

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
Fakulta humanitních studií

Institut mezioborových studií

Charakteristika osob s tendencemi
k dobrovolnému ukončení života

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí diplomové práce:
doc. PhDr. Jaroslav Nevoránek, CSc.

Vypracovala:
Bc. Alena Fráňová

Brno 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Charakteristika osob s tendencemi k dobrovolnému ukončení života“ zpracovala samostatně a použila jen literaturu uvedenou v seznamu literatury, který je v práci uveden.

.....
Bc. Alena Fráňová

Poděkování

Děkuji panu doc. PhDr. Jaroslavu Nevoránkovi, CSc. za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování mé diplomové práce.

Brno, 14. února 2008

Bc. Alena Fráňová

Obsah

Úvod	2
1 Pohled na smrt	4
1.1 Definice a kriteria smrti.....	4
1.2 Smrt a filosofie.....	6
1.3 Smrt a náboženství	8
1.4 Dílčí závěr.....	9
2 Eutanazie.....	10
2.1 Definice	10
2.2 Počátky a vývoj.....	12
2.3 Eutanazie ve světě.....	15
2.4 Situace v ČR	20
2.5 Příčiny žádosti o eutanazii aneb „pro a proti argumenty“	24
2.6 Dílčí závěr.....	27
3 Sebevražda	28
3.1 Pojmy týkající se suicida	28
3.2 Sebevražednost v historickém kontextu	32
3.3 Sebevražednost	34
3.4 Příčiny a motivy sebevraždy.....	37
3.5 Dílčí závěr.....	40
4 Úloha sociální pedagogiky v souvislosti se suicidem.....	41
4.1 Charakteristika osob se sklony k sebevraždám.....	41
4.2 Komunikace s osobou mající sebevražedné úmysly	46
4.3 Prevence.....	50
4.4 Dílčí závěr.....	55
5 Statistické údaje.....	57
5.1 Dílčí závěr.....	64
6 Kazuistiky.....	65
6.1 Dílčí závěr.....	82
Závěr	84
Resumé.....	86
Anotace.....	88
Annotation	89
Literatura a prameny	90
Seznam příloh	92

ÚVOD

Debaty o problému eutanazie a sebevražd jsou čím dál aktuálnější i v naší zemi. Také proto pokládám za důležité se tímto tématem zabývat. Smrt je stále tabuizovaná a to vyvolává v lidech určitý strach z neznáma.

Neustále slyšíme ve sdělovacích prostředcích pře zastánců a odpůrců eutanazie. Obě strany nás bombardují silnými argumenty. Dokážeme říct, kdo má pravdu? Za svoji první hypotézu jsem si proto zvolila tvrzení, že argumenty zastánců eutanazie mají větší váhu než jejich odpůrců.

Druhým aspektem mojí diplomové práce je téma sebevražd. Co asi každého napadne v této souvislosti je otázka „Je sebevražda dědičnou záležitostí?“ Protože víme, že často ten, kdo má suicidální myšlenky, má ve své rodině někoho podobně laděného. Chci se proto pokusit zjistit, zda je to skutečně dědičností?

Sebevražda je jev, který se nevyhýbá žádné věkové kategorii. Postihuje tedy celou společnost. Pokud do internetového vyhledávače zadáme heslo sebevražda, „vyskočí“ na nás mj. mnoho blogů – deníčků – zabývajících se touto tematikou, kde najdete i návody, jak „to“ udělat. Ale zjistíme i to, že je plno lidí nešťastných, bez podpory rodiny, přátel, kteří si k nim neumí najít cestu a jejich myšlenek se bojí. Dnešní společnost je založena na „úspěšných, zdravých, veselých“ lidech. A pokud je člověk jiný, odmítají ho. Neví totiž, jak pomoci.

Podobně i starý člověk má svoje potřeby. Už není ten zdravý, veselý člověk, jakým byl. A potřebuje nejen péči, ale i rodinu, která se bude zajímat o jeho pocity. Ne nadarmo se říká, že to dobré, ale i špatné, co jsme udělali pro své děti, se nám vrátí stonásobně. Bude to znít jako klišé, ale v rodině a výchově vidím ten nejdůležitější aspekt prevence sebevražd.

Cílem mé práce je objasnit pojem eutanazie a sebevražda a poskytnutí čtenáři přehledné informace o problematice tohoto tématu. Dále zmapování osob, kteří patří do rizikové skupiny s vyšší pravděpodobností spáchání sebevraždy.

V praktické části práce uvádím 10 kazuistik lidí, kteří se pokusili o sebevraždu a strávili určitý čas v krizovém centru.

1 POHLED NA SMRT

Smrt je pojem, který v každém člověku vyvolává rozličné dojmy. Může to být smutek, úzkost, strach, vzpomínky na blízkého člověka, rozpačitost. A tak bychom mohli pokračovat dál ve výčtu. Říká se, že člověk se nejvíce bojí toho, co nezná. Možná je to tak i v případě smrti, protože nikdo s jistotou nemůže říct, co přesně smrt znamená a co, jestli vůbec něco, následuje.

V průběhu dějin se na smrt jako takovou pohlíželo různě. I to se pokusím v této kapitole popsat.

Také z vývojového hlediska osobnosti se pohled na smrt od narození člověka mění. Přijetí smrti s její nevratností je dlouhodobý proces, který se ukončuje zhruba mezi 9. a 11. rokem věku. Předtím bývá smrt chápána jako něco, co lze vrátit. Také toto téma se vyskytuje v pohádkách, kdy princ ožíví spící princeznu apod.

1.1 Definice a kritéria smrti

Někoho by mohlo napadnout, že smrt je opak života. Ale smrt můžeme chápat z různých hledisek. Například z hlediska vývojové psychologie bychom mohli říct, že smrt je proces probíhající od narození. Z biologického hlediska bychom smrt mohli vidět jako postupný rozklad a výsledek organického vývoje. Co lze ale označit za čas smrti? Kdy můžeme prohlásit člověka za mrtvého? Od nepaměti byla smrt potvrzována jen na základě zkušenosti. Ustalo-li dýchání a srdeční činnost, velice brzy se pak objevily i jiné neomylné znaky vrcholící rozkladem celého těla. S rozvojem znalostí se ukazuje jako důležitá při konstatování smrti funkce mozku, jako základního orgánu pro činnost celého organismu. K vážným diskusím o okamžiku smrti dochází ale až v důsledku pokroku v resuscitaci. [Munzarová, 2002, str. 14] Záslouhou tohoto pokroku bylo zachráněno mnoho životů, na druhé straně ale způsobila, že někteří lidé přežívají s těžkým poškozením mozku, často v bezvědomí a jen

za pomoci přístrojů. V tomto okamžiku vyvstává jedna z mnoha etických otázek. Do jaké míry je potřeba zachraňovat lidský život? A jestli žít na přístrojích lze ještě považovat za „život“? Jak dlouho udržovat člověka při „životě“ pokud není naděje na zlepšení jeho stavu? Tyto otázky poukazují na důležitost najít přesnou definici okamžiku smrti.

Tradiční kritéria smrti, jimiž jsou zástava cirkulace a dýchání, sice platí dodnes, ale díky technickým pokrokům a potřebě určit smrt kvůli transplantaci orgánů, ztratily svoji 100% platnost.

Od 60. let se objevují nová kritéria smrti, zaměřená na postižení mozku – „smrt mozku“ jako ztráta všech funkcí celého mozku. Všechny pokusy o definici se shodli ve 3 znacích, které musí být nutně přítomny. Jsou jimi:

- *vyhasnutí vědomí*
- *definitivní zástava spontánního dýchání*
- *ztráta reaktivity, kterou zprostředkovává mozek*

Různost pohledů ovšem spočíval v *ireverzibilitě* (tzn. nevratnosti procesu) tohoto stavu. [Munzarová, 2002, str. 14] Tuto nevratnost jeden vidí ve ztrátě průtoku krve mozem, jiný v EEG vyšetření (ztráta všech elektrických aktivit). V ČR byla diagnostická kritéria pro určení smrti mozku definována ve Výnosu Ministerstva zdravotnictví a sociálních věcí ČSR ze dne 6.10.1989. Dnes se postupuje podle tzv. transplantačního zákona (zákon č. 285/2002 Sb.). V posledních letech se ale vyskytuje kritika, že smrt mozku je brána jako synonymum smrti člověka, když přitom definice – „ztráta všech funkcí celého mozku“ – neodráží skutečný stav „mrtvosti“ mozku samotného (buňky izolované z mozku mohou žít déle). Proto musíme postupovat v každém případě individuálně a je třeba mít na paměti, že definice smrti je vždy otázkou konsensu, protože jak už jsme výše uvedli, je smrt proces, nikoliv okamžik.

Ve většině vědeckých komunit západního světa panuje shoda, že osoba je mrtvá tehdy, je-li postižena nevratnou ztrátou všech schopností integrovat a koordinovat fyzické a mentální funkce těla jako jednotky. To znamená, že smrt celého mozku je brána jako správné kritérium smrti. Rovněž definitivní zástava

všech srdečních funkcí, protože během několika minut vede k nevratné zástavě všech funkcí mozku, je správným kritériem smrti. [Munzarová, 2002, str. 16]

Přesto, že jsme si poměrně přesně definovali okamžik smrti, jak jej vidí medicína, nemusí se tato definice nutně ztotožňovat s definicí smrti v ostatních disciplínách jako filosofie, teologie, právo a jiné. Jisté ale je, že smrt je odloučení od světa, přátel, blízkých a rodiny a každý zemře sám.

1.2 Smrt a filosofie

Proč lidé umírají? A je smrt konečnou záležitostí? Je to věc dobrá nebo špatná? A jaký má život smysl? Toto jsou otázky, na které hledaly odpovědi snad všechny filosofické směry v průběhu dějin. Pokusím se nastínit pohled na tuto problematiku, jak ji viděli jednotliví filosofové a filosofické směry.

Sokrates považuje za nemoudré nahlížet na smrt jako na něco, čeho bychom se měli bát. „Vždyť smrt je pouze bezesným spánkem, z něhož se buď nevzbudíme (a tedy se nemusíme bát), anebo budeme přeneseni tam, kde budeme ve společnosti těch, kteří nás předešli (a toto by mělo být důvodem k radování se)“. [Munzarová, 2002, str. 5]

Platónův názor na smrt souvisí s jeho učením o těle a duši a jejich identifikaci. Považuje duši za nesmrtelnou a domnívá se, že musela existovat již před narozením. A protože není složená z částí, nemůže být ani předmětem rozkladu. Podstatou duše je život. Ve smrti pak vidí osvobození duše od těla a umožňuje tak plné dosažení vědění.

Aristoteles zpočátku zastával stejný názor jako Platón, později se od něj odchýlil. Tvrdil, že část duše možná přežívá smrt. A to ta část, která nás odděluje od zvířat – rozum. Podle Aristotela je důležité přemoci strach ze smrti pomocí odvahy a ctností.

Helénističtí filosofové vidí v otázce smrti prvořadý význam. Epikurejci nevidí důvod strachu ze smrti ani z posmrtného života, protože nic takového není. Stoikové učili lidi zvykat si na svoji smrtelnost. Důležité je žít ctnostný život a připomínat si marnost strachu ze smrti – podle vzoru Sokrata.

Křesťanský pohled na smrt nepřidal v podstatě nic nového. Byla tu snaha o odstranění strachu ze smrti. Zdůrazňoval, že umírání je pokračováním žití. Naučíme-li se žít beze strachu, budeme umírat beze strachu.

V dnešní době je mnohými smrt považována za záležitost konečnou a nevyhnutelnou.

Aries popisuje v souvislosti s pohledem na smrt v průběhu dějin čtyři základní postoje:

Od nejstarších dob až do středověku byla smrt považována za běžnou záležitost. Byla také na denním pořádku. Umírali lidé staří, mladí, děti i matky při porodu, při nemocech, epidemiích. Lidé si takto mohli každodenně uvědomovat, že na světě jsme omezenou dobu. Můžeme smrt čekat kdykoliv a kdekoliv. Každý mohl vidět ve své blízkosti někoho umírat a tak si uvědomovat lépe i svoji smrtelnost. Smrt byla událostí obecnou. Rodina byla v posledních chvílích s umírajícím. Péče o umírajícího také byla úkolem rodiny.

V dalším historickém období, zhruba od 12. do 15. století, obecnost smrti byla nahrazena důrazem na vlastní smrt každého jednotlivce. Tento postoj pokládal smrt za osobní drama jednotlivce. V této době vzkvétala literatura *Ars moriendi*, která podávala návody, jak se chovat v určitých momentech důležitých pro člověka, např. v umírání a ve smrti – svojí i cizích. V radách pro ty, kteří umírajícího doprovázeli, bylo zdůrazňováno nepodporovat naději na uzdravení těla. Smrt těla byla v tomto období považována za začátek, ne konec. V okamžicích umírání bylo důležitější ozdravit duši v očekávání posmrtného života než pokusy o léčení těla.

V 19. století dominuje „smrt jiného“. Na život bylo pohlíženo jako na smysluplný skrze vztahy k druhým a pomáhání jim. Protože k navazování vztahu s jinými a pomáhání jim je třeba určitého soukromí, na smrt v tomto období nebylo opět pohlíženo jako na událost obecnou. Smrt byla viděna jako bolestná událost, která tyto vztahy ukončí a odloučí je od milovaných. Názory na posmrtný život se různily od věčného spánku k pobytu v pekle či nebi. Poslední vůle tehdy nebyly časté. Lidé svěřovali své věci druhým v důvěře, aniž by psali jakékoli dokumenty.

Poslední období, 20. století, charakterizuje „popření, odmítání smrti“. Jen málokdo umírá doma. Smrt tedy přestává patřit do běžného života, je lépe o ní nepřemýšlet. Hodnotami se stalo zdraví, úspěch, kariéra, peníze, bezstarostný život. Smrt má místo v nemocnicích, jedině lékař může potvrdit smrt. Lékaři léčí, uzdravují, ví co je smrt mozková, srdeční, ale už neví, co se děje v umírajícím člověku. [Munzarová, 2002, str. 57-59]

1.3 Smrt a náboženství

Nebudu se zde obšírně rozepisovat, jak která náboženství vnímají smrt, ale budu se zabývat jen křesťanstvím, které v naší krajině převažuje.

Ve Starém zákoně se píše: „prach jsi a v prach se obrátíš“. Po smrti každý člověk přichází do místa mrtvých, které je popisováno různě. Zpočátku byl kladen větší důraz na odměnu a trest v životě přítomném, později se vyskytují i apokalyptické myšlenky, které slibují osvobození živých i mrtvých na konci věků s vítězstvím nad smrtí samotnou. Postupně je patrná odplata jednotlivce. Smrt nemá stejný dopad pro spravedlivého a pro špatného člověka. Smrt je tedy hrozbou jen pro hříšníky.

Nový zákon nabádá k pokání a poslušnosti se zřetelí na věčný osud jednotlivce. Smrt a vzkříšení Ježíše hluboce ovlivnil pozdější křesťanský pohled na smrt a osud zemřelých. Lidé, kteří žili dobře a spravedlivě, budou oceněni životem věčným, zatímco hříšníci budou potrestáni věčnou smrtí. Ježíš Kristus, se podle Bible, měl vrátit a soudit živé i mrtvé. Uvádí pokřtěné věřící do nesmrtelnosti. A tudíž se není třeba smrti bát.

Když Bible mluví o životě, prezentuje život jako vyjádření vztahu. Život je tam, kde se uskutečňuje ve společenství s ostatními. Člověk jej podle křesťanství nemá jako své vlastnictví, se kterým by mohl disponovat.

V souvislosti s náboženstvím a medicínou proto vyvstává nemálo etických otázek. Jsou tím aktuálnější, jak je věda pokročilejší. Například kdy je možno člověka odpojit od přístrojů, na kterých je jeho život závislý a zda vůbec. Nebo zda brát léky proti bolesti apod. S některými otázkami se budu ještě

zabývat v kapitole eutanazie. Také otázky potratu jsou stálým tématem křesťanů.

Druhý Vatikánský koncil potvrdil vznešenou důstojnost člověka, zvláště jeho právo na život. Proto také odsoudil zločiny proti životu, mezi nimiž se uvádí každý způsob vraždy, genocida, potrat, eutanazie i dobrovolná sebevražda. [Šipr, Mičo a kol., 2005, str. 40] Také z tohoto prohlášení vyplývá, že nikdo nesmí ukládat o život ani k tomu nabádat a každý člověk má žít svůj život ve shodě s Božím plánem. Tudíž ani dobrovolná smrt není pro křesťana přijatelná, dokonce se řadí mezi smrtelné hříchy. Zde mě napadá, že ale sám Ježíš vpodstatě spáchal sebevraždu. Šel totiž na smrt zcela vědomě, měl moc tento osud dle Bible zvrátit, ale neučinil tak.

1.4 Dílčí závěr

Smrt je nepochybně téma, které se diskutovalo a diskutuje neustále navzdory historickým etapám či myšlení. V této kapitole jsem uvedla, jak na smrt mohou nahlížet lékaři, také jak na smrt pohlíželi obyčejní lidé a jak jim zasahovala do života. Nastínila jsem, že křesťané mají na smrt v nynější době celkem jasný názor. Smrt není konec, ale nikdo ji nesmíme samovolně a úmyslně přivolat. Dle křesťanů nemáme právo vztáhnout ruku na žádný život, bez výjimek. Což podle mého ještě posiluje skutečnost, že smrt je v dnešní době tabuizovaná záležitost.

Naopak medicína tím, jak věda pokročila, se musí snažit jasně definovat okamžik smrti. Lékaři se shodli na tom, kdy mohou určit okamžik smrti. Domnívám se ale, že stanovení okamžiku smrti bude ještě téma diskutované.

2 EUTANAZIE

Eutanazie ano či ne? Domnívám se, že na takovou otázku nebudeme nikdy všichni za jedno a také žádný racionálně uvažující a informovaný člověk nemůže jednoznačně říci jen „ano“ či „ne“, aniž by si musel položit mnoho dalších otázek. Existuje totiž tolik „ale“, že urychlená odpověď nemůže být přijatelná. V následujících podkapitolách uvedeme, jaké formy eutanazie existují, kdy se datují její počátky a jak se vyvíjela a jaké argumenty by mohly vznést zastánci či odpůrci eutanazie. Protože jediné diskuse a argumenty nás mohou přiblížit k odpovědi na otázku „ano či ne?“

2.1 Definice

Ve starověku eutanazie znamenala dobrou smrt bez přílišného utrpení. Původní význam eutanazie bylo tedy označením pozitivním. Dnes eutanazií rozumíme spíše lékařský zákrok, jehož cílem je zkrácení života, který je obtížný a jehož prodlužování by vedlo k dalšímu utrpení, které zpravidla není již vyléčitelné. Pojem eutanazie se tedy v užším slova smyslu používá jako „usmrcení z milosti“, s cílem odstranit nadměrné utrpení nebo také uchránit abnormální děti, mentálně postižené či nevyléčitelně nemocné před prodlužováním nešťastného života, který představuje břemeno jak pro ně samé, tak pro společnost. Také bychom mohli eutanazii definovat jako jednání či zanedbání, které svým zaměřením způsobuje smrt, aby se vyloučila jakákoliv bolest. Eutanazie tedy spočívá v úmyslu a použitých metodách. [Šipr, Mičo a kol., 2005, str. 42]

Je otázkou, zda prosby těžce nemocných, kteří žádají o eutanazii jsou výsledkem nesnesitelných bolestí a zda nejde jen o dožadování lásky a péče. Může se nám lehce stát, že pokud se zlegalizuje eutanazie, bude tlak rodiny na starého či nemocného člověka takový, že sám požádá o eutanazii. Tento tlak

nemyslím jen přímý, nýbrž dávání člověku najevo, jak těžkým břemenem pro rodinu je.

Můžeme mluvit o **eutanazii aktivní** - kdy je např. lékařem či jinou osobou podána smrtící látka nebo o **eutanazii pasivní** – kdy je např. odpojen od přístroje nebo mu není podán lék a nemocný vlastně umírá na svoji vlastní nemoc .

Když se hovoří o eutanazii, většina lidí vidí naprosto jasně, že by ji měli provádět lékaři. Mnozí si neuvědomují, že právě oni by měli být z etického hlediska vyloučeni z této úlohy jako první. Vždyť přísahali, že budou životy lidí chránit a uzdravovat. Je tedy neslučitelná s jejich profesí. Toto je velmi sporným bodem eutanazie – kdo ji bude tedy provádět? V každém případě se domnívám, že by to měl být člověk pečlivě vybírán na základě přísných psychologických testů – ať už se funkce bude jmenovat jakkoliv. Také by měl mít specializované lékařské vzdělání a jeho úloha by nesměla být v rozporu s jeho názorovým přesvědčením.

Vyžádanou eutanazii opravňují její zastánci v tom, že je respektována autonomie těch, kteří o své usmrcení žádají. Dle jejich názoru stavět se proti vyžádané eutanazii je základní neúcta k jejich právu. Na čem však stavějí své argumenty zastánci **nevyžádané eutanazie**, kteří žádají usmrcení novorozenců a těžce mentálně a fyzicky postižených osob? Nikdo z nich není schopen racionálního myšlení a tudíž nemohou argumentovat právem na autonomii. Tito zastánci se pak snaží argumentovat tím, že člověk, aby byl považován za osobu, musí nabýt určitých atributů, včetně psychických schopností chápat a být schopen volby. Argumentuje se tím, že těchto „ne-osobnostních“ jedinců – životů si není třeba cenit a lze se jich tedy oprávněně zbavit. [Pollard, 1996, str. 168]

Tato filozofie, která degraduje některé nemocné nebo postižené jedince, představuje dle mého hrozbu a také urážku těchto jedinců. Právě tyto jedince, které má chránit nemálo dokumentů – Např. u nás Listina základních práv a svobod, v USA např. Deklarace Spojených národů o právech postižených osob.

Pak vyvstává otázka, jak blízko by mělo uzákonění vyžádané eutanazie k legalizaci té nevyžádané.

Dystanazie je další pojem spojený s eutanazií. Znamená udržování ve stavu, který téměř neposkytuje šanci na přežití, a když, tak nikoliv na kvalitní život. Dystanazie tedy znamená udržování tělesných funkcí za každou cenu. [Honzák, 2001, str. 68]

2.2 Počátky a vývoj

Řekové užívali pojem eutanazie spíše za účelem popisu duševního stavu umírající osoby. „Bylo důležité, aby člověk umíral „dobrou smrtí“, ve vyrovnaném stavu myslí, v klidu a za sebekontroly. A bylo snad možné i lidský život zkrátit proto, aby došlo ke smrti s uvedenými vlastnostmi.“ [Munzarová, 2002, str. 24]

Jednotliví filosofové na dnes nazývanou aktivní eutanazii pohlíželi různě. Třeba pythagorovci s ní nesouhlasili z náboženských důvodů a respektu lidského života. Existenci člověka spojovali s bolestí. Bolest a třeba i těžká smrt pro ně byla potrestáním za předchozí hříchy. Předčasné ukončení života vnímali jako hrubý přestupek proti božímu řádu.

Platon odmítal sebevraždu, avšak v případě zničující choroby by eutanazii v některých případech schvaloval. Názor, že vděčí za život bohům odmítal a proto odmítal i to, že člověk nemá právo svůj život ukončit.

Aristoteles, žák Platonův, s ním nesouhlasil. Podle něj je eutanazie z jakéhokoliv důvodu nepřijatelná. Ne však z důvodu náboženských, ale občanských. Zdůrazňoval, že občané musí být pro stát produktivní co nejdéle. Proto je pro Aristotela eutanazie nepřijatelná, že zbavuje stát jejich členů. Dále tento počín hodnotí jako ukvapenost a zbabělost nejvyššího stupně. Umírání v odvaze je podle něj morálním gestem ctnostného člověka, které je příkladem pro ostatní.

Stoikové připouštěli eutanazii v případě, že život, hlavně díky bolestem a tělesným postižením, nebyl smysluplným. Stoikové tedy vyžadovali, aby

eutanazie nebyla schvalována jen díky impulsivnímu přání uniknout povinností.

Hippokratova přísaha v sobě nese požadavek „nepodat nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mě žádal a nikomu tuto možnost nenavrhu.“ Tento výrok obsažený v přísaze svědčí o tom, že jejím autorem musel být někdo, kdo byl stoupencem pythagorovců. Tyto názory pythagorovců odrážely názory malé, izolované skupiny, prosazující přísnější morálku pro lékaře, která byla vzdálena běžným praktikám tehdejšího Řecka. [Munzarová, 2002, str. 26] Tyto zásady se pak staly základem lékařských kodexů, které přetrvávají až dodnes.

Eutanazie nebyl ani Hitlerův výmysl, i když je s ní často negativně spojován. Moderní historie eutanazie začíná patrně vydáním německé knihy s názvem „Právo zemřít“ z roku 1895. Tato kniha však ještě nezaujala tak, jako další německá kniha „Poskytnutí souhlasu ke zničení života, který není hoden“. Právě ta neobyčejně přispěla k legalizaci eutanazie v Německu. [Pollard, 1996, str. 67] Hitler byl ale považován za prvního politika skutečně velkého formátu, který zabudoval do státní politiky rasovou hygienu (jako aplikaci Darwinova učení na společnost). Nacističtí vůdci často mluvili o národním socialismu jako o formě aplikované biologie. Lékaři byli v tomto hnutí velice aktivní. V roce 1929 byla založena Lékařská liga národního socialismu. Lékaři se přidávali k nacistické straně ve větším počtu než ostatní profese. Na německých univerzitách byly zakládány ústavy věnující se rasové hygieně. Dokonce se tento obor stal vyučovacím předmětem – dávno před nástupem Hitlera k moci. V těchto ústavách byly vytvářeny jakési genetické registry, které byly později pomocníkem v genocidě Židů a ostatních nežádoucích kategoriích. Vyústěním výše popsaného byla mj. „Akce eutanazie“. [Munzarová, 2002, str. 27]

Případ, který urychlil tuto akci se stal koncem roku 1938. Jednalo se o to, že otec dítěte, které se narodilo slepé, chyběla mu noha a část ruky, písemně požádal Hitlera, aby jej dítěte zbavil. Na základě tohoto případu zahájil Hitler „dětský program eutanazie“. Pověřil svého osobního lékaře Karla Brandta a funkcionáře Bouhlera, aby i v ostatních případech postupovali analogicky. Životy těchto dětí, podle oběžníku vydaného říšským ministerstvem vnitra roku

1939, nebyly hodny pokračování. Tento oběžník nařizoval vedení evidence novorozenců s podezřením na následující postižení:

1. idiotie a mongolismus (obzvláště ve spojení se slepotou a hluchotou)
2. mikrocephalie (provází mentální postižení)
3. hydrocephalus (rozšíření komorového systému na úkor mozkové tkáně)
4. deformity všech druhů
5. obrny

Některé tyto děti byly převáženy na speciální dětské kliniky, kde byly týrány hladem až k smrti nebo jim byly podány smrtící injekce. Pokud rodiče nechtěli těmto dětem povolit převoz „tam, kde jim bude poskytnuta optimální léčba“, museli podepsat, že odmítli jakoukoliv hospitalizaci. Tím na rodiče vyvíjely tlak. Odhady tvrdí, že do konce války přišlo o život asi 5000 dětí.

Program eutanazie dospělých nebyl založen jen na tom, že je třeba se zbavit „nehodných“ životů a tím bojovat proti genetickým chorobám, ale měl také uvolnit lůžka v nemocnicích a ulehčit zdravotnickému personálu v počínající válce. Tato akce byla zahájena až ve válce, aby byla lidmi lépe přijata. Předem byl dán počet lidí, kteří mají být usmrceni. Program T4 (tak byl v nacistické byrokracii program nazýván), probíhal podle plánu a v průběhu války zemřelo v této akci asi 140 000 lidí. [Munzarová, 2002, str. 28]

To znamená, že tento program sledoval hlavně finanční stránku celé věci. Ve sbírce matematických úloh Adolfa Dörnera se v zadání můžeme dočíst: „Jeden duševně nemocný stojí denně 4 marky, mrzák 5,50 a zločinec 3,50. V mnoha případech má úředník jen asi 4 marky denně, zřízenec 3,50 a nevyučený dělník méně než 2 marky. A) zobrazte tato čísla graficky – podle střízlivých odhadů je v Německu na 300 000 duševně nemocných a v ústavní péči. B) na kolik peněz tito lidé celkem ročně přijdou, vycházíme – li z denní sazby 4 marky?“ Také na zámku Harteim – nedaleko rakouského Lince – byly nalezeny konkrétní výpočty: Předpokládáme – li průměrnou denní sazbu 3,50 marek, činí to při odhadované střední délce života deset let úsporu 885 439 800 marek, tzn. při dosud provedené dezinfekci (povšimněte si, že o lidech mluví

jako o hmyzu) 70 273 osob bude tato suma ušetřena již 1. září 1951. [Kraft, 2006, str. 128, 129]

Na těchto příkladech můžeme vidět, že od tehdejšího hodnocení života těžce postiženého jako nehodného žití a vyvražděním miliónů nevinných v koncentračních táborech je přímá souvislost. Nejdřív se eutanazie týkala těžce postižených, načež se rozšířila na všechny ne-Němce.

2.3 Eutanazie ve světě

Otázka eutanazie je diskutována v mnoha zemích po celém světě. Navíc je to otázka, která nabývá na aktuálnosti čím dál více. Proto zmíním pouze země, kde je eutanazie uzákoněna a kde s touto praxí mají největší zkušenosti.

USA

Lékaři tiše pomáhají svým pacientům ke smrti po celou dobu, co lékařský stav existuje. Předepisují jim léky a šeptem dodávají jejich smrtelné dávky. Nazývají to usmrcením ze soucitu. V USA každý pátý dotázaný lékař přiznal, že pomohl uspíšit smrt svého pacienta.

Z padesáti států USA je smrt s pomocí lékaře legální pouze v Oregonu. A to od roku 1997. Za deset let, co je zákon v platnosti, požádalo lékaře o smrtící látku 292 lidí v posledním stadiu svého života. [www.lidovky.cz]. Lékař zde smí předepsat smrtelnou dávku léků pacientům, u nichž očekávaná délka života nepřesáhne půl roku.

Nejvýraznější osobností eutanazie se stal nepochybně MUDr. Jack Kevorkian, přezdíváný Dr. Smrt. Američan, který „ukončil trápení“ 130 nevléčitelně nemocných, strávil ve vězení osm let. Byl předčasně propuštěn v červnu roku 2007. Jack Kevorkian pomáhal lidem od bolesti tím, že jim umožnil zmáčknutím knoflíku uvést do chodu smrtící stroj Thanatron, jehož součástky nakoupil na bleších trzích. „Klienta“ usmrtily dvě dávky jedu. Pak sestrojil přístroj využívající plyn a nakonec už použil přímo smrtící injekci. Každý klient musel před smrtí vyčerpat všechny možnosti lékařských zákroků, a to bez ohledu na to, jak nejistý mohl být výsledek. MUDr. Kevorkian nazývá

to, co lékař praktikuje – plánovanou smrt - obiatří a sám sebe obiatrem. [Brovinsonová, Oehmke, 1996, str. 13]

Případ hlasitého obhájce asistované sebevraždy vzbudil v devadesátých letech pozornost médií po celém světě. Odsouzen na 10 až 25 let byl ale jen za jediný případ. Smrtící injekci totiž vpíchl svému klientovi na jeho přání on sám. [www.lidovky.cz]

Procedurou, kterou si Kevorkian vypracoval jako svůj postup při výběru „kandidátů“, musel projít každý klient. Hlavním kritériem byl nesnesitelně hrozný život jako důsledek nemoci. Procedura má tyto body:

- pacient musí po delší dobu jasně a opakovaně vyžadovat sebevraždu
- pacienty je nutno přesvědčovat, aby svůj život prodloužili další léčbou u odborných lékařů, včetně léčby zaměřené na zmírňování bolesti
- je nutné si vyžádat klinickou diagnózu, že jde o nevléčitelnou zhoubnou chorobu v konečném stádiu nebo že pacient trpí velkými, neustupujícími, nezvládnutelnými a nevléčitelnými bolestmi bez naděje na zlepšení
- pacientovu diagnózu je třeba dát ověřit jeho ošetřujícím lékařem a ujistit se, že léčba byla správná a všechny možnosti léčby byly vyčerpány
- pacient musí být mentálně kompetentní a v případě potřeby musí projít psychiatrickým vyšetřením
- s pacientem a jeho rodinou provést několik konzultací o smrti a umírání. Pacienty musí plně podporovat jejich rodina a každý její člen se musí zúčastnit ranní konzultace v den medicidy (tak nazývá asistovanou sebevraždu)
- pokud je to možné, pacient musí mít možnost kdy, kde a za účasti koho bude medicida provedena
- pacient musí se znalostí věcí souhlasit a podepsat příslušné prohlášení, které podepíší svědci a bude notářsky ověřeno

- každý pacient může kdykoliv svoje rozhodnutí zrušit, dokonce i v poslední minutě. Při sebemenším zaváhání pacienta je celý postup okamžitě zastaven a pacient už není – a nikdy už nebude moci být – kandidátem medicidy
- pacient sám musí uvést do chodu spínač, který uvolňuje přívod smrtících jedů ukončujících život
- vše musí být zaznamenáno na úřední formulář o obiatři a příslušný obiatr jej musí podepsat

[Brovinsová, Oehmke, 1996, str. 122]

Kevorkian připouští, že byť jeho systém má tolik kontrol a je téměř nemožné jej zneužít, vždy se může najít někdo, kdo vymyslí, jak jej obejít.

Dr. Smrt už před propuštěním z výkonu trestu řekl, že hodlá vést kampaň za legalizaci eutanazie ve Spojených státech. Kevorkian se domnívá, že pouhé vědomí možnosti či naděje člověka na sebevraždu za pomoci lékaře má značný ozdravující účinek a zbytek jeho života je mnohem radostnější. Nejde mu tedy ani tak o prosazení práva zemřít, ale o to, aby mohl mít jedinec volbu.

AUSTRÁLIE – Severní teritorium

Eutanazie byla legalizována v roce 1996 jako první v části Austrálie - Severním teritoriu. Zákon o právech smrtelně nemocných byl v platnosti jen krátce a to od července 1996 do března 1997 a povoloval asistovanou sebevraždu jen nemocným v posledním stádiu choroby. Během platnosti zákona stihli využít eutanazii čtyři pacienti smrtelně nemocní rakovinou. Tento zákon obsahoval několik přísných podmínek. Pacientovi muselo být přes 18 let, musel trpět nevléčitelnou chorobou, na kterou by bez zdravotnické péče zemřel a musel prodělat vyšetření u tří kvalifikovaných lékařů, z toho jednoho psychiatra, aby bylo jisté, že pacient netrpí léčitelnou klinickou depresí. Pokud navíc byla dostupná dostatečná léčba bolesti tisíci prostředky, lékař nesměl na žádost o smrt přistoupit. Poté, co pacient své přání zemřít oznámil, musel navíc týden čekat, než směl podepsat souhlas; pak musel být formulář podepsán dvěma lékaři. Po jeho podepsání musel pacient na smrt čekat ještě dalších 48 hodin. Zákon platný v Severním teritoriu povoloval jak eutanazii, tak

sebevraždu za asistence lékaře a nutnou podmínkou bylo, aby lékař u pacienta zůstal až do okamžiku smrti. Přesto už v říjnu 1996 byl podán návrh na zrušení tohoto zákona a v březnu 1997 byl zákon pozastaven.

Austrálie má také svého "Doktora Smrt", který provádí eutanazii dál. Doktor Nitschke pomohl zemřít devatenácti lidem. Z toho jen 4 případy se staly za platnosti zákona. Zástupci australských lékařů vyzvali policii, aby zahájila jeho vyšetřování. [www.gymfry.cz]

NIZOZEMÍ

V roce 1973 došlo v Holandsku k prvnímu soudnímu procesu, který se týkal aktivní eutanazie provedené lékařem. V roce 1971 dcera (lékařka) aplikovala, s úmyslem zabít, morfiiovou injekci své matce, na vozíček připoutané pacientce v pečovatelském domově, která krátce poté zemřela. Dcera dosvědčila, že matka opakovaně a naléhavě žádala, aby její trápení bylo ukončeno. Byla odsouzena pouze k podmíněnému týdennímu trestu. Od té doby byla eutanazie holandskými lékaři prováděna a případy, které se k soudu dostaly, byly posuzovány velmi shovívavě.

V roce 1982 byla ustanovena Vládní komise pro eutanazii, která se mj. podílela na určování podmínek, za kterých k eutanazii mohlo dojít. Ta také zaručovala, že pokud budou lékaři tyto podmínky dodržovat, nebudou trestáni. Nejdůležitějšími z těchto kritérií (tzv. kritéria rotterdamská) jsou:

- pacient musí být kompetentní a žádost zcela dobrovolná a úmyslná
- žádost musí být dobře uvážená, jasná a opakovaná
- pacient musí nesnesitelně trpět (třeba i psychicky) a eutanazie musí být poslední možností. Jiné možnosti byly již vyzkoušeny
- eutanazii může provádět jedině lékař
- lékař musí vše konzultovat s jiným nezávislým lékařem, který má rovněž zkušenost v této oblasti

[Munzarová, 2002, str. 30]

O dva rok později ukázal výzkum zabývající se eutanazií zarážející zkušenosti, že 0,8% ze všech smrtí nebo 1000 případů ročně, které představují

aktivní úmyslné zabití pacienta lékařem je provedeno bez žádosti nemocných a tudíž nebyla respektována uvedená kritéria. Výsledky výzkumu byly podkladem k diskuzi o uzákonění eutanazie.

Od roku 1990 zde existuje povinný postup hlášení případů eutanazie. Lékař informuje místního lékařského revizora, který podá hlášení okresnímu právnímu zástupci a ten pak rozhodne, zda případ předá k soudnímu trestnímu stíhání či nikoliv.

Zákon o schválení eutanazie vstoupil v Holandsku v platnost roku 2002. Vše je zde v režii lékaře. Milosrdné usmrcení, jak se zde eutanazii říká, je možné pouze v nemocnicích. Je svázáno přísnými pravidly. Pacient musí trpět nesnesitelnou a nevyléčitelnou chorobou a ještě za vědomí o zákrok požádat. Každý případ se musí hlásit zvláštní komisi. I v Nizozemsku jsou kolem eutanazie stále vzrušené debaty, hlavně kvůli případům, kdy byla provedena eutanazie bez žádosti pacienta.

BELGIE

Belgie po vzoru Holandska následovala legalizaci eutanazie v témže roce, tzn. v roce 2002. Využívá ji zde asi 30 pacientů za měsíc. Je upravena samostatným zákonem. Nejde zde o asistovanou sebevraždu, poslední „lék“ podá pacientovi sám lékař. Pacient musí být při vědomí a svou žádost musí vyjádřit dobrovolně, opakovaně a písemně. Souhlas musí dát opakovaně několikrát. Pacient musí být nevyléčitelně nemocný, jehož utrpení nelze zmírnit. Zvláštností Belgie je, že eutanazie je tu poskytována i nezletilým, kteří jsou při této příležitosti zplnoletění. Musí jim však být minimálně 15 let.

Přítomen u eutanazie a konzultací musí být nejen ošetřující lékař, ale i psychiatr a další lékaři. Pacient musí být také jednoznačně způsobilý k právním úkonům. [www.eutanazie-dobrasmrt.cz]

Zákon ale dává také právo na trvalé léčení, aby smrt nemuseli vyhledávat lidé, kteří nemají prostředky na léčbu. Tímto chce zabránit, aby zákon nepostihoval zdravé, ale chudé lidi.

ŠVÝCARSKO

Tamní trestní zákon toleruje asistovanou sebevraždu, pokud není vykonána ze zistných a egoistických důvodů. Pacient sám provede několik úkonů, které vedou ke smrti. Výjimečností je, že při ní může pomáhat nejen lékař, ale i laik. Recept na jed může předepsat kterýkoliv lékař a jed je k dostání na recept v lékárnách. Asistovaná sebevražda zde stojí v přepočtu šedesát tisíc korun.

2.4 Situace v ČR

V České republice neexistuje zákon upravující eutanazii. Jakékoliv zabití je trestné. Listina základních práv a svobod má v hlavě druhé zakotvena základní lidská práva, mezi něž právo na život – „Lidský život je hoděn ochrany již před narozením.“ Dle ní také „nikdo nesmí být zbaven života.“

Dále se ale také můžeme dočíst, že „každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno.“ Je ale zachována lidská důstojnost například v posledním stádiu života člověka? Mnohdy opravdu ne.

Trestní zákoník platný v ČR otázku eutanazie neřeší vůbec. Naopak bychom zde mohli najít trestný čin „neposkytnutí pomoci“ (§207 z. č. 140/1961 Sb.) – „Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok.“ Pokud se do stejné situace dostanou lékaři, zdravotníci a záchranáři, hrozí jim odnětí svobody až na 2 roky nebo zákaz činnosti.

Na eutanazii bychom tak mohli vztáhnout, vzhledem k absenci řešení eutanazie, § 219 - „Kdo jiného úmyslně usmrtí, bude potrestán odnětím svobody na 10 až 15 let“ nebo § 230 „Účast na sebevraždě“ – „Kdo jiného pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá, bude potrestán, došlo – li alespoň k pokusu sebevraždy, odnětím svobody na šest měsíců až tři léta“. Přísněji, 2 roky až 8 let odnětí svobody, je trestán stejný čin spáchán na nezletilých, těhotných či duševně chorých.

Každý léčebný výkon v České republice musí být uskutečněn se souhlasem nemocného. Pokud odmítá pacient léčbu, lékař si musí od něj vyžádat písemné prohlášení. Jediný případ, kdy může být uskutečněna léčba bez souhlasu pacienta je, pokud je ve stavu, kdy není možné souhlas vyžádat. Obecné zásady Etického kodexu České lékařské komory stanovují:

1. Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.
2. Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.
3. Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a tyto dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku či ohrožují základní lidská práva.
4. Lékař uznává právo každého člověka na svobodnou volbu lékaře.

V kodexu je jasně formulováno, že eutanazie je nepřípustná: „Lékař u nevyлéčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.“ [www.clkbrno.cz]

Tímto se ale může začít s praxí, že naši občané budou jezdit za asistovanou sebevraždou do zahraničí. V loňském roce byl zaznamenán první případ Čecha, který za touto službou musel odcestovat do Švýcarska.

První krok k rozhodování pacienta a jeho příbuzných namísto lékaře Česko udělalo v roce 2001, kdy ratifikovalo Úmluvu o lidských právech a biomedicíně. Ta říká, že pokud pacient není ve stavu, kdy může vyjádřit svá

přání, bude brán zřetel na přání vyslovená dříve. Lékaři ale tuto formulaci neberou vážně. Vysvětlují si to tak, že tato Úmluva dává lékaři možnost, neukládá to žádnou povinnost.

Již dlouho se vedou debaty, jak by měl vypadat připravovaný zákon o zdravotních službách. Stále však není jasno. Někteří odborníci míní, že by bylo dobré nechat se inspirovat v USA. Každý budoucí pacient zde má dvě možnosti. Zplnomocnit někoho, aby za něj v situaci, kdy nebude schopen vyjádřit svá přání, rozhodl. Nebo sepsat zvláštní závěť (tzv. living will), kde si například vybere: „Chci/nechci, aby byly použity veškeré možnosti pro zachování života. Chci/nechci dostávat výživu a nebo tekutiny.“
[www.lidovky.cz]

Pokusím se shrnout způsoby ukončení života nevyléčitelných pacientů:

- usmrcení na žádost nebo ze soucitu, tedy aktivní eutanazie, není v Česku povolena. Jednalo by se o vraždu, která se trestá deseti až patnácti lety vězení.
- pomoc k sebevraždě, pasivní eutanazie, také není povolena. Hrozí za ni odnětí svobody na šest měsíců až tři léta.
- ukončení či nezahájení život zachraňující péče na žádost způsobilé osoby, negativní revers, je zcela v pořádku.
- ukončení či nezahájení život zachraňující péče na základě předem vysloveného přání je u nás teoreticky možné od roku 2001, kdy jsme ratifikovali Úmluvu o lidských právech a biomedicíně. Formulace v Úmluvě „bude brán zřetel“ je ale neurčitá a nejasná, v praxi se proto neuplatňuje.
- ukončení či nezahájení život zachraňující péče bez projevu vůle pacienta nebo jeho zástupce je sice protiprávní, v Česku ale zcela běžná praxe. Může jít o trestný čin ublížení na zdraví nebo neposkytnutí pomoci.

V loňském roce byl sestaven podklad k návrhu zákona o eutanazii [viz. Příloha 1], jejímž základem je úprava v Belgii. Za cíl si klade:

- posílit svobodu a jistotu jedince
- vnést pravidla do této vysoce citlivé a privátní oblasti
- zvýšit důvěru mezi pacienty, lékaři, příbuznými a státními orgány

Principy tohoto zákona jsou:

- člověk je odpovědný za svůj život a má právo jej ukončit – v případě, že toho není schopen o to požádat lékaře
- lékař je při své práci zásadně usměřován zájmem pacienta a svoji profesní etikou
- kroky lékaře k ukončení života – eutanazie (aktivní, pasivní) musí být písemně zdokumentované a zpětně přezkoumatelné

Podmínky, za nichž by mohlo být provedení eutanazie vyňato z působnosti trestního zákona:

- a) eutanazie může provést pouze lékař (sám pacient)
- b) žadatel o eutanazii musí být v okamžiku žádosti plně způsobilý k právním úkonům
- c) žadatel o eutanazii musí vyjádřit svoji žádost na základě svobodné, vážné vůle bez nátlaku a žádost je třeba vyjádřit opakovaně před notářem
- d) žadatel se musí nacházet v situaci, kdy jeho zdravotní stav je beznadějný a nachází se ve stavu neustálého neúnosného fyzického nebo psychického utrpení, které nemůže být zmírněno a je výsledkem závažné a nevléčitelné nemoci
- e) ošetřující lékař musí konzultovat stav pacienta a jeho úmysl s jiným lékařem – specialistou, s osobami blízkými
- f) jako další krok musí být vyhotoven notářský zápis, potvrzující jak žádost žadatele, tak i stanovisko ošetřujícího lékaře; tento zápis může být pořízen nejméně dva týdny od sepsání žádosti žadatele o eutanazii.

[www.eutanazie-dobrasmrt.cz]

Čeští lékaři přiznávají, že u beznadějných případů sami ukončují léčbu. Podle nedávné studie se 90% českých lékařů intenzivní péče shodne, že vysazení léčby je někdy jediné správné řešení. Nejde o případy aktivní eutanazie, které žádají o pomoc při sebevraždě, ale o pacienty, kteří vzhledem

ke svému stavu nejsou schopni vyjádřit svá přání. To je u nás ale stále protizákonné. Žádný soudní proces ale v Česku ještě neproběhl. Právě takovou praxi by měl onen chystaný zákon odstranit.

2.5 Příčiny žádosti o eutanazii aneb „pro a proti argumenty“

Zastánci aktivní eutanazie často argumentují nesnesitelnými bolestmi. Bolest má ale několik dimenzí, včetně sociální, která je často právě tou rozhodující v otázkách eutanazie. Právě tímto argumentují odpůrci eutanazie se slovy: „Má snad eutanazie řešit narušené mezilidské vztahy, opuštěnost pacientů, jejich pocity zavrženosti, bezmoci a beznaděje?“

Proti jsou také někteří lékaři argumentující tím, že nemá právo je někdo nutit, aby porušovali základní lidské právo člověka a jednat tak v rozporu se svým přesvědčením a svědomím.

ARGUMENTY PRO EUTANAZII

Zbavení člověka utrpení. Toto je nejsilněji a nejčastěji zaznívající argument pro legalizaci eutanazie.

Právo osobní autonomie. Člověk by měl mít právo rozhodnout o svém životě – tzv. právo zemřít či právo na smrt. Hlas „práva na smrt“ zaznívá jen v západních společnostech. Právě proto, že zde jsou práva jedince upřednostňována a zároveň jsou zde nejvíce rozvinuty možnosti oddálení smrti. Zkušenosti např. z Holandska ale ukazují, že trpící a umírající pacient mnohdy není schopen mnoha elementárnějších rozhodnutí a to má rozhodovat o svém životě. [Munzarová, 2002, str. 35]

V současnosti je upřednostňován princip respektu autonomie jako schopnost osoby kriticky reflektovat (reagovat) a pokusit přijmout nebo změnit svá přání, hodnoty a ideály. A jsou za své jednání odpovědné. Tento autonomní model se vyskytuje ve dvou formách:

1) **model zákazníka, spotřebitele** („consumer model“)

Lékař poskytne všechna fakta o alternativách a pacient zváží veškeré možnosti s ohledem na své hodnoty. Lékař zde figuruje jako vykonavatel zakázky. Vlastní hodnoty a názory lékaře nejsou důležité. Pacientova autonomie je prvořadým principem.

2) **smluvní nebo dohádovací model** („contractual or negotiated model“)

Lékař s pacientem diskutují o svých vzájemných hodnotách ve vztahu ke zdraví a morálním hodnotám. Lékař zde působí spíše jako interpret a učitel, který současně zjišťuje přání nemocného. Lékař i pacient jsou autonomními bytostmi, oba souhlasí s tím, že budou svobodně pokračovat ve společném jednání a že spolu uzavírají jakousi smlouvu. [Munzarová, 2002, str. 39] Smluvní strany zde ale nemohou být nikdy úplně rovnocenné jak do znalostí, tak do moci. Lékařovy hodnoty se tak mohou vloudit nepozorovaně do „smlouvy“.

Dalším argumentem „pro“ je *regulace nákladů na zdravotní péči*. Tato argumentace je faktem čísel, která mluví sama za sebe. Hodnocení, zda tento argument je neetickým a nemorálním, se jeví zprvu jako jasné. Pokud ale začneme o tomto více přemýšlet, můžeme zjistit, že ona finanční stránka není úplně od věci a může být založena právě na morálním podkladu. Finanční prostředky vynakládané například na udržování člověka na přístrojích ve vegetativním stavu by totiž mohly pomoci mnoha lidem, kteří by měli naději na kvalitnější život, pokud by jim byla nabídnuta lepší zdravotnická pomoc.

Eutanazie nabízí *alternativu krutým metodám*, jimiž trpící pacienti končí svůj život. Umožňuje bezbolestnou smrt. Dalo by se říct, že tento argument staví na tom, že by se mohl snížit počet dokonaných sebevražd.

Kevorkian zákon o eutanazii přirovnal k pojištění proti požáru: „zákon umožňující lékařům pomáhat při sebevraždě je jako pojištění proti požáru: Doufáte, že vám nebude muset být nikdy vyplaceno, spíte však lépe, když je máte.“ [Brovinsová, Oehmke, 1996, str. 55]

„Přestože z rychlého stárnutí populace vyplývají velmi vážné psychologické i ekonomické problémy, nikdo se situací nezabývá, nikdo se neodvážá hlásat do světa, že by se systém lékařské péče měl zásadně změnit a

zaměřit se namísto na prodlužování přežívání na podporu zdravého života“, říká odborník na molekulární mechanizmy smrti z Cambridgeské univerzity Guy Brown. [Soukupová, 2008, str. 55] Tento názor mě velmi zaujal také proto, že je tomu mému velmi blízký.

ARGUMENTY PROTI EUTANAZII

Je nemorální zlegalizovat odnětí života komukoli, kdo nepředstavuje žádnou hrozbu jiné osobě. Tento argument se vztahuje k právu na život jako nezcizitelnému. Mnozí dokonce tvrdí, že právo na život je do jisté míry povinností. Zde vyvstává otázka „Čí je to vlastně život?“ Člověk s křesťanským zaměřením by mohl argumentovat se slovy: Život nám dal Bůh a jen Bůh nám jej může vzít. Ani my sami na to nemáme právo.“

Zákon o eutanazii *by mohl být lehce zneužitelný*. Tento bod je nesporný. V podstatě jej uznávají i zastánci eutanazie. Rozdíl je však v pohledu na míru rizika tohoto zneužití. Odpůrci eutanazie ji vidí jako nepřípustnou narozdíl od zastánců, kteří říkají, že riziko zneužití je stejné jako u všech zákonů. „Vždy se najde někdo, kdo dodržovat zákon nechce a hledá cestu, jak jej obejít.“

Proč navrhopvat takový zákon v dnešní době, kdy je *medicína* na takové úrovni, že *je schopna poskytnout při umírání lepší řešení než je smrt*.

Teorie tzv. *kluzkého svahu* (slippery slope) – naše zkušenost nás učí, že dovolíme – li sami sobě, co bychom dělat neměli nebo nechtěli, tážeme se, jestli bychom nechtěli nebo nemohli dělat i něco dalšího. Když člověk nastoupí na určitou kluzkou cestu, již sama gravitace jej stahuje dál a dál. V případě eutanazie to může znamenat, že pokud dovolíme lékařům ukončovat životy umírajících na jejich vlastní žádost, nemusí skončit pouze u toho.

Eutanazie *není přijatelnou náhražkou zavedení efektivních programů paliativní péče* (jejím cílem není pouhé prodlužování délky života, ale zlepšení a zachování jeho kvality. Je zaměřena na pacienta, ale i na rodinu a blízké). Nemůžeme smrtí nahradit sociální odcizení, samotu a nebo neochotu příbuzných se starat o nemocné.

2.6 Dílčí závěr

V závěru bych chtěla připomenout základní poznatky, které jsem uvedla v předchozím textu. Je jednoduché schválit nějaký zákon, ale nejdříve musíme mít dostatek informací, názorů a poznatků z praxe (od států, kteří eutanazii zlegalizovali). Domnívám se, že v naší zemi zatím neproběhlo dostatek odborných diskuzí na toto téma a nemyslím si, že je naše veřejnost připravená okamžitě zákon přijat. Proto vidím zlegalizování eutanazie reálné až za pár let. Co však vidím jako reálné, dokonce nutné, schválit zákon o zdravotnických službách, který by přesněji upravoval praxi např. odpojování lidí od přístrojů. To znamená jen legislativně upravit to, co už se v praxi děje.

Domnívám se, že i zastánci eutanazie mají určité pochybnosti a obavy. Přiznám se, že bych na otázku, zda jsem pro legalizaci eutanazie, odpověděla ano. Samozřejmě s podmínkami, a to poměrně přísnými. Dlouhou čekací dobu, konzultace s odborníkem, rodinou, psychologem. Také přesné záznamy o každém takovém činu by musely být podmínkou. Posouzení by tak muselo být ryze individuální.

3 SEBEVRAŽDA

Proč suicidium, latinská složenina „sui“ (svůj) a „cidere“ (usmrtit) překládáme jako sebevražda a ne doslovně sebezabití? Nepochybně to má svůj původ zejména ve středověké církvi, kdy na usmrcení, byť sebe sama bylo pohlíženo jako na vraždu – na hřích. V dávných dobách dokonce věřili, že duchové sebevrahů se mohou vracet na zem, aby se pomstili těm, kdo je k sebevraždě dohnal. Kvůli ochraně před těmito duchy pohřbívali sebevrahy na křižovatkách v naději, že zvýšený ruch duchy zaplaší a oni nenajdou správnou cestu. Filozofové tvrdili, že strach ze sebevrahů vychází z pocitu viny.

Sebevražda na lidi působí stále jako tabu. Něco tajemného, o čem je snad lepší mlčet, aby to nikoho nenapadlo. Lidé si během minulých dob vytvořili určité mýty, které se vznášejí nad sebevražda a sebevrahy. Mnohdy je skutečnost přesně opačná. I tímto bych se chtěla zabývat. Dá se charakterizovat člověk či jeho vlastnosti, který se pokusil nebo spáchal sebevraždu?

Sebevražda je výkřikem zoufalství, který vyvolává smíšené pocity – vinu, smutek, beznaděj. V České republice zemře vlastní rukou víc lidí než na silnicích při autonehodách. To je naprosto alarmující skutečnost. Proč jsou všichni tito lidé tak zoufalí, že nevidí jiné řešení?

Na sebevraždu můžeme nahlížet jak z pohledu psychologického (osobnostní vlastnosti suicidanta), tak sociologického (vzájemné vztahy mezi sebevraždou a některými sociálními faktory – např. hustota obyvatelstva, vzdělání apod.), medicínského (např. vztah psychiatrie k sebevraždě), ale i právního.

3.1 Pojmy týkající se suicida

Bilanční sebevražda

je dokonané suicidium na základě předchozího bilancování situace, kdy člověk dojde k závěru, že jeho situace je pro další život nesnesitelná.

Biická sebevražda

je blízká bilanční sebevraždě. Vychází z motivů z reality a je činem člověka v normálním duševním stavu.

Patická sebevražda

I u patické sebevraždy člověk vychází z hodnocení situace. Toto hodnocení je však zkreslené patologickým obsahem, vycházejícím z nemoci. Např. pacient v hluboké depresi hodnotí svoji situaci jako beznadějnou a proto spáchá sebevraždu.

Parasuicidum

V souvislosti se sebevraždou se můžeme setkat také s termínem parasuicidum. Představuje suicidální pokus, kde chybí úmysl zemřít – jde tedy spíš o sebepoškození s úmyslem spíše demonstrativního charakteru.

Účelové suicidální jednání

Jeho cílem není smrt, ale vyřešení svízelné situace.

Demonstrativní suicidální jednání

Podobné účelovému, s tím rozdílem, že při demonstrativním jednání není cíl sledován vědomě.

Inspirované sebevraždy

Sami odborníci se neshodují v tom, jestli něco jako inspirovaná sebevražda existuje. Tento problém se výrazně otevřel po tom, co vyšla v roce 1774 kniha Johanna Wolfganga Goethe Utrpení mladého Werthera. Stovky mladých mužů zvolily v podobné situaci romantickou sebevraždu, jak ji Goethe popsal. V románě se mladý hrdina Werther zabije, protože nemůže získat dívku svých snů. Právě pro tuto podobnost bylo dílo napadáno, že vedly inspirativně mladé muže k těmto činům. Nejen knižní „hrdina“ byl takovým způsobem osočován. Po sebevraždě Marilyn Monroe v roce 1962 vzrostl počet sebevražd během jednoho měsíce o 12%. [Frankel, Kranzová, 1998, str. 18]

Sociolog David Philips srovnával statistiky úmrtnosti s tématy, které byly publikovány v New York Times, aby zjistil, zda existuje souvislost mezi počtem sebevražd a publikováním příběhů o sebevraždách. Potvrdilo se, že počet sebevražd výrazně roste po každém zveřejněném příběhu. Obvykle pak

počty sebevražd do měsíce opadly, ale nikdy už se nevrátily do původních čísel. Proto došel k závěru, že sebevražedná vlna následující po uveřejnění příběhu, přináší sebevraždy, které by se jinak vůbec nestaly. Zastánci Phillipovi teorie přirovnávají tento jev k účinkům reklamy. „Když prožíváte nějaký nejasný pocit a přitom se díváte na televizi, kde zrovna běží reklama na nějaké jídlo, tak vám tato reklama pomůže určit, že ten nejasný pocit byl hlad.“ [Frankel, Kranzová, 1998, str. 19] Televizní společnosti popřely jakoukoliv souvislost a sociologové pracující pro NBC se pustili do vlastního výzkumu. V roce 1984 nezjistili celkové zvýšení počtu sebevražd, pouze potvrdili nárůst v období 1977 až 1980. To znamená, že počet sebevražd mladistvých se zvyšoval už několik let a nelze dokázat, že by tento jev byl způsoben sledováním televize. Zjistili sice mírné zvýšení během 14 – denního intervalu, avšak toto nebylo potvrzeno, když se jev hodnotil v rozmezí jednoho roku. Došli tedy k závěru, že se jednalo buď o zvýšení náhodné, nebo zahrnovalo sebevraždy, ke kterým by dřív nebo později došlo.

Je všeobecně známo, že mladí lidé jsou více náchylní na přejímání vzorců chování, názorů a postojů. Osobně se ovšem domnívám, že pokud člověk o sebevraždě uvažuje, můžou mu zprávy z médií a příběhy jen uspišit jeho rozhodnutí. Nemyslím si, že člověk, který o sebevraždě nikdy neuvažoval, spáchá sebevraždu po tom, co se dozví, že např. se jeho oblíbený herec předávkoval.

Kumulované sebevraždy

Je to jev, kdy se objeví několik sebevražd za sebou v jedné komunitě v relativně krátkém časovém období. Může se vyskytovat jako „epidemie“ – jeden nakazí názory druhého či jak „domluva“ – kdy můžeme mluvit o tzv. společné sebevraždě. I zde platí v podstatě výsledky, které byly zjištěny u sebevražd inspirovaných. I zde ale zůstává ve vzduchu otázka, zda kumulované sebevraždy nejsou jen společnou odpovědí na společné problémy.

Rozšířená sebevražda

má patologický podklad. Duševně nemocný např. pod vlivem depresivního prožívání s sebou vezme ještě někoho ze svých blízkých. Motivací

může být to, že život je nesnesitelný pro něj a tak si myslí, že bude nesnesitelný i např. pro dítě a chce jej tohoto ušetřit.

Způsoby suicidálního jednání

To, jakým způsobem lze ukončit život bývá obsahem téměř všech suicidálních myšlenek. Významnou roli hraje dostupnost metody, posouzení její nebezpečnosti a účinek. Jak už jsem nastínila, metody mohou být rozděleny na tzv. měkké a tvrdé.

Mezi *měkké metody* patří ty, u kterých je nebezpečnost nižší a možnost záchrany života vyšší, tedy takové, které nevedou okamžitě ke smrti a zůstává zde naděje, že dotyčný bude včas nalezen a zachráněn. Mezi ně bychom mohli zařadit povrchní pořezání, intoxikaci léky či skok z malé výšky.

Tvrdé metody představují opak měkkých. Vedou nejčastěji okamžitě ke smrti, možnost záchrany je tedy velmi snížena či vyloučena. Zde bychom mohli zařadit např. skok z velké výšky, použití střelné zbraně, skok pod vlak, oběšení. [Koutek, Kocourková, 2003, str. 34]

Můžeme nalézt rozdíly v použitých metodách mezi muži a ženami. Když si uvědomíme, že ženy častěji sahají k suicidálním pokusům, je pravděpodobné, že si zvolí způsob provedení takový, aby je bylo možno zachránit – tzv. měkké metody, zatímco muži používají metody drastičtější a tedy spolehlivější.

Pokud se snažíme nastínit aspekty suicida, musíme aspoň letmo nahlédnout, zda je sebevražda řešena českým právem. Právo může řešit suicidální jednání v souvislosti se zasahováním do práv pacienta, který se pokouší o sebevraždu či poškození druhé osoby v souvislosti se suicidálním jednáním. Také účast na sebevraždě je v ČR trestná. (viz. zmíněno v kapitole o eutanazii – situace v ČR)

Proces, který probíhá v západní Evropě, nazval Ronald Inglehart, empirický sociolog, „Tichá revoluce“. Jeho teorie postmodernizace, kterou můžeme aplikovat jak na eutanazii, tak na sebevraždu nám říká, že poválečné generace, kde je absence válečných konfliktů, jsou odlišné od předchozích.

Podle Ingleharda postupně dochází k růstu tolerance k sebevraždě a eutanazii. Tyto jevy nazývá občanské normy a předpovídá vzrůstající toleranci a porozumění vůči nim. Díky nárůstu podílu osob, které jsou vůči jevům tolerantnější, v populaci poroste stále víc i tolerance ke zmíněným jevům, které v době vlády křesťanské morálky byly zcela nemyslitelné. [Soukup, 2001, str. 3] Výzkum tedy potvrzuje, že nejtolerantnější vůči sebevraždě jsou mladí lidé. Na základě jeho teorie se lze tedy domnívat, že svou toleranci si ponесou mladí lidé celý život a jejich potomci budou ve vztahu k uváděným fenoménům ještě tolerantnější.

3.2 Sebevražednost v historickém kontextu

Suicidální chování se u lidí objevuje pravděpodobně od nepaměti. Co však bylo v průběhu dějin jiné, byl pohled a postoj k tomuto jevu. U některých národů patřila sebevražda dokonce k přirozeným způsobům smrti. Druhým extrémem bylo vypuzení ze společenství za pokus o sebevraždu.

Japonská forma rituální sebevraždy se dochovala až do nedávných dob. Harakiri (seppuka) bylo původně součástí kodexu cti válečnické kasty samurajů a vyjadřovala sebeoběť válečníků vládci. Měla být provedena před pozvanými „diváky“. Průběh byl následující. Samuraj v kleče uchopil meč pravou rukou a vbodl jej do levé části břicha. Tento pak vedl doprava a pak směrem vzhůru. Umírání takto mohlo trvat i několik hodin. Proto se často přistupovalo k setnutí hlavy přítelem. Později se stalo symbolem protestu vůči jednání, které pokořovalo a zneuctívalo jedince. Seppuka nebyla jediná forma sebevraždy v Japonsku. Sebevražda byla rozlišována podle příležitosti, kdy byla páchána. Za 2. světové války byli z dobrovolníků samurajů zřizovány sebevražedné jednotky. (oddíly „kamikadze“ – živá torpéda – ač tento termín sami Japonci neužívali. Jde totiž o termín pomateného a bezstarostného chování)

Odrazem tisíciletých tradic v Indii je způsob sebevražedného jednání, kdy se ovdovělá žena nechá veřejně upálit, aby mohla být pochována se svým mužem.

V antickém Řecku a Římě se střídala období příznivá pro sebevraždu s obdobími, ve kterých byla postihována nebo alespoň veřejným míněním odsuzována. Ke konci starověku v Řecku a Římské říši se sebevražednost velmi rozšířila vzhledem k všeobecnému úpadku ekonomickému, politickému a morálnímu.

Křesťanský středověk se stavěl proti sebevraždě jednoznačně negativně. Z křesťanského hlediska není sebevražda jen zbabělým útekem ze světa, ale i vzpourou proti Bohu. Bůh nám dal život a jen Bůh nám jej může vzít. Proto je sebevražda pro křesťana smrtelný hřích. Protože nemohli sebevraha sankcionovat vyloučením z komunity, jako trest bylo pro jeho tělo pohřbení za hřbitovní zeď. Tedy vyloučení když ne osoby, alespoň jejího těla. Z tohoto důvodu se sebevraždy vyskytovaly ve středověku jen zřídka. Na druhou stranu bylo běžné, že pokud už někdo sebevraždu spáchal, byla často sebevrahovým okolím utajována a zaměňována za nešťastnou náhodu. Také proto, že sebevražda sankcionovala i rodinné příslušníky sebevraha.

Novověk hlásal – i když s určitými výhradami- právo člověka svobodně rozhodovat o svém životě. Existovaly různé filosofické směry, které neměly vždy shodný pohled na toto téma.

Na přelomu 18. a 19. století se začíná pozornost obracet na vědecký výzkum a první statistické přehledy o sebevraždách. [Viewegh, 1996, str. 18] Na vzestupu sebevražednosti se podílela i průmyslová revoluce prudkým vzrůstem počtu městského obyvatelstva.

Ve 20. století se dokonané suicidium stává poměrně častým jevem. Od té doby je možno pozorovat určité výkyvy a po roce 1970 můžeme sledovat mírný sestup. U adolescentů naopak dochází k vzestupu sebevražednosti.

3.3 Sebevražednost

3.3.1 Suicidální fáze

se liší od sebe mírou tendence zemřít a intenzitou suicidálních tendencí.

Rozlišujeme tedy:

- 1) suicidální myšlenky
- 2) suicidální tendence
- 3) suicidální pokus
- 4) dokonané suicidium

Téměř každý se asi někdy zabýval myšlenkou, co by bylo, kdyby se už neprobudil. Suicidální myšlenky nejvýrazněji patří k dospívání. Ve většině případů však nemají téměř žádnou intenzitu a chybí tendence realizaci. U lidí se sklony k suicidálnímu chování mají však suicidální myšlenky nutkavý charakter. Člověk se jimi zabývá po většinu času. Tyto myšlenky jsou pro něj špatně odklonitelné. Myšlenky mohou mít neverbální, ale i verbální charakter. Nebezpečné jsou ve stavu, kdy člověk má jasně utříbené myšlenky, jakým způsobem, na jakém místě a kdy by chtěl sebevraždu spáchat. V této fázi „připravování“ již hovoříme o suicidálních tendencích.

„Suicidální pokus je definován jako každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, avšak nikoli s letálním koncem.“ [Koutek, Kocourková, 2003, str. 28]

Rozdíly mezi suicidem a suicidálním pokusem jsou:

- u žen je častější suicidální pokus, u mužů dokonané suicidium
- sebevražedné pokusy dominují hlavně v první polovině života, zatímco dokonané suicidium v druhé polovině
- při pokusech je použita častěji tzv. měkká metoda (např. předávkování prášky), u dokonaných suicidií tzv. tvrdé metody (např. střelná rána)
- motivy u pokusů jsou častěji interpersonální povahy, u dokonaných suicidií intrapsychické.

- suicidium bývá výsledkem delšího plánování, pokus však častěji nepromyšleným, spontánním činem.

Dokonané suicidium můžeme definovat jako každý sebepoškozující akt, při němž osoba, která se ho dopouští, si nemůže být jista, zda jej přežije. [Koutek, Kocourková, 2003, str. 29]

3.3.2 Fámy a skutečnosti

Pokud pochopíme, co je pravda a co mýtus o sebevražedném jednání, můžeme pak lépe rozpoznat příznaky, pochopit motivy a pomoci postiženému. Přesto, že existuje mnoho hledisek suicidality, existuje několik základních faktů, na kterých se odborníci shodnou.

1. mýtus: Když se někdo rozhodne, že spáchá sebevraždu, nikdo mu v tom nemůže zabránit.

Skutečnost: Hodně lidí, kteří přemýšlejí o sebevraždě, se pohybuje mezi touhou žít a zemřít. Když se jim dostane včasné pomoci a přiměřené léčby, je možné je od sebevraždy odvrátit.

2. mýtus: Kdo o sebevraždě mluví, ten ji nikdy nespáchá.

Skutečnost: Je to velmi rozšířený mýtus. Opak je ale pravdou. Když o sebevraždě někdo mluví, znamená to, že je obsahem jeho myšlenek. Je tedy ve větším ohrožení než ten, kdo o ni nemluví.

3. mýtus: Lidé, kteří se pokusí o sebevraždu, nehledají pomoc.

Skutečnost: Bylo prokázáno, že většina lidí, kteří spáchali sebevraždu, vyhledala lékařskou pomoc v posledním půlroce před svým činem a dávala své pocity najevo svému okolí. Také samotný suicidální akt je voláním o pomoc.

4. mýtus: Sebevražda přichází bez varování.

Skutečnost: U lidí ohrožených suicidálním chováním je objevuje tzv. presuicidální syndrom – např. napětí, poruchy spánku, tělesné obtíže apod.

5. mýtus: Každý, kdo se pokouší o sebevraždu je šílený.

Skutečnost: Mnoho lidí netrpí šílenstvím, ale mohou být depresivní a nevěří, že existuje jiné východisko z jejich situace.

6. mýtus: Pokud se někdo pokusí o sebevraždu, je ohrožen sebevražedným jednáním navždy.

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

7. mýtus: Když se před někým zmíníme o sebevraždě, můžeme mu tento nápad vnuknout.

Skutečnost: Nemůžeme vnuknout myšlenku na sebevraždu někomu, kdo suicidální není. Naopak rozhovorem o problému můžeme pomoci a posoudit suicidální riziko.

8. mýtus: Děti se nedokážou zabít, je to věc starších lidí.

Skutečnost: Naopak. Sebevraždu mohou spáchat i děti. Navíc se sebevražednost dětí a dospívajících v současnosti zvyšuje.

9. mýtus: Sebevražda se vyskytuje nejvíce mezi bohatými nebo mezi chudými.

Skutečnost: Vyskytuje se ve všech sociálních vrstvách.

[Koutek, Kocourková, 2003, str.15,16]

10. mýtus: Když se někdo po dlouhé depresi zdá být veselejší, je to dobré znamení.

Skutečnost: Opak je pravdou. Často je to znamení špatné. Když deprese ustoupí, má totiž konečně čas dělat si plány, odhodlat se „k činu“. Také to, že je veselejší může znamenat, že se konečně rozhodl spáchat sebevraždu, což mu přineslo určitou úlevu a klid.

11. mýtus: Sebevražda je obvykle náhlé, impulzivní rozhodnutí.

Skutečnost: Jen zřídka člověk spáchá sebevraždu bez předchozího promýšlení a plánování. Představuje si, jaká sebevražda bude, jak se budou cítit jeho blízcí (Bude jim líto, že si mě nevážili,...) Obvykle tedy činu předchází dlouhé období příprav.

12. mýtus: Lidé jsou náchylnější k sebevraždě za špatného, deštivého počasí než za jasného a slunečného dne.

Skutečnost: Ohrožený člověk se může cítit méně osamělý za ponurého dne, protože za ponurého počasí se cítí hůře všichni. Slunečný den proto v osamělém člověku může vyvolat depresi. On totiž není schopen se ani za hezkého dne radovat jako ostatní.

13. mýtus: Nejvíce sebevražd bývá o Vánocích.

Skutečnost: Nejvíce sebevražd bývá v dubnu. Dotyčný počítá s tím, že na jaře se vše zlepší, bude svítit sluníčko, bude vše pučet a toto mu vylepší náladu. Když přijde jaro a ono se nic nezlepší, cítí že mu už nepomůže nic. Jaro je pro ně symbolem naděje. A když i čas naděje zklame, neunesou to.

3.4 Příčiny a motivy sebevraždy

Motivy mohou být *sexuální* (nevěra, obava před trestem, ztráta životního partnera), *sociálně – ekonomické* (nedostatek prostředků na živobytí), motivy *protestu vůči nesvobodě* a špatnému zacházení. Motiv *msty* je nejvíce zastoupen u dětí a dospívajících.

Velmi často je motivů k jednání více. Mohou se doplňovat a vzájemně umocňovat. Bylo by chybou tedy hledat jen jeden z nich. Často to totiž bývá poslední kapka, kterou pohár příčin přetekl.

Tzv. spouštěcí událostí sebevraždy může být:

- rozchod nebo rozvod rodičů, smrt někoho z rodičů
- rozchod s přítelem, přítelkyní
- rozchod s kamarádem kvůli hádce, v důsledku přestěhování do jiného města či kvůli přerušení kontaktů po absolvování školy
- přestěhování do jiného města, které člověka odřízne od přátel či od rodiny
- neúspěch ve sportu, v učení nebo jiných dovednostech
- zranění, které znamená konec kariéry ve sportu, hudbě, tanci
- ztráta zaměstnání nebo zamítnutí žádosti o vysněnou práci
- zklamání z něčeho, s čím byly spojovány obzvláštní naděje

Spouštěcí událost má někdy veliký účinek, protože často představuje něco, s čím člověk spojuje všechny své naděje.

Rodina, školní neúspěch, vrstevnické vztahy, zdravotní stav, sociální situace, náboženství, psychiatrické poruchy – tyto tvoří rizikové faktory pozadí, které přispívá ke zhoršené adaptaci a může vést k nevhodnému řešení krizových situací. [Herman, 2004, str. 81] Rodina hraje nepochybně nejvýznamnější faktor řady psychiatrických onemocnění. Důležitá je též genetická zátěž pro vznik duševního onemocnění a zvýšeného sebevražedného jednání. Pro harmonický vývoj je nutná harmonická fungující rodina. Mezi rizikové faktory tedy patří nefungující rodinné vztahy, ztráta blízkého, citová deprivace, konflikty v rodině, rozvod rodičů, týrání, sexuální zneužívání. Vztahy s vrstevníky a dobré zapojení do kolektivu vedou k přiměřenému sebevědomí, naopak šikanování ze strany spolužáků vede k pocitu nedostatečnosti. Ohroženy jsou i děti, které nějak vybočují, jsou odlišné – jakkoliv. Také stupeň dosaženého vzdělání, postavení v zaměstnání a sociální statut hraje významnou roli v přiměřeném sebevědomí. Také náboženství sehrává významnou roli. Dá se říct, že většinou pozitivní. Jak jsem uvedla v kapitole o historii, křesťanská víra zakazuje sebevraždu jako smrtelný hřích.

Spouštěcím momentem může být hluboká deprese. Neznamená to však, že všichni sebevrahové byli depresivní nebo že by všichni depresivní lidé o sebevraždě uvažovali. Depresi lze těžko pochopit. Snadno se splete se smutkem či těžkou životní situací. Může propuknout i bez zjevného důvodu. Mnozí psychologové dnes chápou depresi jako stav bezmoci a beznaděje spojený s pocitem, že nic na světě není v pořádku a taky už nikdy nebude. Problém nastává, když špatná nálada trvá déle než 2 týdny nebo se pravidelně vrací. [Frankel, Kranzová, 1998, str. 53]

Psycholog Litman srovnává princip sebevraždy s herním automatem. „Podobně jako v automatu musí padnout najednou tři jablka, také člověk musí zakusit několik zásahů najednou, aby byl dotlačen k sebevraždě.“ [Frankel, Kranzová, 1998, str. 76]

Vedou se debaty mezi odborníky, zda každé suicidální jednání představuje samo o sobě duševní poruchu nebo ne. Deprese je diagnóza, se kterou je suicidální jednání nejčastěji spojováno. Můžeme rozlišit depresi endogenní, exogenní a neurotickou. Endogenní deprese předpokládá vnitřní biologickou vložku, která způsobuje depresivní psychopatologii bez ohledu na vnější okolnosti. Exogenní deprese se dá vysvětlit psychologickými obtížemi, např. náhlá ztráta blízkého apod. Neurotická deprese předpokládá dlouhodobou zátěž a frustraci. [Koutek, Kocourková, 2003, str. 59]

Přehled některých rozdílů mezi endogenní a exogenní (tzv. reaktivní) depresí.

	REAKTIVNÍ DEPRESE	ENDOGENNÍ DEPRESE
Příčina	Psychologicky vysvětlitelná	Není psychologicky vysvětlitelná
Nálada	Deprese není tak hluboká, odklonitelná	Deprese je hluboká, neodklonitelná
Spánek	Špatně usíná	Usne dobře, ale probudí se časně ráno
Kolísání nálady	Nejhorší večer	Nejhorší ráno, tzv. ranní pesimum
Nebezpečí suicidálního jednání	Menší, nelze však vyloučit	Významné

[Koutek, Kocourková, 2003, str. 59]

Podle Masaryka můžeme příčiny sebevraždy rozdělit asi takto:

F Působení přírody:

- a) pozemské
- b) kosmické

F Působení fyzické a duševní organizace lidské:

- a) fyzické poměry
- b) poměry obecně společenské
- c) poměry politické
- d) poměry hospodářské

e) poměry duševní vzdělanosti – rozumová, náboženská, mravní výchova a životní názor

[Masaryk, 1998, str. 19]

K působení přírody řadí vliv Slunce, Měsíce, podnebí, roční dobu, měsíc v roce, volbu dne v týdnu apod. Skutečně bylo výzkumy dokázáno, že např. v dubnu je nejvíce sebevražd. Myslím si ale, že roční období není pravým motivem, ale onou poslední kapkou.

Příčiny jsou všechny vnější i vnitřní nepříznivé vlivy, které mohou navodit suicidální jednání. Tyto nemusí být sebevrahem uvědomovány a kladeny do vzájemné souvislosti s jeho suicidálními tendencemi.

Motivy jsou charakteristické tím, že jsou vědomou pohnutkou k činu. Suicidální motivace není jen vědomý, ale i aktivní postoj, svobodná volba mezi životem a smrtí.[Viewegh, 1996, str. 79]

3.5 Dílčí závěr

Jak se zdá, motivem činu může být v podstatě cokoli, jakákoliv poslední kapka. A příčina? Těch může být také hned několik, jak jsme si je ukázali. Osobně se ale domnívám, že hlavním protektivním faktorem je rodina. Fungující, podporující, vytvářející zdravé sebevědomí. Jestliže domov (rodina, naše hodnoty) byl zničen nebo nebyl vůbec vytvořen, ztrácí člověk sílu a schopnost žít plnohodnotným způsobem. V pozdějším věku to jsou i mimo rodiny přátelé, vrstevníci. Jsem přesvědčena, že ani sebevražda bilanční by nebyla spáchána, pokud by k tomu dotyčnými neměl, jak se říká, sklony. Tak můžeme vysvětlit i to, že ne každý kdo např. zkrachuje či přijde o zaměstnání, se pokusí o sebevraždu. A pak, není většinou jen jeden motiv, nýbrž problémem je ten poslední - „poslední kapka, aby pohár přetekl.“

4 ÚLOHA SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY

V SOUVISLOSTI SE SUICIDEM

Sebevražednost je jev, který může zkoumat mnoho odvětví – včetně sociální pedagogiky. Nesporně může zasahovat například do prevence sebevražednosti. O tom se budu zmiňovat ve 3. podkapitole. Dále komunikace s osobami, které mají sebevražedné tendence by spadal do úloh sociálního pedagoga. Abychom s takovými osobami mohli navázat kontakt a komunikovat, musíme znát rizikové faktory, na které se zaměřit. O tom bude řeč v kapitole první.

4.1 Charakteristika osob se sklony k sebevraždám

Charakteristiku ve smyslu přesné povahy a vlastností tady určitě nepodám. Ani by to nebylo možné, byť se o to pokoušeli již mnozí. Co ale můžu udělat, je náhled do duše sebevraha. Jak vidí svět ten, kdo uvažuje o sebevraždě, vypadá asi takto:

Î nezasloužím si žít

Î raději budu cítit bolest než vůbec nic

Î mám takový vztek, že se to nedá vydržet

Î nenávidím úplně všechno, nejraději bych vše zničil

Î chci přestat trpět

Î chci už mít všechno za sebou

Î rodiče chtějí, abych umřel

Î jsem určen k tomu, abych umřel

Î moje pocity mě děsí

Î nesmím se takto cítit

Î něco se mnou není v pořádku

Î jsem jiný než všichni ostatní

Î proč jsem tak opuštěný?
Î nikdy se to nezlepší
Î jsem k ničemu
Î nikomu nezáleží na tom, jestli jsem naživu nebo ne
Î na světě nic nedává smysl
Î toto není můj svět a nikdy se to nezmění
Î nikdo neví, kdo jsem
Î nikdo se o mě nezajímá
Î chci se pořezat a nechat ze sebe vyplavit všechno špatné
[Frankel, Kranzová, 1998, str. 96]

Pokud jste se tak někdy cítili, nezoufejte. Měli bychom si uvědomit, že takto se někdy může cítit každý. Někdy člověku pomůže vědomí, že není sám, kdo je nešťastný. Problém je, když se člověk cítí tak špatný a jiný, že se ze své izolace nedokáže dostat. Nynější společnost vyvíjí neustálý tlak na lidi, aby byli všichni neustále šťastni. Věty typu „Když máte problém, musíte ho vyřešit“ a „Když je Vám špatně, je to vaše vina“ a další věty „pozitivního myšlení“ je filosofie, kde se máte spolehnout sami na sebe. Nedává prostor pocitům zmatku, zklamání apod.

Častým společným jmenovatelem osob se sebevražděnými úmysly bývá deprese. Mnoho lidí trpí dnes depresí, aniž by si to uvědomovali. Myslí si, že mají fyzický problém, nechtějí si přiznat pravdu. Příznaky klinické deprese můžeme zařadit do pěti hlavních kategorií: smutek, bolestné úvahy, fyzické příznaky, úzkost a někdy i bludné uvažování. Takový člověk se může třeba:

- nevhodně usmívat, aby zakryl své vnitřní pocity smutku nebo hněvu
- často se zaobírat starými chybami. Cítit se provinile, i když je nevinný.
- mít negativní pohled na sebe
- své problémy vidět přehnaně
- myslet si o sobě, že mu chybí vlastnosti, které považuje za důležité, jako popularita, inteligence apod.

- prožívat prázdnotu a samotu
- být ponořený do sebe
- předem očekávat nepříjetí druhými a cítit se odmítnutý, což často bývá v rozporu se skutečností
- člověk v depresi má často poruchu motivace
- vyhýbat se lidem
- ztrácí smysl pro humor a je nerozhodný
- mívá problémy s usínáním a budí se příliš časně
- nechtějí si připustit, že mají psychické problémy, které vnímají jako slabost
- cítí úzkost

[Meier, Minirth, 1994, str. 20,21]

Většina lidí nechce čelit své vlastní odpovědnosti. Je mnohem jednodušší vinit ze všeho svoje rodiče, špatného partnera, nespravedlnost a špatné geny. Genetika má opravdu obrovský vliv na intelekt a temperament, ale stupeň moudrosti a štěstí jedinců geneticky dán není. Meier se domnívá, že štěstí je volbou a deprese jsou důsledkem našeho neodpovědného zacházení s hněvem a pocity viny. Kořenem problému většiny depresí je potlačovaný hněv buď vůči nám samotným nebo vůči druhým. Tento hněv je většinou nevědomý, protože se jej bojíme přiznat. Kořeny těchto depresí – hněvů mohou sahát daleko do dětství. Mohly začít rašit už někdy ve věku 4 let.

Jedním z faktorů je vedení dětí k potlačování hněvu, místo aby je rodiče učili, jak vyjádřit svůj hněv ohleduplně a konstruktivně. I toto predisponuje tedy člověka k depresím. Když pak přijde náhlý stres, člověk, který má predispozici z dětství a naučil se potlačovat svůj hněv, si může vypěstovat depresi. Deprese se tak může také stát naučeným vzorcem. V mnoha rodinách, kde rodiče mívají deprese, se děti učí ztotožňovat se s rodiči a také si osvojují tento depresivní životní styl. Učí se ho jako způsob zvládnání stresu. [Meier, Minirth, 1994, str. 83] Někdy lidé používají depresi jako prostředek k manipulaci s lidmi a prosazení svého. Dětem by ale nemělo být povoleno

manipulovat s někým tím, že se budou tvářit smutně. Zajímavý je také aspekt uspokojování svého svědomí. Když je někdo v depresích, může cítit, že dostává to, co zaslouží. To uspokojuje jeho svědomí. Sám si tuto bolest působí a nechce z ní vyjít. Také fyzická nemoc ale může zapříčinit depresi. Je to např. nedostatečná funkce štítné žlázy, virové infekce, vyčerpanost, stav po porodu apod.

Vliv stresu na fyzický stav

Stresující prožitky v raném dětství

Ü

vytvoření úzkosti

(úzkost I)

Ü

Potlačení úzkosti do podvědomí

Stresové vzpomínky jsou zaznamenány a mohou být vyvolány současným stresem

Ü

Současné stresové zážitky

Ü

Vytvoření větší úzkosti

(úzkost II)

Ü

Úzkost II vzbudí úzkost I

Děláme si starosti se svou úzkostí. Působí stres současný, ale také potlačované emoce z dětství. Veškerá úzkost je zatlačena do podvědomí. Ta může být přeměněna na vtíravé starosti nebo fobii. Nebo může vyústit do deprese.

Ü

Deprese

Pokud je ponechána úzkost bez řešení a člověk si úzkost vnitřně osvojí, vytvoří se u jedince deprese

Ü

Uvolnění adrenalinu

Hormony žlázy nadledvinek jsou uvolňovány při stresu

Ü

Zvýšení hladiny adrenalinu a noradrenalinu

Ü

Stres pokračuje

Pokud se úzkost neřeší, pokračuje vnitřní stres a začínají se objevovat biochemické změny

Ü

Vyčerpání noradrenalinu

Noradrenalin je neurotransmitter, který řídí emoce jako je deprese nebo euforie.

Vyčerpáním tohoto hormonu je ovlivněna hypofýza a vylučování některých dalších hormonů (př. růstový hormon, prolaktin, hormon stimulující štítnou žlázu,..). Mohou vznikat endokrinní poruchy, potlačen je i imunitní systém. Je ovlivněn i nervový systém s nervy, proto může úzkost působit fyzické příznaky jako je rychlé bušení srdce neurózy atd.

[Meier, Minirth,, 1994, str. 169-171]

Faktory spojené se zvýšeným rizikem suicidálního jednání

î *demografické rysy:*

- adolescence a mladší dospělost
- vyšší věk
- muž
- rozvedený či osamělý

î *psychiatrické rysy*

- nedávné propuštění z léčby
- dřívější sebepoškození či pokusy o sebevraždu
- nedávná nepříznivá událost

- suicidální jednání v okolí pacienta
- deprese nebo mánie
- alkoholismus
- toxikomanie
- hraniční porucha osobnosti
- těžké úzkostné poruchy a posttraumatická stresová porucha
- tělesné vyčerpání
- velký životní stres u chronicky zranitelné osoby

î *sociální rysy*

- nedávná ztráta sociální podpory
- pokles socioekonomické úrovně
- chronické sociální problémy
- nezaměstnanost
- bydlení o samotě
- domácí násilí

î *obecně medicínské rysy*

- život ohrožující, bolestivé nebo chronické tělesné onemocnění

U takových osob je možno také pozorovat tzv. Ringelův suicidální syndrom. Zahrnuje omezenější prožívání a vnímání, jednostranné vnímání reality, člověk se cítí zavalen, izoluje se nebo ochuzuje sociální vztahy, je osamělý, emoce jsou jednostranně zaměřené, dominuje zoufalství, strach, úzkost, ztrácí schopnost regulovat emoce, zužuje se svět hodnot, vlastní existence je považována za bezcennou. Jeho agresivita je zablokované nebo obrácená vůči sobě – postižený je přesvědčen, že nemá kvality a ni schopnosti, které by mít měl, cítí k sobě nenávisť a hněv. Cítí naléhavé sebevražedné fantazie, chce být mrtev, přemýšlí o způsobu provedení. [Praško, 2006, 192]

4.2 Komunikace s osobou mající sebevražedné úmysly

Kontakt s osobou, která projevuje suicidální jednání nebo která má tyto úmysly je vždy náročný a silně stresující i pro zasahujícího specialistu. Vždy

vznikají obavy, aby nedošlo ještě k dalšímu zhoršení stavu či přímému pobídnutí člověka k činu. Proto je nejdůležitější objektivní posouzení situace a stavu osoby, která vykazuje znaky či projevy. V prvním kontaktu s osobou vykazující suicidální jednání není nutné pátrat po genetickém zatížení ani hledat duševní poruchu, ale je nutné komunikovat a zjišťovat stav a důvody aktuální. V komunikaci se suicidantem můžeme mluvit o verbální i neverbální komunikaci. Bylo zjištěno, že téměř 80% veškerých informací o sobě sdělujeme mimoslovně. Je tedy důležité si všímat gest, mimiky, motoriky, očních pohybů a ostatních projevů. Můžeme hovořit se suicidantem třeba následujícím způsobem:

1. při prvním setkání hospodařte se svým časem. Špatný dojem se vytvoří snadno, ale obtížně se mění. Často první 4 minuty rozhodují o jeho názoru na Vás. Je dobré tedy zaujmout hned na začátku. Mluvte klidně, zřetelně, stůjte rovně, projeďte patřičnou úctu a pozornost osobě.
2. udržujte s osobou, se kterou hovoříte, oční kontakt. Pohled ale nesmí být upřený (působí to agresivně), ale naopak přátelský. Při odklánění očí toto provádějte vždy směrem dolů na hrud'. Takovéto odklonění je chápáno jako projev vaší ochoty, submise a přátelství. Neodklánějte pohled do stran. To vyvolává pocit, že máte zájem na něčem jiném. Pokud chcete vyvést osobu z klidu, použijte odklon směrem nahoru. Pro klidné vztahy tento ale nepoužívejte.
3. kdykoliv je to možné a vhodné, použijte klidný, mírný úsměv. Posiluje klid druhé osoby. Pozor na úsměv povýšenecký a ironický.
4. respektujte osobní prostor. Pokud je však nutné se dostat do suicidantovi blízkosti, kompenzujte to současně přátelským dotykem. Tím zmírníte pocit ohrožení z vaší blízkosti.
5. pokud je to možné, nikdy při rozhovoru se suicidantem nestůjte čelem proti němu, ale snažte se natočit bokem. Čelní postoj u mužů vzbuzuje sklony k soupeření a pocity ohrožení. Při hovoru

s neznámou ženou naopak čelní postoj volte. Ženy rády vnímají celou postavu muže a boční postoj druhé osoby je pro ně více ohrožující.

6. pokud je možné vejít do fyzického kontaktu, vždy použijte podání ruky.

Lewis doporučuje k získání komunikační převahy nad suicidantem těchto postupů:

- a) chod'te rovně, stůj'te rovně, sed'te rovně
- b) při sezení vybírejte vhodnou židli, snažte se nenápadně zaplnit více prostoru než druhá osoba (natažené nohy, roztažené ruce, častější vstávání a pohyb..)
- c) k vyvedení z míry používejte upřený pohled do očí
- d) pokuste se záměrně vpadnout do osobního prostoru druhého člověka (dotyk, pokročení k němu,..)
- e) pokud je druhá osoba slovně agresivní, nechat ji 2 - 4 minuty vypovídat a teprve potom zahajte komunikaci k vlastnímu problému [Lukeš, 2006, str. 11]

Navázání slovního kontaktu se suicidální osobou je jeden z nejdůležitějších a z prvních úkolů po příjezdu na místo. Je důležité, pokud to situace dovoluje, zjistit základní údaje o osobě. Zjistíme tedy informace o věku, zdravotním stavu, psychickém stavu, náladách, typických projevech chování, zájmy, vztahy k příbuzným a blízkým.

V praxi se ukazuje, že správné použití jména v hovoru uvolňuje napětí. Je tedy dobré často během hovoru oslovovat jménem. Dobré také je zjistit, jakou variantu svého jména rád slyší a tu používat. Nepoužíváme ale zkomoleniny ani mazlivé varianty.

Na otázky suicidanta odpovídáme pravdivě a přesně. Mohlo by totiž jinak dojít ke znejistění suicidanta. Pokud odpovědi nechceme poskytnout, je lepší říct: „nevím“,... „to nemohu říct“ než lhát. Je dobré, když je použita tzv. „já“ technika. Specialista nevystupuje jako nezranitelná autorita, ale naopak

sděluje své pocity, názory, stavy a obavy ze situace. Může také odměnit každé kladné projevy suicidanta sdělením svých pocitů. Dobré výsledky má i zopakování jinak zformulovaných pocitů suicidanta. Vzniká tak pocit pochopení a opory.

Zkušení policejní vyjednávači doporučují:

- při jednání se suicidantem požádejte o eliminování okamžitého rizika
- pokud si nejsme jisti, zda jde o sebevraždu, zeptáme se vhodnou formou přímo - např. vy si chcete nějak ublížit?..)
- požádejte ho, aby hovořil o svých pocitech
- snažte se odradit od další konzumace alkoholu nebo drog
- Mluvte pomalu, zřetelně, jednoduchým jazykem, bez nevhodných neverbálních projevů
- snažte se vyhledat příčinu jeho stavu a o té mluvte
- snažte se vytipovat možnosti pro znovuzařazení klienta do života
- nebojte se projevit osobní zaujetí a pocity
- pokud něco požadujeme, trváme na tom, ale nezastrašujeme a nevyhrožujeme
- nepřístupujte na klientovo poslední přání
- pátrejte po tom, co má v životě suicidanta význam a to dále rozvíjejte (vztahy, náboženství,..)
- rozvíjejte jeho plány do budoucna
- snažte se, aby mluvil o svých obavách a pocitech

[Lukeš, 2006, str. 15]

Nejčastější chyby v komunikaci s osobou, která o sebevraždě teprve přemýšlí a mluví jsou:

- a) nebrat tyto signály vážně a bagatelizovat je, protože tak odvracím svůj strach ze smrti
- b) abych ukonejšil svůj strach, domlouvám druhému tak dlouho, dokud si nevynutím falešně jeho náhled na zlepšení situace. Tím mu

zabráním, aby mi řekl o svých pocitech a zvyšují tak pravděpodobnost pozdějšího suicida

- c) podceňujeme diagnózu deprese
- d) nespolehat na kontakt s rodinou, ale s ohroženým člověkem samotným

Co ale máme dělat my jako laici, když si u někoho z našeho okolí všimneme varujících signálů? První věc je o tom začít mluvit. Otázkami „Myslíš to vážně?“ nebo „To zní jako bys uvažoval o sebevraždě. Je to pravda?“ nic nepokazíme. Naopak. Poté se můžeme dotazovat na to, zda už má plán, tzn. do jaké míry už jeho myšlenky zasahují. Čím podrobnější plán, tím je vyšší riziko. V takovém případě můžeme nabídnout, aby se s námi šel o tom poradit. Pokud to vypadá, že je připraven svůj plán realizovat, v žádném případě ho nenechávejte samotného, pokud nezařídíte pomoc. Třeba na Lince důvěry. Někdy si takový člověk potřebuje jen promluvit. Pak je důležité vědět, že se s takovým člověkem nemáte hádat ani mu odporovat. Neměli byste projevovat překvapení nebo nesouhlas. Povzbudte ho, aby vyjádřil svoje pocity a vyjádřete ty svoje. Každopádně berte všechno vážně. I když lidé, kteří uvažují o sebevraždě mají někdy potřebu se smát a předstírat, že vše je O.K. [Frankel, Kranzová, 1998, str. 118]

4.3 Prevence

10. září je Světový den prevence sebevražd. Už to, že takový den existuje, ukazuje na důležitost tohoto problému. Okřídlené rčení „Prevence je lepší než léčba“ je absolutní pravdou. Znamená to předcházení. Pokud budeme mluvit o stresu, který je vždy spojen se sebevraždou, můžeme říct, že někteří lidé způsobem života tomuto dokáží předcházet. Stres je vlastně tělesná a duševní reakce na stresor. Určitá míra stresu je potřebná a velmi užitečná, ale pokud je ho přemíra, dokáže nás absolutně paralyzovat. Většina z nás samozřejmě neumí eliminovat stresory. Musíme se takovému způsobu životu učit. Stresor se stává stresorem jen když ho tak vnímáme a hodnotíme. Úspěšné

překonání stresu tedy leží v naší mysli, protože tam jsou problémy i vytvářeny. Cílem prevence je oslabit rizika sebevraždy a posílit naopak obranné mechanismy.

Způsob prevence, kterou teď nastíním, bychom mohli zařadit do sekundární či terciární prevence. Mnozí by mohli namítnout, že je to i prevence primární. Já osobně ale primární prevenci vidím v rodině a způsobu a okolnostech výchovy, hlavně v dětství.

Stres můžeme vnímat ve 4 hlavních úrovních:

- a) v myšlení
- b) v emocích (náladě, pocitech)
- c) v chování
- d) v tělesných příznacích

Projev stresu v myšlení znamená „dělání si starostí“, automatických negativních myšlenek a v katastrofických představách. Dělání si starostí vede k narůstání napětí, negativní myšlenky ke smutku a rezignaci. Víme, že nám to v ničem nepomáhá, ale obavy se nám honí hlavou. Nedokážeme je kontrolovat nebo se jich zbavit. Tyto pocity zpravidla přicházejí po nějakém spouštěči. Často celý proces probíhá v představách nepříjemných situací, které nás čekají. Je tedy obvykle zaměřeno na budoucnost a často nám brání v jiné činnosti. Pomocí otázek „A co když...?“ si vytváříme katastrofické scénáře, které zvyšují napětí. Negativní myšlenky se projevují větami typu „Určitě mě nikdo nemá rád“ a „Jsem úplně nemožný“ apod. Tyto myšlenky jsou většinou přehnané, vzdáváme se předem a vidíme věci negativně. To také následně způsobuje, že se nám věci mohou nedařit vzhledem k naší náladě. Což vede k falešnému potvrzení našich negativních myšlenek.

Příklad negativních myšlenek a vidění věci z jiného úhlu pohledu:

NEGATIVNÍ MYŠLENKY	PŘERÁMOVÁNÍ
Je to hrůza, to nepřežiji!	Nepříjemné to sice je, ale žádná tragédie.
Co zase po mě chce?	Nevím, uvidím, až mi to řekne.
Určitě se mu nebude něco líbit.	Zbytečně předem očekávám, že se mu nebude něco líbit.
Určitě mi zase něco nepříjemného řekne!	To nevím, většinou, když si mě zavolal, chtěl něco věcného.
Neumí nic, než kritizovat!	Ale umí. Kritizuje zřídka.
Dělám co můžu a stejně mi na platu nepřidal!	Pravda je, že plat nemám větší, ale nepřidali nikomu.
Něco proti mně má!	Ted' z obav přeháním, nic pro to nesvědčí.
Kdybych alespoň věděl co?	Nevím, a pravděpodobně proti mně nic nemá.
Co když si na mě někdo stěžoval?	Uvidím, maluji čerta na zeď.

[Praško, Prašková, 2001, str. 79]

Typickým projevem stresu v emocích je stav nepohody. Může být prožíván jako úzkost, napětí, strach, vztek, bezradnost, náladovost, někdy ale také k přehnanému veselí.

Projevem stresu v chování máme na mysli třeba „útěk od problému, konflikty s lidmi, nesnášenlivost, odkládání nepříjemných úkolů, nervózní chování atd.

Stres v tělesných příznacích se projevuje, jak už jsme zmiňovali dříve, třeba bušením srdce, bolestmi hlavy, pocity tepla, chladu a mnoho dalších.

Zajímavé ale je, že nálepka, kterou sobě přiřkneme, často potvrzuje chování, na jehož základě vznikla. Např. ten, kdo říká, že je stydlivý, se vyhýbá lidem a postupně z nich má stále větší strach. Aby toto člověk mohl změnit, musí strhnout tuto svoji nálepku. Je to těžké, ale jde to. Musíme změnit pohled na situaci. Jde o učení vidět věci z více perspektiv a tak situaci zvládat reálněji.

Mohli bychom začít plánováním času. To nám umožní harmonicky rozložit naše aktivity tak, abychom dělali věci spíše důležité než naléhavé.

Vychází z našich priorit. Ty souvisí s pocitem smysluplnosti života. Také naplánování odpočinku je důležité. Musí být v harmonii s výkonem.

Podstatné pro řešení problému je:

- a) věřit, že se věci dají změnit
- b) věřit, že jsem schopen se něčemu novému naučit
- c) určit si rozumné cíle
- d) udržet tento svůj program – vydržet
- e) odměnit se o dosažení cíle

[Praško, Prašková, 2001, str. 69]

Lidé ve stresu mívají pocit, že se nemohou změnit. Zdá se jim, že nad sebou a svým jednáním nemají kontrolu. Jsou bezmocní a nevidí, jak by mohli změnit sami svoji situaci. Proto je nutné, aby si uvědomili, že řešení problému je dovednost, která se dá postupně naučit.

Když se ale něco nepodaří, svět se nezbortí. Pokud uděláte chybu, uznejte ji bez strachu. Zmírněte svůj perfekcionismus a zbavte se závislosti na hodnocení druhými. Štěstí najdeme, pokud změníme postoj k nám samotným. Přestaňme se obviňovat a nezaobírejme se dřívějšími omyly. Vytvořme si nové zájmy a činnosti.

K prevenci by mohl přispět i objev vědců z Ottawské nemocnice Royal Ottawa Hospital, kteří identifikovali *sebevražedný gen*, který pravděpodobně vytváří u lidí predispozici k sebevraždě. Tým zjistil, že deprimovaní lidé s mutací genu, která je zakódována na serotoninovém receptoru 2A – chemikálie, která má vliv na náladu – páchají 2x pravděpodobněji sebevraždu než deprimovaní lidé bez této mutace. Jinak řečeno, deprese podle nich není jedinou příčinou, proč si deprimovaní lidé berou život. Podle tohoto objevu by bylo možné zjistit jednoduchým krevním testem, u koho je větší riziko, že spáchá sebevraždu. A tak by mohl přispět k včasné prevenci těchto lidí. Objev však nese i morální otázky – jako snad každý objev - zneužití. Co když zaměstnavatel zjistí, že jeho zaměstnanec má takovéto predispozice a jak na toto budou reagovat pojišťovny uzavírající životní pojistku? Jedním dechem tak podotýkají, že bychom měli být opatrní v interpretaci tohoto výzkumu.

Objev však neznamená, že ten, kdo zdědí sebevražedný gen, spáchá sebevraždu. [www.britskelisty.cz]

Druhy pomoci:

î terapie

Terapeut může pomoci prožít a přijmout všechny vaše pocity a také poznat, které z nich jsou založeny na skutečnosti a které na zkreslených představách. Úlevou může být i jen to, že mám komu sdělit svoje problémy.

î skupinová terapie a podpůrné skupiny

î rodinná terapie

Někdy je účinné zapojit do terapie celou rodinu. Cílem je změnit rodinné vztahy tak, aby se staly pro všechny více uspokojující.

î Linky důvěry

Linka důvěry je pracoviště, které je možno kontaktovat telefonicky. Vyslechnou vás zde jak profesionálové, tak vyškolení laici. Je anonymní, takže není třeba se bát. Důležité je, že to může být prvním krokem pro někoho, kdo se cítí být jakkoliv ohrožen.

î krizové centrum

Je centrum zaměřené na pomoc lidem v naléhavých životních situacích. Jeho provoz bývá většinou nepřetržitý. Není třeba se dopředu telefonicky ohlašovat. Pracovníky bývají zkušení psychologové, psychiatři, sociální pracovníci.

î pedagogicko – psychologická poradna

Je určena hlavně dětem nebo mladým lidem, kteří mají potíže se školou nebo s rodinou či vrstevníky. Klientem se může stát člověk od 3 do 15 let.

î poradna pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy

Klientem se může stát člověk v každém věku, pokud má problémy s nějakým typem vztahu – může jít o rodinné vztahy, milenecké, manželské, partnerské.

Î protialkoholní a protidrogové poradny

Vznikají i kontaktní centra, kam je možno přijít bez objednání. Je to nezávazné, může se tam přijít třeba jen podívat a odpočinout si.

Î psychoterapeutická centra a pracoviště

Důvodem k návštěvě může být osobní nebo rodinný problém, který přesahuje vaše možnosti k řešení a je doprovázen pocity jako strach, úzkost, deprese, pocity odlišnosti, ztráty smyslu života apod.

[Frankel, Kranzová, 1998, str. 106]

Jak jsem již zmínila, jako primární prevenci vidím hlavně funkční rodinu. Nemůžu zde vyjmenovat, co by měla a co by neměla splňovat. Jen je třeba eliminovat a nenechat vyžrát rizikové faktory sebevražednosti již od útlého věku. (rizikové faktory sebevražednosti viz. podkapitola 4.1) Pocit osamocení totiž může být obzvlášť silný, pokud člověk žije či žil v rodině, kde jsou všichni zvyklí předstírat, že je všechno v pořádku. V rodinách, kde se trvá na tom, aby byli všichni vždycky šťastní, může dojít k tomu, že ve chvíli, kdy někdo z rodiny šťastný není, jejich pocit osamocení ještě zvyšuje. Pak se může snažit sdělit rodině, že něco není v pořádku jiným způsobem – třeba sebevraždou.

4.4 Dílčí závěr

V této kapitole jsme zjistili, jak se cítí člověk, který má suicidální myšlenky a také to, jak takového člověka rozpoznat, pomoci mu a jednat s ním. Základem je nebagatelizovat jeho problémy a pocity.

Reakce na stres se utváří již v raném dětství hlavně nápodobou způsobu jejich řešení. Nevhodně naučené způsoby reakcí na stres mohou i v dospělosti vyvolávat fyzické obtíže často zaměnitelné za somatickou chorobu. Proto i s prevencí je nutné začít v raném dětství.

Dospěla jsem také k názoru, že člověk stresovaný a deprimovaný, který je nejčastěji ohrožen sebevraždou, si je schopen do značné míry pomoci sám. Pokud je odhodlaný, vytrvalý a informovaný, jak toho lze dosáhnout a hlavně

chce si pomoci. Pokud ale bychom byli všichni silní tohoto dosáhnout, nepotřebovali bychom pomoc. V té chvíli pak potřebujeme pomoc odborníků. V této kapitole jsem uvedla výčet center a pracovišť, které mají v náplni práce pomáhat lidem, kteří mají pocit, že jsou v tísní a nedokáží si pomoci sami. Často jim pomůže jen to, že mají komu své problémy říci.

5 STATISTICKÉ ÚDAJE

O problematiku sebevražd je zájem z různých hledisek – z lékařského, psychologického, filosofického, sociologického, ale i demografického. V této kapitole stručně shrnu právě údaje týkající se sebevražd z hlediska demografie. Čerpám v této kapitole z ročenek Českého statistického úřadu, který vydává analýzu sebevražd pravidelně vždy po uplynulém pětiletém období.

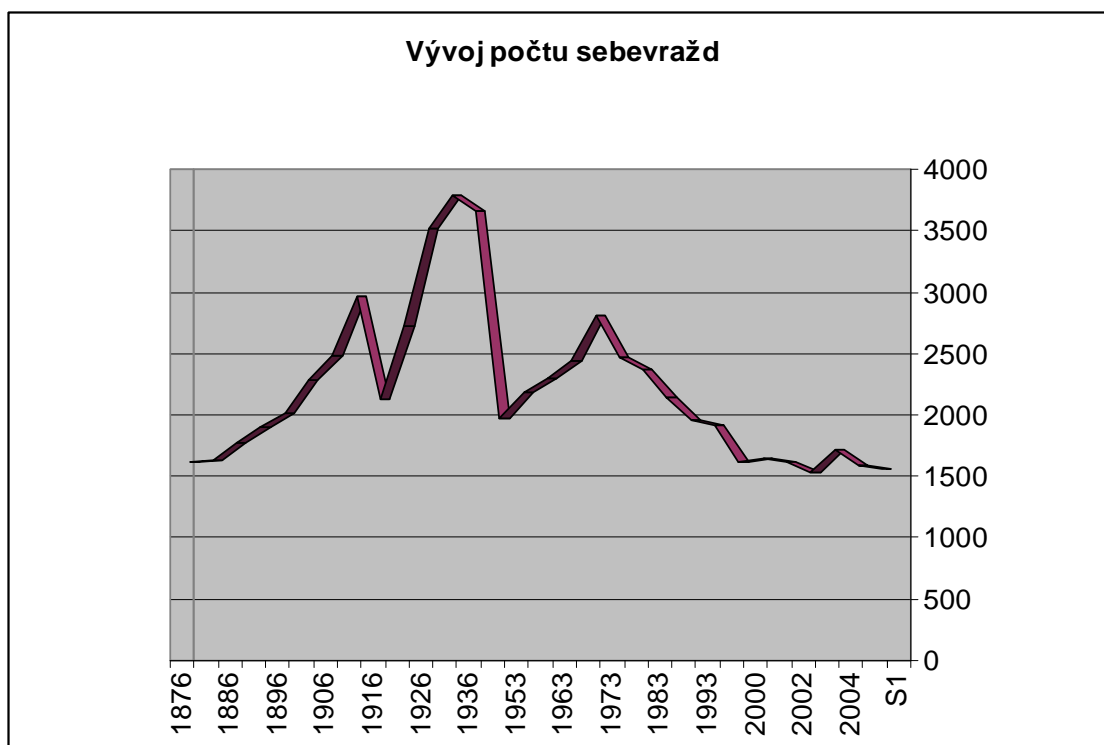
Analýzy se týkají výhradně úmrtí sebevraždou, které jsou podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. revize, vymezeny kódy X60 – X84. [viz. Příloha 2] To znamená, že údaje mohou být podhodnoceny. S vysokou pravděpodobností můžeme předpokládat, že sebevraždami byla i některá úmrtí dopravní nehodou, utopením, pádem s výše apod.

VÝVOJ POČTU SEBEVRAŽD

K dispozici máme základní údaje o počtu sebevražd za území srovnatelném s dnešní Českou republikou od roku 1876.

V dlouhodobém vývoji tedy hodnoty z posledních roků patří k nejmenším. Od roku 1996 se pohybují počty, s výjimkou roku 2003, v rozmezí okolo 1600 případů. Takové počty byly jen na začátku sledovaného období (1876 – 1882). V průměru ale byly přece jenom o málo větší než nyní. Historické minimum (1393 případů) bylo v roce 1917. Věrohodnost údajů ale není možno zcela prověřit. Naproti tomu absolutní maximum počtu sebevražd byl v roce 1934 s počtem 4007. Rok 2003 byl atypický svým meziročním vzestupem o 185 případů sebevražd. [www.czso.cz]

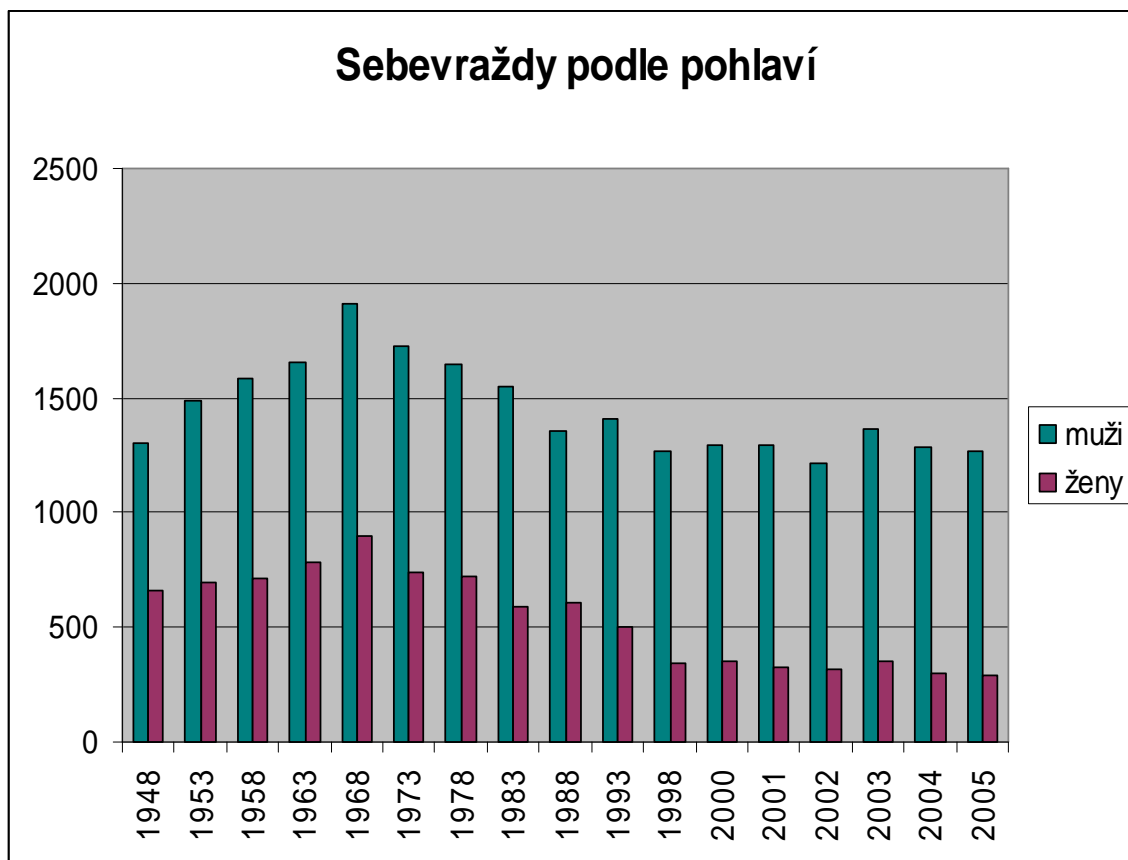
Zemřelí sebevraždou tvoří v posledních letech okolo 1,5% z celkového počtu zemřelých. Tvoří větší počet úmrtí než zemřelí při dopravních nehodách.



Zdroj: Český statistický úřad

SEBEVRAŽDY PODLE POHLAVÍ

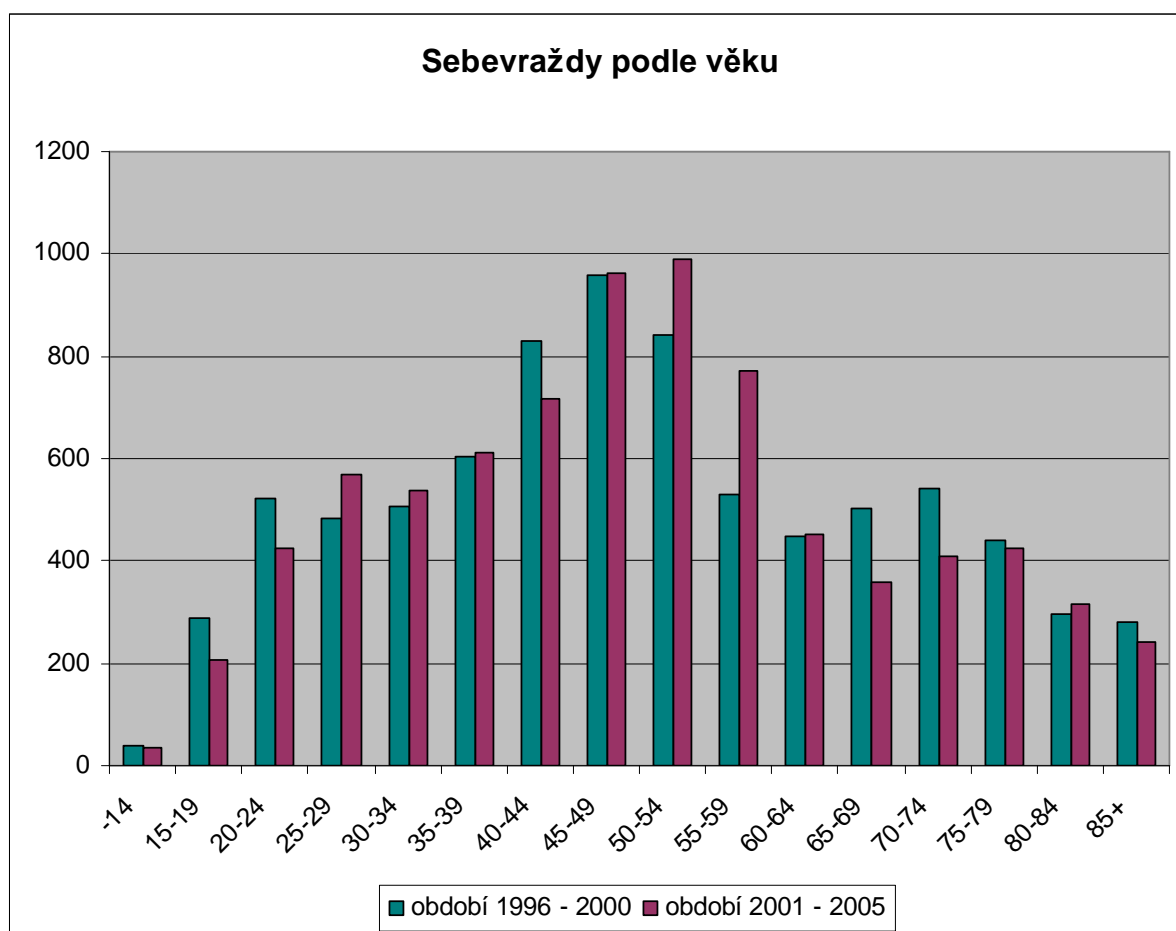
Úmrtí sebevraždou je u mužů trvale více než u žen. Převaha mužů nad ženami v počtu úmrtí se ještě prohloubila. V současnosti na jednu sebevraždu ženy připadají více než čtyři sebevraždy mužů. Vývoj u obou pohlaví ve srovnání s celkovým počtem sebevražd je v dlouhodobém srovnání obdobný. Předválečné hodnoty jsou velmi vysoké a poválečný vývoj je charakterizován vzestupem vrcholu u mužů. Období 2001 – 2005 je prvním po 40 letech, ve kterém počet sebevražd u jednoho pohlaví vzrostl a u druhého klesl.



Zdroj: Český statistický úřad

SEBEVRAŽDY PODLE VĚKU

Počet sebevražd podle věku je rozložen velmi nerovnoměrně. Můžeme pozorovat zvyšování jejich počtu se stoupajícím věkem a to až k vrcholu ve věku okolo 50 let. Přitom okolo věku 31 – 35 je nárůst přerušen. Za vrcholem (cca 50 let) počty klesají napřed prudce, poté mírně. Mírný vzestup je patrný už jen ve věku od 70 roků. Vývoj sebevraždnosti mužů a žen v závislosti na věku probíhá téměř shodně jen s tím rozdílem, že maximum je u mužů ve věku 45 – 49, u žen o 5 let výše.



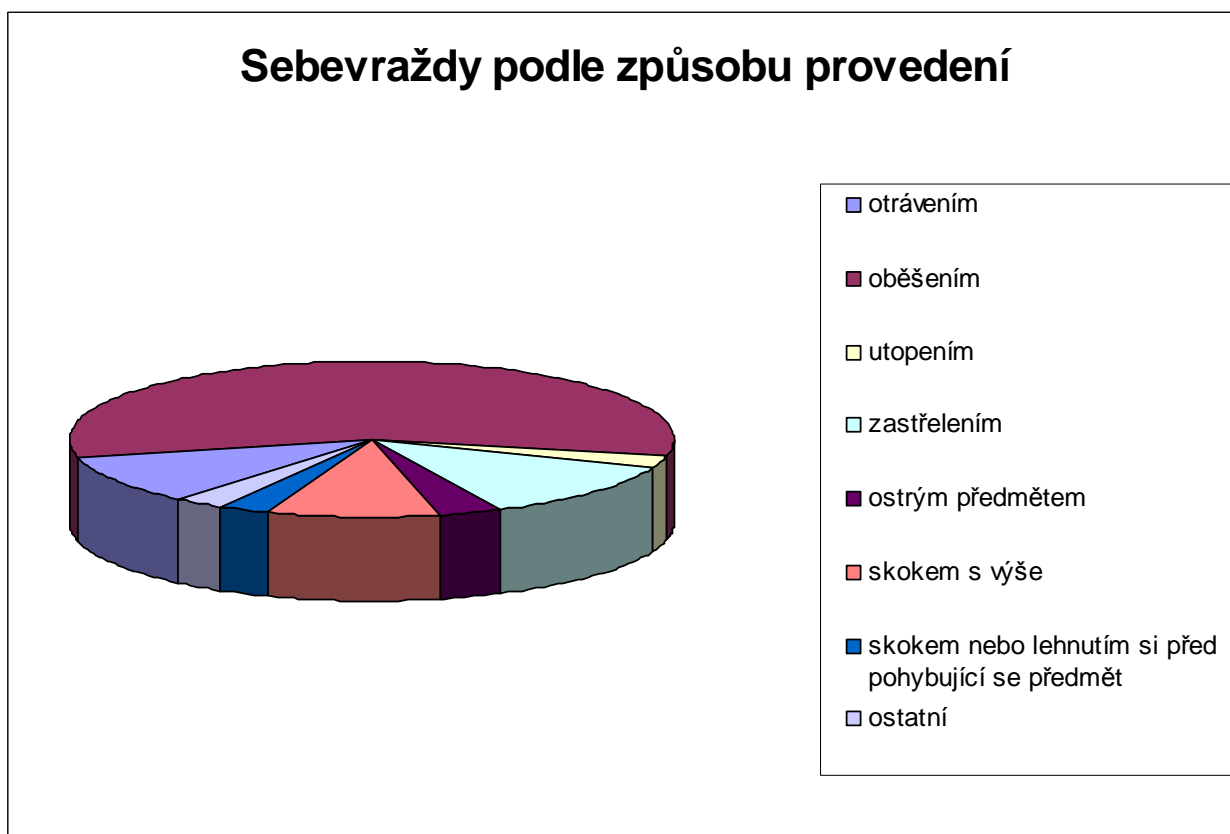
Zdroj: Český statistický úřad

SEBEVRAŽDY PODLE ZPŮSOBU PROVEDENÍ

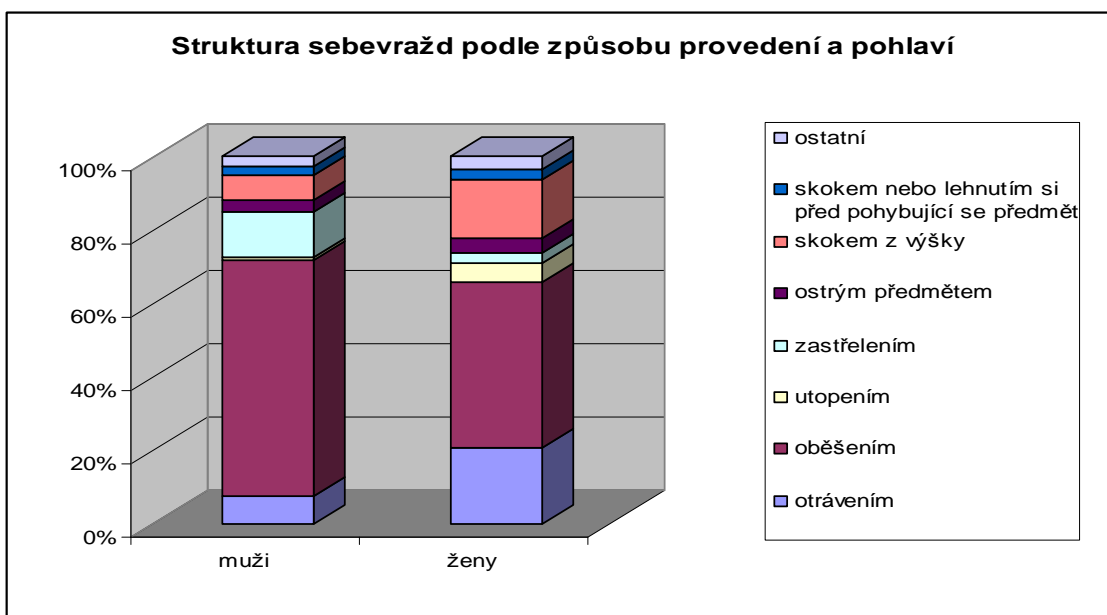
Současná klasifikace uvádí 25 způsobů provedení sebevraždy. Jednoznačně nejrozšířenějším způsobem provedení je již trvale oběšení. S velkým odstupem následují zastřelení, otrava a skok s výšky. Tyto výše uvedené způsoby tvoří zhruba 90% všech sebevražd. U úmrtí otravou je značný patrný pokles v posledních letech. Příčinou tohoto je změna plynu používaného v domácnostech z jedovatého svítiplynu na nejedovatý zemní plyn.

Ve způsobech provedení dochází k velkým výkyvům, které nejsou shodné s trendem celého období 2001 – 2005. Třeba v roce 2003 měly sebevraždy zastřelením největší počet od doby, kdy se používá nynější klasifikace. Oproti tomu v roce 2005 tvořilo zastřelení počet nejnižší.

Patrné jsou i rozdíly mezi muži a ženami. Přestože u žen i u mužů je nejčastější volbou způsobu sebevraždy oběšení, ženy druhým nejčastějším způsobem volí otrávení a na třetím místě skok z výšky. Muži volí po oběšení nejčastěji zastřelení a s velkým odstupem otrávení.



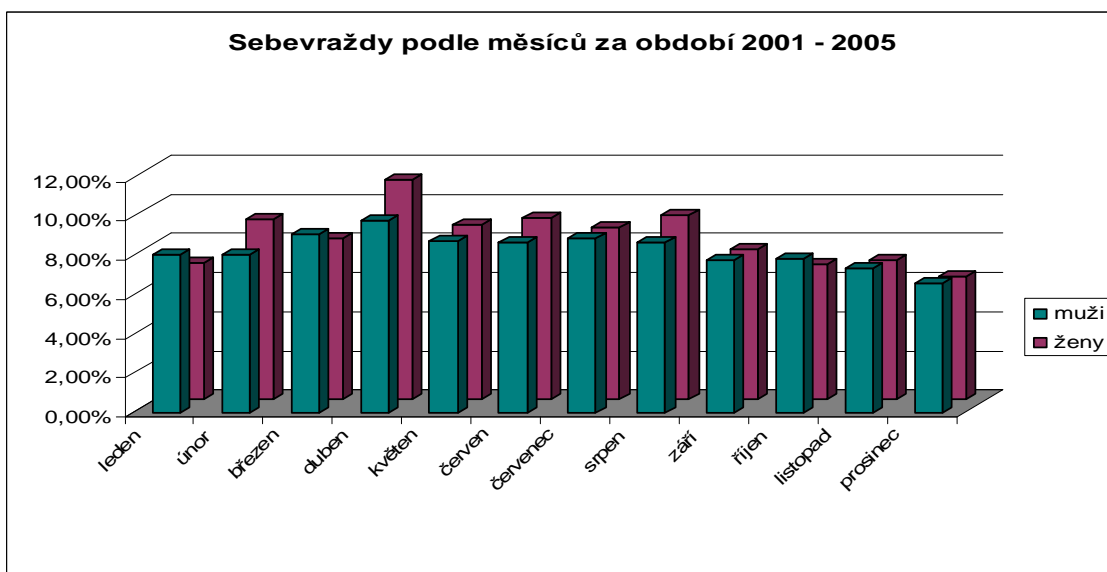
Zdroj: Český statistický úřad



Zdroj: Český statistický úřad

SEBEVRAŽDY PODLE MĚSÍCŮ

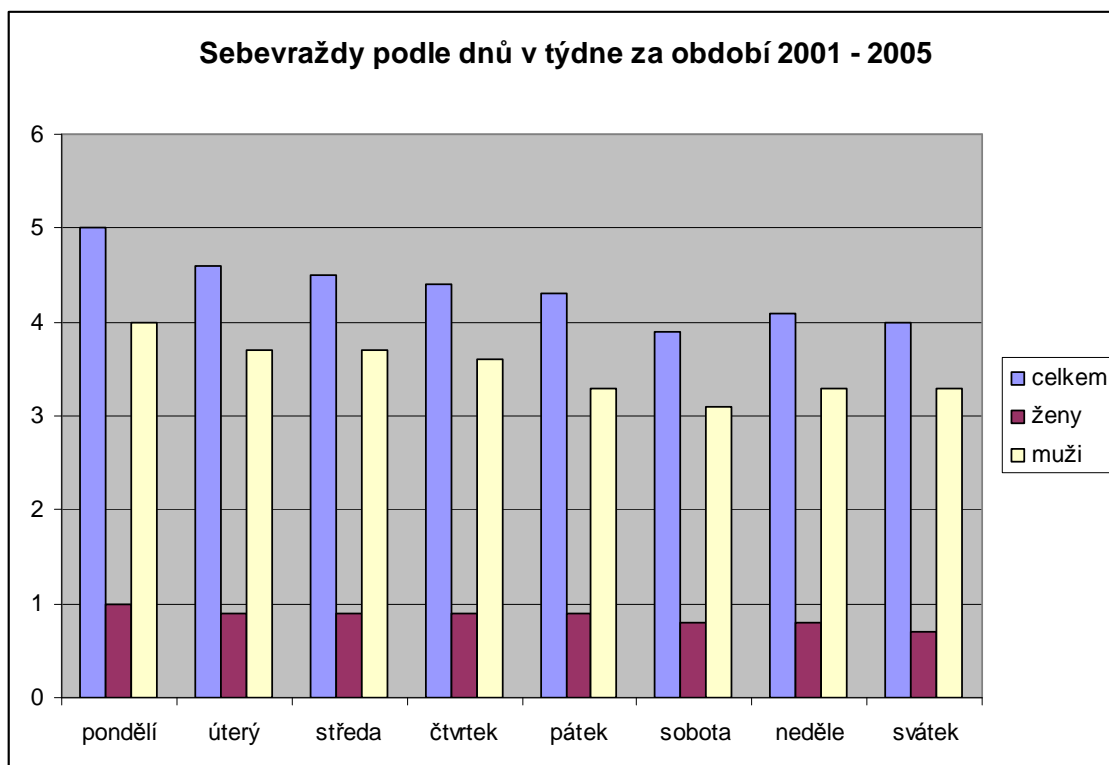
Dlouhodobě platí, že nejvíce sebevražd je v jarních měsících. Za období 2001 – 2005 připadlo nejvíce sebevražd na měsíc duben a nejméně na prosince. Toto platí jak u žen, tak u mužů. V roce 2002 byl ale březen měsícem s nejmenším počtem sebevražd, ačkoliv za celé období 2001 – 2005 je březen měsícem spíše nadprůměrným. Je tedy patrné, že v jednotlivých letech dochází k velkým výkyvům a průkaznější závislosti jsou patrné až z dlouhodobějšího hlediska.



Zdroj: Český statistický úřad

SEBEVRAŽDY PODLE DNŮ V TÝDNU

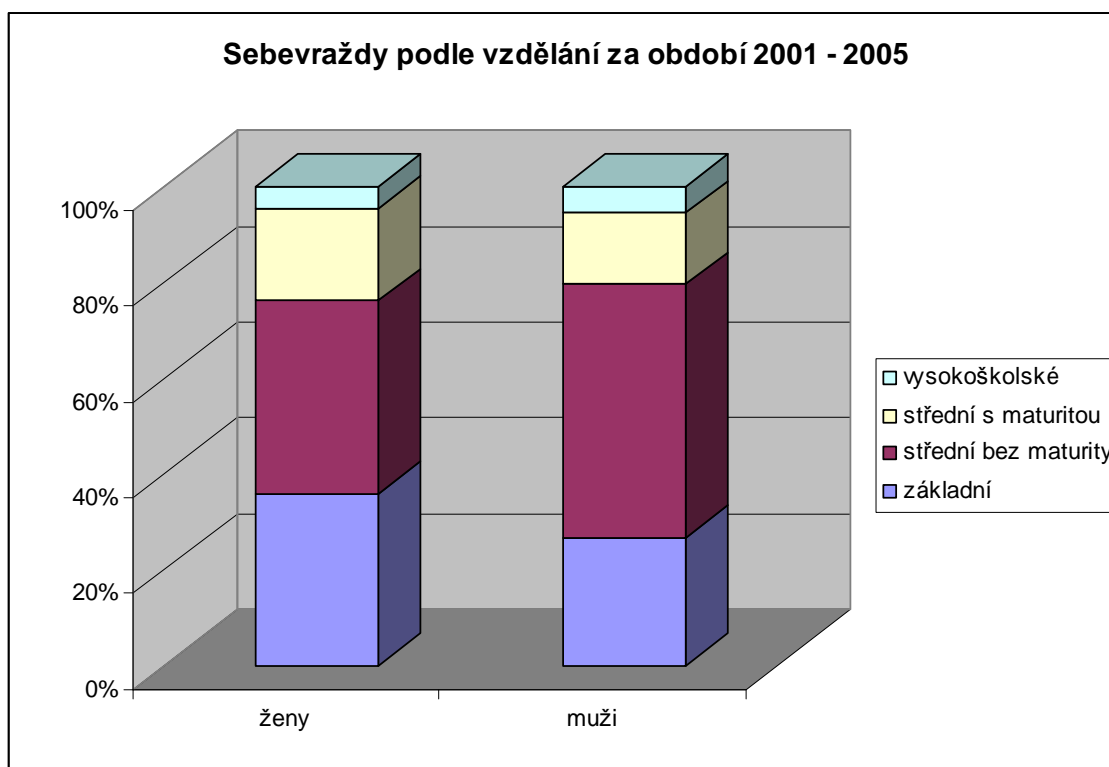
Sebevraždy se mění nejen podle měsíců, ale závisí i na dnech. Prokazatelně nejčetnějším dnem dokonanych sebevražd je pondělí – tedy začátek týdne. A to jak u mužů, tak u žen. Od pondělí má počet klesající tendenci a mírné zvýšení zaznamenáváme u mužů v neděli a ve svátek, u žen naopak o víkendu a ve svátek mírný pokles.



Zdroj: Český statistický úřad

SEBEVRAŽDY PODLE VZDĚLÁNÍ

Pro účely těchto výpočtů byly vzaty v potaz údaje za osoby ve věku od 25 let. Předpokládá se, že velká část lidí má v tomto věku již ukončené vzdělání. Výpočet naznačuje, že se zvyšujícím vzděláním počet sebevražd s mírnými odchylky klesá. Ženy, které spáchaly sebevraždu měly nejčastěji základní vzdělání. U mužů zabírá první místo středoškolské vzdělání bez maturity. Poté je pořadí vzdělání u obou pohlaví shodné.



Zdroj: Český statistický úřad

5.1 Dílčí závěr

Celkový trend klesající sebevražednosti pokračuje, ale není již tak patrný jako v předchozích obdobích. Výrazné zvýšení počtu sebevražd v roce 2003 je možno považovat za nahodilý výkyv. [www.czso.cz] Celkový pokles vyplynul z poklesu sebevražd u žen. U mužů došlo k mírnému nárůstu. Tradičně úmrtnost sebevraždou u mužů je vyšší než u žen a to zhruba 4 násobně. Nejvíce sebevražd je páčáno mezi 50 a 54 rokem věku. Nejčastěji sebevrahové sahají po oběšení jako po prostředku usmrcení sebe sama.

Nejvíce zastoupeným měsícem v počtu sebevražd je duben a dnem pondělí. Zpravidla platí také „se zvyšujícím se vzděláním, klesá sebevražednost“.

S trochou nadsázky bychom tedy mohli označit za „nejprůměrnějšího sebevraha“ muže se základním vzděláním okolo 50 let věku, který se oběsil v dubnu začátkem týdne.

6 KAZUISTIKY

Kazuistika znamená popis jednotlivých případů podle podrobných a co nejkompletnějších záznamů sloužící často jako podklad pro vyvození určitých závěrů a řešení. Kazuistika zpravidla obsahuje anamnézu osobní a rodinnou.

Zvolila jsem tuto metodu, protože mi vzhledem k choulostivosti tématu přišla nejvhodnější. A např. anketa by nemusela být úplně vypovídající o skutečnosti, protože ne každý přizná, že někdy přemýšlel o sebevraždě. Také vzhledem k hypotéze „Sebevražda je dědičná záležitost“ jsem potřebovala mít údaje rodinné anamnézy.

Ve své práci uvádím 10 kazuistik lidí, kteří se dostali do krizového centra po pokusu o sebevraždu. Někteří přišli sami od sebe, jiní byli dovezeni. Ne všichni zůstali v krizovém centru 7 dní, které jsou obvyklé a doporučené. V závěru každé kazuistiky uvádím možné doporučení řešení problému. Případy jsou okleštěny od údajů, které by klienty mohly identifikovat. Proto také neuvádím, o kterou fakultní nemocnici se jedná.

Za to, že mohu prezentovat kazuistiky klientů psychiatrické kliniky ve Fakultní nemocnici vděčím ochotě této kliniky spolupracovat se studenty a tamním lékařům, kteří mi poskytli mj. i informace o tom, které typy klientů se dostanou k nim do krizového centra a jak krizové centrum funguje. Proto se pokusím i já ve stručnosti informovat o zdejším chodu krizového centra.

Psychiatrická klinika poskytuje komplexní lůžkovou a ambulantní léčebně preventivní péči dospělým a dětem (od 3 let věku). Pozornost zaměřuje především na služby z oblasti akutní psychiatricko - psychologické péče, nikoliv na léčbu chronicky probíhajících duševních onemocnění.

Krizové centrum je koedukovaná jednotka pro poskytování krátkodobé intenzivní psychoterapie za lůžkových i ambulantních podmínek v situacích životních krizí, u reaktivních psychických poruch. Krizové centrum pracuje jako stanice nepřetržité psychiatrické pomoci s volným (bezbariérovým) přístupem

občanů. Integrální součástí Krizového centra je Linka naděje poskytující telefonickou pomoc.

Lidi, kteří se pokusí o sebevraždu bychom mohli neoficiálně rozdělit na:

- 1) „zdraví lidé“ – tzn. lidé, kteří nejsou nemocni somaticky ani psychicky. Jejich pokus o sebevraždu je jednáním zkratkovým jednáním (nebo bychom mohli říct bilanční sebevraždou) . Nevidí jiné řešení. Tito lidé bývají po prvotním ošetření hospitalizováni na lůžku v krizovém centru.
- 2) „psychotičtí sebevrahové“ – lidé, kteří jsou psychicky nemocní. Tito lidé nemohou být zařazeni do krizového centra, jelikož toto je otevřeným pracovištěm – mohou být nebezpečni sobě, ale i druhým.
- 3) sebevrahové, kteří jsou na tom somaticky špatně (vzhledem k pokusu o sebevraždu). Tito pacienti jdou na JIPP = jednotka intenzivní péče psychologie

Do krizového centra jsou tedy umísťováni pacienti, které jsme zařadili do 1. skupiny. Na krizovém centru mohou být pacienti zařazeni 7 dní (více pojišťovna nehradí). Krizové centrum funguje nepřetržitě. Do 16.00h jsou přítomni lékaři všichni a od 16.00h je přítomen lékař, který má službu. O víkendech je služba celý den.

Při 7 –mi denní hospitalizaci je péče s pacientem ryze individuální (nikdy ne skupinová). Vždy při ranní a večerní vizitě bývají s pacientem prováděny psychoterapeutické pohovory, při kterých bývá jeden psycholog a jeden psychiatr.

Kazuistika č. 1:

Pohlaví: žena

Datum narození: 1977

Hospitalizace v krizovém centru: 6. 1. 2007 – 7. 1. 2007

Psychický stav při přijetí: verbální kontakt navázatelný, autopsychicky správně orientovaná, bez bludných koncepcí, ladění depresivní, úzkostné, chování klidné, podrobivá, osobnost bez zjevné patologie.

Neví, co cítí ani neví jestli je jí líto, že se jí to (suicidum) nepovedlo – „kvůli dceři by asi měla žít, ale...“

Stanovena diagnóza: středně těžká depresivní fáze (F 321)

Způsob pokusu o suicidum: přijata z nemocnice, kam přijela 1 hodinu po užití asi 50 tablet Rivotrilu v suicidálním úmyslu.

Motivace suicida: Pocity, že na nic nestačí, nic nezvládá, nic ji nezajímá, nebaví, netěší. Cítila se pořád unavená. Cítila se být neschopná. Po hádce s manželem se rozhodla ukončit život a požila psychofarmaka. Sama na to poté upozornila kamarádku.

Rodinná anamnéza: bez psychiatrické heredity. S rodiči vztahy dobré, má o 12 let staršího bratra, se kterým neudrhuje kontakt již několik let.

Osobní anamnéza: ukončila střední školu, pracovala jako zdravotní sestra, poté u manžela ve firmě, nyní je na mateřské dovolené s 3-letou dcerkou. Manželství má disharmonické, časté konflikty. Poslední dobou se ji ale manžel snažil pomáhat. Před půl rokem přijata psychiatrické léčebny po suicidálním pokusu. Po 3,5 měsících propuštěna, poté ambulantní péče – dochází stále.

Závislosti: žádné

Shrnutí: Tato mladá žena trpí depresí a minimálně půl roku se na ni léčí. V tomto pokusu o sebevraždu (druhý za půl roku) vidím snahu o demonstraci: „Jsem tady a nevím, co mám dělat, potřebuji pomoc“. Nikdo v rodině sebevraždu nespáchal a není ani známo, že by někdo trpěl depresí. Mladá žena se pravděpodobně již dávno naučila způsobu řešení problémů. Má problémy se vztahy – jak nyní s manželem, tak i dávno s bratrem, se kterým se nyní nestýká. Protože je nyní na mateřské, má omezenou možnost přirozeného kontaktu s lidmi.

Doporučení: Nadále docházet do ambulantní psychiatrické péče. Těžiště pomoci vidím jednak v individuální péči, tak v naučení se správného způsobu řešení stresových situací. Také s pomocí terapeuta se pokusit o náhled na možné koníčky, zabavení se s něčím, co by tuto mladou ženu mohlo bavit.

Kazuistika č. 2:

Pohlaví: muž

Datum narození: 1978

Hospitalizace v krizovém centru: 98, 99, 00, 03, 03,

naposledy 12. 1. 2007 - 16. 1. 2007

Psychický stav při přijetí: plně orientovaný, spolupracující, podrobný

Stanovena diagnóza: nezralá osobnost (F 60.8)

Způsob pokusu o suicidium: požití farmak a zapití alkoholem

Motivace suicida: Byl přijat po požití několika tablet Tramalu v parasuicidálním úmyslu. Toto jednání bylo účelového charakteru – žádá, aby zde mohl přebývat asi týden, než od známé dostane byt, na Armádě spásy ho nechtějí. Prý ho vyhodili na děšť, nechce už žít.

Je manipulující, nespolečný, má malou schopnost adaptivně reagovat na potřeby reality.

Závěr: osobnost nezralá, disharmonická, sociálně méně přizpůsobivá.

Rodinná anamnéza: Sestra zemřela na jaterní selhání, matka prodělala operaci slinivky, má vyšší cholesterol a glykémii, otec zemřel na rakovinu.

Osobní anamnéza: léčen na neuroboreliózu, trpí na bronchitidy, léčen s epilepsií. Opakovaně na psychiatrii pro nevyrovnanou labilní osobnost se sklonek k sebepoškozování. Je bez stálého pobytu (Husova 5), od rodičů odešel před 2-ma lety, má nevlastního otce, vlastní otec a sestra mu zemřeli. Je nezaměstnaný, pobývá v Armádě spásy, živí se žebráním. Vystřídal již péči mnoha ambulantních psychiatrů. Matka by chtěla, aby bydlel s ní, ale její současný druh toto odmítá.

Závislosti: alkohol, analgetika

Shrnutí: Tento mladý muž byl poprvé hospitalizován v krizovém centru ve svých 20 letech. Od té doby zde pobýval celkem 6x (frekvence jeden až dva roky). Na jeho případu je znát, že životních ran prožil na mladého člověka až dost. Smrt nejbližších, epilepsie, následné sebepoškozování. Domnívám se, že ač tvrdí, že chce zemřít, není to opět pravda. Chce pomoc. Do krizového centra přišel účelově, aby měl na pár dní kde být. To potvrzuje, že je to osobnost manipulativní.

Doporučení: Možným řešením by mohlo být nastěhování k matce. Jelikož ale její druh je proti, (jeho přesné důvody neznám) možná by pomohla rozmluva psychologa s druhem matky a klienta, určení mantinelů a pravidel, za kterých by klient u nich mohl bydlet. Také psychologickou ambulantní péči bych doporučila. Možná by zde mohla být úspěšná i skupinová terapie (i vzhledem k jeho dřívější závislosti)

Kazuistika č. 3:

Pohlaví: muž

Datum narození: 1985

Hospitalizace v krizovém centru: 2 pobyty v r. 2007

Psychický stav při přijetí: plně orientován, odpovídá kuse, neochota ke spolupráci, odpovědi měnlivé. Osobnost nezralá s rysy narcistickými a disociálními, myšlení bez známek hlubší deprese. 2. den již chce být propuštěný, říká, že „udělal blbost“ a je přesvědčen, že se už nikdy nedostane do takového stresu, že by chtěl ukončit svůj život. Není motivován pro přijetí pomoci.

Stanovena diagnóza: nezralá osobnost (F 60.8) a porucha přizpůsobení (F 43.2)

Způsob pokusu o suicidium: pořezán na levém zápěstí. Pacient přišel do krizového centra, ačkoliv byl odeslán do psychiatrické léčebny z chirurgie. Důvod nevysvětlil. Během pohovoru nechce odpovídat na dotazy, odpovědi mění, odpovídá ironicky, chová se arogantně, patrný manipulativní tendence

Motivace suicida: Pořezal se prý kvůli dluhům, má splácet ¾ milionu.

Rodinná anamnéza: bez psychiatrické heredity.

Osobní anamnéza: na dětství vzpomíná rád, psychotraumata neguje. Vyrůstal s oběma rodiči a mladším bratrem. Soužití hodnotí jako kladné, při následujících otázkách zase uvádí, že „matku nenávidí“. Je vyučen uměleckým truhlářem. Momentálně údajně pracuje na černo, pojištění si hradí sám. Je svobodný, má přítelkyni – tvrdí, že ta jej drží nad vodou. Žije s rodiči, bratrem a dvěma psy. Přiznává, že má potíže s policií „mám nějaké resty s policií ohledně krádeže jaguáru a dluhu zaměstnavateli a výherními automaty“. Řidičský průkaz mu byl odebrán za jízdu pod vlivem návykové látky. Již několik let dochází ambulantně k psychiatrovi – kvůli léčbě závislosti.

Závislosti: kokain, toluen („Více než 2 roky se toho nedotkl“)

Klient 2. den opustil krizové centrum bez vědomí personálu.

Shrnutí: Tento klient je nejmladší ze všech deseti. Přesto stačil nadělat dluhy za 750 tisíc korun a dle jeho slov „má resty s policií“ a vytvořil si drogovou závislost. Depresivní není. Není motivován k léčbě. Přijde mi, že nevidí svůj problém, popírá ho. Na to ukazuje i jeho diagnóza – narcistická osobnost. S jistotou tvrdí, že svoji situaci už má zvládnutou a že si je jist, že už se o sebevraždu nepokusí. Ačkoliv na dětství vzpomíná jako na harmonické a šťastné a nynější spolužití hodnotí kladně, jedním dechem dodává, že nenávidí matku.

Doporučení: Pomoc vidím třeba v rodinné terapii. Ač klient tvrdí a možná se i domnívá, že jejich rodinné soužití je kladné, vidím zde určité rozpory. Nejsem si jistá, kdyby byla klientovi naordinována psychoterapie, zda by byla dostatečně účinná vzhledem k jeho výrazné neochotě spolupracovat. Doporučila bych pobyt v psychiatrické léčebně. Z faktů výše uvedených vyplývá, že nemá (kromě krádeží a výherních automatů) žádné zájmy. V léčebně by mu mohly pomoci ukázat, že lze čas strávit i jinými činnostmi. Bohužel opět narážíme na to, že pobyt v léčebně je dobrovolný a tudíž nevím, zda by toto byl ochoten podstoupit.

Kazuistika č. 4:

Pohlaví: žena

Datum narození: 1955

Hospitalizace v krizovém centru: 02, 04, 05 a naposledy 3. 5. 2007 – 9. 5. 2007

Psychický stav při přijetí: patrný polékový útlum, nálada pokleslá, disharmonické rodinné vztahy, spánek bez obtíží.

Stanovena diagnóza: smíšená úzkostně – depresivní porucha osobnosti (F 41.2)

Způsob pokusu o suicidium: spolykala asi 30 tablet léků a zapila alkoholem.

Motivace suicida: V rodině výrazné problémy v manželském soužití, manžel k ní citově chladný, dále výrazné potíže se synem, který opakovaně trestán, z výkonu odnětí svobody propuštěn 02/2007, je závislý na pervitinu, má žloutenku typu C. Před 14 dny se její stav zhoršil, zhoršila se jí nálada, do ničeho se jí nechtělo, měla stavy úzkosti, vše způsobily problémy doma – se synem, s manželem, s dcerou. Navštívila ambulanci psychiatrickou, kde jí byl nasazen lék. Dostala též radu, aby se odstěhovala od manžela. Rozhodla se tedy odstěhovat, měla nastoupit v novém místě na brigádu. Dozvěděla se ale, že syn je znovu ve vazbě, pohádala se s manželem a rozhodla se, že se vším skoncuje a spolykala asi 30 tablet léků. Uvádí, že její úmysl zemřít byl vážný. V popředí potíží jsou tendence k úzkostnému prožívání. Patrný rysy závislosti, velká potřeba sdílení.

Rodinná anamnéza: Oba rodiče již nežijí. Matka nedokonala sebevraždu v pacientčiny 12 letech, hodně pila, ale neléčila se. Otec matky se psychiatricky léčil – přesně neví proč. Syn nadměru pil, užíval drogy, opakovaně ve výkonu trestu. Dcera vdaná, na mateřské dovolené, druhá dcera studuje vysokou školu v zahraničí.

Osobní anamnéza: na dětství vzpomíná ráda, psychotraumata neguje. Vyrůstala na vesnici v úplné rodině, velmi blízko měla k matce. Vyučena, následně při zaměstnání si dodělala maturitu. V práci je spokojena. Je podruhé vdaná, první manželství trvalo krátce, manžel si našel jinou partnerku, z tohoto manželství je dcera. Druhé manželství trvá cca 20 let, manžel podniká. V soužití mají dlouhodobé problémy. Žijí v rodinném domě, který je značně zatížen hypotékou, mají velké dluhy. Ráda plave, jezdí na kole a čte.

Závislosti: žádné

Shrnutí: Byla hospitalizována již po čtvrté. Tato klientka je zatížena pokusem o sebevraždu matky a léčením otce na psychiatrii. Myslím tím zatížena hlavně nápodobou, učením se, jak se řeší problémy apod. Přesto psychotraumata popírá a na dětství vzpomíná ráda. Myslím, že vše bylo potlačeno, všechen hněv – tak jak se to pravděpodobně učila. To potvrzuje i diagnózu - úzkostné prožívání, rysy závislosti a velká potřeba sdílení. Domnívám se, že klientka byla opravdu přesvědčena, že smrt jej jediné řešení jejích problémů. Vše se u ní nahromadilo. Problémy se synem, manželem, dcerou. Jejich dům je navíc zatížen velkou hypotékou. V domě zbyla už jen s manželem a se synem, který se nedávno vrátil z vězení. Jako pozitivní vidím, že klientka má zájmy, má činnosti, které ráda dělá.

Doporučení: Těžiště pomoci vidím v individuální psychoterapii. Uvědomit si, proč reaguje na problémy, tak jak reaguje. Dále nacvičení technik zvládání stresu. Doporučila bych i odbornou literaturu zabývající se tímto tématem, např. od Praška.

Kazuistika č. 5:

Pohlaví: žena

Datum narození: 1979

Hospitalizace v krizovém centru: 20. 4. 2007 – 26. 4. 2007

Psychický stav při přijetí: lehce zpomalená, přichází vrávoravou chůzí, potřebuje oporu. Depresivní ladění. Odpovídá na otázky, ale odpovědi jsou často mlhavé, někdy neodpoví vůbec.

Stanovena diagnóza: poruchy přizpůsobení (F 43.2)

Způsob pokusu o suicidium: spolykala prášky. Sama svoji osobní situaci popisuje jako stav nahromadění nepříznivých životních okolností.

Motivace suicida: viz. OA – osobní situace (primární rodina, partner,..)

Rodinná anamnéza: bez psychiatrické heredity. Oba rodiče žijí. Má 2 sestry – obě mají své rodiny.

Osobní anamnéza: Na dětství nevzpomíná ráda, vyrůstala na vesnici, vychovávaná převážně starší sestrou. Otec pil téměř každý den, pak byl agresivní, rozbíjel nábytek, vyháněl je z domu, bil matku. Se sestrami si přály, aby se matka rozvedla. Vyhrožovala matce, že pokud se nerozvede s otcem, něco si udělá. 2x požila léky, ale ošetřena nikde nebyla. Matku považuje za sobeckou, protože upřednostnila vlastní zájem – být s manželem – před zájmem dětí. Často museli přespat ve stáji nebo u sousedů, musela kamarádkám pak vysvětlovat, proč jde do školy odjinud než z domu. Ty si mohla pozvat domů také jen když otec nebyl doma. Po základní škole, kde měla dobrý průměr, nastoupila na střední školu. Chvíli bydlela u sestry, poté na internátě. Bylo jí tam smutno, prospěch měla průměrný. Po maturitě „utekla“ do Anglie, kde pracovala jako au-pair. Po návratu pracovala u švagra. Nyní studuje vysokou školu.

Je svobodná, má tři roky partnera. Ten je 2x rozvedený. Žijí spolu v pronajatém bytě. Partner pije každý denně asi 2l vína. Mívá veselou náladu. O partnerském vztahu se vyjadřuje jen neochotně, mlží a nakonec odchází z místnosti. Předtím ještě připustila, že jí dal facku, na což reagovala suicidálním pokusem. Také jí dal „košem přes ruku až jí měla modrou, to se jí ale pak omluvil a už to nikdy neudělal.

Povahu má náladovou a kritickou. Má ráda angličtinu a děti.

Závislosti: alkohol

Shrnutí: Hospitalizována byla klientka poprvé. Není to ale její první pokus o sebevraždu. Na jejím případě se mi opět potvrzuje jako rizikový faktor nefunkční rodina. Otec byl alkoholik a v alkoholové opojenosti býval agresivní. Klientka nemůže matce odpustit, že od něj neodešla a nechávala je žít v takovém prostředí. Navzdory tomu si našla otci podobného člověka. Denně pije a i když jen výjimečně, dokáže k ní být i agresivní. Jeden z jejích pokusů o sebevraždu byl reakcí na facku, kterou jí dal. Podrobnější okolnosti tohoto incidentu ale neznám, protože o tom odmítala mluvit.

Doporučení: I zde bych doporučila rodinnou terapii (přesněji terapii za spolupráce matky nebo i sester) Vidím zde naléhavou potřebu zbavit se negativních postojů k matce. Také psychotrauma vůči otci nemá vyřešeno. Také bude asi na zvážení psychologa, zda klientce vztah s partnerem prospívá či nikoliv. A zda by neměla uvažovat o rozchodu.

Kazuistika č. 6:

Pohlaví: žena

Datum narození: 1983

Hospitalizace v krizovém centru: 13. 4. 2007 – 15. 4. 2007

Psychický stav při přijetí: orientována osobou a místem, časem nikoliv (nelze však vyloučit, že se jedná o schválnost), odpovědi v kategorii dotazu, přetrvává postmedikamentózní útlum, subdepresivní ladění, snadno odklonitelné, během pohovoru se místy směje, zvýšená únava nepřítomna, výčitky ohledně ztráty práce, sociální obtíže, přítomno nechutenství. Místy působí, že si dělá legraci.

Stanovena diagnóza: poruchy přizpůsobení (F 43.2)

Způsob pokusu o suicidium: prášky – asi 20 tablet Lexaurinu a několik tablet Ciprallexu

Motivace suicida: Hrozící ztráta bydlení a je bez práce, proto se rozhodla, že se otráví. Zemřít chtěla, ani není moc ráda, že žije. Dále se prý o sebevraždu pokoušet nehodlá. Má od 13 let problémy, kdy měla poprvé „deprese“ – projevovaly se tím, že chtěla odjet někam daleko, měla všeho dost, nevěděla si se sebou rady. Podobné problémy se občas vracely, pomoc vyhledala až před rokem. Léky jí však příliš nezabíraly, brala je ale nepravidelně. Pravidelně brala jen Lexaurin před spaním. Její nálada je velmi kolísavá, jeden den se cítí sklíčená, druhý den je „happy“. Situace se zhoršila, když začala pracovat jako asistentka, šéf ji nesnášel, skončila tam před 2- ma měsíci. Naopak teď jí vadí, že nemá práci. Trápí ji také konflikty se spolubydlícími, protože si pořídila pitbula – ničí nábytek a ona to nezvládá. Vyčítá si, že nemůže najít práci. Soustředění je normální. Myšlenky na smrt ji občas napadla, ale bylo to jen chvilkové.

Rodinná anamnéza: bez psychiatrické heredity. Oba rodiče žijí. Má 2 sourozence. Klientka je nejmladší v rodině.

Osobní anamnéza: na dětství vzpomíná částečně ráda , hrála závodně tenis. Otec ji ale bil, často se s ní pral. Je to cholerik, měl se pokoušet zneužívat sestru a snad i ji. Vystudovala SOÚ s maturitou. Pracovala jako úřednice a asistentka. Nesnášela se šéfem. Nyní registrovaná na ÚP.

Je svobodná, má 3 týdny přítele. Bydlí na privátu se 3 kluky a 1 holkou, chtějí se jí ale zbavit. Má menší dluhy. Sama se hodnotí jako přátelská, společenská, komunikativní. Ráda čte, plave a opaluje se. Nepravidelně bere psychofarmaka. Léčí se ambulantně na psychiatrii.

Závislosti: pervitin, extáze

2. den z krizového centra odešla

Shrnutí: Hospitalizována byla klientka poprvé. Protože druhý den z krizového centra odešla, nebylo možné podrobné nahlédnutí do zákoutí její osobnosti. Při hovoru je často nevhodně smála a působila dojmem, že si dělá legraci. Mohla by tím zastírat třeba stud či nervozitu. Při rozhovoru tvrdí, že má od 13 let deprese, pomoc ale vyhledala až před rokem. Sama se hodnotí jako přátelská komunikativní. Přesto ale měla problémy se svými bývalými šéfy a nyní se spolubydlícíma. Na dětství vzpomíná ráda jen částečně. Údajně se měl otec pokusit znásilnit ji i sestru. Léčí se ambulantně na psychiatrii.

Doporučení: Zde nezbývá nic jiného než doporučit pokračování v ambulantním docházení na psychiatrii či psychoterapii. A také upravit léky. Bere je nepravidelně, ale na druhé straně říká, že jí nepomáhají. Nebere je zbytečně? Možná by stačil lék s placeno efektem.

Kazuistika č. 7:

Pohlaví: muž

Datum narození: 1948

Hospitalizace v krizovém centru: 31. 5. 2007 – 4. 6. 2007

Psychický stav při přijetí: orientovaný, kontakt chudý, ale v kategorii otázky, depresivní ladění, dech po toluenu.

Stanovena diagnóza: poruchy přizpůsobení (F 43.2)

Způsob pokusu o suicidium: klient přijat po čichání toluenu a intoxikaci antidiabetiky

Motivace suicida: rodinná problematika – k manželce se přistěhovala její dcera se synem – tím přišel o svůj klid, což mu způsobovalo stres. Fakt, že brzo odejde do penze mu činí další stres. Asi týden měl myšlenky na smrt, nezvládá práci fyzicky. Koupil si ředidlo, večer čichal, aby vše skončil. Kamarádka ho našla s flaškou ředidla ve sprše. Dle manželky je psychický stav pacienta dlouhodobě nevyrovnaný, kolísá od aktivit k depresi, opakovaně hovoří o ukončení života. Opakovaně již snědl léky a zapil alkoholem. Tento stav byl prý důvodem jejich odstěhování.

Rodinná anamnéza: otec zemřel ve stáří na rakovinu, matka spáchala sebevraždu, když bylo pacientovi 20 let – „dala hlavu do trouby“. Má 2 dospělé syny.

Osobní anamnéza: Vyučil se zedníkem, pracuje jako OSVČ – kameník. Je ženatý již potřetí – asi 5 let – rok již nežijí ve společné domácnosti. Bydlí u kamarádky v podnájmu. Před 5 –ti lety zjištěn diabetes. Před 10 lety chtěl umřít, vydal se na hřebeny hor zmrznout – našla ho horská služba.

Závislosti: žádné

V průběhu pobytu pokus o náhled na strukturu osobnosti. V popředí je zejména fenomén křehkého narcismu, četné schizoidní fantazie depresivní způsob prožívání. Samotný fakt brzkého odchodu do penze je pro klienta traumatem. Chápe nutnost zmírnění zátěže. Má ke konci smělé plány do důchodového věku. Chtěl by se vrátit k přírodě, kde vyrůstal a chovat pár zvířat. Také jej napadlo, že by mohl být užitečný – má zkušenosti s pobytem v přírodě i s vedením dětí, napadlo jej tedy, že by pořádal pobyty na farmě, kterou si chce zařídit. Dcera manželky si našla nové bydlení. Klient se zpět nastěhuje ke své manželce. Těší se domů. Na dotaz, co by mu mohlo činit po propuštění největší potíže, nezná odpověď.

Shrnutí: Jako dominující vidím to, že klient vidí jak stárne, není už úplně zdravý a nemůže dělat určité věci. K tomu se přidala ztráta soukromí tím, že se k němu a jeho manželce nastěhovala její dcera. Opět je zde možná nápodoba způsobu řešení stresu matky, která spáchala sebevraždu. Kladně hodnotím to, že má klient své zájmy a v průběhu pobytu v KC i plány do budoucna.

Doporučení: Zmírnění zátěže v práci. Odstěhování zpět k manželce – už bez její dcery. I přesto, že klient v závěru působí vyrovnaným dojmem, má svoje plány, doporučila bych psychoterapii. Klient se může totiž vrátit domů a velmi rychle může vyprchat postterapeutický náboj.

Kazuistika č. 8:

Pohlaví: muž

Datum narození: 1974

Hospitalizace v krizovém centru: 2006 a 2007

Psychický stav při přijetí: orientován všemi směry správně, nálada reaktivně pokleslá, hůře odklonitelná, únava, nižší sebevědomí, spolupracuje

Stanovena diagnóza: patologické hráčství (F 630) a porucha přizpůsobení s převládající poruchou emocí a chování (F 43.25)

Způsob pokusu o suicidium: požití léků

Motivace suicida: Po konfliktu s manželkou v náhlém impulzu snědl léky, které měl u sebe – plato Ibalginu a dalších. Chtěl se zabít, aby od všeho měl pokoj. Požití medikamentů bylo impulsivního charakteru jako reakce na tíživou životní situaci – manželské konflikty, rozvod, dluhy. Zavolal mu bratr, klient mu vše řekl a on mu poradil, ať jde do KC. Což také potom udělal.

Po prvním pobytu na KC podstoupil odvykací léčbu pro gamblin. Asi 2 roky nazpátek začal sázet – zpočátku sportovní utkání. Poté i hra na ruletě, začal si brát půjčky a zadlužil se. Snažil se splácet, nahrazoval ovšem jednu splátku dalším dluhem. Od doby, kdy se o tom dozvěděla manželka, je v rodině napětí. Nadále se snaží splácet dluhy. K manželce se již ale nevrátil, jejich manželství

spěje ke konci. Manželka mu stále vyčítá gambling a podvody. Omezuje ho ve styku se synem, ponižuje ho. On má problémy se splácením dluhů, které nyní činí 500 tisíc korun. V současnosti již na automatech nehraje.

Rodinná anamnéza: psychiatrická heredita neexistuje. Oba rodiče žijí. Otec je alkoholik – neléčí se. Bratr žije s přítelkyní, se kterou má dítě.

Osobní anamnéza: pochází z úplné rodiny. Je vyučen nástrojářem, zaměstnán, práce ho baví a je finančně výhodná. Rád má sport – hlavně tenis, squash a fotbal. Ženatý – sňatek po 10 ti měsíční známosti, manželka je nyní na mateřské dovolené se synem. Mají manželské problémy. Konflikty způsobené klientovou závislostí na hracích automatech. Od manželky se odstěhoval k rodičům.

Závislosti: gambling

V průběhu pobytu téměř každodenní telefonáty s manželkou – hádky. Pacient zatím není s to se vyrovnat s faktem, že manželku ztratil. Intenzivně žárlí, trápí se myšlenkami, co teď dělá,... V kontaktu s manželkou se nezdrží některých poznámek, manželka reaguje popuzeně, vznikají četné hádky a manželka na ně začíná reagovat hrozbou omezení jeho kontaktu se synem. Také chce, aby se syn jmenoval jejím jménem za svobodna. To se pacientovi nelíbí, ale také hrozí, že pokud nebude souhlasit, omezí opět jeho kontakt s dítětem. Dále mu vyčetla, že pokud by umřel, přešly by dluhy na ni. Rodiče jsou ochotni mu pomoci ve splácení.

Shrnutí: V popředí všeho stojí jeho patologické hráčství a jím způsobené velké dluhy. Také manželčin pocit zrady, lhaní jí. Cítí se nyní ohrožen odchodem manželky (ještě v sobě možná živí jakousi naději na smíření) a ztrátou kontaktu se synem. Rodina není zatížena sebevraždami či depresemi. Otec je ale alkoholik.

Doporučení: Doporučuji akceptovat vůli manželky ohledně kontaktu se synem a pomalu ji svým chováním přesvědčovat na postupných změnách pokusit se obnovit její důvěru. Opět pokračování v ambulantní péči vidím jako smysluplné.

Kazuistika č. 9:

Pohlaví: žena

Datum narození: 1965

Hospitalizace v krizovém centru: 27. 4. 2007 – 3. 5. 2007

Psychický stav při přijetí: orientována všemi směry správně, odpovědi přiléhavé, obsahově chudší, obtížně vyjadřuje svoje pocity, spolupracuje, bez afektivních projevů, nálada pokleslá, naznačené paranoidní tendence.

Stanovena diagnóza: smíšená úzkostně depresivní porucha (F 41.2)

Způsob pokusu o suicidium: Doma si pustila plyn.

Motivace suicida: V zaměstnání se nepohodla s novou kolegyní, která ji šikanovala a donášela šéfovi. Začala do práce chodit vynervovaná. Jednoho dne tam již nedokázala jít, doma si pustila plyn v suicidálním úmyslu. Po příchodu dcery si to rozmyslela, vyhledala psychiatrickou pomoc. Teď není schopna komunikovat s nikým kromě rodiny – pocit, že to všichni ví. Mimo domov cítí úzkost, musí se vracet rychle domů. Starší syn pije, pak ji bije a slovně a někdy i fyzicky napadá. Podporu má v bývalém manželovi. Téměř denně uvažovala o sebevraždě. Ráno se cítí vždy hůř, večer se to uklidní. Přála si hospitalizaci, aby ji přešly ty stavy a mohla žít normálně. Nelze vyloučit účelovost této žádosti.

Rodinná anamnéza: Otec z matčiny strany spáchal sebevraždu, jeho matka takéž. Sestra se dlouhodobě léčí s depresí. Se svým otcem klientka není v kontaktu. Matka je nyní ve starobním důchodě. Klientka je nejstarší z 6 ti dětí.

Osobní anamnéza: na dětství vzpomíná nerada. Otčím byl agresivní. Chtěl pacientku v jejích 16 ti letech znásilnit – ubránila se. S matkou měla a do nynějška má hezký vztah. Vzpomínky na dětství má spojeny hlavně péčí o sourozence. Má základní vzdělání. Je v pracovní neschopnosti. Je rozvedená – z důvodu manželova alkoholismu, má 3 děti – z toho 1 ještě nezletilý. S bývalým manželem se stýkají a nyní mají vztahy dobré. Klientka uvádí, že nemá žádné zájmy. V 8- mi letech byla léčena na psychiatrii pro bolesti hlavy „nervového původu“.

Závislosti: kouření (10-20 cigaret./denně)

V průběhu hospitalizace klientka absolvovala individuální psychoterapeutické pohovory, během nichž se její stav zlepšil. Z krizového centra odchází plna elánu a předsevzetí změnit svůj život. Doporučeno pokračovat v ambulantní péči psychiatra.

Shrnutí: Klientka je nejstarší ze 6 – ti dětí. A proto její dětství je spojeno hlavně s péčí o ně. Na dětství nevzpomíná ráda. Její otčím se ji pokusil znásilnit. Nyní má klientka problémy se synem, který je na ni agresivní a vyvrcholilo to problémem v práci, kde se nesnáší s novou kolegyní. V rodině se vyskytla sebevražda u dědečka a prababičky. Velký mínusem v psychické hygieně je, že klientka nemá žádné zájmy. A tudíž nemůže kompenzovat dobře stres.

Doporučení: Doporučuji pokračovat v ambulantní péči psychiatra. Odchází z KC plna elánu, ovšem pozor! Klientka se může vrátit domů a velmi rychle může vyprchat postterapeutický náboj. Klientka byla také informována, že má právo svého syna vykázat z domu, pokud ji příště fyzicky napadne.

Kazuistika č. 10:

Pohlaví: žena

Datum narození: 1956

Hospitalizace v krizovém centru: 5. 5. 2007 – 11. 5. 2007

Psychický stav při přijetí: orientovaná, vystupování společenské, ladění depresivní, aktuálně bez závažné psychopatologie.

Stanovena diagnóza: porucha přizpůsobení (F 43.2)

Způsob pokusu o suicidium: spolykala léky.

Motivace suicida: Vyvrcholení narůstajících konfliktů doma a neschopnost najít řešení. Manžel jí vyčetl, že se o něj nestarala po návratu z nemocnice. Zamkla se v pokoji a snědla léky. Po příjezdu na KC uváděla, že již nechce žít. Suicidální chování mělo spíše demonstrační charakter.

Rodinná anamnéza: babička z matčiny strany se léčila pro deprese, otec opakovaně v péči psychiatrů pro reaktivní poruchy. Otec zemřel na nádorové onemocnění. Matka žije.

Osobní anamnéza: Klientka je jedináček. Na dětství nevzpomíná ráda. Otec se doma do 6 let věku klientky vyskytoval jen zřídka (studium, pak vojna), matka byla citově chladnější. Vystudovala filosofickou fakultu. Pracuje jako učitelka. Má ráda četbu a film. Je vdaná, má 2 děti. Syn má cukrovku. Má starostlivou a pesimistickou povahu. Od zjištění synovi nemoci se začínají vyskytovat deprese, malá aktivita, únavnost. Dlouhodobě dochází do psychiatrické ambulance.

Závislosti: žádné

V průběhu hospitalizace je klientka schopna náhledu na dynamiku vztahu s manželem, je připravena navštívit s ním manželskou poradnu. Manžel souhlasí, samotnému se to jeví jako užitečné. Vnímá svoji trucovitost, kterou vyjadřovala svým mlčením. Zjistila, že vždy přemýšlela tak, že ona nemá nárok vznášet nějaké požadavky. Ví, že se to teď bude muset naučit, ale uvědomuje si, že to nebude jednoduché. Je jí doporučena individuální psychiatrická terapie.

Shrnutí: Klientka je jedináček. Přesto neměla vždy vše, co chtěla. V nejdůležitějším vývojovém období (do 6-ti let) se otec doma moc nevyskytoval a matka byla chladná. Na dětství proto nevzpomíná ráda. Podle všeho má potřebu všem vyhovět. Také asi proto byla spouštěčem u klientky výčitka manžela, že se o něj po návratu z nemocnice nestarala. I to, že je její syn nemocný, špatně nesla z důvodu své úzkostné povahy.

Doporučení: Doporučuji individuální psychoterapii a pokračovat v ambulantní péči psychiatra. S ním provádět nácvik technik zvládnání zátěžových situací.

6.1 Dílčí závěr

V šesté kapitole jsem popsala 10 případů klientů krizového centra po pokusu o sebevraždu. Ty obsahovaly několik „vstupních“ informací jako pohlaví, věk, psychický stav při přijetí, diagnózu, způsob a motivaci pokusu o sebevraždu, jejich závislosti a také rodinnou a osobní anamnézu. V závěru těchto informací jsem se pokusila o jakési shrnutí celého případu, kde jsou popsána data, která podle mého měla souvislost s jednáním klientů. Poté jsem popsala svoje doporučení tak, jak jsem si myslela, že by mohlo být přínosné pro klienta do budoucna.

V mém vzorku bylo 6 žen a 4 muži. To by korespondovalo i s tím, že je více pokusů o sebevraždu pácháno ženy. Nejčastěji byla zastoupena věková skupina od 25 do 29 let věku. To je sice podle statistik věková skupina, kde je zvýšená sebevražednost oproti jiným roků, ale zdaleka ne největší. Zajímavým faktem je, že opakovaně se pokusili o sebevraždu mnohem častěji muži. Pouze 1/6 žen byla v krizovém centru více než jednou. A 3/4 mužů zde byli opakovaně.

Nejčastější diagnózou byla porucha přizpůsobení. Deprese jako diagnóza byla zjištěna pouze u 1 klienta.

Způsob, po kterém klienti nejčastěji sahal, byla otrava (90% klientů). V těchto procentech je zahrnuta jak otrava léky, tak plynem či čichání toluenu. Pouze v 1 případě z deseti šlo o podřezání žil. Otrávení také statisticky patří mezi 3 nejčastější způsoby provedení sebevraždy.

Motivací byly téměř 100% rodinné a manželské problémy. V kombinaci s nimi byly motivací k sebevraždě ve 2 případech dluhy a v jednom bilance odchodu do penze.

Vzhledem k hypotéze, zda je sebevražda dědičná, jsem se zaměřila na rodinnou anamnézu klientů. V 6-ti případech byli klienti bez psychiatrické heredity a nikdo v jejich rodině sebevraždu nespáchal ani se o ni nepokusil. Podíl dědičnosti sebevražd by tedy mohl být v mém vzorku 40% . I na tomto malém vzorku můžeme vidět, že sebevražda není dědičnou záležitostí. Kloním

se zde opět k názoru, že děti přejímají vzorce chování dospělých a tudíž reagují i stejným způsobem na stres. To by mohlo vysvětlit oněch 40% klientů, kde se vyskytla v rodině sebevražda či pokus o ni. Tam, kde se ani psychiatrická heredita v rodině nevyskytla, je možné ale vidět, že výchovně – rodinné klima nebylo ideální. Vztahy byly narušené, děti citově deprimovaní, někteří rodiče závislí na alkoholu apod.

ZÁVĚR

Na základě této práce jsem dospěla k závěru, že charakteristika osob s tendencemi k dobrovolnému ukončení života není úplně možná. Nemůžu podat ucelený popis, jaký je člověk s těmito tendencemi. Není to možné proto, že každý člověk, byť má stejné problémy a myšlenky, je jiný. Nemůžu proto „házet“ všechny lidi do jednoho pytle.

Smrt je sice stále tabuizovaným tématem, ale je načase, aby se o něm začalo otevřeně mluvit. Naštěstí se tomu alespoň v České republice tak začíná dít.

Na otázku, zda mají pravdu zastánci či odpůrci eutanazie jsem našla odpověď jen částečně. Vždy bude stát proti sobě argument práva na život a práva na autonomii člověka. Musíme si ale každý za sebe položit otázku, co je pro nás významnější a prioritnější. Co na těch pomyslných miskách vah převažuje. A pak by měl mít člověk právo na svobodnou volbu toho, co si vybral. V mém závěru tedy nemůžu potvrdit, ale ani vyvrátit hypotézu, že argumenty zastánců eutanazie mají větší váhu.

Hypotéza, která měla dokázat, že sebevražda je záležitost dědičná, se nepotvrdila. Ukázalo se, že ač patří sebevraždy či pokusy o ni k rizikovým faktorům sebevraždy, není to dědičnost, ale spíše tím, že deprese a sebevražedné jednání se může stát naučeným vzorcem. V mnoha rodinách, kde rodiče mívají deprese, se děti učí ztotožňovat se s rodiči a také si osvojují tento životní styl. Naučí se tak přejímat i reakce na stres. Hypotéza se nepotvrdila i přesto, že vědci již identifikovali sebevražedný gen. Ten je způsoben mutací genu na serotoninovém receptoru. Objev ale neznamená, že ten, kdo zdědí sebevražedný gen, spáchá sebevraždu. A tudíž nenacházíme skrze tento objev odpověď na otázku „Proč jeden sebevraždu spáchá a druhý ne?“

Téma této práce by se dalo rozvinout několika směry. Za zkoumání by stál třeba pohled nakolik se člověk v otázce své smrti rozhoduje emotivně a

nakolik rozumem. Tudíž zda rozhodování o jeho smrti může být přiměřené situaci.

V průběhu psaní mé práce jsem také narazila u několika autorů na názor, že člověk je jediný tvor, který jde proti pudu sebezáchovy a dokáže si vzít život. Napadlo mě ale, co třeba labuť, které umřel labuťák a ona jde zakrátko za ním. Či pes, kterému umřel pán a on od té doby nežere. Říká se, že umírají žalem. Ale nemůže toto být považováno za sebevražedný projev u zvířat? Vždyť to dělají úmyslně a vědomě. Mohla by to být minimálně zajímavá filosofická otázka k zamyšlení.

RESUMÉ

Svoji diplomovou práci jsem rozdělila do šesti kapitol. V první kapitole se zabývám pohledem na smrt jak z hlediska historického, tak současného. Vysvětluji, jak byla chápána smrt jednotlivými filosofickými směry a jaká jsou kritéria smrti. To, že náboženství má svoji specifickou úlohu v etických otázkách eutanazie a sebevražd, je popsáno v třetí podkapitole.

Druhou část věnuji problému eutanazie. Převážně se soustřeďuji na rozlišení pojmů spojených s eutanazií, na její počátky a vývoj a současný postoj této otázky ve světě i v České republice. Zároveň zde předkládám argumenty stojící na straně eutanazie a argumenty, které upozorňují na nebezpečnost její legalizace.

Sebevraždě jako sociálně – patologickému jevu je věnována třetí kapitola. Jako i v předchozích částech, na začátku poskytuji náhled na historie. V tomto případě sebevražedného jednání. Jaké fáze má suicidální chování se spolu s příčinami a důvody tohoto konání můžeme dozvědět právě zde. Protože smrt je tabuizované téma, je opředeno různými mýty. A tak se snažíme tato tabu odtajnit a zjistit, jaká je skutečnost.

Čtvrtá část se zabývá úlohou sociální pedagogiky v souvislosti se sebevražedností. Ukazují zde, jak vidí svět ten, kdo uvažuje o sebevraždě. Jak se může cítit jak po stránce psychické, tak i fyzické. Některé skupiny lidí mají vyšší pravděpodobnost, že spáchají sebevraždu. Které to jsou, se dozvíte v této kapitole. Můžete se dočíst i to, jak komunikovat s osobou mající sebevražedné úmysly a také to, že nejdůležitější je účinná prevence. Sociální pedagog může mít ve svých rukou jak oblast primární, tak sekundární a terciární prevence.

V páté kapitole uvádím podstatné demografické údaje o sebevraždě jako je počet úmrtí na základě této příčiny, dny a měsíce, kdy je statisticky největší sebevražednost apod.

Poslední kapitola uvádí deset kazuistik lidí, kteří se pokusili spáchat sebevraždu a skončili v krizovém centru. Vzhledem k choulostivosti tématu jsem se nezabývala výzkumem kvantitativním.

ANOTACE

Tato diplomová práce pojednává o dobrovolné smrti člověka. Popisuje eutanazii a sebevraždu jako 2 úhly této práce a ukazuje společné rysy osob s tendencemi k sebevraždě. Na několika kazuistických případech ukazují, co vede lidi k pokusu o sebevraždu.

Název práce: Charakteristika osob s tendencemi k dobrovolnému ukončení života

Jméno a příjmení: Bc. Alena Fráňová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jaroslav Nevoránek, CSc.

Univerzita: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Institut mezioborových studií Brno

Počet stran: 92

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 26

Rok vydání: 2008

Klíčová slova: Autonomie
Deprese
Eutanazie
Krizová situace
Milosrdná smrt
Sebevražda
Smrt
Stres
Tabu

ANNOTATION

My diploma work deals about voluntary death of men. It describes euthanasia and suicide as two angle of this work and shows common veins of people with tendency to suicide. It shows on several case reports, what leads people to attempt a suicide.

Title of work: Characterization of people with tendency
to voluntary leave of life

Firstname and surname: Bc. Alena Fráňová

Work leadership: doc. PhDr. Jaroslav Nevoránek, CSc.

University: University of Tomáš Baťa in Zlín
Faculty of humanities study
Institute of interdisciplinary study Brno

Number of pages: 92

Number of appendices: 2

Number of the used literary titles: 26

Year of issue: 2008

Key words: Autonomy
Depression
Euthanasia
Critical situation
Merciful death
Suicide
Death
Stress
Taboo

LITERATURA A PRAMENY

1. LISTINA ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD
2. TRESTNÍ ZÁKONÍK 140/1961 Sb.
3. ETICKÝ KODEX ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY
4. BROVINSOVÁ, J., OEHMKE, T. Vražda nebo milosrdenství Dr. Smrt. 1. vyd. Praha: BRÁNA, 1996. 184 s. ISBN 80-85946-45-9
5. FRANKEL, B., KRANZOVÁ, R. O sebevraždách. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 1998. 149 s. ISBN 80-7106-234-0
6. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J. Sebevražedné chování. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 128 s. ISBN 80-7178-732-9
7. KRAFT, H. Tabu: Magie a sociální skutečnost. 1.vyd. Praha: Mladá fronta, 2006. 224 s. ISBN 80-204-1345-6
8. MASARYK, T.G. Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty. 4. vyd. Praha: Ústav T. G. Masaryka, 1998. 213 s. ISBN 80-901971-4-0
9. MEIER, P., MINIRTH, F. Od deprese ke štěstí. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 1994. 194 s. ISBN 80-85495-82-1
10. MUNZAROVÁ, M. Smrt a umírání. 2. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2002. 75 s. ISBN 80-210-3017-8
11. POLLARD, B. Eutanazie ano či ne? 1. vyd. Praha: Dita, 1996. 205 s. ISBN 80-85926-07-5
12. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. Proti stresu krok za krokem. 1. vyd. Praha: GRADA, 2001. 188 s. ISBN 80-247-0068-9
13. ŠIPR, M., MIČO, M. a kol. Aktuální bioetické texty. Deklarace o eutanazii. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 47 s. ISBN 80-244-1278-0
14. VIEWEGH, J. Sebevražda a literatura. 1. vyd. Brno: Psychologický ústav AV ČR, 1996. 267 s. ISBN 80-85880-10-5

15. HERMAN, E. Suicidalita v ambulantní psychiatrii. Psychiatrie pro praxi, 2004, 2, s. 80 – 81.
16. HONZÁK, R. Eutanazie – a proč jsem proti. Vesmír 80, 2001, 2, s. 67 -69.
17. LUKEŠ, V. Komunikace s osobou mající sebevražedné úmysly. Policista, 2006, 12, příloha s. 1 – 15.
18. PRAŠKO, J. Péče o suicidálního pacienta. Psychiatrie pro praxi, 2006, 4, s. 191 – 195.
19. SOUKUP, P. Sebevraždy a euthanasie, proměny v čase. SDAInfo, 2001, 2, s. 2 – 4.
20. SOUKUPOVÁ, P. Dokážeme podvést smrt? 21. století, 2008, 2, s. 52 - 59.
21. <http://www.britskelisty.cz>
22. <http://www.clkbrno.cz>
23. <http://www.czso.cz>
24. <http://www.eutanazie-dobrasmrt.cz>
25. <http://www.gymfry.cz>
26. <http://www.lidovky.cz>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Návrh zákona o důstojné smrti

Příloha 2: Seznam kódů sebevražd a jejich popis podle 10. MKN

Příloha 1:

návrh zákona - na tiskovce účast poslanec D.Rath a senátorka V.Domšová

Návrh zákona o "důstojné smrti"

30. 08. 2007, DŮVODOVÁ ZPRÁVA a NÁVRH ZÁKONA O DŮSTOJNÉ SMRTI

Obecná část

Návrh zákona o důstojné smrti se snaží vyřešit mnohdy neúnosnou situaci pacienta, který trpí vážnou chorobou, případně se rovněž nachází ve stavu nezměnitelného bezvědomí, a jeho zdravotní stav vyvolává trvalé fyzické nebo psychické utrpení. I když český právní řád nijak nepostihuje spáchání sebevraždy, zdá se, že důstojnější pro řešení shora zmíněných situací by bylo zakotvení podrobně upravené a kontrolovatelné možnosti ukončit život člověka (nacházejícího se ve vážném a neřešitelném zdravotním stavu) na základě jeho dobrovolného rozhodnutí.

K této možnosti již přikročilo nemálo států, za všechny jmenujme například Nizozemí, Belgie či Oregon. Další státy důstojnou smrt neřeší jako takovou zvláštní právní úpravou, její vyvolání však za určitých podmínek nepostihují podle předpisů trestního práva, které by se jinak v dané situaci uplatnily.

Pro účely české právní úpravy byl zvolen koncept, který na první místo klade možnost, aby pacientovi, který se nachází ve zmíněném stavu trvalého fyzického nebo psychického utrpení, byla poskytnuta součinnost, resp. pomoc k tomu, aby si mohl důstojnou smrt vyvolat za odborné asistence sám. Teprve na druhém místě, pro osoby, které se nacházejí, kromě jiného, ve stavu

nezměnitelného bezvědomí a o důstojnou smrt požádaly předem, stanoví návrh zákona eventualitu vyvolání důstojné smrti lékařem samotným. Tento koncept neklade dle názoru autorů takovou zátěž na lékaře, neboť ti se v rámci prvně zmiňované varianty nebudou přímo podílet na usmrcení pacienta, nýbrž mu k důstojné smrti poskytnou pouze svoji odbornou součinnost. Pouze u pacienta, který neučinil svoji žádost předem, resp. není ve stavu nezměnitelného bezvědomí a zároveň není schopen si důstojnou smrt vyvolat sám, zákon ponechává možnost vyvolat důstojnou smrt i tehdy, kdy by v úvahu jinak přicházela pouze pomoc k důstojné smrti.

Závěrem je třeba konstatovat, že návrh zákona o důstojné smrti je v souladu s ústavním pořádkem České republiky i s předpisy mezinárodního práva. Návrh rovněž není v rozporu s legislativou Evropských společenství a nejsou v něm obsažena žádná diskriminační ustanovení. Dopad na státní rozpočet je možné označit za minimální, neboť výdaje se dotknou pouze zřízení komise pro posuzování případů, kdy byla vyvolána důstojná smrt. K tomu je však nutno dodat, že odměny členů komise nebudou mít na státní rozpočet žádný zásadní dopad.

Zvláštní část

K § 1

Návrh zákona v § 1 obsahuje definici důstojné smrti, resp. odděluje pomoc k důstojné smrti (asistovaná eutanázie) a její vyvolání (aktivní eutanázie). Základní variantou je přitom pomoc k důstojné smrti, teprve pokud není možné využít tento postup, přichází na řadu vyvolání důstojné smrti jako takové.

K § 2

Zákon zde vyjímá lékaře, který dopomůže k důstojné smrti nebo ji vyvolá, z působnosti trestních předpisů, a to pouze za předpokladu, že jsou dodrženy podmínky zákona. Zákon rovněž svěřuje pomoc k důstojné smrti nebo její vyvolání pouze lékařům, zároveň však stanoví, že k pomoci k důstojné smrti nebo

jejímu vyvolání nemůže být žádný lékař nucen. Je tak ponecháno vždy na konkrétní osobě, zda svoji součinnost v daném případě poskytne či nikoliv. Toto ustanovení zdůrazňuje pravidlo, že základním způsobem, jímž nastane důstojná smrt je pouze pomoc k ní. Teprve v případech, kdy to není objektivně možné, zákon umožňuje přímo důstojnou smrt vyvolat.

K § 3

Toto ustanovení zákona obsahuje možnost, aby pacient o důstojnou smrt požádal předem, tj. v době, kdy důvod k vyvolání důstojné smrti zatím neexistuje. Situaci, kdy by však důvod k důstojné smrti v budoucnu nastal, pacient může řešit předem, sestavením příslušné žádosti.

K § 4

Tento paragraf návrhu zákona o důstojné smrti obsahuje podrobnou úpravu žádosti pacienta. V této souvislosti bylo využito úpravy občanského zákoníku vztahující se na vyhotovení žádosti. Vzhledem k tomu, že zmíněná úprava občanského zákoníku poměrně zevrubně řeší nejrůznější případy, kdy je fyzická osoba při vyhotovování příslušného právního úkonu určitým způsobem znevýhodněná, tj. je například nevidomá, nemůže číst nebo psát, byla ustanovení občanského zákoníku použita i na žádost o důstojnou smrt, neboť je v souvislosti s ní do značné míry pravděpodobné, že žádost bude vyhotovovat právě fyzická osoba zdravotně určitým způsobem postižená.

K § 5

V tomto případě se jedná o poměrně běžné ustanovení, výslovně stanovující možnost pacienta se svojí žádostí o důstojnou smrt libovolně nakládat, což zahrnuje i případné zpětvzetí žádosti.

K § 6

K tomu, aby bylo možné prokázat, že pacient žádost o důstojnou smrt skutečně sestavil, návrh zákona stanoví, že žádost se vždy zakládá do zdravotnické

dokumentace pacienta, případně je z ní po jejím zpětvzetí okamžitě vyňata a zničena.

K § 7

Toto ustanovení návrhu zákona poněkud omezuje pomoc k důstojné smrti nebo její vyvolání. Předně z možnosti takto ukončit lidský život vyjímá osoby staré nebo bezmocné, které jinak nesplňují podmínky předpokládané tímto zákonem. Dále potom přesně definuje stav pacienta, u něhož je možné důstojnou smrt vyvolat či k ní dopomoci. Konečně zákon pamatuje i na to, že vzhledem ke stanoveným procedurám je nutný určitý čas, a proto určuje, že k důstojné smrti nelze dopomoci nebo ji vyvolat dříve než 4 týdny od vyhotovení žádosti.

K § 8

Zákon zde stanoví podmínky, jejichž současné splnění je nutnou podmínkou pro pomoc k důstojné smrti nebo její vyvolání.

K § 9

Aby bylo zabezpečeno co možná nejobektivnější posouzení konkrétní situace, je třeba dle tohoto ustanovení zákona konzultovat dalšího lékaře, který splňuje podmínky stanovené prováděcím předpisem (konkrétně nezávislost je v tomto kontextu chápána i jako nutnost nepracovat na témže pracovišti jako ošetřující lékař pacienta) a který ke každému konkrétnímu pacientovi poskytne svoje stanovisko. Pokud pacienta pravidelně ošetřuje lékařský tým, musejí být v souvislosti s důstojnou smrtí konzultováni i členové tohoto lékařského týmu. Pro případ, že by některý z konzultovaných lékařů vyjádřil o důstojné smrti pacienta pochyby, zákon stanoví, že musí být konzultován další lékař.

K § 10

Toto ustanovení vzhledem ke svému systematickému zařazení znovu opakuje zásadu, podle níž lze důstojnou smrt u pacienta vyvolat i na základě žádosti učiněné předem. Jelikož další úprava operuje již výhradně s podmínkou

nezměnitelného bezvědomí, není již v této části návrhu zákona obsažena možnost k důstojné smrti pouze pomoci.

K § 11

Paragraf 11, podobně jako paragraf 8 a 9 upravuje postup lékařů, který musí předcházet vyvolání důstojné smrti u pacienta, který žádost o důstojnou smrt učinil dopředu a který se tudíž v dané situaci nachází ve stavu, kdy již není schopen o sobě rozhodovat.

K § 12

Vzhledem k vysoké odbornosti lékařských postupů byla konkrétní procedura vyvolání a pomoci k důstojné smrti ponechána na odborně zpracovaném prováděcím předpise.

K § 13

K tomu, aby bylo možné tuto citlivou záležitost podrobit patřičné kontrole, je stanoveno, že po pomoci k důstojné smrti nebo jejím vyvolání je lékař, který k důstojné smrti dopomohl nebo ji vyvolal, povinen vyplnit formulář a zároveň se určuje, jaké údaje musí formulář obsahovat.

K § 14

K přezkoumání postupu při pomoci k důstojné smrti nebo jejím vyvolání, resp. dodržení podmínek navrhovaného zákona zřídí ministerstvo komisi, která na základě údajů uvedených ve formuláři rozhodne, zda při pomoci k důstojné smrti nebo jejím vyvolání v konkrétním případě byly či nebyly splněny podmínky tohoto zákona. Tato komise by měla být složena z lékařů, právníků a odborníků na oblast důstojné smrti, tj. například psychologů aj. a měla by fungovat v rámci úřadu veřejného ochránce práv.

K § 15

Výsledkem rozhodování komise je rozhodnutí, jež je komise povinna vydat do dvou měsíců od doručení formuláře. Je tak zajištěna jistota lékaře, že

při vyvolávání nebo pomoci k důstojné smrti dodržel veškeré podmínky stanovené tímto zákonem.

K § 16

Zde se jedná o odlišení pomoci (vyvolání) důstojné smrti za podmínek stanovených návrhem zákona, které je vyjmuto z působnosti trestních předpisů, od potenciálního spáchání trestného činu při nedodržení podmínek zákona.

K § 17

Technicko – organizační ustanovení, které pouze klade důraz na důležitost přijímání rozhodnutí komise, tudíž pro její usnášení schopnost stanovuje podmínku účasti alespoň dvou třetin jejích členů.

K § 18

Vzhledem k citlivosti záležitosti, jakou důstojná smrt jistě je, a k ochraně osobních údajů zde zákon výslovně na členy komise klade povinnost mlčenlivosti a ochrany osobních údajů.

K § 19

Jde o zmocňovací ustanovení, které se vztahuje na případy, u nichž návrh zákona počítá s prováděcím předpisem.

Návrh zákona

§ 1

(1) Důstojnou smrtí se pro účely tohoto zákona rozumí ukončení života osoby (pacienta) na její vlastní žádost s vědomou a odbornou pomocí jiné osoby za podmínek stanovených tímto zákonem.

(2) Důstojnou smrtí se pro účely tohoto zákona rozumí rovněž úmyslné ukončení života osoby (pacienta) na její vlastní žádost jinou osobou, pokud není možné použít postup dle odst. 1.

§ 2

(1) Důstojné smrti může být dle tohoto zákona nápomocen, případně ji vyvolat pouze lékař, a to za podmínek stanovených tímto zákonem a prováděcími předpisy.

(2) Lékař, který je nápomocen důstojné smrti nebo ji vyvolá, není odpovědný za tento skutek podle předpisů trestního práva, pokud splní podmínky tohoto zákona a prováděcích předpisů a postupuje v souladu s postupy v nich stanovenými.

(3) Žádný lékař však nemůže být k nápomoci důstojné smrti či k jejímu vyvolání nucen.

(4) Pokud to stav pacienta dovoluje, použije se přednostně před vyvoláním důstojné smrti pomoc k ní.

§ 3

O důstojnou smrt může pacient žádat předem pro případ, že by v budoucnu nebyl schopen vyjádřit svoji vůli.

Žádost pacienta

§ 4

(1) V době vyhotovení žádosti o důstojnou smrt musí být pacient plně způsobilý k právním úkonům a musí být plně při vědomí. Žádost musí být vyhotovena písemně a musí z ní být nade vší pochybnost zřejmé, že pacient dobrovolně a po náležitém zvážení žádá o důstojnou smrt. Pacient musí žádost vlastnoručně sepsat, datovat a podepsat; podpis pacienta musí být úředně ověřen.

(2) Pokud pacient nemůže číst nebo psát, nebo je nevidomý, může svoji žádost o důstojnou smrt učinit před třemi současně přítomnými svědky v listině, která musí být hlasitě přečtena a přítomnými svědky podepsána. Přitom pacient musí

před svědky potvrdit, že listina obsahuje jeho žádost o důstojnou smrt. Pisatelem a předčítatelem může být i svědek; pisatel však nesmí být zároveň předčítatelem.

(3) V listině podle odst. 2 musí být uvedeno, že pacient nemůže číst nebo psát, kdo listinu napsal a kdo nahlas přečetl a jakým způsobem pacient potvrdil, že listina obsahuje jeho žádost o důstojnou smrt. Listinu musí svědci podepsat.

(4) Osoby neslyšící, které nemohou číst nebo psát, mohou projevit žádost o důstojnou smrt před třemi současně přítomnými svědky, ovládajícími znakovou řeč, a to v listině, která musí být tlumočena do znakové řeči.

(5) V listině podle odst. 4 musí být uvedeno, že pacient nemůže číst nebo psát, kdo listinu napsal a kdo nahlas přečetl a jakým způsobem pacient potvrdil, že listina obsahuje jeho žádost o důstojnou smrt. Obsah listiny podle odst. 4 musí být po jejím sepsání přetlumočen do znakové řeči; i toto musí být v listině uvedeno. Listinu musí svědci podepsat.

(6) Svědky žádostí o důstojnou smrt uvedených v tomto paragrafu mohou být pouze osoby, které jsou plně způsobilé k právním úkonům. Svědky nemohou být osoby nevidomé, neslyšící, němé, ty, které neznají jazyk, ve kterém se projev vůle činí, a osoby, které by mohly mít na smrti pacienta jakýkoli materiální zájem.

§ 5

Žádost o důstojnou smrt může pacient vzít kdykoliv zpět.

§ 6

Žádost o důstojnou smrt se zakládá do zdravotnické dokumentace pacienta. V případě jejího zpětvzetí je žádost ze zdravotnické dokumentace okamžitě vyňata a zničena.

§ 7

(1) K důstojné smrti lze na základě jeho žádosti dopomoci nebo ji vyvolat pouze u pacienta, který je v situaci, kdy jeho zdravotní stav je beznadějný, a kdy se nachází ve stavu trvalého utrpení fyzického nebo psychického, které je

výsledkem nahodilé nebo dlouhodobé závažné a nevléčitelné nemoci.

(2) K důstojné smrti nelze dopomoci nebo ji vyvolat u osoby pouze na základě stáří nebo bezmocnosti.

(3) K důstojné smrti nelze dopomoci nebo ji vyvolat dříve než 4 týdny od vyhotovení žádosti pacientem.

Postup lékaře

§8

Pokud pacient požádá o pomoc k důstojné smrti či o její vyvolání, musí být před samotnou pomocí nebo vyvoláním důstojné smrti současně splněny následující podmínky:

a) ošetřující lékař musí podrobně seznámit pacienta s jeho zdravotním stavem, předpokládanou délkou jeho života, možnými léčebnými postupy a utišující léčbou včetně jejich účinků

b) ošetřující lékař musí prodiskutovat s pacientem jeho žádost o důstojnou smrt a musí nabýt přesvědčení, že vzhledem ke všem okolnostem neexistuje žádné jiné rozumné řešení situace pacienta a že žádost pacienta je zcela dobrovolná

c) ošetřující lékař musí s pacientem vést o jeho žádosti o důstojnou smrt nejméně tři časově přiměřeně oddělené rozhovory, aby se ujistil o trvání fyzického nebo psychického utrpení pacienta a o jeho opakované vůli.

§ 9

(1) Před pomocí k důstojné smrti nebo jejím vyvoláním musí ošetřující lékař konzultovat jiného lékaře, kterého zevrubně informuje o zdravotním stavu pacienta. Tento lékař musí být nezávislý ve vztahu k pacientovi i ošetřujícímu lékaři a musí splňovat další podmínky stanovené prováděcím předpisem. Konzultovaný lékař přezkoumá lékařské záznamy a vyšetří pacienta. Konzultovaný lékař vypracuje o svých zjištěních zprávu, se kterou musí ošetřující lékař seznámit pacienta.

(2) Pokud pacienta pravidelně ošetřuje lékařský tým, ošetřující lékař musí pacientovu žádost o důstojnou smrt konzultovat i se členy tohoto lékařského týmu. Výsledky těchto konzultací je nutno zachytit v písemné formě. Členové ošetřujícího lékařského týmu musejí tento dokument podepsat.

(3) Pokud některý z konzultovaných lékařů vyjádří pochybnost o odůvodněnosti vyvolání důstojné smrti, je ošetřující lékař povinen konzultovat postupem dle odst.1 dalšího lékaře.

(4) Při splnění podmínek tohoto ustanovení ošetřující lékař postupuje dále podle § 12.

Postup lékaře v případě žádosti učiněné předem

§ 10

Důstojnou smrt lze za podmínek tohoto zákona vyvolat i u pacienta, který o důstojnou smrt požádal způsobem stanoveným tímto zákonem předem.

§ 11

(1) Pokud pacient požádal o vyvolání důstojné smrti předem, musí být před samotným vyvoláním důstojné smrti současně splněny následující podmínky:

a) pacient trpí vážnou a nevléčitelnou nemocí;

b) pacient se nachází ve stavu nezměnitelného bezvědomí;

c) zdravotní stav pacienta je s ohledem na stav lékařské vědy v té době nevratný;

d) ošetřující lékař musí konzultovat jiného lékaře, kterého zevrubně informuje o zdravotním stavu pacienta. Tento lékař musí být nezávislý ve vztahu k pacientovi i ošetřujícímu lékaři a musí splňovat další podmínky stanovené prováděcím předpisem. Konzultovaný lékař přezkoumá lékařské záznamy, vyšetří pacienta a sdělí, zda podle jeho názoru jsou splněny podmínky písm. a) až c).

(2) Pokud pacienta pravidelně ošetřuje lékařský tým, ošetřující lékař musí pacientovu žádost o důstojnou smrt konzultovat i se členy tohoto lékařského

týmu. Výsledky těchto konzultací je nutno zachytit v písemné formě. Členové ošetřujícího lékařského týmu musejí tento dokument podepsat.

(3) Pokud některý z konzultovaných lékařů vyjádří pochybnost o odůvodněnosti vyvolání důstojné smrti, je ošetřující lékař povinen konzultovat postupem dle písm. d) dalšího lékaře.

(4) Při splnění podmínek tohoto ustanovení ošetřující lékař postupuje dále podle § 12.

§ 12

Lékařské postupy pro pomoc k důstojné smrti a pro její vyvolání stanoví ministerstvo vyhláškou.

§ 13

Lékař, který byl nápomocen k důstojné smrti nebo ji vyvolal, musí vyplnit formulář sestavený ministerstvem a doručit jej ministerstvu do pěti pracovních dnů od vyvolání nebo pomoci k důstojné smrti. Ve formuláři musí být uvedeno pohlaví, místo a datum narození pacienta; datum, místo a hodina úmrtí; povaha utrpení, které bylo trvalé; zda byl pacient v nezměnitelném bezvědomí; důvody, které vedly k přesvědčení, že vzhledem ke všem okolnostem neexistovalo žádné jiné rozumné řešení situace pacienta a že žádost pacienta byla zcela dobrovolná; datum sepsání žádosti o důstojnou smrt; data a výsledky konzultací s jinými lékaři, případně se členy ošetřujícího lékařského týmu.

§ 14

Ministerstvo formulář uvedený v § 13 nejpozději do 3 pracovních dnů postoupí komisi zřízené při úřadu veřejného ochránce práv a složené lékařů, právníků a expertů na oblast důstojné smrti, která na základě údajů ve formuláři přezkoumá, zda byly v daném případě splněny podmínky tohoto zákona. V případě pochybností si komise může vyžádat od ošetřujícího lékaře údaje ze zdravotní dokumentace pacienta vztahující se k vyvolání důstojné smrti, zejména zprávy z veškerých konzultací, které byly učiněny v rámci postupu stanoveného tímto

zákonem. Ošetřující lékař má povinnost vyžádanou dokumentaci komisi poskytnout.

§ 15

Komise vydává ke každému případu do dvou měsíců od doručení formuláře rozhodnutí o tom, zda byly splněny podmínky tohoto zákona. Na rozhodování komise se přiměřeně použijí ustanovení správního řádu.

§ 16

Pokud komise dospěje v rozhodnutí k názoru, že při pomoci k důstojné smrti nebo při jejím vyvolání nebyly splněny podmínky stanovené tímto zákonem, postoupí případ místně příslušnému státnímu zástupci.

§ 17

Komise je usnášeníschopná, pokud jsou přítomny nejméně dvě třetiny jejích členů.

§ 18

Členové komise jsou povinni zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvědí v souvislosti s činností v komisi. Tím není dotčena povinnost uvedená v § 16. Rovněž ustanovení zvláštních zákonů o zproštění mlčenlivosti touto zásadou nejsou dotčena. Členové komise rovněž důsledně dbají ochrany osobních údajů.

§ 19

Ministerstvo stanoví prováděcím předpisem bližší podmínky, které musí splňovat lékař konzultovaný v souvislosti se žádostí o důstojnou smrt, sestaví formulář uvedený v § 13 tohoto zákona a určí početní zastoupení odborníků v komisi podle § 14 tohoto zákona.

Příloha 2:

Tab. č.6 Seznam kódů sebevražd a jejich popis podle 10. MKN

- X60 Úmyslné sebeotrávení neopiátovými analgetiky, antipyretiky a antirevmatiky a expozice jejich působení
- X61 Úmyslné sebeotrávení antiepileptiky, sedativy-hypnotiky, antiparkinsoniky, psychotropními léky a expozice, nezařazené jinde
- X62 Úmyslné sebeotrávení narkotiky a psychodysleptiky [halucinogeny] a expozice jejich působení, nezařazené jinde
- X63 Úmyslné sebeotrávení jinými léčivými přípravky působícími na autonomní nervovou soustavu a expozice jejich působení
- X64 Úmyslné sebeotrávení jinými a neurčenými léky, léčivými, návykovými a biologickými látkami a expozice jejich působení
- X65 Úmyslné sebeotrávení alkoholem a expozice jeho působení
- X66 Úmyslné sebeotrávení organickými rozpustidly a halogenovanými uhlovodíky a jejich parami a expozice jejich působení
- X67 Úmyslné sebeotrávení jinými plyny a parami a expozice jejich působení
- X68 Úmyslné sebeotrávení pesticidy a expozice jejich působení
- X69 Úmyslné sebeotrávení jinými a neurčenými chemikáliemi a škodlivými látkami a expozice jejich působení
- X70 Úmyslné sebepoškození oběšením, [u]škrcením a [za]dušením
- X71 Úmyslné sebepoškození (u)topením a potopením
- X72 Úmyslné sebepoškození výstřelem z pistole, revolveru
- X73 Úmyslné sebepoškození výstřelem z pušky, brokovnice a větší ruční střelné zbraně
- X74 Úmyslné sebepoškození výstřelem z jiné a neurčené střelné zbraně
- X75 Úmyslné sebepoškození výbušnou látkou
- X76 Úmyslné sebepoškození kouřem, dýmem a ohněm
- X77 Úmyslné sebepoškození vodní parou, horkými výpary a horkými předměty
- X78 Úmyslné sebepoškození ostrým předmětem
- X79 Úmyslné sebepoškození tupým předmětem
- X80 Úmyslné sebepoškození skokem s výše
- X81 Úmyslné sebepoškození skokem nebo lehnutím si před pohybující se předmět
- X82 Úmyslné sebepoškození havárií motorového vozidla

X83 Úmyslné sebepoškození jinými určenými prostředky

X84 Úmyslné sebepoškození neurčenými prostředky