORII

Člověk a sebevražda k sobě patří odnepaměti. Mezi živými tvory je člověk jediný, který sebevraždu páchá.

V průběhu vývoje lidské civilizace se míra (pokles, stagnace, vzrůst) sebevraždnosti mění v závislosti na společenské atmosféře (mír a válka, ekonomický růst a krize, epidemie...). Společenská atmosféra a další faktory se také podílí na kladném či záporném náhledu lidí na sebevraždu, který se pak odráží i v právních normách, jež přístup k sebevraždě upravují. Má se za to, že s rozvojem civilizace roste počet sebevražd.

V minulosti se okolnostmi, které sebevraždě předcházejí, a lidmi, kteří sebevraždu páchají, zabývali většinou jen lékaři (psychiatři). Filozofové a teologové řešili především mravní otázky a oprávněnost tohoto činu.

2.1 Starověk

2.1.1 Asijské starověké civilizace

O sebevraždách ve starověku se můžeme dočíst z dochovaných písemných pramenů Indie, Číny a Japonska. Tyto oblasti ovlivněné lidovými kulty, šamanismem, bráhmánismem, konfucianismem, hinduismem, buddhismem a dalšími směry mají díky těmto směrům podobný náhled dodnes!

Asi jedním z nejznámějších sebevražedných rituálů je japonské **harakiri**, neboli **řezání břicha** (Japonci věří, že „centrum lidského těla/zdraví“ sídlí v břiše). Harakiri bylo zpočátku jedním z druhů trestu smrti (např. u zajatých vojáků), později si – pro zachování cti – mohli zajatci tuto smrt přivodit sami. Postupem času takto válečníci též demonstrovali věrnost či oběť panovníkovi, svou čest apod.

„Vojenský kladný postoj k sebevraždám“ dal také za druhé světové války vzniknout japonským živým střelám **kamikadze** (Viewegh, 1996).

Běžně známý pojem harakiri je nepřesný. Nejenže popisuje konkrétní podobu smrti (je mnoho dalších názvů, které popisují podoby jiné), ale v japonštině má značně pejorativní nádech. Přesnějším a jazykově neutrálním je pojem **seppuku**.

V Indii převládá víra v reinkarnaci člověka dle tzv. karmického zákona. V praxi sebevraždy to tedy neznamená nic jiného, než že se člověk po svém dobrovolném odchodu znovu narodí do nového života.

Buddhismus se k sebevraždě staví odmítavě. Bere ji jako vraždu obecně.

2.1.2 Egypt

Kromě své vlády a krásy je královna Kleopatra známá i svou sebevraždou, kterou dobrovolně ukončila svůj život.

Jak píše Viewegh (1996), Kleopatra zřejmě ne zvolila speciální způsob – uštknutí hadem – (jen) pro jeho bezbolestnost. V Egyptě se totiž mělo za to, že hadi jsou (bohy) inkarnovaná zvířata. Kleopatra tak smrtí „z rukou bohů“ podtrhla božský původ své vlády.

2.1.3 Antika – Řecko a Řím

Dle Viewegha (1996) se v průběhu antiky na území Řecka a Říma střídaly kladné a záporné názory společnosti na sebevraždu.

Řeční filosofové, např. Platon a Aristoteles, sebevraždu odsuzovali – jako nepřirozenou smrt či zbabělost.

Pozitivní postoj k sebevraždě zaujímali stoikové. L. A. Seneca:

„Nic nezařídil věčný zákon lépe, než že máme jen jediný vchod do života, východy však četné. Měl bych snad čekati na krutou nemoc, nebo krutého člověka, mám-li možnost vdechnouti jed? Toť jediný bod, v němž si nemusíme stěžovat na život. Nikoho pevně nedrží. To je v životě správně zařízeno. Nikdo nemusí být nešťasten, leč z vlastní viny. Jsi-li spokojen, tedy žij! Jsi-li nespokojen, můžeš se vrátit odkud jsi přišel!“ (L. A. Seneca in Viewegh, 1996, Sebevražda a literatura, str. 16-17)

Antičtí stoikové usilovali o nezávislost na životě. Pomocí stavu **apatie** (bezášnivost), **ataraxie** (rovnováha) a **autarkie** (soběstačnost) měli této nezávislosti docílit. „Extrémní stoikové“ však dovedli své teorie o svobodě lidského ducha tak daleko, že za nejsvobodnější krok považovali sebevraždu, jakožto svobodné rozhodnutí, absolutní kontrolu nad svým životem.

2.1.4 Příchod křesťanství

Viewegh (1996) dále uvádí, že „...křesťansky založený člověk se vůči sebevraždě stavěl jednoznačně negativně...“ (Viewegh, J. (1996): *Sebevražda a literatura*, str. 17). Církví a křesťanskou společností byla sebevražda brána jako vzpoura proti Bohu, což znamenalo jak

zavržení sebevraha samotného (sebevrazi bývali pohřbíváni za zdmi hřbitovů, mimo svatou půdu), tak jeho rodiny. Z tohoto důvodu byly sebevraždy často utajovány.

2.2 Středověk

Toto období bylo ovlivněno křesťanstvím (viz. výše), a tudíž byla společnost naladěna proti sebevraždě. Až od 15. století začali filozofové opět spekulovat o oprávnění člověka k dobrovolnému odchodu ze života.

Angličtí a francouzští osvícenci, humanisté a racionalisté Thomas Morus, David Hume, Charles Louis Montesquieu, Voltaire a Jean Jacques Rousseau, ač s výhradami, mínili, že o svém životě si člověk může svobodně rozhodnout. Tyto myšlenky byly mimo jiné motivovány proticírkevním postojem (Viewegh, 1996).

2.3 Přelom 18. a 19. století

Zřejmě vlivem větší svobody slova a menšího vlivu křesťanství se začaly názory filozofů různit.

Například němečtí filozofové se ve svých názorech zásadně rozcházeli. Immanuel Kant sebevraždu odsuzoval, Arthur Schopenhauer nedoporučoval („sebevražda nic neřeší“), Friedrich Nietzsche ji heroizoval (Viewegh, 1996).

Během 18. a 19. století rostla sebevražednost. Dělo se tak především ve městech. Má se za to, že tento nárůst způsobila průmyslová revoluce a s tím spojené stěhování lidí do měst, což ve výsledku znamenalo hustší osídlení.

Tento trend potvrzuje vývoj sebevražednosti v průmyslových Čechách a Slezsku, kde na rozdíl od zemědělské Moravy sebevražednost rostla (Koutek, Kocourková, 2003).

3 MÝTY O SEBEVRAŽDÁCH

Ve společnosti se tradují jisté teze týkající se sebevražd, které však ve skutečnosti nejsou úplně pravdivé, nebo jsou dokonce zcela nepravdivé.

Zde je výběr několika z nich (Koutek, J., Kocourková, J., 2003; Špatenková, N. a kol., 2004):

Mýtus: Ten, kdo o sebevraždě mluví ji nespáchá.

Fakt: Tento mýtus je velmi rozšířený. Pravdou však je, že ten, kdo o sebevraždě mluví, o ní i přemýšlí, proto je sebevraždou více ohrožen, než člověk, který o ní nemluví – sebevražda totiž zřejmě není obsahem jeho myšlení.

Osm z deseti sebevrahů o svých pocitech mluví, vyjadřují se i o možnosti sebevraždy. Tyto hrozby bohužel nebývají brány vážně.

Mýtus: Rozmluvou o sebevraždě můžeme druhým tuto myšlenku vnuknout.

Fakt: Jelikož je sebevražda ve své podstatě velmi razantním krokem, nemůžeme tuto myšlenku vnuknout člověku, který se touto otázkou již sám dříve nezabýval, pouhým rozhovorem. Rozmluva o sebevraždě naopak tomuto člověku (jedinci, který o sebevraždě uvažoval) může pomoci posoudit rizika sebevraždy, ventilovat jeho pocity, a rozhovor tak může mít spíše kladný účinek, a jeho rozhodnutí zabít se zvrátit.

Mýtus: Sebevrazi jsou blázni.

Fakt: V anamnéze většiny sebevrahů nenajdeme žádnou psychiatrickou diagnózu.

Mýtus: Lidé, kteří chtějí spáchat sebevraždu, nehledají pomoc.

Fakt: Osoby ohrožené sebevraždou manifestují své pocity před svým okolím. Často též vyhledávají lékařskou pomoc. Téměř každá sebevražda je voláním o pomoc. Pocity sebevrahů jsou ambivalentní, chtěli by žít, ale za „těchto“ podmínek nikoli. Rozhovor nebo pomoc z vnějšku jim může pomoci krizi překonat a sebevraždě se vyhnout.

Mýtus: Pokud se člověk pro sebevraždu rozhodne, nikdo mu v tom nezabrání.

Fakt: Vztah potencionálního sebevraha k životu a smrti je ambivalentní. Proto naopak pomoc či léčba mohou jeho krok zvrátit.

Mýtus: U přeživších sebevrahů už se pokus neopakuje.

Fakt: Někteří lidé berou přežití jako novou šanci. Jiní pod tlakem okolí (odsuzování apod.) spáchají sebevraždu znovu. Další jedinci naopak berou záchranu za zmaření jejich snahy ukončit své utrpení a pokouší se o sebevraždu znovu a znovu.

Mýtus: Přeživší sebevrazi jsou těmito sklony ohroženi navždy.

Fakt: Není to zcela směrodatné, protože sebevražedné sklony se vážou k určitým životním situacím v životě člověka.

Mýtus: Sebevražda je okamžitou reakcí.

Fakt: Sebevražda je zpravidla výsledkem různě dlouhého procesu a předchází jí několik fází (viz kapitola 1.2 Sebevražedný proces a kapitola 8 Druhy sebevražedného chování).

Mýtus: Sebevražda přichází bez varování.

Fakt: U jedinců ohrožených sebevraždou jsou již před jejím spácháním patrné nejrůznější psychické a somatické obtíže – velký stres, psychické napětí, špatný spánek, neurózy, ... (viz kapitola 10 Diagnostika sebevražedného jednání).

Mýtus: Nejvíce sebevražd je kolem Vánoc a koncem roku.

Fakt: Vánoce jsou sice svátky, které by měl člověk trávit s druhými, a proto o samotě „ještě víc“ trpí, konec roku je sice časem bilancování, ale přesto jsou zimní měsíce na sebevraždy nejchudší.

Mýtus: Podzim, kdy je chladno a ošklivo, je na sebevraždy četnější.

Fakt: Nejvíce sebevražd je na jaře a v létě. Na podzim jejich počet klesá a v zimě je úplně nejnižší.

Proč jaro? Zřejmě když ani s dobrým počasím nepřichází dobrá nálada, může přijít potenciální sebevrah o veškeré iluze a sebevraždu spáchat. Nebo také veškeré pučení, nový život a radující se lidé mohou smutným, depresivnímu, zlomenému člověku přivodit spíše pocit marnosti a větší samoty.

Mýtus: Pokud je dlouhodobě depresivní člověk chvíli veselý, nehrozí už u něj riziko sebevraždy.

Fakt: Tento stav veselí může být způsoben úlevou z nalezeného řešení, kterým může být právě sebevražda!

Mýtus: Děti se nedokážou zabít, sebevražda je otázkou starších lidí.

Fakt: Sebevraždy páchají i děti. Sebevražednost dětí a dospívajících je v dnešní době na vzestupu.

Mýtus: Sebevrahy jsou nejvíce buď velmi bohatí, nebo naopak velmi chudí lidé.

Fakt: I přestože je chudoba jedním z rizikových faktorů, vyskytuje se sebevražednost napříč všemi společenským vrstvami.

4 TEORIE SEBEVRAŽEDNÉHO JEDNÁNÍ

Teorie sebevražděného jednání sledují rizika, a to ze tří hledisek – medicínského, sociologického a psychologického. Přičemž je samozřejmě možné, respektive více než pravděpodobné, že jednotlivé skupiny vlivů se na riziku spáchání sebevraždy spolupodílejí.

4.1 Medicínský přístup

Z medicínských oborů se sebevraždami zabývá především psychiatrie, která se snaží najít patologické příčiny sebevražděného jednání.

Jen část duševních poruch a nemocí se podílí na dokonaných sebevraždách, obecně ale u lidí zvyšují riziko sebevraždy (Vágnerová, 1999).

Duševní onemocnění

Mezi duševní onemocnění, která prokazatelně zvyšují riziko sebevraždy, patří deprese (viz kapitola 7.1.4 *Stáří*). Větší riziko bylo též zaznamenáno u schizofreniků.

V obou (i dalších případech duševních onemocnění) hrají roli další faktory působící na duševní stav jedince – samota, beznaděj, užívání drog či alkoholu, pocit selhání atd. (Vágnerová, 1999).

Důsledky užití omamné látky

Drogy a alkohol nemusí být vždy hlavním faktorem, protože se k nim váží další rizika spíše sociologického rázu, jako jsou nezaměstnanost, desintegrovanost, ekonomická nesoběstačnost apod., které vedou člověka do bezvýchodné situace.

Jak již bylo zmíněno (viz kapitola 1.4 *Sebezabití*), omamné látky mohou člověku přivodit halucinace, které mohou vést k sebezabití. Pokud ale u jedince nalezneme některé z výše uvedených jevů (nezaměstnanost atd.), je pak při vyšetřování jen velmi obtížné rozlišit, zda se jednalo o neúmyslné sebezabití, nebo o sebevraždu (Vágnerová, 1999).

Porucha osobnostního vývoje

Pokud jde osobnostní vývoj mimo normu, dochází k abnormalitám v chování člověka, které obecně vedou k pocitu, že život jedince není kvalitní.

K poruše vedoucí k selhání pudu sebezáchovy může přispět choroba somatického charakteru související se stářím, onemocněním ve stáří, nebo související s vleklou nebo dokonce nevyléčitelnou nemocí. Tyto faktory však mohou být jen součástí většího celku, který člověka „přivede“ k sebevraždě (Vágnerová, 1999).

4.2 Sociologický přístup

Sociologický přístup zahrnuje rizikové faktory týkající se společnosti a společenského života.

Neuspokojivé vztahy

Pokud jedinec přijde o životního partnera (rozchod, rozvod, smrt), popřípadě též o rodinné příslušníky či blízké přátele, hrozí velký citový otřes – pocit osamělosti, ztráta jistot, podpory apod.

Na druhé straně mohou existovat jedinci, kteří vlivem psychických vlastností jen těžko jakékoli stálé a dobré vztahy udržují. Tito jedinci pak také mohou trpět osamělostí, až společenskou desintegrací.

Rodina, která má zajistit pocit jistoty a bezpečí a která též dává vzory, může v mnoha případech též působit negativně při rozhodování „co se životem“. Pokud jedinec jistotu a bezpečí necítí (tyto funkce rodiny selhávají), nebo dokonce rodina jeho samotného ohrožuje (např. násilím), riziko sebevraždy se v dospělém (i nižším) věku zvyšuje. A pokud se u někoho z rodiny objeví vzorec sebevražedného jednání, může to být dokonce vzorem pro řešení jeho vlastní situace (Vágnerová, 1999).

Ztráta vazeb

Ztráta vazeb – sociálních vazeb – souvisí především s migrací a emigrací.

V místě nového bydliště si člověk musí vytvořit novou sociální síť. Najít vhodné přátele, známé, kolegy. Z toho jasně vyplývá, že člověk pozbyl dřívějších jistot, které nyní musí opětovně nabýt.

Ve velmi složité situaci se nacházejí emigranti, kteří kromě utváření nové sociální sítě poznávají novou kulturu. Ta je nemusí vždy přijmout. Navíc není nikterak výjimečné, že v nové zemi emigranti „spadnou“ do nižší sociální skupiny, než z které původně přichází. K pocitu osamělosti a sociální izolace se tak přidává ještě degradace a desintegrace (Vágnerová, 1999).

Sociální otřesy

Jak píše Vágnerová (1999), mezi sociální otřesy patří jakékoli sociální změny v životě člověka. Patří sem ztráta zaměstnání, rozvod, úmrtí, válka apod. Tyto zátěžové situace u jedince subjektivně zvyšují riziko sebevraždy.

Ekonomické faktory

Celospolečenské hospodářské krize a nezaměstnanost vždy zvyšovaly počet sebevražd.

Člověk se ztrátou práce ztrácí i příjem peněz, který je důležitý pro plnění vlastních cílů i snů a pro život samotný.

Již nabytý majetek, valuty, zlato atd. v krizi ztrácejí svou hodnotu a veškeré předchozí vynaložené úsilí tak vychází v niveč.

Důsledkem je ztráta dosavadních jistot, se ztrátou zaměstnání je to i ztráta možnosti sebe-realizace. Výsledkem je pak různá směsice rozdílně závažných zátěžových faktorů (Vágnerová, 1999).

Vliv celospolečenského klimatu

Francouzský sociolog **Emile Durkheim** pojal sebevraždu jako komplexní vyústění společenských vlivů, přičemž tyto vlivy oprostil od vnitřních individuálněpsychologických faktorů. Výsledkem jeho bádání jsou tři kategorie (Růžička, 1968; Vágnerová, 1999; Viewegh, 1996):

a) *Egoistická sebevražda* – je důsledkem desintegrace jedince, u nějž došlo ke ztrátě sociálních vazeb anebo tyto vazby nebyl schopen navázat.

b) *Altruistická sebevražda* – je reakce na očekávání společnosti, konvence, řád. Jedinec není schopný je plnit.

c) *Anomická sebevražda* – plyne z nerovnováhy ve společnosti, nedostatku norem nebo jejich nedodržování. Je charakteristická pro dobu války či politického převratu.

T. G. Masaryk viděl původ sebevražd v krizi moderní doby – moderní společnosti.

4.3 Psychologický přístup

Psychologický přístup hledá příčinu sebevražd v oblasti psychických faktorů. Jedná se o mechanismy, které po určité zátěžové situaci „odstraní“ pud sebezáchovy, a člověk je pak schopen „sáhnout si na život“.

Základním dilematem je, zda nedílným faktorem byla předchozí **psychická porucha**, nebo zda k selhání pudu sebezáchovy došlo vlivem tzv. **posttraumatické stresové poruchy**, kvůli které se může k sebevraždě odhodlat i dříve psychicky zcela zdravý jedinec.

Takto radikální autodestruktivní jednání však vždy pramení z aktuálního výkyvu psychických reakcí (Vágnerová, 1999; Viewegh, 1996).

Sigmund Freud:

V lidské psychice jsou obsaženy dva protipóly, mezi kterými dochází k pudovému napětí – **pud života** a **pud smrti**. Mysl člověka, který chce druhého zabít, tuto myšlenku otočí proti jemu samotnému, a ten se pak zabije.

U Freuda chybí možnost „přání vlastní smrti“ (Vágnerová, 1999).

Karl Manninger:

Rozvedl Freudovu teorii. Vágnerová (1999) uvádí, že Manninger připouští více „pudových“ motivů, z nichž jsou hlavními tři: přání zabít, přání být zabit a přání zemřít.

James Hillman:

Vychází z teorie C. G. Junga a říká, že sebevražda je **výsledkem osobnostního vývoje**. Mimo jiné uvádí tento čin do souvislosti s velkou dávkou odvahy, protože vede k tak velké a trvalé a nezvratné změně stavu věcí. Též říká, že sebevražda je manifestací individuální svobody a nezávislosti na společnosti a okolním světě (Hillman, 1997; Vágnerová, 1999).

Klinická psychologie – konkrétní profil

V 60. a 70. letech se odborníci snažili nalézt konkrétní „profil sebevraha“. Nejen kvůli neúplnému vzorku (sebevrazi, kteří pokus přežili) a změněným podmínkám (přeživší sebevrazi po svém činu měli čas své postoje přehodnotit) došli k závěru, že žádný takový profil neexistuje (Vágnerová, 1999).

Obecný profil

Je zde však několik signifikantních vlastností, které mají sebevrazi většinou společné. V první řadě je to **kognitivní styl myšlení** (bilancování) a **rigidita myšlení**, která s sebou ruku v ruce přináší omezenost rozhledu a nových nápadů na řešení problému. Jedinec tak například ulpí na prvním nápadu řešení, kterým je sebevražda.

Nedílnou součástí psychiky jsou emoce. U sebevrahů jsou to **negativní emoce** – *pocit viny, deprese a zoufalství, pocit sociální izolace* apod. Velmi významnou hodnotu nese *beznaděj*, která ústí z negativního sebehodnocení, malé sebeúcty, nízkého sebevědomí a pesimistického pohledu na svět (Vágnerová, 1999).

4.4 Komplexní přístup

Většina přístupů, ty dnešní nevyjímaje, jsou komplexní. Berou v potaz spolupůsobení všech existujících vlivů – od možných genetických predispozic k sebevraždě, přes individuální dědičné, či získané vlastnosti, které k sebevraždě mohou přispět, dále řeší psychické poruchy, průběh primární a sekundární socializace, vliv sociálního prostředí a sociálních vztahů (rodiny, vrstevníků, spolužáků, kolegů...), ekonomické poměry, pracovní proces, společenské poměry, právní a politické stavy, vliv životního prostředí, oblast fyzického zdraví a celou řadu mnoha dalších.

Norman L. Farberow (Farberow *in* Růžička, 1968, str. 15-16) definoval tři skupiny vlivů, jež více méně kopírují a navzájem propojují jednotlivé výše uvedené přístupy, ke kterým přidává ještě jednu speciální oblast:

1) Společenské pozadí – je charakterizováno **sociologickými ukazateli** (národnost, rasa, vyznání, životní prostředí, ekonomické podmínky, politické podmínky apod.) a **kulturními ukazateli** (historické a současné tradice, otázka smrti, posmrtného života a postoje k sebevraždě, postoj k úspěchu a neúspěchu, psychické aspekty výchovy dětí, sexuální vztahy atd.).

2) Individuální faktory – jsou charakterizovány **demografickými ukazateli** (pohlaví, věk, rasa, stupeň vzdělání, rodinný stav atd.; více viz kapitola 7 *Vliv demografických ukazatelů...*), **faktory psychologickými** (psychodynamika – psychické vlastnosti, motivační vlastnosti spojené se sebevraždou).

3) Anti-suicidální kontroly – rozlišujeme dvě vrstvy **vnitřní**, kam zařadíme vztah jedince k smrti, posmrtnému životu a sebevraždě samotné. Je zde nutno brát v patrnost vlivy kultury, společnosti a sociálního prostředí, které jedince ovlivňují.

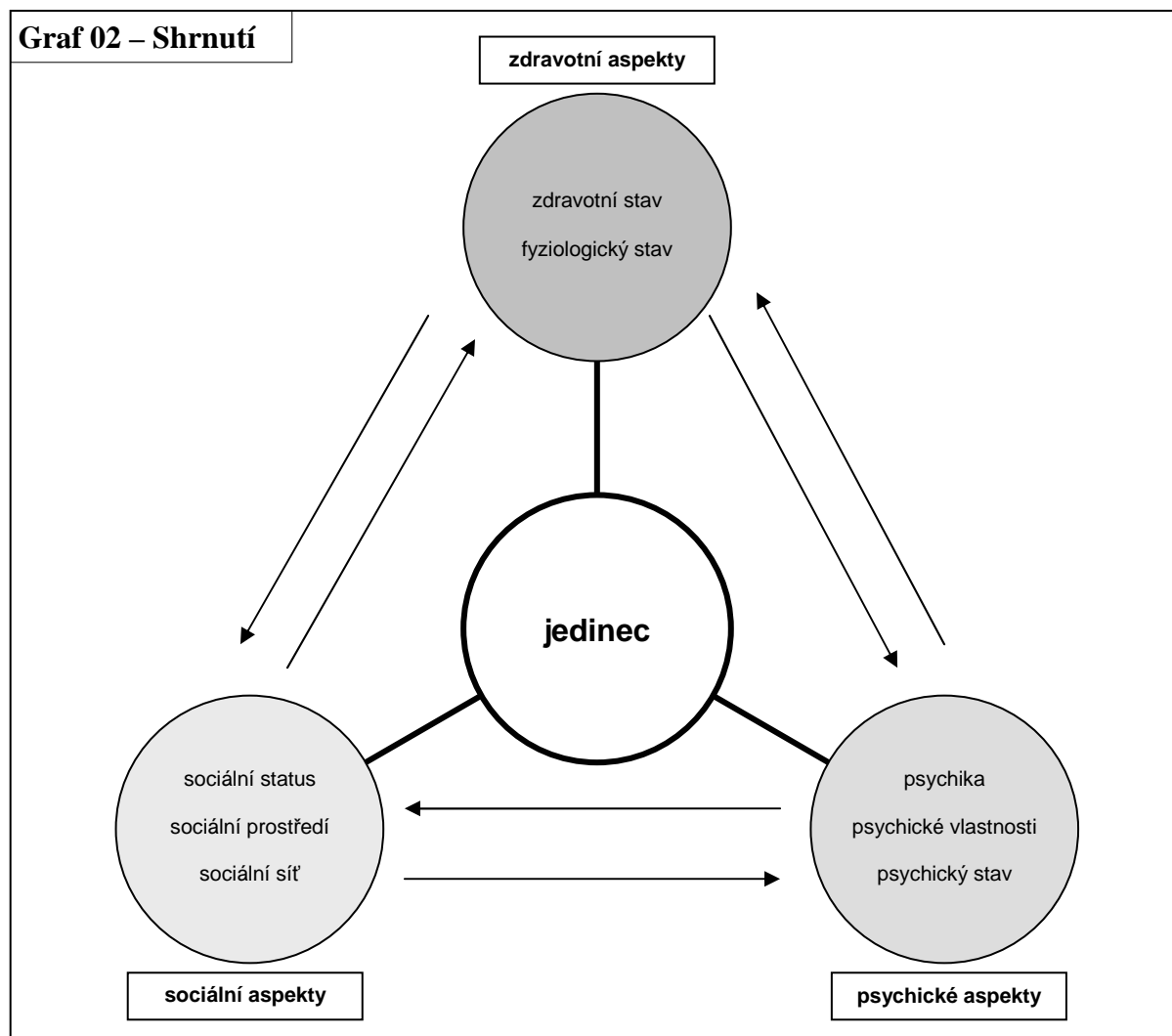
Dále je to anti-suicidální kontrola **vnější**, kterou zajišťuje společnost, začlenění do ní, vztahy – rodina, manželé nebo partneři, přátelé a známí, spolužáci, či kolegové atd.

4) Psychologický vliv na okolí – vidí autor v **komunikaci** s okolím. Před sebevraždou člověk s okolím komunikuje a i samotná sebevražda je jistým druhem sdělení (volání o pomoc, vzdor, odmítání...).

Další charakteristikou je **psychologický vliv sebevraždy** na členy sebevrahovy sociální sítě – sebevražda vyvolává nejrůznější emoce.

Shrnutí

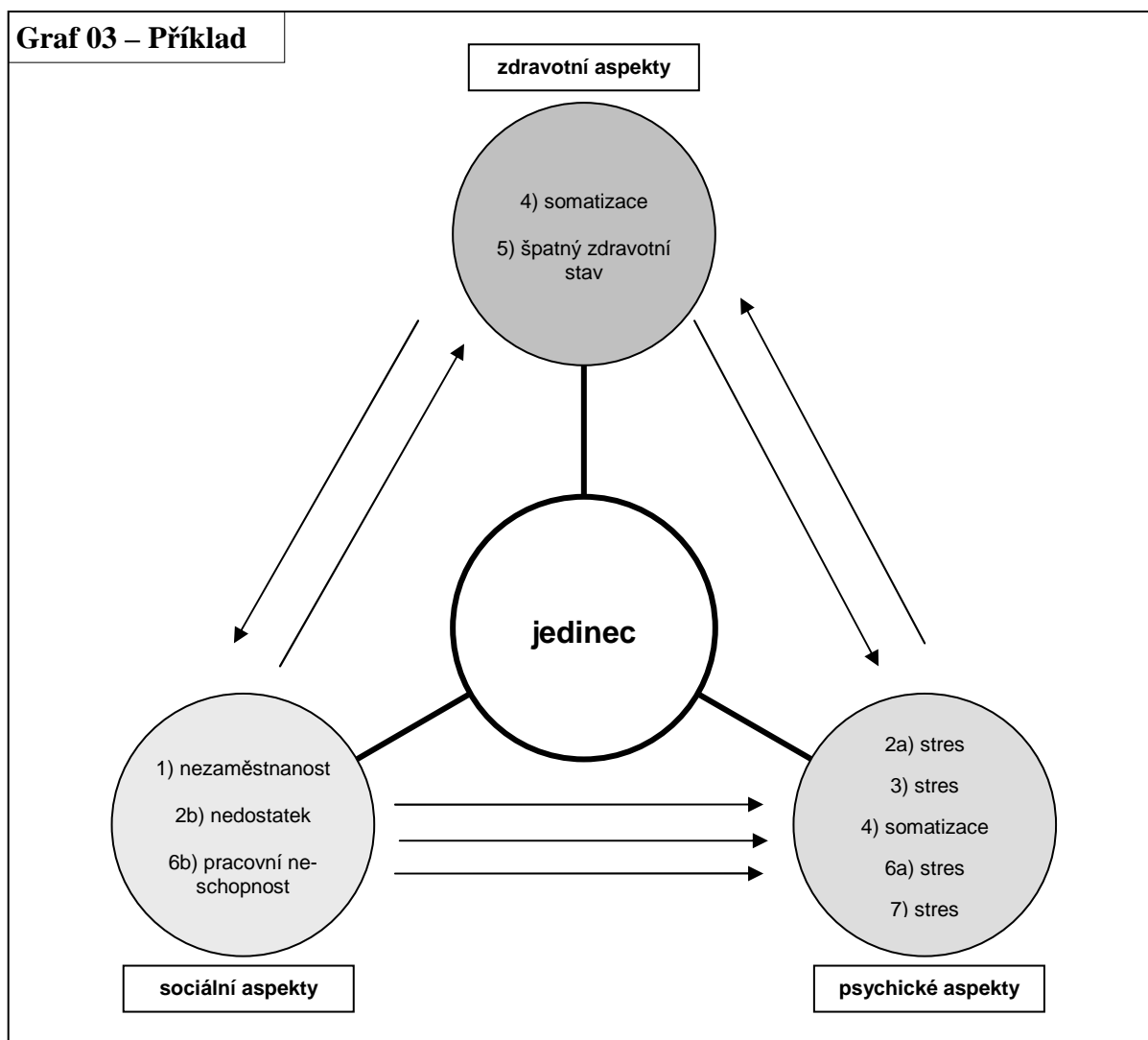
Pokud vybereme základní pojmy ovlivňující jedince a rozdělíme je do skupin aspektů, můžeme vztahy mezi nimi zjednodušit tak, jak je možné vidět v *Grafu 02 – Shrnutí* (konkrétní problém řeší *Graf 03 – Příklad* na další straně).



Příklad (Graf 03 – Příklad)

- 1) jedinec přišel o zaměstnání
- 2a) negativní účinky na psychiku
- 2b) ekonomický nedostatek
- 3) negativní dopad na psychiku
- 4) somatizace
- 5) špatný zdravotní stav
- 6a) negativní účinky na psychiku
- 6b) člověk je práceneschopný
- 7) negativní dopad na psychiku

Výsledkem je obrovský psychický tlak, který je vážným rizikem vedoucím k sebevraždě.



5 MOTIVACE SEBEVRAŽEDNÉHO JEDNÁNÍ

Jak již bylo řečeno (viz kapitola 1.2 *Sebevražedný proces*) samotné sebevraždě předchází několik fází. Tyto fáze však mohou být urychleny, popřípadě přeskočeny. Není však vždy zcela jisté, že člověk, který fáze „přeskočil“, se sebevraždou již v minulosti nezabýval, tzn. neprošel-li jimi již dříve (Vágnerová, 1999).

Nejrůznější vnější i vnitřní negativní faktory člověka stimulují k sebevraždě. Hlavní příčina, která o této konečné volbě rozhodne, je tzv. motivátor – neúspěšný sebevrah by jej nazval například jako „studijní a vrstevnické problémy ve škole“.

Pak jsou zde obecnější motivy. Ty dělí sebevražedné činy do čtyř skupin dle reakce na krizovou situaci.

5.1 Obecné motivy

Striebel (*in* Vodáčková a kol., 2002) definoval čtyři obecné motivy sebevražedného jednání:

- 1) neventilovaná agrese
- 2) autoagrese (více viz kapitola 6 *Mechanismy autoagrese*)
- 3) útěk, únik
- 4) volání o pomoc, zviditelnění se, demonstrace

V prvních třech případech lze u sebevraha mluvit o vědomém úmyslu zemřít – sebevražda je jeho cílem. Kdežto ve čtvrtém případě sebevrah zemřít nechce – sebevražda je prostředkem (např. k manipulaci, pomstě, vydírání, potrestání atd.) (Vágnerová, 1999).

5.2 Motivátory

Jak uvádí Špatenková (2002), okolím označené zjevné motivace sebevražd (viz přehled statistiky níže) mohou často překrýt opravdový důvod smrti. Navíc jedinec, například dlouhodobě nezaměstnaný, může pouze nešťastně zariskovat a jeho náhodné úmrtí je okolím označeno za sebevraždu z důvodu dlouhodobé nezaměstnanosti. Toto však funguje mnohdy i opačně, že sebevrah je označen za mrtvého vlivem nešťastné náhody.

Přehled motivátorů ze statistiky Českého statistického úřadu (ČSÚ *in* Špatenková a kol., 2002):

- 01) Rodinné konflikty a problémy
- 02) Erotické problémy
- 03) Pracovní a školní problémy
- 04) Existenční (hmotné) problémy
- 05) Konflikty s veřejnými zájmy
- 06) Problémy se somatickým onemocněním, tělesnou vadou
- 07) Jiné osobní konflikty a problémy
- 08) Jiné motivy
- 09) Bez srozumitelného motivu
- 10) Bez zjištěného motivu

6 MECHANISMY AUTOAGRESE

Viewegh (1996) uvádí, že sebevražda může být spojována s vraždou. Oba činy předpokládají silnou agresi. Jak ale agrese, většinou směřovaná ven, změni směr a vede tak k sebepoškození, nebo dokonce k sebevraždě?

Agresi pojmáme jako útok na vnější objekt, v krajním případě jde o jeho zneškodnění. Může být projevem pudu sebezáchovy, reakcí na ohrožení, ale stejně tak i reakcí na situaci přímo neohrožující. Z hlediska sebevražedného jednání lze v oblasti hodnotových postojů rozlišit dvojí autoagresi – primární a sekundární.

Sekundární autoagresi vedoucí k sebevraždě můžeme nazvat zprostředkovanou a též únikovou, protože její typickou reakcí na útok je *útek*. Na první pohled je např. důsledkem strachu z utrpení, v samotné podstatě je však reakcí na ztrátu smyslu, hodnoty, které se týkají **vnějšího prostředí**.

Pokud by člověk měl trpět za dosažení určitých pro něj subjektivně důležitých cílů, vytrpí hodně. Pokud však utrpení nemá žádnou hlubší podstatu, či ztrácí dřívější smysl a není (např. ani společností ceněnou) hodnotou, je na místě únik, kterým může být právě sebevražda (Viewegh, 1996).

Primární agrese je hodnotami, oproti sekundární agresi, zaměřena na **vlastní osobu** jedince.

Pokud člověk vyslechne výtka, v případě její neoprávněnosti „útočí“, nebo „utíká“. Je-li však výtka alespoň trochu oprávněná (je reálná, nebo se zdá být reálná vlivem subjektivního pocitu méněcennosti, nízkým sebevědomím atd.), může se agrese obrátit proti jemu samému. Pod větším tlakem pak člověk ztrácí hodnotu sebe sama a propadá pocitu bezcennosti, bezúčelnosti. Jestliže za snižování vlastní hodnoty okolím viní sebe samotného, vede to k sebepoškození či sebevraždě (Viewegh, 1996).

7 VLIV DEMOGRAFICKÝCH UKAZATELŮ NA SEBEVRAŽEDNÉ JEDNÁNÍ

Kromě genetických predispozic k psychickým poruchám (některé jsou se sebevraždami spojovány) a predispozicím k určitým psychickým vlastnostem, je zde řada dalších skupin faktorů objevujících se během lidského života, která s sebou přináší větší či menší zátěž pro potenciálního sebevraha.

7.1 Věk

Ve všech etapách lidského života – vývoje jedince – se objevují různé skupiny rizikových faktorů, které jsou pro tuto etapu typické.

7.1.1 Dětství

Před desátým rokem jsou sebevraždy dětí vzácné. Kolem desátého roku probíhá vývojová proměna myšlení. S chápáním abstraktního/hypotetického přichází i **pochopení smrti**. Dětské myšlení je však stále vázané na realitu. Proto ve chvíli ohrožení nebo strachu (z trestu apod.) dítě vidí jen možnost, která je reálně aktuální. Dítě se tak vědomě může připravit o život.

Hlavními ohrožujícími faktory jsou pro děti potíže ve škole nebo v rodině (Vágnerová, 1999).

7.1.2 Adolescence

Pro toto období v životě lidí je charakteristické **dospívání** – fyzické (změna tělesného vzhledu, zrání pohlavních žláz – utváření sexuality) a psychické – **osamostatňování**.

Osamostatňování postupně probíhá na mnoha úrovních. Je to oprašování od „rodičovských mýtů“ na úrovni myšlení, budování vlastního žebříčku hodnot nebo vrůstání do kolektivu vrstevníků, který nabývá na důležitosti. Je to také výběr vzdělání a příprava na povolání, postupné ekonomické osamostatňování a popřípadě oddělení od nukleární rodiny atd.

Jak uvádí Vágnerová (1999), ne vždy se vše daří dle plánů a první problém, se kterým se dospívající jedinec setká, může být subjektivně velmi zásadní. Pocit nezdarů, zklamání a zoufalství s sebou přináší velké riziko impulzivní sebevraždy, které v tomto případě je spíše voláním o pomoc, způsobem, jak na sebe upozornit.

Ve věku 15 až 24 let narůstá počet sebevražd. Projevuje se zde především špatná sociální opora (rodina, přátelé), problém s vlastní identitou a ekonomické problémy.

Negativní vlivy společnosti na adolescenty

V současné době lze ve společnosti pozorovat mnoho vlivů, které negativně působí na psychiku mladých lidí. V první řadě je to „**kult krásy a mládí**“. Stáří (vrásky, šedé vlasy...) je bráno jako něco absolutně nepřijatelného. Krásný, a tedy úspěšný, je jen ten, kdo se pěkně a draze obléká, je štíhlý. Vlastně ten, kdo vypadá jako modelky a celebrity z vyretušovaných fotografií v tisku a na tištěných reklamách, nebo ze spotů, videí, seriálů i celovečerních filmů v audiovizuálních médiích.

Právě nedostatek prostředků k dosažení tohoto nesmyslného cíle vede k zoufalým sebevražedným krokům, nebo identifikaci s „šablonovými styly“, které s sebou přináší další negativa.

Mezi ně můžeme zařadit v současné době velmi moderní **emo styl** (emo rock, emo móda). Tento styl negativně podporuje labilitu adolescenčního období. Většinový černý prvek v oblékání a jen menšinové barevné (infantilní) ozdoby nejsou sice tím nejzásadnějším, i když to samo reflektuje stavy střídající se deprese a veselosti, ale k tomuto módnímu stylu patří například piercing (především v obličejové části) a nelze popřít, že se v tomto směru dá mluvit o formě sebepoškozování. Důležitou roli zde dále sehrává hudba, která v jedincích podporuje (svou agresivitou a texty) sebepoškozování (škrábání, řezání apod.) a ne zřídka navádí k sebevraždě.

7.1.3 Střední věk

Jak píše Vágnerová (1999), v tomto období přichází takzvaná **krize středního věku**. Člověk bilancuje dosavadní život a zaměřuje se též na budoucnost. Ve chvíli, kdy bilance vyznívají negativně, jedná se právě o krizi, která je značným rizikem směřujícím k sebevraždě.

Do bilancí člověk zahrnuje svou úspěšnost ve vztazích, profesi (seberealizace, ekonomická úroveň) a svůj zdravotní stav a další faktory.

I z výše uvedeného logicky vyplývá, a statisticky je dáno, že mezi sebevraždami převažují ty bilanční. Impulzivní jsou zde méně časté.

Mezi rizikové faktory patří ztráta partnera (ztráta jistoty, samota, zoufalství z nemožnosti najít nového), problémy v zaměstnání či nezaměstnanost a závislost na alkoholu.

7.1.4 Stáří

Deprese

Deprese je vleklý neopodstatněný stav smutku, někdy provázený zesílenou úzkostí. U starých lidí je její průběh téměř totožný jako je tomu u jiných věkových skupin.

Jak dále Pacovský (1981) uvádí, výskyt depresí roste napříč populací s věkem a postihuje převážně ženy.

Predisponujícími jsou především sociální faktory jako: osamělý život, odcizení, nevyhovující bytové podmínky, špatné ekonomické podmínky apod.

Kromě deprese způsobené nepříznivými životními podmínkami (viz. výše), můžeme též rozlišit depresi symptomatickou, která doprovází většinu duševních a některá somatická onemocnění. V případě omezení více nemocemi najednou u starého člověka riziko depresí narůstá.

Sebevraždy

Vzhledem k tomu, že ve stáří pro jedince subjektivně ubývá důvodů proč žít, roste s věkem procento dokonaných sebevražd nad nedokonanými.

Kromě duševních poruch jsou hlavní příčinou sebevražd deprese, které způsobuje úzkost, opuštěnost, obavy o zdraví a obavy z nemocí

Ač již dlouhá léta fungují linky důvěry, staří lidé, ať už z důvodu neznalosti této možnosti, nebo dokonce z důvodu, že nemají telefon, této pomoci příliš nevyužívají (Pacovský, 1981).

7.2 Pohlaví

Rozdíly mezi motivy, druhy, způsoby a počty pokusů o sebevraždu u žen a mužů se různí.

Poměry sebevražednosti

Jak píše Vágnerová (1999), poměr počtu sebevražd mužů a žen je od roku 1970 do současnosti téměř stejný 2,3–2,5:1. Ženy však nad muži mírně vedou v pokusech o sebevraždu – nedokonaných sebevražďách (1,6:1 – Nizozemí a 1,8:1 Francie).

Motivace

Sebevraždy žen jsou častěji motivovány emocemi a sociálními vztahy – problémy v citových vztazích a v osobním životě.

U mužů jsou častějšími motivy sociálními faktory – špatná seberealizace, nezaměstnanost (špatná ekonomická úroveň), ztráta společenského statutu apod. (Vágnerová, 1999).

Vztahy a děti

Obecně jakýkoli stabilní partnerský vztah (nejen manželství) snižuje riziko sebevraždy. Založení rodiny – vztah k dítěti – pak toto snížení ještě podporuje.

Díky biologické a sociální roli matky u žen v ranné dospělosti sebevražednost klesá – s dítětem přichází nová hodnota, životní náplň i nový smysl života (Vágnerová, 1999).

Pomoc okolí

Ženy reagují emotivněji a svůj problém, jakkoli je zásadní, manifestují. To je dobrý způsob, jak najít pomoc u blízkých či v okolí ve chvíli, kdy je potřeba.

Pro muže je manifestace problému a hledání pomoci jen další ukázkou vlastní neschopnosti, proto hledaná řešení – alkohol, sebevražda – nebývají zrovna pozitivního vyznění (Vágnerová, 1999).

7.3 Rasa – socio-kulturní příslušnost

Není zřejmě možné směřodatně říct, že jedna nebo druhá rasa je k páchání sebevražd náchylnější (musíme brát v potaz, že jednotlivé rasy ve svém životním prostředí mají svou kulturu, která jedince značnou měrou ovlivňuje), pokud se však blíže podíváme na statistiky, lze z nich alespoň přibližné údaje vyčíst.

Přehled (Monestier, 2003):

Afrika: Dle oficiálních statistik je na sebevraždy nejméně plodná. Zde je téměř většinové zastoupení negroidní rasou.

Evropa a Amerika: V Západním světě, kde je hojně zastoupena europoidní rasa, je míra sebevražd vyšší.

Asie: Daleko nejvyšší počet sebevražd páchají příslušníci mongoloidní rasy.

Ad: Dokonce i ve Spojených státech, kde hodně zástupců negroidní rasy patří do slabší sociální vrstvy, sebevraždy častěji páchají zástupci rasy europoidní.

Mulaté mají též častější sklon k sebevraždám než negroidé.

7.4 Religionizita

Stríženec (2001) uvádí, že věřící lidé mají menší sklony k sebevraždám. Připojuje, že je u nich menší míra závislosti na drogách a alkoholu, menší rozvodovost, menší míra depresivity a anxiety (úzkosti) a menší míra kriminality.

Všechny výše uvedené faktory s sebou přinášejí větší riziko sebevraždy, pokud jsou tedy tato rizika snížena díky víře v Boha, lze objektivně říct že náboženství riziko sebevraždy snižuje.

8 DRUHY SEBEVRAŽEDNÉHO JEDNÁNÍ

8.1 Sebevražda bilanční

Bilanční sebevražda je spáchána po jakémisi zhodnocení (bilancování) dosud prožitého života. Přičemž pro sebevraha vyznívá tato bilance řekněme záporně nebo vyhlídky beznadějně.

Můžeme tedy říct, že nejrůznější faktory ovlivňují myšlení člověka směrem k negativnímu zhodnocení celého dosavadního života a hledání možností pro budoucnost. Ve chvíli, kdy člověk žádné možnosti nenalézá, přistoupí k razantnímu řešení, jímž je právě sebevražda.

Ač tento úsudek – bezcennosti, bezvýchodnosti, nesmyslnosti – může být subjektivní, jiný člověk by bilanci daného sebevraha neviděl tak záporně a viděl třeba i jistou naději (ostatně každá situace má nejedno řešení), nemění to nic na tom, že se jedinec plně identifikuje se svým úsudkem a sebevraždu spáchá (Frankl, 1995).

8.1.1 Euthanasie

V souvislosti se sebevraždou nelze vynechat v současnosti velmi diskutované téma, jímž je euthanasie.

Člověk je například nevléčitelně nemocný, trpí bolestmi, je životem vyčerpaný. Tento jedinec je sám – nemá děti ani životního partnera – a z jeho pohledu život nemá žádný smysl. Krom jediného, jímž je vzhledem k nemoci blížící se smrt. Díky daným okolnostem si přeje tento okamžik neodbalovat. Vzhledem k zdravotnímu stavu není schopen si smrt přivodit sám, a proto o ni žádá.

Český přepis slova euthanasie – asistovaný odchod ze života – je k „žadatelům“ milosrdný, ale pokud vezmeme v potaz výše uvedenou *bilanční sebevraždu*, je více než zřejmé, že euthanasie nese její rysy.

8.2 Sebevražda impulzivní

Impulzivní sebevražda, jak je již z termínu evidentní, předpokládá určitý impuls. Na rozdíl od bilanční sebevraždy jde o nepromyšlený krok a k autodestrukci chce využít jakýkoli momentálně dosažitelný prostředek.

Zatímco bilanční sebevražda je velkou měrou založena na předchozí úvaze a je výsledkem rozhodnutí, impulzivní sebevražda je spíše momentální pohnutkou, a není tudíž vyloučen výrazně ambivalentní postoj k vlastní smrti.

Impulzivní sebevražda může mít dvě podformy, které lze rozlišit dle motivů.

Prvním typem je **účelové**, nebo také **demonstrativní jednání**. Bývá také označováno jako tzv. *volání o pomoc*, za kterým stojí např. touha upozornit na sebe, nebo krajní prostředek k dosažení cíle. Výsledek (vzít jedince v patrnost, dosažení cíle, ...) může často ovlivnit druhá osoba, tzn. i odvrátit sebevraždu. Tento způsob řešení mnohdy nemá daleko k *citovému vydírání a manipulaci* typu: „Nevrátíš-li se ke mně, zabiju se.“

Druhým podtypem impulzivní sebevraždy je tzv. **zkratkovité jednání**. Zde je motivem potřeba okamžitě vyřešit aktuální svízelnou situaci (Koutek, Kocourková, 2003; Vágnerová, 1999).

8.3 Sebevražda rozšířená

Rozšířená sebevražda se od jednoduché sebevraždy liší větším počtem osob, které usilují o **vlastní** život (Viewegh, 1996).

8.3.1 Druhy dle četnosti osob

Dvojitá

Jedná se o společnou sebevraždu dvou lidí, například manželského páru, dvou přátel, dvou lidí se stejným problémem apod.

Skupinová

Viewegh (1996) uvádí pojmy *rodinná sebevražda* a *klub sebevrahů*, z kterých je patrné, že se týká menší skupiny lidí.

Epidemická

Zde jde o sebevražedné jednání větších na osoby početnějších skupin (Viewegh, 1996).

8.3.2 Manipulace, donucení a vražda

Je třeba zmínit, že sem můžeme zařadit větší skupinu, která mohla být k sebevraždě (např. sektou) zmanipulována, tj. jednotlivci byli **zmanipulováni** a dobrovolně sebevraždu spáchali.

Jak píše Viewegh (1996), nelze sem řadit jedince, jež byli **donuceni** k sebevraždě bez tohoto úmyslu, nebo dokonce **pozabíjeni** člověkem, který posléze sebevraždu spáchal.

Ve všech případech (zmanipulování, donucení, zabití) se samozřejmě jedná ze strany manipulátorů, či vrahů o právně postižitelný trestný čin (viz kapitola 12 *Zákon a sebevražda*).

9 ZPŮSOBY SEBEVRAŽEDNÉHO JEDNÁNÍ

Je mnoho způsobů, jak sebevraždu spáchat, a též mnoho míst, kde ji spáchat. Několik z nich je ale velmi „obvyklých“, často využívaných. Místo se většinou váže ke způsobu.

Mezi způsoby sebevražd lze rozlišovat „měkké“ (spolykání prášků na spaní, oběšení) a „tvrdé“ (pořezání, otrava a poleptání kyselinou).

Oběšení

Jak píše Monestier (2003), každé období lidstva má svůj „módní“ způsob, kterým lze sebevraždu spáchat. Oběšení však patří mezi nadčasové způsoby, protože stále zůstává nejrozšířenější. Ve světě tuto techniku využívá přibližně polovina sebevrahů. Výjimku zde však tvoří Spojené státy Americké, kde, zřejmě kvůli své snadné dostupnosti, mají na svědomí největší počet sebevražd střelné zbraně.

Tato metoda odchodu ze života je častou zřejmě proto, že skýtá mnohé možnosti poloh, prostředků a míst. Tzn. je jednoduchá na přípravu, nenáročná na materiál a klidná, nehluká.

Osoba po smrti nemusí bezpodmínečně viset ve vzduchu. Jsou známy případy, kdy osoba „stojí“ na nohou, „sedí“, „klečí“, „sedí na bobku“ anebo dokonce „leží“.

Prostředkem k oběšení může být klasicky provaz, ale též spousta věcí jemu podobných: kravata, opasek, punčocháče, či jiné doplňky a oblečení; různé šňůry, dráty a kabely, ale například i mokrá smotaný toaletní papír a spousta dalších věcí. Prostředek je někdy volen dle hesla „co je po ruce“, proto není divu, že elektrikář použije drát. Též typ uzlu někdy prozradí námořnické či jiné řemeslo, jež bylo náplní sebevraha.

Místo, kam lze přivázat provaz apod., je snad všude. Oblíbené jsou stromy, zábradlí, strop atd.

Utopení

Utopení je po oběšení druhým nejčastějším způsobem.

Nejčastějšími místy dobrovolného utonutí jsou rybníky a řeky. Veřejné nádrže (bazény) a vanu volí lidé v méně případech.

Sebevrazi se v tomto případě obávají nabytí síly pudu sebezáchovy, a tak se zatěžují mnohými předměty – těžkými předměty v kapsách, přivázáním kamenů k tělu a podobně. (Monestier, 2003).

Jedním ze známějších případů sebevraždy utopením je smrt anglické spisovatelky Virginie Woolfové, která si před vstupem do řeky Ouse zatížila kapsy mnoha oblázky.

Požezání a ubodání

Tento způsob sebevraždy není tak jednoduše proveditelný, jak by se na první pohled zdálo. Překoná-li člověk odpor k bolesti, je mnoho předmětů, kterými lze řez či bodnutí provést. Ale aby smrt přišla rychle a relativně bezbolestně a aby smrt vůbec nastala, je zapotřebí přesně vědět jakým směrem a kde řezat, popřípadě kam a jak hluboko bodat. Chceli totiž člověk zemřít tímto způsobem, musí docílit buď vykrvácení, nebo narušit funkci některého z životně důležitých vnitřních orgánů.

Otravy jedy a farmaky

Některé jedy mohou vyvolávat křeče, jiné leptat sliznice či vnitřní orgány, ale většinou je tato metoda sebevraždy v podstatě bezbolestná.

Monestier (2003) uvádí, že zatímco v historii bylo používáno spíše jedů, připravených vývarem z jedovatých bylin nebo částí bylin samotných (např. bolehlav, blín, oměj, vraní oko), blíže současnosti je více a více používáno chemických látek, které se stávají běžně dostupnými a jejich smrtelné účinky jsou obecně známy (měďenka – zoxidovaná měď, arzenik – prostředek na hubení krys, čistící prostředky, kyselina sírová, laudanum, opium a další).

Blíže současnosti jsou též stále hojněji používány léky – uklidňující léky, léky proti bolesti a nejrůznější typy psychofarmak.

Polknutí či zavedení předmětů

Polknutí předmětu v těle vytvoří bariéru, nebo může narušit životní funkce, nebo dokonce vnitřní orgány, především trávicí soustavu. Nemusí však vždy končit smrtí. Záleží na tvaru předmětu, ale v potaz je třeba brát i materiál, kterým se člověk může stejně jako jedy otrávit.

Zavedení předmětu do konečníku je též jednou z možných variant navození smrti (Monestier, 2003).

Otravy plynem a udušení

Monestier (2003) míní, že otrava plynem doma patří minulosti. Dnes si ji lidé navozují například výfukovými plyny v uzavřené garáži, nebo utěsněním auta a zavedením zplodin do jeho interiéru.

Udušit se člověk může též klasickou cestou, a to „nedopřát“ si kyslíku. To lze například pomocí igelitového sáčku, který si nasadí na hlavu a stáhne kolem krku.

Zastřelení

V Evropě méně časté. V USA nejčastější vzhledem k velkému množství zbraní v držení obyvatelstva.

Monestier (2003, str. 29): „Když se kandidát rozhodne skoncovat se životem stříelnou zbraní, střílí se ve třech čtvrtinách případů do hlavy či úst nebo pod bradu, jedna čtvrtina sebevrahů míří na břicho nebo na hrud'. Pokud se střílí do úst, směřuje hlaveň zbraně ve více než polovině případů nahoru, proti patru. Pokud se střílí dolů do krku, může se stát, že rána nebude smrtelná.“

Pistole je dobrým prostředkem, chce-li sebevrah spáchat sebevraždu v přítomnosti druhé osoby.

K tomuto jsou též používány nejrůznější méně či více složité důmyslné systémy provázku, kladek apod., které uvede do chodu jiná osoba (zvíře) a sebevraha zabije (Monestier, 2003).

Vyhladovění

Člověk si odpírá nebo odmítá přísun potravy. Důsledkem toho zemře na nedostatek látek potřebných k fungování lidského organismu.

Tento druh sebevraždy byl obvyklým ve starověku především z náboženského přesvědčení. I dnes se občas nějaký případ vyhladovění vyskytne. Jedná se většinou o výsledek (ne/opodstatněné) protestní hladovky (Monestier, 2003).

Skok z výšky

Skok z výšky je známý již od starověku. V dnešní „době výškových budov“ lze předpokládat, že skokanů spíše přibývá.

Ač člověka usmrtí pád už z druhého patra, lidé si vybírají vrcholky budov – díky snadné přístupnosti jsou to vrcholky budov veřejných.

Speciálním způsobem skoku je skok z jedoucího dopravního prostředku. Ještě více výstředním je pak pád v dopravním prostředku (Monestier, 2003).

Nejznámějším místem sebevrahů „skokanů“ v České republice je bezpochyby pražský Nuselský most (v minulosti most Klementa Gottwalda). Ten se svou průměrnou výškou 42,5 m od roku 1973, kdy byl dostavěn, posloužil již více než třem stovkám lidí k ukončení jejich života.

Ani zábrany zde vybudované sebevrahy neodrazují (kol. autorů, 1995; Wikipedia: heslo *Nuselský most*, 2008).

Upálení

V dávno minulých dobách mohla sebevražda upálením souviset s vzýváním kultu ohně, avšak zřejmě šlo i o to, vzít si sebou vše milé (věci, zvířata i osoby).

Sebevraždy ohněm byly oblíbené v Asii. Ale přibližně od června 1963 byl zaznamenán jejich nárůst i na Západě (v Evropě).

Nejznámějším (i ve světě) českým upálením sebe sama je smrt Jana Palacha, který se na horní části Václavského náměstí v Praze polil benzinem a zapálil se.

Pro sebevraždu upálením je typická veřejná manifestace.

Kromě benzínu lidé používají i jiné hořlaviny nebo umělé (silonové) oblečení (Monestier, 2003).

Smrt pod dopravními prostředky

Díky technickému vývoji a dnešním dopravním prostředkům se dnes se skokem pod čtyřspřeží asi již nesetkáme. Současným hlavním cílem sebevrahů tohoto druhu jsou koleje vlaků a metra, přičemž právě skoků pod metro mezi sebevraždami přibývá, a to celosvětově (Monestier, 2003).

Sebevražda za pomoci zvířat

Jak píše Monestier (2003), každoročně sebevrazi zdolávají mříže v zoologických zahradách. Nejčastěji se vydávají mezi šelmy – medvědy či lvy.

Tento druh sebevraždy nepatří zrovna mezi časté.

Sebevražda výbušninou

V první polovině 20. století s objevením TNT a dynamitu vzrostl počet sebevražd výbušninou. Nejčastější umístění je na hlavě a v pásech kolem těla.

Je třeba zmínit sebevražedné atentáty islámských teroristů, kteří vědomě umírají v boji proti „nepříteli“ (Monestier, 2003).

Pekelné stroje

Za pekelné stroje můžeme považovat složitější soustavy, které po uvedení do pohybu připraví jejich strůjce o život.

Mohli bychom sem zařadit již zmiňované „kladkostroje“, které „stisknou“ kohoutek pistole, nebo nějaká mechanická výbušná zařízení. Může jít o zařízení, která na jedince něco těžkého svrhnou, přivedou do těla elektrický proud, přerážnou část těla apod. (Monestier, 2003).

Sebevraždy v zastoupení

Jak Monestier (2003) uvádí, tento druh není úplně vzácný, jak by se mohlo na první pohled zdát. Jde v podstatě o to, že sebevrah naplánuje sebevraždu tak, že jej vlastně zabije někdo jiný.

Monestier (Diogenes Laertios *in* Monestier, 2003) hovoří o historickém případě korintského tyrana Periandra ze 6. století př. n. l. (Monestier, 2003, str. 38): „...vymyslel složitý způsob smrti, aby nikdo neznal místo, kde je pohřben. Nařídil dvěma mužům, aby se v noci vydali určitou cestou a zabili prvního muže, kterého potkají. Poté vyslal čtyři muže, aby zabili dva první a osm, aby zabili a zahrabali ty čtyři. Periandros potřeboval ke spáchání sebevraždy čtrnáct mužů a šest vražd.“

(Pozn. autora: prvním mrtvým je právě tyran Periandros.)

10 DIAGNOSTIKA SEBEVRAŽEDNÉHO JEDNÁNÍ

Potencionální sebevrah před smrtí prožívá určité situace, má určité vzorce chování atd. Díky těmto rysům lze potencionálního sebevraha odhalit a jeho záměr zvrátit.

10.1 Varovné signály

Jedinec, který vážně přemýšlí o sebevraždě, svému okolí v mnoha případech naznačuje, že se k spáchání sebevraždy chystá. Můžeme říct, že vysílá tzv. varovné signály (Šatenková a kol., 2002):

1) Rozdávání majetku – člověk, který se chystá odejít ze světa rozdává své věci (sepíše závěť), „protože na onom světě ty věci už nebude potřebovat“.

2) Negativní poznámky o budoucnosti – často se týkají nízkého sebevědomí v mezilidských vztazích. Časté jsou věty typu: „Zvládnete to i beze mě.“, „Jen bych vás otravoval.“

3) Poznámky o budoucnosti „beze mě“ – „Vidíme se naposledy.“

4) Zájem o smrt, umírání a posmrtný život – u dospívajících jedinců je tento zájem vcelku běžný, ve vyšší míře – chorobné fascinaci – je to však signál patologického myšlení.

5) Příznaky těžké deprese – depresivní nálady jsou u jedinců obecně jedním z předpokladů sebevraždy (viz kapitola 7.1.4 *Stáří*).

10.2 Ringelův presuicidální syndrom

E. Ringel zformuloval tři znaky typické pro presuicidální syndrom. Prozkoumáním těchto znaků u konkrétního rizikového jedince můžeme diagnostikovat a prognózovat další vývoj. Cílem je zvrátit negativní rozvoj jednotlivých znaků (Špatenková a kol., 2004; Vodáčková a kol., 2002):

1) Zúžení subjektivního prostoru

a) *Zúžení možností* – člověk nenachází východiska a jiná řešení. Cítí se svázán okolními podmínkami a vlivy, na které nahlíží jako jím nezvratitelné, neovlivnitelné.

b) *Zúžení emocionální dynamiky* – prožívání jedince se stává plošším. Jedinec si sebe i okolní realitu uvědomuje ve zúženém, často negativním náhledu. Ani na pozitivní situace nereaguje kladně či energicky.

c) *Zúžení sociálních kontaktů* – ztráta mezilidských vztahů buď důsledkem opuštění ostatními lidmi, nebo v důsledku vlastní ztráty zájmu o tyto vazby.

d) *Zúžení hodnot* – hodnotový žebříček je narušen. Dříve zajímavé věci (např. koníčky, hudba apod.) ztrácí na zajímavosti.

2) Zablokovaná agresivita nebo autoagrese

Jedinec se postupem času začne obviňovat za situaci, v které se nachází, a začne nenávidět sebe samotného (viz kapitola 6 *Mechanismy autoagrese*).

3) Naléhavé sebevražedné fantazie

Tyto fantazie potencionálnímu sebevrahovi přinášejí příjemné pocity – s životem skončí i veškerá bolest a trápení. Sebevražedné myšlenky a rostoucí autoagrese jsou velmi blízko sebevraždě.

Často řeší jaké je být mrtvý, jaké je zabít se, přemýšlí o způsobu (způsobech) provedení sebevraždy apod.

10.3 Situace a pocity před sebevraždou

Kalifornský suicidolog Shneidman během své mnoholeté praxe našel 10 společných charakteristik sebevražd. Samostatně nejsou žádným velkým rizikem. Problém přichází tehdy, zkombinuje-li se u jedince více charakteristik najednou. Dohromady jsou pak velkým rizikem směřujícím k sebevraždě.

Dále se domnívá se, že tyto charakteristiky v rukou odborníků, ale i široké veřejnosti, mohou působit vysoce preventivně (Shneidman *in* Vodáčková a kol., 2002, str. 489-490, upraveno):

01) *Nesnesitelná psychická bolest* – sebevražda je únikem před touto bolestí.

02) *Frustrované psychické potřeby* – bezpečí, úspěchu, přátelství – jsou-li tyto potřeby alespoň dodatečně uspokojeny, lze sebevraždu odvrátit.

03) *Snaha vyprostit se* – v tomto případě se jedná o únik, ať už od psychické bolesti, tak z patové situace.

04) *Snaha zbavit se vědomí* – neboli přestat vnímat problém, krizi, bolest, což smrt umožňuje.

- 05) *Bezmoc a skleslost* – pramení ze ztráty, z viny nebo zklamání. Často jsou brány jako hlavní motivy sebevraždy, je to však především sebeklam, že „sám nic nezměním, jiný prostředek nemám“.
- 06) *Zúžení možností* – na dva póly – úplné vyřešení, úplný konec.
- 07) *Ambivalence* – která je rozhodováním mezi životem a smrtí.
- 08) *Sdělování svého záměru* – 80 % sebevrahů okolí naznačuje svůj záměr s vírou, že se mu dostane pomoci.
- 09) *Úniky* – rozchody, útky z domova, odchody z práce/školy řeší část problému. Sebevražda je únikem konečným, „řeší“ všechny problémy.
- 10) *Celoživotní modely zvládání krizových situací* – charakterizují, jak člověk v průběhu života reagoval na krizové situace. Myšlení stylu „buď a nebo“, úniky apod. mohou být jedním z předpokladů sebevraždy.

Norman L. Farberow se identifikuje s názory odborné veřejnosti, že stále nebyly nalezeny faktory, které změní sebevražedné myšlenky v čin. Stejně jako Shneidman se domnívá, že sebevraha lze identifikovat dle signifikantních charakteristik. V některých se s ním shoduje (Farberow *in* Růžička, 1968, str. 20-21, upraveno):

- 1) *Ambivalence* – vědomé, či nevědomé přání zemřít, či žít.
- 2) Pocity beznaděje, bezmocnosti, marnosti, neschopnosti vyřešit problém/y.
- 3) Pocit psychického vyčerpání.
- 4) Výrazné známky nejasného a nedefinovaného strachu, napětí (tenze), deprese, zlost, vina.
- 5) Pocity chaosu a dezorganizace – nemůže obnovit řád.
- 6) Citová labilita – apatie vs. vzrušení.
- 7) Zúžené poznání – neumí najít alternativu.
- 8) Ztráta zájmu o obvyklé činnosti – práce, koníčky, erotika.
- 9) Fyzická úzkost – insomnie, anorexie, psychosomatické symptomy.

11 PREVENCE, KRIZOVÁ INTERVENCE, POMOC

11.1 Historické roztodivnosti

Jak píše Monestier (2003), v minulosti odborníci používali celou řadu zaručeně účinných metod, jak zahnat myšlenky na sebevraždu.

V 19. století bylo užíváno pouštění žilou, přikládání baněk na ucho. Navrhován byl například umělý vývod v oblasti jater a vysoké dávky vody nemocnému, přičemž jedna z teorií prosazovala vodu velmi studenou. Někteří lékaři aplikovali chorým malé dávky opia nebo morfia. Dalším způsobem jak odehnat sebevražedné myšlenky bylo nalepení puchýřotvorných náplastí na nohy. Další ve výčtu byly několikahodinové koupele, u mladých dívek vdavky, vymlouvání sebevraždy, optimistický přístup k životu, studium matematiky, nebo životu nebezpečné hry.

V polovině 80. let 19. století začala jedna z newyorských far pracovat na principu naslouchání. Až roku 1906 však vzniklo v Los Angeles první „naslouchací“ středisko. Od té doby se metoda naslouchání začala rozšiřovat do celého světa.

11.2 Prevence

Vágnerová (1999) uvádí absenci druhé osoby, která může nabídnout alternativu, jako závažný faktor vedoucí k spáchání sebevraždy. U sebevrahů kromě tendence *zabít se* stále zůstává *touha žít*, naděje na záchranu.

Je nasnadě, že dostupnost pomoci, například prostřednictvím telefonní **linky důvěry**, může sehrát velkou preventivní roli, a sebevražedné tendence minimálně alespoň dočasně zvrátit, dokud jedinec nevyhledá odbornou pomoc – například krizového centra.

11.3 Krizová intervence

Krizová intervence může být poskytnuta jak osobně, například v krizovém centru, tak stejně jako prevence telefonicky na lince důvěry.

Ač by se zdálo, že osobní kontakt může hrát velkou roli, Špatenková (2004) uvádí mnoho pozitiv, která telefonická krizová intervence přináší.

Jedním z kladů je nepřetržitá možnost pomoci (je-li linka non-stop). Dalším pozitivem je absence jakéhokoli dojíždění. Pomoc je po ruce „kdekoli“. Anonymita a relativně nulové interpersonální bariéry klientovi usnadňují otevřeně mluvit o svém problému a popřípadě se i přiznat ke svému plánu zabít se.

V případě krizové intervence jde na jedné straně o preventivní působení – například lze při identifikaci znaků Ringelova presuicidálního syndromu zvrátit negativní postup. V druhé řadě jde o pomoc lidem, kteří jsou již pro sebevraždu rozhodnutí nebo kteří již podnikli v jejím spáchání první kroky.

Důležité momenty krizové intervence

Pokud se interventovi podaří vést krizovou intervenci správným směrem, dojde hned k několika momentům, které by (potencionálního) sebevraha měly od jeho úmyslu odvést.

Naváže-li intervent s klientem vztah, částečně tím přeruší „zužování sociálních kontaktů“. Jako posluchač vytváří prostor pro ventilaci agrese. Společně s klientem může nacházet řešení tíživých problémů, a nejen tím navodit optimistickou atmosféru. Dále intervent může klienta podporovat v kladném smýšlení o budoucnosti (Špatenková, 2004).

Důležité první kroky intervanta (Špatenková, 2004)

01) *Navázat kontakt* – s klientem.

02) *Zachovat klid* – neprojevit vlastní reakci na zjištění, že klient chce spáchat sebevraždu.

03) *Zhodnotit situaci* – pokud cítíme náznaky sebevražedných úmyslů, nebát se otevřeně zeptat nebo se snažit zjistit, zda klient nevykazuje některé rysy Ringelova presuicidálního syndromu. Popřípadě s klientem mluvíme o jeho sebevražedných úmyslech a negativních pocitech.

04) *Zhodnotit ohrožení* – jde například o zjištění, zda klient nevolá ze střechy výškové budovy, popřípadě zda již nepožil nějaké léky, kterými se chtěl zabít.

05) *Redukovat nebezpečí* – nabádat klienta např., aby jel výtahem ze střechy dolů, vypil hodně tekutin či vyvolal zvracení, a zabránilo se tak intoxikaci.

06) *Neanalyzovat příčiny hloubkově* – je třeba neřešit dlouhodobější problematiku klienta, ale najít „poslední kapku“, neboli aktuální spouštěč, který klienta přivedl k sebevraždě.

07) a) *Neobviňovat, neodsuzovat, nemoralizovat* – mohli bychom klienta znechutit jím samotným, a to by mohl být jen další impuls k sebevraždě.

b) *Nebagatelizovat* – zlehčováním situace by klient mohl pojmout dojem, že jeho problémy nechápeme a přestal by nám důvěřovat, přestal by komunikovat.

c) *Nehádat se* – s klientem. Mohl by přerušit komunikaci. Případný pocit, že ztratil i poslední možnost pomoci by jen přispělo k jeho rozhodnutí zabít se.

08) *Vyjádřit autentický zájem* – je třeba se o klienta zajímat, protože jedině tak ho udržíme na telefonu a budeme s ním dále moci komunikovat, odradit jej od jeho úmyslu a nabídnout mu případně další pomoc.

09) *Identifikace záchytných bodů* – snažit se najít osobu, věc, hodnotu, na které klientovi stále záleží. Může to být blízký člověk, zvířecí mazlíček, práce apod.

10) *Určit motivační faktor* – zjistit, zda jde o volání o pomoc, únik, zviditelnění se, demonstraci.

11) *Nabídnout alternativu* – postavit sebevraždu vedle dalších řešení, kterých je místo ní možno využít.

12) *Nabídnout specifický plán* – po vyložení nápadů na řešení lze klientovi, je-li přístupný, nabídnout konkrétní plán na řešení jeho situace, namísto jeho plánu sebevraždy.

13) *Nabídnutí možnosti pomoci* – dát konkrétní údaje – číslo na linku důvěry, adresu krizového centra, poradny apod.

14) *Nepřemlouvát, aby nespáchal sebevraždu* – klientovi dáme najevo, že jsme na straně života a smrt bychom nevolili, rozhodnutí však necháváme na něm, abychom jej nevystavovali tlaku. Ambivalentní postoj klienta k životu a smrti většinou pak vyznívá ve prospěch života.

15) *Kontrakt o nespáchání sebevraždy* – jde vlastně o domluvu s klientem, aby si nechal čas na rozmyšlenou, ve kterém se mu budeme snažit pomoci, nebo mu pomoc zprostředkujeme.

11.4 Následná pomoc

Následnou pomoc můžeme rozdělit do dvou kategorií:

1) Pomoc jedinci, který byl ohrožen sebevraždou

a) Pomoc jedinci, který od sebevraždy upustil – v tomto směru půjde především o diagnostiku a řešení problému, které jedince dohnalo až k rozhodnutí spáchat sebevraždu, a ruku v ruce s tím by bylo dobré zapojit psychoterapii, popřípadě psychiatrickou léčbu.

Pokud například posledním impulsem byla ztráta zaměstnání, půjde o to jedince (klienta) aktivizovat, zajistit mu například potřebnou rekvalifikaci a pomoci jej začlenit zpět do pracovního procesu apod.

b) Pomoc jedinci, který sebevraždu přežil – bude náročnější. Kromě péče psychoterapeutické (psychiatrické léčby) a důkladné diagnostiky, je zde potřeba vyřešit negativní dopad sebevraždy na fyzický stav jedince. Špatný zdravotní stav však diagnostiku či jinou terapii nemusí umožňovat (Špatenková, 2004).

2) Pomoc rodině sebevraždou ohroženého jedince

Sebevražda v lidech vyvolává nejružnější emoce (viny, smutku, zlosti, opovržení, nesouhlasu apod.) a úvahy (např. o vlastní smrti) a ty pak možné neadekvátní reakce.

a) Rodina jedince, který od sebevraždy upustil, nebo ji přežil – je potřeba, aby v rodině nevznikla negativní nálada namířená proti sebevraždou ohroženému jedinci. Mohla by na něj mít velice negativní, až destruktivní účinky. Je třeba, aby rodina vytvořila pocit bezpečí a posílili se vztahy mezi všemi jejími členy.

Dále je potřeba poskytnout rodině podporu, aby se se situací vyrovnala. Důležité je také antisuicidální působení na všechny členy rodiny (Špatenková, 2004).

b) Rodina jedince, který sebevraždu nepřežil – zde jsou ve velké míře zastoupeny (krom výše uvedených) i pocity sebeobviňování a ztráty. Kromě antisuicidálního působení, je možné, že někteří členové rodiny budou potřebovat psychoterapeutickou pomoc. Ta je velmi vhodná, zvláště pokud chceme odvrátit riziko další sebevraždy. Klientům například zprostředkuje ventil negativních emocí (hněv, sebeobviňování, smutek apod.), a umožní tak se se smrtí blízké osoby lépe smířit (Špatenková, 2004).

12 ZÁKON A SEBEVRAŽDA

Právní normy České republiky sebevraždu nestaví mimo zákon. Nezákonné je úmyslné nabádání, nebo napomáhání sebevraždě.

Ministerstvo vnitra České republiky – *Sbírka zákonů – Trestní zákon* (web MVČR, 2009, <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5405>):

SBÍRKA ZÁKONŮ ČESKÁ REPUBLIKA

40. Zákon trestní zákoník

ČÁST DRUHÁ ZVLÁŠTNÍ ČÁST

HLAVA I TRESTNÉ ČINY PROTI ŽIVOTU A ZDRAVÍ

Díl 1

Trestné činy proti životu

§ 144

Účast na sebevraždě

(1) Kdo jiného pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá, bude potrestán, došlo-li alespoň k pokusu sebevraždy, odnětím svobody až na tři léta.

(2) Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 na dítěti nebo na těhotné ženě.

(3) Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 na dítěti mladším patnácti let nebo na osobě stíženě duševní poruchou.

PRAKTICKÁ ČÁST

Úvod

Vzhledem k tomu že nemám vlastní zkušenost se sebevraždou a ani zprostředkovanou zkušenost z rodiny či blízkého okolí, rozhodl jsem se, že praktickou část mé bakalářské práce rozdělím do dvou různých kapitol.

V rámci první kapitoly jsem si zvolil sestavit krátký dotazník, jímž provedu malé dotazníkové šetření týkající se oblasti sebevražd. Tak zjistím, jak se k sebevraždě staví mé okolí.

V případě druhé kapitoly jsem si stanovil za cíl najít mezi svými známými či „širšími“ známými jedince, kteří mají vlastní zkušenost se sebevraždou (tedy kteří sebevraždu spáchali a přežili ji), a pokusit se rozebrat jejich případy. Tímto bych se chtěl seznámit alespoň zprostředkovaně s okolnostmi a konkrétními faktory sebevražd.

13 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

13.1 Příprava

13.1.1 Cíl

Mým cílem bylo zjistit názor lidí na zásadní a často diskutované otázky, které souvisí se sebevraždou, a zmapovat, zda mají vlastní zkušenost se sebevraždou nebo má vlastní zkušenost někdo z jejich rodiny.

Cílem tedy bylo provést *kvantitativní výzkum* prostřednictvím malého dotazníkového šetření.

13.1.2 Metody

Šetření jsem provedl prostřednictvím krátkého dotazníku a jeho rozesláním na emailové adresy respondentů. Tento postup v minulosti velmi dobře zafungoval, především co se rychlosti odpovědí (do dvou dnů odpovědělo 60 % dotazovaných) a uspokojivé návratnosti (ta činila přibližně 90 %) týče. Dále v kapitole *14.2.1 Tvorba dotazníku*.

13.1.3 Cílová skupina

Jako cílovou skupinu jsem vybral studenty tří třetích ročníků (3.A SOP, 3.B SOP a 3.C SOP) VOŠ Evropské se zaměřením na sociální pedagogiku.

Během studia se studenti setkali, ať už teoreticky, nebo i prakticky, s nejrůznějšími případy krizí a s krizovou intervencí, patologiemi (jak zdravotními, tak psychickými a sociálními), což může značně ovlivnit (například liberalizovat) jejich náhled na sebevraždu a okolnosti s ní spojené.

13.2 Realizace

13.2.1 Tvorba dotazníku

Vzhledem k reálné znalosti vybrané skupiny respondentů jsem předem věděl, že demografické údaje budou jen orientační, proto jsem jejich počet omezil na minimum (pohlaví, věk). Jako zásadní ukazatel jsem určil vyznání respondentů (kvůli známému faktu, že věřící lidé obecně sebevraždy odsuzují).

Abych zachoval charakter „malého“ dotazníkového šetření, rozhodl jsem se, že (i pro vyhodnocování a analýzu dat) bude velmi dobré vypustit otevřené otázky. Ve výsledku jsem tedy vybral čtyři uzavřené a jednu polootevřenou otázku:

(Dotazník je jako příloha řazen na konci této práce – *Příloha 1.*)

Otázka číslo 1 a 2: Za zajímavé otázky (obě uzavřené) jsem považoval dotazy na osobní či zprostředkované zkušenosti se sebevraždou.

Otázka číslo 3: Dále mě zajímalo, jaké faktory podle respondentů sebevražednost ovlivňují (otázka polootevřená).

Otázka číslo 4: Euthanasie je velmi závažné téma a já osobně si jej se sebevraždou spojil, proto jsem chtěl zjistit, zda sebevraždu a euthanasii vedle sebe staví i respondenti (otázka uzavřená).

Otázka číslo 5: Pokusil jsem se stanovit tři teze (kladnou, neutrální, zápornou), které by měly pomoci odhalit jaký je přístup respondentů k sebevraždě (otázka uzavřená).

Všechny otázky jsem formuloval pozitivně.

13.2.2 Sběr dat a jeho průběh

Vytvořený dotazník jsem prostřednictvím Internetu rozeslal 60 respondentům na jejich soukromé emailové adresy s doprovodným textem (žádostí o vyplnění), v úvodu jej obsahuje i samotný dotazník.

Během dvou dnů jsem měl k dispozici téměř 50 % odpovědí.

Přibližně po uplynutí jednoho týdne od odeslání prvního emailu s dotazníkem jsem žádost o vyplnění opakoval.

Po třech týdnech, kdy se návratnost pohybovala kolem 75 %, jsem příjem dotazníků uzavřel. V posledním (třetím) týdnu, již žádné nedošly.

Data z jednotlivých dotazníků jsem zaznamenal a vytvořil několik grafů, pro jejich snazší analýzu a interpretaci a přehlednější vizualizaci.

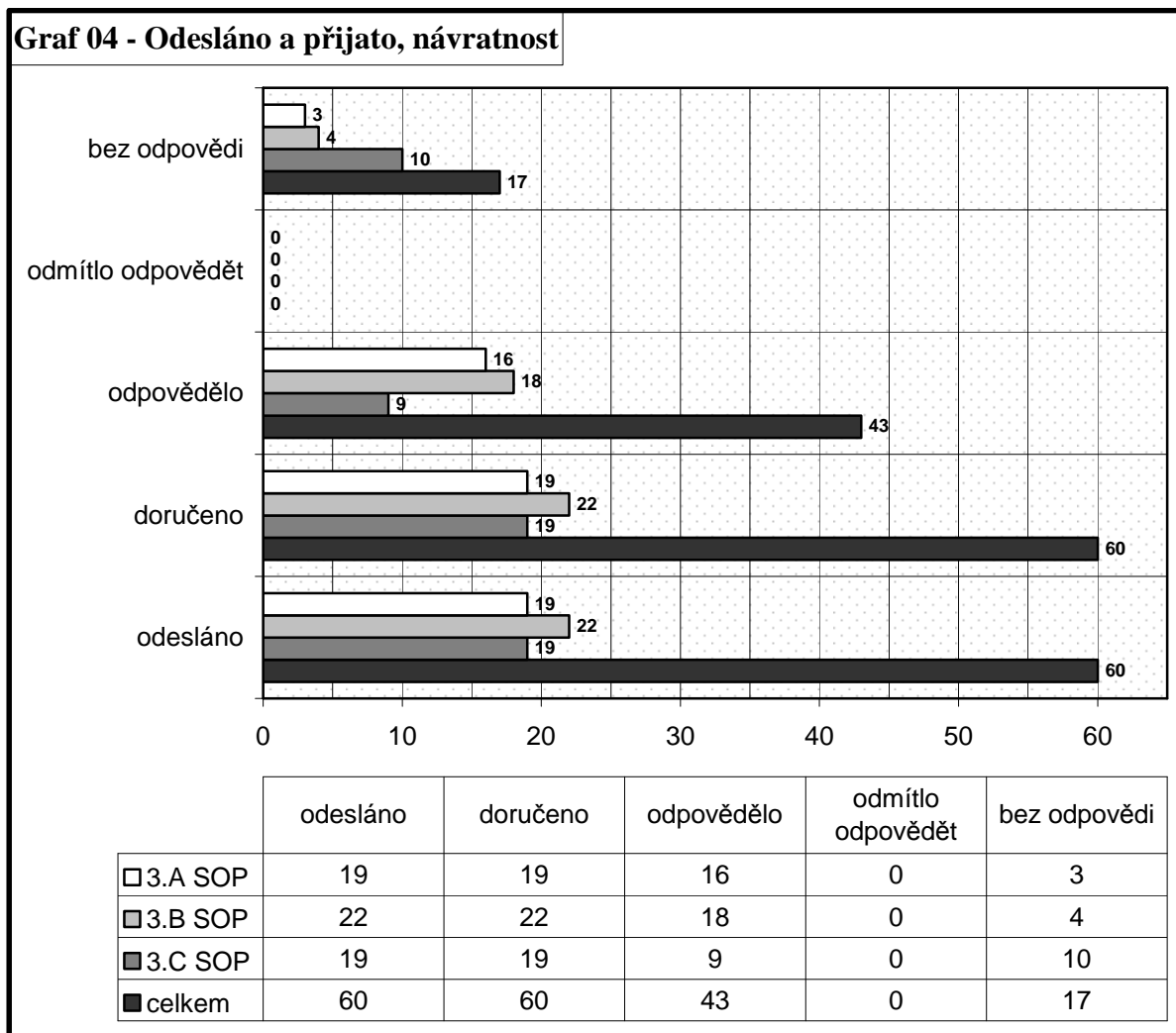
13.3 Vyhodnocení – analýza a interpretace dat

13.3.1 Návratnost

Odesláno bylo 60 dotazníků a 60 jich bylo doručeno (zobrazily se adresátům).

Návratnost dotazníků nebyla tak vysoká, jak jsem očekával, ale je dostačující. Odpověď zaslalo 43 z 60 respondentů, což činí téměř $\frac{3}{4}$ z celkového počtu dotazovaných.

V grafu viz níže (*Graf 04 – Odesláno a přijato, návratnost*) můžete kromě již uvedených hodnot vidět i reakce rozlišené dle jednotlivých ročníků.

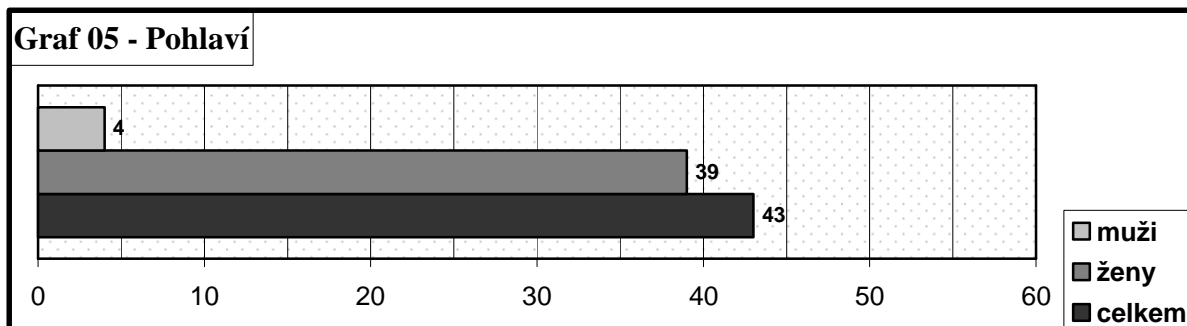


13.3.2 Demografické údaje

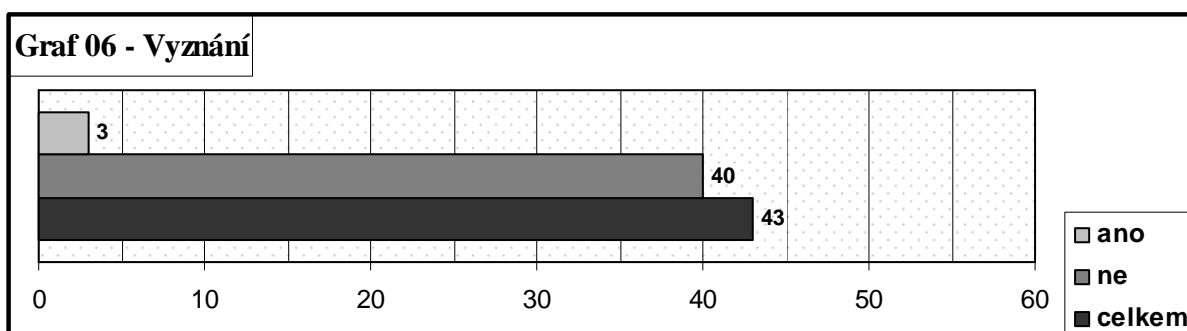
Vzhledem k tomu, že studijní obor „sociální pedagogika“ studují ve větší míře ženy, (*Graf 05 – Pohlaví*) a věk studentů (až na výjimky, které zrovna nechaly dotazník bez odpovědi) je většinou v rozmezí 21 až 24 let (v průměru 22,5 roku), nelze těchto demografických údajů použít pro hlubší analýzu názorů rozlišením na ženy a muže, či na starší a mladší studenty.

U zjišťovaného ukazatele „vyznání“ se objevily jen tři kladné odpovědi, takže ani zde nelze usuzovat, zda platí obecný trend, totiž že věřící lidé zastávají názor, že sebevražda je nepřijatelná (*Graf 06 – Vyznání*).

1) Pohlaví – dotazník celkem vyplnilo 43 dotazovaných, z toho 39 žen respondentek a 4 muži respondenti (*Graf 05 – Pohlaví*).

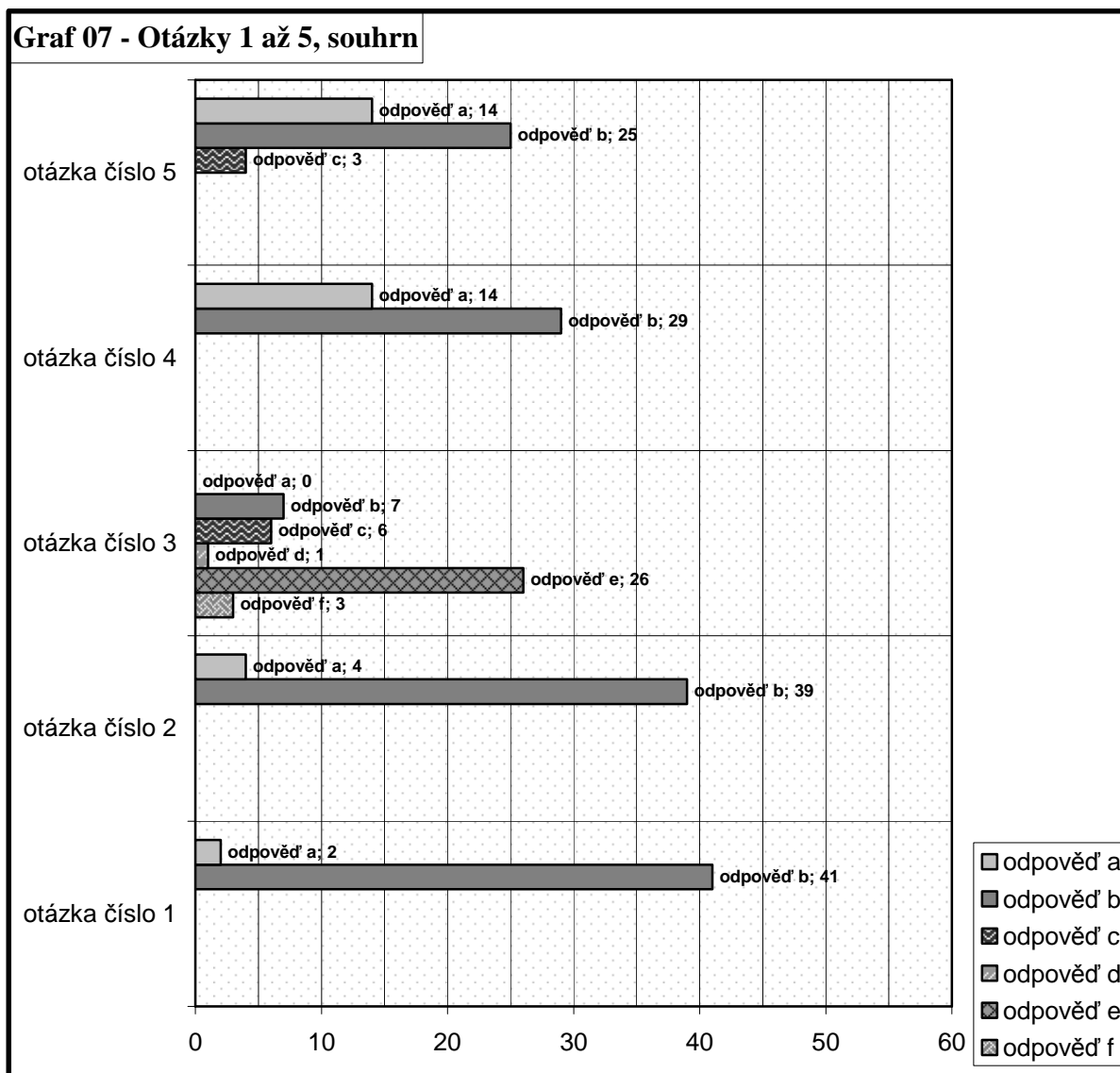


2) Vyznání – dvě respondentky jsou křesťanky, jedna vyznává buddhismus. Ostatní dotazovaní uvedli, že jsou bez vyznání (*Graf 06 – Vyznání*).



13.3.3 Otázky 1 až 5

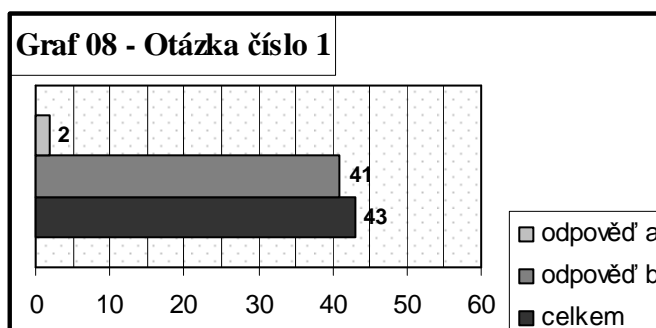
1) Souhrn otázek 1 až 5 – v grafu (*Graf 07 – Otázky 1 až 5, souhrn*) můžete vidět, jak respondenti odpovídali. Podrobnější rozbor jednotlivých otázek najdete níže.



2) Otázka 1 – „Pokoušel/a jste se spáchat nebo jste spáchal/a sám/sama sebevraždu?“

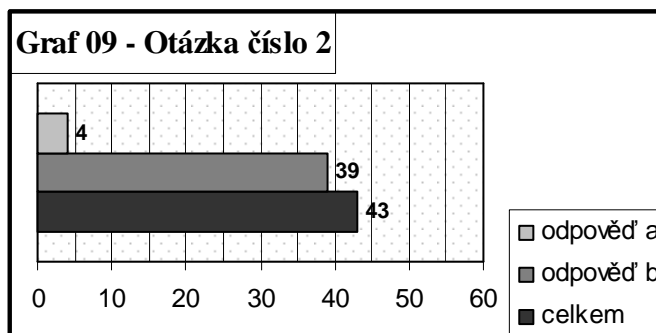
Pouze ve 2 případech se objevila odpověď a) ano. 41 respondentů odpovědělo za b) ne, nemají tedy vlastní zkušenost se sebevraždou (Graf 08 – Otázka číslo 1).

Pokud všichni respondenti odpovídali dle skutečnosti, většina z nich tedy vlastní zkušenost se sebevraždou nemá.



3) Otázka 2 – „Setkal/a jste se ve vlastní rodině se sebevraždou?“

Pouze 4 respondenti odpověděli a) ano, se sebevraždou ve vlastní rodině se tedy setkali. Zbytek, 39 dotazovaných, odpověděl za b) ne, ve vlastní rodině se se sebevraždou nesetkal (Graf 09 – Otázka 2).



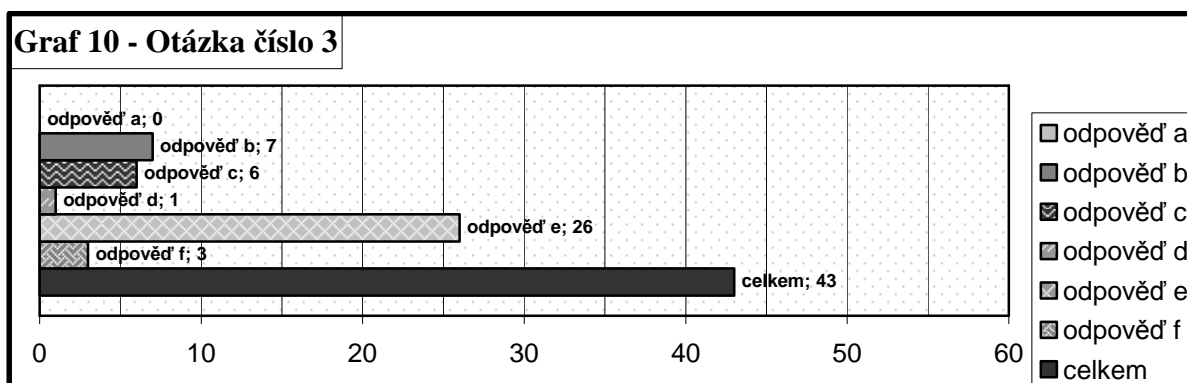
Pokud i zde všichni dotazovaní odpovídali dle skutečnosti, tak, podobně jako u otázky číslo 1, většina z nich nemá se sebevraždou ve vlastní rodině zkušenost.

4) Otázka 3 – „Který z faktorů má podle Vašeho mínění největší vliv na to, že člověk spáchá sebevraždu?“

Více než polovina zúčastněných dotazovaných, konkrétně 26 studentů, odpověděla, že největším rizikovým faktorem vedoucím k sebevraždě je e) životní krize. Ostatní odpovědi nebyly zastoupeny více než 7x, přičemž odpověď a) genetické predispozice se neobjevila ani u jednoho respondenta.

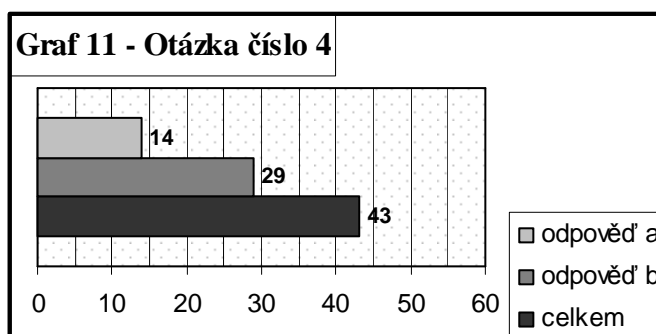
Zajímavá je bilance „otevřené“ možnosti za f) jiný. Respondenti měli možnost se samostatně vyjádřit, využili jí však jen 3 z nich. Shodli se, že všechny navrhované faktory, a mnohé další, v součinnosti působí na vznik sebevražedných myšlenek a posléze sebevražedného jednání u jedince (Graf 10 – Otázka 3).

V celkovém souhrnu tedy většina aktivních respondentů zastává názor, že člověka k sebevraždě dožene životní krize.



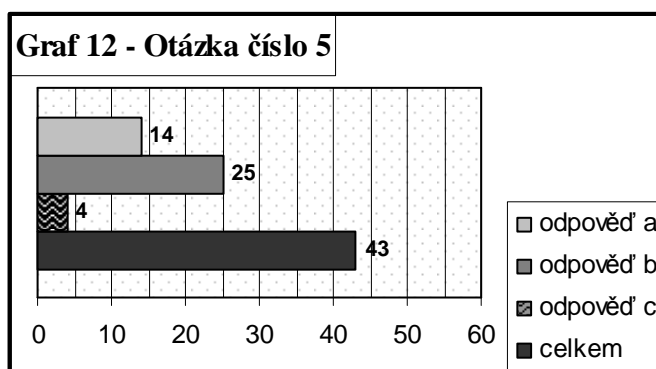
5) Otázka 4 – Považujete euthanasii za sebevraždu?

29 dotazovaných, přibližně dvě třetiny všech odpovědí, odpovědělo za b) ne, euthanasii tedy za sebevraždu nepovažují. Zbýlých 14 respondentů, třetina všech odpovědí, odpovědělo a) ano, euthanasii tedy za sebevraždu považují (Graf 11 – Otázka číslo 4).



6) Otázka 5 – Jaký je Váš aktuální názor na sebevraždu?

Něco málo přes polovinu respondentů (25) se staví k sebevraždě neutrálně. Kladný postoj zastává téměř třetina dotazovaných. Záporně se k sebevraždě vyjadřují jen 4 lidé (Graf 12 – Otázka číslo 5).



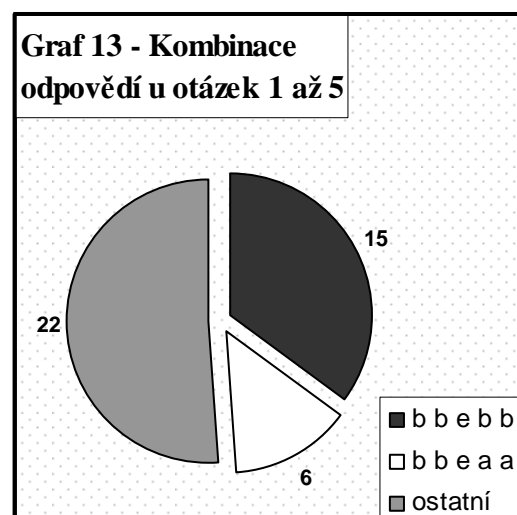
13.3.4 Kombinace otázek

1) Kombinace otázek 1 až 5

Něco málo přes třetinu dotazníků mělo stejnou kombinaci odpovědí: 15 respondentů se o sebevraždu nepokusilo, zároveň nemá zkušenost se sebevraždou z prostředí rodiny, myslí si také, že hlavním faktorem vedoucím k sebevraždě je životní krize, euthanasie podle nich není sebevraždou a přístup k sebevraždě mají neutrální.

Přibližně sedmina lidí má v prvních třech otázkách stejný názor jako první skupina respondentů (viz výše), ve zbylých dvou se liší. Euthanasii považují za sebevraždu a vztah k sebevraždě mají kladný.

Zbýlých 22 respondentů, nadpoloviční většina, se v názorech různí, a nevytvořila tak žádnou názorově shodnou zaznamatelnou skupinu (Graf 13 – Kombinace odpovědí u otázek 1 až 5).



2) Kombinace otázek 4 a 5

8 respondentů se sice domnívá, že euthanasie je sebevraždou, k sebevraždě samotné však zaujímá kladný postoj.

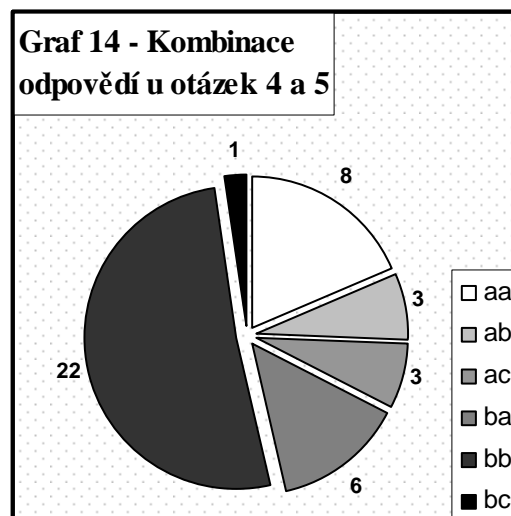
3 respondenti si sice myslí, že euthanasie je sebevraždou, k sebevraždě ale mají postoj neutrální – nedokážou rozhodnout, zda je sebevražda dobrá, nebo špatná. Můžeme usuzovat, že nedokážou rozhodnout ani o tom, zda je dobrá, nebo špatná euthanasie. Není to však podloženo.

3 dotazovaní míní, že euthanasie je sebevraždou, a zároveň zastávají záporný postoj k sebevraždě. Lze z toho vyvozovat, že tito tři jedinci se záporně staví i k euthanasii. Nelze to však brát s určitostí. Bylo by nutné a jistě zajímavé tento úsudek, porovnat s realitou.

6 respondentů odpovědělo, že euthanasie není sebevraždou, a navíc zastává kladný postoj k sebevraždám. Na rozdíl od předchozí skupiny lze vyvodit, že těchto šest dotazovaných zaujímá k euthanasii kladný postoj. Opět však tento úsudek nelze považovat za směrodatný.

22 dotazovaných, což je nadpoloviční většina respondentů, neztotožňuje euthanasii se sebevraždou a k sebevraždě má neutrální vztah.

Pouhý jeden respondent odpovídá, že euthanasie není sebevraždou, ale k sebevraždě má postoj záporný. Z toho lze usuzovat, že euthanasii, na rozdíl od (klasické) sebevraždy, záporně nevidí (*Graf 14 – Kombinace odpovědí u otázek 4 a 5*).



13.4 Shrnutí dotazníkového šetření

Vzhledem k tomu, že dotazník byl zaslán 60 respondentům, z kterých odpovědělo 43, nedá se z výsledných údajů usuzovat nějaký konkrétní závěr, který by mohl být prohlášen za obecně platný.

Problematické může i být i to, že dotazník byl zadán vybrané skupině lidí - studentům oboru sociální pedagogika – kteří vzhledem k oboru studia mohou mít jiná měřítká, než by měli například studenti technických oborů.

Dotazník můžeme považovat za jakousi sondu.

14 PŘÍPADOVÉ STUDIE

Úvod

Podářilo se mi sehnat tři „klienty“, kteří byli ochotni podrobit se mé anamnéze a rozhovoru, kteří byli ochotni podělit se o svou vlastní zkušenost se sebevraždou.

V prvních dvou případech se jedná o přátele mých přátel. Ve třetím případě se jedná o pacienta psychiatrie, který od ordinujícího lékaře (naš rodinný přítel) přijal nabídku poskytnout mi rozhovor.

Ač nejednám jménem žádné instituce, budu respondenty nazývat „klienty“.

Pro vedení celého rozhovoru jsem si připravil klasický anamnestický dotazník (inspirace pracemi v minulosti), kterým jsem chtěl nahlédnout do minulosti klientů a ověřit si své anamnestické schopnosti v praxi. Dále jsem vytvořil řadu logicky navazujících otázek týkajících se rozboru pokusu o sebevraždu, které jsem uzpůsobil dle okolností. Nakonec jsem se pokusil každý případ shrnout a přidat pár postřehů z pozorování klientů.

14.1 Rozbor případu 1

14.1.1 Anamnéza

ÚDAJE O KLIENTOVI A BLÍZKÝCH OSOBÁCH

Osobní údaje klienta

pohlaví: muž

ročník: 1989

bydliště: Praha

studium: jazyková ZŠ (AJ a NJ), víceleté gymnázium (1 rok v Praze, 1 rok Litoměřice), obchodní akademie (3 roky); prospěch vždy bez problémů, se spolužáky občas konflikty, chování bez problémů

zdravotní stav: novorozenecká žloutenka, kýla (v 6 týdnech), vrozené selhání jater + žloutenka (10 let), dysfunkce jater

sexuální orientace: homosexuální

vyznání: bez vyznání

Matka – údaje

ročník: 1971

vzdělání: vyučena (prodavačka)

zaměstnání: neví

bydliště: Praha

zdravotní stav: prodělala rakovinu, úspěšně léčena; v rodině schizofrenie

vlastnosti/popis: notorická lhářka, věří svým lžím, notorický piják

Otec – údaje

ročník: 1951

vzdělání: VŠ

zaměstnání: neví

bydliště: neví

zdravotní stav: neví

vlastnosti/popis: neví

Osoby ve funkci rodičů – údaje

teta (sestra matky):

ročník: 1962

vzdělání: vyučena (kuchařka)

zaměstnání: rodičovská dovolená

bydliště: vesnice u Litoměřic

zdravotní stav: schizofrenie – užívá léky

vlastnosti/popis: mateřský typ

Sourozenci

sestra (nevlastní):

ročník: 1996

studium: ZŠ; hyperaktivita, nesoustředěnost, dyslexie

bydliště: Praha

zdravotní stav: bez zdravotních obtíží, drobné úrazy

vlastnosti/popis: „normální sestra“

Dva bratři (nevlastní, z otcovy strany), s kterými se nestýká.

ONTOGENETICKÝ VÝVOJ KLIENTA

porod:

postoj: neplánované, nechtěné dítě (matce bylo 17 let) – z toho důvodu asi žádná preference pohlaví nebyla

pořadí: první dítě

potraty: zřejmě žádné

negativní vlivy na matku: kouřila, pila alkohol

těhotenství: bez rizika

způsob: klasický, žádné problémy

tělesné proporce novorozence: v normě

psychomotorický vývoj: v normě; levák (ve školce jej bez vědomí matky přeučovali, matka to učitelkám zakázala)

vývoj řeči: „ř“ se naučil až v 6 letech

kognitivní vývoj: nesoustředěnost, intelektuální schopnosti nadprůměrné

nemoci, úrazy, operace: novorozenecká žloutenka, kýla (v 6 týdnech), vrozené selhání jater + žloutenka (10 let), dysfunkce jater

začátek pubescence: 12 let

vlastnosti/popis: náladový, občasné afekty, vznětlivý, egocentrický, většinou extrovert, sanguinik a minimálně cholerik, není vytrvalý

SOCIÁLNÍ ADAPTACE KLIENTA

předškolní zařízení: jesle, MŠ; žádné pocity spojené s navštěvováním

hospitalizace: 3 týdny během selhání jater, nenesl to nijak traumaticky

ozdravovny: ne

tábory: 2x za letní prázdniny, neměl je rád, ale nevadily mu

obecně: občasné konflikty s vrstevníky (14-15 let více konfliktů)

RODINA

Složení rodiny (domácnosti)

klient, jeho matka, později mladší sestra; několik „náhradních otců“

Vývoj nukleární rodiny

- 1) 1988 – otec a matka se brali z lásky
- 2) 1989 – narození klienta
- 3) 1889 – rok od svatby rozvod
- 4) několik „náhradních otců“
- 5) 1996 – narození sestry
- 6) 2002 – odstěhován matkou k tetě (neznámá rodina, prostředí, ...)
– teta, její partner, bratranec (roč. 1985), později sestřenice (2003)
- 7) 2005 – návrat do Prahy k matce (sestra, matka a její nový partner)
- 8) 2006 – sám se odstěhoval

Vztahy mezi členy rodiny

mezi rodiči: Rodiče se rok po svatbě rozvedli, vztah tedy neudržovali/neudržují žádný. Klient tak nemá k otci žádný vztah.

k matce: V dětství byl klientův vztah s matkou dobrý, vzhledem k absenci otce byl klient na matku fixovaný. V pubertě se vztah s matkou mírně zhoršil. Klient „zlobil“ a matka jej nevládala. Dnešní vztah (přibližně od roku 2002, kdy matka klienta odstěhovala k tetě) je „komplikovaný“. Je spíše oficiální, zlepšuje se to však. „Matka se nestarala, tak jsem se taky nestaral.“

sourozenci: S mladší sestrou má klient dobrý vztah, vídají se jen málo.

ostatní: Klient má tetu („náhradní matku“) a její rodinu rád. Má dobrý kamarádský vztah s bratrancem. Vztah s partnerem tety není úplně ideální – tolerují se.

V rodině tety, aniž by to klientovi prý někdo naznačoval, se cítil, a občas cítí, navíc.

prarodiče: S prarodiči se klient nestýká, a ani v minulosti se s nimi nestýkal, proto nemají vytvořený vztah.

SOCIO-EKONOMICKÉ FAKTORY

Byt a jeho využití

Od začátku bydleli ve velkém mezonetovém bytě. Klient měl svůj samostatný pokoj. Tento byt měl velmi rád.

U tety bydlel v domě.

Majetkové poměry

Rozhodně nikdy netrpěli nouzí. Partner matky vydělával hodně peněz.

U tety klient dostával kapesné, které bylo dostačující.

Nyní se klient živí sám (ve škole má individuální plán) a soudně si vymohl výživné, zatím jen od otce.

Režim rodiny a rekreace

Režim rodiny byl pravidelný.

O Vánocích každoročně jezdili na 3 týdny do Itálie lyžovat. V únoru jezdili na dovolenou do Karibiku.

Letní prázdniny klient trávil sám na táboře (v Čechách i zahraničí) anebo s rodinou u moře a na Slovensku na horách.

Klient byl velmi často návštěvníkem divadla a kina.

Na kratší výlety rodina moc nejezdila, jen občas se jezdilo na chatu.

Využití volného času

V první třídě ZŠ klient navštěvoval kroužek hraní na flétnu (půl roku), to jej nebavilo. Později chodil do kroužku dramatické výchovy, který jej velmi bavil.

OSTATNÍ VZTAHY KLIENTA

přátelé: důležití přátelé mu zůstali po odstěhování k tetě v Praze, což nesl velmi špatně. Pod vlivem křivdy opovrhoval okolí, novými spolužáky. Zpětně s lítostí popisuje, jak bral tehdejší vztahy: „Já snob z Prahy, oni burani z venkova.“

homosexualita: ve 13 letech si uvědomil, že je homosexuál, žádné psychické problémy – například úzkost, že je jiný apod. – mu to nepřineslo. Sám říká, že na jeho psychiku to nemělo nijak záporný vliv. Matce o své sexuální orientaci řekl v 16 letech a ta zprávu přijala výborně. Teta, která o něj pečovala, se o jeho orientaci dozvěděla až v roce 2007.

partneři: dlouhou dobu měl vztahy pouze krátkodobé – „jednonoční až krátkodobé“. Frustrace přišla až nedávno (půl roku, rok). Nyní má (prý snad) dlouhodobější vztah.

14.1.2 Zpětné rozebrání sebevraždy

Kdy anebo jak podle Vás problém začal?

Řekl bych, že odstěhováním k tetě. Tehdy jsem byl úplně vytržen ze svého prostředí – z rodiny, od přátel, z kolektivu, ze školy, kterou jsem miloval, z Prahy... Bylo mi čtrnáct, v pubertě.

Byl jsem odtržen od matky, na které jsem byl závislý, a byl jsem nastěhován, v té době, k ne příliš známé tetě, do její rodiny.

Začalo mě období vleklé deprese. Táhlo se to asi rok.

Jak jste Váš problém zpočátku řešil?

Neřešil. Situace mi přišla absolutně neřešitelná. Máma mě nechtěla. Nové – tak jiné – prostředí. Bez mámy, na kterou jsem byl fixovaný, a na místě, kde jsem žil, jsem nechtěl být. Bylo to i mou povahou. Asi jsem nedokázal dostatečně říct, jak se mnou situace zatočila, protože jsem to mámě říkal, ale nijak to nepomohlo.

Když jste se svými pocity svěřoval okolí, například přátelům, přišla nějaká odezva, pomoc?

Nesvěřoval jsem se. Takže pomoc přijít nemohla. Já měl dlouhou dobu plán. Jak problém vyřešit bylo jasné – zabiju se. Měl jsem pocit, že mi nikdo nemůže pomoci.

Co bylo poslední kapkou, po které jste se pro sebevraždu rozhodl?

Žádná poslední kapka nebyla. Měl jsem dlouho promyšlený plán, takže jsem čekal na vhodnou příležitost. Nebyl žádný impuls, byla to bilance nad mou situací, která se neměnila, proto se neměnil ani můj plán.

Jak jste sebevraždu spáchal? Mluvil jste o plánu...

Ano. Asi tak čtvrt roku před sebevraždou jsem byl rozhodnut, že ji spáchám. Asi dva týdny před sebevraždou jsem si celé provedení naplánoval.

Teta se „strýcem“ jezdili pravidelně každý pátek na nákup. Tuto dobu jsem vybral jako příhodnou. Na Internetu jsem si zjistil, jak se nejlépe a s jistotou bezbolestně zabít. Teta v té době užívala léky na schizofrenii. Neurol. Zjistil jsem, že je to dobrá cesta, že i kdyby byl nákup kratší než jindy, umřu.

Pamatuji si, že mě trochu udivila má klidnost, s jakou jsem celou věc podniknul. Přišel jsem ze školy. Nikdo nebyl doma. Našel jsem tetiny léky, postupně jsem snědl sedm plátek Neurolu a šel jsem si lehnout do postele. To je poslední věc, kterou si pamatuji.

Co se po Vašem činu dělo dál? Co jste se například dozvěděl z vyprávění?

Kamarádka ze sousedství, za mnou chtěla jít na návštěvu. Slyšela, jak křičím. Běhal jsem prý po pokoji a mlátil sebou. Kamarádka neváhala, rozbila okno v obýváku, přes verandu nemohla, byl tam hlídací pes, a vlezla za mnou. Zavolala sanitku. Do nemocnice za mnou přijela teta s rodinou. Později přijela i matka a zase odjela, bylo to divné setkání. Mám to ale celé zamížené, byl jsem ještě tak týden mimo.

V nemocnici jsem byl asi měsíc. Na začátku mi prý vypumpovali žaludek. Naštěstí ale doba od požití a vypumpování byla krátká.

Takže to nemělo na Váš zdravotní stav větší negativní vliv? Uvedl jste, že máte částečně dysfunkční játra.

Nijak mě to zdravotně nepostihlo. Doba mezi požitím a vypumpováním žaludku byla prý krátká.

Proč jste si vlastně vybral otravu léky?

Byla to jistá a bezbolestná možnost odchodu.

Jak se o Vás v nemocnici starali?

Kromě klasické péče, byl jsem zpočátku slabý a nemohl jsem chodit, jsem pak navštěvoval psychologa. Posléze jsem chodil k psychiatrovi, měl jsem doporučení k němu dále docházet, ale přestal jsem.

Myslíte, že by Vám tehdy v té chvíli pomohla blízká osoba? Rozhovorem, přítomností...? Co by pomohlo?

Ne, jak jsem říkal, měl jsem pocit, že mi nikdo ani nic nemůže pomoci.

Co návrat do Prahy k matce, do původního prostředí?

Nevím. Můj plán byl prostě jasný. Byl jsem s ním smířený, sžitý, měl jsem jej zvnitřněný.

Jaký byl Váš pocit po tom, co jste si uvědomil, že jste přežil?

Týden po sebevraždě jsem byl mimo a pak to ve mně nějak vyšumělo. Neřešil jsem to. Jako by se to nestalo.

Jak se k celé věci stavilo okolí?

Vzali to dobře. Tedy teta a její rodina. Mluvili s nimi doktoři a psychologové, možná proto bylo vše tak v pohodě. Spíš měli sami pocit, že udělali něco špatně oni.

Říkal jste, že jste se o sebevraždu pokusil 2x...

Ano.

Co bylo příčinou té druhé?

Stále tu mírně visel problém té první. Ale tohle byla taková demonstrace. Byl jsem v afektu. Teta mi za něco hrozně vynadala, tak jsem šel do koupelny a pobral různé prášky.

Můžete opět popsat co se dělo?

Tak nebyl tady čas s někým promlouvat, i když by to možná pomohlo, nebyla tu ani možnost nějakého předchozího řešení; abych odpověděl na to, co jste se mě ptal předtím. Bylo to prostě rychlé.

No, našel mě bratranec, partner tety mě zbil a přijela pro mě sanitka. V nemocnici mi vypumpovali žaludek a odvezli mě do Bohnic.

V Bohnicích jsem byl přibližně tři čtvrtě roku. Bylo to tam k ničemu. Bezvýznamné terapie. Příšerná škola. Lehká antidepressiva na přírodní bázi – kvůli játrům. Metody mi přišly zastaralé. Zpětně mi to tam přijde jako ve filmu Přelet nad kukaččím hnízdem. Celkové vyznění péče vyzní jako zastrašování: Už to nikdy nedělej, aby ses sem znovu nedostal.

A Váš pocit, že jste přežil?

Nevím... Byl jsem ve stresu. Bylo to zkratkovité. Byl jsem rád, že žiju.

Jak se ke svému kroku stavíte dnes? Jak to celé vidíte?

Zpětně jsem rád, že žiju. Myšlenky na sebevraždu od té doby nemám.

První sebevražda tehdy přišla prostě jako jediné dobré řešení. Dnes bych to neudělal, ale chápu to, chápu se.

Druhá sebevražda byla rozhodně chyba.

14.1.3 Pozorování a krátký rozbor

Pozorování

- 1) celkově: sympatický, nenápadně ale elegantně oblečený, otevřený
- 2) zjev: postava – velmi štíhlá, vysoká
hlava – ostré aristokratické rysy, výrazné hnědé oči
upravenost – upravený
- 3) motorika: klidná, gestikuluje méně, občas „ožije“ – je dynamičtější a živější
- 4) řeč: dynamická, velmi rychlá; příjemný hlas; kultivovaná slovní zásoba
- 5) emotivita: přemýšlivý, spíš veselý
- 6) chování k tazateli: sdílnost, otevřenost, snaha sdělit maximum, přátelskost

S klientem jsem se seznámil přes mou dobrou kamarádku. V minulosti jsme podnikali společné akce. Dnes se stýkáme i sami a vytvořili jsme si přátelský vztah. O sebevražedných pokusech jsem nevěděl. Na popud společné kamarádky, která o pokusech věděla, mi klient nabídnul rozhovor.

Sešli jsme se dvakrát, protože anamnéza byla díky rozdělení rodiny delší a po jejím vyplnění jsme byli oba velmi vyčerpaní. Sebevražedné pokusy navíc byly dva, což znamenalo delší sezení.

Klient je sympatický, k okolí však občas arogantní. Nemyslí to však zle, vždy je to spíš důsledek špatné nálady – je totiž, jak sám uvádí, náladový. Špatné nálady v počátcích našeho

přátelského vztahu bych popsal spíš jako depresivní stavy. Zpočátku jsem měl též dojem, že je spíše introvertní, což je způsobeno jeho přemýšlivou povahou. Ve větší společnosti, při dobré náladě dokáže bavit společnost a stává se výrazně extrovertním.

Dnes má klient stálý vztah. Uspokojivé bydlení, uvažuje však o společném bydlení s přítelem. Ve škole plní individuální plán a pracuje v kavárně, občas si přivydělává jako operátor telefonním výzkumem trhu. Zdá se být spokojený.

Rozbor sebevraždy

První pokus o sebevraždu je zajímavý tím, jak si jej klient zvnitřnil a spáchání sebevraždy postavil vedle činností běžného dne – „půjdu do školy, přijdu ze školy, zabiju se“. Motiv, respektive souhrn motivů, byl velice silný. I ohlédnutí zpět – „dnes bych to neudělal, ale chápu to, chápu se“ – nasvědčuje tomu, že tento akt byl učiněn pod vlivem velkého zoufalství, proto si jej klient sám pro sebe omlouvá.

Myslím, že se zde zjevně projeví faktory Ringelova presuicidálního syndromu. Jak se na první pohled zdá nemožné, že se někdo dostane do tak „úzké“ situace (jak z charakteristik syndromu vyplývá), tento případ je zářným příkladem reálnosti. Typický případ bilanční sebevraždy.

Druhý pokus, na rozdíl od prvního, klient vidí jako chybu. Zde se jednalo o sebevraždu impulzivní se záměrem „dát tetě“ za vyučenou, demonstrovat nesouhlas. Proto jej klient odsuzuje a je zjevné, že neměl velký zájem na tom, aby zemřel.

V obou případech s klientem pracovali odborníci – psychologové a psychiatři. Je však zajímavé, že v prvním případě, který byl zjevně zásadní, se péči nevěnovalo tolik pozornosti jako v případě druhém, kde je jen z pouhého popisu situace před sebevraždou zřejmé, že šlo o afekt.

Je samozřejmé, že druhý pokus byl opakováním předchozího patologického chování, ale pouze na první pohled. Nelze říct, že by se díky soustavnější, dlouhodobější péči druhý pokus neodehrál, vidím zde ale velkou disproporci mezi „léčebným“ úsilím po prvním a druhém pokusu a neopodstatněnou délkou péče po druhém pokusu. Nehledě na klientovu negativní zkušenost s léčebnými metodami, které jak říkal vyznívají: „Už to nikdy nedělej, aby ses sem znovu nedostal.“ Osobně mi však celá věc vyzní: „Už to nikdy nedělej, aby ses sem znovu nedostal, nebo to udělej pořádně!“

14.2 Rozbor případu 2

14.2.1 Anamnéza

ÚDAJE O KLIENTCE A BLÍZKÝCH OSOBÁCH

Osobní údaje klientky

pohlaví: žena

ročník: 1984

bydliště: Praha (od narození doposud)

studium: ZŠ, víceleté gymnázium, soukromá VŠ (andragogika); studium (prospěch, kázeň, vztahy) vždy bez problémů

zdravotní stav: angíny do 3 let, jinak žádné těžké choroby, ani žádné úrazy

sexuální orientace: heterosexuální

vyznání: bez vyznání

Matka – údaje

ročník: 1960

vzdělání: SŠ (prodavačka)

zaměstnání: správa budovy (personální, úklidové, bezpečnostní zajištění atd.)

bydliště: Praha (okraj)

zdravotní stav: žádné těžké choroby, ani žádné větší úrazy, bere léky na uklidnění

vlastnosti/popis: v rodičovském páru vůdčí, alkoholik, stále v práci

Otec – údaje

ročník: 1958

vzdělání: vyučen (dřevomodelář)

zaměstnání: dělník (Pražské služby – třídění odpadu apod.)

bydliště: Praha

zdravotní stav: těžké choroby zřejmě žádné, ani žádné větší úrazy

vlastnosti/popis: „pohodář“, po rozvodu sklesnul (pomoc i ze strany bývalé manželky, matky klientky)

Osoby ve funkci rodičů – údaje

Žádné takové osoby klientka neidentifikovala.

Sourozenci

sestra:

ročník: 1987

studium: VŠ; studium (prospěch, kázeň, vztahy) vždy bez problémů

bydliště: Praha

zdravotní stav: žádné závažné incidence klientka nezmínila

vlastnosti/popis: vždy byla oporou, v období puberty „klasické“ rozkoly

ONTOGENETICKÝ VÝVOJ KLIENTKY

porod:

postoj: chtěné plánované dítě

pořadí: první dítě

potraty: žádné

negativní vlivy na matku: zřejmě žádné

těhotenství: rizikové

způsob: císařský řez

tělesné proporce novorozence: v normě

psychomotorický vývoj: v normě; vyhraněná pravačka

vývoj řeči: v normě

kognitivní vývoj: v normě, bez anomálií

nemoci, úrazy, operace: angíny do tří let, jinak žádné

začátek pubescence: 12 let (první menstruace)

vlastnosti/popis: klidná, inteligentní, kultivovaný projev, přátelská, sdílá

SOCIÁLNÍ ADAPTACE KLIENTKY

předškolní zařízení: jesle, MŠ; žádné pocity spojené s navštěvováním

hospitalizace: žádná

ozdravovny: ne

tábory: skautské, navázaly běžné letní dětské tábory (Škoda) – milovala je

obecně: do kolektivu se zařazovala bez problému, byla v něm ráda, spokojená

RODINA

Složení rodiny (domácnosti)

klientka, její matka, její otec a její mladší sestra

Vývoj nukleární rodiny

- 1) rodiče klientky se vzali z lásky, chtěli založit rodinu
- 2) 1984 – narození klientky, později narození setry (roč. 1987)
- 3) 1997 – rodiče se stylem života a názory přestali shodovat – klientce bylo cca 13 let a hádky špatně prožívala
- 4) rodiče se „rozešli“ (nalezli si přechodně jiné partnery)
- 5) mezi 15-16 rokem klientky došlo k několika odchodům z domova (reakce na hádky rodičů)
- 6) po 15 letech manželství (klientce bylo asi 17 let) přišel rozvod
- 7) rodiče se od sebe odstěhovali – klientka střídá pobyt u otce a matky

Vztahy mezi členy rodiny

mezi rodiči: Rodiče se brali z lásky. Vztah se jevil v pořádku. Později přichází názorový rozkol, jehož vyústěním je rozvod.

k rodičům: S rodiči měla a má klientka dobrý vztah. S matkou byl vztah „chladnější“ (pracovní vytíženost), ale dnes se s ní klientka vídá velmi pravidelně. S otcem v současnosti jen zřídka.

sourozenci: Klientka má dobrý vztah se sestrou. Menší hádky byly v období puberty. V době rozvodu rodičů se se sestrou velmi sblížily a byly si vzájemně oporou.

ostatní: Výborný vztah se „starší tetou“. Ta pochází z bohatších podmínek. Je velmi scestovává, sečtělá, ale není staromódní. Je a vždy byla klientce velice dobrou a oblíbenou společnicí.

prarodiče: Klientka v posledních letech navazuje vztahy se svými prarodiči (babičkami).

SOCIO-EKONOMICKÉ FAKTORY

Byt a jeho využití

Nejprve žili v bytě, pak v domě. Klientka nevyjádřila žádné negativní pocity ohledně bytových podmínek.

Majetkové poměry

Dobrá úroveň. Měli peníze na běžné věci i něco málo navíc. Finančně rodinu „táhla“ matka.

Po rozvodu se finanční situace otce zhoršila (dělník).

Režim rodiny a rekreace

Režim pravidelný. Matka velmi pracovně vytížená.

Společně letní dovolené u moře. Zimní pobyty na horách. Výjezdy na rodinnou chatu. Žádné kratší výlety během roku.

Využití volného času

Mezi 4. a 5. rokem krasobruslení.

Od 6 let gymnastika a skaut. Bojová umění, keramika.

S krasobruslením a gymnastikou nebyly spojeny žádné negativní vlivy (poruchy příjmu potravy, tlak rodičů atp.).

V 15 letech litovala, že ji rodiče v krasobruslení a gymnastice nevedli dál. Dnes nelituje. Věnuje se aktivně (ne závodně) sportu.

OSTATNÍ VZTAHY KLIENTKY

motto klientky: „Přátelé jsou rodina, kterou si vybíráš.“

přátelé: již dlouho (cca od 14-15 let) má partu přátel. Její jádro, kam klientka patří, tvoří lidé, které má velmi ráda, může se na ně spolehnout. Tvoří její novou rodinu.

partneři:

partner A: 14 až 15 let, o 9 let starší partner, byl z menšího města, inteligenčně blízko klientce; ze vztahu „vyrostla“

partner B: 15 až 19 let, vrstevník, kamarád z party, mysleli si, že by jejich vztah mohl být víc než přátelský, tento pocit později vyprchal

partner C: 19 až 20 let, vrstevník z party, relativně kvůli němu ukončila předchozí vztah

partner B: 20 až 20,5 roku, pokus o obnovu starého vztahu

partner C: 21 až 24 let, opět obnova předchozího vztahu, nejhádavější vztah, velmi stresující

Klientka je momentálně bez vztahu.

úmrťi:

Smrt prvního dědečka nezažila.

Smrt druhého dědečka v roce 2001 ji zasáhla. Dá se říct, že přehodnotila vztahy a snažila se je navázat s babičkami.

14.2.2 Zpětné rozebrání sebevraždy

Kdy anebo jak podle Vás problém začal?

Přišlo období, kdy jsem se cítila sama. Byla to taková samota mezi lidmi. Zdálo se mi, že o mě přátelé, rodina ani partner nejeví zájem. Později jsem si uvědomovala, a dnes to vím s jistotou, že to nebyla pravda. Byla jsem zoufalá.

Domnívám se, že své mohlo udělat velmi časté hulení trávy (kouření marihuany, pozn. autora), které člověka přivádí do deprese.

Jak jste Váš problém zpočátku řešila?

Byla jsem fixovaná na partnera. V té době jsme spolu prodělali několik hádek, tak jsem se jednoho dne rozhodla vše urovnat. Domluva však nepomohla...

Když jste se svými pocity svěřovala okolí, například přátelům, přišla nějaká odezva, pomoc?

Ano. Řekla bych, že z jejich strany snaha byla, ale v té chvíli, v tom období, jsem to tak necítila.

Co bylo poslední kapkou, po které jste se pro sebevraždu rozhodla?

Jedna z hádek s přítelem a... Snažila jsem se to opět urovnat, tentokrát po telefonu. Nepodařilo se. Přišla jsem domů, do velkého domu, prošla několik místností, kde byli rodinní příslušníci, a nikdo si mě ani nevšiml. Asi jsem pak volala s kamarádkou, už nevím přesně.

Jak jste sebevraždu spáchala?

Vzala jsem mámě platičko s léky na nervy. Vzala jsem naštěstí jen jeden a půl prášku.

Proč jste si vybrala otravu léky?

Neublížila bych si. Nedokázala bych se říznout, bodnout... Přišlo mi to jako bezbolestné řešení.

Myslíte, že by Vám v té chvíli pomohla blízká osoba? Rozhovorem, přítomností...?

Asi ne. Zřejmě bych to pak stejně udělala.

Co se po Vašem činu dělo dál? Co si pamatujete?

Vědomí jsem neztratila. Po požití léku do mého pokoje vtrhl někdo z rodiny a zdravotníci. Přítel totiž preventivně zavolal sanitku. Byla jsem z toho v hrozném šoku.

Pak mne sanitkou odvezli do Bohnic. Šok ze mě opadl. Na příjmu byli strašně nepříjemní. Jednali se mnou jako s pitomcem. Vnímala jsem normálně, takže jsem vše vnímala naplno. Prohledali mě, vzali mi věci; mříže a kovový stolek. Všechno to na mě působilo hrozně nepříjemně. Lidi, co jsem tam viděla vypadali jako blázni nebo feťáci, spodina... Měla jsem strašný pocit.

Nemohla jsem usnout. Šla jsem požádat personál o prášky na spaní, vůbec mi nedošlo, že jsem tu kvůli spolykání léků. Samozřejmě mě poslali spát bez nich. Byla jsem ve stresu z toho, co přijde. Snažila jsem se vykoumat, jak je přesvědčit, aby mě druhý den pustili domů. Mluvila jsem s jednou holkou, která mi poradila, že to jde, ale musím být přesvědčivá. Tak jsem se snažila.

Druhý den mne opravdu pustili a přijel si pro mě partner. Byla to úleva.

Jaký byl Váš pocit po tom, co jste si uvědomila, že jste přežila?

Nevím... Měla jsem stále pocit, že určitě přežiju, takže ten pocit u mě ani nenastal.

Jak se k celé věci stavilo okolí?

Partner mě velmi podporoval. Přátele to brali v pohodě, měli o mě strach. V rodině to brali jako můj problém.

Jak se ke svému kroku stavíte dnes? Jak to celé vidíte?

Šok z přichozích zdravotníků tehdy u mě v pokoji ve mně zůstal. Řekla bych, že mě to vyléčilo. Nikdy neříkám nikdy, ale sebevraždu už bych nespáchala. Byla to prostě hloupost dnes bych to neudělala.

Když se zpětně zamyslím, ani jsem nechtěla umřít, spoléhala jsem, že přežiju. Malinko mi přijde, že to bylo takové upozornění na sebe, ale tehdy jsem cítila potřebu řešit problém, ne potřebu na sebe upozornit.

14.2.3 Pozorování a krátký rozbor

Pozorování

- 1) celkově: sympatická, nenápadně oblečená, otevřená
- 2) zjev: postava – štíhlá, střední postavy
hlava – pěkná žena
upravenost – nenalíčená, přirozená
- 3) motorika: klidná, gestikuluje méně
- 4) řeč: dynamická, rychlá; příjemný hlas; kultivovaná slovní zásoba
- 5) emotivita: spíše veselost – i při líčení smutnějších událostí
- 6) chování k tazateli: sdílnost, otevřenost, snaha sdělit maximum, přátelský přístup

Klientku jsem před naším setkáním, které jsme si domluvili přes mou spolužačku (klientky kamarádku), nikdy neviděl.

Sešli jsme se, poznali se dle určených indicií a představili se. Klientka navrhla jako místo k rozhovoru jednu z nedalekých kaváren.

Zpočátku se mi jevila velmi plachá. Vzhledem i chováním se zdála spíše introvertní. Během rozhovoru se však můj první dojem nepotvrdil. Klientka se rozpovídala a chvílemi jsem ji musel prosit o zpomalení, abych stíhal zapisovat poznámky. Během rozhovoru i po něm se mi jevila uvolněná, bez bariér, takže její sdělení snad byla úplná a upřímná.

Celkově na mě klientka působila uvolněným dojmem. Po rozhovoru jsme navázali konverzaci na nejrůznější témata. U klientky bylo zřejmé, že je momentálně spokojená v práci, ve škole i ve vztazích.

Rozbor sebevraždy

Z mého pohledu, klientka to v našem rozhovoru částečně potvrdila, šlo jednoznačně o sebevraždu impulzivní se záměrem upozornit na sebe. Velice malé množství pozitivních léků a velice výrazná nechut' zemřít to potvrzuje.

Motivem byl subjektivní pocit samoty, dá se usuzovat, že se jednalo o tzv. „zúžení“.

Vzhledem k motivu, provedení a celkovému psychickému stavu klientky bylo dobré, že hospitalizace nebyla zbytečně prodlužována.

14.3 Rozbor případu 3

14.3.1 Anamnéza

ÚDAJE O KLIENTOVI A BLÍZKÝCH OSOBÁCH

Osobní údaje klienta

pohlaví: muž

ročník: 1979

bydliště: Praha

studium: ZŠ, gymnázium, VŠ – ekonomický obor (titul Ing.); ZŠ a gym. prospěch podprůměrný, zlobil, vztahy s vrstevníky dobré, některé přetrvaly dodnes

zdravotní stav: do 8 let astma, 15-16 let úraz kolena -> problémy do 25 let; choroby psychického charakteru se v rodině nevyskytují

sexuální orientace: heterosexuální

vyznání: bez vyznání

zaměstnání: vedoucí oddělení velkých projektů, před tím finanční manažer (později vedoucí); vždy dobré vztahy s kolegy

Matka – údaje

ročník: 1957

vzdělání: VŠ (Ing.)

zaměstnání: dříve ekonomka, později personalistka, dnes ve firmě otce

bydliště: Praha

zdravotní stav: žádné větší obtíže

vlastnosti/popis: oba rodiče přísní a tvrdí (zřejmě proto, že byl první dítě)

Otec – údaje

ročník: 1954

vzdělání: VŠ (Ing.)

zaměstnání: spolumajitel a ředitel firmy

bydliště: Praha

zdravotní stav: žádné větší obtíže

vlastnosti/popis: viz matka

Osoby ve funkci rodičů – údaje

žádné osoby klient nevedl

Sourozenci

sestra (nevlastní):

ročník: 1981

studium: VŠ (Ing.)

bydliště: Praha

zdravotní stav: bez zdravotních obtíží

vlastnosti/popis: viz vztahy

bratři dvojčata:

ročník: 1986

studium: studenti VŠ

bydliště: Praha

zdravotní stav: bez zdravotních obtíží

vlastnosti/popis: viz vztahy

ONTOGENETICKÝ VÝVOJ KLIENTA

porod:

postoj: chtěné plánované dítě

pořadí: první dítě

potraty: žádné

negativní vlivy na matku: studentka VŠ – stres

těhotenství: rizikové

způsob: dlouhý porod (4,5 kg)

tělesné proporce novorozence: v normě

psychomotorický vývoj: v normě; pravák

vývoj řeči: v normě

kognitivní vývoj: v normě, bez anomálií

nemoci, úrazy, operace: do 8 let astma, 15-16 let úraz kolena, 17 let operace kolena, problémy s kolenem od 15 do 25 let; deprese, které s zhoršovaly s rostoucím stresem v práci; 30 let operace slepého střeva

začátek pubescence: v normě, první pohlavní styk ve 20 letech

vlastnosti/popis: přemýšlivý, empatický, někdy roztěkaný, férový; melancholický i choleric-
ký; střídají se u něj stavy důvěry a nedůvěry v sebe sama

SOCIÁLNÍ ADAPTACE KLIENTA

předškolní zařízení: jesle, MŠ; největší „boss“ – vedoucí role, uznání

hospitalizace: žádná

ozdravovny: ne

tábory: podnikové

obecně: jesle a MŠ dobře přijat, ZŠ a gymnázium dobré vztahy, které vydržely i přes VŠ a po nástupu do pracovního procesu

RODINA

Složení rodiny (domácnosti)

dětství: klient, jeho rodiče, později mladší sestra a mladší bratři dvojčata

yní: žije v bytě s přítelkyní

Vývoj nukleární rodiny

1) rodiče se vzali a měli dítě (klient)

2) narodila se sestra

3) matka klientovi oznámila, že je jí otec nevěrný, což klientem otřásl (šok dodnes)

4) narodila se dvojčata

5) stěhování (v rámci Prahy)

Vztahy mezi členy rodiny

mezi rodiči: Otec byl matce nevěrný, ta o tom věděla. Nevěra byla opakovaná. Rodiče se nerozvedli, ale jejich vztah pokračoval bez lásky.

k rodičům: Vztah bez problémů, co se týče jednání. Vztahy jsou však nevřelé, jakoby formální. Chtěli od klienta jen pozitiva, na ostatní sourozence takové nároky neměli.

sestra: Vztah velmi dobrý. Byla mu bližší než rodiče.

prarodiče: Má rád babičku z matčiny strany (matku matky).

SOCIO-EKONOMICKÉ FAKTORY

Byt a jeho využití

Rodina bydlela v 5+1. Klient měl svůj samostatný pokoj.

Dnes s přítelkyní (a psem) v bytě 4+1.

Majetkové poměry

Rodina byla vždy finančně mírně nadprůměrně zajištěna.

Režim rodiny a rekreace

Existovala pravidla, která bylo nutné dodržovat.

Rodina disponuje 2 chalupami, kde trávila společné víkendy. O prázdninách rodina jezdila do zahraničí.

Využití volného času

Kromě podnikových táborů a společných „chat“ a dovolených s rodinou většinou mimoškolní sportovní aktivity. Mimo ně především četba.

Na ZŠ (do 15 let) atletika – konec po úrazu kolena.

Na gym. a VŠ basketbal a posilování, které provozuje dodnes.

Po VŠ i pink ponk, squash.

Společné výlety na motorce s přítelkyní.

S přibývajícím prací, stresem a depresemi omezení veškerých volnočasových aktivit, ke kterým se nyní snaží vrátit.

OSTATNÍ VZTAHY KLIENTA

přátelé: 2 kamarádi ze ZŠ – sportovní aktivity, hospoda; 1 kamarád ze SŠ (i spolubydlící); později kamarádka – cvičení, kamarád – velmi častá setkání.

partnerky:

partnerka A: ve 20 letech, 1. láska, 3 roky, rozchod nepříjemný; byla oblíbená u matky, dávala je dohromady; dle klienta velká osobnost

partnerka B: cca 23 let, často na ní vzpomíná; dnes je vdaná; klient poukázal na silné sexuální pouto

partnerka C: cca 28 let, 2,5 roku, společná domácnost, pes, v červnu 2010 chystají svatbu

úmrť:

V 10 letech umřel dědeček, u kterého trávil polovinu prázdnin a naučil jej spoustu věcí (táta byl v tomto směru spíš „rovnocenný“ kamarád).

Otec přítelkyně (51 let) – snažil se držet přítelkyni nad vodou, což jej vysílilo.

14.3.2 Zpětné rozebrání sebevraždy

Kdy anebo jak podle Vás problém začal?

Podle mě problém začal, když jsem začal mít deprese z práce. Měl jsem dojem, že se práci málo věnuji. V práci jsem přitom trávil většinu času. Měl jsem přesčasy, z kterých jsem byl vyčerpaný.

Už v únoru jsem cítil, že jsem přepracovaný, ale pořádně jsem si to uvědomil až v dubnu. 4-5 roku jsem neměl pořádnou delší dovolenou.

Přemíra práce se negativně promítala i do mého vztahu s přítelkyní, protože přesčasy a práce o víkendech nás jaksi obíraly o společně strávené chvíle. Přišla i nějaká ultimáta.

Jak jste Váš problém zpočátku řešil?

Nadřízení měli přesčasy stejně jako, já takže žádost o zvolnění, nebo volno bylo nemyslitelné. A jiné řešení než volno, nebo zvolnění nebylo.

Dnes je problém vyřešen tím, že byli přijati noví lidé, kteří zastanou práci, jež byla na nás.

Když jste se svými pocity svěřoval okolí, například přátelům, přišla nějaká odezva, pomoc?

Svěřoval jsem se asi všem blízkým, ale informace jsem dávkoval. Neříkal jsem vše. Říkal jsem to po troškách.

Přítelkyně a její matka mě uklidňovaly. Mí rodiče mě vůbec nepochopili.

Přítelkyně mi poradila, abych si vzal volno. Měl jsem příjemnou debatu s její matkou. Byl jsem na doporučení u homeopatky, abych odstranil strach z mluvení na veřejnosti.

Co bylo poslední kapkou, po které jste se pro sebevraždu rozhodl?

Měl jsem po dovolené a čekala mě konference. Vytvořil se však nový tým, na který jsem se nemohl spolehnout. To byl můj dojem. Sice jsem delegoval některé z úkolů, ale měl jsem obavu, že noví neznámí kolegové nebudou 100%. Konference jakoby měla být bez přípravy. Nemohl jsem spát a tak jsem si vzal den volna.

Z konference jsem měl velký strach. Zdála se mi nepřipravitelná, nezvládnutelná, měl jsem strach z vystupování, byl jsem přepracovaný.

Den před pokusem jsem vážně pomyslel na sebevraždu. V noci jsem nespál a dokonce jsem zvracel. Druhý den se to stalo.

Jak jste sebevraždu spáchal?

Vypnul jsem si telefon. Měl jsem po příchodu do práce napsat přítelkyni. Možná jsem to trochu oddaloval, ale věděl jsem, že v 9:00 musím začít, protože mě přítelkyně začne shánět.

Snědl jsem asi dvě platíčka léků na utlumení bolesti. Oholil jsem se a umyl. Vlezl si do vany a vzal si žiletku na holení, odkud jsem odstranil ty ochranné mřížky. Pořezal jsem se. Krvácel jsem a začalo se mi chtít spát.

Proč jste zvolil podřezání?

Přemýšlel jsem. Celé to trvalo přibližně 2 minuty. Auto není moje, tak jsem nikomu nechtěl udělat škodu. Báł jsem se výšek, takže nějaký skok taky nepřipadal v úvahu. Navíc jsem si uvědomoval, že kdyby se to nepovedlo, byl bych mrzák, ale já jsem chtěl prostě umřít. Mohl jsem jet motorkou na chatu, ale tam by mě nejspíš objevila babička, což jsem nechtěl...

Myslíte, že by Vám tehdy v té chvíli pomohla blízká osoba? Rozhovorem, přítomností...? Co by pomohlo?

Asi ne. Jen by se to odsunulo. Já jsem kolem sebe blízké měl, ale jejich přítomnost jsem jako by necítil.

Co se po Vašem činu dělo dál? Co jste se například dozvěděl z vyprávění a co si pak už sám pamatujete?

Neozval jsem se přítelkyni, tak povolala matku. Ta se na mě dobývala. Nakonec někdo vyrazil dveře. Jel jsem sanitkou do Motola, na šití. Rány byly hluboké.

Pak mě převezli na psychiatrii Ke Karlovu. Týden jsem byl na rušném pokoji, na pokoji se zdvojenou ostrahou. Týden pak byl volný. A pak volno v domácím léčení.

Jak se o Vás v nemocnici starali? Jak jste se tam cítil?

Péče byla dobrá. Cítil jsem se tam v pohodě.

Zajímaly mě příběhy ostatních lidí, kterých tam bylo hodně. Sice díky velkému množství lidí bylo méně prostoru pro individuální péči, ale bylo možné najít si jiné rozptýlení. Práci doktorů velmi oceňuji.

Nejlepší mi přišla skupinová terapie. Prostředí mezi lidmi mě docela inspirovalo. Teď čtu spíš pro oddech, ale v budoucnu bych se rád podíval na nějaké tituly s psychologickou tematikou – sebevraždy, deprese, stres...

Jaký byl Váš pocit po tom, co jste si uvědomil, že jste přežil?

Nepočítal jsem s tím, že se to nepovede. Nejvíc mě mrzelo, že jsem tím zasáhl své okolí a blízké. Byl to pro ně šok.

Mluvím o svém činu otevřeně. Přítelkyně mě ale upozornila, že bych o tom nemusel vyprávět na setkání.

Jak se k celé věci stavělo okolí?

Nikdo mi nevynadal.

Rodiče přišli na návštěvu, jak jen to bylo možné. Proč jsem to udělal, nepochopili.

Jak už jsem říkal, okolí bylo v šoku, ale nalézal jsem jen pochopení. Nikdo mě neodsuzoval, nebo tak.

Jeden kamarád, který na tom byl špatně, mě chápal až moc. Řekl si mi o kontakt, potřeboval pomoc.

Jak se ke svému kroku stavíte dnes? Jak to celé vidíte?

Obávám se ztráty motivace a ztráty zdraví. Ale nebojím se smrti.

Vím, že to bylo špatné řešení, ale celé mě to dost posunulo. Jako bych teď věděl, kdo jsem. Je to asi tím, že jsem se v blázinci setkal s lidmi s těžkými problémy, například žebrák z ulice.

Vím a cítím, že za mnou stojí lidé, například rodina. Vím, že mé deprese se dají léčit. Zlepšuje se rodinný vztah. Cítím se teď ještě víc empatický.

Hlavně, před sebevraždou jsem měl jen práci a přítelkyni, na kterou jsem měl málo času. Teď cítím, že jsem tu i sám pro sebe a pro lidi kolem. Přítelkyně poznala, že ji opravdu potřebuji – oba si teď však plánujeme i vlastní aktivity sami, abychom každý měli čas pro sebe.

14.3.3 Pozorování a krátký rozbor

Pozorování

1) celkově: sympatický, otevřený, působí zakřiknutě, v hovoru jsem však tento dojem ztratil

- 2) zjev: postava – vysoká, mužná, mírná nadváha
hlava – výrazné oči
upravenost – upravený
- 3) motorika: gestikuluje méně
- 4) řeč: řeč rychlá; příjemný hlas; kultivovaná slovní zásoba
- 5) emotivita: vstřícný, zaujatý pro věc
- 6) chování k tazateli: sdílnost, otevřenost, snaha sdělit maximum

Klienta nejprve oslovil rodinný přítel, který vede vlastní psychiatrickou ordinaci, u nějž se klient léčil. Klient přijal nabídku poskytnout své údaje a podrobit se rozhovoru o svém pokusu o sebevraždu.

Sešli jsme se v čekárně psychiatrie. Byli jsme představeni, a jako prostor pro rozhovor nám byla poskytnuta menší vyšetřovna, ve které se dlouhodobě neordinuje.

Klient se zpočátku zdál zakřiknutý. Bylo však zřejmé, že má dobrou náladu. Po tom, co jsem se blíže představil a představil jsem i svou práci, se myslím klient více uvolnil a rozhovor pak probíhal ve velmi uvolněné atmosféře. Klient byl otevřený, sdílný, ochotný podělit se o veškeré informace.

Přestože od pokusu uplynula vcelku krátká doba, klient se zdál velmi klidný, spokojený, odpočatý.

Rozbor sebevraždy

Vzhledem k dlouhodobému stresu, kterému byl klient vystaven, depresím, jimiž trpěl, a absolutní absenci odreagování vedly myšlenky klienta k sebevraždě. Chystaná „nepřipravitelná“ konference sice byla konkrétním „strašákem“, ale jak klient sám uvedl, kdyby se o sebevraždu nepokusil nyní, pokusil by se později. Můžeme tak usuzovat, že šlo spíše o bilanční sebevraždu.

Motiv je zřejmý. Je jím stále narůstající objem pracovního zatížení. Vrcholem je pak konference, která se zdá jako nezvládnutelná. Z toho, že klient necítil své blízké jako oporu, můžeme také usuzovat, že se klient na zvládnutí situace cítil sám. Vše už jen negativně ovlivnily klientovy deprese.

Vzhledem k tomu, že klient byl dlouhodobě pod velkým tlakem, bylo dobré, že hospitalizace trvala déle, zvláště, když se během ní klient cítil dobře. Následné „domácí léčení“, mu umožnilo srovnat se s nastalou situací a odpočinout si od pracovního stresu. Příliš brzký návrat do pracovního procesu by jej jistě záhy vyčerpával.

14.4 Shrnutí případových studií

Vzhledem k tomu, že každý z klientů měl jiné motivace, každý pocházel z jiného rodinného prostředí a například i věk klientů byl rozdílný, je velmi obtížné shrnout tyto tři případové studie. A to i přesto, že vytvořený anamnestický dotazník a otázky k rozhovoru v podstatě vedou k jakési standardizaci.

Bylo by zajímavé použít tento rozbor v klinické praxi, kde by byl větší počet klientů a tak by se lépe hledaly paralely mezi jednotlivými případy.

ZÁVĚR

Domnívám se, že cíle, které jsem si v úvodu stanovil zahrnují opravdu širokou látku. Snažil jsem se být stručný, abych obsáhl vše, ale nebylo to na úkor kvality. Výsledkem však pro mě není jen tato práce, ale především spousta nových poznatků a zkušeností, ale i prožitků.

Je velmi těžké odhalit, kdo z nás má sklony k sebevraždě, popřípadě kdo má tyto sklony „větší“. Nalezneme nepřeberné množství faktorů (a jejich vzájemných kombinací), které spolu v součinnosti člověka dovedou k rozhodnutí vzít si život, proto zřejmě není v silách lidí stanovit konkrétní šablony nebo metody pro identifikaci či zjištění těchto predispozic.

Pro snížení sebevraždednosti je dle mého názoru třeba osvěta, prevence, účinná diagnostika a krizová intervence. Pokud lidé budou mít o sebevraždách povědomí, budou u druhých moci lépe identifikovat některé jejich symptomy v ranném stádiu sebevražděného procesu a nabídnout jim pomoc. Jestliže se k odborníkovi dostane jedinec, který vykazuje známky Ringelova presuicidálního syndromu, odborník je odhalí a začne ve věci jednat proti dalšímu rozvoji syndromu, opět je to možnost, jak sebevraždě předejít. Pokud se člověk ocitne v krizi a bude se mít vždy na koho obrátit (kromě rodiny, přátel a blízkých, například na linku důvěry, krizové centrum apod.), značně se snižuje riziko sebevraždy.

Po tom, co jsem si pro svou bakalářskou práci vybral téma „Sebevraždy“, bylo nutné zabývat se alternativami zpracování praktické části. Zpočátku mi jako nejvhodnější připadalo dotazníkové šetření, pak se ale zrodila vcelku odvážná myšlenka oslovit jedince, kteří se o sebevraždu pokusili, a udělat s nimi rozhovor, neboli provést rozbor jejich pokusu. Od dotazníkového šetření jsem však nechtěl upustit, protože jsem dlouho nemohl najít někoho, kdo by byl ochotný mé dotazování podstoupit.

Dotazníkové šetření je vcelku rutinní záležitost, a kromě výsledků, není ničím zajímavým, nebo snad zábavným.

Oproti šetření mě rozhovory se sebevrahy obohatili o novou zajímavou zkušenost. Bylo motivující přemýšlet nad tím, jak celou věc pojmout, jak ji pak uspokojivě zpracovat atd.

Pro mě samotného z dotazníkového šetření vyplynulo, že nemám ojedinělý názor na věc. Menší chybou byla absence dotazu typu: „Váš názor na euthanasii – ano, či ne?“. Mohl jsem si totiž stanovit hypotézu, kterou bych dotazníkem ověřil. Takhle známe „jen“ názory respondentů na jednotlivosti.

Práce s klienty byla něčím velmi novým a velice obohacujícím. Já osobně, jsem byl vždy přesvědčen, že by sebevraždy ani sebevrahy neměl nikdo odsuzovat, vždyť právě subjektivní

pocit samoty a opuštěnosti může v dnešní uspěchané době pocítit každý z nás na vlastní kůži. Nikdo nejsme bez problémů, a pokud tyto problémy k samotě přičteme, jsme i my sebevraždou ohroženi.

SUMMARY

Sebevraždy – etiologie suicidálního chování

Suicides – etiology of suicidal behaviour

Vladimír Černý

The goal of my thesis is complete description of all models of suicidal behaviour and suicides.

First, it is very important to clarify basic terms. Differences between all “pre-grades” of suicide and suicide itself are very important. It is necessary to explore all aspects and symptoms connected to all stages, as they may help with the diagnosis.

Suicidal behaviour has been here since the beginning of time. We can read stories from ancient times until today. Some of the reasons remained same until now, some are left in the past and some new triggers were born. But myths stay unchanged until presence.

Different disciplines such as medicine, psychology and sociology are trying to examine the complete behaviour and motives that makes people kill themselves. They all agree that biological predisposition, psychological character and social environment are the major factors and triggers.

To solve the problem or to intercept the diagnosis as soon as it's possible, it is important to find the problem (diagnose), to solve the problem (intervene) and to prevent the worst and final step (prevention). These three stages, separately or together can save the human life.

LITERATURA

- Brown, T. M. a kol. (1992): *Emergenční psychiatrie*. Psychoanalytické nakladatelství, Praha.
- Frankel, B., Kranzová, R. (1998): *O sebevraždách*. Lidové noviny, Praha.
ISBN 80-7106-234-0.
- Frankl, V. F. (1995): *Lékařská péče o duši*. Cesta, Praha. ISBN 80-85319-39-X.
- Giddens, A. (1999): *Sociologie*. Argo, Praha. ISBN 80-7203-124-4.
- Jand'ourek, J. (2003): *Úvod do sociologie*. Portál, Praha. ISBN 80-7178-749-3.
- Hillman, J. (1997): *Duše a sebevražda*. Sagittarius, Praha. ISBN 80-901898-4-9.
- Hovorková, P., Sváčková, J. (2005): *Sebevražedné jednání*. Referát (FF UK).
- Jelínek, J. a kol. (2006): *Trestní právo hmotné*. Linde Praha, Praha. ISBN 80-7201-630-X
- kol. autorů (1995): *Ilustrovaná encyklopedie*. Encyklopedický dům, Praha.
ISBN 80-901647-3-0.
- Koutek, J., Kocourková, J. (2003): *Sebevražedné chování*. Portál, Praha.
ISBN 80-7178-732-9.
- Landsberg, P. L. (1990): *Zkušenost smrti*. Vyšehrad, Praha. ISBN 80-7021-054-0.
- Matoušek, O. (2003): *Metody a řízení sociální práce*. Portál, Praha. ISBN 80-7178-548-2.
- Matoušek, O. (2003): *Slovník sociální práce*. Portál, Praha. ISBN 80-7178-549-0.
- Masaryk, T. G. (1998): *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*. Ústav TGM, Praha. ISBN 80-901971-4-0.
- Monestier, M. (2003): *Dějiny sebevražd*. Dybbuk, Praha. ISBN 80-903001-8-9.
- Pacovský, V., Heřmanová, H. (1981): *Gerontologie*. Avicem, Praha. 08-044-81.
- Růžička, L. (1968): *Sebevražednost v Československu z hlediska demografického a sociologického*. Academia, Praha.
- Stríženec, M. (2001): *Súčasná psychológia náboženstva*. IRIS, Bratislava.
ISBN 80-88778-33-6.
- Synek, M. a kol. (2002): *Jak psát diplomové a jiné písemné práce*. Vysoká škola ekonomická v Praze, Praha. ISBN 80-245-0309-3.
- Špatenková, N. a kol. (2004): *Krizová intervence pro praxi*. Grada Publishing, Praha.
ISBN 80-247-0586-9
- Vágnerová, M. (1999): *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál, Praha.
ISBN 80-7178-214-9.

Vodáčková, D. a kol. (2002): *Krizová intervence. Krize v životě člověka. Formy krizové pomoci a služeb*. Portál, Praha. ISBN 80-7178-696-9.

Viewegh, J. (1996): *Sebevražda a literatura*. Nakladatelství Tomáše Janečka, Brno. ISBN 80-85880-10-5.

Internet

Ministerstvo vnitra České republiky: Sběrka zákonů – Trestní zákoník (29.03.2010)
<http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5405>

Wikipedia: heslo *Nuselský most* (02.11.2009)
http://cs.wikipedia.org/wiki/Nuselský_most

PŘÍLOHY

Seznam:

Příloha 1 – Dotazník k bakalářské práci Sebevraždy – etiologie suicidálního chování

Příloha 1

Dotazník k bakalářské práci Sebevraždy – etiologie suicidálního chování

DOTAZNÍK k bakalářské práci SEBEVRAŽDY – etiologie suicidálního chování

Milí studenti!

Jako téma své bakalářské práce jsem si vybral sebevraždy. Praktickou částí bude malý průzkum.

V úvodu prosím vyplňte pár statistických údajů. A pak vyberte vždy u každé otázky **jen jednu odpověď** (označte například **ztučněním** textu). Vaše odpovědi, budu číst jen já.

Předem Vám děkuji za zpětné zaslání na email: cernyvladimir@volny.cz

Děkuji:

Vladimír Černý

Pohlaví: žena muž
Vyznání: ne ano (napíšte jaké):
Věk:

1) Pokoušel/a jste spáchat nebo jste spáchal/a sám/sama sebevraždu?

- a) ano
- b) ne

2) Setkal/a jste se ve vlastní rodině se sebevraždou?

- a) ano
- b) ne

3) Který z faktorů má podle Vašeho mínění největší vliv na to, že člověk spáchá sebevraždu?

- a) genetické predispozice
- b) sociální prostředí (socializace)
- c) psychická porucha (geneticky nepredisponovaná)
- d) nevyléčitelná choroba
- e) životní krize
- f) jiný (napíšte):

4) Považujete euthanasii za sebevraždu?

- a) ano
- b) ne

5) Jaký je Váš aktuální názor na sebevraždu? Vyberte jedno z tvrzení:

- a) Kladný. – Každý má právo si o svém životě rozhodovat sám, tedy i o tom, kdy a jak „odejde“.
- b) Neutrální. – Nedokážu rozhodnout, zda někdo má nebo nemá právo „si vzít život“.
- c) Záporný. – Nikdo nemá právo vzít si život.