

Univerzita Karlova v Praze

Husitská teologická fakulta

Diplomová práce

Přístup pracovníků Linky bezpečí k sebevražedným klientům

The Approach of Children Helpline's Consultants toward suicidal Clients

Mgr. Sylvie Stretti

Irena Horáčková

Praha 2011

Poděkování

Děkuji své vedoucí diplomové práce Mgr. Sylvii Stretti a všem ostatním, kteří se na této práci jakkoli podíleli, ať už se jednalo o připomínkování a pomoc s výzkumnou částí, pomoc s anglickým překladem či o přímou účast ve výzkumu.

Dále děkuji rodičům, kteří mě během mých studií celou dobu podporovali.

„Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem „Přístup pracovníků Linky bezpečí k sebevražedným klientům“ napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Praze dne.....

podpis.....

Anotace

Cílem této diplomové práce je představit problematiku sebevražedného jednání u dětí, dospívajících a mladých dospělých a práci s těmito jedinci v rámci telefonické krizové intervence. Teoretická část, jež vychází především z české odborné literatury, ale i zahraniční, je věnována popisu fenoménu sebevraždy, jejích forem a způsobů sebevražedného jednání se zaměřením na vliv vývojových charakteristik na suicidální krizi u výše uvedené cílové skupiny. Dále jsou mapována specifika práce a přístup k této skupině z hlediska telefonické krizové intervence. Dílčím tématem je etika práce s klientem.

Praktická část zkoumá přístup pracovníků telefonické krizové intervence k suicidálním klientům, a jak tyto pracovníci zacházejí s možnými etickými konflikty (dilematy). Z hlediska metodologického byl aplikován kvalitativní výzkum s využitím metody polostrukturovaného interview s vybranými účastníky v konkrétní organizaci Linka bezpečí.

Annotation

The purpose of this thesis is to introduce the problem of suicidal behavior of children, adolescents and young adults as well as the kind of work with such people in telephone crisis intervention. The theoretical part is based primarily on literature written by Czech as well as foreign authors. It describes the phenomenon of suicide, forms and kinds of suicidal behavior with the focus on the influence of developmental characteristics to a suicidal crisis within the above mentioned focus group. Further the specific ways of work and approach to this group of clients are mapped from the point of view of telephone intervention. The ethics of working with a client is treated as a subtheme of this thesis.

The practical part studies the approach of workers in phone intervention to suicidal clients and the way workers deal with possible ethical dilemmas. A methodological approach of qualitative research with semi-structured interview was applied. Interviews were conducted with selected participants from Linka Bezpečí.

Klíčová slova

Etika, Dilema, Krize, Kvalitativní výzkum, Sebevražda, Telefonická krizová intervence

Key words

Ethics, Dilema, Crisis, Qualitative research, Suicide, Telephone crisis intervention

SEZNAM ZKRATEK

CAN – Child Abuse and Neglect

ČAPLD – Česká asociace pracovníků linek důvěry

CHI - Child Helpline International

IFOTES – International Federation of Telephone Emergency Service

LB – Linka bezpečí

LD – Linka důvěry

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

RF – rizikové faktory (sebevraždy)

SLB – Sdružení linky bezpečí

TIS – Toxikologické informační středisko

TKI – Telefonická krizová intervence

apod. – a podobně

atd. – a tak dále

atp. – a tak podobně

tj. – to je

tzn. – to znamená

mj. – mimo jiné

popř. – popřípadě

resp. – respektive

vč. – včetně

OBSAH

ÚVOD.....	10
1. SEBEVRAŽDA, SEBEVRAŽEDNÉ CHOVÁNÍ.....	12
1.1. Sebevražda - Vymezení pojmu	12
1.2. Teoretické přístupy k sebevražednému jednání	14
1.3. Další možné přístupy k sebevražednému jednání	15
2. MOTIVY SEBEVRAŽEDNÉHO CHOVÁNÍ.....	17
3. VÝVOJ SEBEVRAŽEDNÉHO CHOVÁNÍ.....	19
3.1. Vývoj sebevražedného chování	19
3.2. Presuicidální syndrom.....	19
4. FORMY SEBEVRAŽEDNÉHO CHOVÁNÍ.....	22
4.1. Sebevražedné chování	22
4.2. Sebevražedné tendence (myšlenky)	22
4.3. Sebevražedné tendence	23
4.4. Sebevražedný pokus	23
4.5. Dokonaná sebevražda	23
4.6. Účelová sebevražda	23
4.7. Bilanční sebevražda	24
4.8. Rozšířená sebevražda.....	24
5. ZPŮSOBY SEBEVRAŽEDNÉHO CHOVÁNÍ.....	25
6. SPECIFIKA SEBEVRAŽEDNÉHO CHOVÁNÍ U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH.....	26
6.1. Vymezení pojmu dítě, dospívající a dospělý	26
6.2. Sebevražedné chování; specifika sebevražedného jednání u dětí a dospívajících	27
6.2.1. Specifika dětských sebevražd.....	28
6.2.2. Specifika sebevražd v dospívání	29
7. RIZIKOVÉ FAKTORY SEBEVRAŽEDNÉHO CHOVÁNÍ	34
7.1. Přehled rizikových faktorů	35

7.2.	Protektivní faktory	35
8.	SHRNUTÍ	37
9.	TELEFONICKÁ KRIZOVÁ INTERVENCE.....	38
9.1.	Krise.....	38
9.1.1.	Typologie krize	39
9.1.2.	Vývoj krize	39
9.2.	Způsoby zvládání krize	40
9.2.1.	Zvládání zátěže u dětí a adolescentů	40
9.3.	Krizová intervence	41
9.4.	Telefonická krizová intervence.....	42
9.4.1.	Linky důvěry	42
9.4.2.	Linka bezpečí.....	45
9.5.	Základní techniky telefonické krizové intervence.....	46
9.5.1.	Navázání kontaktu	46
9.5.2.	Techniky provázení a vedení a techniky efektivní komunikace	48
9.5.3.	Základní orientace v problému	48
9.5.4.	Ukončení hovoru.....	49
9.6.	Telefonická krizová intervence se sebevražedným klientem	49
9.6.1.	Základní předpoklady v přístupu k sebevražedným klientům.....	50
9.6.2.	Hovor se sebevražedným klientem.....	51
10.	SYNDROM VYHOŘENÍ, SUPERVIZE A PSYCHOLOGICKÝ DEBRIEFING	57
10.1.	Syndrom vyhoření.....	57
10.2.	Supervize, psychologický debriefing.....	57
11.	SHRNUTÍ	60
12.	PROBLEMATIKA ETICKÉHO JEDNÁNÍ.....	61
12.1.	Vymezení pojmů: etika, morálka a mravní jednání	61
12.2.	Etické rozhodování, etické otázky, etické problémy a etická dilemata	62
12.3.	Dilemata práce s klienty v organizacích.....	64
12.4.	Problematika etického jednání v telefonické krizové intervenci	66
12.4.1.	Etický kodex Linky důvěry	67
13.	SEBEVRAŽDA V PRÁVNÍM KONTEXTU	70
14.	SHRNUTÍ	71

B. PRAKTICKÁ ČÁST	72
15. KVALITATIVNÍ VÝZKUM V PRÁCI KONZULTANTŮ SE SEBEVRAŽEDNÝMI KLIENTY NA Lince BEZPEČÍ	72
15.1. Cíle výzkumu a odůvodnění volby kvalitativního přístupu:	72
15.2. Vymezení kvalitativního přístupu a jeho charakteristika	73
15.2.1. Principy kvalitativního výzkumu	73
15.2.2. Definice	74
15.3. Příprava projektu – projekt výzkumu, organizační plán, výběr výzkumného vzorku a zvolení metody sběru dat	74
15.3.1. Projekt výzkumu	74
15.3.2. Organizační plán	75
15.3.3. Výběr výzkumného vzorku:	75
15.3.4. Metoda sběru dat	75
15.4. Metoda zpracování a analýza dat	77
16. VÝSLEDKY ANALÝZY	79
16.1. Hovor se sebevražděním klientem	79
16.2. Představy o klientovi na základě jeho projevu a přisouzení kompetencí	80
16.2.1. Reakce na projev klienta	80
16.2.2. Kompetence klienta	81
16.2.3. Pocit odpovědnosti	81
16.2.4. Hranice odpovědnosti	81
16.3. Vyhodnocení situace	82
16.4. Dilemata v práci se sebevražděním klientem	83
16.4.1. Vnímaná dilemata	83
16.4.2. Pilíře ve zvládání dilemat a náročných situací	85
16.5. Nejistota	87
17. ZÁVĚRY ANALÝZY	89
18. ZHODNOCENÍ	90
18.1. Role a pozice výzkumníka	90
18.2. Omezení výzkumu	91
19. ETIKA VÝZKUMU	93
20. ZÁVĚR	94
SEZNAM LITERATURY	95

SEZNAM PŘÍLOH.....	101
PŘÍLOHA Č. 1A – STATISTICKÉ ÚDAJE V ČR	I
PŘÍLOHA Č. 1B – STATISTICKÉ ÚDAJE NA Lince BEZPEČÍ	III
PŘÍLOHA Č. 2 – RIZIKOVÉ FAKTORY SEBEVRAŽDY.....	IV
PŘÍLOHA Č. 3 – KOMPETENCE PRACOVNÍKA LINKY DŮVĚRY	VIII
PŘÍLOHA Č. 4 – SOUHLAS VEDOUCÍHO LINKY BEZPEČÍ S VÝZKUMEM V ORGANIZACI	IX
PŘÍLOHA Č. 5 – POLOSTRUKTUROVANÉ INTERVIEW.....	X

ÚVOD

Sebevražda. Slovo, které je opředeno různými fantaziemi, čin, který si zasluhuje pozornost lidí od nepaměti. V různých kulturně společenských systémech a v odlišných historických obdobích nabývá pro jedince tento čin různého významu. Faktem zůstává, že sebevražedné jednání je stálým společenským fenoménem. Uvažujeme – li naše kulturně společenské podmínky, vzbuzuje sebevražedné jednání spíše negativní reakce a obranné postoje. Avšak každý z nás má svůj vlastní pohled na svět a chápání jevů, které jsou jeho součástí.

Pracovníci linek důvěry patří mezi ty, kteří se s lidmi uvažujícími o sebevraždě dostávají častěji do styku a zajímalo mne proto, jak sami pracovníci v rámci své profese téma sebevraždy a hovoru s člověkem se sebevražednými tendencemi vnímají. Na počátku celé práce byla úvaha o tom, jak se pracovníci s tímto tématem vyrovnávají, jak jej zvládají a zároveň jsou s to poskytovat opakovaně kvalitní profesionální pomoc těm, kteří se na linku důvěry dovolají a o sebevraždě hovoří. Lze říci, že hlavním smyslem vzniku této diplomové práce je to, jak pracovníci linky důvěry vnímají hovor se sebevražedným člověkem a jak se toto může odrazit v kvalitě jejich profesionální pomoci. V poskytování kvalitní pomoci na linkách důvěry vnímám velký smysl, neboť jsou často prvním místem, kam se sebevrah může obrátit, a mají v tomto směru nezanedbatelný preventivní potenciál.

Důležitým podnětem k napsání této práce se mi stal i zaznamenaný nárůst tematických hovorů o sebevraždě v organizaci, kde působím a kde probíhal výzkum této práce (viz Příloha č. 1b). Protože se jedná o linku důvěry určené dětem, dospívajícím a dospělým studujícím do 26 let, již na počátku mne zajímalo, zda na pracovníky linky důvěry klade větší nároky ve vedení těchto hovorů fakt, že mluví teprve s dítětem nebo dospívajícím. Na tyto věkové kategorie se tak v této práci zaměřuji a ve výzkumu porovnávám s přístupem k dospělým, kteří na Linku bezpečí volají.

Z povahy tématu vyplývá a zároveň z vlastních zkušeností si uvědomuji, že rozhovor s člověkem uvažujícím o sebevraždě v rámci telefonické krizové intervence je mnohdy velmi náročný a někdy vyžaduje nelehké rozhodování, co v tu chvíli udělat. Otázka, jak se rozhodovat mě přivedla na pole etiky, věnuji se tak rovněž některým etickým tématům v práci s klientem.

Pro výzkumnou část jsem zvolila kvalitativní přístup, který umožňuje více do hloubky sledovat výše popsanou problematiku. Výzkum probíhal v organizaci Linka bezpečí, kde již čtvrtým rokem působím jako konzultant telefonické krizové intervence.

Tato práce tak obsahuje teoretický rámec sebevražedného chování především se zaměřením na specifika u dětí a dospívajících, dále popis odborné práce telefonické krizové intervence na linkách důvěry a v souvislosti se zvládáním náročných hovorů pracovníky linek důvěry se krátce věnuji potřebě supervize a v neposlední řadě etice práce s klienty v organizaci. V praktické části se zaměřuji na srovnání přístupu pracovníků Linky bezpečí k sebevražedným klientům dětem, dospívajícím a

dospělým a také na to, jak pracovníci zachází s etickými dilematy, které mohou vyvstat. Ve výzkumu pracuji s autentickými výpověďmi účastníků, kdy podstatné části jejich výpovědí jsou zaznamenány v této práci za účelem doložit některé výzkumné závěry. S tímto materiálem samozřejmě pracuji s ohledem na citlivost těchto údajů a na dodržení anonymity účastníků výzkumu. Teoretické zázemí pro plán výzkumu a pro celou teoretickou část nacházím především v dostupné odborné české literatuře, ale čerpám i ze zahraničních zdrojů.

Přestože závěry výzkumu se vztahují ke konkrétní organizaci, předpokládám, že některé mohou být vhodným zdrojem informací i pro jiná pracoviště linek důvěry či pro další výzkum v této oblasti.

1. SEBEVRAŽDA, SEBEVRAŽEDNÉ CHOVÁNÍ

1.1. Sebevražda - Vymezení pojmu

Termín sebevražda je někdy nahrazovaný anglickým pojmem „*suicidum*“. Většinou však tyto výrazy bývají užívány k vyjádření stejného obsahového významu, jen v odborné literatuře se častěji setkáváme s užitím anglické verze. Její výhodou je, že v českém jazyce není spojena s negativním příznakem, jak je tomu u českého ekvivalentu (součástí českého pojmu je slovo „vražda“, jež a priori vzbuzuje představu nezákonného násilného činu). Stejným způsobem užívám těchto pojmů v této práci, kdy český výraz „*sebevražda*“ rovnocenně na některých místech nahrazuji anglickým slovem *suicidum*. V kontextu telefonické krizové intervence (dále jen TKI) se v kontaktu s volajícím dává jednoznačně přednost pojmenování sebevražda („*Máte tím na mysli sebevraždu?*“).

Co je to vlastně sebevražda? Existuje řada projevů člověka, jež mohou obsahovat sebevražedný motiv, některé jsou dokonce nevědomé. Pro takovéto projevy užíváme souhrnného pojmenování **sebevražedné chování**, které nutně neznamená, že dojde k ukončení života. Sebevražda není jen dokonáný čin a bylo by zavádějící a nesprávné ji takto vnímat. Podrobněji se k možným formám sebevražedného jednání věnuji v kapitole 4. *Formy sebevražedného chování*. Další otázkou je, co je to sebevražedné jednání a podle jakých kritérií jej poznáme. Nejdříve je však třeba vyjasnit, podle čeho lze určit (podle jakých kritérií), zda dané jednání je sebevražedné či nikoliv, neboť ne vždy je to zcela jednoznačné.

V pojetí činu sebevraždy existuje značná rozdílnost, která v první řadě vyplývá z odlišného způsobu myšlení a jiného konceptu smrti v rámci dané kultury. Dalším problémem je do jaké míry může být *suicidum* objektivně posouzeno.

K tomu, jakým způsobem objasňujeme a chápeme pojmy, přistupujeme skrze *paradigmata*¹, která se mění a různě vyvíjí v rámci dané kultury, historického období, sociálních struktur apod. Konkrétně v praxi to může znamenat, že definice pojmu sebevraždy a jejich podstatných znaků v jedné společnosti se nemusí shodovat s přístupem společnosti jiné. Pojetí fenoménu sebevraždy

¹ Z řec. *paradeigma* = vzor, nákras, příklad. Podle T. Kuhna se jedná o názor na svět, který v určitém období a v určitém kulturním okruhu převládá. Termín se postupně začal užívat pro určitý způsob myšlení, charakteristickou pro celou epochu (Matoušek, 2003). Zde výraz označuje myšlenkový model, ze kterého vychází jednotná struktura hodnot, postojů a představ.

vychází z toho, jak chápeme samotnou smrt a jak vnímáme smysl života (Vodáčková, 2002). Sebevražedné chování je mnohvrstevnatý projev daného člověka a vždy tak záleží na tom, v jakém kontextu jej posuzujeme.

S tímto souvisí další obtíž v popisování nějakého jevu – možnost dosahovat co nejvyšší míry objektivity; hodnotíme – li chování druhého subjektu, nutně se dopouštíme zkreslení již tím, z jaké pozice to tak děláme, neboť jsme s to vnímat dané projevy pouze „zvenčí“. Nemůžeme tak být zcela objektivní bez toho, abychom dobře znali vnitřní prožitky, ke kterým se však můžeme dostat opět pouze zprostředkovaně (interpretace vlastního prožívání, psychologické testy apod.) (Viewegh, 1996). Sebevraždu nelze chápat jako nějaký izolovaný fenomén, ale vždy v souvislostech. Na jedné straně je tak kontext, v rámci něhož dotyčný jedná a na druhé straně rámec toho, kdo chování popisuje.

Z hlediska vědeckého je sebevražedné chování multidisciplinární problém a přístupy k tomu, jak jej definovat se liší.

Jelikož se tato práce týká zkoumání přístupu pracovníků linek důvěry v České Republice (konkrétně na Lince bezpečí) k sebevražedným klientům hovořících česky, popř. slovensky, vycházím v této práci především ze západního² způsobu myšlení, které je naší kultuře nejbližší.

Co se týče vědeckých paradigmat, nejčastěji vycházím z oborů psychologie, sociální práce a filosofie.

Podle T. G. Masaryka lze sebevraždu chápat v širším smyslu jako jakékoliv jednání člověka, které má za následek zkrácení života. Do tohoto pojetí jsou zahrnuty i neúmyslné zásahy. V užším smyslu ji lze chápat jako úmyslný a vědomý akt, kdy si člověk způsobí smrt: „...*ten, kdo učiní svému životu konec úmyslně a vědomě, kdo si smrti jako takové přeje a je si jist, že svým jednáním či opominutím smrt si přivodí*“ (Masaryk, 2002, str. 17). Jiným případem je však tzv. obětování se (vědomé ukončení vlastního života s cílem dosáhnout tím nějaké pozitivní změny např. ve společnosti), které na rozdíl od předchozího jednání vnímá Masaryk jako ctnost (Masaryk, 2002). Stejně tak není sebevraždou sebezabití, přestože je „*aktivním jednáním, kdy dojde k ukončení vlastního života nikoliv však s vědomým úmyslem zemřít*“ (Masaryk, 2002, str. 18.). Člověk v takovém případě nedokázal do důsledku zhodnotit své jednání (to může být například projevem psychické poruchy, kdy jedinec utíká před hlasy) (Vágnerová, 2004).

Sebevraždu je možné nahlížet jako poruchu nebo agresi zaměřenou proti vlastní osobě: podle Hartlova psychologického slovníku (2000) je to „*porucha pudu sebezáchovy; úmyslné ukončení*

² Způsob myšlení je zde míněn jako součást nosného charakteru dané kultury či civilizace, jež se vyznačuje sdílením stejných společenských objektivních prvků, jazyka, dějin náboženství, zvyků, institucí. Náleží sem i subjektivní pocit sounáležitosti s danou civilizací u jednotlivců. Západní způsob myšlení lze stručně charakterizovat pilíři, na kterých stojí – řecký racionalismus, římské právo, křesťanství, univerzalismus, modernizace. Tento výčet zdaleka není vyčerpávající, nýbrž pro uvedení rámce je postačující.

vlastního života, obvykle jako reakce na tíživou situaci spojenou se ztrátou smyslu života, dle S. Freuda je to agrese obrácená proti sobě jako reakce na frustraci či jde o přesun agrese“ (Hartl, 2000).

Většina autorů se shoduje na zásadních znacích definice sebevraždy:

- Přítomnost vědomého úmyslu zemřít

Koutek však upozorňuje na to, že člověk může být ovlivněn i nevědomými postoji ke smrti, tím pádem úmysl zemřít nemusí být vždy tak jednoznačný (Koutek, 2003).

- Agrese zaměřená proti vlastní osobě (autodestrukce)
- Dobrovolnost takového jednání
- Volba prostředků, o nichž se dotyčný domnívá, že povedou k cíli zemřít

Využijeme-li Vieweghovy definice (1996) (nalezneme ji i u autorky Baštecké) můžeme shrnout, že sebevražda je *„způsob autodestruktivního (sebeničivého) jednání, který zřetelně vyjadřuje úmysl jedince dobrovolně ukončit vlastní život a cílevědomou snahu zvolit k tomuto účelu prostředky, u nichž možno předpokládat, že k zániku povedou.“* (Baštecká, 2003, str. 170).

1.2. Teoretické přístupy k sebevražednému jednání

Z úvodu v minulé kapitole vyplývá, že náš přístup k sebevražednému jednání ovlivňují mj. vědecká paradigmat, skrze něž na daný problém nahlížíme. Podle Vágnerové lze hovořit o těchto teoretických přístupech: medicínský, sociologický a psychologický (Vágnerová, 2004).

- **Medicínský přístup:** vychází v první řadě z principu napomáhání života. V souvislosti se sebevražedným jednáním se zaměřuje na hledání patologických příčin (Moščicki, 1995, in Vágnerová, 2004) a sebevraždu vnímá jako důsledek nemoci (Baštecká, 2003). Avšak ne v každém případě byla duševní nemoc nebo porucha prokázána, stejně jako nebylo prokázáno dědičné zatížení sebevražedného jednání bez souvislosti s duševní nemocí nebo poruchou. Lékařský přístup opomíjí subjektivně individuální význam sebevraždy (Koutek, 2003). Na druhou stranu v odborném článku periodika české psychiatrie (Psychiatrie pro praxi, 4/2006) se setkáváme se zdůrazněním citlivého a empatického přístupu respektujícího vnitřní motivy suicidálního jedince:

„Terapeut by se měl ze všech sil snažit o empatii k pacientovým pocitům, protože pocit nepochopení může postiženého posunout blíže k suicidiu. Základním předpokladem účinné pomoci je ochota po celou dobu kontaktu udržet pozornost a soustředění na osobu suicidálního jedince, na pečlivé a citlivé naslouchání jeho příběhu, jeho problémů a ambivalencím. Povzbuzujeme vyjádření emocí, potvrzujeme jeho právo cítit to, co cítí, nehodnotíme, nekritizujeme, nemoralizujeme. Pomocí empatie a citlivých otázek pomáháme pacientovi propojit se s vlastními emocemi i skrytými ambivalencemi“ (Praško, 4/2006).

- **Sociologický přístup** neboli **sociální**: zkoumá sociálně psychologické faktory, které mohou zvyšovat riziko suicidálního jednání (Vágnerová, 2004) jako např. neuspokojivé vztahy, nedostatek spolehlivého vztahu a sociální podpory, ztráta vazeb, sociální otřesy jako migrace, ztráta zaměstnání, ekonomické faktory jako hospodářská krize a nezaměstnanost atd.

Velkým přínosem v tomto přístupu byl É. Durkheim, který vyzdvihl sociální kontext sebevražd, které vnímal především jako sociologický problém vypovídající o stavu společnosti. Sebevraždu vnímal jako uvolnění a rozklad struktur, oslabení skupinových vazeb. Prevencí takového jednání je začlenění jedince do společnosti, neboť sebevražedné jednání vyplývá především z pocitu vydělenosti (Hillman, 1997). Sociologický přístup se tak zaměřuje na vnější podmínky sebevražedného jednání, avšak nevěnuje dostatečnou pozornost těm vnitřním.

- **Psychologický přístup**: v tomto případě jde o vysvětlení sebevražedných tendencí pomocí psychických faktorů – akutní výkyvy psychických reakcí mimo oblast normy. Přestože suicidium není vždy spojeno jen s duševní nemocí, dochází během jeho vývoje ke změně kognitivních funkcí. (Podrobněji popsáno v podkapitole 3.2. *Presuicidální syndrom*).

1.3. Další možné přístupy k sebevražednému jednání

Sebevražda je jev, který se v lidstvu vyskytuje od nepaměti a dotýká se různých oblastí lidského života. Možná kvůli tomu na ni existuje tolik názorů a jednotlivé obory nutí zaujmout vlastní stanovisko. Vedle teoretických přístupů považují za důležité pro úplnost uvést i další možné pohledy na problém:

- **Filosofie a náboženství**: záměrně stavím filosofický a náboženský koncept vedle sebe, neboť oba se dotýkají smyslu bytí v jeho základech, jen se na lidskou bytost dívají odlišným způsobem (Hillman, 1997). Sebevražedné jednání se týká smyslu života a tím lidské existence jako takové. Z toho hlediska pak můžeme sebevraždu nahlížet jako krizi smyslu lidského bytí (Vodáčková, 2002). Na poli filosofie se většinou uvažuje ve vztahu k suicidálnímu jednání o

právu člověka rozhodnout o své smrti, nakolik může vzít jednotlivce takto svůj osud do svých rukou (Koutek, 2003). Z pohledu křesťanské víry, jež vnímá člověka skrze ideu stvoření, jde o otázku, nakolik si člověk může osobovat právo se svým životem takto zacházet (buď se jedná o právo svobodně se rozhodnout, nebo je takové jednání vnímáno jako nepřijatelné, jako hřích).

- **Právo:** v minulosti byla sebevražda považována za zločin (v římském, anglickém a církevním), neboť svým způsobem narušovala stabilitu společenských struktur (Hillman, 1997). Dodnes mluvíme o spáchání sebevraždy, což vyjadřuje negativní konotaci s trestným činem. Ukončením vlastního života ze svého vlastního rozhodnutí člověk vyjadřuje vztah k němu samému a z tohoto hlediska zákon nechrání tento čin stejně jako ostatní občanské svobody. Je tedy možné, aby do této oblasti stát zasahoval? (Hillman, 1997). V současné době sebevražda není trestným činem, leč může být legitimním důvodem pro nedobrovolnou hospitalizaci (převzetí do ústavní léčby)³. Existuje tedy zákonné opatření, které tak zasahuje do práv a integrity jedince za účelem jej ochránit před jeho vlastním svobodným rozhodnutím. Otázkou zde je, do jaké míry se jedná o svobodnou možnost volby (neboli, viděl – li by dotyčný jinou možnost řešení svízelné situace, uchýlil by se přesto k ukončení života nebo by volil raději jeho pokračování?).

Přestože se pojetí a přístupy k sebevražednému chování odlišují v rámci společensko kulturních kontextů a přestože se měnily během historického vývoje, zůstává jeden neměnný fakt – sebevražda je stálým fenoménem ve společnosti. Nezáleží tak na tom, v jaké společenské struktuře právě žijeme, jaké je právní zřízení či jaké je náboženské přesvědčení člověka, protože přes to všechno se sebevražda vyskytuje napříč sociálním spektrem (suicidum se vyskytuje ve všech společenských vrstvách). Z toho vyplývá, že lidská psychika je nezávislá na společnosti, právu, teologii, a dokonce i na životě těla (Hillman, 1997).

³ Zákon č.20/1966 Sb., o zdraví o péči lidu popisuje 4 případy, kdy je možné „nedobrovolně hospitalizovat“:

(4) Bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče

a) jde-li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení,

b) jestliže osoba jeví známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí, anebo

c) není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví,

d) jde-li o nosiče („nosiče“ viz § 53 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů).

2. MOTIVY SEBEVRAŽEDNÉHO CHOVÁNÍ

Sebevražda je úzce spojena s tím, co v člověku od nepaměti vyvolává mnoho fantazií, idejí, ale ještě mnohem více otázek – dotýká se samotné smrti. Snad nejčastější otázka vznášející se nad sebevraždou je „proč“? Existuje široké pole důvodů, kterým byla v celé historii zkoumání sebevražedného jednání věnována nemalá pozornost. Otázka po motivaci je něco, co sebevražedný čin přirozeně vyvolává.

Jedním ze základních problémů je, jakým způsobem se o motivaci dozvídáme. Od toho, kdo sebevraždu dokonal, se o motivech můžeme dovědět pouze například z deníku nebo z dopisu na rozloučenou, pokud nějaký zanechal. Z této cenné dokumentace můžeme však pouze rekonstruovat motivy. Pokud sebevražda skončí pokusem a o motivech se dozvídáme přímo od daného člověka, může vyvstat problém v jeho vlastní interpretaci svého činu. Sebevražedný úmysl může přímo popírat nebo uvádět jiné motivy z nejrůznějších důvodů, nejčastěji z obav z reakce okolí. Musíme si uvědomit, že před samotným činem prošel člověk dlouhým vývojem a že za tím, co je považováno, jako onen hlavní motiv *proč* to vlastně udělal, se skrývá mnohem víc. Sebevražda či pokus o ní jsou jen špičkou ledovce. Za konečným rozhodnutím se často skrývá vršení řady problémů, které v určitém momentě vyvrcholí pod rouškou nějaké události, jež se na první pohled jako hlavní motiv sebevraždy zdá nepochopitelná (Vágnerová, 2004). Vedle toho ještě je třeba uvážit, že ne všechny motivy si sebevražedný člověk musí uvědomovat. Někdy se však může stát, že sebevražda se stane zkratkovitým řešením náhle vzniklé situace převážně u jedinců, kteří nemají dostatečně rozvinuté tzv. copingové strategie⁴. Do této kategorie patří i děti a dospívající.

K dalším informacím se můžeme dostávat i skrz svědectví blízkých, které taky mohou být různě zkreslené nebo mohou sebevražedný záměr popírat, aby se vyhnuli stigmatizaci z okolí. Zastírání pravého motivu bývá nejmarkantnější v případech dětí, kdy se při vyšetřování úmrtí malých dětí pod

⁴ Copingové strategie (z angl. „coping“): neboli zvládací mechanismy osobnosti, znamenají schopnost člověka vyrovnat se s nároky, zvládat nadlimitní zátěže (Hartl, 2000). Pro každého je ona pomyslná hranice únosnosti zátěže jiná a dokonce, i když někdo má myšlenky na sebevraždu, neznamená to, že ji spáchá.

Načasování zátěže, rozsah nebo množství změn, které mladý člověk zažívá, a jejich synchronicita přispívá k tomu, jak bude obtíže zvládat. Zásadní roli hraje sociální opora a aktivní přístup k vlastnímu vývoji (Coleman, Hendry, 1999 in Hanžlová, Macek, 2009). Z výzkumné studie „Vztah mezi styly zvládání, přesvědčením o vlastním vlivu a problémy dospívajících“ vyplývá, že s čím větší zátěží se adolescent setkává, tím více reaguje emocionálně, používá méně na problém orientovaného copingu a tím menší vlastní vliv předpokládá (Hanžlová, Macek, 3/2009). Z pohledu zvládacích mechanismů je zajímavé, co je pro děti a adolescenty vnímáno jako velká zátěž, vůči níž se mohou cítit bezmocně.

označením „úmrtí v důsledku nešťastné náhody“ může skrývat vážně zamýšlené ukončení života ze strany dítěte. Pro jeho okolí bývá někdy až nepřijatelné takový motiv vůbec přijmout. Nebo naopak, dítě může vážně zamýšlet sebevraždu, avšak nemá odpovídající představu, jaké prostředky by sloužily jeho záměru, což může mít i někdy za následek podcenění takového činu (Koutek, 2003). Není tak vždy zcela jasné, co bylo pouhou shodou okolností a co úmysl se zabít (Viewegh, 1996).

S negativním postojem okolí k sebevražednému jednání se ale vypořádává i ten, kdo se o ni pokusil a přežil, i ti, kdo na vlastní smrt vůbec pomýšlejí. Navíc se k tomu často přidává silný pocit selhání, nezvládnutí situace. Jedinec často uvádí jiné motivy nežli ty, které ho skutečně vedly.

Dopátrat se skutečných motivů sebevraždy ztěžuje i nepřesnost vědeckých výzkumů v této oblasti. Mnohdy totiž zaměňují motivy, které vedly k sebevraždě, od spouštěcí události, jež byla tou „poslední kapkou“. Kromě toho není možné jednoznačně objektivně posoudit míru závažnosti daného motivu, neboť neúnosnost zátěže má vždy subjektivní rozměr. Vždy záleží na tom, jak onu situaci vnímá dotyčný člověk, kterého se týká (Vágnerová, 2004). Jinými slovy to znamená, že se můžeme setkat s opravdu velmi silnou zátěží, kterou však člověk vytrvale zvládá, zatímco u jiného se může zdát motivace k suicidálnímu jednání zcela banální. Nesmíme se proto dopustit chyby hodnocení pouze ze svého hlediska, aniž bychom pátrali, jak to vnímá dotyčný člověk, jež na sebevraždu pomýšlí nebo se o ni pokusil.

Může se tak stát, že pokud se setkáváme se sebevražedným člověkem třeba na Lince bezpečí, může nám jím uváděný motiv připadat nesrozumitelný.

Berme v úvahu, že sebevražedný jedinec vyjadřuje postoj k sobě samému, kdy život z nějakého důvodu pozbývá smyslu (Viewegh, 1996).

3. VÝVOJ SEBEVRAŽEDNÉHO CHOVÁNÍ

3.1. Vývoj sebevražedného chování

Sebevražedný akt je výsledkem dlouhodobého procesu, který má určitý vývoj obsahující spolu provázané etapy, kdy každá z nich nese svá specifika. Z hlediska TKI je velmi důležité, v jaké fázi se volající nachází. Tato informace je pro nás důležitá především pro vyhodnocení míry rizika ohrožení klienta. Konkrétněji práce v TKI se sebevražednými tendencemi je popsána v kapitole 9.6. *Telefonická krizová intervence se sebevražedným klientem*.

Vývoj suicidálního chování zahrnuje celou řadu projevů a neexistuje jednotný vzorec sebevražedného prožívání společný pro všechny jedince. Na jeho vývoj má vliv interakce vnitřních a osobnostních dispozic, způsob, jak se člověk vyrovnává se stresem, zkušenosti aj. Důležitou roli hrají vnější vlivy a zátěžové události, s nimiž se jedince musí vypořádat. Z hlediska vývoje je důležitý měnící se koncept smrti a také to, jak člověk dokáže zvládat dané vývojové úkoly charakteristické pro dané období (Koutek, 5/2008).

Během vývoje sebevražedného jednání dochází k restrukturalizaci životně důležitých hodnot, každá z etap je provázena silnými ambivalentními tendencemi žít nebo zemřít, které člověka neustále zaplavují. Pokud existují nějaké špatné zkušenosti z minulosti, každá další prohra, selhání nebo náhodná negativní událost posiluje negativní obraz světa a postupně i sama sebe. Z tohoto důvodu se sebevrazi někdy svému okolí se svými úmysly svěřují, neboť volají o pomoc (Viewegh, 1996). Postupně je přemáhána biologická základna samotného člověka - pud sebezáchovy - sebevražednými fantaziemi, které se jeví jako jediné možné východisko ze situace. Postupně se tyto fantazie rozvíjejí, stávají se nutkavými, neustále se opakují. Zastiňují jiné další varianty řešení problému, čímž dochází k zúžení životního prostoru člověka, jehož mysl se zaměřuje pouze jedním směrem. Psychické napětí se stupňuje a jedince vyčerpává. Někdy pod tlakem neustálých protichůdných tendencí volí „*raději jistotu smrti nežli nejistotu života*“ (Viewegh, 1996).

3.2. Presuicidální syndrom

Tento vývoj, který se projevuje ve více oblastech života člověka, byl popsán suicidologem Erwinem Ringelem, který hovoří o tzv. **presuicidálním syndromu**, který lze teoreticky rozdělit do tří vývojových fází. Podstatné znaky tkví v postupné změně sebehodnocení, pocitu nekompetentnosti, neschopnosti zvládnout situaci jiným způsobem (Koutek, 2003). Vnímání reality se postupně čím dál více zužuje v pomyslný tunel, kdy dojde k nasměrování člověka pouze jedním směrem - k sebevraždě. Znamená to, že se člověk zaměří jen na úzké pole vjemů. Toto zúžení percepce může,

ale nutně nemusí být součástí presuicidálního syndromu. Člověk tak může prožívat syndrom psychického ohrožení, kdy se mu jeho prožitky (úzkost, pocity viny, příkoří, stud, nízké sebehodnocení) zdají nezvládnutelné, avšak nejde nutně o vývoj sebevražedného jednání. (Vodáčková, 2002).

Presuicidální syndrom podle Erwina Ringela (Vodáčková, 2002 a Vymětal, 2003):

1. zúžení subjektivního prostoru: projevuje se omezeným prožíváním a vnímáním, realita je nahlížena jednostranně. Člověk se cítí zavalen nadměrnou situací, má pocit, že jí není schopen řešit a cítí se tak v pasti. Začne se vyhýbat sociálním vztahům, postupně se izoluje. Dochází k devalvací sociálních vztahů – stávají se bezcennými, nic dobrého jedinci nepřinášejí, ani on jim není prospěšný nebo dokonce vnímá, že své okolí příliš zatěžuje. Emoční prožívání se zaměřuje jedním směrem, převládá pocit zoufalství, bezmoci, strach a úzkost. Jedinec není s to tyto prožitky regulovat, k zúžení dochází i v oblasti sebehodnocení, kdy uvažuje převážně jen to, co jej znehodnocuje. Vlastní existence se stává bezcennou, chybí zaměření na budoucí cíle.
2. potlačovaná nebo proti sobě zaměřená agrese: jedinec je čím dál více přesvědčen, že nemá schopnosti ani kompetence, které by mít měl. Tíživou situaci si zavinil sám, je bezcenný, jeho život nemá smysl, je jen přítěží, v prožívání k vlastní osobě převládá hněv a nenávist.
3. naléhavé sebevražedné fantazie: člověk v poslední fázi suicidálního vývoje si přeje být mrtev, ukončit své trápení a bolest, kdy se sebevražda stane jediným možným vnímaným řešením. Fantazie o vlastní smrti přináší úlevu, touha ukončit svůj život nabývá nutkavého charakteru.

Suicidální rámec neboli psychologické znaky sebevražedného vývoje popsal rovněž kalifornský suicidolog **E. Schneidman**. Tyto znaky samy o sobě nutně neimplikují vážné suicidální riziko, avšak jejich kombinace může být smrtelná (Vodáčková, 2002).

1. Nesnesitelná psychická bolest
2. Frustrované psychické potřeby
3. Snaha vyprostit se
4. Snaha zbavit se vědomí
5. Bezmoc a skleslost
6. Zúžené možnosti
7. Ambivalence
8. Sdělování svého záměru
9. Úniky
10. Celoživotní modely zvládání

Popisy sebevražedného vývoje mohou sloužit pro preventivní opatření v oblasti odborné i laické veřejnosti, neboť projevy jsou mnohdy poznatelné i navenek a i když sebevrah svůj úmysl momentálně explicitně nevyjadřuje, lze si všimnout, že je něco v nepořádku. Velkého významu popis vyzorovaného suicidálního vývoje nabývá především v odborné pomoci lidem ohrožených sebevraždou.

4. FORMY SEBEVRAŽEDNÉHO CHOVÁNÍ

Sebevražedné jednání zahrnuje řadu projevů, které se v odborné literatuře většinou rozdělují na sebevražedné tendence (myšlenky), suicidální pokus a dokonanou sebevraždu. U V. Koutka se setkáme navíc s rozlišením tendencí a myšlenek jako samostatných fází. Vývoj sebevražedného jednání můžeme chápat buď lineárně v závislosti na čase, nebo jej odlišovat i z hlediska kvality (Koutek, 2003). Z hlediska motivu můžeme dále sebevražedné tendence rozlišit na dva typy: tzv. biické suicidium, kdy motiv vychází z reality a nemusí být spojen s psychickou poruchou (její zvláštní formou je bilanční sebevražda, se kterou se setkáváme většinou u starších osob), a tzv. patická sebevražda, jejíž motiv pochází z psychopatologie (často je tento typ sebevražedného jednání spojován s depresí, autoakuzacemi, se schizofrenií (zvláště v souvislosti s halucinacemi), závislostí na alkoholu, těžkým abstinčním syndromem, s poruchou osobnosti, s posttraumatickou stresovou poruchou apod. (Praško, 4/2006).

V TKI je zjišťování, v jaké fázi se jedinec nachází (například zda se jedná o začínající úvahy o možnosti sebevraždy nebo o konkrétní plán suicida), důležité pro vyhodnocení míry ohrožení jedince. Od této informace se pak odvíjí další postup při práci s klientem.

4.1. Sebevražedné chování

Jedná se de facto o souhrnné pojmenování pro aktivní činnost člověka, jejímž cílem je úmyslně ukončit život. Znamená to, že sebevražedné myšlenky se mění v plán, který jedinec začne naplňovat od shánění prostředku k usmrcení, napsání dopisu na rozloučenou až po samotný sebevražedný pokus či dokonané suicidium.

4.2. Sebevražedné tendence (myšlenky)

Sebevražedné myšlenky bývají začátkem suicidálního vývoje. Jejich obsahem jsou úvahy o tom, jaké by to bylo, kdyby člověk zemřel, kdyby nebyl. V této podobě jsou značně rozšířené u mnoha lidí (Koutek, 2003). V období adolescence bývají takové myšlenky častější, mladí lidé jsou v tomto období fascinováni tématem smrti, mají sklon k filosofování nad vlastní existencí nebo nad existencí lidstva samotného. To, že jsme schopni takto uvažovat, vyplývá z naší schopnosti transcendence, kdy jsme schopni uvažovat o svém životě a smrti z nadhledu. Lidská bytost si je vědoma své konečnosti (Viewegh, 1996). Avšak myšlenky v této podobě se odlišují od těch, které mají sebevražedný obsah. Ty bývají intenzivní, nutkavé, jakoby ovládaly směr většiny úvah člověka. Čím více nabývají na konkrétnosti (od obecných myšlenek na vlastní smrt až po vymyšlení přesného plánu), tím více jsou pro člověka ohrožující (Koutek, 2003). Během své praxe na krizové lince jsem se několikrát setkala

s popisem, že takovéto myšlenky se neustále vrací, jsou vlezlé a jen velmi těžko odklonitelné. To, že se jimi člověk zabývá, projevuje verbálně i neverbálně. Sebevražedné myšlenky nejsou nutně předchozím stupněm sebevražedného pokusu, ale jsou jeho vážným rizikem.

4.3. Sebevražedné tendence

Podle Koutka dalším stupněm sebevražedného vývoje jsou sebevražedné tendence, které obsahují již konkrétní čin, jež směřuje ke zvolení prostředků, o nichž jedinec předpokládá, že budou mít letální následek. Například si člověk připraví takové množství léků, o kterém si myslí, že k takovému cíli povede (Koutek, 2003).

4.4. Sebevražedný pokus

Přerostou – li myšlenky v aktivní jednání člověka, jehož úmyslem je ukončit svůj život, hovoříme o sebevražedném pokusu, jenž se odliší od dokonané sebevraždy tím, že nemá za následek letální konec (od sebevražedných tendencí se liší tím, že člověk například spolýká připravené léky, pořeže se s úmyslem vykrvácet apod.). Znamená to realizaci sebevražedného plánu, avšak následkem není letální konec. Někteří autoři mají za to, že pokus není „jen“ nepovedená sebevražda (Viewegh, 1996), ale že se liší i co se kvality týče. Sebevražedné pokusy bývají často spontánní, více impulzivní a tím i málo promyšlené činy. Posuzujeme – li sebevražedný pokus z hlediska vývoje a promyšlenosti, může být tedy impulzivním činem (například se dítě rozhodne spáchat sebevraždu hned po té, co se mu dostane do ruky vysvědčení, které hodnotí negativně, resp. ví, že bude negativně hodnoceno okolím) nebo dlouhodobě promyšleným záměrem (například po dlouhé, závažné a neřešené krizi, ze které v tu chvíli nevidí jiné východisko).

4.5. Dokonaná sebevražda

Jedná se o sebevražedný pokus, na jehož konci je úmrtí člověka.

4.6. Účelová sebevražda

Jedná se o sebevražedné jednání, jehož cílem však není zemřít, ale vyřešit nepříznivou situaci (Koutek, 2003). Motivy v tomto případě bývají nevědomé na rozdíl od specifické formy účelového sebevražedného jednání – tzv. demonstrativní sebevraždy, kdy záměr změnit tímto jednáním negativní situaci, je vědomý. Pro tento způsob suicidálních tendencí existuje rovněž termín „parasuicidium“, aby byl výraz zbaven negativního hodnocení, neboť i „pouhá“ demonstrativní sebevražda může mít fatální důsledky nebo se může stát modelem zvládání zátěžových situací, což je zjevně pro jedince ohrožující (Špatenková, 2004a). Motivy (ať už vědomé či nevědomé) pro takové jednání mohou být různé; volání o pomoc, může mít i manipulativní charakter, cíl dosáhnout nějaké změny, vyhnout se něčemu (např.

trestu), upozornit na sebe. Nejčastěji se s touto formou sebevražedného jednání setkáme u jedinců v adolescentním věku, většinou kolem 12 – 16 let (Koutek, 2003).

Ať už motivace je jakákoliv, je třeba i takovýmto činům věnovat pozornost, neboť obecně signalizují, že je něco v nepořádku a že člověk nenachází jiné adekvátní řešení dané situace. Může se stát, že to, jaký bude konečný výsledek, závisí jen na dostupnosti prostředků.

4.7. Bilanční sebevražda

Zvláštním typem sebevraždy je tzv. bilanční sebevražda, jež bývá do značné míry racionálním zhodnocením své situace, kdy jedinec dojde k závěru, že jeho život je u konce, již mu nemá co nového nabídnout. Typická je pro vyšší věk člověka, nejčastěji se s ní setkáme u lidí, kteří trpí závažnou nevyléčitelnou chorobou v terminálním stadiu (Vodáčková, 2002).

4.8. Rozšířená sebevražda

Jedná se o zvláštní případ sebevražedného chování, kdy nemocný v psychotické motivaci před vlastní sebevraždou usmrtí blízkou osobu ochránit ji před zlem tohoto světa (Hort, 2000).

5. ZPŮSOBY SEBEVRAŽEDNÉHO CHOVÁNÍ

Zda sebevražedný pokus skončí definitivně smrtí, často závisí na zvoleném způsobu sebevraždy a dostupnosti prostředků. Proto se ve statistikách a odborné literatuře objevují rozdíly z hlediska genderové příslušnosti; muži páchají častěji dokonaná suicida (3x častější suicida s letálním koncem nežli u žen), neboť volí převážně tzv. **tvrdou metodu** (strangulace, skok z výšky, podřezání se, ...), kdežto ženy bývají častěji uváděny u pokusů o sebevraždu (3x častěji), protože se mj. uchylují spíše k tzv. **měkké metodě** (předávkování léky, ...). Ženy tento způsob používají častěji, aby vyjádřily míru svého utrpení, kdežto muži sebevraždu páchají ve chvíli, kdy se utrpení stane nesnesitelným (Praško, 4/2006)⁵.

Takové rozdělení by však nemělo vyvolat dojem, že volba měkkého způsobu sebevraždy není míněna vážně.

Z výše zmíněného vyplývá, že zvolení způsobu nemusí vždy odpovídat závažnosti úmyslu a tak může dojít k přehlédnutí závažnosti sebevražedného jednání. Jako příklad bývá uváděno dítě, které užije dvě tabletky léků s vážným úmyslem se zabít, avšak takové rozhodnutí nemusí být ani zpozorováno (Koutek, 2003). Nebo na druhou stranu se může jednat o motivaci upozornění na sebe a svůj problém, o demonstrativní sebevraždu, avšak jedinec si zvolí takový prostředek, který nakonec může mít fatální důsledek.

Na linky důvěry se v případě akutních situací dovolávají lidé, kteří započali suicidium otravou léky nebo obecně těsně před uskutečněním jejich plánu (léky nebo ostrý předmět mají před sebou, jedou autem a chtějí se nabourat, stojí na vysokém místě nebo k němu směřují...).

⁵ Pro ilustraci míry sebevražednosti mezi muži ve srovnání s ženami a srovnání volby tvrdé a měkké metody uvádím v Příloze 1a.

6. SPECIFIKA SEBEVRAŽEDNÉHO CHOVÁNÍ U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

6.1. Vymezení pojmu dítě, dospívající a dospělý

Protože součástí této práce je srovnání přístupu k sebevražedným dospělým a k sebevražedným dětem nebo dospívajícím, je podstatné tyto pojmy vymezit. Avšak je velmi problematické stanovit nějakou jasnou hranici (jasná psychologická kriteria), jež by stanovila, kdy po dětském věku začalo období adolescence (dospívání) a kdy již jedinec překročil pomyslný práh a stal se dospělým (Macek, 1999).

U dětí a dospívajících je chování, prožívání a především zvládání zátěže více vázáno na vývojovou úroveň, proto z hlediska přístupu k sebevražednému člověku je důležitým kritériem. Specifické rysy jednotlivých fází se zpravidla váží na dosažený věk jedince (předpokládáme – li vývoj v normě).

Vývojové etapy/fáze

Podle Vágnerové se psychický vývoj skládá z různě dlouhých období, kdy na sebe navazují jednotlivé vývojové fáze. Přechod mezi nimi není však plynulý. Může dojít k tzv. vývojové krizi, kterou Erikson definuje jako nezvládnutí nového vývojového úkolu. Tak mezi jednotlivými fázemi může vnikat napětí (Vágnerová, 2005).

Další problematikou v tomto vymezení byla otázka dolní věkové hranice jedince, jímž se v této práci zabývám. V odborné literatuře existuje názorová nejednotnost, od jakého věku je možné hovořit o sebevražedném jednání a dále je problematické stanovit dolní věkovou hranici s ohledem na to, že se mi v této práci jedná o klienty linek důvěry a incidence sebevraždy v nízkém věku dítěte ještě neznamená, že zároveň dosahuje schopnosti kontaktovat linku důvěry a o svých problémech hovořit.

Uvážíme – li tedy schopnost volat na krizovou linku a hovořit o svých problémech, můžeme si stanovit dolní věkovou hranici odpovídající zhruba počátku školní docházky.

Podle Vágnerové by se jednalo o vymezení počínající školním věkem v intervalu 6/7 let až 15 let (toto období můžeme dále rozdělit na mladší školní věk a starší školní věk) a dále pak na navazující adolescenci⁶ a po ní dospělost (Vágnerová, 2005). Z hlediska života jedince je adolescence poměrně krátké období, avšak vykazuje řadu změn. V literatuře se setkáme s diferenciací adolescence na

⁶ z lat. adolescere: dorůstat, dospívat, mohutnět

následující fáze: *časná adolescence* (10/11 – 13 let), *střední adolescence* (14 – 16 let), *pozdní adolescence* (17 – 20 let a více) (Macek, 1999).

V rámci telefonické krizové pomoci jako sociální služby musíme počítat i s věkovým rozlišením tak, jak jej vymezuje zákon. Dítětem se pak rozumí osoba do 18 let, která je nazývána nezletilou⁷. Uvažovala jsem, která z periodizací by nejvíce odpovídala této práci a zároveň aby rozdělení dítě, dospívající/pubescent či adolescent a dospělý bylo srozumitelné účastníkům výzkumu, neboť s těmito kategoriemi jsem potřebovala pracovat ve výzkumné části. Pojem adolescence označující druhou dekádu života, zahrnoval příliš dlouhé období a jeho další rozdělování na tři fáze se ukázalo v praktické části jako velmi nevýhodné. Cílem tak bylo nalézt jednoduché termíny pro daná vývojová stadia. Rozhodla jsem se, že zahrnu i názor samotných účastníků, jak rozdělení vnímají oni sami. Na základě jejich odpovědí a na základě vlastních zkušeností s klienty na Lince bezpečí, jsem vymezila pro účely této práce s ohledem na předchozí periodizace z hlediska vývojové psychologie i z hlediska zákona věkové hranice takto:

Dítě je osoba ve věku přibližně 6/7 – 12/13 let. Dolní hranice je stanovena podle schopností dítěte dovolat se na telefonickou krizovou linku a hovořit o svém problému. Je velmi nepravděpodobné, že by jedinci nižšího věku vzhledem k jejich schopnostem volali na linku důvěry se sebevražednými tendencemi. Toto vymezení však neznamená, že bych vylučovala jakékoli sebevražedné motivy jedince pod touto věkovou hranicí.

Následující období označují českým výrazem **dospívání** a jeho trvání je zde od 14 let asi do 18/19 let, kdy pak následuje dospělost. Toto vymezení sice není ideální, ale pro účely této práce je vhodným kompromisem, jak vymezit věkové kategorie na základě vývojové psychologie, zákona, zkušeností a srozumitelnosti.

V této práci se věnuji především srovnání přístupu ke klientům v období dětství a dospívání s dospělými. S ohledem na cílovou skupinu organizace Linky bezpečí (dospělými klienty jsou lidé ve věku 18 – 26 let, starší již nespádají do kategorie klientů LB) definuji **dospělého** jako osobu starší 18/19 let do 26 let.

6.2. Sebevražedné chování; specifika sebevražedného jednání u dětí a dospívajících

Jak je již uvedeno v předchozí kapitole, sebevražedné tendence je důležité chápat v kontextu vývojové úrovně, jíž jedinec dosahuje a také v kontextu životních etap a událostí, v nichž se jedinec

⁷ Úmluva o právech dítěte (1991), čl. 1: „Pro účely této úmluvy se dítětem rozumí každá lidská bytost mladší osmnácti let, pokud podle právního řádu, jenž se na dítě vztahuje, není zletilostí dosaženo dříve.“

nachází a se kterými se musí vypořádat (začátek školní docházky, odchod ze školy, manželství, rodičovství...). Zvládání zátěžových situací rovněž významně ovlivňuje řada dalších významných faktorů jako je celkový individuální charakter člověka, jeho mentální úroveň v kontextu jím dosažené vývojové etapy, způsob uvažování a vypořádávání se s problémy apod. V případě dětí a dospívajících je chápání sebevražedného jednání v kontextu jejich vývojové úrovně velmi důležité, neboť jedinci do určitého věku nemají rozvinuté konkrétní myšlení, proto si nejsou schopni plně uvědomit konečnost jejich řešení. Zvládání zátěže rovněž souvisí s tím, do jaké míry mají rozvinuté schopnosti vypořádat se s problémy.

6.2.1. Specifika dětských sebevražd

Děti vnímají realitu kolem sebe takovou, jaká je a nepřemýšlí o ní tak, že by se mohla změnit. Dochází tím k určitému zúžení v chápání skutečnosti a dění kolem nich. Snaží – li se nějakou situaci řešit, mohou ulpívat na strategiích, které se ale již objevily jako nefunkční (Vágnerová, 2005).

Prožívání dětí se postupně stává stabilnějším a dokážou své emoce lépe ovládat, případně je skrývat. Postupně se rozvíjí schopnost lépe chápat a popsat to, co cítí. Dojde – li k nějakému výraznějšímu emočnímu výkyvu, je obvykle snadné najít jeho jasnou příčinu. Sebepojetí dítěte ve školním věku je do značné míry ovlivněno tím, jak jej hodnotí autority v jeho okolí (Vágnerová, 2005).

Z hlediska posouzení, u jak starých dětí vůbec lze hovořit o sebevražedném jednání, bývá suicidum v dětském věku dáváno do souvislosti s vývojem konceptu smrti. K jejímu chápání jako nezvratné záležitosti dochází kolem 10. roku života⁸ (tzv. ireverzibilita smrti). V odborné literatuře se setkáme s názorem, že sebevraždu mohou však páchat i mladší děti (Koutek, 5/2008). Americká psychiatrická C. Pfeffer ve svém zkoumání uvedené problematiky zpochybnila myšlenku vázanosti sebevražedného jednání na dozrání konceptu smrti. Podle ní je rozhodující, zda má dítě alespoň nějaký koncept smrti, nežli to, zda ji chápe reálně (uvádí dokonce, že sebevraždu může spáchat i 3leté dítě!). Tímto zároveň kontruje opačnému pólu názorů, jak uvádí ve své publikaci *The suicidal Child* (1986), které vylučují možnost hovořit o sebevraždě u dětí před tím, než mohou pochopit smrt jako ireverzibilní stav (Pfeffer, 1986).

⁸ věkové rozmezí se liší v závislosti na kulturním prostředí, kde byl tento fenomén vývoje sledován. Můžeme se tak setkat s udávaným věkem 10, 11, i 12 let.

Podle C. Pfeffer sebevražedná epizoda⁹ obecně vzniká následkem krize funkce ega; pod vlivem stresu z prostředí a nedostatečnosti ega bránit se nepříjemným náladám, fantaziím a vzpomínkám dochází k reorganizaci jeho funkce. Tento jev byl vysledován i u dětí: došlo ke změně kognice, regulace nálad, kontroly impulzů atd. (Pfeffer, 1989).¹⁰

Pro TKI však není až tak příliš důležité, zda se teoreticky u malého dítěte pod 10 let jedná o suicidium či nikoliv, jako to, zda z hovoru takový úmysl vyplývá nebo o něm dítě dokonce hovoří. Taková dovolání by sice patřila mezi ojedinělá, avšak nelze je zcela pominout, protože z hlediska tématu a právě věku volajícího by patřily mezi nejobtížnější hovory (dítě pod 10 let). Můžeme se také setkat s voláním třetí osoby, tzn. někoho, kdo se o sebevražedném úmyslu takto malého dítěte dověděl.

Obecně dětská úmrtí v důsledku sebevraždy (pod 15 let) jsou z hlediska zaznamenaného počtu těchto případů poměrně vzácné (Koutek, Pediatrie pro praxi, 2008). Přesto v našem prostředí jsou alarmující statistiky, které vypovídají o tom, že je sebevražda druhou nejčastější příčinou úmrtí dětí. Zvláště uvažíme – li případy, kdy nemusí dojít k odhalení pravé příčiny úmrtí a některé ze sebevražedných úmyslů se mohou schovat za nálepku „úmrtí v důsledku nešťastné náhody“ (Vodáčková, 2002, str. 492).

6.2.2. Specifika sebevražd v dospívání

V období dospívání prochází jedinec řadou změn, které jsou primárně podmíněny biologicky a dále také sociálními a psychickými faktory. Jsou individuální a vykazují značnou variabilitu. V rané adolescenci (se mění způsob myšlení a emočního prožívání, pozdní fáze je charakteristická komplexní psychosociální proměnou, která je mnohdy provázena obtížemi, které dospívající musí překonat a zvládnout (Vágnerová, 2005)¹¹.

⁹ C. Pfeffer definuje sebevražedné jednání jako epizodu, která má svůj počátek a jasný konec. Může mít impulzivní nebo dlouhotrvající charakter. Může se také opakovat, v tomto případě pak hovoříme o chronické suicidalitě.

¹⁰ Jedná se o výzkum v jiném kulturním prostředí, jeho výsledky nemusejí být kompatibilní se závěry, ke kterým by vědci došli v případě výzkumu v našem prostředí. Na druhou stranu informaci o tom, že je možný výskyt sebevražedného jednání u malých dětí nelze ignorovat.

¹¹ Pro teoretické vysvětlení specifik vývoje v tomto období považuji za důležité používat vymezení a terminologii tak, jak je užívá sám autor, aby to odpovídalo i charakteristice, kterou uvádí včetně věkového vymezení

V odborné literatuře se můžeme setkat se dvěma pojetími dospívání: adolescence jako krize (Vodáčková, 2002) a adolescence jako transformace (Macek, 1999)¹².

➤ **Adolescence jako krize**

Vývojové období adolescence je přechodem mezi dětstvím a dospělostí a běžně se objevují krize v různých oblastech, které jsou vymezeny následovně (Jan Lorenc, 2002 in Vodáčková, 2002):

- **Krize tělesnosti:** tělesný a psychosociální vývoj, kdy na sebe mladý člověk nahlíží velmi kriticky a je citlivý na jakékoliv poznámky o své odlišnosti nebo o svých nedostatecích. Tělesné změny mají pro dospívajícího jedince subjektivní rozměr. Někdy se může rozvinout až krize vlastní hodnoty, která by za určitých okolností mohla vyústit až k sebevražedným tendencím.
- **Krize sexuálního vývoje:** i zde hrozí riziko rozvoje sebevražedných tendencí.
- **Krize vnímání světa, adolescentní krize:** vystupňované problémy spojené s běžným adolescentním vývojem.
- **Krize identity a depersonalizační krize:** velmi časté jsou otázky „Kdo vlastně jsem?“, „Kam patřím?“, úvahy o smyslu vlastní existence a roli v životě. Někdy se mohou dostavit pocity nedostatečnosti, pochyby o sobě. Adolescenti se více zaměřují na svou osobu, mají zvýšenou schopnost sebereflexe. Důležitým úkolem při rozvoji identity je přijmout sebe sama a vymezit se vůči okolí. Často adolescenti na tomto poli bojují s ideální představou o sobě a s tím, jaká je realita, neboť jsou nadměrně kritičtí nejen vůči okolí, ale i vůči sobě. Depersonalizace souvisí s odcizením vlastního těla, emocí. Může se připojit ztráta smyslu a depresivní nálady.
- **Krize autority:** adolescenti se konfrontují s autoritou a vymezují se vůči ní, může se stát, že z tohoto důvodu odmítnou požádat takovou osobu o pomoc. Komunikace mezi dospělým a adolescentem může být náročná, provázená nedorozuměními.
- **Krize sebeúcty:** dospívající reagují přecitlivěle na kritiku, zaměřují se na své vnitřní prožívání, která má kolísavý charakter. Projevem krize mohou být nezdařené sebevražedné pokusy nebo sebepoškozování).
- **Suicidální krize:** může být reakcí na mnohé problémy, vyústění výše zmíněných krizí.

¹² Zde ponechávám původní výraz „adolescence“ tak, jak je uváděn v odborné literatuře, tedy zahrnující celou druhou dekádu života jedince.

➤ **Adolescence jako transformace**

Bude-li období adolescence problematické, závisí na kulturních a společenských podmínkách (na hodnotách, tradicích a normách konkrétní společnosti, konkrétní komunity a na stylu rodinného života) (Macek, 1999).

Vyšší počet chlapců a dívek, kteří jsou vystaveni rizikovým faktorům vývoje a hlavně kteří popisují subjektivní obtíže, se vyskytuje v tzv. moderních společnostech (Macek, 1999).

Adolescence může být považována i za kulturní konstrukt, v literatuře je uváděno, že v dřívějších dobách nebo u přírodních kmenů po dětství nastupuje přímo dospělost, do níž je jedinec uváděn rituálem.

Přestože vývoj není hladký a dochází ke střetávání různých protichůdných tendencí a vnitřních (intrapsychických) a vnějších (intrapersonálních) vlivů (toto téma více rozpracovává E. H. Erikson), neznamená to, že s nástupem adolescence zároveň nutně přichází bouřlivé období. *„Pojetí adolescence jako plné vášnivých emocí, konfliktů a vzdoru je v našem soudobém kulturním prostředí překonané. Průběh dospívání je determinován především osobnostně a situačně, souvisí se stejně problematickým dětstvím“* (Macek, 1999, str. 41).

Macek tak nevnímá adolescenci jako kvalitativně zcela nové období, ale spíš jako transformaci starých struktur. Znamená to, že pokud se objeví určité problémy, zpravidla to souvisí se selháváním již v dětství.

Lze však souhlasit s tezí, že samotné období adolescence je zátěží. Pokud se k normativním změnám (k vývojovým změnám v mezích normy), připojí další problémy, může nastat situace vyvolat silný stres a záleží pak na tom, jak je jedinec schopný se s tím vyrovnat (Vodáčková, 2002).

➤ **Copingové strategie**

Mladý adolescent postupně získává zkušenosti, jak zvládat nároky, které jsou na něj kladeny. Zároveň teprve dochází k rozvoji zvládacích mechanismů. Schopnost zvládat zátěž však kolísá a vnímané problémy mohou nabýt ohrožujícího charakteru a vyvolat obranné reakce (Vágnerová, 2005).

Příkladem můžou být situace z oblasti vztahů. Z pohledu dospívajících bývá jako náročné uváděno ukončování navázaných partnerských a sexuálních vztahů. Může dojít k tomu, že partner je často idealizován, stejně jako samotný vztah, proto je situace, kdy dojde ke ztrátě partnera, prožívána někdy jako velmi náročná a můžeme se setkat s reakcí obsahující suicidální tendence různého charakteru (demonstrativní suicidium, vážně míněný pokus...).

Sebevražda u dětí a dospívajících je chápána spíše jako impulzivní čin, kdy jedinec není schopen se adekvátně vyrovnat s nadměrnou zátěží. Avšak takový pohled nebere v úvahu krizi, která se za takovým chováním může schovávat a dále také opomíjí negativní zkušenosti z raného vývoje, které mohou být jedním z rizikových faktorů (Pfeffer, 1986). Děti jsou celkově více zranitelné, v období dospívání je jejich prožívání citově labilní a nemají příliš zkušenosti s vyrovnáním se se stresem. Proto velmi vážným rizikem jsou traumata v dětství, zvláště ta, která mají opakovaný charakter (např. CAN - Child Abuse and Neglect)¹³, Dalším faktorem může být to, že strach ze smrti je v tomto období nejnížší ze všech (Špatenková, 2004).

V souvislosti se suicidálními tendencemi jsou významné změny i v citovém prožívání. **Emoční prožívání** je více labilní; prožitky jsou často krátkodobé, zato intenzivní a poměrně rychle se mění, někdy bývají málo srozumitelné i samotným dospívajícím. Mají tendenci reagovat neadekvátně, v rozhodování se většinou uplatňuje radikální princip buď – anebo. Výjimkou není zkratkovité jednání či hodnocení, na svém názoru někdy až tvrdohlavě trvají. Mladí lidé v tomto věku mohou být zranitelní, může se stát, že za projevovanou agresivitou leckdy tkví citlivé problémy (Vágnerová, 2005).

Významnou součástí prožívání, která určitě stojí za pozornost, je **agresivita** v období dospívání. Ničivé myšlenky hrají u mladých lidí významnou roli, sebevražedné a vražedné myšlenky nejsou výjimkou (Guggenbühl-Craig, 2007).

Agresivita adolescentů ve vztahu k suicidálnímu jednání

Z pohledu vývojové psychologie je destruktivní jednání nejvýraznější v období „mládí“ (tj. zde vymezené dospívání). U dospívajících se setkáváme například s bojem o pozici v partě, s touhou po zážitku zvyšující hladinu adrenalinu, experimentování, kam až lze zajít. Zkoušení hranic je nedílnou součástí vývoje adolescenta. Někteří zkoušejí nebezpečné situace, kdy může docházet k ohrožení života („surfování“ po vagonech, riskantní jízda autem...) nebo můžeme život ohrožující chování adolescentů vnímat jako nevědomý sebedestruktivní motiv (Guggenbühl-Craig, 2007). Otázkou je, co je hnacím motorem takového chování, zda touha ničit je přirozenou lidskou vlastností.

¹³ Child abuse and neglect = týrané dítě – široký rozsah nepřipustných forem jednání vůči dítěti. „Syndrom týraného, zanedbávaného a zneužívaného dítěte existuje jako diagnostická jednotka CAN (...) od roku 1962. Symptomy vedoucí k podezření ze sexuálního zneužívání představují tyto znaky: náhlá změna chování, psychosomatické poruchy, noční děsy, separační anxieta, sexualizované chování.“ (Vágnerová, 2004, str. 419)

Existuje několik interpretací destruktivního chování. Podle některých teorií je následkem špatných struktur společnosti (avšak sebevražedné jednání je přítomno od nepaměti, což by znamenalo, že žádná z dosavadních struktur nebyla schopná sebedestruktivní chování vymýtit a že jsme ještě nedospěli k té ideální struktuře. Nebo to může znamenat, že společenské struktury sice mají vliv na destruktivní chování, ale nejsou jeho příčinou). Ani vysvětlení agresivního chování z hlediska zoologického není zcela uspokojivé (např. K. Lorenz, C. Russel). Tyto koncepce totiž opomíjejí, že chování zvířat, v němž hledáme analogii s chováním lidským, pozorujeme zvnějšku, kdežto naše nahlížíme z pohledu vnitřního – lidského. Navíc bychom takovému přístupu mohli vytknout, že lidská psychika je mnohem složitější a že nejsme „jen“ zvířata. Kromě toho je lidská agresivita jak ji sledujeme u mladých lidí, často spojena se sebedestruktivním chováním (sebevražedné pokusy, sebepoškozování, abúzus látek). O vysvětlení destruktivního chování se pokoušel C. G. Jung, který toto jednání přisuzoval tzv. stínu, který má každý člověk. Neméně významným příspěvkem ve zkoumání agresivního chování jsou poznatky S. Freuda, který poznal, že agrese zaměřená proti ostatním souvisí s agresí vůči sobě. Destruktivitu lze tak vysvětlit jako nepříjemný obsah myšlenek, kterých se jedinec snaží zbavit, vytěsnit nebo projikovat do okolí, které pak může zažívat jako destruktivní, přestože se jedná o vnitřní problém. (Guggenbühl-Craig, 2007)

7. RIZIKOVÉ FAKTORY SEBEVRAŽEDNÉHO CHOVÁNÍ

S cílem nalézt oprávněné preventivní opatření u jedinců ohrožených suicidálním chováním, se řada studií zaměřila na zkoumání rizikových faktorů sebevražedného jednání. Přestože bylo americkými suicidology popsáno několik možných rizikových faktorů (popř. jejich konstelace), které mohou mít negativní vliv na sebevražedné jednání, většina vědců zůstává k jejich jasnému definování skeptická. Americký psychiatr Goldston ve svém článku *Assessment of Suicidal Behaviors and Risk Among Children and Adolescents* dokonce uvádí, že tvrzení o identifikaci rizik jsou jen spekulace, nebo snad jen zbožná přání, avšak nikoliv závěry zakotvené v empirických datech (Goldston, 2000). Zásadním problémem pro aplikaci poznatků amerických vědců do našeho prostředí je to, že se definované rizikové faktory vztahují na dané kulturní prostředí a výsledné poznatky z výzkumů se neshodují s těmi evropskými (Vodáčková, 2002). Můžeme však s určitostí zmínit společný rys sebevražedného chování – a to je jeho výskyt napříč sociálním spektrem. (nezáleží na tom, z jakého sociálního zázemí člověk pochází, každý může být ohrožen sebevraždou).

Nicméně i když bychom již popsané faktory přijali, „*stále neexistuje spolehlivý způsob, jak předvídat dlouhodobý suicidální potenciál u daného pacienta*“ (Praško, 4/2006, str. 191). U dětí jsou sebevražedné myšlenky a tendence spíš projevem mnohých psychiatrických problémů a problémů, které se týkají zvládacích strategií, a poskytují dobré vodítko, které děti jsou v úzkosti a mohou být předstupněm sebevražedného pokusu či sebevraždy (Goldston, 2000). Neznamená to však, že můžeme s jistotou říci, že se jedná o rizika sebevraždy.

Jediným opatřením může být věnování zvýšené pozornosti jedincům, kteří jsou rizikovými faktory ohroženi, pokud je to vůbec možné (mnoho lidí, u kterých nacházíme řadu rizikových elementů, včetně např. sebevražedných úvah, odbornou pomoc vůbec nevyhledají. Mnohdy první odborná pomoc, se kterou se setkávají, je právě linka důvěry).

Vyplývají – li při telefonické krizové intervenci (resp. jakékoliv odborné pomoci) s klientem skutečnosti, které mohou nasvědčovat přítomnost rizikových faktorů, mohou být pro pracovníka linky důvěry varovným signálem potenciálního suicidálního chování. Pokud se za rozpoznanými rizikovými faktory opravdu skrývá motiv sebevraždy a je – li vůči takovým skutečnostem pracovník citlivý, může dojít k otevření tématu sebevraždy, aniž by volající sebevražedný úmysl vyslovil.

7.1. Přehled rizikových faktorů

Možné **rizikové faktory** (dále RF) zasahují do různých oblastí lidského života. Podle Koutka je lze zjistit v rodinných vztazích, v hereditární a psychologické oblasti. Rovněž je důležitý psychický – somatický zdravotní stav. Za další riziko je považována přítomnost duševních poruch a jiné životní zátěže (pro adolescenty např. školní neúspěch, konflikty s vrstevníky (šikana), partnerské a sexuální problémy) (Koutek, 3/2006).

Za obecně ohrožené skupiny jsou považovány: děti a dospívající – jako důvod se uvádí nedostatek znalostí a zkušeností se zvládáním náročných situací, dále staří lidé, osoby vytržené z obvyklého řádu – po úraze, vězení, emigranti, lidé postrádající smysl a cíl svého života – nezaměstnaní, osoby v krizi a pracovníci pomáhajících profesí (Špatenková, 2004).

Přehled RF v Příloze č. 2 se tedy týká jevů, které mohou být potenciálními riziky pro vznik sebevražděného jednání nebo mohou negativně působit na vývoj již existujících sebevražděných myšlenek vedoucích následně k pokusu o suicidium. Někteří autoři ještě hovoří o tzv. spouštěcích momentech. U dětí a adolescentů to bývají: nezvládání nároků rodičů, CAN, abúzus drog nebo alkoholu, nechtěné těhotenství, strach ze zkoušek, odmítnutí nebo ztráta milované osoby (rozchod, rozvod, kamarádi), změna prostředí, prožitek ztráty (Špatenková, 2004).

V první řadě vycházím z českých autorů (Koutek, Vodáčková, Špatenková) a následně doplňuji další faktory definované zahraničními (Goldston, 2000).

7.2. Protektivní faktory

Existují i tzv. **protektivní faktory** sebevražděného chování, které brzdí či kompenzují ty rizikové (dětí v rodině, pocit odpovědnosti vůči rodině, těhotenství, existence blízké osoby, víra, životní spokojenost, schopnost adekvátního testování reality, pozitivní zvládací schopnosti, podpora z okolí, pozitivní terapeutické spojení) (Koutek, 2003).

V podstatě to pak znamená, že je – li jedinec považován za zranitelného z důvodu přítomnosti některého rizikového faktoru (nebo faktorů), může tuto situaci vyvažovat existence některý z protektivních faktorů. V případě TKI však komplexní posouzení přesahuje možnosti této odborné pomoci nebo na podrobnější zjišťování není v rámci telefonického kontaktu prostor. Pokud klient hovoří o nějakých svých podporách, je potřeba jej v tom alespoň kotvit, utvrzovat a případně na ně odkazovat (s kým v tuto chvíli může být, komu věří, kdo jej podpoří?). V případě blízkých osob je však důležité zmapovat si i předpokládané reakce, neboť taková osoba může být nejen „protektivním faktorem“, ale může klientovi rovněž uškodit svým nevhodným postojem k jeho problémům (například odmítavá, vyčítavá reakce může posunout sebevražděné tendence dále, neboť po té, co se klient rozhodl svěřit s něčím tak citlivým, zůstává nepochopen a sám) (Praško, 4/2006).

V TKI nikdy nepodceňujeme motivy, jež člověka vedou k suicidálnímu chování zvláště pak u adolescentů, jejichž jednání je více impulzivní a jejich řešení nemusí být z našeho pohledu vždy ta „rozumná“. Závažnost a míra únosnosti zátěže mají subjektivní rozměr, navíc uváděné důvody mohou být jen tzv. spouštěčem již hluboké krize.

Diagnostické hodnocení sebevražedných projevů u dětí a dospívajících musí být komplexní, neboť je determinováno mnoha faktory a okolnostmi: individuální psychopatologií, psychosociálními souvislostmi, v nichž jedinec žije, krizovou situací (Koutek, 2003). V TKI však není možné vycházet z celkového hodnocení, neboť není v možnostech telefonického kontaktu takové souvislosti zjišťovat. Zpravidla se zaměřuje na situaci tady a teď, popř. na blízkou minulost a budoucnost. Podstatné je vyhodnotit míru rizika ohrožení života spácháním sebevraždy, tedy zjišťovat motivaci, fantazie a snažit se sebevražedné chování pochopit.

Na rozdíl od diagnostického vyšetření, které zkoumá události, které se odehrály těsně před suicidem, důvody a motivy, jaké má dítě problémy a jaké konflikty řeší. Testuje se případná psychiatrická porucha, zkoumá se celková rodinná anamnéza a traumata, psychopatologie rodičů a hlavně přítomnost sebevražedného chování u některého z členů rodiny. Důležitou součástí je vyhodnocení rizika opakovaného suicidálního jednání a závažnost úmyslu skutečně zemřít. Dále jsou to vývojová specifika (Koutek, 5/2008).

Při zkoumání závažnosti úmyslu zemřít se u adolescentů a dětí nemůžeme spolehnout na to, že zamýšlený plán (metoda suicida) odpovídá míře závažnosti úmyslu. Především děti nedokážou přesně odhadnout, co je pro ně skutečně život ohrožující a co se může stát „jen“ prostředkem k upozornění (viz demonstrativní sebevražda). Proto je důležité zhodnotit především motivaci dítěte a adolescenta vedoucí k sebevražednému činu ať již uskutečněnému nebo zamýšlenému (únik, ublížit druhým, upoutat pozornost, projev psychopatologie) (Koutek, 3/2006). O svém úmyslu někdy přímo hovoří nebo jej naznačují.

Konkrétní práce se sebevražedným klientem v telefonické krizové intervenci je obsahem následujících kapitol.

8. SHRnutí

Sebevražedné jednání je ovlivněno mnoha faktory v životě jedince. Z hlediska vývojového období, ve kterém se jedinec nachází, můžeme hovořit o specifikách sebevražedného jednání v dané životní fázi, ať už se to týká motivů, zvládání problémů a životních událostí či čehokoliv jiného.

Asi nejpříhodnější se mi zdá uzavřít blok o sebevraždě samotné a sebevražedném jednání následujícím citátem:

„Každé svobodné jednání vyplývá z povahy člověka a je tím charakterističtější, čím je důležitější pro jednotlivce; jistě však sotva může být důležitější rozhodování, než je rozhodování o bytí či nebytí, i je proto jasno, že sebevražda zvláštním způsobem vyplývá z celé povahy člověka“ (Masaryk, 2002, str. 63).

9. TELEFONICKÁ KRIZOVÁ INTERVENCE

Podstatou telefonické krizové intervence je pomoc člověku v krizi. Linka důvěry může být prvním místem, kam se člověk nacházející v krizi může obrátit.

„...Pořád se mi vrací taková myšlenka, že kdybych tu nebyla, tak se všem uleví...Jsem pro ně parchant, co to nikdy nikam nedotáhne, jsem pro ně zklamáním. Ono už to mám promyšlený. Tajně jsem mámě vzala nějaký prášky na spaní. (...) Ne, nepřišla na to. Ale i kdyby, už ji nemůžu víc zklamat. Počkám, až pojedou k babičce a pak...“ (informativní spot LB).

TKI se zaměřuje na to, jak danou situaci člověk prožívá a jaký pro něj má význam. Existuje však více možností, co pod pojmem „krize“ můžeme vnímat, proto považuji za důležité jej zde vymezit.

9.1.Krize

Pojem krize má etymologický základ v řeckém slově *krýnó* a v latinském *crisis* a znamená zlom, zvrat, změnu, vrchol sporu, bod, ve kterém se vše láme (Vodáčková, 2002). V životě jedince je tak označením pro nějaký náhlý přechod, jež může mít různý charakter a tím i odlišný význam pro dotyčného člověka.

Krize může být chápána buď jako přirozená součást života, kdy provází každou zásadní změnu, a bez které bychom se nemohli dále rozvíjet (z hlediska vývojové psychologie lze hovořit o přechodu mezi jednotlivými vývojovými stadii) nebo může znamenat reakci na výraznou psychickou zátěž, nebezpečný stav či životní událost (Hartl, 2004). Rozsah krizového stavu člověka může být různý (co se týče délky, hloubky, intenzity apod.) a vždy záleží na tom, jak situaci vnímá člověk, jenž se ho tento stav týká. Použijeme – li definici dle Daniely Vodáčkové, lze shrnout, že *„krize je subjektivně ohrožující situace s velkým dynamickým nábojem, potenciálem změny. Bez ní by nebylo možné dosáhnout životního posunu, zrání.“* (Vodáčková, 2002, str. 28).

Budeme – li nahlížet krizi z hlediska jejího smyslu, můžeme říci, že obsahuje rozvojový potenciál posouvajícího dotyčného v jeho životě o krok dál, avšak pouze ve chvíli, kdy jedinec její smysl pochopí a získá od ní odstup (Kast, 2000). Záleží tak na tom, zda je jedinec schopen nastalou situaci zvládnout. V opačném případě se dostává do pomyslné pasti, uvízne na jednom místě, ze kterého se mu nedaří najít cestu ven. Jedná se o situace, kdy nefungují dosavadní běžné obranné mechanismy. Takové chvíle bývají často provázeny přívalem emocí, jež zabraňují jedinci hledat možná východiska z nastalé situace, kterou dotyčný vnímá jako neúnosnou. Nastalý zvrat se dotýká celé existence člověka a může se projevit selháváním v různých oblastech života: v biologické

(poruchy spánku), psychické (ztráta smyslu života), sociální (obecně problémy v životě s druhými, ve vztazích) (Hartl, 2004).

Pakliže jedinec není schopen pod tíží situace a v emočním rozrušení daný stav řešit, je vhodné, aby vyhledal odbornou pomoc.

9.1.1. Typologie krize

Z výše uvedeného vyplývá, že existuje několik možných „typů krize“, které lze zařadit do kategorií podle různých kritérií (podle závažnosti, délky, apod.).

Z hlediska TKI se mi zdá vhodná Baldwinova typologie podle míry závažnosti (Baldwin in Vodáčková, 2002):

1. Situační krize: náhlá událost, jež je doprovázena silným stresem a míra její závažnosti závisí na tom, jak ji subjektivně vnímá dotyčný člověk a na dostupnosti pomoci nebo jiné podpory.
2. Krize z očekávaných životních změn (tzv. tranzitorní krize): jedná se o krize zrání, vývojové změny v určitém časovém rozmezí; například vývojové fáze jedince (tzv. adolescentní krize) nebo životní cyklus rodiny.
3. Krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresoru: jsou to náhlé zvenčí přicházející změny, nad nimiž člověk nemá kontrolu (např. smrt blízkého člověka, napadení...).
4. Krize zrání (vývojové): ve chvíli, kdy z nějakého důvodu neproběhla krize tranzitorní. Jedná se většinou o nedořešené anebo úplně opomenuté problémy. V reakci na přirozené změny či vývojové úkoly se tak může rozvinout tento typ reakce.
5. Krize v kontextu psychopatologie: v tomto případě může jít o poměrně širokou škálu projevů souvisejících s konkrétními psychickými problémy člověka. V rámci TKI je někdy obtížné odlišit projevy běžné krize od známek duševní nemoci, někdy mohou být projevy klienta podobné psychotickému stavu (např. v případě psychospirituální krize).
6. Neodkladné krizové stavy: do této kategorie patří stavy, které jsou pro člověka ohrožující a je třeba situaci co nejrychleji řešit, aby její následky byly minimální. Jde např. o akutní psychotické stavy, alkoholové či drogové intoxikace, problémy spojené s kontrolou impulzů (suicidální nebo vražedné jednání, nekontrolovatelná zlost a agrese, panická úzkost) některé disociativní stavy (např. ztráta vědomí), typy automatického a někdy dezorganizovaného chování, stavy spojené s extrémním psychickým vypětím.

9.1.2. Vývoj krize

Nedojde – li ke zvládnutí krize v určité fázi, může se dále rozvinout a prohlubovat. V případě telefonické krizové pomoci je podstatné se zorientovat v tom, jak moc je krize pro dotyčného člověka

závažná, zda se jedná o akutní krizový stav či dlouhotrvající potíže apod. Takové informace mohou být pro nás dobrým zdrojem k identifikaci míry ohrožení volajícího a také k vyhodnocení toho, zda jeho reakce je v mezích normy či je třeba doporučovat další odpornou pomoc. Rozvine – li se psychické trauma, zpravidla se objeví pocity ztráty moci a vlivu na situaci (Vodáčková, 2002).

Podle Pasquali (1989) lze vývoj krize rozdělit na 4 fáze:

1. Na počátku je vnímán pocit ohrožení, většinou řešeno svépomocí (aktivizace vlastních obranných mechanismů, podpora blízkého okolí).
2. Vyrovnávací mechanismy v první fázi jsou neúčinné, a tento stav vede k pocitu zranitelnosti, nedostatku kontroly nad situací.
3. Předefinování krize, naděje, že naše mechanismy budou fungovat, nejvíce naklonění pomoci (v rámci LD je možné řešit i jedním nebo opakovaným návazným dovoláním), připuštění si pocitů.
4. Dochází k závažné psychologické dezorganizaci, stav je podobný panice, kognitivní, emocionální, psychologické změny; krizová intervence je nezbytná. V případě dovolání na LD, je nezbytné motivovat k odborné pomoci, ke které však klientovi někdy již chybí síla.

9.2.Způsoby zvládání krize

Každý člověk v běhu svého života prožívá nějakou krizi a každý se může dostat do situace, která se pro něj může stát vnitřně ohrožující. Na překonání krizového stavu má vliv řada okolností (např. jeho rozsah, závažnost, načasování – jestli střídá jinou krizi, jestli přichází, když naopak jedinec očekává stabilitu apod., zralost a zkušenosti jedince, osobní dispozice - odolnost, podpora v okolí, dostupná vhodná odborná pomoc...) (Vodáčková, 2002).

Ve většině případů k řešení stačí forma svépomoci. Jako první se zaktivizuje vlastní potenciál člověka, kdy se zapojí tzv. copingové strategie, jejichž úkolem je nastalou krizi dostat pod kontrolu. V těchto chvílích jedinec obvykle využívá pomoci svého blízkého okolí. Někdy však dojde k vyčerpání již vyzkoušených vyrovnávacích strategií, popř. jsou málo rozvinuté.

Může se také stát, že dojde k potlačení či „odložení“ řešení, a tak znovu někdy vyvstane na povrch. Příkladem může být traumatická reakce na vysokou hladinu stresu, který provází veškeré náročné situace. Taková odpověď organismu se může projevit okamžitě nebo až s časovým odstupem (tzv. posttraumatická stresová porucha) (Vodáčková, 2002).

9.2.1. Zvládání zátěže u dětí a adolescentů

Schopnost zvládat zátěž souvisí s resistencí jedince (s jeho schopností odolávat nepříznivým vlivům v průběhu času (Vágnerová, 2005), která se postupně rozvíjí. U dětí a adolescentů je tak vypořádávání se s problémy vázáno více na úroveň jejich zralosti. Jejich copingové strategie nejsou dostatečně rozvinuté, avšak tvrzení, že jsou všichni jedinci v daném období stejně zranitelní, nelze generalizovat, neboť mezi nimi panuje značná variabilita, co se zvládání zátěže týče. U některého jedince tak i v případě vyšší zátěže nebo prožívané události nedojde k vážnějšímu rozvoji krize, kdežto u jiných ano. Proto práce s dětmi a dospívajícími vyžaduje individuální přístup a zhodnocení celkové situace, v níž se nacházejí. Na zvládnutí zátěže má vliv její načasování, rozsah nebo množství změn, které mladý člověk zažívá, a jejich synchronicita. Zásadní roli také hraje sociální opora a aktivní přístup k vlastnímu vývoji (Coleman, Hendry in Koutek, 2003).

9.3. Krizová intervence

V případě, že se nedaří krizový stav zvládnout vlastními silami nebo s podporou okolí, je potřeba vyhledat odbornou pomoc. Její specifická forma zaměřující se na akutní situaci klienta (na současnost, blízkou minulost i budoucnost) je krizová intervence:

„Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou a ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací. Krizový pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potenciálu přirozených vztahů.“ (Vodáčková, 2002, str. 60).

Roli pracovníka si tak můžeme představit jako prostředníka mezi řešením a krizí zasaženým člověkem.

V případě akutní situace je prvním důležitým krokem zastavení paniky a prožívané úzkosti (nikoliv však její zablokování), pod jejímž náporu člověk není schopen volit racionální řešení. Krizová intervence se zaměřuje na klientův problém a na překonávání konkrétních překážek. Jejím cílem je stabilizace klienta, snížení nebezpečí, že se krize bude prohlubovat, zajistit klientovo fungování a z hlediska perspektivy propracovat blízkou budoucnost a další možnosti řešení (Vodáčková, 2002). Například naplánovat konkrétní kroky, které udělá, až se vrátí domů včetně toho, co může dělat, když domluvená strategie řešení nebude účinná. Zvládnutí krize může mít několik fází, důležitým posunem klienta je chvíle, kdy na situaci dostane náhled a získá si potřebný odstup.

9.4. Telefonická krizová intervence

Krizová intervence může být zprostředkována přes telefon. Podle Zákona č. 108/ 2006 Sb. o sociálních službách hovoříme o telefonické krizové pomoci, která je definována jako „*terénní služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami*“ (Z. č. 108/2006, § 55). Dovolání na linku důvěry bývají obvykle jednorázová nebo je daný problém řešen v rámci několika telefonátů, které mohou být různého charakteru.

Vedle toho u nás krizovou pomoc poskytují ještě ambulantní služby; většinou Krizová centra (např. Spondea Brno, Krizové centrum Ostrava, Krizové centrum RIAPS,...) další možností je hospitalizace ve zdravotnickém zařízení a terénní krizová pomoc v přirozeném prostředí klienta (Z. č. 108/2006).

Způsob odborné pomoci poskytované na zvláštních pracovištích k tomu určených (tzv. linky důvěry) se nazývá telefonická krizová intervence (dále jen TKI). Jedná se o „*soubor metod a technik krizové práce s klientem, založený na jednorázovém nebo opakovaném telefonickém kontaktu s pracovištěm, které se deklaruje jako pracoviště telefonické krizové intervence.*“ (Vodáčková, 2002, str. 57) Vedle krizové intervence tato sociální služba nabízí i poradenství.

Pro pracovníka linky důvěry se v běžné praxi užívá termín „**konzultant**“ (z anglického názvu „consultant“), jež ovládá nástroje TKI. Jejich odborná způsobilost je definovaná dle zákona č 108, o sociálních službách (Z. č. 108/2006, § 110). V rámci linky důvěry vystupují anonymně, jako členové týmu. Součástí jejich práce by mělo být pravidelné setkávání pod supervizí.

Z hlediska zákona je ten, který využívá sociální službu telefonické krizové intervence, označován za osobu v nepříznivé sociální situaci a dále pak za uživatele sociální služby (Z. č. 108/2006, §1). Pro účely této práce budu užívat převážně pojmu „**klient**“, který také pochází z anglického názvu (angl. client) a rovněž se v praxi na linkách důvěry používá (Vodáčková, 2002).

9.4.1. Linky důvěry

V případě sebevražedné krize mnohdy hraje velkou roli čas, kdy dotyčný potřebuje okamžitou pomoc a podporu, která musí být snadno dostupná. Protože rozhodnutí ukončit život provází řada ambivalentních pocitů, nejistota, strach, potřeba sdílet atd., ukázalo se, že velký význam má možnost o svých problémech si nezávazně promluvit, zůstat při tom v anonymitě.

➤ Historie Linek důvěry

Pro lidi ohrožené suicidálními tendencemi tak na principech anonymity a snadné a dostupnosti vznikla v Londýně první telefonická linka důvěry, kterou založil v roce 1953 Chad Varah v reakci na v této době zvýšenou míru sebevraždy. Linka důvěry byla prezentována jako nezávislá, nepolitická, necírkevní a dobrovolná organizace.

Na našem území vznikla první linka důvěry v roce 1964 při Psychiatrické klinice FVL UK, o tři roky později byla založena první taková pomoc pro děti (Linka důvěry mládeže). Po roce 1989 jejich počet značně v České republice vzrostl, a tak byl v roce 1995 uspořádán sjezd 24 linek důvěry, který dal podnět pro vznik organizace České asociace pracovníků Linek důvěry (ČAPLD), jež by odborně zaštiťovala vzniklá pracoviště. ČAPLD „*je stavovské sdružení občanů pracujících v zařízeních poskytujících psychosociální a zdravotní služby a specializujících se částečně nebo plně na krizovou telefonickou pomoc*“ (Vodáčková 2002, str. 212).

V současné době u nás existují linky, jež provozují různí zřizovatelé a jsou zaměřené buď na určitou cílovou skupinu či problematiku (Linka AIDS pomoc, Linka bezpečí, DONA linka, ...) nebo jsou určeny pro celou populaci (Linka důvěry Praha, Linka naděje Brno, ...).

Linky důvěry se zabývají širokým okruhem problémů a hovory bývají různého charakteru a stejně tak očekávání klienta. Mým cílem v této práci je zaměřit se na reálné hovory (nikoliv tzv. testovací¹⁴) se sebevraždnými klienty tak, jak je to vymezeno v úvodu této práce. Tedy na ty volající, kteří mají sebevražedné tendence, nikoliv však na tzv. třetí osoby, kteří hovoří o někom, kdo se jim s něčím takovým svěřil.

➤ Principy linek důvěry

Hlavními znaky nebo principy linek důvěry jsou důvěra, anonymita (při dovolávání nejsou zjišťovány žádné osobní údaje, pokud je sám klient nechce sdělit a zároveň anonymitou je chráněn i konzultant) a snadná dostupnost pomoci (web Modrá Linka, 2011). Dále jím může být návaznost (linky důvěry jsou součástí psychosociální sítě) (Vodáčková, 2002). Telefonická krizová pomoc je poskytována týmem pracovníků, kteří vystupují jako jeho anonymní členové. Zachovávání tohoto principu brání kontraproduktivnímu navázání klienta na jednoho člověka a přispívá ke komplexnosti řešení (Etický kodex linek důvěry, ČAPLD, 1998)

¹⁴ Testovací hovor na lince důvěry = hovory, jimiž volající (většinou děti a adolescenti, řidčeji dospělí) zkouší, testují linku důvěry, než zavolá se skutečným problémem. Dovolání mohou mít podobu žertů či imitovaných problémů. Sdělení většinou bývají bez doprovodu autentických prožitků, popř. je volající hraje. V některých případech může volající vystupovat jako třetí osoba, která chce pomoci např. kamarádovi/známému, avšak ve skutečnosti jde o samotného volajícího (Vodáčková, 2002).

➤ Výhody a úskalí TKI

Služba telefonické krizové pomoci má své výhody, ale také úskalí a limity, které mohou plynout ze samých principů, na nichž je založena. Linky důvěry jsou koncipovány jako nízkoprahové služby – znamená to snadnou **dostupnost** z jakéhokoliv telefonního aparátu většinou jen za cenu běžného volání nebo zdarma pro určité skupiny lidí (Linka bezpečí pro děti, Linka seniorů pro seniory, ...).

Pro co největší bezbariérovost některé organizace poskytují i krizovou intervenci prostřednictvím on - line komunikace – chatu nebo audiochatu přes skype; např. chat Linky bezpečí, A – Kluby ČR, Brno – Modrá linka provozuje skype, popř. existuje poradenství prostřednictvím e-mailu. Tyto služby mohou využít i ti, kteří se nemohou z různých důvodů dovolat (např. mají připojení na internet, avšak nemají kredit na telefonu, nemohou nahlas hovořit kvůli nedostatečnému soukromí, mají vadu řeči, apod.).

Navázání hovoru mezi klientem a pracovníkem je určeno **technickými parametry**, které vytváří základní rámec této pomoci. Kontakt může být snadno náhle přerušen. Značné obtíže může způsobit nekvalitní spojení či ruch z okolí, kde se volající nachází. Neustálé doptávání a opakování může vést k oboustranné frustraci. Je pak na pracovníkovi toto zhodnotit, zda a jak daný hovor vést a v případě, že není možné v kontaktu pro nevyhovující podmínky pokračovat, snaží se pracovník toto klientovi vysvětlit a domluvit s ním, jak si tyto podmínky zajistit.

Někdy je velmi obtížné se rozhodnout, zda hovor vést či nikoliv. Zvláště velký tlak na pracovníka je ve chvíli, kdy se jedná o ohrožení klienta.

Např.:	(K = konzultant, KL: klient)
K:	Linka bezpečí, dobrý den.
KL:	D---rý den, prosím vás, já po—uji —oct. (v pozadí hluk silnice)
K:	Dobrý den, slyším, že povídáš, ale bohužel ti teď moc nerozumím, spojení se hodně přerušuje.
KL:	Já vás sl---m d---ře., potřeb--- teď p---oct. Já už nemůžu, už to nezvládám, už ----(projelo auto).
K:	Rozuměla jsem, že teď potřebuješ pomoci, slyším, že se teď děje pro tebe něco těžkého. Určitě tady o tom můžeme mluvit, ale potřebuju tě líp slyšet. Můžeš jít dál od té silnice?
KL:	Cože?
K:	Neslyším tě dobře, jdi prosím dál od té silnice.
KL:	...

Netřeba zmiňovat, že nutnost přerušit kontakt z důvodu nekvalitního spojení je pro konzultanty jedním z nejnáročnějších.

Princip oboustranné anonymity vytváří bezpečné prostředí, kde klient může otevřeně hovořit o svých problémech. **Absence vizuálního kontaktu** může mít přínos pro klienta v tom, že si může představit kohokoli, s kým se mu bude dobře hovořit, může si do osoby pracovníka promítnout jakékoliv idealizované představy, které chce nebo které potřebuje (James, 2008). Z hlediska práce konzultanta může chybějící vzhled klienta eliminovat chybná vnímání při komunikaci (stereotypy, předsudky, implicitní teorie osobnosti apod.) (De Vito, 2001). Na druhou stranu dochází k zúžení vnímání klienta jako celku, neboť konzultant může pracovat pouze s akustickými informacemi, které se mu dostávají; s obsahem klientova sdělení, ale také konzultant může vnímat, jakým způsobem co klient říká, věnuje se jeho projevům, které jsou slyšet. Zcela v takovém kontaktu chybí vizuální informace o klientovi, o jeho gestikulaci a celkově o jeho řeči těla.

V běžné komunikační situaci tváří v tvář jsou pro nás tyto signály, jsme – li dostatečně vnímaví, mnohdy důležitějším sdělením nežli samotná slova. Neverbální složka komunikace je fylogeneticky starší a více odkazuje na emoční prožitky a bazální potřeby, rozpoložení atp.

Nespornou výhodou anonymity je zachování bezpečí pracovníka a také je větší ochranou před navázáním se klienta na konkrétního pomáhajícího pracovníka¹⁵, neboť ten vystupuje jako anonymní součást týmu, jehož členové se střídají. Tímto se rovněž rozšiřuje pole pohledů na daný problém a variabilita řešení.

9.4.2. Linka bezpečí

Linka bezpečí je bezplatná telefonická linka krizové pomoci a je součástí Sdružení Linky bezpečí (SLB). Jejím hlavním posláním je poskytování telefonické pomoci dětem, dospívajícím a dospělým studujícím do 26 let. Sdružení je dále členem celosvětové asociace dětských linek důvěry Child Helpline International (CHI).

¹⁵Navázání se v tomto případě znamená vytvoření kontraproduktivního vztahu mezi klientem a pracovníkem nebo klientem a konkrétní sociální službou, jež tímto přestane plnit funkci aktivizace klienta a podpory v hledání jeho vlastního řešení. Taková spolupráce je neefektivní a zabraňuje klientovi převzít odpovědnost za svá řešení a posunout se dál, přestože klient může deklarovat, že mu takovýto kontakt vyhovuje.

Na LD se většinou jedná o dlouhodobé klienty, kteří se na linku dovolávají opakovaně, buď se již sami představují a lze tak sledovat vývoj kontaktu nebo zůstávají neodhaleni a opakují stále stejný příběh/y. O tom, jak s konkrétním klientem postupovat, by se měli pracovníci domluvit týmově, na základě individuálního posouzení situace klienta a tento přístup sjednotit.

Linka bezpečí se řídí etickým kodexem Linky bezpečí, který byl revidován v roce 2011 a dále metodickými pokyny vypracované pro Linku bezpečí. Tato organizace má celorepublikové působení a jako linka důvěry specializovaná na telefonickou pomoc dětem přijímá více testovacích hovorů nežli je tomu např. na linkách důvěry pro dospělé, proto je i více vytížená. Má nepřetržitý provoz, kdy se konzultanti na pracovišti střídají v rámci několikahodinových směn.

Pracovní tým telefonické krizové intervence na Lince bezpečí tvoří konzultanti a dále intervizoři. Intervizor podle své pracovní náplně vedle samotné organizace směny mají na starost tyto činnosti:

- v neodkladných případech intervenuje ve prospěch klientů LB u dalších institucí (např. OSPOD, ZZS, HZS, PČR)
- organizuje, superviduje a zároveň kontroluje práci konzultantů LB
- realizuje příposlechy na LB a na chatu LB

Jako každá organizace disponuje i tato specifickým pohledem na klienty a přístupem k nim, které pracovníci sdílí, stejně tak jako způsoby, jak se vypořádávat s dilematickými situacemi. Tyto fenomény tak tvoří specifickou „kulturu organizace“ (Musil, 2006), jejíž zkoumání je součástí mého výzkumu.

9.5. Základní techniky telefonické krizové intervence

Existují techniky telefonické krizové intervence, které konzultant musí ovládat a o které se při vedení hovoru může opřít. Vždy je však potřeba tyto techniky přizpůsobovat dané konkrétní situaci a užívat jich s ohledem k individualitě klienta. Lze říci, že jsou nástrojem, kterým konzultant disponuje tak, aby ve spolupráci s klientem hledal pro něj nejvhodnější řešení situace. Dle Vodáčkové lze základní techniky strukturovat následujícím způsobem (Vodáčková, 2002).

9.5.1. Navázání kontaktu

➤ Komunikace na lince důvěry

K dobrému navázání kontaktu s klientem na lince důvěry neodmyslitelně patří zvládnutí způsobu komunikace. Pracovník by měl být schopen se přizpůsobit projevu klienta (slovní zásobě, používaným výrazům, respektovat vývojovou úroveň jedince, apod.).

Mezi pracovníkem a volajícím vzniká interaktivní systém komunikace, kdy se oba jeho účastníci navzájem ovlivňují. Vodáčková hovoří o setkání dvou systémů – klienta, jež je členem nějakého vztahového systému a pracovníka, jež také nestojí samostatně, ale rovněž je součástí určitého

kontextu (zaměstnanec LD, pomáhající pracovník, ale i individualita se svými životními zkušenostmi, postojů apod.).

➤ **Specifika komunikace s dítětem a adolescentem**

K respektu k individualitě jedince patří i ohled na jeho vývojovou úroveň, kdy přizpůsobujeme nejen formu sdělení (užívané výrazy apod.), ale i jeho obsah a objem (např. jednodušší sdělení jen nutných informací, je důležité brát v potaz, jaké kvantum informací je dítě schopno v hovoru pojmout), popř. nutné informace více vysvětlujeme (kdo je to sociální pracovník/ce). Hovoří – li pracovník s dítětem, vyžaduje to specifický přístup, neboť musí brát ohled na jeho věk, vývoj řeči a kognitivních funkcí, vývojové charakteristiky v oblasti emoční a sociální (Koutek, 5/2008).

Z hlediska komunikace s klientem v krizi je důležité mít na paměti, že se volající v tu chvíli může projevat jinak, než jeho obvyklým způsobem. Pokud se jedná o akutně ohrožené dítě, může se jevit na nižším vývojovém stupni (Pfeffer, 1986).

Schopnost navázat dobrý kontakt s jinou dospělou osobou nežli rodičem bývají děti schopné asi od začátku školního věku (Vágnerová, 2005). Dospívající již bývají obvykle verbálně zdatní, dokážou pospat své potíže i jejich souvislosti, dokážou hovořit o tom, co cítí. Očekávají respekt ke své situaci. Jejich chování a verbální projev někdy vykazuje extrémní úzkost a staženost nebo je provokativní, čímž je komunikace ztížena (Rahn, 2000).

➤ **Navázání kontaktu v hovoru**

Při započetí hovoru s volajícím v krizové situaci je důležité navázat psychologický kontakt a vytvořit důvěrný prostor (James, 2008). Hovor na lince důvěry začíná slovy „Linka důvěry (...bezpečí, seniorů...), dobrý den. ... Navázání kontaktu může být přirozené (po té, co se ozve pracovník linky, klient začne spontánně hovořit) nebo ho mohou provázet různé obtíže. Například je slyšet, že je klient u telefonu, ale mlčí. Je pak na pracovníkovi vytvořit prostor (nevstupovat příliš do ticha, čas může pracovník vnímat jinak než klient) a snažit se jej rozmluvit. Je na volajícím, zda kontakt naváže či se jej rozhodne ukončit a zavolat až bude například více připraven o svém problému hovořit. Jiná je situace, kdy pracovník přebírá iniciativu, když se klient dovolává velmi rozrušen, že není schopen sdělit, co se děje. Konkrétněji popsáno v kapitole „Práce s emocemi.“

V případě hovoru s dítětem či adolescentem je nutné mít na zřeteli, že je v takovém případě výraznější nerovnováha pozic mezi účastníky kontaktu. Zvláště děti vnímají pracovníka jako autoritu, a proto mají větší tendenci přijímat nekriticky sdělení konzultanta. Ten si musí dát především pozor na to, aby dítěti nepodsouval něco, s čím se neztotožňuje, ale zároveň nemá odvahu říci, že to tak nebylo. Např.: „to jsi musel být kvůli rodičům hodně smutný, vid’?“ Zatímco dítě na ně bylo spíš našťavané. Může tak získat pocit, že jeho reakce nebyla správná.

9.5.2. Techniky provázení a vedení a techniky efektivní komunikace

V navazování kontaktu užíváme technik provázení a vedení; přizpůsobujeme se tempu řeči, pojmům, které volající používá, dáváme najevo naši přítomnost. Pracovník klientovi naslouchá a projevuje empatii. Klient v krizi vnímá čas jinak a to se může v hovoru odrazit buď zrychlenou mluvou anebo naopak mlčením, dlouhými pomlkami mezi sděleními. Je dobré snažit se ho rozmluvit, avšak neubírat prostor častými vstupy, k nimž má konzultant tendenci ve chvíli, kdy v něm ticho vyvolává úzkost (Vodáčková, 2002).

Naslouchání neznamená pasivní mlčení. Je důležité vnímat, co nám klient sděluje a jaký to pro něj má význam a snažit se nevnašet vlastní stanoviska a komentáře na základě osobních zkušeností (Kopřiva, 2000). Tím však není míněno, že je klient přijímán absolutně se svými postoji a názory, které vždy podporujeme bez ohledu na realitu či následky pro něj nebo jeho okolí (např. se klient rozhodne vyřešit náročnou situaci doma útekem...).

Formou provázení je zrcadlení a reflexe, kdy konzultant pojmenovává, co se v hovoru děje s klientem nebo co se děje mezi ním a volajícím. Konzultant je tak nejen v hovoru, ale zároveň „nad“ ním.

Někdy se provázení mění ve vedení, v ideálním případě se toto střídá – konzultant a klient se komplementárně doplňují – jednou klienta provází a on se nechá vést, pak se toto může otočit. Jsou však situace v hovoru, kdy je třeba převzít iniciativu a klienta direktivně vést. Jedná se například o akutní krizový stav, kdy je klient v panice či je ohrožen na životě nebo na zdraví (v tu chvíli se rozhovor může po čas ohrožení klienta změnit v pokyny ze strany konzultanta).

V samotném vedení dialogu se užívá rekapitulace (znamená to shrnout vlastními slovy, co jsme slyšeli), dále parafráze, kdy stejně jako u předchozí techniky se opakují klientova slova, avšak je vkládáno více vlastních myšlenek s vyzdvižením toho, co je podstatné.

Některé odpovědi volajícího je potřeba zpevnit neboli kotvit. Jednoduše lze toto dělat jen přitakáním „hmm“ nebo něco, co říká zdůraznit či okomentovat. V rozhovoru se dále užívají zhodnocující formulace, kterými se klientovi dává najevo, že to, co právě řekl, je vnímáno jako podstatné.

9.5.3. Základní orientace v problému

Rozhovor má určitou strukturu, o které má konzultant přehled. To, kde se v hovoru právě s klientem nachází, může volajícímu zpřehledňovat shrnutím probraného a směr, kam se hovor má vyvíjet dál vždy kooperativně domlouvá s klientem (není – li ovšem nutné, aby pracovník převzal vedení hovoru). Směr či cíl hovoru usnadňuje stanovení tzv. zakázky. Tedy to, co klient považuje za

důležité, čemu se chce v hovoru věnovat, s čím by potřeboval pomoci. Důležitá jsou rovněž očekávání volajícího, a jak tato očekávání je možné naplnit. Zakázka i očekávání se mohou měnit, proto je důležité, aby konzultant sledoval tok hovoru a pak se dále ujišťoval, zda to, co momentálně s volajícím probírají je to, co potřebuje, nebo zda se to změnilo. Zakázkou nemusí být nutně vždy pevně stanovený cíl či řešení, ale třeba „jen“ vypovídání a sdílení.

Někdy je potřeba ze strany konzultanta použít direktivní přístup, kdy drží rozhovor pevně v rukou, určuje rámec, vede, pojmenovává a strukturuje situaci. Může klienta odrazovat od kontraproduktivních řešení, někdy je potřeba klienta konfrontovat s realitou (Vodáčková, 2002).

Aby vůbec bylo možné se v situaci klienta orientovat, je nutné se doptat na základní informace a souvislosti, tzv. zmapovat, o čem jde. Používají se k tomu většinou otevřené otázky (neboli doplňující: „*Jak se to stalo?*“) nebo volajícího vyzveme k popsání situace („*Popiš mi, prosím, co se v tu chvíli odehrálo.*“). V případě, že je v tu chvíli potřeba zcela konkrétní informace, užívají se otázky uzavřené („*Myslíte tím sebevraždu?*“). Potřebujeme – li se doptat na více přesných informací, je užitečné vysvětlit, proč se na dané údaje ptáme, popř. „*zarámujeme*“, že se teď budeme ptát („*...abych tomu dobře rozuměla, potřebuju se tě teď na pár věcí zeptat...*“).

Důležitými kroky v hovoru, jež mohou vést ke změně, je podpora (klienta i jeho opěrných bodů) a potvrzování klientových silných míst. Některé situace vnímané klientem negativně můžeme přeznačkovat, tedy nabídnout, jak lze situaci vnímat i pozitivně.

9.5.4. Ukončení hovoru

Závěr a uzavření hovoru patří rovněž k jeho významným součástem. Může k němu dojít ze strany klienta, ale i konzultant musí umět hovor správně ukončit. Součástí může být i předání kontaktu na další odborné pracoviště či domluva o dalším postupu. Pokud klient není připraven na další řešení situace a situace je pro něj stále ohrožující (opakované sebevražedné myšlenky, sexuální zneužívání v rodině,...), je na místě s ním vytvořit alespoň bezpečný plán; jednoduché kroky co dělat, když bude v nebezpečí.

9.6. Telefonická krizová intervence se sebevražedným klientem

Sebevražedná tematika patří na linkách důvěry mezi ty typy hovoru, které vyžadují neodkladné řešení (Vodáčková, 2002), neboť je člověk ohrožen na samotném životě a zdraví.

9.6.1. Základní předpoklady v přístupu k sebevražedným klientům

Setkáváme-li se se sebevražedným člověkem, zvláště z pozice odborníka poskytujícího pomoc, musíme se ze všeho nejdříve zbavit předsudků o sebevraždách a o jednání lidí jimi ohrožených. V následující tabulce nabízím přehled, tak jak jej uvádí Špatenková (2004).

Mýty o sebevraždách	
Mýtus	Fakt
Lidé, kteří o sebevraždě mluví, ji nikdy nespáchají.	8 z 10 sebevrahů o svém závěru hovoří otevřeně nebo v náznacích.
Když s někým mluvíte o sebevraždě, můžete mu myšlenku na ni vnuknout.	Tuto myšlenku nelze jen tak vnuknout. Naopak otevřeně hovořit o sebevražedném záměru může přinést velkou úlevu.
Sebevražda je vždy náhlé a impulzivní rozhodnutí.	Je to různě dlouhý proces, má svůj vývoj.
Když je někdo po dlouhé depresi najednou v psychické pohodě a veselý, není žádné nebezpečí.	Naopak to může svědčit o úlevě z již učiněného rozhodnutí a končeného překonání silné ambivalence.
Nejvíce sebevražd je kolem Vánoc.	Statisticky v zimě počet sebevražd je nejnižší, ke vzrůstu dochází spíše na jaře.
Sebevrazi jsou blázni.	Ne každá sebevražda souvisí s psychickou poruchou, může však být jejím rizikovým faktorem
Sebevraždu nespáchají normální lidé.	Sebevražda se vyskytuje ve všech společenských vrstvách. Nezáleží na věku, sociálním statusu, barvě pleti, etniku apod.
Kdo sebevražedný pokus přežije, už to nikdy neudělá.	Naopak, sebevražedná historie je rizikovým faktorem.
Pokud se někdo rozhodne sebevraždu spáchat, nejde mu to už vymluvit.	Je naopak šance, že se to podaří. Alespoň se o to pokusit.

➤ Přístup k sebevražednému člověku

Interpretace sebevraždy vychází z vlastního konceptu smrti a z toho, jak člověk vnímá samotný život a jeho smysl. Je možné, že se postoj pracovníka projeví v jeho přístupu ke klientovi nebo v tom, jak takový hovor následně zpracuje, popř. jej mohou již nabyté zkušenosti ovlivnit při další práci.

Sebevražda může být únikem od utrpení na tomto světě, snahou o dosažení klidu. „...*lidská bytost se od přírody hrozí utrpení a hledá štěstí. I člověk, který se zabíjí, to dělá téměř vždy pro to, aby unikl utrpení toho života do jakéhosi neznámého štěstí a klidu.*“ (Viewegh, 1996). Sebevražda může být naopak odvahou, překonáním samotné lidské existence, „*rozhodnutí vydat se vstříc smrti*“ (Guggenbühl-Craig, 2007, str. 84). Sebevražda může být hříchem. Může být i svobodnou volbou „*Což*

nikdo na celé zeměkouli, ukončiv s Bohem a uvěřiv ve svobodu vlastní vůle, se neosmělí projevit svobodu vlastní vůle v nejdůležitějším bodě?... Jsem povinen zastřeliti se, protože vrcholný bod svobody mé vlastní vůle – jest zabítí sebe sama.“ (Dostojevskij, in Masaryk, 2002, str. 13).

Či jediným možným řešením. Záleží, z jaké strany se na ni díváme. Sebevražda nakonec může být i pouhým sebedestruktivním aktem hodným odsouzení. Sebevražda je ve své podstatě nepochopitelná „*smrt může pochopit jedině mrtvý a mrtvý nemluví*“ (Sartre, In Guggenbühl-Craig, 2007).

Chápání a přístup k suicidu se pohybuje mezi těmito póly a pro toho, kdo pracuje se sebevražednými klienty, není vždy snadné reflektovat jeho vlastní stanovisko, opustit jej a snažit se na smysl sebevraždy nahlédnout z jiného úhlu. Pro každý postoj existují argumenty pro a proti, cílem pracovníka však není vynášet soudy.

9.6.2. Hovor se sebevražedným klientem

Hovor se sebevražedným klientem lze rozdělit do několika etap, v jejichž rámci mohou vzniknout různé situace. Následující struktura je spíše modelová kvůli přehlednosti, rozhodně to neznamená, že existuje nějaký „zaručený postup se sebevražedným klientem“, neboť každý hovor, který se odehraje na lince důvěry je specifickou a jedinečnou interakcí mezi volajícím a konzultantem.

➤ Navázání kontaktu

Samotné dovolání na linku důvěry může na straně klienta provázet řada pocitů, v případě suicidálních tendencí je častá nejistota, ambivalence (James, 2008). Navázáním dobrého kontaktu konzultant získává především čas. Volání na linku může být impulsivním nepromyšleným činem (ať už se jedná o dlouhodobě zamýšlenou sebevraždu, kdy klient ještě před konečným rozhodnutím zkusí zavolat, či jde o akutní nepromyšlený čin, kdy člověk neví kudy kam a prostě zvedne telefon a vytočí číslo), proto je důležité v tu chvíli klienta udržet na telefonu a pokusit se překlenout kritický okamžik.

Projev klienta může být zpomalený s výraznými latencemi, neboť v tu chvíli má pro něj čas jiný rozměr. Je důležité, aby ten, kdo se sebevražedným člověkem hovoří, aby mu dal pocítit, že jej vnímá, naslouchá mu, nežli se jej pouze vyptával.

Změněný stav vědomí

Zpomalená mluva však může mít i jiné příčiny, proto je důležité zjišťovat, co je její příčinou.

Je – li klient intoxikován, projevuje se celkovým útlumem, tempo řeči je pomalé se setřelou artikulací, postupně může dojít ke zhoršení, kdy se latence mezi sděleními prodlužuje a klient upadá do spánku. Ze somatických příznaků může klient popisovat nauseu (pocit na zvracení), pocit chladu, třes, křeče a točení hlavy, potíže s dýcháním (Rahn, 2000).

Otravy léky ohrožují člověka na životě, ať už byly zapříčiněny úmyslně nebo ne. Obecně je důležité vést člověka k lékaři, neboť i když dávka není smrtelná, může otrava způsobit vážné zdravotní komplikace, pokud není člověk ošetřen. (Rahn, 2000).

Má – li pracovník bližší informace o požití léků (množství, typ, přibližná váha volajícího, atp.), je možné zjistit předpokládaný průběh otravy, komplikace, prognózu stavu a co učinit jako první pomoc na Toxikologickém informačním středisku (TIS).

K atypickým projevům, kterým je rovněž třeba věnovat pozornost, patří zrychlená řeč, myšlení, tendence k agresivním reakcím. Sebevražedné myšlenky mohou nabýt demonstrativního charakteru (popř. jsou tak v tu chvíli prezentovány. Neznamená to však, že by nebyly míněny vážně). V takovém případě se může jednat o následek intoxikace stimulanty. Vykazuje – li klient známky chaotičnosti, dezorganizovanosti, v řeči je překotný, obsahy sdělení spolu nesouvisí a nedávají smysl, lze usuzovat na psychopatologické příčiny. V případě psychotické ataky je zvýšené riziko suicidálního jednání (Rahn, 2000).

Na základě vytvořeného kontaktu v hovoru je postupně získávána důvěra a teprve po té se otevírá prostor pro to, aby klient mohl otevřeně vyjádřit nejen to, jaké má pocity, ale i jeho úvahy nad ukončením vlastního života. Musí se v tu chvíli cítit bezpečně, emočně přijímaný. Možná je to poprvé, kdy může o svých myšlenkách beze strachu z odsouzení nahlas mluvit. Teprve až pocítí, že je respektován, kdy nemusí zaujímat obranný postoj, pak bude hledat i jiné možnosti (Rahn, 2008).

Je – li volající v akutní krizi, potřebuje vnímat stabilitu konzultanta. Proto je důležité, aby se nenechal zahltit klientovým rozrušením a zklidnil v první řadě sebe. Musí hovořit klidným, ale pevným hlasem. Vyplývá – li, že je klient v ohrožení, je nutné jasně, stručně (nikoliv stroze) a bez váhání zjišťovat nejdříve jeho aktuální fyzický stav. Na základě zjištěných okolností se odvíjí další spolupráce (James, 2008).

➤ **Stabilizace a snížení bezprostředního ohrožení**

V první řadě pracovník vyhodnocuje riziko ohrožení života klienta a podle toho dále postupuje.

Vyhodnocení míry rizika ohrožení života	
Z hlediska suicidálního vývoje	zda se jedná o nekonkrétní sebevražedné myšlenky či volající hovoří o zcela konkrétním plánu (hodnotí se u něj 4 základní složky: letalita metody, dostupnost prostředků, promyšlenost do detailů a příprava na smrt (Praško, 4/2006) nebo o započatý sebevražedný pokus
Z hlediska rozsahu krize (hloubka a závažnost problémů)	motivy, s jakými problémy se klient potýká, psychopatie klienta, kvalita podpůrné sociální sítě, zda je volající v tuto chvíli sám apod., historie suicidálních pokusů a aktuální dostupnost nástroje k sebevraždě

Je – li volající akutně ohrožen na životě, započal – li sebevražedný pokus, je třeba převzít vedení hovoru a vést klienta k zastavení pokusu (již zde lze využít tzv. antisuicidálního kontraktu, který je popsán v následující kapitole; cílem je v tomto případě jasná domluva, že v sebevražedném jednání nebude v tuto chvíli pokračovat) o suicidium či k vyhledání první pomoci, popř. její přivolání nabízet.

Od volajícího je potřeba po navázání prvního kontaktu získat důležité údaje. Je dobré nespěchat, i když je člověk ve vážné krizi, neboť i tak je schopný o sobě sdělit patřičné informace, které jsou pro pracovníka podstatné (Vodáčková, 2002). Při zjišťování je nutné postupovat po malých krocích, ptát se srozumitelně, krátkými otázkami, ve kterých se vždy konzultant dotazuje na jednu věc (nikoliv zahlcování klienta vícero otázkami či slovní vatou, neboť v tu chvíli není s to vnímat obsáhlá sdělení).

Pokud se nejedná o takto naléhavou situaci, ale o úvahy volajícího o sebevraždě, měl by následovat antisuicidální kontrakt (viz následující kapitola) a dále by mělo dojít ke zmapování situace klienta z hlediska dostupnosti pomoci (např. je-li sám doma, kdy někdo přijde apod., zda má doma nebo v místě, kde se nachází nějakou možnost přístupu k prostředku ke spáchání sebevraždy apod.).

➤ Otevření tématu sebevraždy

Pokud volající hovoří v nejasných náznacích („nejraději bych tu nebyl, chtěl bych to udělat...“), pak by měla přijít otázka, zda tím myslí konkrétně sebevraždu. Někdy klient popisuje bezvýchodnou situaci, že neví, jak má jít dál, popisuje svou bezmoc, má pocit, že s tím, co se děje již není možné nic dělat. I tehdy je dobré vnímat tyto varovné signály a ptát se přímo bez zábran, zda někdy myslel na sebevraždu (Rahn, 2000). Jen u dítěte je možné udělat výjimku, kdy by na něj mohlo toto slovo působit příliš silně, pokud jej ovšem samo nepoužívá. K vyjasnění, že se jedná skutečně o sebevražedné tendence, může dojít v různých fázích hovoru, mnohdy volající potřebuje získat důvěru a sebrat odvalu k tomu, aby se se svými myšlenkami svěřil. Velmi důležitým momentem se tak může stát, když klient dostane prostor nahlas vyslovit, co ho k úvahám o sebevraždě vedlo a může o svých myšlenkách hovořit. Možná je to poprvé, kdy má šanci otevřeně mluvit o tom, co ho trápí.

Vždy je dobré volajícího ujistit, že je dobře, že s tímto volá a že o tom hovoří. Pracovník linky důvěry se nikdy nesmí dopustit moralizování či naléhání na klienta, který již tak má na sobě těžké břemeno a ještě více ho zatěžovat je nesmyslné (Vodáčková, 2002).

Po pojmenování suicidálních tendencí by měl následovat tzv. **antisuicidální kontrakt**. Znamená to vytvoření dohody s klientem o odložení sebevraždy či o jejím nepokračování. Ukázalo se jako důležité potvrzovat jeho právo na takové rozhodnutí (především u těch volajících, kteří hovoří o pocitu, že sami nikdy nic nemohli rozhodnout) a zároveň nabízet možnost hledání jiné alternativní možnosti, která není tak fatální. Suicidium je možnost, která je definitivní a nezvratná. Smyslem

antisuicidálního kontraktu je jasné vymezení podmínek pro hovor, aby pracovník nebyl ve stálém napětí z hrozícího rizika spáchání sebevraždy klientem, čímž by nebyl schopen být vůči klientovi otevřený a mohlo by dojít k jeho zablokování (Vodáčková, 2002).

Antisuicidální kontrakt může znamenat i domluvu na konci hovoru o zavolání na linku důvěry při návratu suicidálních myšlenek. Neboť jedním dovoláním riziko spáchání sebevraždy není zažehnáno, přestože na konci hovoru je klient zklidněný a pro tuto chvíli se zdá být motivovaný vyhledat další odbornou pomoc. Ujišťujeme tak klienta, že má právo na pomoc a může opět volat.

MUDr. Praško ve svém článku 4/2006 v Psychiatrie pro praxi hovoří o přístupu terapeuta k suicidálnímu klientovi, dle mého názoru lze toto vztáhnout i na krizového intervenanta:

„(Terapeut) by se měl ze všech sil snažit o empatii k pacientovým pocitům, protože pocit nepochopení může postiženého posunout blíže k suicidu. Základním předpokladem účinné pomoci je ochota po celou dobu kontaktu udržet pozornost a soustředění na osobu suicidálního jedince, na pečlivé a citlivé naslouchání jeho příběhu, jeho problémů a ambivalencím.(...) Postižený je velmi vnímavý na naši účast a angažovanost, vnímá, zda jsme na něj naladěni, či nikoliv. Vyjadřujeme respekt k rozhodnutí a účast s utrpením. Pokud je podrážděný nebo útočný, je důležité si uvědomit, že to patří více jeho situaci než nám.“ (Praško, 4/2006).

➤ **Práce s emocemi**

Obecně zátěžové situace jsou provázeny nejrůznějšími emocemi, které mohou být někdy natolik silné, že zabraňují v konstruktivním řešení situace a člověk je jimi „pohlcen“. Někdy samotný příval emocí je podnětem pro vyhledání telefonické krizové pomoci. Volající může být dezorganizovaný, neví, co říct. Je-li klient v panice, je pro konzultanta důležité nejdříve „uzemnit“ sebe sama skrze stabilní polohu těla (například opřít se zády o židli, nohy pevně na zem, zhluboka se několikrát nadechnout), následně nebo současně je třeba stabilizovat klienta. Je možné jej rozdýchat, nechat ho popisovat, co vidí kolem sebe, kde je, co dělá (sedí, chodí...) apod. Otázky klademe pevně a jasně.

V krizové intervenci je užitečné s člověkem zasaženým krizí mluvit o jeho pocitech, poskytnout mu prostor pro jejich otevřené vyjádření a tím se dostat do kontaktu se sebou samým. (James, 2008).

Odžitím silných emocí a jejich pochopením dotýčný získává opět pevnou půdu pod nohama, situace se stává více přehlednou a teprve po té je schopen více racionálně uvažovat nad svou situací a hledat možnosti řešení.

Na aktuální prožívání člověka je třeba citlivě se doptávat, reflektovat, co je ze strany klienta slyšet (nejen aktuální stav, ale i jeho změnu během hovoru („*Slyším, že teď mluvíte mnohem rychleji, jak vám teď je?*“)). Většinou v běžném mezilidském kontaktu nejsme příliš zvyklí mluvit o tom, jak se

kdo cítí, co prožívá, a tak se může stát, že je to vůbec poprvé, kdy se dotyčného někdo na něco takového ptá. Může být obtížné nalézt vhodná slova nebo se může dostavit podrážděnost („*Jak bych se asi tak mohl cítit?*“). Pracovník by tak měl mít na paměti, že takové projevy nepatří jemu, ale jsou následkem nepříjemné situace, kterou dotyčný může prožívat. Bylo by velkou chybou reagovat komplementárně.

Pokud volající zmiňuje konkrétní plán sebevraždy, je vhodné pátrat po jeho očekáváních od smrti a ptát se i na takové praktické věci jako kdo ho najde nebo ho má najít, a co mu tím chce sdělit (Vodáčková, 2002). Může tak vyplynout na povrch vůči komu je sebevražda namířena a pro další pokračování hovoru se taková informace může stát velmi důležitou.

Hovoří – li pracovník s dítětem, je důležité, jak se na jeho prožívání ptá, aby nezvyšoval jeho tenzi, protože může nabýt dojmu, že musí pracovníkovi odpovědět, ale nedokáže najít odpovídající slova nebo není schopno své pocity dostatečně diferencovat (obvyklá je odpověď špatný/dobrá nebo „bylo to divné“). V takovém případě je vhodné nabídnout několik výrazů, jak by se třeba někdo mohl cítit, ale vždy je třeba se ujistit, zda to vnímá stejně nebo zda cítí něco jiného. Častou reakcí dětí na otázku po prožitcích bývá odpověď příběhem.

➤ **Práce s vlastními emocemi**

Hlavním úkolem práce intervenujícího konzultanta se sebevražedným klientem je rozšiřovat percepční pole klienta v krizi, neboť ten pod jejím vlivem vnímá jen velmi omezenou šíři možností nebo je soustředěný jen na jediné východisko, jímž může být sebevražda. Pracovník však v tu chvíli nesmí být sám uchvácen panikou a úzkostí. Znamená to tedy nejen pracovat s emocemi volajícího, ale vnímat v kontaktu i sami sebe.

Mezi člověkem v krizi a pracovníkem vzniká interakční rámec, ve kterém dochází ke vzájemnému ovlivnění především v emoční rovině. Vnímané prožitky klienta v pracovníkovi tzv. rezonují, vyvolávají vlastní emoční odezvu.

Nejvýrazněji to může pracovník vnímat v kontaktu s panickým a úzkostným klientem. Strach, který je vyvolán na obou stranách, může však komplikovat celý proces intervence. Stává se, že pracovník se snaží pocit strachu a bezmoci kompenzovat snahou nalézt nějaké velkolepé řešení (Kast, 2000). V tuto chvíli si ale dotyčný pracovník musí uvědomit, že i on má nějaké hranice – osobní, ale i profesní. Objeví – li se takový pocit, je třeba, aby si pracovník dal čas, uzemnil sám sebe a zjišťoval záchytné body klienta (Pfeffer, 1986).

Vnímání autentických emocí klienta může být zkresleno představami o tom, jak by se člověk měl cítit, když ... a také vlastním emočním charakterem pracovníka. Vymětal uvádí, že

„subdepresivní ladění (pracovníka) snižuje toleranci pro vnímavost deprese u klienta“ (Vymětal in Vodáčková, 2002, str. 171).

➤ **Návazná péče**

Dovolání se klienta se sebevražednými tendencemi na linku důvěry může být součástí dlouhodobého suicidálního procesu. Přestože se tak podaří překlenout v rámci hovoru aktuální krizi volajícího, neznamená to však, že se sebevražedné myšlenky nebudou vracet dokonce někdy jen v horizontu několika hodin. Součástí práce se suicidálním klientem je i snaha jej motivovat a odkazovat na další odbornou pomoc. Například jej nasměrovat na nejbližší krizové centrum, je – li nějaké dostupné v jeho blízkosti, nebo jej informovat o jeho právu přivolat si pomoc RZS. Je – li řešení odkladné, je na místě zdůrazňovat vyhledání psychologické pomoci v nejbližší možné době. Někdy klient není na další hledání pomoci připraven nebo ji razantně odmítá, v tom případě je třeba s ním uzavřít alespoň dohodu o zavolání na linku důvěry v případě opakující se krize.

10. SYNDROM VYHOŘENÍ, SUPERVIZE A PSYCHOLOGICKÝ DEBRIEFING

10.1. Syndrom vyhoření

Lze říct, že sebevražda člověka je ohrožením samotné podstaty lidského bytí. Mám za to, že kontakt s člověkem dobrovolně uvažujícím o ukončení vlastního života, který je pro většinu z nás velmi ceněnou hodnotou, může vyvolat různé nepříjemné pocity (strach, úzkost, pocit bezmoci a bezradnosti) či přímo obranné reakce. Můžeme se snažit takové jednání pochopit, přijmout a přistupovat k němu bez děsu, avšak nemůžeme zaujmout zcela lhostejné stanovisko.

V telefonické krizové intervenci se pomáhající pracovník často dostává do situací, které jsou velmi náročné především z hlediska zvládnutí vysoké hladiny stresu, schopnosti se rychle a odpovědně rozhodnout a neřídka si konzultant musí umět poradit s eticky spornými situacemi s cílem sledovat co nejlepší možné řešení a to někdy na základě nedostatečných informací. Dále se konzultant setkává s velmi závažnými příběhy a musí být schopen unést někdy až extrémní emoční projevy klienta. Kromě toho bývá uváděno, že absence zpětné vazby o klientovi přispívají k náročnosti práce telefonického krizového intervenanta. Přístup pracovníků tak vyžaduje neustálou revizi vlastního názoru na utrpení a smysl života (Špatenková, 2004a).

Na závěr teoretické části této práce proto považuji za důležité zmínit úlohu supervize a psychohygieny pracovníků krizové intervence, jež jsou ve zvýšené míře ohroženi **syndromem vyhoření**.

Syndrom vyhoření (burn – out syndrom): ztráta profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u příslušníka některých pomáhajících profesí. ... Projevu se pocity zklamání, hořkosti. Postižený ztrácí zájem o svou práci, spokojuje se s každodenním stereotypem, rutinou, nevidí důvod pro další vzdělávání a osobnostní růst.“ (Hartl, 2004).

Projevu se tendenci k únikovým mechanismům, má projevy nejen v oblasti psychické (skepse, beznaděj, ztráta zájmu a smyslu), ale i somatické (únava, snížená imunita, poruchy spánku atp.) (Lucká, Koblíř in Vodáčková, 2002).

10.2. Supervize, psychologický debriefing

Ke zlepšení práce (prevence a pomoc nejen pracovníkovi a pracovišti, ale i klientovi) slouží supervizní systém, který může mít různé podoby. ČAPLD doporučila aplikování následujících forem na linkách důvěry (Vodáčková, 2002):

- Supervizní práce s pracovníkem pomocí **příposlechu** (včetně nahrávání a rozebírání modelových hovorů – nikoliv však s klienty!)
- **Náslechové** hovory včetně jejich rozboru (rovněž jsou součástí výcviku)

Další formou může být tzv. **debriefing**¹⁶, který však může mít různý obsah. Může jít pouze k předání služby mezi pracovníky, ale může mít i supervizní nebo **intervizní** charakter (např. sdílení vážných hovorů, vzniklých pocitů apod.). Dále bývá využíván externí **supervizor**, který pracuje individuálně nebo s celým týmem a supervize má tak charakter pravidelného setkávání pracovníků. Formou supervize může být i **bálintovská** skupina, jež je zaměřena na jednotlivce, ale je prováděna ve skupině.

Burn - out velmi souvisí se samotnou motivací člověka vydat se na cestu pomáhajícího pracovníka. Jelikož podrobný rozbor pohnutek, proč si kdo takové povolání vybírá, a jak se to může projevit, přesahuje rámec této práce, uvádím zde jen pro zajímavost krátký citát vedoucí k úvaze nad rozhodnutím člověka dobrovolně se setkávat s utrpením. Autor sice hovoří výslovně o sociálních pracovnících, v závěru kapitoly však své myšlenky vztahuje na pomáhající profese vůbec.

„Co člověka vede k tomu, že se zabývá temnými stránkami sociálního života?... Průměrný "zdravý" člověk se snaží nešťěstí a utrpení bližních, pokud se ho právě bezprostředně netýká, co možná odsunout nebo na ně zapomenout,... Říci, že se v případě sociálních pracovníků jedná o lidi, kteří jsou požehnáni zvláště velkou láskou k lidem, nám mnoho nepomůže, protože to prostě není pravda. ... V případě sociálních pracovníků se musí jednat o lidi s velmi specifickou psychologickou strukturou, ..." (Guggenbühl – Craig, 2007, str. 19)

Protože se krizový intervent setkává se zvláště náročnými příběhy a situacemi, jak je uvedeno na začátku této kapitoly, vedle požadavků na vzdělání, profesní rozvoj a účasti na některé z forem supervizního systému, je vhodné, aby disponoval i určitými schopnostmi a dovednostmi. Jedná se o jeho profil, pro jehož jednotlivé aspekty užívám pojmu Z. Havrdové – kompetence (1999), které lze v případě konzultanta linky důvěry rozdělit na následující oblasti: odborné znalosti a způsobilost, osobnostní dispozice a dovednosti, schopnosti etického jednání a uvažování, sebereflexe, schopnost pečovat sám o sebe. Celkový souhrn uvádím v příloze č. 3 pod názvem „Kompetence pracovníka linky důvěry“. Při vytváření souhrnu jednotlivých částí vycházím z profilu pracovníka tak, jak jej uvádí

¹⁶ Linka bezpečí využívá specifickou formu psychologického debriefingu, který zde slouží k uzavření směny. Podrobněji se psychologickému debriefingu na Lince bezpečí věnuje Aneta Langrová ve své diplomové práci Psychologický debriefing jako strategie pomoci v rizikových profesích (2010).

Daniela Vodáčková (Vodáčková, 2002), etické aspekty čerpám především z knihy *Ethics and values in social work* od Sarah Banks (Banks, 2006).

V neposlední řadě bych zmínila psychohygienické požadavky konkrétního krizového pracoviště. Ze své vlastní praxe jsem měla možnost působit pouze na dvou různých linkách důvěry. Přestože má druhá zkušenost byla jen krátkodobá, uvědomila jsem si, jak moc je například vzhled pracoviště, technické zázemí a zajištění eliminace rušivých vlivů důležitý.

11. SHRnutí

Linky důvěry mohou být prvním místem, kam se člověk uvažující nad sebevraždou obrací, proto je velmi důležité, s jakým přístupem se zde tento volající setká. Nejde jen o profesionální postup konzultanta, znalost problematiky a umění použít nástroje telefonické krizové intervence, ale také o jeho osobnostní kvality a schopnosti. Hovor se sebevražedným klientem bývá jedním z nejnáročnějších a může být pro někoho obtížné takové chování pochopit, proto je důležité, aby si konzultant dokázal své postoje uvědomit a reflektovat tak jeho přístup ke klientům.

Rozhovor se sebevražedným klientem tak klade na pracovníka nemalé nároky, které ale musí zvládnout. Je – li v kontaktu se sebevražedným člověkem, je důležité, aby byl otevřený, přijímal člověka takového, jaký je a vnímal situaci tady a teď. Stejně jako předchozí teoretickou část bych i tuto uzavřela citátem:

„Neexistuje žádné pravidlo, podle něhož by bylo možné obecně posoudit, zda sebevražda...je ospravedlnitelná či nikoli. Kdybychom hledali takové pravidlo, tak by to znamenalo, že se již nepokoušíme pochopit individuální událost, jako cosi jedinečného ... kategorizujeme. Nikdo z nás neví, v čem tkví smysl života a co je onen abstraktní výraz dobro“ (Gügenbuhl-Craig, 2007, str. 83).

12. PROBLEMATIKA ETICKÉHO JEDNÁNÍ

Někdy musí pracovník linky důvěry balancovat mezi svým přesvědčením, přesvědčením organizace, v níž pracuje a zakázkou klienta. Dostává se tak někdy do situací, které jsou náročné na rozhodnutí a které pracovník nějak prožívá.

V této kapitole se proto věnuji takovým obtížným rozhodnutím neboli dilematům při práci s klienty z teoretického hlediska. Především však nechci zapomenout celkově na etiku práce se sebevražedným klientem v telefonické krizové intervenci, neboť etické principy a jejich znalost patří k neoddělitelné části přístupu ke klientům obecně. V některých případech má dilema charakter etického rozhodování mezi hodnotami, vznikají tak etická dilemata, jimž se věnuji nejen v následující teorii, ale také v praktické části.

Jaké rozhodnutí je správné a podle čeho jej posoudit? Jak se vůbec rozhodnout? Přestože takovéto otázky otrásají naši jistotou, jsou zcela na místě, neboť nabádají k neustálé revizi našeho jednání. V TKI se konzultant často dostává do situací, kdy je třeba přijmout „*správné*“ rozhodnutí, přičemž proces komplikuje potřeba učinit tak rychle. Především je – li v sázce něčí život nebo zdraví.

12.1. Vymezení pojmů: etika, morálka a mravní jednání

V první řadě je podstatné si ujasnit některé pojmy. **Etika** vznikla oddělením od její matky filosofie jako její praktická část. Obsahem této samostatné disciplíny je uvažování nad lidským jednáním z pohledu činění dobra nebo zla. Lze říci, že jejím úkolem není hledání absolutních pravd a definitivních odpovědí, nýbrž správné kladení otázek a (znovu)nalézání těch principů, jež mají být vzorem pro lidské jednání.

V souvislosti s hodnocením lidského chování se na poli etickém setkáme dále s termínem **morálka**. Oba zmíněné výrazy se v překladu překrývají; morálka pochází z latinského slova *mos* a etika z řeckého *ethos* a obojí znamenají zvyk, mrav, obyčej. Avšak v jejich úzu existuje rozdíl. Morálka zahrnuje pravidla chování ve společnosti, kterými se lidé řídí. Je tak jakýmsi regulativním principem člověka usilujícího o svou seberealizaci, aby se například potřeba zajistit si bezpečí nezvrtla v násilí, aby se ze vzájemnosti nestala žádostivost a naopak byl vztah mezi jedinci co nejvíce spravedlivý a aby nebyla ohrožena identita jedince (Fuchs, 2003). Definice morálky pak může znít jako „*soubor uznávaných mravních norem vyplývajících z určitého chápání mravních hodnot*“ (Jankovský, 2003).

Zatímco etika je nahlížena spíše z pozitivního hlediska jako vnitřní normy (Banks, 2006). Podle Jankovského ji lze definovat jako „*filosofickou vědu o správném způsobu života, vycházející*

z racionálních přístupů a snažící se nalézt, popřípadě i zdůvodnit, společné a obecné základy, na nichž morálka stojí“ (Jankovský, 2003).

„Hodnoty jsou abstraktní skutečnosti, které se nám nabízejí, abychom si je zvolili; vycházejí z proměnlivého koeficientu žádoucnosti. Hodnoty jsou svázány s pohledem na svět a s člověkem, jak se vyvíjel v průběhu času konfrontací s těžkostmi a nadějemi sociální zkušenosti“ (Fuchs, 2003, str. 53). Hodnoty je určitý typ víry, která je vyznávána lidmi jako něco, co je pro život důležité a co si lidé udržují. Zde je pojem víra ve smyslu přesvědčení, slovo je užito se záměrem použít nějaký silnější výraz nežli názor nebo preference (Banks, 2006).

Morálka se stala předmětem etiky a její podstatou je, užijeme – li termínu z lékařské etiky, dobřečinění ve shodě se svědomím. **Mravní jednání** není tak vázáno pouze na rozumovou oblast, ale má co dočinění i s emocionální stránkou jedince (Jankovský, 2003). Neboť jednat mravně znamená shodu se svědomím.

12.2. Etické rozhodování, etické otázky, etické problémy a etická dilemata

Cílem etického rozhodování je konat dobro, hledání zodpovědného a spravedlivého rozhodnutí. Avšak co to přesně znamená konat dobro a co je už zlo, k tomu lidé přistupují rozdílným způsobem (Fuchs, 2003). Současné postmoderní etické teorie překonaly myšlenku univerzálních etických pravidel na základě kulturního relativismu (Jankovský, 2003). Znamená to, že v současné pluralitní společnosti dochází ke střetu kultur s odlišným hodnotovým systémem, a tudíž již nelze tvrdit, že existuje jedna obecně platná pravda, podle které by se museli ostatní řídit. Ačkoliv se systém uznávaných hodnot a etických principů v nahlížení toho, co je správné, kultura od kultury liší (rodina od rodiny, člověk od člověka...), jsem přesvědčená o tom, že jisté etické principy, podle nichž lze považovat jednání za dobré, mají své opodstatnění. Potřebujeme pravidla, jež nám budou hranicí nebo chceme – li směrem v rozhodování, ale i zároveň jeho oporou.

V pomáhajících profesích se pracovník často dostává do situací, které jsou nějakým způsobem konfliktní, a jejich řešení není jednoznačné. Ve svém rozhodování se pak pracovníci mohou opřít o stanovené etické principy organizace, které však bývají definovány obecně a nemohou vzít v potaz každou specifickou situaci a posoudit ji z individuálního hlediska. V takovou chvíli vzniká prostor pro rozhodování a přijetí „správného řešení“ samotným pracovníkem nebo týmem pracovníků. Někdy zvažování celé situace na základě individuálního posouzení může nadhodnotit jiný aspekt daného problému a tak se může stát, že v některých případech jsou překračovány samotné principy kodexu

s dobrým úmyslem. Je třeba však vzít v úvahu, že i pečlivé uvážení a celková snaha rozhodnout se dobře ve shodě s co nejlepším svědomím neznamena, že výsledek bude čistě jen dobrý.

„ *Protože lidské jednání bude vždycky mnohoznačné, ..., vždycky zbude nějaký účet k zaplacení. ... Do dobra je vždycky neoddělitelně přimíšeno trochu zla.* “ (Fuchs, 2003, str. 43).

Je – li rozhodnutí na jednotlivci, je vždy větší riziko, že situace bude hodnocena jen jednostranně. Lidé se běžně rozhodují podle svých etických hodnot (tzv. praktická morálka) a mají své jednání v souladu s nimi za to pravé, aniž by měli jistotu, že to má stejně tak i druhý jedinec (Musil, 2008). Příkladem může být sociální pracovník, jehož povinností je jednat v zájmu klienta. Avšak co je jeho skutečným zájmem a co si myslí sám pracovník, že by mělo jeho zájmem být, již nemusí být tak zcela jasné.

V hodnocení svého rozhodování pracovníci vychází z tzv. explicitního pojetí pravdy (tedy pravdivost jako skutečnost, podle níž dotyčný jedná), jinak by byl člověk neustále konfrontován se situacemi, které jsou v rozporu s jeho ideály (pravdivost jako mravní ideál – více v následující kapitole Etická dilemata). To, co je platné v prvním případě, není vždy v souladu s tím, co je považováno za správné v případě druhém. Musil tak vyslovuje předpoklad, že jednání podle praktické morálky, která je v rozporu s ideálem, vyvolává napětí, kterému se snaží pracovník vyhnout (Musil, 2008).

Někdy jsou však varianty řešení zřejmé, avšak vzhledem ke specifické situaci nemusí se jevit ani jedna z nich ideální. Výběr se stává obtížný a vzniká tak dilema, tj. „*volba mezi dvěma přijatelnými možnostmi*“ (Hartl, 2000). V rámci etiky se pak jedná o volbu mezi hodnotami, které mohou být protichůdné. Takovou situaci souhrnně označují podle S. Banks jako etický konflikt, který vzniká ze střetu hodnot a zájmů jednotlivých subjektů (například sociální pracovník reprezentující státní péči je na jednu stranu svázán zákonem a na stranu druhou má jednat ve prospěch klienta. Tak se stává, že se cíli státu a cíl pomoci danému člověku může dostat do rozporu (Banks, 2006)).

Podle Musila (2008) vyplývají etická dilemata z nesourodyých očekávání (například v etickém kodexu zakotvený princip individuálního přístupu, avšak nadřazený či kolegové očekávají běžný zaběhnutý způsob řešení, kdy tento princip není možné naplnit).

V sociální práci S. Banks (2001) rozlišuje etické konflikty na etické otázky, etické problémy a etická dilemata.

➤ **Etické otázky (issues):**

jsou takřka všudypřítomné, v celé oblasti sociální práce. Otázky nevyžadují velké morální rozhodování.

➤ **Etický problém:**

vyvstane ve chvíli, pokud pracovník vnímá, že situace si žádá složitějšího morálního rozhodnutí. Je si vědom, co by mělo být učiněno, ale neshoduje se to s jeho morálním přesvědčením. (Například z hlediska přístupu ke klientům s cílem „odbavit“ jich co největší počet je potřeba se zaměřit pouze na akutní situaci, na „zakázku“ klienta, avšak pracovník si uvědomuje, že je potřeba dlouhodobá spolupráce, která však z hlediska nastavených pracovních podmínek není možná. (Musil, 2006)).

➤ **Etické dilema:**

je takový konflikt, kdy je pracovník postaven před volbu mezi dvěma stejně nepřijatelnými alternativami, přičemž není zřejmé, která z nich je ta správná. Zároveň dochází ke konfliktu morálních principů a tato situace se zdá být bez řešení.

12.3. Dilemata práce s klienty v organizacích

Během rozhovorů s účastníky výzkumu jsem zjistila, že je někdy pro pracovníky obtížné posoudit, jaký je rozdíl mezi „normálním“ dilematem a etickým. V některých případech tak vyplynulo, že pod pojmem etické dilema si lze představit vždy trochu něco odlišného nebo že je obtížné si hned nějaké vybat, pokud jej pracovník zrovna aktuálně neřeší.

Vzniku a zacházení s dilematy v sociální práci s klienty se ve svém výzkumu věnoval L. Musil (2006). Přestože se jeho studie týká především sociálních pracovníků, můžeme některé z jeho poznatků vztáhnout obecně na pomáhající profese. Vycházím zde tak z některých jeho závěrů, které se mi zdály přínosné konkrétně i pro práci krizového intervenanta.

V procesu vzniku dilemat vnímám jako důležitou tezi, která koresponduje s názorem Sarah Banks (2006) - u sociálního pracovníka je důležitý jeho morální charakter, jeho ctnosti. Podle Musila pracovník vnímá jako dilema pouze to, vůči čemu je morálně citlivý. Znamená to, že v reálné situaci si dotyčný pracovník uvědomuje morální povahu situace (Musil, 2006).

Pracovník má tendenci jednat podle svých **morálních ideálů**, tedy vzorů pro to, co je považováno za správné, avšak mnohdy v reálném případě je nucen jednat jiným způsobem, čímž se od tohoto ideálu odchyluje a takové rozhodnutí může v pracovníkovi vyvolat různé nepříjemné pocity, napětí. Taková situace ale nastane pouze v případě, který pracovník vnímá jako konflikt mezi „obtížně

slučitelnými možnostmi“ (míněno výše vymezené etické dilema). Nepovažuje – li pracovník situaci za problematickou, zaujímá lhostejný postoj. Vyvolané pocity (či neutrální stanovisko) dále ovlivňuje pocit odpovědnosti za přijaté rozhodnutí a také do jaké míry se snaží pracovník své ideály naplňovat (Musil, 2006).

morální ideály – „v kultuře určité skupiny uznávaná vizi žádoucího stavu věcí, o jehož dosažení je podle členů dané skupiny, z hlediska jimi uznávaných hodnot žádoucí usilovat. Takto vymezený „morální ideál“ odpovídá členům skupiny na otázku: jak by věci měli být a o jaký žádoucí stav věcí bychom měli v souladu s naším svědomím usilovat? (Musil, 2006).

Pracovník neprožívá napětí plynoucí z řešení etického dilematu, pokud situaci nepovažuje za dilematickou (Fleck – Henderson in Musil, 2006), a to v případě, že:

1. Je morálně necitlivý a neuvědomuje si morální povahu dané situace.
2. Má jasné hodnotové priority.
3. Jedná se o stav, který je vyvolán rutinou, ustálení vzoru postupu a řešení.

Protože dilemata v práci pomáhajících profesionálů jsou na denním pořádku, vniká tak potřeba se s těmito situacemi vypořádat. L. Musil (2006) užívá 3 hypotézy:

1. Pracovník přijme dilema jako součást své práce (avšak to je emocionálně velmi náročné, vyvolává to nepříjemné pocity).
2. Pracovník se snaží o změnu nesourodých pracovních podmínek (v praxi se moc neděje).
3. Dochází k obcházení, kdy dojde k dočasnému ukrytí dilematu do latentní podoby, avšak toto není z dlouhodobého hlediska řešením, neboť dilema nezmizelo a je stále přítomné, přestože není v danou chvíli aktuální a nevyvolává tak nepříjemné pocity a tlak na rozhodnutí.

Pracovníci se snaží s obcházením dilematu vyrovnávat, ve chvíli, kdy vnímají, že je tato strategie v rozporu s jejich morálním přesvědčením, s morálními ideály. Jedním ze způsobů je **ospravedlňování** (např. se soustředí jen na aktuální situaci klienta, přestože vnímají, že je třeba dlouhodobá péče, avšak ospravedlňují se, že jim to pracovní podmínky neumožňují, a tak „dělají, co mohou“). „Pokud sociální pracovníci zjistí, že jednání, které jim umožňuje tlumit ostrost příznaků dilematu, je těžko slučitelné s jejich morálním ideálem a svědomím, snaží se tuto odchylku sami před sebou ospravedlňovat“ (Musil, 2006, str. 95).

Dalším způsobem vyhnutí se volbě může být tzv. **racionalizace** (Goffman, 1991, str. 50, in Musil 2006) – „rozumově přijatelné odůvodnění nějakého postupu“. Pokud je takový postup přijímaný v rámci celého kolektivu organizace, je považován za legitimní.

➤ **Kultura organizace**

V procesu vypořádávání se s dilematy v práci s klienty vzniká tak řada postupů pracovníků v rámci konkrétní organizace, které se stávají „běžnou praxí“. Tak vedle zakotvených etických principů vznikají zaběhnuté způsoby řešení konkrétních situací, které původně vznikly na základě přijatelného způsobu zvládnutí nějaké dilematické situace (Musil, 2006). Znamená to takové rozhodnutí, které nebude v rozporu s osobním nastavením ani s pracovními podmínkami. Nevýhodou takových způsobů řešení je, že přetrvávají i v situacích, kdy etické dilema již pominulo.

Způsoby řešení a vypořádávání se s dilematy je charakteristické pro každou organizaci. Musil pro tyto postupy užívá pojmu „**kultura organizace**“ (Musil, 2006). Jedná se o „*kolektivně uznávané významy a pravidla jednání, která pracovníkům umožňují udržovat dilemata své práce s klienty v jejich latentní, méně naléhaví podobě. Tato kultura je nástrojem soustavného zvládnutí dilematických pracovních situací. Kdyby nebyla taková ustálená podoba řešení, nutily by situace pracovníka psychicky se vyčerpávat. Je to možnost vyhnout se zátěži, proč pracovníci respektují některá zaběhaná pravidla přesto, že je považují za svazující a nepříjemná*“ (Musil, 2006, str. 42).

Na základě poznání této kultury organizace skrze odhalení, jak pracovníci dilemata řeší, můžeme snáze jednání pracovníků pochopit.

Hlavní smysl vyhýbání se neustálému řešení dilemat tkví v udržení samotné existence organizace. Kdyby se totiž pracovníci neustále psychicky vyčerpávali řešením neustálých dilemat, rostlo by napětí a konflikty a to by mohlo mít pro danou organizaci ohrožující následky (Musil, 2006).

12.4. Problematika etického jednání v telefonické krizové intervenci

V rámci pomáhajících profesí existují etické principy zakotvené v kodexech, které slouží jako mantinely pro jednání pracovníka a jako měřítko, podle kterého lze lépe posoudit, zda jeho chování je možné považovat za etické nebo již nikoliv. Tyto kodexy však nemohou postihnout všechno možné etické a neetické jednání. Jejich definování je principiální a určuje tak obecná pravidla, nikoliv však konkrétní řešení. Každá profese má své zakotvené principy v kodexu, který vychází z potřeb způsobu práce v dané oblasti (Etický kodex Linek důvěry, Etický kodex sociálních pracovníků,...).

12.4.1. Etický kodex Linky důvěry

Etické principy práce na linkách důvěry jsou formulovány v Etickém kodexu České asociace pracovníků linek důvěry (ČAPLD)¹⁷, který byl přijat ve spolupráci s IFOTES – International Federation of Telephone Emergency Services.

Etický kodex linky důvěry a pracoviště linky důvěry

1. Linka důvěry umožňuje bezprostřední telefonický kontakt s klienty a kvalifikovanou pomoc klientům v tísni.
2. Pracovník LD aktivně klientovi naslouchá, hovoří s ním a neomezuje ho v jeho svobodě vyjádření.
3. Nabízená pomoc se netýká jen prvního kontaktu, platí po celou dobu krizového stavu a informuje i o možnostech následné péče, případně je se souhlasem klienta zprostředkovává.
4. Pomoc pracovníka LD spočívá především v poskytnutí podpory klientovi a v jeho zplnomocnění k vlastnímu řešení jeho problémů a snášení jeho starostí.
5. Povinností pracovníka LD je zachovávat naprostou mlčenlivost a respektovat anonymitu klienta i pracovníka. Pokud tato pravidla v naléhavých případech poruší, klienta o tom informuje. Zprávu pro orgány činné v trestním řízení a soudy může podávat pouze vedoucí LD nebo jím pověřený pracovník na jejich písemné vyžádání a se souhlasem klienta. Je naprosto nepřijatelné nahrávat hovory na LD.
6. Na klienta nesmí být vykonáván jakýkoliv nátlak, který se týká přesvědčení, náboženství, politiky nebo ideologie.
7. Pracovník LD nesmí používat LD k uspokojování svých obchodních, sexuálních, emocionálních, náboženských aj. potřeb či přání.
8. Pracovník LD prochází před započítím služby výběrem a akreditovaným výcvikem orgány České asociace pracovníků linek důvěry, jejichž výsledkem jsou schopnosti, vlastnosti, vědomosti a dovednosti odpovídající potřebám práce na LD. Po celou dobu práce na LD vystupuje jako člen týmu, má k dispozici supervizi a podporu. Supervize jeho práce je pro něj povinná.
9. Pomoc na LD je dosažitelná nepřetržitě nebo v daném časovém limitu. Pracovník LD se v průběhu služby nesmí zabývat činnostmi, které ho odvádějí od práce na LD.

Zdroj: ČAPLD, www.capl.d.cz, 2004

¹⁷ Etický kodex byl přijat sněmem České asociace pracovníků linek důvěry (ČAPLD), který se konal 20. 10. 1998 v Hradci Králové. ČAPLD je občanské sdružení vzniklé v roce 1995, jehož cílem je sdružovat linky důvěry, podporovat je v jejich odborném rozvoji, svoji metodickou činností chránit profesionalitu a dobré jméno těchto zařízení, chránit pracovníky i klienty (Vodáčková, 2002).

Základní principy etického kodexu:

- kvalifikovaná pomoc
- svoboda vyjádření
- pomoc po dobu krizového stavu a informování o následné péči nebo se souhlasem její zprostředkování
- podpora klienta v hledání jeho vlastního řešení
- zachovávat mlčenlivost a anonymitu klienta i pracovníka, v akutních případech při porušení mlčenlivosti a anonymity klienta o tom informovat
- na klienta není vyvíjen žádný nátlak
- pracovník linku důvěry nevyužívá k uspokojení svých osobních potřeb a přání
- pracovník vystupuje jako člen týmu
- povinnost supervize pro pracovníka
- pracovník se nezabývá činnostmi, jež ho od práce na LD odvádějí

Z hlediska suicidálního jednání mohou být problematické tyto body etického kodexu:

3.: Konzultant má podle tohoto bodu možnost zprostředkovat následnou péči se souhlasem klienta. Nejsou však výjimkou situace, kdy volá člověk, který je rozhodnutý sebevraždu spáchat nebo ji již započal, ale odmítá poskytnout jakékoliv informace umožňující mu následnou péči zprostředkovat, v tomto případě je většinou možnost volat RZS. Tak se dostává do konfliktu princip potřeby souhlasu klienta podle etického kodexu a přesvědčení konzultanta stát na straně života a rovněž potřeba jej zachránit. Nastává otázka, zda převzít odpovědnost za klienta a snažit se jej vést k přivolání RZS nebo se snažit výše zmíněné údaje získat.

Z podobných důvodů je problematický i **5. bod** etického kodexu. Zvláště v takových případech, kdy je situace akutní a vyhrocená. Uvažme například klienta, jenž je v započatém suicidu, avšak jakoukoliv pomoc omítá. Avšak během hovoru je konzultantem nějakým způsobem buď záměrně, nebo náhodou zjištěno dostatek informací pro posláni RZS a je tu zároveň riziko, že sdělíme – li tento postup klientovi, že hovor ukončí a z místa se vzdálí ještě dříve než RZS přijede. Tímto pak i může klient ztratit důvěru a již nikdy nezavolat nebo celkově může nabýt nedůvěry v odbornou pomoc.

➤ Možné etické otázky v hovoru se sebevražedným klientem na lince důvěry

V rozhovoru s člověkem se sebevražednými tendencemi na lince důvěry je na jedné straně člověk jakožto pracovník instituce, vázaný zákony, normami včetně etických principů a zároveň člověk se svými osobními zkušenostmi, morálními hodnotami a přesvědčením, včetně jeho víry. Na

straně druhé tu je člověk v roli klienta linky důvěry, který se nachází v ohrožení života, avšak má být vnímán jako autonomní bytost se svými vlastními kompetencemi ve volbě mezi životem a jeho ukončením. Je otázkou, do jaké míry je člověk v krizi schopen racionálního úsudku.

Je možné nerespektovat klientovo přání, jeho zakázku?

Má na to konzultant právo?

Je možné převzít kompetence klienta? Za jakých podmínek?

Jakým způsobem naložit s vlastními hodnotami, postoji a přesvědčením?

Do jaké míry je v pořádku se situovat do role záchranáře?

Co vše je možné udělat pro záchranu volajícího? Co dělat, když si to volající nepřeje?

Jaké jsou přípustné způsoby zjišťování údajů o klientovi, které by umožnily jeho záchranu?

Podobných otázek a dilemat může vznikat mnoho a většinou v rámci organizace existují nějaké ustálené postupy, jak opakující se problematické situace řešit. Je však podstatné, zda pracovníci jsou schopni na tyto postupy kriticky nahlédnout a vnímat i jiné možné alternativy. Výraznější obtíže pak bude pravděpodobně působit situace, která je nová, na kterou „není žádný postup“. V tuto chvíli mohou být oporou pro rozhodování etické principy pracoviště, ale i vzor běžné praxe, což je dalším důvodem, proč se takovým postupům věnovat.

13. SEBEVRAŽDA V PRÁVNÍM KONTEXTU

Jelikož pracovník linky důvěry je součástí instituce, jež podléhá právním normám, považují tak za důležité zde alespoň krátce zmínit právní kontext suicidálního jednání.

Obecně nám právo říká, co můžeme dělat, ne co bychom dělat měli (Banks, 2006). Spíš definuje, co není přípustné činit, tedy je povoleno vše, co není zákonem zakázáno. Morální chování však zákon přesahuje. To znamená, že naše jednání může být považováno společností za špatné nebo dokonce nepřipustné, avšak není z hlediska zákona trestné.

Někdy zákon podporuje mravní konsensus, například v případě vraždy (dle přirozeného zákona), která je prohřeškem vůči obecné morálce a také zákonu (Z. č. 140/1961 Trestní zákon). Avšak pokud se jedná o sebevražedné jednání, již takový soulad nenacházíme (Banks, 2006).

Z hlediska zákona není suicidální jednání trestným činem, avšak spoluodpovědnost lidí, kteří se na ní podílí ano (Z. č. 140/1961 Trestní zákon). V zákoně č. 140/1961 Sb. Trestního zákona, kdy trestným činem je neposkytnutí pomoci za podmínek uvedených v paragrafu § 207 a účast na sebevraždě vymezené v paragrafu § 230 (tento paragraf se však více týká problematiky eutanazie).

14. SHRNU TÍ

Etické jednání je velmi podstatnou součástí práce s klienty nejen v pomáhajících profesích. Lze obecně říci, že poslání pomáhajících pracovníků je poskytovat pomoc těm, kteří ji potřebují a jednat v jejich zájmu, a že jejich úkolem je dobřechinění. Co však znamená jednat dobře či přijímat správná rozhodnutí, zdá se, že je velmi abstraktní pojem a může být vnímán z mnoha stran a úhlů pohledu. Každý subjekt může mít rozdílné zájmy a ne vždy je zřejmé, který z nich má mít přednost, kde je kompromis či nové východisko.

Je úkolem pracovníků hledat vždy a znovu ta „správná“ řešení a přístupy, avšak je zřejmé, že se mnohdy jedná o nesnadný úkol, neboť v praktickém fungování není možné neustále své postoje revidovat a pokaždé pečlivě zvažovat možné varianty a neustále tak prožívat napětí, neboť by to vedlo k velmi brzkému vyčerpání samotného pracovníka. Vůči dilematickým situacím tak vznikají v organizacích nástroje a postupy, které se jeví jako „přijatelné“ nebo jako kompromis mezi tím, co by pracovník chtěl udělat a mezi tím, co je možné činit v rámci hranic pomoci a v rámci zákona. Je však nutné zamýšlet se nad opodstatněním takových přístupů, aby se nestaly pouhou rutinou tam, kde již postrádají svůj smysl – zvládnout eticky sporné situace.

B. PRAKTICKÁ ČÁST

15. KVALITATIVNÍ VÝZKUM V PRÁCI KONZULTANTŮ SE SEBEVRAŽEDNÝMI KLIENTY NA LINCE BEZPEČÍ

15.1. Cíle výzkumu a odůvodnění volby kvalitativního přístupu:

Hlavním cílem výzkumu je zjišťovat a zmapovat, jak pracovníci telefonické krizové intervence ve zkoumané organizaci Linka bezpečí vnímají hovory se sebevražednými klienty a jak s nimi pracují¹⁸. Smyslem výzkumu je především zaměření se na kvalitu práce v organizaci, neboť do výzkumu vstupuji s předpokladem, že to, jak pracovníci téma sebevraždy na Lince bezpečí vnímají, se odráží v jejich práci s těmito klienty, a tím se podílejí na vytváření kultury přístupu ke klientům (viz kapitola 12.3. *Dilemata práce s klienty v organizacích*), tedy na celkové profesionální kvalitě práce se sebevražednými klienty na Lince bezpečí. Přestože kultura přístupu ke klientům a zacházení s nimi je do velké míry dána pravidly a principy organizace (a rovněž zákony), vzniká zde prostor, ve kterém pracovník působí a spoluvytváří zmíněnou kulturu organizace (a tím i celkový obraz organizace na veřejnost).

Cílovou skupinou Linky bezpečí jsou děti, dospívající a dospělí studující. Ve výzkumu porovnávám přístup k těmto klientům se sebevražednými tendencemi a sleduji, zda konzultanti v kontaktu s těmito sebevražednými klienty vnímají nějaký rozdíl.

Protože hovory se sebevražednými klienty patří obecně k těm závažným z hlediska emočních nároků a tlaku na konzultanta, jež se musí často „nějak“ rozhodovat, jak postupovat s ohledem na přijetí co nejlepšího možného řešení, vznikají tak v těchto situacích dilematické situace, které konzultant musí řešit. Zvláště citlivým tématem jsou vyvstávající etická dilemata, na něž jsem se v tomto výzkumu zaměřila.

¹⁸ Ve výzkumu se zaměřuji na to, jak konzultanti vnímají hovory reálné, nikoliv testovací a přímo s osobou, jež uvažuje o sebevraždě, nikoliv se třetí osobou, tzn. Tou, která se dověděla o někom, že sebevraždu chce spáchat nebo ji spáchal.

Hlavní cíl byl formulován do výzkumné otázky, jež byla rozvedena a doplněna dílčími podotázkami:

- Jak pracovníci linky důvěry vnímají práci se sebevražednými klienty dětmi, dospívajícími a dospělými?

Dílčí výzkumné otázky:

- Jaký může být rozdíl v přístupu k sebevražednému dítěti, dospívajícímu a dospělému?
- Jak konzultant Linky bezpečí vnímá etická dilemata a jak s nimi zachází v práci se sebevražedným klientem dítětem, dospívajícím a dospělým?

Původně jsem sestavila otázky odděleně: 1. Jak pracovník linky důvěry zachází s dilematy, pokud se jedná o dítě? 2. Jak pracovník linky důvěry zachází s dilematy, pokud se jedná o dospívajícího? 3. Jak pracovník linky důvěry zachází s dilematy, pokud se jedná o dospělého?

Nicméně se v rozhovorech ukázalo, že takové rozdělení nemá příliš velké opodstatnění, neboť konzultanti vnímali spíše etická dilemata vůči klientovi bez ohledu na jeho vývojovou úroveň, jen pouze u dilematického rozhodování u dítěte ve srovnání s dospělým se ukázalo například obtížnější, proto ponechávám ve znění otázky věkové kategorie, se kterými nadále ve výzkumu pracuji.

Hlavním cílem práce není zjistit kvantitu výskytu určitého fenoménu (návoru, přístupu, řešení), ale jeho kvalitu, dynamiku a souvztažnost k jeho kontextu, proto byl zvolen pro tento účel kvalitativní výzkum, který umožňuje hlubší poznání zkoumaného jevu na základě porozumění účastníků. Chtěla jsem se tak vyvarovat kategorizaci přístupů a postojů konzultantů a vložit je do předem definovaných „kolonek“ a nechat tak spíše vzniknout prostor pro jedinečná vyjádření a konstelace.

15.2. Vymezení kvalitativního přístupu a jeho charakteristika

Existuje několik definic, co je to kvalitativní přístup, které se odvíjí od toho, jak je tento způsob výzkumu nahlížen a jak k němu dotýčný přistupuje. Kvalitativní výzkum tak můžeme vnímat jako doplněk kvantitativního výzkumu nebo jako jeho protipól (Hendl, 2005). Podle Miovského nelze zcela postavit proti sobě kvalitativní a kvantitativní výzkum (i kvantitativním výzkumu se dopouštíme určité interpretace a na druhou stranu lze i např. u dat získaných kvalitativní metodou využít statistické metody). Pro kvalitativní výzkum je určující, zda byl v některé jeho části využit kvalitativní přístup (Miovský, 2006).

15.2.1. Principy kvalitativního výzkumu

Zkoumané fenomény v kvalitativním výzkumu jsou vnímány jako **jedinečné, neopakovatelné** a existující ve specifickém **kontextu** reality, která je spíše interpretována, nežli objevenána. Proto je nesnadné, spíše nemožné výsledky zkoumaného jevu zobecnit a není možné jej opakovat (Miovský,

2006). K poznávání určitého fenoménu dochází v průběhu výzkumu, kdy proces a analýza dat probíhá současně. Během výzkumu je možné provést nějaké změny a úpravy (Hendl, 2005). Celkově se kvalitativní přístup vyznačuje nízkou strukturací.

Významnou úlohu v procesu poznávání hraje sám výzkumník, neboť je nedílnou součástí výzkumu, ve kterém ovlivňuje procesy a sám je jimi ovlivňován (tzv. **reflexivita**). Výsledný obraz zkoumané reality předem nezná, naopak jej spoluutváří a spíše než hypotézy o daném jevu sestavuje výzkumné otázky, na něž se snaží postupně odpovědět (na rozdíl od kvantitativního výzkumu, kdy existují standardizované postupy, které mají za cíl objevit fenomén reality, který existuje nezávisle na nás) (Miovský, 2006).

Procesuálnost a dynamika: jev má svůj vznik, vývoj a zánik a odehrává se v určitém čase, který nebývá lineární. Zkoumáním procesuálnosti a dynamiky lze zjišťovat, jaké vlivy působí na zkoumaný jev a jaká je jejich povaha (Miovský, 2006).

15.2.2. Definice

Pro vymezení kvalitativního přístupu využívám definice Miovského: „*Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.*“ (Miovský, 2006, str. 18).

15.3. Příprava projektu – projekt výzkumu, organizační plán, výběr výzkumného vzorku a zvolení metody sběru dat

15.3.1. Projekt výzkumu

Projekt výzkumu nebo také někdy rovněž nazýván design výzkumu „*je technickým plánem konkrétní výzkumné studie*“ (Miovský, 2006, str. 87). Projekt odpovídá zvolenému výzkumnému problému a vytváří rámec pro užití konkrétních metod při získávání a analýze dat, dále jakým způsobem je získáván výzkumný vzorek atp. Projekt výzkumu je navržen a volen pro konkrétní výzkum, který je na jeho základě realizován (Miovský, 2006).

V případě tohoto výzkumu se jedná o explorativní výzkum, který je zaměřen na prozkoumávání rozdílů práce konzultantů se sebevraždnými klienty z hlediska jejich stáří (vývojové etapy) a dále je zaměřen na prozkoumání dilemat, konkrétně etických dilemat konzultantů při práci s těmito klienty. Současně využívám i částečně fenomenologického přístupu v analýze prožívaných zkušeností

konzultantů v průběhu kontaktu se sebevražedným klientem a v analýze prožívání obtížných rozhodnutí (Hendl, 2005).

15.3.2. Organizační plán

Před tím, než byli konzultanti požádáni k účasti na výzkumu, proběhlo organizační plánování, jehož podstatnými kroky po formulaci hlavních výzkumných otázek a zvolení metody sběru dat bylo získání schválení s výzkumem od vedoucího organizace (souhlas s výzkumem je v Příloze č. 4) a vypracování časového harmonogramu, včetně snahy o zajištění místa, kde by se výzkum mohl uskutečňovat.

Samotný výzkum bez předchozí teoretické přípravy probíhal v horizontu 3 – 4 měsíců. (formulace výzkumných otázek, volba metody sběru dat a její příprava, volba výběru účastníků, získání souhlasu s výzkumem od vedoucího organizace, oslovení a plánování schůzek s účastníky, souběžná analýza dat a jejich interpretace včetně závěru).

15.3.3. Výběr výzkumného vzorku:

Výběr účastníků v rámci zmíněné organizace probíhal metodou tzv. **záměrného výběru** (neboli také účelový výběr) (Miovský, 2006). Jedná se o takový postup, kdy cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností nebo stavu, který je předem stanoveným kritériem tohoto výběru. V případě mého výzkumu byla stanovena tato kritéria výběru:

- Aktivně sloužící konzultant na Lince bezpečí
- Má zkušenost s vedením hovoru se sebevražedným dospělým i dítětem, popř. dospívajícím

Konzultanty jsem oslovila prostřednictvím e-mailu, kde jsem stručně představila cíl diplomové práce a její název a druhé kritérium výběru. Součástí bylo samozřejmě sdělení, že účast na výzkumu je zcela dobrovolná a ve svém výzkumu dbám na dodržení anonymity účastníků (více kapitola ... Etika výzkumu).

15.3.4. Metoda sběru dat

Pro sběr dat byla zvolena metoda interview (rozhovor), konkrétně forma tzv. polostrukturovaného interview (Miovský, 2006. Nebo také rozhovor s návodem, Hendl, 2005) pro jeho výhody: oproti plně strukturovanému interview dochází k menšímu ovlivnění výpovědi účastníků předem stanovenými otázkami a jejich pořadím a není tolik náročné na přípravu. Na druhou stranu vyžaduje pečlivější přípravu než u interview nestrukturovaného, jehož nevýhodu z hlediska mého cíle

práce vidím v příliš velkém množství sebraných dat, která nejsou tolik užitečná a velké časové zatížení účastníků.

Formulace otázek a jejich pořadí byly zvoleny s ohledem na výzkumné otázky a na logickou návaznost. Ve výsledné formě se jednalo o 10 hlavních otázek, jejichž součástí byly některé doplňující otázky. Zvážena byla i délka rozhovoru, která měla v původním záměru naplňovat zhruba 30 minut (včetně úvodu a závěru), což se po té v praxi povedlo dodržet. (Tato délka rozhovoru byla rovněž prezentována i v oslovovacím e - mailu).

Rozhovor lze rozdělit na jednotlivá témata – tzv. jádro interview¹⁹ (co znamená pro konzultanta téma a práce se sebevražedným klientem, rozdíl v přístupu ke klientům z hlediska jejich věku, popř. zralosti, vliv akutní situace, vnímaná dilemata a téma odpovědnosti).

První otázka spolu s druhou plní nejen funkci úvodu respondenta do tématu, ale sledují i vliv významu kontaktu se sebevražedným klientem na přístup konzultanta v hovoru. Přestože je první otázka kladena obecně na představy o sebevraždě samotné, většina konzultantů uvažovala v kontextu své práce v telefonické krizové intervenci.

➤ Průběh rozhovorů

Významnou součástí rozhovoru je kromě samotných odpovědí na otázky jeho započetí a ukončení. Na začátku byli konzultanti opět seznámeni s cílem rozhovoru a tématem diplomové práce, v krátkosti byli seznámeni s postupy dodržujícími princip zachování jejich anonymity a dalším krokem bylo získání souhlasu s nahráváním na diktafon.

Záznam dat na diktafon jsem zvolila pro jeho zjevné výhody:

- Rozhovor není rušen zapisováním
- Výzkumník se může více věnovat účastníkovi
- Eliminace vlastní interpretace – pokud bych již během rozhovoru volila, co zapíšu, již by se jednalo o interpretaci a tím větší zkreslení získaných dat
- Možnost se k záznamu opakovaně vracet; velká výhoda při následné transkripci

Většina rozhovorů proběhla v prostorách organizace po souhlasu s vedoucím Linky bezpečí a po informování vedoucího směny, během jehož služby se rozhovor uskutečňoval.

Průběh rozhovorů byl bezproblémový. V úvahu jsem brala skutečnost, že otázky se týkají citlivého tématu a že některé rozhovory probíhaly bezprostředně před nebo po směně respondenta. Z tohoto důvodu jsem volila více času na interview (40 minut), aby mohla po něm následovat

¹⁹ minimum témat a otázek, které má tazatel za povinnost probrat (Miovský, 2006).

přestávka a ujištění, zda je vše v pořádku, bylo – li to před směnou. Vzhledem k tomu, že všichni účastníci souhlasili s nahráváním rozhovoru na diktafon, měla jsem možnost se jim více věnovat v průběhu interview a sledovat jejich reakce.

15.4. Metoda zpracování a analýza dat

Všechna data fixovaná na diktafonu byla nejdříve doslovně přepisovaná (tzv. doslovná transkripce podle Miovského, 2006) do počítače (k tomuto účelu dostatečně postačil běžný Microsoft Word 2007) a bylo – li třeba, již v této fázi jsem vepisovala poznámky do textu nebo komentáře a červeným písmem jsem označovala své doplňující otázky během rozhovoru nebo parafráze, jichž jsem užívala pro ověření pochopení sdělení během interview (tzv. editorování) (Miovský, 2006).

Dalším krokem byla **redukce prvního řádu**: vynechávání nepodstatných částí vět a nadbytečných slov v projevu účastníka (tzv. slovní vata), v některých případech vynechání opakovaných sdělení v rámci jedné otázky. Další redukcí bylo vynechání těch sdělení, která pro výzkum nebyla podstatná. Tímto způsobem byla data připravována pro následující analýzu. Tento krok patří již k analytické práci, kdy jsem dbala na to, abych nevynechala část věty, která by zbavila určitý významový celek jeho kontextu (Miovský, 2006).

Vniklý text byl nejdříve podroben metodě kódování kombinací metody tzv. **otevřeného kódování** (Švaříček, 2007) a **metody vytváření gestaltů** (významových celků) (Miovský, 2006). Přestože metoda otevřeného kódování byla původně vyvinuta pro metodu zakotvené teorie, lze ji využít pro její jednoduchost i u jiných kvalitativních projektů (Švaříček, 2007). Metoda vytváření gestaltů je „*analytický nástroj, jehož základní princip spočívá v tom, že v datech vyhledáváme určité opakující se vzorce (případně témata) a ty zaznamenáváme*“ (Miovský, 2006, str. 222). Původní data byla tak nahrazována určitou obecnou kategorií na základě vzájemných podobností nebo odlišností. Pro názvy kategorií (kódů) jsem volila více slovná spojení nebo někdy přímo slova účastníků, abych dosáhla co nejmenší odchylky od původních myšlenek během třídění získaných dat na obecnější datové segmenty (Miovský, 2006).

Označování textu (slov, vět nebo jejích částí) probíhalo pomocí nástrojů v obyčejném Wordu, kdy kritériem kódování (pro všechna přepsaná data) bylo označení relevantních významových celků (gestaltů) a přidělení jim označení, kódu. Následně jsem je přepisovala metodou „papír a tužka“ (Miovský, 2006).

Dalším pročitáním barevně označeného textu bylo dosaženo odhalování vztahů mezi vzniklými kódy a dalším efektem bylo kódování postřehů, které nebyly explicitně vyjádřeny. Pro přehlednost

tyto vztahy a nové kódy byly zakreslovány na papír. Postupně vznikaly kategorie, se kterými jsem následně pracovala a upravovala.²⁰

Postupně z jednotlivých kategorií byla sestavena kostra analytického příběhu (abstrakt) obsahující základní popis vzniklých kategorií a vztahu mezi nimi. „*Účelem kostry je formulovat klíčová tvrzení, na která výzkumník přišel, a to tak, aby byla soustředěna kolem ústředního jevu (cože category), který byl zkoumán*“ (Švaříček, 2007, str. 239).

Zpracování dat neboli data management a následná analýza (technické zpracování dat a příprava pro analýzu) probíhaly v praxi v několika následujících krocích:

- Po prvním uskutečněním rozhovoru byla data fixovaná na diktafonu transkribována
- Protož následně došlo k úpravě některých otázek interview, byly uskutečněny další dva rozhovory, které byly rovněž transkribovány

Po prvním rozhovoru se ukázalo, že je nutné některé otázky upravit, konkrétně 3., 4., 6. a 10., abych dosáhla větší srozumitelnosti (např. vyřazení pojmu „adolescent“, který byl pro účastníky zavádějící – moc široký) a dále se jednalo o doplnění podotázek pro účel výzkumu.

Přesné znění otázek a jejich následná úprava nebo formální oprava je v Příloze č. 5.

- Data prvních třech rozhovorů byla okódována a analyzována výše uvedeným způsobem, čímž byla vytvořena základní kostra analytického příběhu
- Následující rozhovory byly průběžně transkribovány, okódovány a analyzovány stejným způsobem
- Postupně byl dotvářen analytický příběh
- Kategorie a vztahy v analytickém příběhu byly podrobovány interpretaci
- Dokládání závěrů citacemi a konečný závěr výzkumu

²⁰ Abych dodržela stanovený způsob kódování a pro lepší organizaci postřehů a postupů během celého procesu analýzy jsem využila aplikaci OneNote bloku sady Microsoft.

16. VÝSLEDKY ANALÝZY

V době průběhu výzkumu v organizaci Linka bezpečí pracovalo 89 konzultantů (počet se během roku mění v závislosti na nástupech nových frekventantů výcviku Linky bezpečí, dále někteří pracovníci mohou svoji činnost v organizaci dočasně přerušit i zcela ukončit) a 14 intervizorů (jejich počet je oproti počtu konzultantů stabilní) a tito také byli osloveni a požádáni o účast ve výzkumu.

Pro účely výzkumu jsem nepovažovala za důležité zjišťovat statistické údaje jednotlivých účastníků, neboť pro jeho zdárný průběh tyto údaje nebyly nutné. Pouze pro doplnění představy o tomto výzkumu zde uvádím jen základní informace.

Výzkumu se účastnil 1 muž a 8 žen, kdy toto genderové zastoupení zhruba odpovídá stavu v organizaci (celkem 8 mužů konzultantů a intervizorů a 95 žen). Věkové rozmezí účastníků se pohybovalo mezi 24 – 35 lety. Tři z konzultantů mají zkušenosti i z jiných linek TKI. Z respondentů bylo 5 konzultantů a 4 intervizoři.

Následující kategorie a vztahy mezi nimi vznikaly v průběhu analýzy dat.

16.1. Hovor se sebevražedným klientem

Vnímání tématu sebevraždy a zkušenosti s hovory se sebevražednými klienty („*jaké ty hovory obecně bývají*“) interaktivně ovlivňují přístup konzultanta k těmto klientům a následné zpracování těchto hovorů.

Z hlediska přístupu k sebevražednému člověku na Lince bezpečí na konzultanty působí:

➤ **Závažnost situace**

„Pro toho člověka není jiná alternativa“, „vybaví se mi tunel“, „naléhavost situace“, „je to pomezí života a smrti“, ...

➤ **Konečnost řešení**

Sebevražda znamená odchod, únik, konec života, poslední možnost.

„Tak se mi vybaví něco hrozně jako, mě tam v tom zní ta vražda, takže něco brutálního, tzn. jako podřezání, něco z těch způsobů, něco co není hezký... Mám to spojený s tou brutalitou teda namířenou vůči sobě, největší čin, co na sobě člověk může spáchat. A beru to fakt jako krajní možnost řešení. Jako to první, co si řeknu, to už musí být něco, když na tohle člověk přijde.“

➤ Volání klienta jako naděje

Cílem konzultantů při práci se sebevražedným člověkem je snaha zvrátit jeho rozhodnutí.

Dovoláním se klienta na Linku bezpečí se otevírá prostor s jeho rozhodnutím „ještě něco udělat“, volání je v tuto chvíli vnímáno jako naděje.

„...tak udělat něco, aby to nebylo“, „...když zavolá, je tu naděje na řešení, chci s tím něco udělat“.

„...že když ten klient zavolá, ať už dospělý nebo dítě na linku, jo? Tak je to někdo, kdo se rozhodl o tom ještě mluvit... Musí předpokládat, že když zavolá na linku důvěry, asi těžko mu to někdo úplně schválí, takže je to pro mě určitá naděje, že ten člověk, že s tím jde ještě něco možná dělat... Když se rozhodne jakože nic a pak se rozhodne a jde a něco provede, tak to už mi přijde jako největší zoufalství, že to je poslední krok, co může být.“

16.2. Představy o klientovi na základě jeho projevu a přisouzení kompetencí

Přístup konzultanta ke klientovi ovlivňuje spíše odhad kompetencí klienta na základě jeho projevu nežli informace o věku, ta je vnímána jako doplňující, orientační. Podle kompetencí, jež konzultant klientovi přisuzuje, vnímá svou míru odpovědnosti, avšak s vědomím, že jeho odpovědnost má své hranice bez ohledu na vyspělost klienta. Jinými slovy míra vlastní odpovědnosti se mění v závislosti na míře odpovědnosti přisouzené klientovi a zároveň zde existuje hranice vlastní odpovědnosti.

16.2.1. Reakce na projev klienta

Z rozhovorů vyplynulo, že informace o věku klienta není směrodatná, ale spíše orientační, jestli jeho hlas a projev odpovídá věku (pokud jej vůbec zjišťovali). Na základě spojení těchto dvou informací si může konzultant udělat lepší představu o klientovi (odhad jeho kompetencí, jaké má možnosti a jak s ním hovořit). Na základě projevu klienta konzultanti usuzují na jeho vyzrálost a tím mu přisuzují určité kompetence. V akutních případech není prostor věk zjišťovat, ani to není důležité, možná až po ošetření.

„Tak spíš podle toho projevu, pak se zeptám, ale spíš informativně ne abych si udělal nějakou diagnostickou strom, ale kvůli tomu zarámování, jak bych mohl odhadnout, jak se bude chovat, jako berlička. Stejně vycházím z toho, jak reaguje. Může mít nějaké deficit nebo naopak – může znít velmi vyspěle a ono řekne, že je mu 11 a ono pak už zavolat záchranku pak může být problém. Takže důležitý pro nějakou důležitou informaci, ale jsou důležitější informace.“

„... zas tak ne, to člověk pozná podle hlasu, jestli mluvím s dítětem nebo dospělým. Vedení hovoru přizpůsobuju podle hlasu, nepotřebuju informaci, kolik mu je.“

Podstatná je tato informace pouze z hlediska pravidel linky (vymezení cílové skupiny), která je určena dětem a studujícím do 26 let. Konzultanty by tak napadlo ptát se na věk až v případě, že by slyšeli výrazně starší hlas, avšak pouze v případě, zda by se nejednalo o akutní situaci (ohrožení života klienta).

Někteří (2) respondenti přiznali, že vnímají – li podle hlasu, že je na druhé straně telefonu malé dítě, je pro ně toto důležité „vnitřně“ (jak pochopit a vžít se do situace nebo přijmout fakt, že dítě o sebevraždě uvažuje). Pro ostatní to důležité není.

„...třeba už by mě zajímalo, kdyby to bylo fakt nějaký malý dítě, že bych vnímala, že je to takovej dětskej hlásek nebo kdybych, když si to představím, že bych to vnímala, kdyby to byl někdo starší, třeba kolem 50. (...) Myslím si, že v tuhle chvíli, kdy bych to vnímala, to bych si ujasňovala a spíš jako pro sebe. Ale nevím, jestli bych s tím potom dál pracovala nějak. V tu chvíli bych se zeptala, abych já to měla jasný. Zvlášť kdybych slyšela nějakou malinkou dětskou hlásku, a ptala bych se, kolik ti je, tak by mě třeba jako hodně trklo, kdyby mi dítě řeklo, že mu je 8, že jakoby pod těch 15 let to беру tak nějak jako že jsou to fakt děti, co mají co myslet na to, že se zabijou, že jo? (smích).“

16.2.2. Kompetence klienta

Vnímá – li konzultant, že hovoří s dospělým, obecně předpokládá, že je více kompetentní svou situaci posoudit a přijmout odpovědné rozhodnutí, přestože si konzultanti uvědomují, že v krizi je schopnost racionálního uvažování omezená.

Dospělý je za sebe více odpovědný a tím i za něj odpovědnost konzultanti méně přebírají.

Dospělý má více možností a schopností vyhledat si pomoc.

16.2.3. Pocit odpovědnosti

Pocit odpovědnosti konzultanta za klienta souvisí s odpovědností přisuzované klientovi a s naléhavostí momentální situace v hovoru (akutní situace, tzn. ohrožení na životě nebo na zdraví). Vzhledem k tomu, že dětem je přisuzována menší odpovědnost nežli dospělým, mají konzultanti za ně větší odpovědnost, ať už to konzultanti deklarovali, že to tak mají u dětí obecně nebo na základě předpokladů, že by to tak vnímali.

16.2.4. Hranice odpovědnosti

Konzultanti jsou si vědomi svých hranic v odpovědnosti. Účastníci se vesměs shodovali, že jsou plně odpovědní za hovor, avšak konečné rozhodnutí je na klientovi. To, jakým způsobem se rozhodne,

již není odpovědnost konzultanta. Nastavení této hranice podporuje i to, že možnosti pomoci konzultanta jsou omezené. Otázkou je, do jaké míry je toto skutečně vnitřní uvědomění, že za život je odpovědný sám klient, nebo naučené pravidlo, o které je se možné v hovoru opřít. Jeden respondent přímo uvedl, že až po nějaké době na základě osobní zkušenosti uvěřil, že za konečné rozhodnutí je skutečně odpovědný dotyčný člověk a vnímal toto uvědomění jako velmi osvobozující.

„Věřím teď tomu, že rozhodnutí je na straně toho klienta a to mi hodně pomáhá. Život je jeho rozhodnutí...odpovědnost, samozřejmě mám odpovědnost za hovor, ale pak to je jeho vlastní, co on udělá. Je to pro mě osvobozující...že po každý to rozhodnutí a ta odpovědnost dotyčného člověka kdyby se rozhodl se zabít, je na něm a to mi pomáhá i ty hovory vést...“

Hranice mohou být významným činitelem ve zvládání náročných situací v hovorech, ať už se jedná o vymezení hranici odpovědnosti, nebo osobních či využívání hranic stanovených organizací.

16.3. Vyhodnocení situace

Na základě zhodnocení aktuální situace v hovoru konzultanti přistupují k sebevražednému klientovi (zda převzít kompetence a snažit se získat informace umožňujících intervenci, zda být v hovoru direktivní nebo zda je čas a prostor povídat). Jedná se o otázku, „co v tomto případě dělat a jak postupovat?“

Nejdříve konzultant reaguje na projev klienta, vytváří si obraz o něm, jeho kompetencích a na základě toho vnímá svou vlastní odpovědnost za klienta a za situaci v hovoru. Současně vyhodnocuje situaci v hovoru z hlediska posouzení ohrožení života nebo zdraví klienta.

Po vyhodnocení těchto proměnných konzultant určitým způsobem jedná a přistupuje ke klientovi. V rozhovorech byl sledován rozdíl v tomto přístupu a jednání. Odhad klientových kompetencí a jeho stavu ovlivňujících pocit vlastní odpovědnosti je popsán výše. Novou kategorií je **zhodnocení akutnosti situace** (tzn., zda je klient momentálně ohrožen na životě, jaká je povaha sebevražedných tendencí).

Konzultanti mají zkušenost, že děti a dospívající častěji a snáze uvádějí sebevražedné myšlenky v hovoru, přestože nemusí být míněny vážně. Pozornost je proto věnována důkladnějšímu mapování vážnosti situace, a zda si volající uvědomuje následky svého chování. U dospělého je větší důvěra v posouzení důsledků jednání, proto konzultanti vnímají rozdíl i ve své vlastní roli v hovoru: Pokud konzultant hovoří se sebevražedným dospělým, vystupuje spíše jako průvodce, který v ideálním případě vede klienta ke změně názoru na vlastní rozhodnutí. Na této cestě je konzultant podporujícím činitelem, neboť je žádoucí, aby názor změnil sám klient. V případě hovoru s dítětem konzultant ochotněji přebírá odpovědnost, je více direktivní.

„..., ale pokud to není tak naléhavé, tak u dospělých spíše jako provázím a hledám, nabízím alternativy, nechávám ho, aby se víc zamyslel a hledal, o co se opřít – je to i pro ně lepší, jsou si víc

jistější, že si na to sami přišli. U dítěte hodně hledám já, nenechávám to tolik na nich jako u dospělých. Pokud ale dospělí mluví jako dítě, tak to převezmu, ale ne tak často. U starších taky asi víc pomáhám (senioři, pozn.). Dětem víc nabízím svůj pohled a své zkušenosti a nemám tak blbej pocit, že jim něco podsunu.“

V případě akutní situace konzultanti přebírají odpovědnost za klienta a situaci v hovoru.

„...pokud je to akutní situace, tak taky u dospělých přebírám odpovědnost do svých rukou, ale pak ji vracím zase zpět.“

16.4. Dilemata v práci se sebevražedným klientem

Někdy se po vyhodnocení hovoru nebo v jeho průběhu objeví dilema, jak dále postupovat a co dělat. Původně měla být sledována jen etická dilemata (více v kapitole ...), avšak ukázalo se, že konzultanti vnímají jistá dilemata při své práci se sebevražednými klienty, ale pod pojmem etická dilema měli různé představy nebo je nevnímali jako etická. V rámci rozhovoru a dále v analýze tak rozlišují dilema či dilematické situace, v jejichž rámci někteří konzultanti vnímají etická dilemata. Konzultanti považují situaci za dilematickou, pokud vnímají nějaký střet mezi vnitřními pravidly organizace a etickými pravidly, běžnou praxí a mezi potřebou rozhodnout se pro nestandardní postup v rámci těchto pravidel a svého přesvědčení.

16.4.1. Vnímaná dilemata

Jako dilema prožívali konzultanti vesměs taková rozhodnutí či postupy, které byly neobvyklé, nebyly ani součástí „běžné praxe“ (viz dále kapitola 17.4.2. Pilíře ve zvládání dilemat a náročných situací). Znamená to udělat v hovoru něco jinak, co není tak úplně běžné, co jistým způsobem překračuje pravidla a principy organizace, avšak s jasným cílem zachránit volajícího či zvrátit jeho rozhodnutí. Z hlediska tohoto cíle považovala většina konzultantů taková rozhodnutí za oprávněná.

Z rozhovorů vyplynulo, že rozhodnutí konzultanta je pro něj z etického hlediska v pořádku (nebo situaci neprožívají jako dilema), pokud je v souladu s pravidly a praxí organizace nejen co se týče samotného rozhodnutí, ale že je i podstatné, aby korespondovalo s jeho vnitřním přesvědčením nebo že si své jednání dokáže v rámci zmíněných pravidel obhájit.

„...pro mě tak to bylo úplně jako v pohodě, protože souzním s pravidlem, že jsme na straně života a aaa, zdraví ...“

„No, já tam tu zodpovědnost vnímám... jako maximálně, že jako za to rozhodnutí je odpovědný on (konzultant, pozn.) a jestli si to umí obhájit nebo si zavolá intervizora. A řekne hele, já tady přemýšlím o tom a o tom, co myslíš, je to dobrý?...“

➤ **Dilemata**

- Jakým způsobem je možné zjišťovat informace umožňujících intervenci?²¹
- Jak naložit s informacemi, které umožňují intervenci, ale nebylo záměrem konzultanta je získat?

„Když třeba nějak vyvodíš, kde klient je, znáš to místo nebo ho zmíní – a teď máme volat nebo nemáme? Ne úplně řídký, když se dokážeš doptávat, navíc v takovém případě je člověk povolnější, neřekne to třeba přímo, ale třeba co vidí a můžeš to dohledat.“

- Co je možné v hovoru použít, aby klient změnil své rozhodnutí?
- Přistoupit na zakázku klienta a doprovázet²² jej – ano či ne?

Na tato dilemata konzultanti pohlíželi buď jako na obecně dilematická (nikoliv jako etické dilemma) nebo někteří z nich jim přisuzovali etický obsah. V prvním případě se jednalo o konzultanty, kteří především vyzdvihovali oporu v pravidlech organizace a v postupech, „které se běžně užívají nebo které se použít mohou“, a tak dilemma vnímali spíše jako konflikt hranic a cíle klienta zachránit.

Jako nejzávažnější etické dilemma bylo uváděno doprovázení. Hovory se zakázkou doprovázení - většina respondentů s nimi má zkušenost zprostředkovaně (2 přímo) - vnímají konzultanti jako náročné, kdy je velmi tenká hranice mezi pochopením situace klienta, přiznání jeho práva se rozhodnout spáchat sebevraždu a zároveň snaha ještě hledat vnitřní zdroje klienta a snažit se zvrátit jeho rozhodnutí.

„Ano, dospělej, těžce nemocná paní a vypadalo to, že brzo umře a nechtěla umírat v bolestech, tak si vzala nějaké prášky a já jsem řešila, jestli ji nemám nechat umřít, jestli mám právo ji lámat. A chtěla doprovázet a řešila jsem, jestli vůbec s ní chci bejt, ale jestli ji lámat. Skoro se mi nechtělo. Nechala bych ji bejt, chápala jsem to a dávalo mi to smysl a zjistila jsem, že stát na straně života za každou cenu je najednou hrozná obtíž. Měla jsem velké etické dilemma. Už nevím, jak jsem ten hovor vedla. Říkala jsem si, že ona na to má právo.“

„Souhlasím (s právem ukončit svůj život, pozn.), ale ne zadarmo. Snažím se je motivovat, hledat ty vnitřní hodně zakopané síly a hodně to o to opírám. Mají právo, ale chci je přesvědčit a udělat jinak.“

²¹ Cílem výzkumu nebylo nalézt jednoznačné odpovědi na dilemata práce s klientem, ani, domnívám se, není možné s absolutní jistotou určit, které rozhodnutí a jednání je to správné. Mým záměrem bylo spíše na existující dilemata poukázat, že existují a že je důležité se jimi zabývat. Z tohoto důvodu jsou formulovány do otázek.

²² Obvyklé v případě bilančních sebevražd. Klient je rozhodnutý svůj život ukončit a jeho zakázkou na lince důvěry je ve chvíli umírání nebýt sám, aby jej konzultant doprovodil ke smrti (Vodáčková, 2002).

16.4.2. Pilíře ve zvládání dilemat a náročných situací

Konzultantům ve zvládání náročných situací pomáhají následující opory:

➤ Pravidla a etické principy organizace

Tím se rozumí principy zakotvené v etickém kodexu a metodické pokyny organizace.

➤ „Běžná praxe“

V kontextu tématu se jedná o takové postupy, které jsou kolektivně považovány jako za přijatelné, „které se smí“, neboť jich již v minulosti bylo někdy užito a byly v konkrétních případech odsouhlaseny. Tato běžná praxe slouží k usnadnění rozhodování konzultantů v některých situacích a je to jakýsi nástroj, „který lze použít“ nebo „který funguje“.

➤ Přesvědčení konzultanta

Úzce koreluje se souladem s vnitřními pravidly a etikou organizace. Pokud konzultant vnímal soulad svých přesvědčení s vnitřními pravidly a principy organizace nebo s „běžnou praxí“ (viz dále), neprožíval některé situace jako náročné, přestože si uvědomoval jejich dilematickou povahu. Důležitý pro konzultanty je soulad jejich přesvědčení s předchozími dvěma kategoriemi. Pokud je jejich přesvědčení v rozporu, přednost mají výše zmíněná pravidla a běžná praxe.

„...zas to záleží, jak to má která linka nastavené, jako že jestli se bavíme obecně, takže my to máme tak, že jsme na straně života a můžeme oficiálně to máme z linky jako povolené, takže jako ok, takže aj kdyby to měli i jinde, takže taky ok...Nevím, jak by to bylo, kdyby ta linka se k tomu stavěla, že to nechce a konzultant by sa rozhodl, že teda chce..tak tam by to bylo asi jako blbé. když pracuje na té lince, tak by měl dodržovat nějaké ta etika té linky.“

Přesvědčení, která jsou v souladu s pravidly a běžnou praxí organizace:

- Stát na straně života a zdraví
- Existují jiné možnosti nežli sebevražda, které klient v tu chvíli nevidí, proto je třeba zastavit a odložit suicidální jednání, je v pořádku přesvědčovat klienta, aby změnil rozhodnutí
- Volání klienta znamená snažit se jeho rozhodnutí zvrátit a je potřeba to zkusit
- Je – li klient ohrožen na životě, je možné zjišťovat údaje umožňující intervenovat, pokud jsou již známy, je v pořádku jich využít a intervenovat

- Je v pořádku přijmout i „nestandardní postupy“ (které nejsou součástí běžné praxe), které mohou zvrátit klientovo rozhodnutí
- Člověk má právo se rozhodnout svůj život ukončit, avšak pouze za těchto podmínek:
 - klient má všechny informace a rozumí jim, je si vědom následků
 - dlouhodobě se rozmyšlel
 - má vysoký věk, je těžce nemocný
 - zkusil vše ostatní
 - konzultant vyčerpá možnosti zvrátit klientovo rozhodnutí

Nebylo už tak často uváděno, že se konzultant snaží klienta přesvědčit, aby si pomoc přivolal sám, tedy přenechal zcela kompetence jemu. Z praxe vím, že v případě vyhodnocení stavu klienta jako schopného tyto kroky podstoupit, je to častějším postupem nežli zprostředkování intervence²³, zvláště u dospělých volajících. V tomto případě se zde může jednat o důsledek v kompilaci rozhovoru, kdy otázka na dilemata vzhledem k práci se sebevražednými klienty nasedala na otázku, jež implikovala „akutní situaci“, tedy kdy je klient významně ohrožen na životě již započatým suicidem.

Uváděné postupy směřující ke snaze intervenovat korelují s pocitem odpovědnosti za klienta v těchto situacích: bez ohledu na věk nebo vyzrálost klienta je odpovědnost za něj po čas, než je stabilizován přebrána konzultantem, který se snaží klienta nejdříve ošetřit.

Obecně lze říct, že konzultanti jsou ochotni sáhnout k neobvyklému postupu v hovoru se sebevražedným klientem ve chvíli, kdy „běžné způsoby nefungují a všechny ostatní možnosti již byly vyčerpány“.

V jednom případě byl však vysloven názor, že by se neměly užívat nestandardní kroky, které jsou nějakým způsobem v rozporu s vnitřními pravidly organizace:

„Absolutně se tím přenastaví hranice a i ten konzultant může mít pocit, že musí toho člověka hlídat a příště to musí udělat znovu a někdo to dělat nechce – každého zachraňovat a bude se cítit blbě, že to tak nedělá. Ono se to pak změní a každý si to dělá podle svého. Někde nějaká hranice musí být, a když ne, tak to pak znejistí všechny, mám takovou zkušenost. Může se to stát (pozn.: překročit hranici), ale pokud možno fakt ne, pak se ty hranice celý měněj a navíc pak už ten člověk příště nezavolá, protože se bude bát, že hned budu volat policii nebo tak.“

²³ Intervence je aktivní jednání konzultanta nebo intervizora, jehož obsahem je zavolání adekvátní pomoci klientovi. V kontextu tématu se jedná o zavolání rychlé záchranné služby, popř. policie nebo hasičů.

V rozhovorech a následné analýze jsem zpracovávala spontánně vyjádřená přesvědčení z hlediska rozhodování dilemat a jejich vztah s vnitřními pravidly a principy organizace. Nemohou tak zde být zastoupena všechna možná přesvědčení konzultantů ovlivňujících jejich práci s klienty.

➤ **Intervizor**

Intervizor hraje pro konzultanty významnou roli v rozhodování dilematických situací. Vnímají jej jako velkou oporu v náročných hovorech – na vedení hovoru nemusí být konzultanti sami; mohou hovor sdílet během jeho trvání i po něm. Z hlediska zvládání dilematických situací je konečná odpovědnost za postup v hovoru na intervizorovi nebo je odpovědnost vnímána jako rozdělená mezi něj a konzultanta.

„Na to, jestli budem nebo nebudem volat (RZS, pozn.), na to mám intervizora. To je ten luxus, ten rozhodne, jestli to je na intervenci...“

„U nás je to jednoduchý, intervizor, s kterým se poradíš...“ (Co ti pomáhá se rozhodnout? Pozn.)

V odpovědích intervizorů se logicky takové odpovědi neobjevovaly, na druhou stranu nezaznívalo, že by vnímali nadměrnou zátěž z toho, že konečné rozhodnutí musí udělat oni oproti konzultantům.

➤ **Zkušenosti**

V rozhodování konzultanti dále využívají svých zkušeností, které pro ně znamenají větší jistotu („*víc si dovolím*“) v rozhodování, v odhadu klienta, je pro ně snazší být v hovoru direktivní.

2 z respondentů se opírají také o svou intuici.

16.5. Nejistota

Hovory s tématem sebevraždy a rozhodování se v dilematických situacích vyvolává u konzultantů a intervizorů (dále jen konzultant) různé emoce. Prožívání konzultanta ovlivňuje jeho přístup ke klientovi, ale také jeho ochotu a schopnost se rozhodovat. Nejvýraznější byl pocit nejistoty, který se ve výpovědích respondentů objevoval v následujících rovinách:

Nejistota, jak vést hovor:

„To se mi stalo jednou, to bylo dítě asi 10 let, vůbec jsem nevěděla, jak to uchopit, co se děje, co s tím dělat. Kdyby to bylo akutní, tak vím, ale tohle byly myšlenky...“

Nejistota, zda takový postup mohu použít (z hlediska běžných postupů a z hlediska obavy z klientovy reakce):

„..., vzpomínám, a co se týká klienta, pro mě tak to bylo úplně jako v pohodě, protože souzním s pravidlem, že jsme na straně života a, zdraví, takže to že zalžu mu v tu chvíli nepovažuji za nějak jako důležité, a jediné, co jsem řešila, jestli s tím bude jako intervizor v souladu, to jsem byla tehdy konzultant. Což byl, takže to bylo jako dobré, ale to bylo jediné jako že nejistota. Jestli se to takto jako může.“

„...najednou jsem tam dala i sebe, co to dělá i se mnou, když ten klient třeba opravdu mluví o tom, že je pořád na tom mostě a pořád mluví, že to teda nemá smysl a teď já se snažím a teď jako von že stejně furt skočí. (...) a řešila jsem třeba, jestli ho tím třeba taky naštvu a jestli on na základě toho neudělá nějakou blbost, jo? Jasně, ve chvíli, kdy jsem to řekla, kdy já jsem byla na noční, že jako intervizor jako zpozorněl, že já jsem to řekla jako dost důrazně...že jsme jako celou dobu jako mluvili a já jsem řekla jako „já jsem teď jako naštvaná“ a fakt jsem mu to tam řekla a pak jsem to i vysvětlovala intervizorovi. Že opravdu mě v tu chvíli ten klient hrozně štvál a chvíli to tam bylo, jestli ho tím nenaštvu, abych byla opatrná, protože on stojí někde na mostě, že skočí, ale nakonec se ukázalo, že jako dobrý...“

Samotné téma sebevraždy v hovorů vyvolává v konzultantovi emoce, pro které je charakteristická jejich intenzita. Mohou být negativní, ale i pozitivní, celkově toto téma vyvolává aktivizaci konzultanta. Někteří uváděli, že jako začínající konzultanti vnímali strach a obavy z takových hovorů.

17. ZÁVĚRY ANALÝZY

V přístupu k sebevražedným klientům není pro konzultanty rozhodující jejich věk, ale jejich zralost, jak klient v hovoru reaguje. Na základě toho konzultanti odhadují kompetence klienta posoudit svou situaci a rozhodovat se, včetně jeho možností pomoci. S kompetencemi úzce souvisí vnímaná odpovědnost klienta a s tímto koresponduje i pocit vlastní odpovědnosti konzultanta. Ten se cítí více odpovědný za dětského klienta nežli za dospělého, avšak za vedení hovoru je konzultant odpovědný vždy.

V rozhodnutí, jak v momentální situaci jednat, je významným aspektem „akutnost situace“, tedy zda je klient ohrožen na životě či zdraví. V tomto případě není důležité, zda se jedná o dítě, dospívajícího či dospělého člověka, ale především ošetřit aktuální situaci a klienta stabilizovat. Pakliže v rozhodování vzniká nějaké dilema, co v tu chvíli udělat, konzultanti se opírají především o pravidla organizace a o stanovené etické principy, o tzv. „běžnou praxi“ a dále o své zkušenosti, intuici a v případě konzultantů o pomoc intervizora.

Co se týče etických dilemat, bylo jejich vnímání problematické v různých představách jednotlivých konzultantů, tak někdy na otázky, které zkoumaly etická dilemata, konzultanti rozlišovali dilemata obecně a ta, která považují za etická. V rámci rozhodování dilemat v práci se sebevražednými klienty vyvstalo jako nejvýznamnější etické dilema, jestli přijmout zakázku klienta a doprovázet jej či nikoliv, přestože přímá zkušenost konzultantů nebyla příliš častá. Dalším diskutovaným problémem byla snaha klienta zachraňovat proti jeho vůli, zda a jakým způsobem získat informace, které by tento postup umožňovaly. Přestože ve druhém případě vnímali konzultanti dilematickou povahu situace, neměli s rozhodováním výraznější problém, neboť většinu postupů a možností znají z „běžné praxe“ a vědí tedy, co je možné udělat, co je přípustné, ovšem vždy na základě zhodnocení dané situace. Několikrát zazněl názor, že postupy nelze shrnout a užívat zcela paušálně.

Protože téma sebevraždy a celkově kontakt se sebevražedným klientem v hovoru vyvolává řadu emocí, je pro konzultanty role intervizora velkou podporou a možností tyto prožitky sdílet. Z pozice konzultanta lze říct, že se jedná o přenesení odpovědnosti nebo alespoň její rozdělení za rozhodnutí v hovoru na druhého (na intervizora). Ve zvládání obtížných hovorů se sebevražednými klienty konzultantům i intervizorům pomáhá vědomí a jasné nastavení hranic (nejen jak hranice nastavuje organizace, ale i vlastní hranice, hranice odpovědnosti). Přesto kontakt se sebevražedným klientem na telefonu a vedení tohoto hovoru zůstává „*chůzí po tenkém ledě*“.

18. ZHODNOCENÍ

V závěrech výzkumu je třeba zohlednit některé problematické části a omezení výzkumu, které mohou zkreslit jeho výsledky.

18.1. Role a pozice výzkumníka

V kvalitativním výzkumu výzkumník není nikdy zcela objektivním pozorovatelem, avšak je sám jeho účastníkem (je součástí vazeb), proces výzkumu ovlivňuje od jeho začátku až do konce ať už z hlediska jeho pozice a role v kulturně historickém kontextu a v jeho konkrétním sociálně psychologickém prostoru nebo z hlediska specifického vztahu s účastníky a vzájemné interakce (Miovský, 2006).

Konkrétně v tomto výzkumu se jedná o fakt, že ve zkoumané organizaci sama již více jak 3 roky působím na konzultantské pozici. Na jednu stranu sdílení stejné filozofie práce včetně praktických zkušeností se sebevražednými klienty ve všech kategoriích, jak o nich hovoří tato práce (dítě, dospívající, dospělý) může přinášet určité výhody (umožňuje mi to některé aspekty práce se sebevražednými klienty snáze pochopit a vůbec je vnímat, vím, na co se mohu zeptat i si uvědomuji, že naše představy o vedení či přístupu v hovoru se mohou pak v konkrétním případě lišit apod.), tak na druhou stranu zde vidím úskalí ve zkreslení ze stejných uvedených důvodů. Chybí mi nadhled člověka, který působí mimo organizaci a může tak snáze kriticky nahlížet na již zaběhlé způsoby práce a celkově může vnímat odlišně filosofii samotné organizace. K výzkumnému problému přistupuji tak již s prekonceptem, od kterého není možné se „odstříhnout“, avšak snažím se jej v analýze a interpretaci využít.

Další nevýhodou je vztah s účastníky, kdy se jedná o mé kolegy ať již služebně starší nebo mladší, tudíž ke zkreslení mohlo dojít ve více rovinách výzkumu: již při samotné formulaci výzkumného problému a následného sběru dat až po interpretaci.

Lze shrnout slovy:

„...Myslíme si, že nám tento život především připadá příliš známý, takže nejsme schopni identifikovat určité události, které se uskutečnily, i když se to stalo přímo před našima očima.“ (Hendl, str. 55, 2005).

Tyto negativní vlivy jsem se snažila eliminovat neustálou reflexí vlastní pozice a reflexí mého vztahu s účastníky, dále snahou o kritický přístup k filosofii dané organizace a její srovnání s organizací, kde jsem působila, byť krátkodobě. Dále pečlivostí při sběru a kódování a interpretaci dat a kontrolou výzkumného procesu třetími osobami (vedoucí práce a konzultant).

18.2. Omezení výzkumu

Omezení nebo spíše zkreslení výsledků výzkumu může mít na svědomí již samotné užití kvalitativních metod výzkumu, kdy dochází k určité redukci získaných dat a zařazení je do obecných kategorií. Výzkum má tak své hranice, v jejichž rámci je daný problém zkoumán. Ve dvou případech účastníci vysloveně pojmenovali, že uvažují v kontextu se seznámenými cíly práce („*Ted' nevím, jak to zapadá do toho tvýho schématu...*“ a „*...předpokládám, že je to myšleno v kontextu telefonní krizové intervence...*“). Mohli si tak klást otázku, co bych od nich chtěla slyšet, také ale, zda mi to říct mohou či nikoliv, to však již souvisí s možným zkreslením, které je popsáno v podkapitole („19.2. Role a pozice výzkumníka“). Stejně tak během celého procesu analýzy a interpretace může dojít ke zkreslení.

Určité problémy může způsobovat i nízký počet účastníků vzhledem k poměru počtu všech konzultantů včetně intervizorů (9 ku 103). Avšak poměr k celkovému počtu konzultantů a intervizorů splňujících stanovená kritéria (aktivně sloužící, zkušenost se sebevražedným klientem dítětem i dospělým a dobrovolnost) není již tak výrazný (kladně odpovědělo 15 konzultantů a intervizorů). Dále není cílem kvantifikace např. postoje konzultanta, ale hlubší kvalitativní šetření. Vyšší počet účastníků by mohl mít dle mého názoru přínos pro rozšíření spektra některých názorů a mohly by vyvstat některé nové vztahy, avšak z hlediska vymezení tohoto výzkumu by nebyly určující. Stále se objevovaly jedinečné názory a není vyloučeno, že by vyšší počet účastníků nemohl ještě nějaké další přinést.

K saturaci výzkumu v jeho hlavních rysech (zkoumaný rozdíl v přístupu k sebevražedným klientům z hlediska jejich věku, etické aspekty) došlo po uskutečnění 8 rozhovorů, kdy 9. proběhl, aby tato domněnka byla potvrzena.

Další omezení tkví ve faktu, že výzkumu byla podrobena jedna konkrétní organizace, může zde dojít ke značnému problému v možnosti generalizace výsledků, neboť tyto zde prezentované se vztahují ke konkrétní práci v dané organizaci, k její filozofii práce a k její kultuře, čímž je tento výzkum jedinečný.

Do určité míry může být problémem i obecnost některých otázek, kterou v některých případech vnímali i sami konzultanti. Vyjadřovali tak, že jejich přístup, rozhodnutí, vedení hovoru se může odvíjet od aktuálního posouzení situace a její vyhodnocení, čímž je každý hovor specifický.

Jsem si vědoma, že závěry výzkumu mohou být mírně posunuty tím, že výpovědi konzultantů neodráží přesně realitu, neboť reprezentují jejich míru sebepoznání a představy o tom, jak by situaci vnímali, nebo jsou jejich odpovědi založené na zobecnění více zkušeností (pravděpodobně by blíže realitě byl rozbor hovorů se sebevražednými klienty, avšak nahrávání hovorů s klienty apod. není eticky přípustné). Z tohoto důvodu jsem se proto zaměřila více na to, co konzultant vnímá, jak s určitým fenoménem zachází, neboť v tuto chvíli jeho výpověď odráží realitu, kterou však nelze empiricky ověřit.

Zajímavým momentem výzkumu byly výpovědi o principech a pravidlech, které mu mají pomáhat v rozhodování. Otázkou zůstává, do jaké míry se jedná o vnitřní vyznávané hodnoty, v které konzultant věří a do jaké míry se jedná o tradované hodnoty v organizaci, o něž se konzultant může opřít jako o ustálený princip. Vnímám v tomto kvalitativní rozdíl, když na příklad konzultant v hovoru vyřkne potvrzení práva klienta na své rozhodnutí, že má právo se zabít a použije toto jako oporu pro sebe a hovor či jako techniku, která by onen hovor mohla posunout o kousek dál anebo když je o tomto zcela vnitřně přesvědčen. Pravděpodobně to v obou případech bude mít v hovoru stejný dopad, avšak rozdíl vnímám v tom, jak sdělení konzultant v tu chvíli prožívá a jak následně hovor „zpracuje“. Přestože případný vnitřní konflikt (vlastní přesvědčení a to, co v hovoru „musí zaznít“) patří svým způsobem k přístupu konzultanta k sebevražedným klientům (zkušenosti konzultantů ovlivňují jejich přístup a zvládání hovorů se sebevražednými klienty), hlouběji jsem se na to v rozhovorech nezaměřovala nejen z hlediska vymezení této práce jako zkoumání přístupu ke klientům a jak se to odrazí v hovoru, ale také z toho důvodu, že by se takový rozhovor mohl blížit superviznímu rozhovoru a k takovému rozhovoru nejsem kompetentní.

Nicméně jistě by stálo za to se na tuto oblast zaměřit jako na možné téma supervize pro pracovníky linky důvěry.

Podobně by zajímavé výsledky mohlo přinést bližší zkoumání pocitu odpovědnosti, resp. jeho srovnání u konzultantů a intervizorů. Formulace otázek a celkové zaměření na téma odpovědnosti probíhalo ve výzkumu bez rozdílu na pozici konzultanta, avšak z výsledků plyne, že konzultanti vnímají větší míru odpovědnosti u intervizorů. Tento rozdíl plyne především ze specifického způsobu práce na Lince bezpečí.

19. ETIKA VÝZKUMU

V rámci kvalitativního výzkumu je nutné dodržovat etická pravidla, která chrání nejen účastníky, ale bere v potaz i možné následky výzkumu. Dalo by se shrnout slovy Miovského:

„vědec a věda mají svá omezení tam, kde mohou poškodit či omezit účastníky výzkumu proti jejich vůli. Právo vědět a objevovat není povýšeno nad jiná práva. Výzkumník nese odpovědnost vůči sobě a společnosti za to, co objeví; musí pečlivě zvážit, jaké důsledky může svojí vědeckou činností způsobit“ (Miovský, 2006, tab. 12, str. 27). Co se týče etiky chránící účastníky výzkumu, byla naplňována následujícím způsobem²⁴:

- Účast na výzkumu byla zcela dobrovolná
- Pracovníkům organizace byla zajištěna anonymita; nikde jsem neuváděla zápis z jejich rozhovoru ve spojitosti s jejich jménem ani jinými osobními údaji, v této diplomové práci jsou použity jen části rozhovoru opět bez souvislosti s konkrétní osobou
- Účastníci byli před samotným rozhovorem seznámeni, jak budu s daty nakládat a pro to mohli vyjádřit svůj souhlas nebo nesouhlas, stejně jako pro to, jestli rozhovor mohou nahrávat (ve většině případů se jednalo o tzv. informovaný souhlas)
- Záznamy rozhovorů byly po přepsání smazány, data jsou tedy dostupná pouze v textové podobě, nikoliv v souvislosti s konkrétní osobou. K přepisům ani k nahrávkám neměly přístup neoprávněné osoby

Zároveň jsem si byla vědoma citlivosti tématu, proto jsem se snažila maximálně zajistit komfort nejen účastníka před, během a po rozhovoru, jak je již popsáno v podkapitole „Průběh výzkumu“, ale také svůj vlastní (např. reflexí vlastního přístupu k sebevražedným klientům, vědomí hranic mezi mnou a účastníky, výběr vhodného místa apod.)

²⁴ Výzkum byl proveden v souladu s platným zákonem č. 101/2000 Sb. ochraně osobních údajů jejich uchování v informačních systémech. Osobní údaje jsou jakékoli informace, které se týkají konkrétního, žijícího, identifikovatelného jedince. Jedná se tedy o informace, které v rámci výzkumu získáváme a na jejichž základě je možné konkrétní osobu identifikovat.

20. ZÁVĚR

Sebevražedné chování zahrnuje poměrně širokou škálu projevů. Na jeho rozvoji se podílí řada současně působících procesů a lze říci, že sebevražedný pokus je mnohdy jen špičkou ledovce, pod jehož hladinou se může skrývat rozsáhlá krize smyslu lidského bytí a bezvýchodnost situace. Sebevražedné chování může být ale i aktuálním impulsem, zkratkovitým jednáním. Asi nejdůležitějším poselstvím teoretického konceptu sebevražedného chování v této práci je, že ať už se jedná o jakoukoliv formu sebevražedného chování s jakýmkoliv podtextem, je nutné takové projevy brát vážně.

Ukázalo se, že vytvoření bezpečného prostoru pro vyslovení myšlenek na sebevraždu a možnost o nich hovořit, bývá pro dotyčného sebevraha přínosné a někdy preventivního charakteru. Za účelem poskytnutí snadno dostupné pomoci těm, kteří sebevraždu zamýšlejí, vznikly linky důvěry, které mnohdy mohou být vůbec prvním kontaktem s odbornou pomocí nebo poslední nadějí, kam se sebevrah může obrátit, proto je velmi důležité, s jakým přístupem se zde setká.

Shrnula bych, že kvalitní poskytovanou pomoc na pracovištích telefonické krizové intervence tvoří nejen celkový způsob práce v organizaci, ale zároveň individualita pracovníka, odborné znalosti, jeho osobnost a schopnost takové téma opakovaně unést.

Přestože na začátku této práce byl předpoklad, že náročnost takových hovorů je ztížena tím, že konzultant hovoří s dítětem či dospívajícím, ukázalo se, že ač pracovníci vnímají určitá specifika při práci v hovoru s dítětem nebo dospívajícím, jeho věk není z hlediska náročnosti hovoru určující informací, ale spíše momentální situace a posouzení celkového kontextu. Na základě toho pracovníci postupují a rozhodují se. Věk, resp. vývojová úroveň volajícího je více důležitá z hlediska odpovědnosti, kdy pracovníci vnímají větší pocit odpovědnosti nežli za dospělého jedince, pokud se nejedná o akutní ohrožení jeho života (v takovém případě dočasně pracovníci odpovědnost přebírají, než je klient stabilizován).

Přestože v rámci organizace existují „běžné postupy“ a konzultanti jsou si vědomi svých hranic a mohou se opřít o pravidla a principy této organizace, ne vždy je rozhodování zcela prosto dilema, které je řešeno vždy na základě posouzení individuální a konkrétní situace.

Ke zkoumání přístupu konzultantů k sebevražedným klientům byl využit model kvalitativního výzkumu s uvážení jeho výhod, ale i nevýhod, které jsou blíže popsány v kapitole 18. *Zhodnocení.* Přestože hlavní námitkou vůči kvalitativnímu přístupu je jeho problematičnost v aplikovatelnosti na jiné podmínky, předpokládám, že některé závěry z výzkumu jsou využitelné i pro jiné organizace například k revizi jejich „běžné praxe“ či k zamyšlení se nad oporami konzultanta ve zvládání náročných situací. Rovněž závěry získané v rámci výzkumu prezentovaného v této práci mohou být zdrojem informací pro další výzkumy sloužící ke zkvalitnění profesionální práce v organizacích.

SEZNAM LITERATURY

Prameny:

- CYNTHIA R., Pfeffer. *The suicidal child*. New York : Guilford Press, 1986. 318 s. ISBN 0-89862-664-1.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum : základní metody a aplikace*. Vyd. 1. . Praha : Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
- JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha : Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
- KOUTEK, Jiří.; KOCOURKOVÁ, Jana. *Sebevražedné chování: Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2003. 127 s. ISBN 80-7178-732-9.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MUSIL, Libor, NEČASOVÁ, Mirka. *Zvládání nesourodých očekávání a morální orientace sociálních pracovníků*. In *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. Brno : Albert, 2008. ISBN 978-80-7326-145-0, s. 83 - 105.
- MUSIL, Libor. *"Ráda bych Vám pomohla, ale." Dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno : Marek Zeman, 2004. 244 s. ISBN 80-903070-1-9.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda, et al. *Krizová intervence pro praxi*. Vyd. 1.. Praha : Grada, 2004 a. 197 s. ISBN 80-247-0586-9.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Vyd. 1. Praha : Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 80-246-0956-8.
- VODÁČKOVÁ, D. et al. *Krizová intervence*. Vyd. 1. Praha : Remedium, 2002. 543 s. ISBN 80-7178-696-9.

Sekundární literatura:

- (Marta Munzarová, Zdravotnická etika od A do Z, Grada Publishing, Praha, 2005, vyd.1., 156 str., ISBN 80-247-1024-2.)
- BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2003. 420 s. ISBN 80-7178-735-3.
- ČERNÝ, Luděk. *Sebevražednost dětí a mladistvých se zvláštním zaměřením na preventivní opatření*. Vyd. 1. Praha : Avicenum, 1970. 132 s. 08-0800-70.
- FUCHS, Erich. *Co dělá naše jednání dobrým?* Vyd. 1. Jihlava : Nakladatelství Mlýn, 2003. 171 s. ISBN 80-86498-03-4.
- GUGGENBÜHL-CRAIG, Adolf. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2007. 113 s. ISBN 978-80-7367-302-4.
- HAVRDOVÁ, Zuzana. *Kompetence v praxi sociální práce : metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha : Osmium, 1999. 166 s. ISBN 80-902081-8-5.
- HILLMAN, James. *Duše a sebevražda*. Vyd. 1. Praha : Sagittarius, 1997. 200 s. ISBN 80-901898-4-9.
- HORT, Vladimír, et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2000. 492 s. ISBN 80-7178-472-9.
- JAMES, Richard K. *Crisis intervention strategies*. Vyd. 6. USA : Thomson Brooks/Cole, 2008. ISBN-13: 978-0-495-10026-3. ISBN-10: 0-495-10026-9
- KAST, Verena. *Krize a tvořivý přístup k ní: Typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2000. 167 s. ISBN 80-7178-365-X
- KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Vyd. 4. Praha : Portál, 2000. 147 s. 80-7178-429-X.
- MACEK, Petr. *Adolescence : psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Vyd. 1. Praha : Portál, 1999. 207 s. ISBN 80-7178-348-X.
- MASARYK, Tomáš Garrigue. *Sebevražda hromadným jevem společenským moderní osvěty*. Vyd. 5. Praha : Masarykův ústav AV ČR, 2002. 221 s. ISBN 80-86495-13-2.
- PASQUALI, Elaine Anne. *Mental health nursing: a holistic approach*. 3rd ed. St. Louis : The c.v. Mosby Company, 1989. 943 s. ISBN 0-8016-3578-0.

- RAHN, Ewald; MAHNKOPF, Angela. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Vyd. 1. Praha : Grada, 2000. 566 s. ISBN 80-7169-964-0.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize : Psychologický a sociologický fenomén*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, a.s., 2004 b. 129 s. ISBN 80-247-0888-4.
- ŠVAŘÍČEK, Roman, et al. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2007. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha : Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
- VIEWEGH, Josef. *Sebevražda a literatura*. Vyd. 1. Brno : Nakladatelství Tomáše Janečka , 1996. 282 s. ISBN 80-85880-10-5.
- VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. Vyd. 3. aktualiz., v Portálu 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 397 s. ISBN 80-7178-740-X.

Slovníky:

- HARTL, Pavel. *Psychologický slovník*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2000. 774 s. ISBN 80 – 7178 – 303 – X.
- MATOUŠEK, Oldřich . *Slovník sociální práce*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.

Elektronické dokumenty nebo jejich části:

- FARKAŠOVÁ, Blanka. *Citace 2.0* [online]. Jak správně citovat. 11. listopadu 2004. Dostupné z WWW: <<http://www.citace.com/clanky.php?ukol=1>>.[cit. 2011-06-08].
- GOLDSTON, David B. *Assessment of suicidal behaviors and risk among children and adolescents : Technical report submitted to NIMH under Contract No. 263-MD-909995*. In *Assessment of suicidal behaviors and risk among children and adolescents* [online]. USA : National Institute of Mental Health (NIMH), 2000. Dostupné z WWW: <http://www.suicidology.org/c/document_library/get_file?folderId=235&name=DLFE-141.pdf>. [cit. 2011-06-07].
- GREEN-HERNANDEZ, Carol; SINGLETON, Joanne K.; ARONZON, Daniel Z. *Primary Care Pediatrics* [online]. Philadelphia : Lippincot Williams&Wilkins, 2001. Dostupné z WWW: <http://books.google.cz/books?id=o43u_qWT4asC&pg=PA797&dq=Carol+Green-

Hernandez,Joanne+K.+Singleton,Daniel+Z.+Aronzon+L&hl=cs&ei=EgkTTbyDLMHF4gbq0KmGAg&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CCYQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false>. ISBN 0-7817-2008-7. [cit. 2011-06-07].

- HANŽLOVÁ, Martina; MACEK, Petr. Vztah mezi styly zvládání, přesvědčením o vlastním vlivu a problémy dospívajících . *E - psychologie : Elektronický časopis ČMPS* [online]. 2009, roč. 3, č. 1. Dostupný z WWW: <<http://e-psycholog.eu/clanek/42>>. ISSN 1802-8853. [cit. 2011-06-26].
- KOUTEK, Jiří. SUICIDALITA U ADOLESCENTŮ – RIZIKOVÉ FAKTORY A PREVENCE. *Pediatric pro praxi* [online]. 2008, roč. 8, č. 5. Dostupný z WWW: <<http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2008/05/07.pdf>>. [cit. 2011-06-07].
- KOUTEK, Jiří; KOCOURKOVÁ, Jana. RIZIKO SUICIDÁLNÍHO CHOVÁNÍ. *Pediatric pro praxi* [online]. 2004, roč. 4, č. 6. Dostupný z WWW: <<http://www.solen.cz/pdfs/ped/2004/06/03.pdf>>. [cit. 2011-06-07].
- KOUTEK, Jiří; KOCOURKOVÁ, Jana. SUICIDÁLNÍ POKUS U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH - MOTIVY A RIZIKOVÉ FAKTORY. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2006, roč. 6, č. 3. Dostupný z WWW: <http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1521&magazine_id=2>. [cit. 2011-06-07].
- LANGROVÁ, Aneta. *Psychologický debriefing jako strategie pomoci v rizikových profesích* [online]. Olomouc, 2010. 124 s. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Dostupné z WWW: <<http://theses.cz/id/rtt4eo/92310-521658646.pdf>>. [cit. 2011-06-07].
- PFEFFER, Cytnhia R. Suicidal Behavior in Children and Adolescents: A Clinical and Research Perspective. *The Yale Journal of Biology and Medicine* [online]. 1990, vol. 4, n. 63. Dostupný z WWW: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2589203/?page=1>>. [cit. 2011-06-07].
- PRAŠKO, Ján. PÉČE O SUICIDÁLNÍHO PACIENTA. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2006, roč. 6, č. 4. Dostupný z WWW: <<http://www.solen.cz/pdfs/psy/2006/04/11.pdf>>. [cit. 2011-06-07].
- Český statistický úřad : *Sebevraždy v České republice - 2001 až 2005* [online]. Praha : 2006, 28.10. 2006. Publikace o obyvatelstvu. Dostupné z WWW: <<http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/p/4012-06>>. [cit. 2011-06-26].
- Český statistický úřad : *Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech (2000 až 2009)* [online]. Praha : 2010, 6.6. 2011. Publikace o obyvatelstvu.

- Dostupné z WWW: <[http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/kapitola/4017-10-\(2000_az_2009\)-01](http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/kapitola/4017-10-(2000_az_2009)-01)>. [cit. 2011-06-26].
- *Linky důvěry* [online]. Etický kodex pracovníka linky důvěry a pracoviště linky důvěry. 11. 6. 2004. Dostupné z WWW: <<http://www.linkyduvery.cz/show.php?sk=3>>. [cit. 2011-06-07].
 - *Modrá Linka* [online]. Linka důvěry. 2011. Dostupné z WWW: <<http://www.modralinka.cz/?page=ld>>. [cit. 2011-06-08].
 - *Nadaceo2* [online]. Informativní spot Linky bezpečí. 26. 9. 2010. Dostupné z WWW: <http://www.nadaceo2.cz/galerie/videogalerie/informativni_spot_linka_bezpeci.html>. [cit. 2011-06-07].
 - *Suicidology* [online]. Chronic and Acute risk Factors for suicide. 2011. Dostupné z WWW: <<http://www.suicidology.org/web/guest/current-research>>. [cit. 2011-06-07].
 - Telefonické služby pro děti - Linka bezpečí 116 111 : Statistiky, trendy. In *Sdružení Linka bezpečí - Výroční zpráva za rok 2010* [online]. Vyd. 1. Praha : Sdružení Linka bezpečí, 16. 6. 2011. Dostupné z WWW: <<http://www.linkabezpeci.cz/webmagazine/articles.asp?ida=576&idk=235>>. [cit. 2011-06-26].
 - *Toxikologické informační středisko* [online]. 2011. Dostupné z WWW: <<http://www.tis-cz.cz/uvodni-stranka>>. [cit. 2011-06-08].
 - *Zlaté stránky* [online]. © 2011. Linky důvěry. Dostupné z WWW: <http://www.zlatestranky.cz/firmy//q_linky%20d%C5%AFv%C4%9Bry/1/?edsacid=MCZ_P0005&utm_source=seznam&utm_medium=cpcwww.citace.com>. [cit. 2011-06-24].

Legislativní dokumenty:

- Česká republika. *Zákon o sociálních službách*. In Sbíрка zákonů, Česká republika. 2006, částka 37, 108. Dostupný z WWW: <<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?typ=r&zdroj=sb06108&cd=76>>. ISSN 1211-1244. [cit. 2011-06-26].
- Česká republika. *Zákon ze dne 8. ledna 2009 trestní zákoník*. In Sbíрка zákonů, Česká republika. 2009, částka 11, 40. Dostupný z WWW: <<http://sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb09040&cd=76&typ=r>>. ISSN 1211-1244. [cit. 2011-06-26].
- Česká republika. *Zákon č. 359/1999 o sociálně-právní ochraně dětí*. In Sbíрка zákonů, Česká republika. 1999, částka 111. Dostupný z WWW:

<http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?kam=zakon&c=359/1999>. ISSN 1211-1244. [cit. 2011-06-26].

- Česká republika. *Zákon č. 20/ 1966 o péči o zdraví lidu*. In Sbírka zákonů, Česká republika. 1966, částka 7. Dostupný z WWW: <http://www.sagit.cz/pages/uz.asp?tema_id=37&cd=61&typ=r&det=80&levelid=329539>. ISSN 1211-1244. [cit. 2011-06-26].
- Česká republika. *Úmluva o právech dítěte*. In Sbírka zákonů, Česká republika. 1991, částka 22, 104. Dostupný z WWW: <<http://www.kr-karlovarsky.cz/NR/rdonlyres/2DF1A4E8-010F-4B57-92D2-16845209D8AA/0/Umluva.pdf>>. ISSN 1211-1244. [cit. 2011-06-26].
- Česká republika. *Zlepšení duševního zdraví (cíl 6, dílčí úkol 6.2 Snížit počet sebevražd o třetinu)*. In Usnesení Vlády České republiky ze dne 30. října 2002 č. 1046 k Dlouhodobému programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky Zdraví pro všechny v 21. století. 124 s. Dostupný z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/2871>>. [cit. 2011-06-26].

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA Č. 1A – STATISTICKÉ ÚDAJE V ČR.....	I
PŘÍLOHA Č 1B – STATISTICKÉ ÚDAJE NA Lince BEZPEČÍ	III
PŘÍLOHA Č. 2 – RIZIKOVÉ FAKTORY SEBEVRAŽDY	IV
PŘÍLOHA Č 3 – KOMPETENCE PRACOVNÍKA LINKY DŮVĚRY	V
PŘÍLOHA Č. 4 – SOUHLAS VEDOUCÍHO LINKY BEZPEČÍ S VÝZKUMEM	VI
PŘÍLOHA Č 5 – POLOSTRUKTUROVANÉ INTERVIEW	VII

PŘÍLOHA Č. 1A – Statistické údaje v ČR

Současný stav v České republice dle Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR (Zdraví pro všechny ve 21. století) vypovídá sice o postupném poklesu sebevraždy od roku 1970, avšak co se týče kategorie dospívajících (zde 15 – 19 let) je zde patrný vzestup. Zároveň ze statistických šetření, které využívá Dlouhodobý program, vyplývá, že u mladistvých je vysoký počet sebevražedných pokusů, které souvisí zvláště s depresivní poruchou, abúzem návykových látek včetně alkoholu, schizofrenie a akutní psychické krize. V souvislosti se sekularizací společnosti se očekává nárůst sebevražd (je známo, že dokonané sebevraždy souvisí s náboženským přesvědčením) (Usnesení vlády České Republiky, č. 1046, 2002).

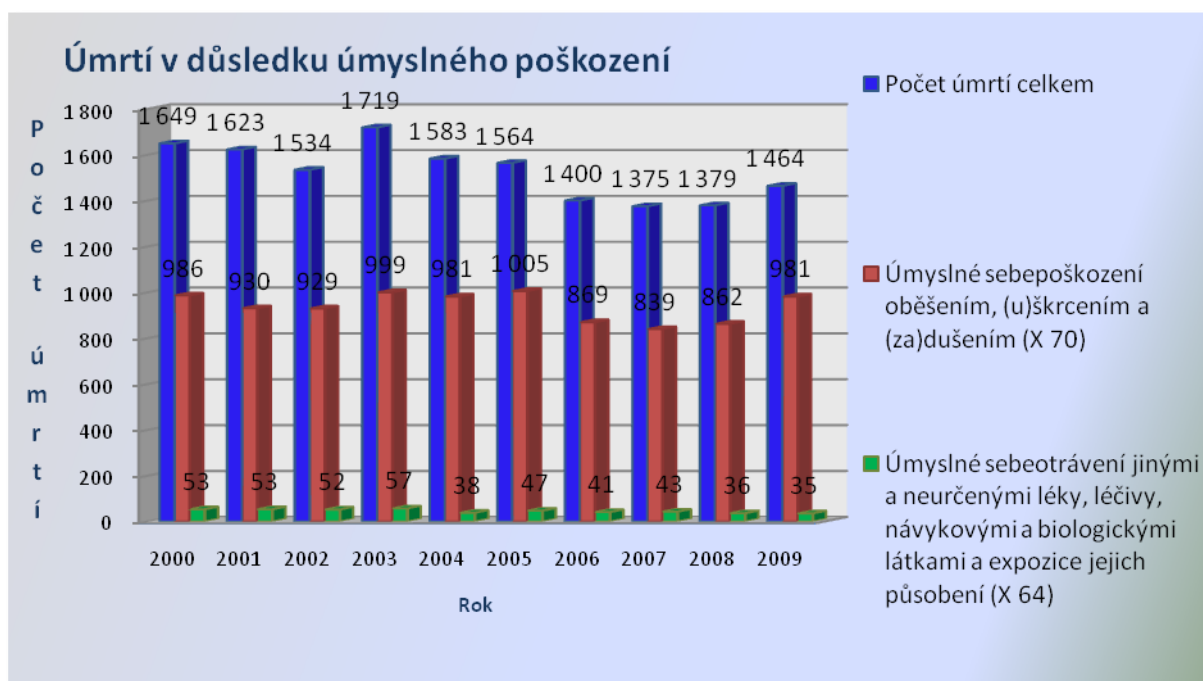
V České Republice se od roku 1992 neuskutečňují rozborů sebevraždy, evidence a analýza byla tohoto roku zrušena. V současné době neexistuje speciální evidence a prevence. Navíc zjišťování a terapii duševního stavu, včetně sebevražedných aktivit, se v našem zdravotnictví věnuje jen malá pozornost (Usnesení vlády České Republiky, č. 1046, 2002).

Z následujících grafů, jejichž zdrojem jsou data Českého statistického úřadu, vyplývá, že dokonané sebevraždy jsou evidovány mnohem více u mužů (graf č. 2), neboť hlavním důvodem je volba tzv. tvrdé metody sebevraždy. V grafu č. 1 je znázorněna nejčastější příčina sebevraždy tvrdou metodou (úmyslné sebepoškození oběšením, (u)škrcením a (za)dušením (Podle MKN se jedná o kód X 70). Dále nejčastější příčinou sebevraždy tzv. měkkou metodou je úmyslné sebeotrávení jinými a neurčenými léky, léčivy, návykovými a biologickými látkami a expozice jejich působení (podle MKN se jedná o X64). Oproti uvedené tvrdé metodě vidíme, že hodnoty reprezentující měkké metody jsou výrazně nižší. V tomto případě otrávení „jinými látkami“ vykazuje vysoké hodnoty proto, že v mnohých případech nemusí být způsob otravy identifikován. Z tohoto důvodu je údaj zkreslen vysokou hodnotou oproti jiným způsobům otrav, neboť sem spadají všechny neidentifikované látky.

Statistické údaje o příčinách sebevraždy jsou rovněž zkresleny posouzením příčiny smrti jedince (některé sebevraždy mohou být považovány za nešťastnou náhodou apod.).

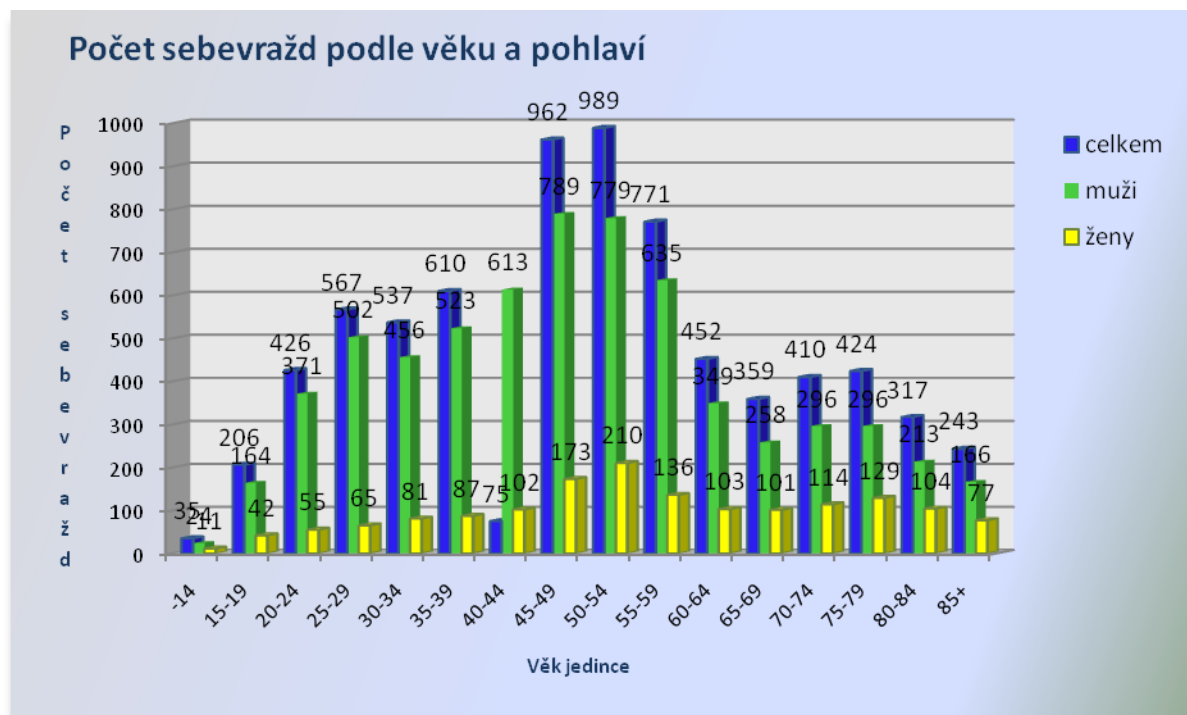
V grafu č. 2 vidíme nejvyšší počet spáchaných sebevražd kolem 45 – 55 roku (údaje pochází ze statistiky Českého statistického úřadu ze zkoumaného období let 2000 – 2005).

Graf č. 1



Zdroj: Český statistický úřad

Graf č. 2



Zdroj: Český statistický úřad

PŘÍLOHA Č. 1B – Statistické údaje na Lince bezpečí

Na lince bezpečí byl zaznamenán nárůst hovorů s problematikou sebevražedných tendencí (až čtyřnásobný nárůst) - viz Graf č. 3.

Velmi vysoký nárůst oproti minulým letům vykazuje počet intervencí u hovorů se závažnými osobními problémy, především hovory se suicidální tematikou (sebevražedné myšlenky nebo započatý sebevražedný pokus) – viz Graf č. 4.

Graf č. 3



Zdroj: Zpráva o činnosti SLB 2010

Graf č. 4



Zdroj: Zpráva o činnosti SLB 2010

PŘÍLOHA Č. 2 – Rizikové faktory sebevraždy

Přehled rizikových faktorů sebevraždy		
Demografické	běloch	
	pohlaví	žena (častější pokusy) muž (častěji dokonané suicidium)
	nevěřící	nepatřící k žádné církvi nevyznávající žádnou náboženskou víru
Rodinné vztahy	nezvládání nároků rodičů, neustálé konflikty	
	rozvod	vlastní, zvláště s pocity hněvu, viny v rodině
	v rodinné historii	násilí zneužívání látek psychiatrická hospitalizace suicidium nebo suicidální tendence
	CAN	ve vlastní historii
Sociální oblast	škola	školní neúspěch, strach ze zkoušek šikana problémy v kolektivu
	nezaměstnanost, finanční problémy	
Psychický stav	nízké sebehodnocení	
	nízká schopnost řešit problémy	
	bolestná ztráta	
	psychická bolest	
	poruchy spánku, noční můry	
	vlastní násilné chování	
	paranoia	
	úzkost, panika, agitace	

	izolace	
	anhedonie	
	rostoucí zneužívání látek vč. alkoholu	
	sebepoškozování	
	p. osobnosti/disharmonický vývoj osobnosti	
	psychotické poruchy	schizofrenie, aj. psychotické poruchy
	psychické poruchy	poruchy nálad
		úzkostná porucha
		poruchy příjmu potravy
		posttraumatická stresová porucha
		poruchy chování
	sebevražedné tendence	sebevražedné myšlenky pokus o suicidium v nedávné době
	aktuální pocity	stud, vina, zoufalost, beznaděj pocit osamocení, opuštění, odmítnutí ponížení pocity zmatení, dezorganizace
Somatický stav	poruchy zdraví	především chronické onemocnění
		změna tělesného schématu, hl. u dospělých jedinců
		strach z letálního onemocnění, suicidium jako únik před utrpením z pomalého umírání

Komentáře k RF sebevraždy

Demografické RF: koncept smrti je ovlivněn náboženským a etickým vzděláním. Smrt v dnešní době není již tolik součástí života, je odsouvána, tabuizována. Postoje dětí a adolescentů k ní ovlivňuje jejich kognitivní a emocionální vyspělost, vlastní zkušenost s úmrtím či nemocí, fantazijní zpracování smrti, zvládací (coping) mechanismy, vývojové a osobnostní poruchy, psychiatrické klinické syndromy, vliv rodiny a širšího okolí (Koutek, 2003). Mezi věřícími je obecně menší výskyt sebevražd.

RF v rodinných vztazích: důležitá je kvalita interpersonálních vztahů (tedy nejen v rodině, ale i mezi vrstevníky, partnerské, pracovní apod.) (Pfeffer, 1986).

RF v sociální oblasti: pro děti a dospívající má velký význam škola. Ohrožené jsou především děti, které jsou nějakým způsobem znevýhodněné (jsou hyperkinetické, s menším nadáním, s nespecifickými poruchami učení, apod.). Mohou se objevit pocity naprosté neúspěšnosti (Špatenková, 2004b). Význam školního neúspěchu záleží na postoji v rodině. K nárůstu suicidálního jednání dochází v době vysvědčení (Vodáčková, 2002).

Psychický stav: jsou popsány případy, kdy sebevražedné jednání mělo psychopatologický podklad, avšak u některých nikoliv. Nelze tak jednoznačně říct, že samo suicidium je projevem duševní poruchy (Koutek, 2003). Specifickým rysem duševních poruch v případě dětí a mladistvých je, že jsou působeny složitým komplexem vzájemně se prolínajících vlivů“ (Hort, 2000, str. 109).

Poruchy spánku (Psychické poruchy se somatickými projevy): u dětí a adolescentů se oproti dospělým v případě výskytu poruch spánku podílejí více vývojové vlivy.

Sebepoškozování (automutilace) je vědomé a cílené ubližování si, které nemá psychotický podtext. Nejčastější je pořezání v oblasti zápěstí, ruce a dolních končetinách. Spouštěčem je obvykle nějaký stresor z okolí (Hort, 2000). Takovéto chování je obzvláště nebezpečné, neboť je zde velké riziko sebevraždy (sebevražedné jednání obvykle v anamnéze nebo může dojít k „nešťastné náhodě“). Obvykle se setkáme se začátkem v období dospívání nebo mladé dospělosti.

„Disharmonický vývoj osobnosti“ - namísto označení „poruchy osobnosti“ u dětí a adolescentů hovoříme o disharmonickém vývoji osobnosti, protože celkově psychické poruchy probíhají odlišně než v dospělém věku (Rahn, 2000).

Afektivní poruchy: z psychických poruch jsou považovány za největší riziko jak u dětí a dospívajících, tak u dospělých. V souvislosti se sebevražedným jednáním se často mluví o depresi jako významném faktoru, avšak není znám rozdíl mezi depresivními sebevražednými lidmi a depresivními

nesebevražednými (Pfeffer, 1986). Riziko sebevraždy je však u depresivních nezletilých až dvacetkrát vyšší než v běžné populaci (Koutek, 2003). Rozeznat depresi je podstatné především z preventivního hlediska, aby bylo možné tyto stavy léčit. Deprese má mnoho projevů, objevují se i somatické potíže.

„**Posttraumatická stresová porucha** představuje závažný následek těžkého traumatu, jež vede k pocitům hrůzy, strachu o život (fyzické a psychické integrity) a pocitu bezmoci“ (Hort, 2000, str. 252). Zvláště ohrožující je, pokud se zážitek opakuje (např. CAN, šikana, domácí násilí). Její projevy lze sledovat bezprostředně po traumatickém zážitku, ale i s odstupem až několika měsíců.

PŘÍLOHA Č. 3 – Kompetence pracovníka linky důvěry

Kompetence pracovníka linky důvěry	
Odborné znalosti a profesní způsobilost	Vzdělání či ukončený akreditovaný vzdělávací kurz podle Z. č. 8/2006, o sociálních službách (§ 110).
	Ovládá techniky telefonické krizové intervence a efektivní komunikace a umí s nimi pracovat v rámci konkrétního hovoru ve prospěch klienta.
	Orientuje se v pomáhající síti (na linkách důvěry jsou často zpracovány databáze, jež umožňují rychle vyhledat odpovídající kontakt) a má schopnost spolupráce s ní. Samozřejmostí je znalost důležitých zákonů a jejich dodržování.
	V případě akutního ohrožení klienta na životě či zdraví je vhodné, aby znal základy první pomoci a uměl je klientovi vysvětlit.
	Předpokládá se technicko administrativní zdatnost.
Osobnostní dispozice a dovednosti	Pracovník je zralá osobnost disponující schopnostmi pracovat individuálně i týmově s ohledem na organizaci, v níž pracuje.
	Snaží se hledat individuální přístup a způsob, jak s klientem hovořit.
	Umí se naladit a přizpůsobit – tempo řeči, umí ovládat svůj hlas, přizpůsobit se jazykové vybavenosti klienta.
	Umí se vcítit do situace a potřeb klienta a umí pracovat s prožíváním klienta i svého vlastního (dokáže své emoce reflektovat a mít je pod kontrolou).
	Musí umět projevit svou účast a být schopný autentického projevu.
	*Musí být verbálně zdatný (správně se vyjadřovat, formulovat věty), schopný otevřeně se domlouvat a rychle reagovat v jakoukoliv denní dobu (většina linek důvěry funguje nonstop).
Schopnost etického jednání a uvažování, schopnost reflexe	Rozvíjí schopnost sebereflexe.
	Rovněž rozvíjí schopnost reflexe interakce mezi ním a klientem; schopnost mít nadhled, schopnost reflektovat svoji práci.
	Pracovník je zralá morální bytost, má dobrý charakter a ctnosti, je morálně citlivý ve zvláštních případech, musí mít kapacitu pečovat.
	Dodržuje etické principy linek důvěry.
	Umí se správně rozhodnout v eticky sporných situacích a toto rozhodnutí musí být konzistentní, tzn., že ho lze uplatnit u lidí v podobných podmínkách. Musí mít odvahu k jednání.
	Má schopnost každé své rozhodnutí v eticky sporných situacích kriticky hodnotit.
Schopnost pečovat sám o sebe	Konzultant zná své hranice a možnosti sil. Dbá na to, aby se v kontaktu s klientem cítil bezpečně nejen sám klient, ale i on.
	Zvládá vyšší hladinu stresu, umí se vypořádat se zátěží.
	Účastní se supervizí, dále se odborně rozvíjí (rovněž dáno i Z. č. 108/2006, o sociálních službách).
	Umí odpočívat, relaxovat, má své zájmy, navazuje a pěstuje dobré vztahy.

PŘÍLOHA Č. 4 – Souhlas vedoucího Linky bezpečí s výzkumem v organizaci

Souhlas s výzkumem na Lince bezpečí

Škola: UK – Husitská teologická fakulta

Obor: Psychosociální studia

Název diplomové práce: Přístup pracovníků telefonické krizové intervence k sebevražedným klientům

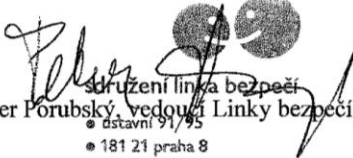
Vedoucí diplomové práce: Mgr. Sylvie Stretti

Souhlasím s tím, že **Irena Horáčková** osloví pracovníky Linky bezpečí, kteří budou vybráni podle předem stanovených kritérií, k účasti na kvalitativním výzkumu v rámci její diplomové práce. Tento výzkum bude probíhat formou rozhovoru. Účast bude ze strany pracovníků Linky bezpečí zcela dobrovolná a jejich anonymita a ochrana osobních údajů bude zaručena. S výzkumnými otázkami a metodami výzkumu jsem byl seznámen.

K uskutečnění rozhovorů je možné využít prostory na pracovišti Linky bezpečí po dohodě s vedoucím směny (tzv. intervizor) a účastníkem výzkumu. Rozhovory zde uskutečněné nebudou nijak narušovat běžný provoz.

Dále souhlasím s tím, že výše jmenovaná může zpracovat vybrané analýzy z hovorů (schválené vedoucím Linky bezpečí) z databáze Linky bezpečí a zaručuje se, že s údaji v nich obsažených bude nakládat dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a dle vnitřních pravidel Linky bezpečí. V případě zveřejnění kazuistiky bude diplomová práce Ireny Horáčkové doplněna o vysvětlující větu: „*Příběhy označené v této diplomové práci jako kazuistiky nejsou reálnými přepisy ani výpisy z hovorů vedených na Lince bezpečí. Tyto příběhy pouze odrážejí obecnou charakteristiku typických problémů klientů a klientek Linky bezpečí a zavedenou praxi při vedení hovorů dle zásad telefonické krizové intervence, ale s konkrétními příběhy nemají nic společného. Linka bezpečí zachovává naprostou anonymitu svých klientů.*“ Zpracování analýz bude provádět pouze za účelem uvedené diplomové práce a přístup k nim bude umožněn jen na pracovišti Linky bezpečí.

V Praze dne: 21. 3. 2011


sdružení linka bezpečí
Peter Pórubský, vedoucí Linky bezpečí
• ústavní 91/95
• 181 21 Praha 8
• IČ 61383198

Irena Horáčková

PŘÍLOHA Č. 5 – Polostrukturované interview

Během výzkumu bylo potřeba konečnou podobu interview změnit. Zde je upravená podoba rozhovoru i s úvodem, kdy změněné otázky jsou vyznačeny podtrženým písmem.

*Hlavním cílem rozhovoru je zmapování, zda pracovníci linek důvěry vnímají při své práci **rozdíl v přístupu k sebevražedným klientům – adolescentům a k sebevražedným klientům – dospělým**, případně v čem by takový rozdíl mohl spočívat. Vedle toho sleduji, jak pracovníci linek důvěry zacházejí s **eticky spornými situacemi** v hovorech se sebevražednými klienty – adolescenty nebo dospělými.*

Následující rozhovor je vypracován s ohledem na anonymitu pracovníků linky důvěry, a proto kromě věku a pohlaví nikde nebude uvádět další osobní údaje a audio záznam bude po přepsání smazán.

Souhlasím s těmito podmínkami:

ano

ne

1. Co se ti vybaví, když se obecně řekne slovo „sebevražda“?
2. A co se ti vybaví, když se řekne „hovor se sebevražedným klientem“?
3. Jak pro tebe bude důležitá informace o jeho věku (ať už ji sdělí nebo ji odhadneš)?
Kde je pro tebe ta hranice?
(V čem) vnímáš (nějaký) rozdíl v hovoru se sebevražedným dítětem/dospívajícím a se sebevražedným dospělým?
4. Zkus si nyní představit, že vedeš hovor s člověkem, který se k sebevraždě již rozhodl nebo dokonce sebevražedný pokus započal a odmítá si nechat přivolat pomoc.

Jak by byla v tomto případě pro tebe důležitá informace, zda se jedná o dítě/dospívajícího nebo dospělého?

Proč?

5. Vedl/a jsi takový hovor?
6. Pokud ano, vybavuješ si, jaké eticky sporné situace jsi musel/a řešit?
 - Jaká pro tebe byla tato situace?
 - Co ti pomohlo nebo co ti pomáhá se rozhodnout?
7. Pokud ne, napadá tě, jaké eticky sporné situace mohou v takových situacích vyvstat?
8. Jaký je tvůj názor na právo člověka rozhodovat o svém životě, tedy i o jeho ukončení?
9. Co si myslíš o rozhodnutí konzultanta přestoupit některá etická pravidla (například anonymitu, mlčenlivost) za účelem klienta zachránit?
10. Jak vnímáš v takových chvílích odpovědnost konzultanta za jeho rozhodnutí?

Může se pocit odpovědnosti měnit s informací, když půjde o hovor s dítětem/adolescentem?

Summary

Přístup pracovníků Linky bezpečí k sebevražedným klientům
The Approach of Children Helpline's Consultants toward the Clients

Irena Horáčková

The thesis discusses the theory of suicidal behavior, development of this behavior, characteristics, kinds, forms and motivation of the suicidal behavior with the focus on the specific symptoms in children and adolescents and further this thesis discusses a phone crisis intervention as a significant professional assistance. As well the attention is focused on the ethical issues – the ethical issues and dilemmas toward the clients of the safety line and also research ethics as its integral part.

The qualitative approach in the studies of the approach of consultants to the suicidal clients was applied considering its advantages as well as its disadvantages. The qualitative research was focused on the approach toward the suicidal clients – children, adolescents and young adults and on ethical dilemmas in the working with clients in the professional assistance. The research was conducted through interview in the particular organization Linka bezpečí. The theoretical parts of the thesis are primarily based on literature written by Czech as well as foreign authors.