

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

OLMOUC 2009

Lenka Tomčalová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Katedra křesťanské sociální práce

Lenka Tomčalová

Suicidální chování-příčiny, následky,
intervence a prevence

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Simona Cakirpaloglu, PhD.

Obor: Charitativní a sociální práce

OLOMOUČ 2009

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a všechny použité
prameny a literaturu jsem uvedl v závěrečném seznamu.

.....

V Olomouci dne 14. dubna 2009

Děkuji PhDr. Simoně Cakirpaloglu, PhD. za odborné vedení a inspiraci při tvorbě práce. Stejně tak i všem ostatním, kdo se na procesu tvorby jakýmkoli způsobem podíleli.

Obsah

Úvod	6
1 Sebevražda z pohledu různých disciplín	8
1.1 Sebevražda z pohledu různých disciplín	8
1.1.1 Sociologie.....	8
1.1.2 Teologie.....	11
1.1.3 Medicína (psychiatrie)	13
1.1.4 Psychologie	14
1.2 Sebevražda v historickém kontextu civilizačního vývoje člověka	17
1.2.1 Antika.....	17
1.2.2 Starověk.....	18
1.2.3 Středověk.....	18
1.2.4 18. až 20. století.....	19
2 Druhy, způsoby, příčiny a následky sebevražedného chování.....	21
2.1 Druhy sebevražedného chování	21
2.2 Způsoby sebevražedného chování	23
2.2.1 Tvrdé metody sebevražedného chování.....	24
2.3 Příčiny sebevražedného jednání.....	25
2.3.1 Příčiny sebevražedného jednání dle Shneidmana	26
2.3.2 Příčiny sebevražedného jednání dle Vágnerové	27
2.4 Následky sebevražedného jednání	29
3 Prevence a intervence sebevražedného jednání.....	30
3.1 Prevence sebevražedného jednání.....	30
3.1.1 Úloha preventivního přístupu.....	30
3.1.2 Typy prevence	31
3.2 Intervence sebevražedného jednání.....	32
3.2.1 První pomoc	32
3.2.2 Krizová intervence.....	34
3.2.3 Systematická léčba.....	36

4	Případové studie	44
4.1	Místo provádění výzkumu	44
4.2	Výzkumný vzorek	44
4.3	Cíl výzkumu	45
4.4	Výzkumné otázky	46
4.5	Analýzy	46
4.5.1	Příběh pana Jaroslava	46
4.5.2	Příběh pana Luboše	48
4.5.3	Příběh pana Petra	50
4.5.4	Příběh pana Jana	52
4.5.5	Příběh paní Marty	54
5	Diskuze	57
6	Závěr	59
7	Souhrn	61
8	Prameny a literatura	64
9	Přílohy	66

Úvod

Sebevražedné jednání se v lidské společnosti vyskytovalo vždy, dokonce i v dobách, kdy bylo odmítáno a trestáno. Mnohé kultury považují tento způsob jednání za zcela běžný, a proto sociálně přijatelný, u jiných je tomu naopak. V naší kultuře je téma sebevražda spíše tabuizováno a obestřeno mnoha mýty a nepravdami. Bez ohledu na společenské normy jsou lidé schopni, v případě, že mají dostatečně silný motiv, potlačit pud sebezáchovy a zničit vlastní život.

Sebevražedné chování představuje velmi závažný problém, který je v centru zájmu mnoha odborníků. Je možné na něj pohlížet z hlediska medicínského, psychologického, filozofického, etického, sociologického, teologického nebo právního.

Protože je sebevražedné chování považováno celosvětově za závažný problém, kterému věnuje pozornost i Světová zdravotnická organizace, je důležité se tímto tématem zabývat, odtabuizovat ho a změnit uvažování těch lidí, jejichž názory na sebevražedné chování jsou zastřeny mýty a nepravdami.

Ve své práci se zaměřím na okolnosti, které jsou se sebevražedným chováním spojeny. Jsou to jak příčiny sebevražedného chování, které stojí vždy na počátku suicida, tak následky, na které je nutné brát velký ohled, především v kontextu sociálních vazeb jedince. Při sebevražedném jednání často dochází k porušení jak duševního tak fyzického zdraví. V těchto případech se jeví potřebná odborná pomoc, včetně primární, sekundární a terciární prevence. Tyto okolnosti-příčiny, následky, prevence a intervence sebevražedného chování, jsou hlavním tématem mé práce.

Vymezením tématu sebevražda se zabývala řada lékařů, psychologů, filozofů a dalších odborníků. E. Durkheim a T. G. Masaryk pohlíželi na sebevraždu čistě ze sociologického hlediska, jako na důsledek nepříznivého působení společenských vlivů. C. G. Jung a J. Hillman zase vidí sebevraždu z pohledu hlubinné psychologie, která považuje suicidium jako projev potřeby duše jedince. S. Freud spojuje sebevražedné jednání s pudem smrti, který stojí proti pudu života a za určitých okolností může převládnout. Za současných suicidologů bych uvedla Edwina S. Shneidmana a Marii Vágnerovou, kteří se

zaměřují na vnější a vnitřní okolnosti suicidálního chování. Problém sebevražděného jednání je výzkumným tématem mnoha dalších odborníků, jejichž názory budu využívat ve své práci.

Cílem mé práce je tedy teoreticky vymezit ambivalentnost názorů na sebevraždu, popsat příčiny a následky sebevražděného jednání, doplnit teoretické znalosti o praktické zkušenosti jedinců se sebevražděnými sklony a následně spojením obou hledisek navrhnout možnosti pomoci a prevence sebevražděného jednání. Práce může být dále využívána jako praktická příručka pro ty, jenž se s problematikou setkali a také pro ty, jenž se s problematikou neseťkali, ale není jim lhostejná.

Volba pramenů a literatury pro mou práci je různorodá. Budu využívat českou i zahraniční literaturu. Jelikož o sebevraždách není mnoho publikací ze současné doby, zaměřím se také na literaturu z doby dřívější, především kvůli doplnění ambivalentnosti názorů. Stěžejními díly pro zpracování budou publikace Josefa Viewegha, Jany Kocourkové a Jiřího Koutka a v neposlední řadě dílo Jamese Hillmana.

Kapitoly budou řazeny od obecného vymezení problematiky po praktickou část. V první kapitole se zaměřím na hlediska sebevražděného jednání jednotlivých disciplín včetně kritického aspektu. Na rozlišení přístupů bude navazovat stručný přehled dějin sebevražděného jednání od antiky po současnost. Ve druhé kapitole popíšu druhy sebevražděného jednání, nejčastější způsoby, příčiny z několika úhlů pohledu a následky suicidálních pokusů. Třetí kapitola bude věnována formám a typům prevence a intervence suicidálního chování. V rámci intervence se zaměřím na první pomoc, krizovou intervenci a systematickou léčbu. Poslední kapitola bude praktická, ve které propojím případové studie těch, kteří se pokusili o sebevraždu, a teoretickou část práce. Pokusím se u každé kazuistiky určit příčinu sebevražděného jednání, popsat následky, které na jedince dopadnou a navrhnout nejvhodnější formu pomoci, popřípadě kombinaci léčebných postupů.

1 Sebevražda z pohledu různých disciplín

Na sebevraždu nahlíží různým způsobem jednotlivé disciplíny, které přicházejí s tímto jevem do styku ve větší míře. Jistě existuje mnoho jiných pohledů na tuto problematiku, ve své práci jsem ale vybrala čtyři oblasti, které se názorově velice odlišují, ale přesto je pro ně pro všechny sebevražda velkým problémem, který je nutno vymístit ze společnosti. Nejde pouze o samotný pohled na sebevraždu z té dané oblasti, ale také o kritiku jednostranných pojetí vědeckých disciplín.

V další podkapitole se zaměřím na dějiny sebevražedného jednání. Dá se říci, že pokusy o sebevraždu jsou staré jako lidstvo samo a žádné historické období není o tento jev „ochuzeno“. Pokuším se tedy popsat stručnou historii dané problematiky od antiky až po současnost.

1.1 Sebevražda z pohledu různých disciplín

V této části práce se zaměřím na aspekty čtyř vědeckých disciplín jako je sociologie, náboženství, medicína a psychologie, jež se s problémem sebevražedného jednání dostávají do styku nejčastěji. Sebevražednost je komplexním jevem, který nelze zkoumat pouze z hlediska jediného vědního oboru. Tyto všechny oblasti sebevraždu předem odsuzují. Mají pro to určité společné rysy a jejich hlavním cílem je zabránit sebevraždě takovými prostředky, jež jsou pro daný obor přirozeným nástrojem. Cílem není pouze popsat náhledy daných disciplín na danou problematiku, ale také kriticky analyzovat tyto současné výzkumné přístupy.

1.1.1 Sociologie

Pro sociologii je důležitá společnost. Je pro ni živou realitou. Společnost poskytuje model myšlení, na jehož základě může sociolog vytvářet své hypotézy.¹ Mezi nejvýznamnější sociology, jež se zabývali problémem

¹ Srov. HILLMAN, J. *Duše a sebevražda*, s. 21.

sebevražedného jednání, můžeme zařadit Émile Durkheima (dílo *Sebevražda* z roku 1897) a T. G. Masaryka (dílo *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty* z roku 1881).²

Émile Durkheim, kterého považujeme za zakladatele moderní sociologie, věnoval své stěžejní dílo právě problému sebevraždy. Byla to první vyčerpávající studie ze sociologického hlediska a nikde jinde nenajdeme sociologické stanovisko k sebevraždě formulováno jasněji. Ze statistických údajů o sebevraždě, dokonce i z neúplných údajů z minulého století, lze odhadnout počet sebevražd, k nimž dojde v průběhu jednoho roku, a kromě toho je možné je rozčlenit podle typů, věku a pohlaví. Např. v dnešní době sociologové vědí, že ve Spojených státech dojde v příštím roce nejméně k osmnácti tisícům sebevražd, ze kterých bude určitá část připadat na města, další určitá část na mladé matky a jiná část bude spadat pod kategorii utonutí atd. Sebevražda je jakýmsi ustáleným sociologickým fenoménem s nepodstatnými rozdíly na jednotlivá léta, skupiny a oblasti. Tyto údaje jsou totiž natolik spolehlivé. Je to vlastně určitý sociální fakt. Z tohoto důvodu se sociologové nezabývají jednotlivými případy sebevrahů, kteří naplní předpokládaný počet sebevražd.³

Durkheim a další sociologové pečlivě analyzovali podmínky, které při jejich neplnění vedou člověka k sebevražedným sklonům, a ten se pak o sebevraždu pokusí. Pokud se člověk ocitne v určitých sociálních podmínkách, které představují stálou proměnnou v rámci každé společnosti, může podlehnout tomuto sklonu. Sebevrahem se tedy může stát každý člověk, jestliže se ocitne v určité nepříznivé konstelaci sociálních podmínek.⁴

Sociologie nepovažuje fenomén sebevraždy ani jako morální, ani jako nemorální. Jediné je ze sociologického hlediska součástí sebevražedné tendence skupiny, která je příčinou sebevraždy. Sebevražda je tak spíše sociologický problém vypovídající o každé společnosti. Tento stav je pro sociologii vždy něčím negativním. Sebevražda představuje uvolnění sociální struktury, oslabení

² Srov. BAŠTECKÁ, B. *Klinická psychologie v praxi*, s. 175.

³ Srov. HILLMAN, J. *Duše a sebevražda*, s. 22

⁴ Srov. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*, s. 37.

skupinových vazeb, rozklad. Je velkým nepřítelem společnosti a to je důvod, proč s ní bojovat a omezovat její výskyt.⁵

Velice usilovně se sociologie zabývá otázkou prevence sebevražd. Durkheim v této souvislosti uvedl několik účinných rad. Prioritním cílem je začlenění jedince znovu do skupiny, ze které se vydělil rozvodem nebo tím, že ovdověl, zažil neúspěch nebo nezdar atd. Sebevražedné tendence se totiž rodí z pocitu vydědění z pospolitosti. Zabránit sebevraždě znamená z hlediska sociologie posílit soudržnost skupiny. Je tedy zřejmé, proč se sociologie tolik zajímá o tento problém. Není to sebevražda, před kterou je třeba se preventivně chránit, ale rozkladný vliv související se vznikem lidské jedinečnosti.⁶

Proti Durkheimovu sociologismu lze namítnout, že pro člověka, který spáchá sebevraždu, nehrají osobní postoje a vnitřně motivované rozhodnutí podstatnou roli. Tento sociologický přístup chápe sebevražednost spíše jako sociální jev než jako individuální čin. Přesto, že je člověk vystavován přírodním a sociálním vlivům, stále je autonomní jednotkou, která podléhá zákonitostem své vlastní individuality.⁷

Sebevražedností se dále zabýval T. G. Masaryk, jenž ve své knize podává obsáhlý přehled, analýzu a statistiky jednotlivých sebevražedných vlivů, od přírodních, přes psychosomatické až po sociální a kulturní. Tyto vlivy řadí podle jejich závažnosti a dělí je na přímé a nepřímé. Jako základní příčinu růstu sebevražednosti však považuje civilizační vývoj, který se projevuje mravním a náboženským úpadkem.⁸

Masarykovy jednostranně sociologizující tendence mají některé slabiny, na něž poukazuje J. Král, který se podrobně zabýval Masarykovou studií. Není dostatečně prokázáno, že náboženský světonázorový postoj má brzdicí vliv na rozvoj sebevražednosti. Také ne všechna náboženství nahlízejí na sebevraždu

⁵ Srov. HILLMAN, J. *Duše a sebevražda*, s. 23

⁶ Srov. tamtéž, s. 25.

⁷ Srov. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*, s. 38.

⁸ Srov. MASARYK, T. G. *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*, s. 5.

záporně (např. buddhismus). Jinou námitkou může být pohled na věrohodnost statistik, které nemohou odhalit pravý náboženský postoj jedince.⁹

Sociologie užívá jako jednu ze svých metod statistiku, která se po 2. světové válce stala jakousi univerzální metodou, kterou užívá mnoho věd. Uplatňuje se také ve výzkumu sebevraždnosti. Proti statistice se většinou objevují psychologické námitky. Poskytuje nám údaje především o častosti výskytu určitého jevu, neobjasňuje však souvislosti konkrétního případu. Statistika se obecně zabývá jevy hromadné povahy a kvantitativní stránkou těchto jevů. Také si všímá individuálních vlastností jedince, ale jen takových, které lze kvantifikovat. Z tohoto hlediska může statistika doplnit psychologickou analýzu, ale nemůže ji nahradit. Zcela bez ní se však neobejdeme, protože ukazuje směr, kterým by se detailní psychoanalýza měla ubírat.¹⁰

V současnosti je sociologický přístup zaměřen na vymezení sociálních faktorů, které mohou zvyšovat riziko sebevraždného jednání. Pozornost se soustřeďuje následující sociálněpsychologické faktory:

- Neuspokojivé vztahy, mezi které patří osamělost, nedostatek spolehlivého vztahu a sociální podpory.
- Ztráta vazeb a sociální otřesy, jako je např. migrace a emigrace.
- Ekonomické faktory, a to především nezaměstnanost.¹¹

1.1.2 Teologie

Vzhledem k tomu, že jsem z České republiky, náboženství vidím především v kontextu křesťanství. Jiné náboženství jako hinduismus či buddhismus zajisté pohlížejí na sebevraždu jinak.

Když se objevilo křesťanství, udivovalo svou koncepcí. Stanovilo cíl, který umístilo mimo pozemský život. V historii tak uvidíme první křesťany, pro které bylo mučednictví zárukou ráje, protože jim poskytovalo záruku vykoupení, neboť smazalo všechny pozemské hříchy. Mnoho křesťanů si probodávalo ruce

⁹ Srov. VIEWSCH, J. *Sebevražda a literatura*, s. 39.

¹⁰ Srov. tamtéž, s. 41.

¹¹ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 241-243.

a nohy velkými hřeby, aby tak napodobili Krista. Tyto tendence mají v 5. století značný úpadek, neboť církvev rozhodla, že sebevražda je zločin.¹² V historii bylo ještě několik období, které byly příznivé pro sebevražedné chování, jež byly ovlivněny spisovateli nebo filozofy. Je však nutné zdůraznit, že tato období sebedestrukčních tendencí většinou spadají do doby vznikání, formování a stabilizace náboženství.¹³

V současnosti církevní právo a přikázání „Nezabiješ!“ tvoří základ teologického (ale i právního) stanoviska. Toto přikázání tedy neznamená jen „Nezabiješ druhého člověka!“. Sebevražda je tak i z teologického hlediska druhem vraždy. Tak jako nám zákon svým způsobem nařizuje, abychom žili, tak nás teologie k tomuto vybízí svým přikázáním. To, co teologie považuje za všech okolností jako hřích, je vzít si svůj vlastní život. Tomu, kdo spáchá sebevraždu v přičetném stavu, odepírala římskokatolická církev církevní pohřeb.¹⁴ V náboženském zákoníku z roku 1917 je napsáno, že církevní pohřeb je odepřen těm, kdo se zabili vlastní rukou po zralé úvaze. Sebevražda se tak stávala pro církvev jakousi duševní chorobou. Od této chvíle stačilo, když lékař ve své zprávě dosvědčil, že mrtvý spáchal sebevraždu v pominutí smyslů nebo při ztrátě rozumu, a zemřelý měl právo na církevní pohřeb. Od roku 1956, kdy byly zveřejněny liturgické práce Druhého vatikánského koncilu, už církevní úřady nevyžadují žádné lékařské osvědčení ani doklad, a kromě vzácných případů, kdy zemřelý sám písemně vyjádřil opačné přání, je všem sebevrahům umožněn církevní pohřeb.¹⁵

Teologie se velmi obává sebevraždy a věnuje jí hodně pozornosti. Je to pochopitelné. V prvních dvou přikázáních je Bohu vyhrazeno prvořadé místo teologické stanovisko říká, že Bůh stvořil život, a tak patří Jemu. Že jsme si svůj život nedali sami, a tak si jej nemůžeme vzít, protože nám nepatří. Tím, že spácháme sebevraždu, zvolíme si smrt a popíráme, že nás stvořil Bůh.

¹² Srov. MONESTIER, M. *Dějiny sebevraždy*, s. 336.

¹³ Srov. tamtéž, s. 346.

¹⁴ Srov. HILLMAN, J. *Duše a sebevražda*, s. 29.

¹⁵ Srov. MONESTIER, M. *Dějiny sebevraždy*, s. 342.

Sebevražda je proto z teologického hlediska vzpourou, protože popírá samy základy teologie.¹⁶

Je ale možné sebevraždu ospravedlnit z náboženských důvodů. Jestliže je sebevražda spojena s myšlenkou na Boha a jestliže má náboženský charakter, lze ji ospravedlnit. Jen teologické dogma může rozhodnout, co patří do této kategorie a určuje to, který skutek má náboženský charakter.¹⁷

1.1.3 Medicína (psychiatrie)

Lékaři se především řídí pravidlem-neškodit. Jejich úkolem je bránit vzniku onemocnění, vyšetřovat, léčit a pokud možno nemoc vyléčit. Být za všech okolností těmi, kteří poskytují útěchu, povzbuzují, podporují, zmírňují bolesti, odhalují nemoci a bojují s ní. Tyto všechny činnosti lékaře vedou k jedinému cíli, a to je napomáhat zdraví, tj. životu. Může se stát, že si cíle budou odporovat. Situace, kdy léčebný zákrok je bolestivý, chemoterapie způsobí další onemocnění. Tohle vše se může stát, ale hierarchie cílů je jasně daná tak, že na prvním místě je vždy napomáhat životu.¹⁸

Vzhledem tedy k lékařovu cíli je povinen a oprávněn použít jakýkoliv prostředek, aby zabránil pacientovi vzít si život. Samozřejmě nejen to. Psychiatrii i jiní lékaři, kteří se setkávají se sebevrahy, se snaží toho jedince pochopit a pomoci mu i v jiných ohledech, než jen zabránit sebevraždě. V mnoha psychiatrických léčebnách funguje spolupráce mezi psychiatry, psychology a jejich metodami psychoterapie.¹⁹

Názorným měřítkem úspěchu, ve kterém se odráží schopnosti lékařů, je křivka délky života. Lékařovým úsilím je tedy prodloužit lidský věk. Laicky řečeno, pokud se pacientovi dobře daří, žije déle. Medicína tak směřuje k tomu, že dobrý život je dlouhý život. Napomáhat životu tedy znamená i oddálit smrt. Vzhledem k tomu, že na smrt medicína nemá lék, je jejím úhlavním nepřítelem.

¹⁶ Srov. HILLMAN, J. *Duše a sebevražda*, s. 31.

¹⁷ Srov. tamtéž, s. 32.

¹⁸ Srov. tamtéž.

¹⁹ Osobní rozhovor s lékařkou psychiatrické léčebny v Kroměříži

Sebevražda, při které není možná jakákoliv lékařská péče, se tak stává událostí, které je nutno zabránit především. Když lékař pečuje o pacientův život, vždy se tato péče soustřeďuje na prodloužení života.²⁰

Lékař tedy těžko bude na sebevraždu nahlížet objektivně vzhledem k jeho primárnímu zájmu napomáhat životu. Sebevražda život zkracuje, proto nemůže napomáhat životu. Pro lékaře je tak sebevražda symptomem či duševní poruchou, tedy něčím, čemu je nutné pokud možno zabránit.²¹

Přes uvedené námitky je však důležité uvést, že psychiatrie vnesla do výzkumu sebevražednosti významné podněty. Statistiky a případové studie ukazují již zmíněnou souvislost mezi určitými psychickými poruchami a sebevražedným jednáním.²²

Sebevražda je tedy častým doprovodným jevem u osob s psychickým onemocněním. Patří tady především deprese, alkoholismus, neurózy, psychopatie a psychózy. Z jednotlivých příznaků jsou nebezpečné počínající nebo odeznívající depresivní fáze, úzkostné a afektové ladění, pocity viny, biologická krizová období jako je puberta nebo těhotenství, nevléčitelné nemoci, alkoholismus a toxikomanie.²³

1.1.4 Psychologie

Psychologický výzkum je převážně zaměřen na postižení některých psychických, zejména osobnostních vlastností suicidanta. Cílem výzkumu je zjistit specifické osobnostní vlastnosti sebevraha, které by potom mohly být pojaty jako predispoziční oblast suicidálního jednání. Obecně lze říci, že v tomto typu výzkumu lze užít jakýchkoli psychologických metod, které jsou schopny pracovat se strukturou a dynamikou zkoumané osoby. Teprve v posledních

²⁰ Srov. HILLMAN, J. *Duše a sebevražda*, s. 33.

²¹ Srov. *tamtéž*, s. 35.

²² Srov. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*, s. 47.

²³ Srov. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie*, s. 95.

patnácti letech se objevily metodiky zaměřené přímo na suicidální vlastnosti, jejichž úkolem je odhalit potenciálního sebevraha v běžné společnosti.²⁴

Při výzkumu sebevraždy lze užít různých psychologických testů. Pro ilustraci uvádím dva, jejichž testy mají stejný cíl, ale techniky jsou rozdílné. Jedním z nich je test MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Jedná se o jeden z nejrozsáhlejších dotazníků, postihující různé aspekty osobnosti jako je tělesný stav, životní zvyky, rodinné a manželské poměry, vztahy ke společnosti, psychopatologické symptomy, morální a obecně lidské postoje atd.²⁵

Další užívanou metodikou je projekční obrazově frustrační test Rosenzweigův. Metodika má postihnout typické způsoby reakce v každodenních situacích se zátěží. Test probíhá tím způsobem, že vyšetřovaný jedinec se ztotožní s anonymními osobami, které jsou nakreslené na jednotlivých obrázcích, na něž potom reaguje slovní odpovědí. Nakreslené postavy jsou vždy zasazeny do určité stresové situace. Pro výzkum sebevraždy má test význam proto, že postihuje agresivní a autoagresivní tendence.²⁶

Existuje mnoho dalších dotazníků, metodik a testů, které představují velkou širší uplatnění. Není však nutné uvádět výčet těchto metodik. Toto rozsáhlé uplatnění nejrůznějších psychologických technik ve výzkumu sebevraždnosti vede ke snaze vypracovat speciální metodiky, které by zkoumaly výši suicidálního rizika. Tohoto úkolu se ujal Poldinger, jehož cílem bylo vypracovat na statistickém podkladě metodiku, která by byla schopna zaujmout psychopatologické, psychologické a sociologické faktory suicidálního vývoje. Bohužel se dosud nepodařilo eliminovat jeden ústřední faktor, který by mohl být označen jako specifický pro suicidium.²⁷

K výzkumu sebevražedného jednání bezpochyby přispěly i některé psychologické hypotézy a teorie sebevražd, které hledají vysvětlení sebevražedných tendencí pomocí psychických faktorů.²⁸ Psychologické názory

²⁴ Srov. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*, s. 51.

²⁵ Srov. tamtéž, s. 53.

²⁶ Srov. tamtéž.

²⁷ Srov. tamtéž, s. 55.

²⁸ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 244.

na suicidium částečně ovlivnilo psychoanalytické pojetí sebevraždy, konkrétně Freudova koncepce pudu smrti. Freud o sebevraždě nenapsal žádný samostatný článek nebo studii, ale v řadě jeho prací na jiné téma jsou poznámky týkající se suicida. Pud smrti na sebe, dle Freuda, bere různé formy agrese a destrukce, zaměřené nejen navenek (vůči jiným lidem), ale i dovnitř, vůči vlastní osobě.²⁹ S. Freud se však nedomnívá, že by šlo o projev primárního úmyslu zabít se, ale o přenos agrese. Takový člověk chtěl původně zabít někoho jiného, ale ztotožněním s původním objektem agrese se jím stal sám. Freudův výklad sebevražděného chování je zjednodušený a poněkud zvláštní tím, že neuvažuje o možnosti primárního přání zničit sebe sama.³⁰

Z nepсихоanalyticky orientovaných autorů lze uvést zakladatele individuální psychologie Adlera. Adler posuzuje sebevraždu z hlediska interpersonálních vztahů. Adler považuje základní sociálněvýchovné vlivy v dětství za rozhodující formativní faktory osobnosti. Nesprávná výchova tak může být predisponujícím činitelem suicidálního vývoje.³¹

Ztráta smyslu života je základem výkladu sebevražděného chování V. E. Frankla. Sám Frankl se v životě dostal do velice těžké situace a dokázal se s ní vyrovnat pomocí hledání jejího smyslu pro svůj život, pro udržení jeho kontinuity a integrity.³² Sebevraždu nepovažuje za řešení žádného problému, ty lze řešit pouze tehdy, když zůstaneme naživu. Sebevražda je nepřijatelná i proto, že znemožňuje růst a zrání osobnosti pomocí vlastního utrpení. Život je chápán jako úkol, který má smysl podle toho, jaký obsah mu dokážeme dát. V. E. Frankl vybízí k odpovědnosti za vlastní život.³³

Názory na psychologickou podstatu suicida jsou velmi pestré a četné. Mají však určité společné znaky, jako je jednostrannost a metodologie, které můžeme považovat za nedostatky psychologického přístupu k sebevražděnému jednání. Složité psychické jevy vyžadují složitou analýzu. Suicidálnímu jednání nelze

²⁹ Srov. SAURET, M.-J. *Freud a nevědomí*, s. 51.

³⁰ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 244.

³¹ Srov. tamtéž, s. 246.

³² Srov. FRANKL, V. E. *A přesto říci životu ano*, s. 6.

³³ Srov. FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*, s. 66.

porozumět bez znalosti předchozí životní historie sebevraha a bez přihlídnutí k vývojové stránce suicidálních tendencí.³⁴

1.2 Sebevražda v historickém kontextu civilizačního vývoje člověka

Sebevraždu nacházíme ve všech obdobích civilizačního vývoje člověka. Zdá se, že počet sebevražd s rozvojem civilizace roste.³⁵ Společenské postoje k sebevražednému jednání se v průběhu historie měnily, byly závislé na obecném názoru na život, který právě v danou dobu převažoval.

1.2.1 Antika

Antická společnost nehodnotila sebevraždu jako mravně zavrženíhodný čin, i když zpočátku ještě vymezovala okolnosti, na nichž bylo přijatelné, aby se člověk zabil. Přesto ani zde nebyly názory na sebevraždu zcela jednotné. V antickém Řecku a Římě se střídala období, která byla příznivá sebevraždám s obdobími, ve kterých byla sebevražda odsuzována a postihována buď veřejným míněním, nebo přímo státní mocí.³⁶

Aristoteles měl na sebevrahy jasný názor, a to, že ten, kdo se pokusí o sebevraždu, je zbabělec. Sebevražda pro něj znamenala překročení zákona, a proto se mu zdálo přirozené, že člověk, který se zabije, je určitým způsobem pohan. Stoická škola oproti Aristotelovi zase hlásala odlišný názor na sebevraždu a sebevrahy. Otevřeně prosazovala právo každého člověka ukončit svůj život v případě, že mu život přináší jakékoliv utrpení. Pro Stoickou školu byla důležitější kvalita života, nikoliv kvantita neboli délka života. Z historie můžeme uvést příklad sebevraždy Demosthena v Řecku a stoického filozofa Seneky v Římě. Seneka, jakožto stoik hodnotí sebevraždu pozitivně. Staví se k sebevraždě jako k určité možnosti každého člověka, jak naložit se svým

³⁴ Srov. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*, s. 62.

³⁵ Srov. tamtéž, s. 14.

³⁶ Srov. tamtéž, s. 16.

životem. Považuje ji za jediný bod, ve kterém si lidé nemůžou stěžovat na život.³⁷

1.2.2 Starověk

Ve starověku byla sebevraždnost vysoká i v jiných kulturách, než jen ve starověkém Řecku a Římě. V Egyptě byla sebevražda běžným, někdy i veřejně propagovaným způsobem smrti. Sebevraždu hadím uštknutím spáchala např. egyptská královna Kleopatra. Hadi a krokodýlové představovali podle tehdejších náboženských představ inkarnovaná zvířata. Kleopatra chtěla tímto způsobem zdůraznit božský původ své vlády.³⁸

Stejně tak se sebevraždnost vyskytovala ve východních říších, v Indii a v Číně. V Japonsku byla sebevražda tradičně považována za čin hodný obdivu a následování. Právě v Japonsku vznikl ve středověku tradiční sebevraždný rituál harakiri (sebevražda rozříznutím břicha).³⁹ Tato rituální forma sebevraždy se udržela až do dnešních dnů. Původně byla významnou součástí kodexu cti válečnické kasty samurajů a vyjadřovala pohotovost těchto válečníků ke krajní sebeoběti pro vládcu. Později se harakiri stalo symbolem protestu vůči jednání, které zneuctvovalo jedince. V našem sociokulturním prostředí je tento způsob sebevraždy zcela ojedinělý.⁴⁰

1.2.3 Středověk

Ve středověké Evropě se názor na sebevraždu radikálně odlišoval. Předpokládá se, že tato radikální změna názoru souvisela se stále se stupňujícím vlivem křesťanství. Křesťanský středověk se stavěl vůči sebevraždě jednoznačně negativně. Nepřímo ji odmítá v jednom starozákonním příběhu o Jobovi, kterého tak nabádá k trpělivému snášení utrpení, které život přináší. Názor svatého Augustina tak tento předpoklad potvrzuje tím, že hodnotí sebevraždu jako zločin. Stejný postoj zaujal i církevní koncil v Arles v roce 542, který odsoudil

³⁷ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 487.

³⁸ Srov. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*, s. 16.

³⁹ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 488.

⁴⁰ Srov. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*, s. 17.

sebevraždu jako smrtelný hřích. Sebevrah byl tak vystaven mnoha sankcím, ať už světským nebo církevním. Byl vyloučen z církve a jeho majetek byl konfiskován. Tento názor přetrvával ve společnosti velmi dlouho. I Tomáš Akvinský považoval sebevraždu za těžký hřích, protože pouze Bůh má právo rozhodnout o našem životě a smrti. Člověk tedy z tohoto hlediska nemá právo a svobodu o sobě rozhodovat. Křesťanství proti sebevražednému jednání nepůsobilo jenom prostřednictvím sankcím, ale také nepřímo tím, že lidem poskytovalo smysl života a zmírňovalo jeho těžkostí podporou víry v rovnost alespoň před Bohem, když už ne na tomto světě. Posilovalo naději do budoucnosti a odolnost pro přítomnost.⁴¹

Z křesťanského hlediska není sebevražda pouze útekem ze života, ale vzpourou proti Bohu. Pro křesťana je tedy sebevražda smrtelným hříchem. Z tohoto důvodu se sebevraždy ve středověku vyskytovaly jen v mizivém procentu. Dodnes v aktivně žitých křesťanských společenstvích je výskyt sebevražednosti mizivý.⁴²

1.2.4 18. až 20. století

Společenské názory na sebevraždu se zásadní způsobem změnily až v 18. století. Příkladem radikální změny postoje tak mohou být francouzští osvícenci A. Voltaire aj. J. Rousseau. Ti byli přesvědčeni, i když s jistými výhradami, že člověk má právo rozhodovat o svém životě. Pro toto období novověku je typická ambivalentnost přístupů k sebevraždě. Sankcionování sebevražedného jednáním ve formě právních předpisů však udrželo velmi dlouho. Postoje k sebevražednému chování se měnily a souvisely se způsobem interpretace takového jednání. Záleželo na příčinách takového chování. Sebevražda bývala často chápána jako projev duševní poruchy.⁴³

Zásadní obrat v posuzování sebevražednosti nastává zhruba na přelomu 18. a 19. století. Vedle dosavadních eticko-náboženských, filozofických a právních

⁴¹ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 489.

⁴² Srov. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*, s. 17.

⁴³ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 488.

úvah, se obrací pozornost na faktickou stránku sebevražedného jednání. Jsou položeny základy vědeckého výzkumu sebevražednosti. Do tohoto období také spadají první statistické přehledy o sebevraždách nebo sociologické hledisko sebevražedného jednání.⁴⁴

Význam sociálních faktorů zdůrazňoval především E. Durkheim. Sebevraždu považoval za důsledek nepříznivého působení společenských vlivů. O jiných možných příčinách, např. o významu vnitřních, individuálně psychologických faktorů vůbec neuvažoval. Podobně o sebevraždě uvažoval i T. G. Masaryk, který podal ve své monografii přehled starších statistik výskytu sebevražd.⁴⁵

⁴⁴ Srov. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*, s. 18.

⁴⁵ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 489.

2 Druhy, způsoby, příčiny a následky sebevražedného chování

Na sebevraždy lze pohlížet z několika aspektů. Pro účely této práce jsem vybrala pohled na sebevražedné chování z hlediska druhů, způsobů, příčin a následků. Úvodní podkapitolou se pokusím zachytit základní druhy neboli formy sebevražedného jednání. Druhá podkapitola má za úkol specifikovat způsoby, které se řadí mezi nejčastější a nejpoužívanější mezi lidmi se sebevražednými sklony. A v poslední podkapitole se zabývám příčinami a motivy, jež vedou k suicidálnímu pokusu či myšlenkám. Nesnažím se pouze o popis daných okolností sebevražedného chování, ale také o propojení jednotlivých vlivů, ať už vnitřních nebo vnějších. Různé druhy suicidálního chování jsou spojeny s různými způsoby daného jevu. Dále pak způsob konané sebevraždy má po činu jiné následky. A v neposlední řadě stojí příčiny jednání, jež jsou na počátku všech sebevražedných myšlenek a mají spojitost s druhy, způsoby i s následky suicidálního chování.

2.1 Druhy sebevražedného chování

- a) **Plánovaná, bilanční.** Bilanční sebevraždu provádí osoby na základě rozumové úvahy, jako jistou bilanci dosavadního života a zvážení jejich kladných a záporných vyhlídek do budoucna⁴⁶. Jde o naplánované a svobodné rozhodnutí, kdy jedinec nenachází žádný důvod, proč dál zůstat na světě. V tomto případě lze říci, že jedinec plánuje a připravuje detaily velice pečlivě a někdy i se zálibou. Velmi často je sebevražda plánovaná v naprostém soukromí. Je velice obtížné této sebevraždě předejít, protože bez odborné pomoci touha po klidu a zbavení se utrpení přetrvává

⁴⁶ Srov. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*, s. 20.

a vede k novým přípravám.⁴⁷ V. E. Frankl upozorňuje na souvislost smyslu života a bilanční sebevraždy. Člověk se pro ni rozhoduje tehdy, má-li pocit, že jeho život už žádný smysl nemá.⁴⁸

- b) **Impulzivní.** Tento druh sebevraždy vzniká z náhlého popudu, a to i při dlouhodobých depresích, může působit velmi náhle. Šok z momentální psychické krize překryje vše ostatní a dokáže překrýt i pud sebezáchovy. Pokud se podaří sebevraha zdržet, roste šance na potlačení tohoto v danou chvíli nejjednoduššího řešení. Obnoví se potřeba žít nebo alespoň strach z bolesti. Stává se, že i impulzivní sebevrah kolem sebe vysílá nenápadné signály, kterými podvědomě volá o pomoc a pozornost okolí.⁴⁹ Postižený jedinec většinou nemá vědomý úmysl a cíl ukončit dobrovolně vlastní život. Impulz je subjektivně prožíván a uskutečňován bez jakékoli předběžné motivace.⁵⁰
- c) **Předstíraná neboli demonstrativní.** Předstíraná sebevražda je velmi oblíbený nástroj citového nátlaku nebo přímo vydírání, při kterém je obětí jednoznačně okolí. Sebevrah se zajistí, aby někdo přišel ve chvíli, kdy si například zrovna pořeže žíly a našel ho. Bolest z pořezaných zápěstí nebo předloktí vnímá jako zadostiučinění toho, kdo to zavinil – tedy vydírané osoby.⁵¹ Cílem tedy není smrt, ale vyřešení jinak svízelné situace. Při demonstrativním suicidálním jednání může dojít nešťastnou shodou okolností dojít k sebeusmrcení.⁵²
- d) **Forma protestu.** Jsou známy sebevraždy, které vyjadřují politické postoje a burcují veřejnost. Často jsou pak oslavovány jako hrdinské činy. Z českého prostředí sem můžeme zařadit čin sebeupálení Jana Palacha

⁴⁷ Srov. Wikipedie: Otevřená encyklopedie: Sebevražda [online]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Sebevra%C5%BEda&oldid=3653518>>

⁴⁸ FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*, s. 66.

⁴⁹ Srov. Wikipedie: Otevřená encyklopedie: Sebevražda [online]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Sebevra%C5%BEda&oldid=3653518>>

⁵⁰ Srov. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*, s. 18.

⁵¹ Srov. Wikipedie: Otevřená encyklopedie: Sebevražda [online]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Sebevra%C5%BEda&oldid=3653518>>

⁵² Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 31.

a Jana Zajíce v roce 1969 na protest proti okupaci Československa vojsky Varšavské smlouvy. Ke smrti může vést také protestní hladovka. Lidé, kteří spáchají sebevraždu jako formu protestu obvykle nebývají duševně nemocní. Jsou to většinou psychicky zdraví jedinci. V tomto případě jde spíše o velké odhodlání a víru v něco, co je pro tyto jedince důležitější než život.⁵³

- e) **Skupinová.** Sebevražedné jednání více lidí představuje specifickou variantu. V těchto případech je důležité odlišení člověka, který byl iniciátorem, a ostatních lidí, kteří byli primárně pasivními (i když takové rozhodnutí mohli nakonec dobrovolně akceptovat). Iniciátor sebevraždy si tímto způsobem může potvrzovat vlastní moc nad druhým člověkem. Na současné sociokulturní úrovni jsou snad nejčastějším příkladem skupinové sebevraždy členů různých sekt, kteří se společně pod vlivem svého vůdce rozhodnou ukončit život. Motivem bývá snaha získat něco lepšího a hodnotnějšího, než je současná existence, např. trvalé spasení.⁵⁴

2.2 Způsoby sebevražedného chování

Způsob suicidálního chování je důležitým faktorem pro výsledek sebevražedného pokusu. Obsahem suicidálních myšlenek bývá téměř vždy to, jakým způsobem lze ukončit život. Významnou roli hraje v těchto úvahách představa a fantazie o účinku jednotlivých metod, posouzení nebezpečnosti a jejich dostupnost.⁵⁵

Způsoby sebevražedného chování lze rozdělit na metody tzv. měkké a tvrdé. Mezi měkké metody patří ty, u nichž je nebezpečnost nižší a možnost záchrany života vyšší, tedy metody, které většinou nevedou okamžitě ke smrti.

⁵³Wikipedie:Otevřená encyklopedie: Sebevražda [online]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Sebevra%C5%BEda&oldid=3653518>>

⁵⁴ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 249.

⁵⁵ Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 34.

Tvrdé metody naopak vedou nejčastěji okamžitě nebo velmi rychle ke smrti a možnost záchrany je velmi snižena.⁵⁶

Měkké metody jsou používány u suicidálních pokusů účelového nebo demonstrativního charakteru. U zkratkovitého jednání má zejména význam rychlá dostupnost metody. Použití tvrdých metod samozřejmě převažuje u dokonaných sebevražd.⁵⁷

2.2.1 Tvrdé metody sebevražedného chování

Pro účely práce se zaměřím na tvrdé metody sebevražedného jednání, jejichž použití končí ve většině případů smrtí. Vybírám nejčastější způsoby z kategorie tvrdých metod, které ve stručnosti popíšu.

- a) **Oběšení.** Považuje se za nejrozšířenější techniku. Specifickou vlastností tohoto způsobu sebevraždy je různorodost prostředků, které jsou k oběšení použity. Zcela nepoužívanější je provaz, dále pak kravata, kapesník, tkaničky, podvazky, opasky, elektrická šňůra a řemen. Své úmysly sebevrazi uskutečňují na stromech, postelích, schodišti, žebřících nebo na věšácích.⁵⁸
- b) **Utopení.** Po oběšení je utopení nejčastější způsob používaný těmi, kdo se zabíjejí mimo domov. Kdo se chce utopit, volí raději řeku či rybník než moře. Vodní nádrže, plavecké bazény a vany následují až ve velkém odstupu. Bylo zjištěno, že tito sebevrazi spojují utopení ještě se skokem z výšky. Ze strachu, že je pud sebezáchovy odvrátí od jejich úmyslu, si poutají kolena anebo ruce za zády. Někteří se ještě naplní kapsy oblázky nebo si uvážou kolem krku provaz s těžkým kamenem na konci.⁵⁹
- c) **Požezání.** Tento způsob sebevražedného jednání je většinou využíván při demonstrativních pokusech, ale existuje mnoho případů požezání, které skončí smrtí sebevraha.⁶⁰

⁵⁶ Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 34.

⁵⁷ Srov. tamtéž, s. 35.

⁵⁸ Srov. MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd*, s. 19.

⁵⁹ Srov. tamtéž, s. 22.

⁶⁰ Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 34.

- d) **Otravy farmaceutickými produkty.** V minulosti docházelo k otravám chemickými a rostlinnými jedy, od kterých se v současnosti upustilo, a nahradily je farmaceutické přípravky, jejichž seznam je dlouhý. Z nejčastějších produktů to jsou neuroleptika, kyanid, inzulin a celá škála uklidňujících prostředků od léků proti úzkosti po hypnotika a sedativa.⁶¹
- e) **Skok z výšky.** Neustálý růst budov přispěl ke zvýšení počtu případů tohoto způsobu sebevraždy. Je zajímavé, že přestože často stačí skočit z druhého poschodí, adepti sebevražd si pro skok smrti ve většině případů vybírají vrcholky budov.⁶²
- f) **Střelné zbraně.** Střelné zbraně jsou považovány za nejrychlejší a nejradikálnější prostředek, jak se úmyslně zabít. Přesto se obecně, a zejména v Evropě, používají méně často než utopení a oběšení. V některých zemích, například ve Spojených státech, lze pozorovat opačnou tendenci a střelné zbraně jsou tam sebevražedným prostředkem číslo jedna vzhledem k velkému množství střelných zbraní mezi obyvatelstvem.⁶³

2.3 Příčiny sebevražedného jednání

Příčiny sebevražedného jednání nebo zvýšení jeho rizika jsou velmi rozmanité. Existuje několik pohledů na tuto tematiku. Sebevražedné chování je obvykle podmíněno několika faktory naráz, to znamená, že závisí na hromadění různých zátěží, vrozených i získaných, i na nezvládnutelných aktuálních podnětech.⁶⁴ Za příčiny tedy označujeme všechny vnitřní i vnější nepříznivé vlivy, které mohou navodit suicidální jednání. Příčiny nemusí být sebevrahem uvědomovány a vědomě kladeny do souvislosti s jeho suicidálními tendencemi. Jsou to jakési hnací síly, které podmiňují suicidální jednání.⁶⁵

⁶¹ Srov. MONESTIER, M. *Dějiny sebevražd*, s. 25.

⁶² Srov. tamtéž, s. 31.

⁶³ Srov. tamtéž, s. 29.

⁶⁴ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 491.

⁶⁵ Srov. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*, s. 79.

Příčiny sebevraždného chování bývají rozdílné u sebevraždných pokusů a u dokonaných sebevražd. U pokusů bývají uváděny motivy z oblasti interpersonálních vztahů, zatímco k dokonané sebevraždě vedou spíše motivy z oblasti intrapsychické a z pocitů ohrožení.⁶⁶

Následující kapitola má za cíl informovat o nejčastějších příčinách, jež vedou k sebevraždným úmyslům a činům. Zvolila jsem dva typy rozlišení dvou odborníků. Prvním z nich je Vágnerová, která za příčiny sebevraždného chování považuje jak vlivy vnitřní, tak vnější. Zaměřuje se na příčiny z hlediska psychosociálního. Jiným odborníkem, který zkoumá sebevraždnou tematiku je Shneidman, jenž se zaměřuje převážně na vlivy vnitřní, především z oblasti psychologické.

2.3.1 Příčiny sebevraždného jednání dle Shneidmana

- a) ***Nesnesitelná psychická bolest.*** Život člověka je ohrožován bolestí a právě bolest je to, před čím hledá úniku.
- b) ***Frustrované psychické potřeby.*** Potřeba bezpečí, úspěchu, důvěry a přátelství tvoří značnou část našeho vnitřního života. Jsou-li rozpoznány a dosycovány tyto psychické potřeby, k sebevraždě nedojde.
- c) ***Snaha vyprostit se.*** Sebevražda není náhodná, vždycky má svou pointu a svůj smysl. Je to způsob, jak se zbavit problému.
- d) ***Snaha zbavit se vědomí.*** Ukončit vědomí, zastavit uvědomování si bolestné existence, vypnout vypínač života, to je cílem sebevraždy.
- e) ***Bezmoc a skleslost.*** Stud, vina, ztráta výkonnosti, zklamání ze vztahů a řada dalších pocitů mnohdy vypadají jako ta skutečná příčina sebevraždy. Ale pod tím vším se skrývají pocity slabosti a nemohoucnosti, které spolu s bolestí vedou k přesvědčení, že nic kromě sebevraždy udělat nejde.
- f) ***Zúžené možnosti.*** Suicidální jedinci přestávají brát v úvahu rozmanité možnosti řešení svých problémů a začínají se pohybovat pouze mezi dvěma krajními alternativami : absolutní vyřešení, nebo absolutní skončení.⁶⁷

⁶⁶ Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevraždné chování*, s. 36.

⁶⁷ Srov. VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*, s. 490.

2.3.2 Příčiny sebevražedného jednání dle Vágnerové

- a) **Dědičnost.** Existence dědičné zátěže sklonu k sebevraždám, která nesouvisí s psychickou poruchou, nebyla potvrzena. Pokud tedy existuje nějaká genetická dispozice k tomuto jednání, měli bychom ji chápat v souvislosti s duševní poruchou. Rizikovými faktory jsou:
- Deprese. Nemocní v depresivní epizodě mívají opakované myšlenky na smrt, časté sebevražedné představy a často se o sebevraždu i několikrát pokusí. Většinou mají úmysl zemřít a zbavit se tak svého osobního utrpení.
 - Schizofrenie. Sebevražednou tendencí posiluje u lidí trpících schizofrenií pocit deprese, pocit selhání, opuštěnosti, beznaděje, zavržení rodinou, užívání drog či alkoholu.
 - Porucha osobnosti. Nevyrovnaný osobností vývoj zvyšuje tendenci k nestandardnímu nebo abnormálnímu chování. Lidé s poruchou osobnosti mají sníženou toleranci k zátěži a sklon k užívání psychoaktivních látek.
- b) **Biologické příčiny.** Sebevražedné jednání může být reakcí na nepřijatelnost těžkého tělesného onemocnění nebo invaliditu, která zatěžuje nebo znehodnocuje život člověka. Chronická bolest, tělesná bezmocnost a nepříznivá prognóza jsou faktory, které zvyšují riziko volby řešení sebevraždou. Tento motiv bývá častý u starších nemocných lidí. Zvýšený počet sebevražd je také zaznamenán u lidí nemocných AIDS.
- c) **Faktor pohlaví.** Postoj k sebevražednému chování závisí na pohlaví, je ovlivněn jak biologicky, tak sociálně, rozdílností rolí a s nimi souvisejících společenských požadavků. Pro muže a ženy nemá sebevražda stejný význam, ženy a muži mívají jiné motivy a obvykle si volí i jiný způsob sebevraždy. U žen jsou to častěji potíže v citových vztazích, v osobním životě. U mužů převažují spíše problémy v oblasti seberealizace, nezaměstnanost, ztráta společenského statusu apod. Tento odlišný postoj se projevuje větší četností sebevražd u žen. Oproti tomu ale u mužů bývají dvakrát častěji sebevraždy dokonány než u žen. Také v různých životních

fázích jsou tendence k sebevražednému jednání rozdílné. U žen v období rané dospělosti sklon k takovému řešení nepříznivých životních situací klesá. Důvodem bývá mateřství, které představuje určitou ochranu před sebevražedným chováním. Dítě se stává smyslem života. Rozdílný bývá u mužů a žen způsob vyrovnávání se se zátěžemi. Ženy bývají emotivnější a mají tendenci hledat pomoc. Pro spoustu mužů je tento způsob řešení méně přijatelný. Pohlížejí na to, jako na své osobní selhání, neschopnost zvládat vlastní problémy.

- d) **Sezónní a klimatické vlivy.** Je známo, že sebevražedné jednání je častější na podzim a v zimě a méně časté v letním období. Pesimismus a pocity beznaděje podporuje nedostatek světla. Lidem chybí jak teplo, tak světlo a bývají ve špatné náladě, která prohlubuje myšlenky na sebevraždu.
- e) **Sociálně-psychologické příčiny.** Tyto příčiny jsou z hlediska míry rizika sebevražedného chování velice významné. Je na místě rozlišovat vliv obecných společenských a individuálních zátěží. Dále rozlišujeme důsledky dlouhodobě nepříznivé situace a aktuální problémy.

Různé sociální zátěže mohou fungovat jako faktory zvyšující riziko volby sebevraždy při řešení problémové situace. Tak vážný důsledek mají pouze tehdy, když jsou subjektivně vnímány jako významné a nezládnutelné. Toto zvýšené riziko sebevražedného jednání se vyskytuje při ztrátě zaměstnání, které představuje profesní a sociální postavení. U člověka, který ztratí zaměstnání, se snižuje pocit vlastní hodnoty, vyskytuje se trauma sebeúcty, která vede k poklesu sebehodnocení. Dále ztráta zaměstnání způsobuje nedostatek optimismu a víry v budoucnost, selhání celoživotních plánů a představ, dosavadního smyslu života. Jde o komplexní neuspokojení v oblasti potřeby a bezpečí, potřeby seberealizace a potřeby pozitivní budoucnosti. Pozitivní budoucnost je tak chápána jako naděje. Sebevrah naději nevidí nebo je pro něho málo reálná, má pocit naprosté bezvýchodnosti.

Sociální vazby působí jako prevence sebevražedného jednání. Posilují pocit smyslu života a jeho pozitivní postoj. Je nutné zabývat se příčinami absence

sociálního zázemí. Neuspokojivé nebo chybějící vztahy, osamělost, nedostatek osobní opory významně zvyšují riziko sebevražedného chování. Ohroženi jsou ti jedinci, kteří ztratili partnera jeho smrtí nebo rozvodem. Dále jsou ohroženi lidé, jejichž rodinné vztahy jsou konfliktní nebo problematické. Dobré vztahy, ať už je to manželství nebo jakýkoliv jiný vztah, působí na jedince pozitivně, jako prevence sebevražedného jednání u mužů i u žen.⁶⁸

2.4 Následky sebevražedného jednání

Následky suicidálního jednání se odborníci zabývají teprve posledních čtyřicet let. Výzkum se netýká pouze suicidantovy osobní situace po pokusu, ale také širší sociální situace je předmětem výzkumu. Následky, které pro sebevraha vyplynou po provedení pokusu, tak představují další specifickou problémovou oblast výzkumu.⁶⁹

Důležité okolnosti, které jsou příčinou zásadních změn v sebevrahově životě, jsou následující: 1) Přechodný nebo trvalý pobyt v nemocnici. V mnohých případech, především u duševních poruch, jde o první odbornou terapii stavu, který vedl k pokusu. 2) Přijetí do nemocnice těsně před smrtí na nějaké těžké onemocnění. V těchto případech byla pokusem vyjádřena tendence předejít sebevraždou přirozenou smrt. 3) Invalidita jako následek suicidálního jednání znamená hluboký zásah do dosavadního života jedince a do jeho vztahu k ostatním lidem. 4) Přechodné opuštění konfliktního prostředí často napomůže vyřešení konfliktů. 5) Změna dosavadních mezilidských vztahů. Dochází ke zlepšení, někdy však i ke zhoršení. Zpravidla se však po pokusu zvětší závislost člověka na blízkém okolí. 6) Změna ve způsobech života a pracovní činnosti sebevraha. Podobné změny nastávají i u rodinných příslušníků. 7) Pomoc okolí. 8) Ukončení sociální izolace.⁷⁰

⁶⁸ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 491-495.

⁶⁹ Srov. VIEWEGH, J. *Sebevražda a literatura*, s. 28.

⁷⁰ Srov. tamtéž.

3 Prevence a intervence sebevražedného jednání

Lidé, jež se pokusili, nebo pokus o sebevraždu plánují, potřebují podporu a pomoc svého okolí. V první řadě jsou to lékaři a psychiatři, dále hrají velkou roli v životě pacienta psychologové, popřípadě psychoterapeuti a v neposlední řadě jsou to sociální pracovníci. Základní jednotkou je ovšem rodina, která by měla být v popředí a se kterou je nutná spolupráce všech specialistů. Žádná terapie tak nenahradí podporu rodiny, která je při léčbě a jakékoli jiné pomoci nutná a žádoucí.

3.1 Prevence sebevražedného jednání

Preventivní přístup se snaží o podporu duševního zdraví a prevenci patologických projevů. Preventivní přístup je důležitý zejména v oblasti suicidálního chování, kde u většiny případů můžeme zachytit presuicidální projevy verbálního či neverbálního charakteru.⁷¹ V této části práce se budu zabývat úlohou preventivního přístupu v oblasti suicidálního jednání a jednotlivé typy prevence.

3.1.1 Úloha preventivního přístupu

Suicidální chování představuje závažnou oblast psychologie a psychiatrie. Je důležité nalézt preventivní strategie, které by ovlivnily rizikové faktory suicidálního chování. Příčiny sebevražedného chování jsou velmi různorodé a vázány na vzájemné vztahy řady rizikových faktorů. V preventivním přístupu nejde pouze o zaměření se na projevy suicidálního chování, ale také o zaměření na celkovou situaci člověka. Jedním z cílů preventivního přístupu je tedy odstranění nebo oslabení rizikových faktorů a posílení projektivních faktorů, které jedinci pomáhají zvládat stres a jiné problémy.⁷²

⁷¹ Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 105.

⁷² Srov. tamtéž, s. 106.

3.1.2 Typy prevence

V případě suicidálního chování je dalším cílem prevence snaha snížit jeho výskyt v populaci. Pokud se u jedince suicidální chování objeví, pak je cílem snaha oslabit negativní dopad chování na budoucí fungování jedince a také, aby jedinec suicidální jednání neopakoval. Preventivní přístupy jsou obvykle rozdělovány na tři oblasti: primární, sekundární a terciární.⁷³

Primární prevence se zaměřuje na snížení výskytu poruchy v populaci. Je zaměřená na eliminaci příčin a rizikových faktorů, které podmiňují vznik poruchy. Primární prevence je orientovaná na jedince, u kterých nemusí být patrné znaky poruchy. Důležitou součástí primární prevence je podpora duševního zdraví a posílení projektivních faktorů, které oslabují riziko rozvoje poruchy.⁷⁴ **Sekundární prevence** je orientovaná na včasné zachycení a léčbu projevů. Za součást sekundární prevence bývá považována krizová intervence. Sekundární prevence může být orientovaná na pečlivé zhodnocení a krizovou intervenci u těch jedinců, které můžeme považovat z hlediska sebevraždy za zvýšeně ohrožené. **Terciární prevence** se snaží zmírnit následky poruchy a zabránit jejímu opakování.⁷⁵ Soustřeďuje se na sociální a pracovní rehabilitaci a zahrnuje ambulantní sledování a socioterapeutickou pomoc.⁷⁶

Model **primární prevence** rozlišuje tři následující okruhy:

-**Univerzální preventivní intervence** je zaměřena na celkovou populaci, bez ohledu na specifická rizika. Za univerzální preventivní intervenci můžeme považovat například typ preventivních programů pro školní děti, které jsou zaměřeny na zlepšení způsobů, jak mohou děti řešit problémy nebo zátěžové situace a jakým způsobem by měly reagovat, kdyby se dostaly do vážných problémů.⁷⁷

-**Selektivní preventivní intervence** je zaměřená na jedince nebo skupiny populace, u nichž je riziko poruchových projevů významně větší. Rizikové

⁷³ Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 106.

⁷⁴ Srov. ZVOLSKÝ, P. *Obecná psychiatrie*, s. 143.

⁷⁵ Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 105.

⁷⁶ Srov. ZVOLSKÝ, P. *Obecná psychiatrie*, s. 145.

⁷⁷ Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 106.

skupiny mohou být identifikovány na základě biologických, psychologických nebo sociálních faktorů, o kterých víme, že souvisejí se vznikem duševní poruchy. V případě suicidálního chování je ohroženou skupinou například dospívající, který má konflikty v rodině nebo je závislý na užívání návykových látek.⁷⁸

-Indikovaná preventivní intervence je zaměřena na vysoce rizikové jedince, u nichž jsou identifikovány znaky nebo symptomy, které ale dosud nesplňují znaky pro plnou klasifikaci poruchy. Příkladem může být jedinec v těžké životní situaci, s depresivními projevy spojenými s poruchami nálady, sníženým sebehodnocením a pocitem bezmoci a beznaděje.⁷⁹

3.2 Intervence sebevražedného jednání

Terapie sebevražedného jednání je závislá jednak na aktuálním psychickém stavu jedince, jednak na době, ve které je léčebná pomoc poskytována. V rámci suicidálního jednání lze poskytnout první pomoc, krizovou intervenci a konečně systematickou léčbu. Léčebné zásahy mohou být psychoterapeutické, farmakologické a mnohdy je zapotřebí i sociálních zásahů. V léčbě sebevražedného jednání je nutné se zaměřit na jak na léčbu akutních suicidálních projevů, tak na psychopatologické pozadí těchto projevů, jako je např. deprese, poruchy chování, závislost apod.⁸⁰

3.2.1 První pomoc

Způsob poskytování první pomoci je ovlivněn řadou okolností. Důležitým faktorem je doba, kdy je pomoc poskytována. Při suicidálních myšlenkách a tendencích volíme jiný přístup než při akutně hrozícím nebo prováděném suicidálním pokusu. Významnou úlohu pak hraje i pomoc po provedeném

⁷⁸ Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 107.

⁷⁹ Srov. tamtéž.

⁸⁰ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 508.

suicidálním jednání, které postižený přežije. Terapeutický zásah je vhodný i po dokonaném činu, jenž je zaměřený na rodinu a pozůstalé.⁸¹

První pomoc při suicidálním chování je povinen poskytnout každý člověk, který je v době jednání přítomen. Většinou to bývá blízký příbuzný, spolupracovník nebo přivolaný lékař. Na prvním místě vždy stojí zvládnutí somatického stavu postiženého, následně je nutné zvládnout i psychický stav.⁸²

3.2.1.1 První pomoc při suicidálních myšlenkách a tendencích

Suicidální myšlenky a tendence jsou charakterizovány verbálními či neverbálními projevy toho, že se jedinec zabývá myšlenkami na sebevraždu. Mohou být přítomny skryté nebo otevřené suicidální výroky či výhrůžky. Tyto projevy by neměly být podceňovány. Mýtus, který tvrdí, že ten, kdo o sebevraždě mluví, ji nikdy nespáchá, neplatí.⁸³

Každý lékař, který vyšetřuje postiženého jedince, by měl položit dotyčnému takové otázky, které je možné odborně posoudit a spojit posouzení s psychiatrickým vyšetřením. Pokud je riziko sebevražděného jednání významné, je nutné pacienta hospitalizovat, i přes jeho možný nesouhlas. Pokud není přítomné závažné psychiatrické onemocnění, je možné využít krizová centra.⁸⁴

3.2.1.2 První pomoc při akutně hrozícím suicidálním jednání

Jednoduchý a jednoznačný návod, jak zasáhnout při akutně hrozícím sebevražděným jednáním, neexistuje. V každém případě je zapotřebí rychle zhodnotit situaci a navázat s postiženým kontakt. Je důležité se vcítit do emocí postiženého jedince. Pomoci může klidný a nedirektivní přístup. Cílem první pomoci je zamezení sebepoškození a odvedení jedince do bezpečí. Nato by mělo navazovat odborné psychiatrické vyšetření s rozhodnutím o ambulanci nebo lůžkové péči.⁸⁵

⁸¹ Srov. ZVOLSKÝ, P. *Obecná psychiatrie*, s. 146.

⁸² Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 94.

⁸³ Srov. *tamtéž*.

⁸⁴ Srov. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 166.

⁸⁵ Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 95.

3.2.1.3 První pomoc po suicidálním pokusu

Po každém pokusu o sebevraždu zasahuje v první řadě lékař, který zkontroluje somatický stav jedince. Teprve, až pomine akutní ohrožení života, bývá pomoc poskytována psychologem a psychiatrem. Vyšetření se zabývá několika okruhy problémů: vážnost úmyslu zemřít, přítomnost psychiatrické poruchy, motiv sebevražedného pokusu, nebezpečí opakování apod.⁸⁶

Faktory, jako je způsob sebevražedného jednání, dopis na rozloučenou, závěť, je nutné hodnotit individuálně. Pokud je riziko možného opakování významné, je nutná hospitalizace v krizovém centru nebo v psychiatrickém lůžkovém zařízení.⁸⁷

3.2.2 Krizová intervence

„Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací. Krizový pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potenciálu přirozených vztahů. Krizová intervence se odehrává v rovině řešení klientova problému a překonávání konkrétních překážek.“⁸⁸

3.2.2.1 Linky důvěry

Linky důvěry fungují jako spojovací článek mezi trpícím člověkem a odborníkem, který může poskytnout potřebnou pomoc. Při prvním rozhovoru jde o navázání kontaktu a získání důvěry volajícího. Jde o to, aby uvěřil, že i jemu je možné pomoci. Lidé uvažující o sebevraždě dávají přednost telefonickému kontaktu před osobním. Linky důvěry jsou k dispozici nepřetržitě.

⁸⁶ Srov. ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*, s. 189.

⁸⁷ Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 96.

⁸⁸ VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*, s. 60.

Potenciální sebevrazi mají málokdy zájem o to, aby za nimi někdo přišel. Mnohem častěji potřebují mluvit o svých problémech a čekají od pracovníků na linkách vyslechnutí. Pracovník na lince důvěry by tak měl nabídnout zájem, ochotu vyslechnout, identifikovat problém a nabídnout určité možnosti řešení. Během hovoru je také podstatné využívat široké škály dovednosti aktivního naslouchání. Pracovník klienta ujišťuje, že jej opravdu slyší, reflektuje a parafrázuje jeho myšlenky. V kontaktu s klientem pracovník dále reaguje na jeho hněv, bere ho vážně a ptá se, kdo mu ublížil nebo co mu ublížilo. Může se ale stát, že volá člověk, který již sebevražedný pokus započal a jeho úmysl je myšlen vážně. Pokud pracovník zjistí, že již není prostor pro jakoukoli pomoc, jediným přáním klienta je to, aby při odchodu ze světa nebyl sám. Pracovníkův úkol je doprovodit klienta. Další situace může nastat, když jedinec sebevražedný pokus započal, ale včas si uvědomil, že zemřít nechce. Tento člověk často panikaří a pracovník by neměl paniku podporovat, naopak by měl v klidu vysvětlit kroky, které povedou k záchraně života. Linky důvěry jsou velmi důležitým zařízením pro prevenci sebevražedných pokusů.⁸⁹

3.2.2.2 Centra krizové intervence

Centrum krizové intervence je místo, kde člověk, který prožívá krizi, dochází osobně. Situace, kdy člověk, odhodlávající se k sebevraždě, přichází osobně na krizové pracoviště, je míněna jako hlasité volání o pomoc. Tento člověk může říkat, že je rozhodnutý sebevraždu spáchat a že nestojí o žádnou pomoc, ale pravděpodobně doufá, že bude zastaven a bude mu podána pomocná ruka. Nakonec většina potenciálních sebevrahů vděčně přijímá nabídnuté možnosti jako je lůžko na krizovém centru a intenzivní práce s krizí, na níž třeba naváže psychoterapie, nebo přijetí do psychiatrické léčebny. V krizové intervenci je velký podíl odpovědnosti za přicházejícího člověka, ale i více prostoru podporovat, chránit a přesvědčit.⁹⁰

⁸⁹ Srov. VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*, s. 495.

⁹⁰ Srov. tamtéž, s. 496-497.

3.2.3 Systematická léčba

Způsob léčby jedinců se suicidální problematikou je závislý na diagnóze a celkovém posouzení aktuálního posouzení rizika sebevražedného jednání. Nejprve je tedy nutné provést psychiatrické a psychologické vyšetření, které odhalí případnou psychickou poruchu a problémy v chování. Podle výsledků odborného vyšetření je důležité sestavit terapeutický plán. Stále je nutné zvažovat, zda je pro pacienta vhodná lůžková nebo ambulantní péče. Každá z nich má své výhody a nevýhody. Ambulantní péče dovoluje zachovat rodinné vztahy a možnost věnovat se svým zájmům. Nevýhodou je nedostatečná kontrola pacienta a tím zvýšené riziko sebevražedného chování. Ambulantní péče je tedy vhodná pro ty, u kterých je riziko nízké nebo pominulo. V ostatních případech je vhodná lůžková péče, která umožňuje daleko větší kontrolu a ochranu pacienta. Nevýhodou je odloučení od rodiny a prostředí.

3.2.3.1 Psychoedukace

Vzhledem k tomu, že sebevraždy většinou páchají lidé, kteří trpí dlouhodobě nějakou duševní poruchou, je důležitá psychoedukace. Dojde-li k sebevraždě z jiné příčiny, než je dlouhodobá duševní porucha, není psychoedukace třeba.⁹¹

Aby se mohl nemocný s onemocněním účinně vypořádat, měl by mít dostatek informací o nemoci a osvojit si tzv. zacházení s příznaky. V psychoedukaci jde o školení, poskytování rad nebo prostě povídání si o všem, co nemocného zajímá a co lékař nebo terapeut považují za důležité sdělit. Konkrétně se nemocný naučí rozpoznat časné varovné příznaky ohlašující zhoršení onemocnění a dozvědět se, co udělat, když se vyskytnou. Nemocní mají možnost ptát se na vše, co je o jejich nemoci a léčbě zajímavé. Jedním z hlavních témat jsou léky a nutnost jejich užívání. Je to z toho důvodu, že i přes prokazatelné zlepšení průběhu onemocnění pomocí léků je řada pacientů neužívá. Z jakého důvodu? Někteří nemocní odmítají léky proto, že u nich

⁹¹ Osobní rozhovor s lékařkou psychiatrické léčebny v Kroměříži

vyvolávají nežádoucí účinky. Častou příčinou je také to, že je nedostatek informací o lécích nebo předsudky vůči nim. Existují předsudky jako „léky jsou jenom pro blázny“, „nikdy mi žádné nepomohly, tak proč bych je teď užíval“ nebo „stejně se nemoc nedá léky ovlivnit“ apod. Jiným problémem je nepochopení rodiny, která někdy nemocného od užívání léků odrazuje. Je to chyba, protože podpora rodiny v užívání léků může dlouhodobý psychický stav zlepšit.⁹²

3.2.3.2 Psychoterapie

Psychoterapie hraje důležitou roli v intervenci, ale také při prevenci sebevražedného jednání. Psychoterapie pomáhá řešit klientovy problémy, které byly nebo by mohly být podnětem k sebevraždě. Komunikační techniky, které psychoterapeut využívá, vedou ke zvýšení duševního zdraví klienta či pacienta. V psychoterapii je důležité dostat se k hlubším problémům klienta a nalézt jejich řešení. U klientů, kteří myslí na pokus o sebevraždu nebo již k pokusu došlo je psychoterapie nejčastější formou pomoci. Především u depresivních klientů, kteří se již o sebevraždu pokusili nebo na tuto možnost pomýšlejí, jsou ve stavu zoufalství, beznaděje, bezmocnosti, proběhne u nich negativní životní událost, osamělost nebo chybění sociálního zázemí a podpory.⁹³

Při uzavírání dohody mezi lékařem a klientem se používá antisuicidální kontrakt. Tato smlouva spočívá v dohodě, že nemocný po dobu léčby nepodnikne kroky k ukončení života. Tato dohoda může posilovat nemocného, aby vydržel, než léčba zmírní symptomy nemoci. I přes tuto dohodu je ale potřeba věnovat pacientovi zvýšenou pozornost a péči, protože kontrakt sebevraždě zabránit nemusí.⁹⁴

Má-li mít psychoterapie dlouhodobý efekt, je důležité pomoci klientovi znovu najít smysl života, podporu v životě, pomoci mu napravit interpersonální vztahy, které jsou u lidí páchajících sebevraždu dysfunkční. Tyhle vztahy jsou

⁹² Srov. PRAŠKO, J.; BAREŠ, M; HORÁČEK, J. a spol. *Léčíme se s psychózou*, s. 40.

⁹³ Srov. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKOVÁ, J. *Deprese a jak ji zvládat*, s. 86-87.

⁹⁴ Srov. PIDRMAN, V. *Deprese z různých úhlů pohledu*, s. 47-49.

velice důležité. Pokud bude ohroženým jedincům dobře v rodině, pokud budou jakkoliv sociálně začleněni, nebudou chtít spáchat sebevraždu.⁹⁵

V praxi se používá několik forem psychoterapie. *Psychoanalýza* založená Sigmundem Freudem je základem psychoterapie. Freud tvrdil, že chování každé lidské bytosti v sobě nese prvky ničení a sebezničení, z čehož vyvodil, že v každém z nás je pud smrti, který působí nezávisle na touze po štěstí nebo po zdraví. Psychoanalýza se pomocí slov snaží tento pud ovládnout a zkrotit.⁹⁶

Další formou psychoterapie je *existenciální psychoterapie*, která se zabývá tématy lidské smrtelnosti, osamělosti a stárnutí, odpovědnosti za svoje činy a svobody. Mnoho klientů se sebevražednými myšlenkami se potýkají s těmito problémy. *Humanistická psychoterapie* je velmi blízká existenciální. Zakladatelem je C. Rogers a hlavními rysy této terapie je empatie, akceptace a aktivní naslouchání bez jakéhokoli odsuzování klienta. Tato terapie může pomoci klientům se sebevražedným úmyslem zjistit, že nejsou tak „špatní“ jak si myslí a že mají dobré stránky, které je potřeba dostat do popředí.⁹⁷

Kognitivně-behaviorální terapie je hojně využívána při léčbě jedinců se sebevražednými sklony. Spočívá v nahrazení patologických modelů chování modely, které jsou pro život vhodnější a racionálnější. Další snahou je objevit postupy, na nichž se jasně projeví posun v klientově myšlení a chování.⁹⁸ Jedná se o terapeutický přístup, který hledá příčiny obtíží v životní historii pacienta, ale nezabývá se příznaky „zde a nyní“.⁹⁹

Terapie hledající smysl života například u jedince se sebevražednými sklony se nazývá *logoterapie*. Představitelem této terapie je Viktor Frankl. Logoterapeuti by měli motivovat trpícího jedince, aby sám něčím pozitivním ke své nepříznivé situaci přispěl, aby sám sebe překonal a dovedl se k cíli, ke smyslu života, jemuž je ochoten podřídit jak své potřeby, tak sám sebe.¹⁰⁰

⁹⁵ Osobní rozhovor s lékařkou psychiatrické léčebny v Kroměříži

⁹⁶ Srov. ALBERTIOVÁ, CH., SAURET, M. J. *Psychoanalýza*, s. 28-29.

⁹⁷ *Wikipedie: Otevřená encyklopedie: Psychoterapie* [online]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Psychoterapie&oldid=3784761>>

⁹⁸ Srov. MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*, s. 224.

⁹⁹ Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 98.

¹⁰⁰ Srov. LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl*, s. 13-14.

„Neboť musíme člověku, který se rozhodl pro sebevraždu, především a stále znovu připomínat, že sebevražda nemůže vyřešit žádný problém. Musíme mu ukazovat, jak velice je podoben hráči šachu, jenž je postaven před šachový problém, který se zdá příliš těžký, a smete figurky ze šachovnice. Tím se nevyřeší žádný šachový problém. Ale také v životě se nevyřeší žádný problém tím, že člověk odhodí život.“¹⁰¹

Systemická a rodinná psychoterapie je také spojována s léčbou jedinců se suicidálními myšlenkami. Při této formě terapie tak dochází k setkání důležitých rodinných příslušníků života nemocného a při získání jejich podpory je léčba jednodušší a mívá dobré výsledky. Člověk se sebevražednými sklony si tak může uvědomit, že není sám a že má pro koho žít.¹⁰² Neméně důležitá je rodinná terapie v případě dokonání suicida. V tomto případě má psychoterapie pozůstalých členů rodiny velký význam pro jejich další psychické zdraví.¹⁰³

Skupinová psychoterapie je zaměřena na oblast interpersonálních vztahů a na oblast sociálních dovedností. Cílem skupinové psychoterapie je zlepšení komunikace, rekapitulace zážitků a sociálních zkušeností. Jedinec se ve skupině učí schopnosti přijímat zodpovědnost a novým formám chování. Psychoterapeutická skupina může být sestavena podle věku, pohlaví a podle převládající problematiky.¹⁰⁴

3.2.3.3 Farmakoterapie

Při terapeutickém zvládnutí hrozícího nebo proběhlého suicidálního jednání má svůj význam medikamentózní léčba. Její význam je různý podle toho, zda je poskytována první pomoc, krizová intervence, nebo jde o komplexní léčbu ambulantní či v lůžkovém zařízení. Je však nutné zdůraznit, že farmakoterapie je jen jednou ze součástí komplexní léčby.¹⁰⁵

¹⁰¹ FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*, s. 67.

¹⁰² Srov. MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*, s. 226.

¹⁰³ Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 99.

¹⁰⁴ Srov. tamtéž, s. 98.

¹⁰⁵ Srov. tamtéž, s. 100.

Při medikamentózní léčbě je nutné hodnocení několika hledisek. Důležitou okolností je to, zda jde o jednorázovou aplikaci v rámci první pomoci, nebo o dlouhodobější léčbu. Dalším významným faktorem je to, zda jde o léčbu ambulantní nebo lůžkovou. Je také jisté rozdíl v tom, zda jde o léčbu suicidální tendence při hluboké depresi, nebo schizofrenii, případně zda jde o reakci ve složité životní situaci.¹⁰⁶

V rámci **první pomoci** se lékař může setkat s neklidem, úzkostí a výraznou tendencí k suicidálnímu jednání. Účelem medikace je v těchto případech zklidnění pacienta a převoz do lůžkového zařízení. S možností nespolupráce pacienta je nejvhodnější použít injekční aplikaci s rychlým účinkem. Mezi používané medikamenty patří benzodiazepiny nebo tlumivá neuroleptika.¹⁰⁷

V případě farmakoterapie při **krizové intervenci** je nutné vycházet z diagnostického posouzení, ze kterého rovněž vyplývá rozhodnutí, zda je nutná hospitalizace nebo stačí ambulantní léčba. Pro zklidnění se používá jednorázových dávek benzodiazepinů. Neuroleptika jsou indikována zejména u psychotických schizofrenních poruch. Dalšími medikamenty jsou antidepresiva, která se indikují u depresivní poruchy.¹⁰⁸

Volba psychofarmak v rámci **komplexní léčby** musí vycházet z celkového posouzení případu, a to jak z hlediska psychiatrické diagnózy, tak z dalších aspektů, včetně sociální situace, spolupráce pacienta a jeho rodiny apod. Specifická „antisuicidální“ medikamentózní léčba neexistuje, je však zapotřebí léčit vhodnými medikamenty zjištěné psychiatrické poruchy, jako např. výše zmíněné schizofrenní, depresivní nebo neurotické poruchy.¹⁰⁹ Problémem bývá chronická suicidalita při nevyváženém vývoji osobnosti, její poruše a u tzv. hraničních osobností. V těchto případech je někdy nutné přistoupit k medikaci lithiem, která vyžaduje spolupráci pacienta a sledování hladin v krvi.¹¹⁰

¹⁰⁶ Srov. ZVOLSKÝ, P. *Obecná psychiatrie*, s. 147.

¹⁰⁷ Srov. HOSCHL, C, LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*, s. 302.

¹⁰⁸ Srov. ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*, s. 68.

¹⁰⁹ Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 101.

¹¹⁰ Srov. HOSCHL, C, LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*, s. 328.

3.2.3.4 Socioterapie

Sociální pomoc je při léčbě jedinců, u nichž je riziko sebevražděného jednání, velice důležitá. Příčiny, které jsou spojené se sebevražděným jednáním, jsou poměrně často spojeny se ztrátou sociálních vazeb a se sociální izolací, která se prohlubuje. Lidé s myšlenkou na sebevraždu jsou z různých příčin ve velké míře nezaměstnaní, a pokud práci mají, časem o ni přicházejí.

Cílem sociální pomoci a vlastně jakékoliv jiné pomoci je odstranit příznaky a zajistit, aby se pokud možno nevracely. Dále pak zocelit nemocného vůči stresu a pomoci s řadou problémů, které mu život se sebevražděnými sklony přináší.

Sociální přístupy můžeme rozdělit na:

-zvyšující odolnost vůči stresu, zde patří nácvik sociálních dovedností
-odstraňující působení stresujících vlivů, např. podporované zaměstnávání v rámci pracovní rehabilitace.¹¹¹

-sociální poradenství, které má za cíl zmírnit psychickou nepohodu klienta a podporovat duševní růst. Sociální pracovníci také poskytují informace a rady, zastupují, pracují s klienty a poskytují jim jiné podobné odborné služby.¹¹²

Nácvik sociálních dovedností. Sociální dovednosti slouží k řešení mezilidských problémů všedního dne. Jde třeba o schopnost zahájit konverzaci, nesouhlasit s názorem jiného člověka, „utéci“ z příliš stresové situace, odmítnout alkohol atd. Jde nejen o to, jak mluvíme, ale i o to, jak se u toho tváříme, stojíme, gestikulujeme. Některé společenské interakce jsou složité a musíme při nich zpracovávat všechny informace najednou. To může představovat zátěž a důsledkem může být selhávání v běžné každodenní komunikaci a následné prohlubování sociální izolace. Lidé, kteří trpí určitou formou psychózy, mají sociální dovednosti často nedostatečné. V důsledku akutních psychotických příznaků může dojít ke zhoršení sociálních dovedností anebo je v důsledku sociální izolace zapoměli nebo přestali používat. Tito lidé jsou tak velice citliví

¹¹¹ Srov. PRAŠKO, J.; BAREŠ, M; HORÁČEK, J. a spol. *Léčíme se s psychózou*, s. 39.

¹¹² Srov. MATOUŠEK, O. a kol., *Základy sociální práce*, s. 179.

na stres v mezilidských vztazích a při velké zátěži mají pocity méněcennosti a zbytečnosti, které vedou až k sebevražedným pokusům.¹¹³

Nácvik sociálních dovedností může zvyšovat odolnost vůči tomuto stresu. Pokud dojde ke zlepšení sociálních dovedností, člověk se méně často dostává do stresu a jeho myšlení je tak pozitivnější.

Základní dovednosti, které se v rámci nácviku sociálních dovedností trénují:

- dovednosti správně vnímat a porozumět
- sdělování pozitivních informací
- zahajování, udržování a ukončení krátkého rozhovoru
- sebebrosazení
- dovednost najít kompromisní řešení
- nácvik řešení konkrétních problémů¹¹⁴

Pracovní rehabilitace je zaměřena především na lidi, kteří přišli o zaměstnání v důsledku nemoci nebo jsou v invalidním důchodu, kvůli kterému je pro ně obtížné najít práci. Důležitým kritériem je osobní motivace. Pouze pokud chce člověk pracovat, pouze tehdy je možné zahájit pracovní rehabilitaci. Člověk musí chtít a být dostatečně motivovaný.¹¹⁵

Pracovní rehabilitace má několik fází:

- příprava na setkání-jde o přípravu jak ze strany pracovníka, tak ze strany klienta
- budování vztahu a navázání důvěry
- mapování neboli rehabilitační analýza-sociální situace, potřeby, schopnosti, dovednosti atd.
- stanovení cíle-cíl musí být pozitivní, významný, ale dostatečně malý, konkrétní, týkající se budoucnosti, určující začátek, ne konec a realizovatelný
- plánování neboli tvorba plánu
- realizace neboli provádění
- ukončení a hodnocení¹¹⁶

¹¹³ Srov. PRAŠKO, J.; BAREŠ, M.; HORÁČEK, J. a spol. *Léčíme se s psychózou*, s. 38.

¹¹⁴ Srov. tamtéž, s. 41-42.

¹¹⁵ Viz *Kurz pracovní rehabilitace*, FOKUS Praha.

¹¹⁶ Viz tamtéž.

Pracovní rehabilitace je osvědčená metoda práce s lidmi s duševním onemocněním, kterou provádí sociální pracovníci a asistenti. Pokud se podaří v rámci sociální rehabilitace najít jedinci práci na volném pracovním trhu nebo v chráněné dílně, je to pro jedince významný krok k lepšímu a jeho motivace žít se opět vrací nebo zvyšuje.¹¹⁷

„Poradenství probíhá, když poradce přijímá klienta v soukromém a diskrétním prostředí, aby prozkoumal potíže, které klient pociťuje, duševní nepohodu, kterou prožívá, nebo třeba jeho nespokojenost se životem či ztrátu nasměrování a smyslu.“¹¹⁸

Poradenské dovednosti mohou být vhodné jak pro poskytování nezbytné podpory, tak pro zkoumání řady otázek, jež mohou být pro dotyčného člověka prospěšné. Jedním, z hlavních úkolů, když se jedná o pomoc člověku se sebevražednými myšlenkami, je začít chápat, co pro něj vyhlídka na sebevraždu znamená a na základě informací pozvednout jedince a pomoci mu identifikovat tlaky, které ze sebevraždy dělají reálné východisko. Stejně užitečná může být pomoc s rozhodováním, který problém z několika se má vyřešit jako první.¹¹⁹

Poradce je člověk, který pomůže jedinci posunout se v životě dopředu, praktickým způsobem pomůže sestavit plán činností, s nímž bude největší šance dosáhnout stanovených cílů. Navíc se poradce snaží pomoci s tím, aby člověk získal nadhled na to, co jej trápí.¹²⁰

¹¹⁷ Viz *Kurz pracovní rehabilitace*, FOKUS Praha.

¹¹⁸ DRYNER, W. *Poradenství*, s. 17.

¹¹⁹ Srov. CULLEY, S., BOND, T. *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii*, s. 208-209.

¹²⁰ Srov. DRYDEN, W. *Poradenství*, s. 112.

4 Případové studie

Pro tuto část práce jsem zvolila kvalitativní výzkum. Mým cílem tak není sesbírat co nejvíce kategorií a informací o velkém počtu dotazovaných, ale zaměřit se na menší vzorek informátorů a zjistit větší množství informací. Jedním ze základních přístupů kvalitativního výzkumu je případová studie, kterou jsem si vybrala i já. Výzkum pomocí případové studie se zaměřuje na podrobný popis a rozbor jednoho nebo několika málo případů. V případové studii jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti.¹²¹ Existuje několik typů případové studie. Já jsem si vybrala osobní případovou studii, kdy jde o podrobný výzkum určitého aspektu u jedné nebo několika málo osob. Ve studii odpovídáme na otázky „jak?“ a „proč?“.¹²²

4.1 Místo provádění výzkumu

Výzkum jsem prováděla z větší části v Psychiatrické léčebně ve Šternberku na mužském oddělení B3. Bylo pro mě velice složité získat povolení k provedení rozhovorů. Původním místem provádění tak měla být psychiatrická léčebna v Kroměříži, kde ale mou žádost pan primář zamítl. Proto jsem zkoušela další zařízení, a to Psychiatrickou kliniku FN v Olomouci, kde mi byli sice rozhovory povoleny, ale pouze za účasti terapeuta při všech rozhovorech, což mi nepřišlo vhodné vzhledem ke vztahu terapeut-klient. Myslím si, že by se kvůli přítomnosti terapeuta klient necítil v anonymitě, jakou jsem mu já zaručovala.

4.2 Výzkumný vzorek

Nakonec jsem tedy výzkum uskutečnila ve Šternberku, kde proběhly rozhovory pouze za mé a klientovy přítomnosti. Zde jsem udělala rozhovory se čtyřmi klienty léčebny, kteří zde byli z důvodu uskutečněného nebo plánovaného pokusu o sebevraždu. Klienty mi vybral lékař oddělení, na kterého jsem získala

¹²¹ Srov. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*, s. 104.

¹²² Srov. tamtéž, s. 106.

kontakt díky své vedoucí práce. Před každým rozhovorem mi stručně sdělil diagnózu, pokud klienti souhlasí se studiem své dokumentace ke studijním účelům a také mi lehce nastínil povahu člověka, se kterým jsem se právě chystala uskutečnit rozhovor. Každý rozhovor tak trval zhruba jednu hodinu. Zbýlý jeden rozhovor mi poskytl člověk z mého okolí, který se pokusil o sebevraždu.

Výzkumným vzorkem jsou čtyři muži a jedna žena ve věkovém rozpětí 25-57 let. První rozhovor mi poskytl pan Jaroslav, 57-letý muž v invalidním důchodu, který trpí schizoafektivní poruchou. Druhým respondentem byl pan Luboš, 37-letý muž, který je nezaměstnaný a nemá psychiatrickou diagnózu. Třetím dotazovaným byl pan Petr, 46-letý muž, který je v invalidním důchodu a trpí schizoafektivní poruchou. Čtvrtý rozhovor mi poskytl pan Jan, 37-letý muž, který je OSVČ, trpí schizofrenií, ale není v invalidním důchodu. Poslední respondentkou byla paní Martina, 25-letá žena, která trpí schizoafektivní poruchou, ale není v invalidním důchodu.

Rozhovory nebyly příliš strukturované, spíše velmi volné a otevřené. Ale vždy jsem se snažila nastínit otázku a její problematiku, aby se klient držel dané problematiky, což se povedlo. Otázky tak byly velmi široké se záměrem zajistit velké množství informací.

4.3 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit příčiny a následky sebevražedného jednání výzkumného vzorku a navržení možné intervence. Otázky byly položeny tak, abych od informátorů zjistila co nejvíce informací, které lze konfrontovat s teoretickými poznatky a tím je potvrdit nebo vyvrátit.

4.4 Výzkumné otázky

- 1) Jaké jsou příčiny sebevražedného jednání u zkoumaného vzorku?
- 2) Bylo možné zjistit sebevražedný úmysl před provedeným pokusem?
- 3) Jaké následky jsou spojeny se sebevražedným chováním?
- 4) Existují cíle do budoucna? Pokud ano, tak jaké?
- 5) Jaká forma intervence je poskytována?

4.5 Analýzy

V této části práce se zaměřuji na samotné rozhovory a jejich analýzy z hlediska cíle výzkumu. Vhodnými otázkami a následnými odpověďmi mohu u každé případové studie rozpoznat příčiny sebevražedného jednání daného respondenta, následky, jež jsou spojeny se suicidálním pokusem a dále navrhnout vhodnou intervenci.

4.5.1 Příběh pana Jaroslava

Pan Jaroslav je v Psychiatrické léčebně ve Šternberku již tři měsíce. Je mu 54 let a trpí schizoafektivní poruchou. Je ženatý, má dvě dospělé děti. Dcera žije se svou rodinou a syn žije ve společné domácnosti pana Jaroslava a jeho ženy. V rodině žádné problémy nemá, a pokud nejsou přítomny deprese, žije spokojený život. Nemoc se u něj projevila před 18 lety, od té doby je v plném invalidním důchodu. Předtím pracoval 12 let jako správce jednoho z pavilonů olomoucké Flory. Již několikrát se pokusil o sebevraždu. Ne psychiatrii je již podesáté. Naposledy se pokusil o sebevraždu právě před třemi měsíci skokem pod auto.

Náš rozhovor trval přibližně hodinu, ale jsem si jistá, že by mohl trvat daleko déle, pokud bych jej sama neukončila. Pan Jaroslav je vzdělaný člověk se spoustou zájmů, které však nemůže vykonávat, vzhledem k jeho zdravotnímu stavu. Cítí se velice špatně, jako předávkovaný. Projevují se u něj nežádoucí

účinky léků. Třesou se mu velice silně ruce a má potíže s komunikací. Zadrhává v řeči a není jednoduché mu porozumět. Očividně ho to zmáhá, ale chce komunikovat, protože má dojem, že mu to pomáhá. (*„Špatně se mi mluví, asi po těch práscích, třepou se mi ruce, neudržím ani tužku. Neumím komunikovat.“*) Má strach z toho, že po určité době nebude schopný komunikovat vůbec, tak mou návštěvu využívá také jako formu tréninku. Z výrazu v obličeji jde vyčíst smutek.

Pan Jaroslav je ženatý a moc ho mrzí, že nemůže být se svou ženou a vést společnou domácnost. (*„Hrozně si to vyčítám. Mám doma ženu, kterou miluji, a je moc hodná. Nejvíc mě štve, že je teď doma a já ji nemůžu nijak pomoci. Je na všechno sama.“*) Jeho myšlenky na smrt jsou velice časté. Na psychiatrii byl již více než desetkrát. Pokaždé ve stavu deprese. Ty má často. Již třikrát se pokusil o sebevraždu skokem pod auto. Bere mnoho léků na deprese a na svůj druh poruchy, ale i přesto se deprese stále vracejí a pan Jaroslav si znovu a znovu sahá na život. Probíhá u něj také psychoterapie, ale ta mu nepomáhá, protože se neumí dostatečně otevřít a chybí mu slova na vyjádření pocitů. Chtěl by si najít práci, ale je v plném invalidním důchodu, tak má obavu, že je to těžké. Také vzhledem k jeho věku.

Pan Jaroslav je velice příjemný člověk, očividně si rád povídá a věří, že častější komunikace mu pomůže v lepším vyjadřování. Z jeho odpovědí vyplývá veliká láska k ženě a dětem a také pocit zodpovědnosti za své chování a výčitek. Uvědomuje si, že bez něj to má žena těžší, ale nepřemýšlí nad tím před pokusem o sebevraždu. Jeho stavy deprese jsou tak silné, že pan Jaroslav má pocit naprosté zbytečnosti a pocit nalití horka do hlavy, který mu způsobí jakési zatmění před očima a on se bez přemýšlení vrhá pod auto. (*„Najednou se mi zatmí před očima, nalije se mi do hlavy teplo a já přestanu myslet, je to prostě zkrat a já nad ničím jiným nepřemýšlím. Jen, že chci odejít z tohoto světa bez čekání.“*)

Pan Jaroslav si je dobře vědom, jaké onemocnění ho postihlo a že deprese jsou jeho projevem, což je velmi důležité. (*„Trpím schizoafektivní poruchou a mívám deprese.“*) Má vytvořený náhled na poruchu, kterou trpí. (*„Pokaždé je*

to stejné. Vždycky, když na mě padne deprese, mám pocit méněcennosti. Připadám si zbytečný a nic mě nebaví.“)

Příčiny, následky a intervence

V případě pana Jaroslava se jednalo o impulzivní jednání. Příčinou sebevražedného jednání je především Jaroslavova nemoc, u které je součástí deprese. Jiné problémy neuvádí. Následkem je tak přechodný pobyt v nemocnici a také nedobrovolná nezaměstnanost. Jako důležitou formu pomoci bych uvedla stabilizaci jeho psychického stavu. Po stabilizaci by měl pan Jaroslav nadále využívat psychoterapii. Mohla by mu pomoci logoterpie, díky které by mohl najít smysl svého života. Vzhledem k zájmu o práci bych dále doporučovala pracovní rehabilitaci, pomocí níž by mohl najít práci v rámci podporovaného zaměstnání.

4.5.2 Příběh pana Luboše

Pan Luboš je v psychiatrické léčebně ve Šternberku měsíc. Pokusil se o sebevraždu nejdříve skokem pod auto v říjnu loňského roku. Podruhé před měsícem pokusem předávkovat se léky. Je rozvedený, má dvě malé děti, které žijí s matkou. Žena od něj odešla k jinému partnerovi. Pracoval jako seřizovač strojů, nyní je nezaměstnaný. Žije ve městě, ve kterém se necítí dobře. Není v invalidním důchodu. Nemá psychiatrickou diagnózu, ani nepřipouští tu možnost, ale trpí depresemi a bývá ve stresu.

Pan Luboš velice ochotně odpovídal na mnou pokládané otázky. Byl velice sdílný. Hodinový rozhovor tak byl vyčerpávající. Lubošovi problémy v rodině, v práci, s alkoholem v kombinaci s léky vygradovaly až k pokusu o sebevraždu. Po odchodu jeho ženy k jinému partnerovi v kombinaci s vyčítavým chováním jeho matky tak Luboš ztratil smysl života a pod vlivem alkoholu spolykal velké množství léků. Po posledním pokusu se probral v psychiatrické léčebně a vyčítal si, že pokus o sebevraždu nedokonal. (*„Hnedka po tom jsem litoval, že jsem to přežil. Žádné výčitky svědomí, nic.“*) Stejně tak reagoval i na otázku po prvním pokusu, kdy se chtěl zabít skokem pod auto. (*„Bohužel to stihl zastavit“*)

Pan Luboš nevyužívá možnost psychoterapie, nepřipouští si jakékoliv psychické problémy mimo deprese, kterou ale nepovažuje za duševní poruchu. Je

velice suverénní a působí sebevědomě. Nevyskytují, ani se u něj nevyskytovali jakékoliv výčitky svědomí vzhledem ke spáchanému pokusu o sebevraždu. Jeho sebevědomé vystupování může být zapříčiněno jeho velkým úbytkem na váze. Po rozvodu, kdy pan Luboš kombinoval léky s alkoholem, neměl potřebu hladu, a proto nejedl. Je rád za to, že shodil nadbytečné kilogramy a je zřejmé, že je za to na sebe pyšný. („*Za půl roku jsem zhubl 54 kilo. Aspoň něco no.*“)

Důležitým bodem našeho rozhovoru byl popis jeho snažení se se svým úmyslem svěřit a následná ignorace jak ze strany matky, kamaráda a v neposlední řadě psychologa. („*Chodil jsem k psychologům, říkal jsem jim, že se chci zabít. Nebrali mě vážně. Nikdo mě nebral vážně. Když jsem to řekl kámošovi, tak mi řek, ať se na to vykašlu, že máme ještě něco v plánu. No a do toho matka. Je jako gramofon. Furt dokola říká, jaký jsem parchant. Že si můžu za to sám, že mě žena opustila. Že jsem neschopný.*“)

Vystupuje jako vyrovnaná osoba, která má za sebou hodně těžkých životních situací, které sice neunesl, ale má pocit, že to má v hlavě srovnané. Do budoucna by se rád naprosto odpoutal od vlivu dominantní matky, našel si práci a odstěhoval se ze svého rodného města. Největším cílem je ale zbavit se závislosti na lécích. („*Hlavně vypadnout z Litovle. Tam bydlí matka. Pokud budu pryč, už to znovu neudělám. Já už jí prostě nemám co říct. Chci začít nový život, zbavit se závislosti. Taky chci práci. Někde ve městě.*“)

Příčiny, následky a intervence

Pokud mám zhodnotit případ pana Luboše, příčina sebevražedného jednání je v sociálně-psychologické oblasti. Jsou to především neuspokojivé rodinné vztahy, závislost na lécích. Další problém vidím v absenci jakékoliv podpory. Pan Luboš na svůj záměr upozorňoval jak kamaráda, matku i psychologa a nikdo jeho úmysl nebral vážně. Je na místě uvést, že se říká „kdo o sebevraždě mluví, ten ji nespáchá“, což je jeden z předsudků a mýtů o sebevraždě. Následky spojené s pokusem o sebevraždu spočívají v přechodném pobytu v nemocnici, dále pak ve zdravotním omezení spojeném se závislostí. Panu Lubošovi by v jeho momentální situaci mohla pomoci například změna psychologa. Určitě také psychoterapie je dobrým pomocníkem při léčbě závislosti a rodinných neshod.

Ideální by v tomto případě byla rodinná či systemická terapie, která je ale účinná v situacích, kdy se o změnu snaží všichni zainteresovaní členové. To, co panu Lubošovi opravdu chybí, jak jsem vycítila z rozhovoru, je kamarád-člověk, který ho bude poslouchat, kterému se může svěřit. Přátelství žádná terapie nenahradí.

4.5.3 Příběh pana Petra

Pan Petr je v Psychiatrické léčebně ve Šternberku rok a dva měsíce. Předtím zde byl již jedenáctkrát. Již čtyřikrát se pokusil o sebevraždu. Způsoby se různily-předávkování, oběšení, jed na krysy. S krátkými přestávkami je na psychiatrii čtyři roky. Trpí schizoafektivní poruchou. Je v plném invalidním důchodu. Je mu 46 let a je svobodný. Žije ve společné domácnosti se svými dvěma sestrami a jejich rodinami v rodinném domě. Rodiče zemřeli. Otec měl také schizoafektivní poruchu, kterou řešil alkoholem. Vzal si život.

Rozhovor s panem Petrem byl krátký, protože se necítil moc dobře. Po celou dobu rozhovoru na mě působil tak, že má špatnou náladu, proto byla komunikace s ním velice obtížná. Nebyl příliš otevřený a taky se u něj projevují nežádoucí účinky léků v podobě špatného vyslovování.

Pan Petr žije se schizoafektivní poruchou již osm let a z toho čtyři roky tráví v psychiatrické léčebně, což je samo o sobě velká zátěž na psychiku. Trpí ale velkými depresemi, které se stupňují až k pokusu o sebevraždu. Mívá bludy v podobě hlasů, má panický strach z lidí. Nemoc ho velice zmáhá a on vidí východisko ve smrti jej samotného („*S psychickým problémem se mi nechce žít. Nebaví mě žít, furt jsem na psychině, furt jím prášky, už mě to nebaví.*“). Žije v domácnosti se sestrami a jejich rodinami. Sleduje, jak se sestry mají dobře, jsou zdravé a žijí spokojený život. Přiznává se tak k závidivosti vůči životům jeho sester („*Závidím sestram, jak si pěkně užívají.*“). Uvědomuje si, jak je nemoc zlá a že díky jejím projevům nemůže žít tak, jak by chtěl („*Já si nemůžu nikam zajít, nic.*“). Několikrát se v našem rozhovoru zmiňuje o velkém množství prášků, které musí užívat. Považuje to za důvod ztráty smyslu života („*Nebaví mě žít, furt jsem na psychině, furt jím prášky, už mě to nebaví.*“, „*Beru kvantum prášků, osm ráno, odpoledne šest a večer osm.*“, „*Pořád mám hlasy, i po prášcích.*“).

Prášky byly jeden ze způsobů, kterým se pokusil o sebevraždu. Tyto pokusy jsou vždy v souvislosti s depresí, které jsou u pana Petra velmi časté. Po nedokonané sebevraždě má při každé další depresi pocit lítosti, že se mu nepovedlo pokus dokonat (*„Když mám krizi, tak fakt lituju, že se mi to nepovedlo.“*).

Cíle do budoucna jsou u pana Petra nejednoznačné. Zpočátku tvrdí, že nejsou žádné, ale po delší odmlce se rozpovídá, že by chtěl do ústavu v Havlíčkově Brodě. Má již napsanou žádost a je v pořadníku. Chce tam, aby nezatěžoval rodinu, která dle jeho slov, na něj stejně nemá čas (*„Pak jsem taky zažádal o ústav v Havlíčkově Brodu. Jsem v pořadí. Je to ústav pro duševně nemocné. Chci tam, nechcu zatěžovat rodinu. Stejně na mě nemají čas.“*).

Příčiny, následky a intervence

Pan Petr je již na první pohled velice smutný člověk. Kvůli nemoci tak ztrácí smysl života. Příčinu pokusu o sebevraždu vidím v jeho nemoci, kvůli které nemá chuť cokoliv změnit, na čemkoliv pracovat. Následkem je přechodný pobyt v nemocnici a invalidita. Dalším následkem je také změna mezilidských vztahů v rodině pana Petra. Připadá si v rodině zbytečný. Jediným cílem pana Petra je umístění v ústavu. V tomto případě by pomohl sociální pracovník, který by panu Petrovi mohl za pomoci šetření napsat novou žádost, která by umožnila rychlejší nástup. Popřípadě by sociální pracovník mohl navrhnout jiné možnosti ubytování. Další nabídkou by mohly být denní stacionáře pro lidi s duševním onemocněním, kam by mohl občas zavítat a poznat se tak s jinými lidmi s podobným postižením. Třeba by potom jinak nahlížel na své onemocnění. Určitě je zapotřebí zmínit potřebu psychoedukace, která informuje pacienta o jeho onemocnění včetně příznaků a možnostech zavčasu odhadnout nastupující ataku. Z terapií bych navrhovala rodinnou terapii, díky které by mohla rodina pacienta získat jak informace o nemoci, kterou pan Petr trpí, tak by mohlo dojít ke zlepšení rodinných vztahů.

4.5.4 Příběh pana Jana

Pan Jan je v Psychiatrické léčebně ve Šternberku 8 dní. Je zde již potřetí. Již třikrát se pokusil o sebevraždu. Dva pokusy byly demonstrativního charakteru. Ten poslední, kdy se pan Jan v listopadu 2006 polil petrolejem a zapálil, myslel vážně. Nyní je v léčebně ze své vlastní iniciativy. Doma, kde žije s rodiči, vyhrožoval sebevražedným úmyslem. Trpí schizofrenií. Je mu 37 let a je dva roky rozvedený. Má dvě děti, které žijí s matkou. Je osoba samostatně výdělečně činná, podniká ve stavebnictví. Dřív pracoval jako strojník a řidič. Není v invalidním důchodu, který mu sice byl nabídnut, on ale tuhle možnost zamítl (*„Přemýšlím o tom důchodu, nabízejí mi ho, ale já nevím. Vím, jak to je u nás. Je tam pár lidí, co mají, jak se říká, papíry na hlavu a každý se na ně dívá skrz prsty, a to já fakt nechci.“*).

Rozhovor s panem Janem je velice otevřený. Vypadá vyrovnaně a působí na mě jako člověk, který ví, co chce. Po odchodu jeho ženy a následně po rozvodu, se pan Jan pokusil dvakrát o sebevraždu. Sám se ale zmiňuje, že to byly pokusy demonstrativního rázu. Poslední pokus měl ale vážné důsledky v podobě četných popálenin a tvrdého boje o život. Přežil svou smrt, jak sám říká (*„Byl to pro mě konec světa. Nic mě nebavilo, žádná budoucnost k ničemu. Sebevraždu jsem naplánoval během pár minut. Chtěl jsem se oběsit, ale neměl jsem odvalu. I když by to bylo nejjistější, možná právě proto jsem to neudělal. Všichni tady to dělají demonstrativně, včetně mě. Mě se to ale vymklo z rukou. Měl jsem deprese, byl jsem zoufalý, nemohl jsem spát.“*). Poté, co jeho žena jeho pokusy naprosto ignorovala, mu došlo, že je skutečně konec jejich vztahu a že jsou tak pokusy zbytečné. Lituje toho, o co se pokusil především vzhledem ke svým dětem. Doslova se za sebe stydí (*„Styděl jsem se, co jsem provedl dětem. Chtěl jsem, ať mě z Ostravy převezou sem, do léčebny. Styděl jsem se, tak jsem se chtěl schovat. Byl jsem popálený. Mám ze všeho špatný pocit.“*).

Našel si přítelkyni, takže má blízko člověka, se kterým může trávit čas. Nebyl to ale pouze rozvod, který zapříčinil Janův pokus o sebevraždu. Trpí schizofrenií, která s sebou nese i bludy. V případě pana Jana jsou to bludy ve formě hlasů. Slyší, jak jej lidé v jeho okolí pomlouvají. Tyto bludy ho opět nutí

řešit otázku smyslu života, který při každé atace nemoci ztrácí. Bojí se, že se opět pokusí o sebevraždu, proto sám vyhledal lékařskou pomoc a nechal se hospitalizovat v léčebně (*„Jsem tady, protože jsem vyhrožoval doma, že se oběsím. Pořád slyším souseda, jak mě pomlouvá. To stejné v práci. Když jde hodně lidí, slyším, že mě pomlouvají. Večer mívám deprese, že už to dál nevydržím.“*).

Pan Jan je uvědomělý člověk, který ví, co jeho nemoc způsobuje. Ví o tom, že bludy nejsou skutečné. Přiznal se ale, že když není v léčebně, když je doma, tak prášky vysazuje. Má pocit, že je zdravý a že ho prášky zbytečně utlumují při práci a vlastně celkově při jakékoliv činnosti (*„Vím, že bych měl brát prášky, ale brzdí mě při všem.“*).

Jeho plány do budoucna úzce souvisí s jeho přítelkyní, se kterou chce trávit co nejvíce času. Rád by se odstěhoval mimo své nynější bydliště a tzv. začal nový život (*„Mám přítelkyni, je z města. Chci si zaplatit ubytovnu, abych k ní byl blíž. Chci prostě změnit prostředí.“*). Chce pokračovat ve své práci.

Příčiny, následky a intervence

Příčina sebevražedného jednání pana Jana je odchod jeho ženy, tedy rozpad manželství spojený s paranoidní schizofrenií, kvůli které má pocit, že jej ze všech stran pomlouvají. Jak sám vypovídá, jeho sebevražedné pokusy byly demonstrativního charakteru. Vzhledem ke způsobu sebevražedného jednání má pan Jan zdravotní hendikep v podobě popálení. Jiný následek změna v pracovní činnosti a hrozící nezaměstnanost. V případě pana Jana bych určitě využila psychoterapii, která je při léčbě duševního onemocnění a sebevražedného jednání skoro nezbytná. Další formu pomoci vidím jako sociální poradenství. Sociální pracovník mu může pomoci a poradit s vyřízením invalidního důchodu, na který má jistě právo. Otázkou však zůstává, zda-li nechce pokračovat v samostatně výdělečné činnosti. Jelikož se ale jeho zdravotní stav v pracovním kolektivu zhoršuje, mohl by přijmout nabídku na vyřízení invalidního důchodu. Další forma pomoci je rozhodně farmakoterapie. Při léčbě duševního onemocnění je důležité užívat pravidelně léky, a to pan Jan nedělá. Možná příčina je

v nedostatečných informacích o nemoci, proto jako další formu psychologické pomoci navrhuji psychoedukaci.

4.5.5 Příběh paní Martiny

Paní Martina je v Psychiatrické léčebně v Opavě 10 dní. Rozhovor proběhl během její dovolenky o víkendu. V léčebně byla již pětkrát. Dvakrát se pokusila o sebevraždu spolykáním velkého množství prášků. Paní Martina má 25 let a trpí schizoafektivní poruchou. Vystudovala obchodní akademii a po ní se snažila najít práci. Od vystudování je nezaměstnaná. Má tříleté dítě, otec neznámý. Ve 20 letech měla první ataku své nemoci ve formě bludů a hlasů, které ji přinutily zavřít se na několik měsíců doma a utápět se v hluboké depresi („*Pořád mě nechtěly (myšleno hlasy) pustit z domu. Pokaždé, když jsem vylezla, musela jsem se zase rychle schovat. Bála jsem se i stromů v ulici.*“). Nyní pobývá střídavě v léčebně, střídavě doma u rodičů, kteří se starají o její dceru.

Rozhovor s paní Martinou byl velice emotivní a otevřený. Martina je momentálně v období deprese, a tak byly odpovědi na mé otázky velice smutné se stínem beznaděje v jejím hlase. Paní Martina si neuvědomuje svou nemoc, nemá na ni dostatečný náhled. Neustále opakuje, že není nemocná, že si to doktoři vymýšlejí, aby se nemohla starat o svou dceru. Má pocit, že ji doktoři schválně stanovili takovou diagnózu, aby kvůli ní přišla o dceru. Doktoři ji, dle jejích slov nesnáší a nepřejí jí nic dobrého. Bludy a hlasy svádí na období, kdy užívala pervitin. Podle ní tedy žádným onemocněním netrpí, jen nemá prostě pořád dobrou náladu („*Doktoři mě nesnáší, vím to. Jsem v pohodě, nemůžu se furt smát, ne? A ty hlasy? To bylo, jak jsem přestala brát peří. Byl to mazec, ale už je to v pohodě. Jako není mi dobře, ale proto nebudu brát nějaké prášky, ne? Doktoři jsou na mě fakt vysazení. Nepřejou mi ani malou, to je jasné.*“).

Hodně ji vzalo, když byla poprvé hospitalizovaná. Po první ústavní léčbě chtěla se životem skoncovat, nakonec k tomu nedošlo („*Jak mě poprvé odvezli do blázince, tak jsem si říkala, že končím, že je ze mě blázen. Už tak na mě všeci hledí a ještě teď, když vylezu z blázince.*“). Druhá hospitalizace po dvou letech už byla horší, protože paní Martina byla v prvních měsících těhotenství a jak uvádí,

byla hodně přecitlivělá. Nálady radosti a smutku se střídaly snad každou hodinu a paní Martina tak byla naprosto vyčerpaná. Po odchodu z léčebny spolykala velké množství antidepresiv a zkolabovala („*Podruhé to bylo taky peklo, ale ještě větší. Čekala jsem malou, ale nic nešlo poznat na břicho, jenom na náladě, tak mi nějak nedošlo, že vlastně tak riskuju život dvou lidí.*“). Rodiče ji ve velmi krátkém čase odvezli na pohotovost, odtud pak pokračovala zpět do Opavské léčebny. Matka i dítě byly zachráněny. Po otázce, co ji k sebevraždě vedlo, nebyla schopná vysvětlit důvod svého jednání. Údajně to nešlo jinak a ona musela umřít. Neviděla nic, co by mohlo být důvodem sebevraždy nespáchat. Dítě, které nosila, pro ni bylo jen přítěž a neuvědomovala si, že je to živé stvoření.

K druhému pokusu o sebevraždu došlo, když byly dítěti dva roky. Popisuje stejnou situaci, kdy nemyslela na nic jiného, než na to, že bude konečně po smrti a bude mít klid. Opět spolykala antidepresiva a opět byla převezena do léčebny. Při zpětném pohledu na své jednání se podívá na svou dceru a pohladí ji. Chce být matkou na plný úvazek, ale doktoři jí v tom brání („*Chci být jenom se svým zlatíčkem a nikdo jiný nám do toho nebude kecat. Ale doktoři asi jo.*“).

Paní Martina pláče a mezi vzlykáním říká, že to nikdy nepůjde a že není žádný blázen a že chce být sama s malou a že chce být šťastná („*Ach jo, to nepůjde. Malou mi vezmou a ze mě bude ne matka, ale blázen, co je furt na psychině.*“). Paní Martina nevyužívá možnosti psychoterapie a nijak se neléčí. Léky užívá pouze, když je v léčebně, doma je však vysazuje. Myslí si, že jí jen škodí. Rozhovor končí s tím, že chce být sama. Vypadá to, že bude boj s nemocí běh na dlouhou trať.

Příčiny, následky a intervence

Paní Martina se několikrát pokusila o sebevraždu, jedná se o impulzivní sebevraždy. Příčina je v neléčené schizoafektivní poruše, která se často projevuje ve formě depresivní epizody, a ta dohání paní Martinu až k sebevražedným pokusům. Následkem suicidálního jednání je v tomto případě přechodný pobyt v nemocnici a zdravotní omezení v podobě deprese, která není stabilizovaná za pomoci léků. V tomto případě bych jako hlavní formu pomoci viděla

psychoedukaci, díky níž by mohla pochopit nemoc, kterou trpí. Dále by se naučila pracovat s přicházejícími atakami. Psychoedukace také pomáhá nemocným pochopit, jak důležité je při léčbě pravidelné užívání léků. Další pomoc je tedy farmakologická. V první řadě je nutné, aby paní Martina přijala onemocnění, kterým trpí. Potom by určitě byla účinná i psychoterapie.

5 Diskuze

Bakalářskou práci jsem zaměřila ke dvěma cílům. Prvním cílem bylo shromáždit a utřídit poznatky týkající se teoretického vymezení sebevražedného jednání. Zaměřila jsem se na několik disciplín a jejich hlediska na danou problematiku, následně na okolnosti spojené se sebevražedným jednáním a možnosti prevence a intervence zkoumaného jevu. Je zřejmé, že tato témata jsou velmi obsáhlá a tudíž jsem je nemohla pojmout v plné šíři. Snahou bylo zachytit ty okruhy, které s tématem těsněji souvisejí.

Ověření platnosti teoretických poznatků představoval druhý cíl práce, který byl spojen s kvalitativním výzkumem. Výzkum jsem prováděla mezi jedinci, jež se pokusili o sebevraždu. Většina respondentů byla toho času hospitalizovaná v psychiatrické léčebně ve Šternberku, jeden respondent byla toho času v péči ambulantní. Celkově se výzkumu zúčastnilo pět respondentů, z toho čtyři muži ve věku 37-57 let a jedna žena ve věku 25 let.

Jako formu kvalitativního výzkumu jsem si vybrala případovou studii, která počítá se sběrem velkého množství informací a nevelkého výzkumného vzorku. Metodou výzkumu byl osobní rozhovor s jednotlivými respondenty, kteří byli v roli informátorů o dané problematice. Provedení rozhovorů s pacienty psychiatrické léčebny mi umožnil primář místního oddělení za předpokladu, že budou klienti v anonymitě. Z tohoto důvodu nezmiňuji v jednotlivých případových studiích celá jména respondentů.

Vzhledem k účelu provádění výzkumu jsem zvolila otevřené otázky a volnější strukturu rozhovoru. Je nutné podotknout, že v oblasti výzkumu sebevražedného jednání jsou obvyklejší kvantitativní přístupy. Sociologové Emile Durkheim nebo T. G. Masaryk pracovali, vzhledem k jejich sociologickému zaměření, především se statistickými údaji. I mnoho současných odborníků pracujících s danou tematikou spíše inklinují ke statistice, nežli ke konkrétním případům. Jedním z odborníků, jež zkoumal sebevražedné jednání

a jeho okolnosti je americký suicidolog Edwin S. Shneidman, který podává přehled o společných rysech na základě kvalitativních výzkumů.

Ve své práci nevyužívám statistiky, ani takové metody výzkumu, které by mohly vést k jakýmkoli obecným výsledkům. Vzhledem k použití metody případových studií se mi na základě kazuistik podařilo určit příčiny, následky sebevražedného jednání a možnosti intervence jednotlivých respondentů.

Je však nutné konstatovat, že výzkumný vzorek nebyl natolik různorodý, aby při zpracování analýz mohly být použity všechny teoretické poznatky. Tato skutečnost je ovlivněná obtížností získání povolení provedení rozhovorů v psychiatrických léčebnách. Ve svém okolí mi byl umožněn pouze jeden rozhovor. Jiné způsoby hledání jedinců, kteří se pokusili o sebevraždu, jsem nevyužila. Jiný limit své práce považuji v tom, že většina respondentů byli muži. Jako zásadní omezení, které však nelze překonat, je nemožnost provedení případové studie jedinců, kteří sebevraždu dokonali.

Přínos práce vidím v uceleném pohledu na sebevražedné chování z několika hledisek a okruhů zkoumání. Použitím případových studií a jejich analýz se potvrdily teoretické poznatky o dané problematice.

6 Závěr

Z výsledků studie vyplývá několik zjištění. Na problematiku sebevražedného jednání poukazuje mnoho vědeckých humanitně zaměřených studií. Ty, na něž jsem ve své práci poukázala, vnímají téma sebevraždy jako problém, na kterém se musí pracovat. Každá disciplína používá sobě vlastní metodologii, všechny však mají společný zájem, a tím je prevence sebevražedného chování. Podíváme-li se na danou problematiku z hlediska jednotlivých vědních oborů, zjistíme, že jsou jejich metody jednostranně zaměřené a samy o sobě problematiku neřeší. Je tedy nutné, aby při práci s problematikou sebevražd došlo k propojení poznatků několika disciplín, a tím vytvořit ucelený pohled s možnostmi řešení problému.

Otázku příčin a způsobů sebevražedného chování, na které se ve své práci zaměřuji, jsem ve druhé kapitole doplnila z důvodu dokreslení o druhy způsoby sebevražd. Jelikož neexistuje jednotný názor, vybrala jsem dva autory, kteří dle mého názoru popisují příčiny nejvýstižněji. Popsané příčiny a následky sebevražedného chování mi následně pomohly pochopit motivy a dopady jednání respondentů, kterých se týkal výzkum.

Ve třetí kapitole jsem se zaměřila na pomoc a prevenci suicidálního chování. Jelikož není jednoznačný návod na intervenci, bylo nutné shromáždit různé druhy pomoci z oblasti psychiatrie, psychologie a také z oboru sociální práce. Jednotlivé přístupy jsou opět velmi jednostranné, proto byl vyústěním kapitoly komplexní léčebný plán, který by mohl být použitý při intervenci sebevražedného jednání.

Poslední kapitola je zaměřena prakticky. Použila jsem metodu kvalitativního výzkumu, konkrétně případové studie. Díky předešlým teoretickým poznatkům jsem mohla u jednotlivých případových studií poznat příčinu jednání, dopady, které jednotlivce postihly a následně navrhnout komplexní intervenci každého jednotlivého případu.

Úvodní hypotéza, která měla porovnat teoretické poznatky a praktickou zkušenost, byla na základě studia a výzkumu potvrzena. Teoretická východiska, která jsem měla možnost prostudovat a použít do své práce, mi pomohla při zpracování analýz jednotlivých případových studií.

Zjištěné výsledky mohou být podnětné pro další výzkum sebevražedného chování. Je mnoho otevřených problémů, které je potřeba prozkoumat a nalézt nejvhodnější řešení. Začátkem by mohlo být zboření mýtů, jež jsou se sebevraždou spojeny. Dalším podnětem, který je s mýty spojený, je změna pohledu společnosti na danou problematiku. Společenská tolerance sebevražedného činu závisí na míře obecně přijatelné závažnosti jeho motivu. Společnost zpravidla není ochotná přijmout skutečnost, že mají motivy svou subjektivně rozdílnou hodnotu. Změna společenského smýšlení je nelehký úkol, který vyžaduje mnoho tolerance a nepoddanost předsudkům.

7 Souhrn

Bakalářská práce se zabývá problematikou sebevražedného chování, konkrétně jeho příčin, následků, prevence a intervence. Práce je rozdělená na část teoretickou, která obsahuje teoretická východiska pro výzkumnou část. V části výzkumné jsou výsledky kvalitativního výzkumu, který jsem provedla s jedinci, jež se pokusili o sebevraždu.

Na problematiku sebevražedného jednání pohlíží několik vědeckých oborů z různých hledisek. Sociologie spojuje sebevraždy se společností a jejími vlastnostmi, které působí na člověka různými způsoby. Zaměřuje se tedy spíše na vnější podmínky a okolnosti, které mohou být spouštěčem pro vznik sebevražedných tendencí. Pro teologii je sebevražda hříchem, který však lze za určitých podmínek ospravedlnit. V dnešní době je sebevrahům umožněn církevní pohřeb, což v době dřívější možné nebylo. Neustále ovšem platí, že z teologického hlediska je Bůh ten, kdo nám dal život, a tak patří Jemu. Sebevražda je tak určitou formou vzpoury, poněvadž popírá samy základy teologie. Jiným oborem, který se snaží bojovat s problematikou sebevražedného chování, je medicína, přesněji psychiatrie. Tato vědní disciplína je zaměřená především na fyzický stav jedince a na vyléčení somatických potíží. Psychika postiženého bývá mnohdy až na druhém místě. Psychiatrie má za úkol stanovit diagnózu, doporučit vhodnou farmakoterapii, ale také spolupracovat s odborníky z oborů psychologie. Ta je zajisté další důležitou součástí léčby v případě suicidálního jednání. Psychologické hledisko vychází z různých psychologických teorií a výzkumů. Je pochopitelně zaměřeno na psychické a osobnostní vlastnosti suicidanta. Tyto vlastnosti jsou předmětem zkoumání, jehož cílem je zjistit osobnostní vlastnosti sebevraha, které by mohly být zobecněny na predispoziční. Používají se různé metody a techniky, které vychází z teorií významných psychologů minulosti a současnosti.

Nejen výše zmíněné vědní obory a jejich výsledky hrají roli při zkoumání sebevražedného jevu. Na sebevraždu je pohlíženo také z historického, popřípadě

společenského hlediska. Sebevražedné chování se ve společnosti vyskytovalo vždy. Není historické období, které by se sebevraždám vyhnulo. Každá doba měla na suicidium rozdílný náhled. Změny názorů byly ovlivněny významnými osobnostmi dané doby a měnily se také s vývojem a formací křesťanství, které mělo vždy významnou roli v každém dějinném období.

Pro zkoumání suicidálních tendencí má význam zabývat se okolnostmi, které vedly jedince k sebevražednému jednání. Ve své práci jsem se zaměřila na druhy sebevražd, způsoby jednání, příčiny, jež vedou k pokusům a následky, které mohou na suicidanta dopadnout. Tyto uvedené okolnosti sebevražedného chování spolu přímo či nepřímo souvisí a vzájemně se ovlivňují. Podle způsobu jednání můžeme odhadnout druh suicida, popřípadě možné následky. Podle druhu zase možné příčiny atd.

Sebevražedné jednání je závažný společenský problém, je tedy nutné pracovat na vhodné prevenci. Známe několik typů prevence, z nichž každý je účinný v jiné fázi suicidálního jednání. Prevence je dobrým pomocníkem při eliminaci sebevražedného jevu, není však všemocná. Při selhání preventivních přístupů, popřípadě při nemožnosti jejich použití, přichází na řadu intervence. Intervence neboli léčba sebevražedného chování má několik fází a postupů. Jinak se pracuje s jedincem, jenž má sebevražedné tendence, jinak s tím, kdo se již o sebevraždu pokusil. Pomoc při sebevražedném chování vyžaduje komplexní léčbu, která se zaměří na všechny oblasti lidských potřeb. Základem je odborné psychiatrické vyšetření, na které by měla vždy navazovat pomoc psychologická a sociální.

Praktická část práce spočívala v kvalitativním výzkumu provedeném mezi jedinci, jež se pokusili o sebevraždu. Výzkumu se zúčastnili 4 muži a 1 žena. Použila jsem metodu případových studií, která počítá s velkým množstvím informací a malého výzkumného vzorku. Cílem výzkumu bylo zjistit příčiny a následky sebevražedného jednání výzkumného vzorku a navržení možné intervence. Otázky byly položeny tak, abych od informátorů zjistila co nejvíce informací, které lze konfrontovat s teoretickými poznatky a tím je potvrdit nebo vyvrátit.

Respondenti, se kterými jsem provedla rozhovory o průměrné délce půl hodiny, mi poskytli dostatek informací pro zpracování jednotlivých analýz. Přestože nebyly výpovědi vyčerpávající, podařilo se mi ze zjištěných poznatků potvrdit teoretická východiska předešlých kapitol. Zjistila jsem u každého respondenta druh sebevražedného jednání, příčiny, dopady a snažila jsem se o navržení vhodné komplexní léčby.

Teoretické poznatky práce, výzkum a jeho výsledky nám měly poskytnout pohled na okolnosti problematiky sebevražedného jednání. Cílem bylo propojení teoretických východisek několika okruhů a praktických zkušeností jedinců se sebevražednými sklony. Další výzkumy v této problematice by jistě přinesly komplexnější pohled na sebevraždu a její projevy.

8 Prameny a literatura

- ALBERTIOVÁ, Christiane, SAURET, Marie-Jean. *Psychoanalýza*. 1. vyd. Brno:KMa, 2007. 65 s. ISBN 80-7309-500-0.
- BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha:Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3.
- CULLEY, Sue, BOND, Tim. *Integrativní přístup v poradenství a psychoterapii*. 1. vyd. Praha:Portál, 2008. 224 s. ISBN 978-80-7367-452-6.
- DRYDEN, Windy. *Poradenství*. 1. vyd. Praha:Portál, 2008. 120 s. ISBN 978-80-7367-371-0.
- FILKA, Jaroslav. *Metodika tvorby diplomové práce*. 1. vyd. Brno:Knihař, 2002. 224 s. ISBN 80-86292-05-3.
- FRANKL, Viktor Emil. *A přesto říci životu ano: psycholog prožívá koncentrační tábor*. 3. vyd. Kostelní Vydří:Karmelitánské nakladatelství, 2006. 175 s. ISBN 80-7192-866-6.
- FRANKL, Viktor Emil. *Lékařská péče o duši: základy logoterapie a existenciální analýzy*. 1. vyd. Brno:Cesta, 2006. 237 s. ISBN 80-7295-085-1.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha:Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
- HILLMAN, James. *Duše a sebevražda*. 1. vyd. Praha:Sagittarius, 2000. 200 s. ISBN 80-901898-4-9.
- HOSCHL, Cyril, LIBIGER, Jan, ŠVESTKA, Jaromír. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha:Tigris, 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5.
- KOUTEK, Jiří, KOCOURKOVÁ, Jana. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha:Portál, 2003. 128 s. ISBN 80-7178-732-9.
- LUKASOVÁ, Elisabeth. *I tvoje utrpení má smysl*. 1. vyd. Brno:Cesta, 2006. 188 s. ISBN 80-85319-79-9.
- MASARYK, Tomáš Garygue. *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*. 4. vyd. Praha:Čin, 1930. 284 s.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha:Portál, 2001. 312 s. ISBN 80-7178-473-7.
- MONESTIER, Martin. *Dějiny sebevražd*. 1. vyd. Praha:Dybbuk, 2003. 414 s. ISBN 80-903001-8-9.

- PIDRMAN, Vladimír. *Deprese z různých úhlů pohledu*. 1. vyd. Praha:Galén, 2007. 180 s. ISBN 978-80-7262-474-4.
- PRAŠKO, Ján, BAREŠ, Martin, HORÁČEK, Jiří a kol. *Léčíme se s psychózou*. 1. vyd. Praha:Medical Tribune cz, 2005. 96 s. ISBN 80-239-5482-2.
- PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana, PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat*. 1. vyd. Praha:Portál, 2003. 184 s. ISBN 80-7178-809-0.
- RABOCH, Jiří, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie-minimum pro praxi*. 3. vyd. Praha:Triton, 2006. 211 s. ISBN 80-7254-423-3.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha:Portál, 1999. 448 s. ISBN 80-7178-214-9.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha:Portál, 2007. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
- VIEWEGH, Josef. *Sebevražda a literatura*. 1. vyd. Brno:Naklad. Tomáše Janečka, 1996. 282 s. ISBN 80-85880-10-5.
- VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha:Portál, 2002. 544s. ISBN 80-7178-696-9.

Příspěvatelé Wikipedie, *Psychoterapie* [online], Wikipedie: Otevřená encyklopedie, c2009, Datum poslední revize 28. 03. 2009, 22:37 UTC, [citováno 9. 04. 2009] <<http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Psychoterapie&oldid=3784761>>

Příspěvatelé Wikipedie, *Sebevražda* [online], Wikipedie: Otevřená encyklopedie, c2009, Datum poslední revize 23. 02. 2009, 08:54 UTC, [citováno 9. 04. 2009] <<http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Sebevra%C5%BEda&oldid=3653518>>

Kurz pracovní rehabilitace, FOKUS Praha.

9 Přílohy

Mýty a nepravdy o sebevraždách

Rozhovory

Příloha č. 1

Některé mýty a skutečnosti o sebevražedném jednání

Představa: když se někdo rozhodne, že spáchá sebevraždu, nikdo mu v tom nemůže zabránit.

Skutečnost: Mnoho lidí, kteří se pokoušejí o sebevraždu, se pohybuje mezi touhou žít a zemřít. Jejich postoj k výsledku sebevražedného jednání je ambivalentní. Když se jim dostane včasné pomoci a přiměřené léčby, je možné je od sebevraždy odvrátit.

Představa: Kdo o sebevraždě mluví, nikdy ji nespáchá.

Skutečnost: Jde o velmi rozšířený a nepravdivý mýtus. Opak je pravdou. To, že někdo o sebevraždě mluví, je důkazem, že sebevražda je obsahem jeho myšlenek. Je tedy určitě ve větším ohrožení než ten, kdo o ní nemluví.

Představa: Lidé, kteří se pokoušejí o sebevraždu, nehledají pomoc.

Skutečnost: Je prokázáno, že většina lidí, kteří spáchali sebevraždu, hledala lékařskou pomoc v posledním půlroce, před svým činem a rovněž dávala najevo své pocity před svým okolím. V každém suicidálním aktu je obsaženo volání o pomoc.

Představa: Sebevražda přichází bez varování.

Skutečnost: U lidí, kteří jsou ohroženi suicidálním jednáním, můžeme pozorovat dost dlouhou dobu různé známky psychického napětí, poruchy spánku, tělesné obtíže apod. Jde o tzv. presuicidální syndrom.

Představa: Každý, kdo se pokouší o sebevraždu, musí být šílený.

Skutečnost: Mnoho lidí, kteří se pokouší o sebevraždu, netrpí šílenstvím, ale mohou být depresivní, mohou pociťovat bezvýchodnost a nevěří, že existuje jiná životní alternativa.

Představa: Když se někdo pokusí o sebevraždu, je ohrožen sebevražděným jednáním navždy.

Skutečnost: Osoby, které se pokoušejí o sebevraždu, trpí tímto stavem pouze v určitých obdobích svého života.

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

Skutečnost: Není žádný důvod se domnívat, že bychom hovorem o sebevraždě mohli tento nápad vnuknout někomu, kdo suicidální není. Rozhovor o případných sebevražedných myšlenkách může naopak pomoci a dovoluje posoudit suicidální riziko.

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

Skutečnost: Sebevraždu mohou spáchat i děti. Sebevražednost dětí a dospívajících se stále zvyšuje.

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

Skutečnost: Sebevražednost se vyskytuje ve všech sociálních vrstvách, i když chudoba je jedním z rizikových faktorů.¹²³

¹²³ KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 15-16.

Příloha č. 2

Rozhovory

Všechny rozhovory trvaly přibližně půl až jednu hodinu. Nejdříve jsem o každém respondentu získala několik základních údajů, které mi poskytli oni sami nebo, v případě hospitalizovaných, primář oddělení psychiatrické léčebny. Poté následovaly rozhovory, jež se týkaly samotného pokusu o sebevraždu.

Pan Jaroslav

Pan Jaroslav je v Psychiatrické léčebně ve Šternberku již tři měsíce. Trpí schizoafektivní poruchou. Je ženatý, má dvě dospělé děti. Dcera žije se svou rodinou a syn žije ve společné domácnosti pana Jaroslava a jeho ženy. V rodině žádné problémy nemá, a pokud nemá deprese, žije spokojený život. Nemoc se u něj projevila před 18 lety, od té doby je v plném invalidním důchodu. Předtím pracoval 12 let jako správce jednoho z pavilonů olomoucké Flory. Již několikrát se pokusil o sebevraždu. Ne psychiatrii je již podesáté. Naposledy se pokusil o sebevraždu právě před třemi měsíci skokem pod auto.

Pane Jaroslav, z jakého důvodu jste tady?

„Trpím schizoafektivní poruchou a mívám deprese. Chtěl jsem skočit pod auto a se vším skoncovat. Jsem ze sebe nešťastný.“

Co Vás vedlo k pokusu o sebevraždu?

„Pokaždé je to stejné. Vždycky, když na mě padne deprese, mám pocit méněcennosti. Připadám si zbytečný a nic mě nebaví. Jsem zátěž pro rodinu, nic neumím. Špatně se mi mluví, asi po těch prášcích, třepou se mi ruce, neudržím ani tužku. Neumím komunikovat. Najednou se mi zatmí před očima, nalije se mi do hlavy teplo a já přestanu myslet, je to prostě zkrat a já nad ničím jiným nepřemýšlím. Jen, že chci odejít z tohoto světa bez čekání. Člověka sice nic nebolí, ale jsou to nervy. Deprese se střídají s dobrou náladou. Nejdelší deprese trvala snad týden.“

Jak se na pokus díváte zpětně?

„Hrozně si to vyčítám. Mám doma ženu, kterou miluji a je moc hodná. Nejvíc mě štve, že je teď doma a já ji nemůžu nijak pomoci. Je na všechno sama. Vlastně mi nikdo nic nedělá, je to moje samostatné jednání. Furt si vyčítám, proč jsem udělal takovou blbost. Víím, že se rouhám, ale vždycky se mi to v hlavě všechno zastaví. Je to prostě věčný zápas. Jednou byl syn přítom, když jsem skočil ze schodů, byli jsme sami doma. Hrozně se ho to dotklo. A já si to pořád vyčítám. Chybí mi takový ten pocit bezstarostnosti, jako jsem měl ve škole. Pořád si říkám, že už to nikdy neudělám. Nemoc není vidět, ale je to hrozný pocit.“

Jaké máte plány do budoucna?

„Syn mi radí, ať luštím křížovky, ať nemyslím na smrt. Taky chodím na psychoterapie, ty mi ale nepomáhají. Chybí mi slova na vyjádření pocitů. Rodinu mám spokojenou. Chtěl bych nějakou práci, prostě se čímkoli zaměstnat, být zaneprázdňený. Dělal jsem tři měsíce v Betánii, to je restaurace v Olomouci, tam to bylo dobré. Mám pocit, že mi chce každý pomáhat a já to kazím.“

Pan Luboš

Pan Luboš je v psychiatrické léčebně ve Šternberku měsíc. Pokusil se o sebevraždu nejdříve skokem pod auto v říjnu loňského roku. Podruhé před měsícem pokusem předávkovat se lékama. Je rozvedený, má dvě malé děti, které žijí s matkou. Žena od něj odešla k jinému partnerovi. Pracoval jako seřizovač strojů, nyní je nezaměstnaný. Žije ve městě, ve kterém se necítí dobře. Není v invalidním důchodu. Nemá psychiatrickou diagnózu, ale trpí depresemi a bývá ve stresu.

Pane Luboši, z jakého důvodu jste tady?

„Pokusil jsem se o sebevraždu. Chtěl jsem se předávkovat. Nevyšlo to. Mám hodně problémů.“

Co Vás vedlo k pokusu o sebevraždu?

„Je toho moc. Problémy v práci, v rodině, alkohol, tráva, dluhy. Loni si moje žena našla jiného, mého známého. No, tak jsme se rozvedli. Ona teď žije s ním. Máme dvě děti, ty taky žijí s ní. Já je do péče nechci, protože na to nemám. Nejdřív jsem chtěl skočit pod auto, bohužel to ale stihl zastavit. No a pak jsem začal chodit po barech a pít. Ale ne tvrdé, jenom pivo. Pak jsem nemohl spát, tak jsem si nechal napsat prášky. No, ale mě bolely i záda, hlava, tak jsem bral prášky i na to. Do toho depky, tak jsem fásl antidepressiva. Nějaká ta tráva taky byla no. Pak jsem začal kombinovat že. Pivo s práškama. Bylo to super, byl jsem jak nadrogovaný, nepotřeboval jsem spát, jíst, nic. Ke konci jsem si dával i 40 prášků denně. Za půl roku jsem zhubl 54 kilo. Aspoň něco no. Prášky jsem si kupoval od jiných. Chodil jsem k psychologům, říkal jsem jim, že se chci zabít. Nebrali mě vážně. Nikdo mě nebral vážně. Když jsem to řekl kámošovi, tak mi řek, ať se na to vykašlu, že máme ještě něco v plánu. No a do toho matka. Je jako gramofon. Furt dokola říká, jaký jsem parchant. Že si můžu za to sám, že mě žena opustila. Že jsem neschopný. Byla prostě takový ten spouštěč. Chtěl jsem jít k ní bydlet, ale řekla mi, že se pozabíjíme. Tak jsem jí řek, že to raději udělám sám. Asi po třech dnech jsem šel do hospody, v kapse přes sto prášků, dal jsem si pivka, řekl jsem ahoj kamarádům a pak už nic nevím. Probudil jsem se tady, na kapačkách, od krve, asi po rvačce, hadry celé od bahna, tak mě asi našli venku.“

Jak se na pokus díváte zpětně?

„Hnedka po tom jsem litoval, že jsem to přežil. Žádné výčitky svědomí, nic. Chtěl jsem umřít, chtěl jsem klid. Ještě po třech dnech, když se mě ptali, tak jsem jim řek, že bych to udělal znovu. Ted' nevím, no. Mám dvě přítelkyně, tak s něma no.“

Jaké máte plány do budoucna?

„Hlavně vypadnout z Litovle. Tam bydlí matka. Pokud budu pryč, už to znovu neudělám. Já už jí prostě nemám co říct. Chci začít nový život, zbavit se závislosti. Taky chci práci. Někde ve městě.“

Pan Petr

Pan Petr je v Psychiatrické léčebně ve Šternberku rok a dva měsíce. Předtím zde byl již jedenáctkrát. Již čtyřikrát se pokusil o sebevraždu. Způsoby se různily-předávkování, oběšení, jed na krysy. S krátkými přestávkami je na psychiatrii čtyři roky. Trpí schizoafektivní poruchou. Je v plném invalidním důchodu. Je mu 46 let a je svobodný. Žije ve společné domácnosti se svými dvěma sestrami a jejich rodinami v rodinném domě. Rodiče zemřeli. Otec měl také schizoafektivní poruchu, kterou řešil alkoholem. Vzal si život.

Pane Petře, z jakého důvodu jste tady?

„Mám schizoafektivní poruchu a pokusil jsem se o sebevraždu. Furt mám myšlenky na smrt, mívám hlasy, deprese, panický strach z lidí.“

Co Vás vedlo k pokusu o sebevraždu?

„S psychickými problémama se mi nechce žít. Nebaví mě žít, furt jsem na psychině, furt jím prášky, už mě to nebaví. Někomu se daří, mě se nedaří, mám to po otci. Ten byl taky nemocný. Měl problémy s alkoholem, já taky. Závidím sestram, jak si pěkně užívají. Já si nemůžu nikam zajít, nic. Všechno jsem zkoušel, co se dalo. Prášky, všet jsem se zkoušel, jed na krysy. Mě prostě nebaví život. Jsem nejmladší z rodiny, mám cukrovku a závidím ostatním. Deprese má třikrát denně-každý den ráno, odpoledne, večer.“

Jak se na pokus díváte zpětně?

„Štve mě, že se to nepovedlo. Beru kvantum prášků, osm ráno, odpoledne šest a večer osm. Bez prášků nespím. Když mám krizi, tak fakt lituju, že se mi to nepovedlo. Pořád mám hlasy, i po prášcích. Pořád plánuju, že se zabiju.“

Jaké máte plány do budoucna?

„Žádné. Barák nechám přepsat na synovce. Já neudělám na baráku vůbec nic. Pak jsem taky zažádal o ústav v Havlíčkově Brodu. Jsem v pořadí. Je to ústav pro duševně nemocné. Chci tam, nechcu zatěžovat rodinu. Stejně na mě nemají čas.“

Chodil jsem k psychologovi, na psychoterapie, ale tam už nechodím. Pokaždé jsme začínali odznova.“

Pan Jan

Pan Jan je v Psychiatrické léčebně ve Šternberku 8 dní. Je zde již potřetí. Již třikrát se pokusil o sebevraždu. Dva pokusy byly demonstrativního charakteru. Ten poslední, kdy se pan Jan v listopadu 2006 polil petrolejem a zapálil, myslel vážně. Nyní je v léčebně ze své vlastní iniciativy. Doma, kde žije s rodiči, vyhrožoval sebevražedným úmyslem. Trpí schizofrenií. Je mu 37 let a je dva roky rozvedený. Má dvě děti, které žijí s matkou. Je osoba samostatně výdělečně činná, podniká ve stavebnictví. Dřív pracoval jako strojník a řidič. Není v invalidním důchodu, který mu sice byl nabídnut, on ale tuhle možnost zamítl.

Pane Jane, z jakého důvodu jste tady?

„Mám schizofrenii. Jsem tady, protože jsem vyhrožoval doma, že se oběsím. Pořád slyším souseda, jak mě pomlouvá. To stejné v práci. Když jde hodně lidí, slyším, že mě pomlouvají. Večer mívám deprese, že už to dál nevydržím. Víím, že bych měl brát prášky, ale brzdí mě při všem.“

Co Vás vedlo k pokusu o sebevraždu?

„Měli jsme se ženou domácí neshody, už jsme spolu ani moc nežili. Chodil jsem častěji k rodičům, na oběd a tak. Snažil jsem se být co nejvíce v práci. Hlavně víc než doma. Žena se mnou prostě nekomunikovala. Pozdějš jsem se chtěl vrátit, ale žena mě nechtěla. Odstěhovala se do města a to mě dorazilo. Věděl jsem, že je konec, tak jsem to psychicky nezvládl. Byl to pro mě konec světa. Nic mě nebavilo, žádná budoucnost k ničemu. Sebevraždu jsem naplánoval během pár minut. Chtěl jsem se oběsit, ale neměl jsem odvahy. I když by to bylo nejjistější, možná právě proto jsem to neudělal. Všichni tady to dělají demonstrativně, včetně mě. Mě se to ale vymklo z rukou. Měl jsem deprese, byl jsem zoufalý, nemohl jsem spát. Vzal jsem z garáže petrolej, byl u toho brácha a ptal se : co

blázníš?, já na to : nic, zapálím se, už tady nechci být. Zapalovač nechtěl hned chytnout, až najednou to blafló. Naši mě začali hasit, ale nešlo to, protože jsem měl zimní oblečení. Nakonec mě brácha strčil do potoka před barákem. Nebýt potoka, tak jsem tady nebyl. Těžce popáleného mě převezli do Ostravy vrtulníkem. Byl jsem tři týdny v umělém spánku. Měl jsem popáleniny na 55% těla druhého a třetího stupně. Nikdo nevěřil, že to přežiju.“

Jak se na pokus díváte zpětně?

„Přežil jsem svou smrt. Žena na to vůbec nereagovala. Našla si známost. V nemocnici se mi zdály hrozný sny, byly strašné. Když mě probudili a zeptali se, jestli vím, kde jsem, tak jsem si byl jistý, že to vím. No, ale byl jsem jinde, že. Museli mě učit chodit, asi tři dny. Pak nějak jsem si vzpomněl na to, co jsem provedl a zalil mě zvláštní pocit. Uvědomil jsem si, že je s rodinou konec. Styděl jsem se, co jsem provedl dětem. Chtěl jsem, ať mě z Ostravy převezou sem, do léčebny. Styděl jsem se, tak jsem se chtěl schovat. Byl jsem popálený. Mám ze všeho špatný pocit. Lituju toho, bylo to zbytečné. K ničemu to nepomohlo. Mohlo se to obejít bez toho. Ale nevím, jestli ten zkrat nepříjde zase.“

Jaké máte plány do budoucna?

„Mám přítelkyni, je z města. Chci si zaplatit ubytovnu, abych k ní byl blíž. Chci prostě změnit prostředí. Taky chodím na psychoterapie, kde si vykládáme zážitky. Jsou to skupinové psychoterapie. Přemýšlím o tom důchodu, nabízejí mi ho, ale já nevím. Víím, jak to je u nás. Je tam pár lidí, co mají, jak se říká, papíry na hlavu a každý se na ně dívá skrz prsty, a to já fakt nechci.“

Paní Martina

Paní Martina je v Psychiatrické léčebně v Opavě 10 dní. Rozhovor proběhl během její dovolenky o víkendu. V léčebně byla již pětkrát. Dvakrát se pokusila o sebevraždu spolykáním velkého množství prášků. Paní Martina má 25 let a trpí schizoafektivní poruchou. Vystudovala obchodní akademii a po ní se snažila najít práci. Od vystudování je nezaměstnaná. Má tříleté dítě, otec

neznámý. Ve 20 letech měla první ataku své nemoci ve formě bludů a hlasů, které ji přinutily zavřít se na několik měsíců doma a utápět se v hluboké depresi. Nyní pobývá střídavě v léčebně, střídavě doma u rodičů, kteří se starají o její dceru.

Paní Martino, z jakého důvodu jste byla hospitalizována?

„Nevím, snědla jsem trochu víc prášků, bylo mi blbě, a oni hned, že na psychinu. No prostě jde o to, že se doktoři rozhodli mi udělat peklo ze života. Jo a taky nějaký hlasy. Nechtěli mě pustit z domu. Pokaždé, když jsem vylezla, musela jsem se zase rychle schovat. Bála jsem se i stromů v ulici. Ale to bylo jen chvíli.“

Co Vás vedlo k pokusu o sebevraždu?

„To bylo, jak mě poprvé odvezli do blázince, tak jsem si říkala, že končím, že je ze mě blázen. Už tak na mě všeci hledí a ještě teď, když vylezu z blázince. Jako nakonec jsem se na to vykašlala, ale pak..jak jsem otěhotněla, to jsem fakt nevěděla, která bije. Chvilu jsem byla v pohodě, pak jsem zas jenom řvala. No, a jak jsem právě jednou měla fakt blbou náladu, tak jsem prostě vzala prášky, už nevím kolik, a bylo mi jedno, co bude. Hlavně jsem chtěla být mimo. To bylo, jak mě pustili z psychiny a to bylo taky peklo, ale ještě větší. Čekala jsem malou, ale nic nešlo poznat na bříše, jenom na náladě, tak mi nějak nedošlo, že vlastně tak riskuju život dvou lidí. No a podruhé, jak jsem byla na psychině, to už měla malá dva, tak jsem zas měla ty stejné stavy. Prostě chci být mimo, mrtvá. Tak zas, jak mě pustili, jsem si vzala několik těch prášků, co mám na ty moje nálady... aspoň k něčemu byly dobré.“

Jak se na pokus díváte zpětně?

„Už to nikdy neudělám. Se na ní podívej, na zlatíčko. Chci být jen se svým zlatíčkem a nikdo jiný nám do toho nebude kecat, ale doktoři si jo. „Doktoři mě nesnáší, vím to. Jsem v pohodě, nemůžu se furt smát, ne? A ty hlasy? To bylo, jak jsem přestala brát peří. Byl to mazec, ale už je to v pohodě. Jako není mi dobře,

ale proto nebudu brát nějaké prášky, ne? Jako já je беру, ale jenom jak jsem tam. Doktoři jsou na mě fakt vysazení. Nepřejou mi ani malou, to je jasné.“

Jaké máte plány do budoucna?

„Jsem říkala, chci být jen se svým zlatíčkem a chci být šťastná, to fakt jo. „Ach jo, to nepůjde. Malou mi vezmou a ze mě bude ne matka, ale blázen, co je furt na psychině. Chci být teď sama.“