

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Rigorózní práce

Mgr. Zuzana Malaniuková

Srovnání možností dospívajících sdílet sebevražedné myšlenky s pomáhajícím odborníkem v České republice a v USA

Comparison of opportunities for adolescents to share suicidal thoughts with helping worker in
the Czech Republic and the USA

Praha 2021

Vedoucí práce: PhDr. Olga Havránková, PhD.

Poděkování:

Ráda bych poděkovala vedoucí mé rigorózní práce paní PhDr. Olze Havránkové, PhD. za cenné rady, které mi poskytla při zpracovávání daného tématu, za pomoc při uchycení celého problému a za řádné vedení mé rigorózní práce. Také děkuji za pozitivní motivaci, kterou mi poskytovala, a i přes těžší podmínky se mnou vždy komunikovala, když bylo třeba. Dále bych ráda poděkovala mému muži za trpělivost, kterou se mnou v tyto dny měl a za jeho podporu.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Bogotě, dne 31. srpna 2021

Jméno a příjmení

Klíčová slova (česky):

Sebevražda, mladiství, dospívající, krizová intervence, krize, telefonická krizová intervence, chat, email, puberta, sebevražedné myšlenky

Klíčová slova (anglicky):

Suicide, juvenile, teen, crisis intervention, crisis, telephone crisis intervention, chat, e-mail, puberty, suicidal thoughts

Abstrakt (česky):

Rigorózní práce porovnává možnosti dospívajících, se sebevražednými myšlenkami, v USA a v České republice. Zabývá se jejich možnostmi vyhledání pomoci u pomáhajících pracovníků a služeb, které jsou jim nabízeny. Práce se opírá o poznatky z odborné literatury v teoretické části, v níž popisuje pojmy jako krize a krizová intervence. U níž dále popisuje její formy, metody a průběh. Jak v České republice, tak v USA. Také popisuje sebevražednost s důrazem na sebevražednost mladistvých a její příčiny. Zvláštní kapitolu věnuje prevenci v obou zkoumaných zemích. Praktická část na základě dvou fází výzkumu mapuje situaci nejprve v České republice v oblasti služeb pro mladistvé v krizové situaci, kteří mají sebevražedné myšlenky. A následně přináší poznatky z fáze druhé, která probíhala na východním pobřeží USA v oblasti DMV (Washington, D.C, Maryland, Virginia). Zjišťuje a porovnává dostupnost těchto služeb, informovanost mladistvých a specifika v práci s touto klientelou.

Abstract (in English):

Rigorous work compares the possibilities of adolescents, with suicidal thoughts, in the USA and the Czech Republic. It deals with their possibilities of seeking help from helping workers and the services that are offered to them. The work is based on knowledge from the literature in the theoretical part, in which it describes concepts such as crisis and crisis intervention. It further describes its forms, methods and course. Both in the Czech Republic and in the USA. It also describes suicide with an emphasis on juvenile suicide and its causes. A special chapter is devoted to prevention in both countries studied. The practical part, based on two phases of research, maps the situation first in the Czech Republic in the field of services for juveniles in crisis who have suicidal thoughts. And then brings the findings from the second phase, which took place on the east coast of the United States in the DMV area (Washington, D.C., Maryland, Virginia). It ascertains and compares the availability of these services, the information of adolescents and the specifics of working with this clientele.

Obsah

Úvod	8
1. Vymezení pojmu adolescence	10
2. Krize a krizová intervence	11
2.1. Krize	12
2.1.1. Příčiny krize	13
2.1.2. Typologie krizových situací	14
2.1.3. Krize u dospívajících	19
2.2. Krizová intervence	26
2.2.1. Historický vývoj krizové intervence v USA	30
2.2.2. Průběh krizové intervence	32
2.2.3. Metody a postupy v krizové intervenci	35
2.2.4. Telefonická krizová intervence	44
2.2.5. Krizová intervence tváří v tvář	47
2.2.6. Krizová intervence s využitím internetu	49
2.2.7. Komunitní program krizové intervence	52
3. Sebevražda	53
3.1. Formy sebevražedného jednání	55
3.2. Typy sebevražedného jednání	60
3.3. Příčiny sebevražedného jednání u mladistvých	64
3.4. Prevence	67
3.4.1. Prevence sebevražd v ČR	68
3.4.2. Prevence sebevražd v USA	70
3.4.3. Rizikové faktory a varovné signály	74

4. Praktická část	79
4.1. Výzkumný cíl	79
4.2. Metoda výzkumu	80
4.3. Výzkumný soubor	82
4.4. Etika výzkumu	85
4.5. Plán výzkumu	86
4.6. Analýza výzkumu	87
4.7. Výsledek výzkumu	101
Závěr	110
5. Literatura	113
6. Přílohy:	121
6.1. Příloha č. 1	121
6.2. Příloha č. 2	122
6.3. Příloha č. 3	124

Seznam zkratek

KI – Krizová intervence

TKI – Telefonická krizová intervence

ČAPLD – Česká asociace pracovníků linek důvěry

ZŠ – Základní škola

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

OSPOD – Orgán sociálně-právní ochrany dětí

USA – Spojené státy americké

NIDA – National Institute on Drug Abuse (Národní institut pro zneužívání drog)

CDC – Centers for Disease Control and Prevention.

NAPPS – Národní akční plán prevence sebevražd

Úvod

Rigorózní práce se zabývá problematikou sebevražednosti mladistvých v České republice a v USA. Toto téma je v obou zemích stále příliš tabuizované a neoblíbené. A domnívám se, že toto je také jedním z faktorů rostoucích tendence čísel tohoto fenoménu. Je smutným faktem, že sebevražda je v obou zemích na druhém místě v tabulce příčin úmrtí u adolescentů. V roce 2018 byla sebevražda v České republice příčinou úmrtí u věkové skupiny obyvatel 15-24 let u celkem 27 %. (MZCR, 2020 [online]) V USA Centrum pro kontrolu nemocí a prevenci představilo v roce 2020 statistický report, který říká, že míra sebevražd u osob ve věku 10–24 byla statisticky stabilní od roku 2000 do roku 2007 a poté vzrostla o 57,4 %, ze 6,8 na 100 000 v roce 2007 na 10,7 v roce 2018. (CDC, 2020 [online])

V teoretické části práce vysvětluji pojmy, které pomohou porozumět problematice a dokresluji výzkum. Zabývám se nejdříve krizí a krizovou intervencí jako základními pojmy. U krizové intervence popisují její příčiny, metody a průběh. Část práce se věnuje také její historii ve Spojených státech. A detailně popisuje její různé typy, které můžeme nalézt v České republice a Spojených státech amerických. Dále se zaměřuji na specifika krizí u mladistvých, jelikož toto období přináší jiné typy krizí nežli ty, které můžeme spatřovat u dospělých jedinců.

V další části se zaměřuji na teoretické pojednání problematiky sebevražednosti a popisují její formy a typy, které vycházejí z odborné literatury. S ohledem na téma rigorózní práce se hlouběji věnuji také tématu sebevražednosti u mladistvých a jejím specifickým.

Jelikož s tématem sebevražednosti úzce souvisí také její prevence, mapuji a popisují národní strategie pro prevenci sebevražd z obou zkoumaných zemích.

V praktické části mé práce shrnuji tříletý výzkum, který probíhal v první fázi na území České republiky od června 2017 do dubna 2018. Druhá fáze probíhala na území Spojených států amerických od prosince 2019 do dubna 2021. V obou fázích proběhl sběr dat a jejich následná analýza a komparace. Vytýčila jsem si čtyři strategické cíle, na které se zaměřuji v rozhovorech vedených s pomáhajícími pracovníky v obou zemích. Zaměřila jsem na mapování služeb, které mohou adolescenti využít v krizi a také na jejich dostupnost. Dále na

míru informovanosti mladistvých o těchto službách. Také jsem se hlouběji zajímala o specifika práce se sebevražedným klientem. A v poslední řadě jsem výzkum zaměřila na hledání nedostatků v této oblasti, prostor pro zlepšení, ale také i na pozitivní tendence v problematice.

1. Vymezení pojmu adolescence

Jandourek (2012) ve Velkém sociologickém slovníku definuje adolescenci jako období života navazující na pubescenci, které je obvykle vymežováno mezi 14. a 18. až 22. rokem věku. Ze sociologického hlediska jde o období, kdy se dospívající učí hrát roli dospělého člověka a zapojuje se do společenského života. Je to jakási vložka mezi dětstvím a dospělostí. Jde o to, aby byl schopen sám rozeznat svou sociální pozici a vědět, co po něm společnost chce a kam patří. Jde o období ambivalentní, protože mladý člověk se současně zaučuje do života ve společnosti a zároveň se vůči ní často kriticky vymezuje.

Také ve Spojených státech amerických (dále USA) se definice pojmu adolescence různí. Například MacKay (2007) ve své knize *Adolescent Health in the United States* popisuje dospívání jako období života od puberty do dospělosti. Puberta dle jejího názoru začíná dětem kolem desátého roku věku i když existují značné individuální rozdíly v tomto období zrání. Také se shoduje v popisu dospívání s českými autory a uvádí, že během dospívání se jedinec učí finanční, sociální a osobní nezávislosti a očekává se, že bude schopen chování a reakce dospělých. Ve věku 19 let většina mladých lidí končí střední školu, prožívá nové životní situace a vydává se na velmi rozdílné cesty – od vysoké školy přes vojenskou službu až po zaměstnání. WHO ve své publikaci (2006) doplňuje termín *adolescent* o pojem *mladistvý*, který uvádí v intervalu 15-24 let. A také pojem, který zahrnuje obě tyto skupiny, tedy 10-24, pojmenovává jako *mladí lidé*.

2. Krize a krizová intervence

Jelikož se tato práce zabývá myšlenkami na sebevraždu u mladistvých, je třeba na úvod vysvětlit několik relevantních pojmů. Nejdříve se zde zaměřím na vysvětlení pojmu krize a jejích forem. Zvláštní kapitolu také věnuji krize u mladistvých a zdůrazňuji její specifika v České republice a v USA. Také jsem cítila jako důležité popsat, co znamená v této tematice krizová intervence, jaké má formy a jak se v průběhu takové intervence pracuje s mladistvými.

2.1. Krize

Krize se objevuje jako pojem v mnoha oborech. Proto je nejprve potřeba vysvětlit obecně tento pojem. Slovo krize pochází z řeckého *krisis* a označovalo soudní proces, při kterém vrcholí spor a dochází k rozsudku, rozhodnutí, dochází k obratu – k lepšímu, či horšímu. V medicínském oboru můžeme vycházet z latinského *crisis*, které v tomto významu znamenalo složité období či kulminující stav průběhu onemocnění.

V psychologii i podobných oborech se pojmem krize zabývá mnoho odborníků. Marie Vágnerová (Vágnerová, 2012) definuje krizi jako: *„psychická krize se objevuje jako narušení psychické rovnováhy v důsledku náhlého vyhrocení situace, dlouhodobé kumulace či situačního nárůstu problémů. Jejím typickým znakem je selhání adaptačních mechanismů, dosud užívané způsoby přestaly být funkční, a člověk musí hledat jiné. Krize vyjadřuje existenci aktuálně nezvládnutelného problému. Lze ji chápat i jako podnět k nutné změně. Takový význam mají různé vývojové krize, které se objevují při přechodu z jedné vývojové fáze do další, zejména pokud dochází k zásadnější změně. „Dále v publikaci zmiňuje, že tato vývojová změna je patrná hlavně v období dospívání. Jako příklad uvádí útěk dítěte z domova při zkratkovité reakci na vyhrocený konflikt v jeho domově.*

Krizi nemůžeme chápat jen v negativním smyslu. Jde především o změnu. A právě tím, že obvykle vede ke změně regulačního vzorce či můžeme říci ke změně regulativních způsobů chování člověka, nese možnost zásadní změny. Někdy je tato změna pozitivní, jindy negativní. Proto, jak říká Daniela Vodáčková (2012), je krize zároveň nebezpečím i příležitostí. K pozitivnímu chápání krize dodává Kastová (2010), že její kladné chápání závisí hlavně na našem pohledu na krizi. Zda jsme v daném momentu schopni vidět krizi jako životní situaci, v níž se odehrává něco, co je pro náš život zásadní, či ji můžeme vidět jen jako obtížnou situaci života, na kterou chceme co nejrychleji zapomenout. Zde také připomíná, že nejdůležitější je vědět, že každá krize v sobě obsahuje možnost zásadní proměny.

2.1.1. Příčiny krize

- Vnější příčina

Thom (in Vodáčková, 2012) označuje jako vnější urychlovače krize tři aspekty – ztrátu objektu, změnu a volbu. Při ztrátě objektu hovoří hlavně o smrti, rozchodu, přerušení vazby na dřívější zdroj pomoci či zradu, zklamání a stud. Také může jít o ztrátu hybnosti, následkem vážného onemocnění, či o ztrátu nenarozeného dítěte. Příčina může být způsobena také změnou, a to například změnou ročního období, atmosférická změna, či nějaká změna v rodině.

„Jedná se o jakoukoli změnu vnějších podmínek, která může oslabit efektivitu regulativních mechanismů subjektu a v důsledku toho vést ke krizi. „(Thom in Špatenková, 2004, str. 19)

V případě volby se jedná o volbu mezi dvěma stejnými kvalitami, které uvádějí jedince do těžké situace. (Thom in Vodáčková, 2012)

- Vnitřní příčina

Krize způsobená vnitřní příčinou nastává ve chvíli, kdy se jedinec musí adaptovat na svůj vlastní vývoj, ale není schopen zvládnout jednotlivé vývojové úkoly. (Thom in Špatenková, 2004).

Další vnitřní příčinou může být jev označovaný řeckým pojmem *hybris* (Špatenková, 2004), nebo také *náhradní opatření*, kterým se označuje chvíle, v níž aplikujeme na situaci ne zcela vhodný regulační mechanismus. Toto opatření je tedy jen časově omezené a může v jednu chvíli či postupně přestat fungovat a nastává krize. (Vodáčková, 2012)

2.1.2. Typologie krizových situací

V oblasti krizové intervence je nejčastěji zmiňována typologie krizí, jak ji vymezuje A.B. Baldwin, který rozlišuje z hlediska prohlubující se závažnosti psychopatologie a příčin krize (od vnitřních k vnějším) celkem 6 typů krizí.

Dle této typologie jsou krize děleny na situační, krize tranzitorní, krize pramenící z náhlého neočekávaného traumatizujícího stresu, vývojové krize, krize v kontextu nemoci (duševní, tělesné nebo jiné specifické zranitelnosti) a neodkladné krizové stavy. (Brož, Vodáčková, 2015)

- Situační krize

Tyto krize se mohou objevovat v jakékoli situaci, v jakoukoli chvíli, nezávisle na vývojovém stádiu jedince nebo rodiny. Je velice obtížné je předvídat, avšak není to nemožné. Ale zpravidla tato krize jedince překvapí či šokuje. Významnou úlohu zde také hraje to, zda dané události jsou jedincem vnímány jako negativní. (Špatenková, 2004) Závažnost krize je tedy určena subjektivním náhledem jedince na událost a dostupnost vyvažujících faktorů. Převládají zde vnější spouštěče. Ty Vodáčková (2012) rozděluje do skupin ztráta a její hrozba, změna a její anticipace a volba. Do první skupiny řadí hlavně ztrátu zdraví, ztrátu blízkého člověka, obavu z neúspěchu při zkoušce, nemožnost pokračovat v nějaké činnosti apod. Do skupiny změna a její anticipace řadí rozvod, změnu postavení v zaměstnání, změnu klimatických podmínek, stěhování, změnu životního rytmu, změnu pracovního týdne ve víkend a naopak. U poslední skupiny uvádí příklady jako rozhodování mezi dvěma partnery či partnerkami, rozhodování o budoucím studiu.

- Krize tranzitorní

Krize tranzitorní neboli krize z očekávaných životních změn, pramení ze situací, které je možné anticipovat. Tyto situace se zpravidla váží k přechodu z jedné životní fáze do druhé. Jsou to situace, které jedinec může předpokládat. Tedy má možnost se na ně jistým způsobem připravit a mít nad nimi kontrolu. (Špatenková, 2004)

Jedinec, ačkoli krizi očekává, potřebuje čas, aby touto krizí správně prošel. Vodáčková ve své publikaci tuto krizi dělí na dvě skupiny. Na vývojovou fázi jedince a na jedincův rodinný životní cyklus. V části vývojové fáze jedince se zde odkazuje na E. H. Eriksona, který na základě psychoanalytické teorie vytvořil osm kategorií jednotlivých vývojových stádií jedince. Svou práci nazval *Osm věků člověka*. (Vodáčková, 2012) V této teorii Erikson (Psychoweb, 2008, [online]) uvádí, že každý jedinec v ten pravý čas prochází různými stádii psychosociální krize, která je možností růstu, ale také může vést k ohrožení. V kojeneckém věku dítě prochází stádiem „důvěra vs. nedůvěra“, kdy kojeneček potřebuje saturovat základní biologické potřeby a předvídatelné chování mateřské osoby, potřebuje pocit bezpečí, důvěry v ní a posléze i v sebe. Druhé stádium nazývá „autonomie vs. zahanbení a pochybnosti“, do kterého se dítě dostává mezi 1,5 – 3 roky. Dítě se učí mluvit, chodit a regulovat vyměšování. Je zde důležitá nutnost vyváženosti mezi zadržováním a pouštěním. V budoucnu toto může ovlivnit jedincovu mezilidskou interakci, kdy bude mít mnoho nebo málo zábran. Mezi třetím a šestým rokem se dítě dostává do stádia „iniciativa vs. vina“, kdy experimentuje s novými činnostmi, zkouší to, co nesmí. Ale tato nová činnost může vyvolat pocit viny. Stádium „snaživost vs. méněcennost“ se vyskytuje zpravidla mezi šestým a dvanáctým rokem vývoje. Je to období, kdy se poprvé začne ve škole poměřovat se svými spolužáky, je to klíčový moment, kdy je potřeba zajistit, aby jedinec neztrácel chuť učit se a nezažíval ve škole jen pocit méněcennosti. Období rané puberty přináší fázi, kterou Erikson (Psychoweb, 2008, [online]) nazývá „identita vs. nejistota“. V této době se sjednocují představy mladého člověka o sobě samém, vědomí identity ego dává pocit důvěry, že jeho sebepojetí odpovídá náhledu ostatních lidí na něho. V tomto stádiu může objevit sebe sama či se ztratit. Pokud jedinec najde svou identitu, dostává se do stádia „intimita vs. izolace“, kde intimita je zdravým spojením vlastní identity s identitou druhého bez hrozby ztráty sebe nebo rozpuštění své identity v něm, obsahuje závazek a může být vyjádřena i sexuálně. V předposledním stádiu, které dle období života řadíme mezi střední dospělost až stáří, přichází „reprodukce vs. stagnace“. Jedinec se zapojuje do společnosti, aby vytvořil něco hodnotného, co pro něho osobně dává smysl. Může to být potomstvo, umělecké dílo či majetek. Poslední stádium, tedy období pozdní dospělosti či stáří, označuje Erikson (Psychoweb, 2008, [online]) jako „integrita vs. zoufalství“. Zde je důležité dosažení plné

osobní integrity proti znechucení ze života. Pokud se člověk ve stáří nemůže ohlédnout za svým uplynulým životem s pocitem naplnění a dobře vykonané práce, nastává zoufalství.

Do skupiny, kterou Vodáčková (2012) nazývá *rodinný životní cyklus*, řadí takové cykly, kdy je rodina stále znovu nucena procházet změnami, či se přizpůsobovat změněným podmínkám. Při tom vždy vznikají v různé míře krize a přechodná období. Strategie krizové intervence mají klientovi a jeho rodině pomoci těmito krizemi projít, pomáhají jim je uchopit a porozumět, jaký mají pro ně význam. Špatenková (2004) k tomu dodává, že je důležité také objasnit a pochopit změnu sociálních rolí, kterou krize přináší. A také v rámci krizové intervence je třeba podporovat u jedince či jeho rodiny nové aktivity.

- Krize pramenící z náhlého neočekávaného traumatizujícího stresu

Špatenková (2004) tuto krizi označuje jako traumatickou a popisuje ji jako krizi, která je způsobena mocnými vnějšími stresory, které člověk neočekává a očekávat ani nemůže, tedy nad nimi nemá žádnou kontrolu. Jedinec se cítí událostí zdrcen a jeho vyrovnávací strategie jsou ochromeny. Do tohoto typu krize řadíme např. náhlou smrt partnera, znásilnění, autonehodu nebo přírodní katastrofu atd.

Při krizové intervenci se v tomto typu krize musíme zaměřit na poskytnutí a mobilizaci podpory. Důležité je, aby pro klienta bylo vytvořeno prostředí, kde bude v bezpečí schopen projít fází šoku přes další stádia, v nichž se může emoční prožívání vyvíjet a měnit. A zároveň, aby mohl své prožívání autenticky vyjádřit. Musíme vycházet z toho, že událost tohoto druhu je pro jedince zpravidla nová a neznámá a klient pro ni nemá dopředu vytvořený vzorec chování. (Vodáčková, 2012)

- Vývojové krize

Vývojové krize nebo také krize zrání, je popisována jako taková situace, v níž je člověk v kontextu mezilidských vztahů konfrontován s otázkami, které jsou pro jeho vlastní vývoj důležité. Jedinec v jejich řešení však selhává, což může mít vztah k některým nedořešeným a nedokončeným tématům z jeho předchozího vývoje. Může jít například o otázky bezpečí, jistoty, nasycení (tím je myšlen emoční či fyzický hlad), moci, bezmoci, partnerství, sexuality, vztahů, rodičovství atd. (Vodáčková, 2012)

Vodáčková (2012) dále vysvětluje, že tato krize přichází obvykle tam, kde nemohla zdárným způsobem proběhnout krize tranzitorní, jejíž podstatou je reakce jedince a jeho rodinného systému na přirozené změny či vývojové úkoly. Avšak tato krize přináší dle Vodáčkové (2012) také pozitivum, a to, že díky této krizi se jedinec „dorovnává“ do přirozeného toku života. Jedinec dodatečně řeší to, co ve svém životě přeskočil či vyřešil jen dočasně. Špatenková (2004) zmiňuje několik bodů, na které se pracovník musí zaměřit při krizové intervenci s klientem nacházejícím se v tomto typu krize. Důležitá je zde manifestace daného problému a podpora klienta v řešení stávajících vývojových úkolů. Také je třeba vytvořit bezpečné klima, které klientovi usnadní přijmout krizi jako vývojovou výzvu, a získat ke spolupráci na tomto úkolu jeho sociální okolí.

- Krize v kontextu nemoci (duševní, tělesné nebo jiné specifické zranitelnosti)

Dalším typem dle Baldwinovy typologie krizí je krize pramenící z psychopatologie či krize v kontextu psychopatologie. Vodáčková (2012) u tohoto typu zdůrazňuje, že lidé s dispozicí k duševnímu onemocnění jsou obecně více zranitelní než zbytek populace. Také se dá říci, že v jistém smyslu jsou hůře vybaveni zvládat zátěž a vývojové nároky. Je pravděpodobné, že kořeny problémů jedince budou směřovat více do jeho raného stádia vývoje. Často se zde jedná o klienty, kteří mají již zkušenosti s psychiatrickou léčbou. Dle diagnostiky by šlo pravděpodobně o klienty s poruchou osobnosti nebo se závažnými neurotickými problémy, jedince se závislostí na alkoholu či drogách, klienty s tzv. velkou depresí či psychózou. Špatenková (2004) tento výčet ještě doplňuje o klienty, kteří mají hraniční poruchu osobnosti či charakterovou poruchu a neorganickou psychózu.

Spouštěčem krize zde může být vše předchozí, co klienta potkalo, např. vývojové nároky, volba, ztráta či změna. A ačkoli by se v jisté míře tzv. normální populace dokázala s těmito překážkami vyrovnat, u tohoto jedince je problém umocněn jeho specifickou zranitelností či nerovnováhou rodinného systému. Smyslem krizové intervence je reagovat na aktuální problém. Více než diagnóza klienta by nás měla zajímat situace, kterou klient přináší, kvůli které se na nás obrátil. Na druhou stranu je potřeba zachytit signály, které by mohly nasvědčovat přítomnosti duševní poruchy klienta. (Vodáčková, 2012)

Pokud klientovi zpřehledníme jeho problém a zapojíme rodinný systém, přispějeme tím ke zvýšení kompetence klienta, k jeho stabilizaci na co nejvyšší úrovni fungování, takže v řadě případů lze předejít dlouhodobější hospitalizaci. Také je pravděpodobné, že klientovi bude po odeznění krize doporučena ambulantní psychiatrická péče či péče psychoterapeuta. (Vodáčková, 2012)

- Neodkladné krizové stavy

Poslední typ je dle škály typologie nejzávažnější. Burgess a Baldwin (Pasquali a kol. 1989, cit. podle Vodáčková, 2012), kteří tuto skupinu krizových stavů nazývají „psychiatrické neodkladnosti“, uvádějí, že sem patří akutní psychotické stavy, alkoholové či drogové intoxikace a problémy spojené s kontrolou impulzů, jako je sebevražedné nebo vražedné chování a nekontrolovatelná zlost a agrese. Vodáčková (2012) k tomuto výčtu ještě dodává klienty s panickou úzkostí, s některými druhy disociativních stavů, např. ztráta vědomí, klienty s různými typy automatického a někdy dezorganizovaného chování, které nepodléhá volní kontrole a klient si je později nepamatuje a klienty, kteří mají stavy spojené s extrémním psychickým vypětím.

Dále zde Vodáčková (2012, s. 38) uvádí tři základní kroky, jak postupovat, pokud budeme pracovat s klientem vykazujícím známky neodkladného krizového stavu:

- *„Navázat s klientem co nejlepší kontakt ve smyslu aktuální spolupráce.*
- *Hledat především takové body, které přinesou rychlou a účinnou stabilizaci klientova stavu a sníží bezprostřední ohrožení.*
- *Nabízet co nejvhodnější návaznou péči v kontextu klientova příběhu a ve vztahu ke stupni ohrožení, v němž se nachází.“*

2.1.3. Krize u dospívajících

Krize v dospívání je jev, který do jisté míry postihne každého jedince v tomto věku. Je to období velkých změn a jedinec se s nimi musí vyrovnávat. Jak zmiňuje Jedlička (2015), dospělým jedincům bývá zpravidla jasné, že krize může být ve svých počátcích velice těžká a bolestná, ale také ví, že to nemusí být konec světa, že tato krize je pouze přechodný stav a nemusí to jedince navždy zničit. Ale mladý člověk nemá takové zkušenosti, aby svou krizi mohl rychle překonat, a proto je pro něj toto období více nebezpečné. Svou úlohu zde hraje citová nestabilita, nezakotvenost a také prozatím ne úplně zvládnutá schopnost cílevědomé sebekontroly.

Špatenková (2004) popisuje krizi v dospívání jako období, které bývá označováno za kritické, jelikož v období se puberty se objevují situace pro jedince těžké a nové, jako je například odpoutání se od rodičů, hledání sebe sama a své vlastní identity. Také je toto krizové období prohlubováno či komplikováno situačními krizemi (viz výše). Na dospívajícího je vyvíjen větší tlak na výkon jak ze strany rodičů, tak ze strany školy. Často v tomto období negativně reaguje na jakékoli autority (především na ty formální) a sužuje sebe, a hlavně své okolí střídáním názorů.

Proto je pro dospívajícího důležitá emoční podpora ze strany jeho vrstevníků. Jedlička (2015) stejně jako jiní autoři dává těmto vztahům v období dospívání velkou váhu. Tato podpora sehrává velkou roli hlavně při potvrzování správnosti jednání ze strany vrstevníků. To souvisí s typickou vazbou dospívajících na názory a hodnotové soudy sdílené v okruhu jejich spolužáků, přátel a lásek. Vrstevnická skupina může působit jako pozitivní socializační faktor při vývojově nutné separaci z citových pout ukotvujících mladého jedince uvnitř rodiny, při jeho emancipaci a prvním nakročení do života dospělého jedince.

Naděžda Špatenková (2004) rozdělila různé typické krize v dospívání do šesti kategorií. Řadí sem: sexuální problémy, problémy s násilím, problémy s identitou, problémy s vlastním tělem, potíže v přizpůsobování se okolí a krize pramenící z psychopatologie.

- Sexuální problémy

Problémy se sexualitou jsou v tomto období běžné. Pro jedince je to věc nová, někteří zkouší experimentovat a hledat se v této oblasti, jiní se naopak drží zpátky.

Jedním z problémů, který může v této oblasti nastat, je obava z homosexuality. Ta se projeví často již právě v tomto zmateném období. Kulhánek (in Psychologie, 2016, [online]) k tomuto říká: *„V dospívání je sexualita v porovnání s dospělostí nezralá. Dočasně tak může nastat situace, kdy se potřeba velké blízkosti k osobě stejného pohlaví (spolužákovi, učiteli, trenérovi) mění v erotickou přitažlivost a zamilovanost. Většinou nejde o první projev homosexuální orientace, ale spíše o přechodný jev v rámci adolescentní krize.“*

„Tuto krizi podporuje málo citové prostředí v rodině, pocit osamělosti mezi vrstevníky, vzhlížení k autoritě mimo rodinu v kontrastu s konfliktními vztahy doma. Kontakt s opačným pohlavím je v této době ještě spojený se strachem. Nenaplněná potřeba citu, porozumění a blízkosti pak může najít svůj objekt zájmu u stejného pohlaví.“ (Kulhánek in Psychologie, 2016, [online])

Také, jak dodává Špatenková (2004), sexuální experimentování s opačným pohlavím může zbytečně vyvolávat velké obavy jak u rodičů, tak u vychovatelů a vést je k dalekosáhlým opatřením.

Dalším problémem spojeným se sexualitou může být onanie, která ačkoli je přirozenou součástí života, tak stále v některých dospívajících vyvolává pocit studu a viny. (Špatenková, 2004)

Mezi závažnější sexuální problémy můžeme řadit sexuální násilí, kdy se může jednat o sexuální obtěžování či sexuální zneužívání. A také předčasný sexuální styk. (Špatenková, 2004) Ten je v České republice povolen až od patnáctého roku věku jedince. (§ 187 trestního zákoníku, zák. č. 40/2009 Sb.) Je trestný i v případě, že aktivita bude dobrovolná a chtěná.

Dále zmiňuje problém s antikoncepcí a sexuální promiskuitou. (Špatenková, 2004)

- Problémy s násilím

V této problematice se dospívající může ocitnout na obou pólech násilí. Může vystupovat jako násilník, či se stát obětí. Dospívající se může stát obětí násilí ze strany svých vrstevníků, např. šikana ve škole, či rodičů nebo jiných dospělých, např. učitelů. (Špatenková, 2004)

Jedlička (2015) také popisuje problémy s násilím jako jistou formu rebelie. Pojmenovává ji jako „rebelie bez příčiny“, při níž jedinec ve střetech s oficiálními představiteli společnosti testují, zda jsou dané normy platné, kam až je možno beztrestně zajít a kde jsou konečné limity nově ochutnávané svobodné vůle. Někdy se pak setkávají s nepříjemným zjištěním, že cizí lidé nejsou tak benevolentní jako jejich blízká rodina. A zjišťují, že společenské zákony jsou nesmlouvavé. Jedlička říká, že: *„Mnozí adolescenti si ještě nedokážou plně uvědomit, co je vlastně paradoxem svobody. Její cena zpravidla netkví v tom, čeho nezávislý jedinec v životě dosáhl, ale co byl nucen za vlastní svobodu zaplatit a čeho se na svých cestách uprostřed životních křížovatek vědomě vzdal.“* (Jedlička, 2015, s. 181)

- Problémy s vlastní identitou

Jak již bylo naznačeno v popisu Eriksonových *Osmi věků člověka*, v dospívání se buduje základní struktura jedincovy identity. Špatenková (2004) v této kapitole zmiňuje důležitou otázku, kterou si dospívající v tomto období klade, a tedy „Kdo jsem?“. V tomto období je to jedna z největších životních neznámých. Odpověď na ni pak zákonitě evokuje související otázku „Jaký jsem?“.

Dospívající se snaží dojít k odpovědi přes jejich zjednodušeně vyhraněné vnímání reality. Jak k tomu dodává Jedlička (2015), tento náhled jim pomáhá zpřehlednit situaci, ale mnohdy k její škodě. Krize identity, kterou adolescenti procházejí, je vede též k tomu, že jsou jen málokdy ochotni přijímat přátelské rady od starších. Nechtějí být totiž malými poslušnými dětmi, a proto velmi často volají po osobní svobodě a zdůrazňují, že mají „svůj vlastní rozum“. Projevy vnějšího nesouhlasu s jejich chováním však dokážou mladé lidi velice zranit, protože mají také tendenci k paušalizaci. Tedy jednotlivé kritické kroky interpretují jako odsouzení a zavržení celé své osoby, se vším, co k ní patří. Sami totiž nejistě balancují mezi pocity narcistní sebeúcty a bolestnými zvraty k negativisticky méněcennému sebehodnocení.

- Problémy s vlastním tělem

V období dospívání dochází k velkým tělesným změnám, tyto změny jsou dospívajícími velmi citlivě vnímány (dochází k rozvoji sekundárních pohlavních znaků, více se mastí pleť, vzniká akné) a jsou velmi subjektivně interpretovány. (Špatenková, 2004)

Mezi poruchy související s vlastním tělem patří zejména anorexie a bulimie. Právě období dospívání je nejrizikovější pro jejich začátek, a to zejména u dívek. Ale tato problematika se týká i chlapců. Dospívající zvyšují zájem o vlastní vzhled a v souvislosti s tělesnými a hormonálními změnami je jasné, že mladý člověk má celkem velký a nelehký úkol, a to vyrovnat se sám se sebou, se svým tělem a také s tím, jak na něho druzí reagují. K tomu se připojuje fakt, že chlapci a dívky začínají objevovat svou sexualitu a zajímají se o opačné pohlaví. (Nováková in Šance dětem, 2016, [online])

Nováková také upozorňuje na to, že: *„Dospívající se často a dlouze zkoumá v zrcadle, porovnává se se svými vrstevníky i s mediálním obrazem krásy. Poruchy příjmu potravy ale nejsou jen o tom, že mladý člověk řeší svou postavu a chce zhubnout (někdy přibrat), a tak přehnaně cvičí či se nepřiměřeně zabývá jídlem, ale jsou především výrazem touhy po pozornosti, po tom, aby vám ukázal, že je tady a trpí.“* (Nováková in Šance dětem, 2016, [online])

- Potíže v přizpůsobování se požadavkům okolí

Mezi další problém, který může způsobovat krizi v dospívání, řadí Naděžda Špatenková (2004) takové potíže, kdy má dospívající problém se přizpůsobit svému okolí. Dospívající těžce snášejí zákazy, příkazy a podrobování se formálním autoritám. Z tohoto můžou plynout časté konflikty s rodiči nebo jinými vychovateli jedince, záškoláctví, útěky z domova atd. Ale také větší závažnější problémy jako rozmanité formy sociálně deviantního chování, např. páchaní trestných činů, jako krádeže, zhárství, ublížení na těle atd. V tomto období se objevují také prvotní problémy s drogami a alkoholem.

- Krize pramenící z psychopatologie

Zde se může jednat o propuknutí psychických problémů, např. juvenilní schizofrenie. V tomto typu krizí Špatenková (2004) zdůrazňuje problém sebepoškozování a také sebevražednosti dospívajících (té se věnuji níže).

Nováková (in Šance dětem, 2016, [online]) uvádí, že sebepoškozování provází i poruchy příjmu potravy, depresivní nálady, únik od reality nebo zneužívání návykových látek. Ale ne vždy to tak musí být. Někdy tato porucha může přijít nečekaně, bez dalších indikátorů. Takto může svůj problém řešit i dospívající, který působí dojemem, že má ten nejspokojenější život. Už z podstaty slova sebepoškozování vyplývá, že jde o chování, které směřuje k ublížení sobě, k sebestrukci. Samozřejmě, že příběhy dospívajících, kteří si ubližují (častěji jsou to dívky), jsou zcela různé, ale co je spojuje, je určité pocit, že jsou zvláštní, jiní, nechtění, nemilovaní, oškliví, zlí a podobně.

- Krize vznikající nadužíváním omamných látek

Jak již zmínila Naděžda Špatenková (2004) kvůli potížím s přizpůsobením se okolí mohou u mladistvých vznikat různé závislosti. V USA není aktuálně nejrychleji rostoucím problémem s drogami kokain, heroin nebo metamfetaminy. Ale jedná se o léky na předpis, které jsou v USA běžně předepisovány a zásadním způsobem ovlivňují životy teenagerů. Národní institut pro zneužívání drog (NIDA) popisuje špatné užívání (misuse) a zneužívání (abuse) látek jako situaci, kde jsou látky užívány bez řádného lékařského předpisu či nejsou dodržovány doporučené dávky. (in SAMHSA,2020 [online]) Je smutné, že špatné užívání a zneužívání drog na předpis mezi mladými lidmi není zanedbatelným problémem. Podle údajů Národního průzkumu o užívání drog a zdraví, který se v roce 2014 věnoval mládeži a mladým dospělým, více než 5700 mladých lidí uvedlo, že užívají léky proti bolesti na předpis bez lékařského předpisu. Běžná mylná představa je, že léky na předpis jsou pro tělo bezpečnější nebo méně škodlivé než jiné druhy drog. Bohužel existuje však řada krátkodobých a dlouhodobých zdravotních následků pro každý typ nevhodně užívaného léku na předpis. Například stimulanty mají stejné vedlejší účinky jako kokain. Mohou například způsobovat paranoi, nebezpečně vysoké tělesné teploty a nepravidelný srdeční rytmus. Zejména jsou-li stimulanty užívány ve velkých dávkách nebo jiným způsobem než polykáním pilulky. Dále to mohou být vedlejší účinky opioidů či depresantů. Tyto dopady mohou být zvláště škodlivé

pro dospívající mozek a tělo. Ty se nadále vyvíjí přibližně do 20 rok. Samozřejmě s individuálními nuancemi. (in SAMHSA,2020 [online]) Užívání drog má vliv na dovednost dospívajícího mozku se aktivně kultivovat a může také poškodit vývoj nervových drah. Užívání drog může být zakódováno do vyvíjejícího se mozku, a to může vést k celoživotním problémům se závislostmi. Stejně jako u jiných typů léků, které mění mysl, může špatné užívání a zneužívání léků na předpis ovlivnit úsudek a inhibici, což zvyšuje rizikové chování, a tedy i například zvyšuje pravděpodobnost nákazy HIV a dalších sexuálně přenosných nemocí. (in SAMHSA,2020 [online])

- Krize způsobena sociálními médii

Toto je nový problém, kterým se zabývali a zabývají různé americké výzkumy, hlavně zaměřené na mladistvé narozené po roce 1990, tzv. Mileniály.

Ačkoli sociální média umožňují lidem snadnou komunikaci a navazování nových kontaktů s ostatními, mohou mít pro některé jedince také efekt opačný. Jak Anderson (Anderson, 2018) uvádí ve svém výzkumu „*Teens, social media & technology*“, 25 % dospívajících věří, že sociální média mají převážně negativní účinek.

Mnoho studií zjistilo souvislost mezi časem stráveným na sociálních médiích a také počtem použitých platforem sociálních médií a příznaky deprese a úzkosti. (Keles, 2020) Většina z těchto studií naznačuje, že čas strávený na sociálních médiích souvisí s depresí a úzkostí, ale to nutně neznamená, že sociální média tyto problémy způsobují. Není jasné, zda používání sociálních médií vede k příznakům deprese a úzkosti, nebo zda lidé, kteří jsou již více depresivní nebo úzkostlivější, používají sociální média více než jejich vrstevníci. Existuje však výzkum, který naznačuje, že používání sociálních médií by mohlo alespoň do určité míry vést k těmto příznakům. Například v jedné studii z roku 2020 hlásili lidé, kteří si na měsíc deaktivovali svůj účet na Facebooku, menší depresi a úzkost, stejně jako větší pocit štěstí a spokojenosti se životem. (Allcot, 2020)

Užívání sociálních medií také souvisí se zhoršeným spánkem. To má více důvodů. Zaprvé mladí spí méně, jelikož sociální media nadužívají. To hlavně ze strachu, aby „o něco nepřišly“ a necítili se tím vyloučení ze své vrstevnické skupiny. Dále mají často narušený

rytmus spánku, kvůli vyřizování zpráv a čtení novinek i během noci. Toto vede ke zvýšené náchylnosti k depresím a úzkostem. (Barry, 2017)

2.2. Krizová intervence

V kapitole výše bylo vysvětleno, co si představit pod pojmem krize. V této kapitole nejdříve vysvětlím, co si představit pod klíčovým slovem intervence. Hartl (2000) tento pojem vysvětluje jako cílený zásah, který je pracovníkem předem promyšlený a zpravidla zaměřený na zmírnění tíživé osobní situace jedince. Je to kontakt s klientem či technika, kterou pracovník směřuje k přerušení, zamezení nebo úpravě právě probíhajícího procesu.

Vodáčková (2012, s. 60) definuje krizovou intervenci jako *„odbornou metodu práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací. Krizový pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potenciálu přirozených vztahů. Krizová intervence se odehrává v rovině řešení klientova problému a překonávání konkrétních překážek.“*

Roberts (2005) říká, že účinnost krizové intervence jako životaschopné alternativy k tradičnějším dlouhodobým modelům terapie byla již velice dobře zdokumentována. Otázkou již není, zda krizová intervence nebo krátkodobá terapeutická opatření fungují, ale spíše to, jaké techniky nejlépe fungují, u jakých typů klientů a jaké metody používat na různé druhy problémů a za jakých okolností.

Špatenková (2011) upřesňuje, že KI, komplexněji krizová pomoc, je metoda, která zahrnuje různé druhy pomoci, které mají za úkol vrátit jedinci jeho stabilitu, jež byla narušena krizovou životní událostí. Popisuje zde pomoc psychologickou, lékařskou, sociální a právní.

- Psychologická pomoc

KI je v této formě pomoc, při níž je terapeutický kontakt časově omezen a přímo zaměřen na problém, který krizi vyvolal. Jedinec je s krizí konfrontován a postupně dochází k jejímu řešení. Po odstranění příznaků akutní krize se jedinec pomalu vrací do své ztracené

rovnováhy, a tím je zabráněno dalšímu rozvoji dezorganizace. (Špatenková, 2011)

- Lékařská pomoc

Tato forma pomoci zahrnuje hlavně psychiatrickou intervenci a v případě potřeby také medikaci, či krátkodobou hospitalizaci. (Špatenková, 2011)

- Sociální pomoc

V této kapitole odkazuje Naděžda Špatenková (2011) na zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, který nabyl účinnosti k 1. 1. 2007. *Krizovou pomocí tento zákon rozumí terénní, ambulantní či pobytovou službu na přechodnou dobu, která je poskytována osobám nacházejícím se v situaci ohrožující zdraví či život. Tito jedinci nemohou přechodně řešit svou nepříznivou sociální situaci vlastními silami.* (Špatenková, 2011, s. 13-14)

- Právní pomoc

Tato pomoc spadá do kompetencí právníků, proto ji zde nebudu rozepisovat.

Metodu krizové intervence vymezuje Baštecká (2005) jako způsob chování a jednání pracovníka, který v klientovi navozuje pocit úlevy a zvládnání situace. Pomáhá klientovi vše uspořádat a vytvořit postupy, které klienta vedou k vyřešení současné situace a k obnově jeho sil. Důležité je, aby se klient v době krize zaměřil na podnět, který krizovou reakci vyvolal a na pocity, které jsou s ním spojené. Také by měl pracovník vyzdvihnout a ukázat klientovi možné zdroje pomoci v jeho okolí.

V publikaci „Krizová intervence“ Daniela Vodáčková (2012, s. 60) také vypisuje konkrétní body a principy, které specifikují charakteristiku KI:

- *„Krise má individuální charakter*
- *Krizový stav je časově omezený (poskytnutí pomoci by mělo být tak rychlé, jak jen je to možné)*
- *Těžiště práce s klientem tvoří řešení problému*
- *Posílit klientovu kompetenci (aby byl schopen co nejvíce řešit svým přičiněním)*
- *KI je eklektická (šitá na míru člověku a jeho situaci)*

- *Zaměřit se na to, kdy krizová situace vznikla*
- *Dosahovat jen do blízké budoucnosti*
- *Zaměřit se na celý systém, který klienta obklopuje*
- *Zaujímat celý bio-psycho-sociálně-duchovní prostor klienta*
- *Pracovník musí mít za sebou zázemí svého týmu“*

O KI panují také různé mýty, které mohou někdy klienta odradit v jejím vyhledání. Níže je vypsán souhrn těch nejčastějších mýtů.

<i>MÝTUS</i>	<i>FAKT</i>
<i>Krizová intervence je vhodná jen pro psychiatrické případy.</i>	<i>Krizová intervence je pomoc lidem, kteří se ocitli v krizi. Podle Browna, Pullena a Scotta (1992, s. 121) jde o tahy selektivně užívané při práci s lidmi, kteří nejsou nemocní, nýbrž se ocitnou v krizi. Krize není ani nemoc, ani patologický stav. Je to normální reakce na nenormální situaci.</i>
<i>Krizová intervence se omezuje jen na jedno terapeutické setkání.</i>	<i>Za určitých okolností je jediné setkání klienta s krizovým interventem plně postačující, ale v případě potřeby se frekvence setkání zvyšuje. Nemusí se také jednat pouze o setkání tváří v tvář, ale může to být telefonický, případně internetový kontakt, nebo krátkodobý pobyt na lůžku.</i>
<i>Krizovou intervenci poskytují jen</i>	<i>Krizovou intervenci mohou poskytovat profesionálové v pomáhajících profesích,</i>

<i>profesionálové.</i>	<i>školení dobrovolníci, ale také laici (příbuzní, přátelé, známí, sousedé, náhodní kolemjdoucí).</i>
<i>Krizová intervence nabízí jen dočasnou stabilizaci do doby, kdy lze poskytnout dlouhodobější pomoc.</i>	<i>Ano, krizovou intervenci můžeme chápat jako takovýto stabilizační zásah, který může být v řadě případů ale plně dostačující a není nezbytné, aby navazovala dlouhodobější např. psychoterapeutická pomoc.</i>
<i>Krizovou intervenci lze považovat jen za metodu primární prevence.</i>	<i>Krizová intervence je činnost preventivního charakteru (prevence je zaměřena na riziko prohlubování a na chronifikaci problému), dále činnost poskytující okamžitou a nezbytnou pomoc. Krizová intervence je vyšetřením a terapií zároveň.</i>
<i>Krizová intervence nevyžaduje speciální znalosti nebo odbornost, pokud má pracovník v pomáhající profesi zkušenosti s tradičními terapeutickými přístupy.</i>	<i>Nejen dobrovolníci, ale také profesionálové působící v oblasti krizové intervence by si měli osvojit techniky krizové intervence. K tomu jsou určeny specializované výcviky krizové intervence a telefonické krizové intervence.</i>

(in Burges, Baldwin, 1981, cit. podle Špatenková, 2011)

2.2.1. Historický vývoj krizové intervence v USA

V roce 1940 provedl, tehdejší krizový teoretik, Erich Lindemann studii zármutku blízkých příbuzných obětí, které zahynuly při požáru nočního klubu v Bostonu (USA). Tato studie byla základem krizové teorie a klinické intervence. Lindemann byl přesvědčen, že i když je akutní zármutek běžnou reakcí na krizovou situaci, preventivní zásahy mohou eliminovat nebo snížit závažné psychologické následky trvalého účinku silné úzkosti. Věřil, že stejné techniky pomoci, které se využívaly při intervenci s pozůstalým truchlivým jedincem, by mohly být stejně užitečné při řešení jiných typů stresových událostí. A navrhl model krizové intervence jako hlavní prvek preventivní komunitní psychiatrie. (Varcarolis, 2002)

Na začátku 60. let Gerald Caplan (1964) dále rozpracoval krizovou teorii a nastínil strategie krizové intervence. Gerald Caplan je považován za „otce krizové intervence“ a spolu s Lindemannem byl spoluzakladatelem Wellesleyského projektu (první známá komunitní krizová intervenční klinika). Caplan vytvořil termín „preventivní psychiatrie“, který zdůrazňoval včasnou intervenci na podporu pozitivního růstu a minimalizaci narušení zvládnání situace svépomocí.

Caplan také popsal čtyři fáze krizové reakce. První fáze je tenze, kdy obranné mechanismy neposkytují řešení, může trvat minuty až týdny. Druhá fáze je charakterizována zvýšenou úrovní napětí a narušení každodenního života, protože jedinec není schopen svou krizi rychle vyřešit. Když se člověk stále pokouší, ale nedokáže krizovou situaci vyřešit pomocí mechanismů nouzového řešení problémů, napětí se zvyšuje na tak intenzivní úroveň, že může upadnout do deprese. Osoba, která prochází závěrečnou fází Caplanova modelu, může zaznamenat buď mentální kolaps nebo zhroucení, či může krizi částečně vyřešit pomocí nových copingových metod. (Roberts, 2005)

Další osobou významnou v americké historii krizové intervence je Albert Roberts (*viz kapitola Průběh krizové intervence*). Robertsův (2005) sedmistupňový model krizové intervence je již modernějším modelem, který je užitečný při pomoci jednotlivcům, kteří trpěli akutní situační krizí. Ale i lidem, u nichž je diagnostikována akutní stresová porucha.

Dále je v historii USA a krizové intervence je důležité zmínit účinek teroristického útoku na světové obchodní centrum z 11. září. Tento útok zviditelnil potřebu krizové pomoci a komunitních poskytovatelů krizové intervence po celé zemi. Jelikož byl obrovských nárůst osob, které se nedokázaly vypořádat se všemi typy krizí, které zažívají traumatizovaní lidé: oběti, rodiny, záchranáři a pozorovatelé. (Boscarino, 2011)

2.2.2. Průběh krizové intervence

Krizová intervence nepředstavuje stav, nýbrž proces interakce pracovníka v krizové intervenci s klientem. Tento proces směřuje od navázání kontaktu s klientem do ukončení a zhodnocení intervence. Např. Naděžda Špatenková (2011) popisuje základní třístupňový proces krizové intervence.

- Zahájení KI

Základním prvkem je zde rychlé navázání kontaktu s klientem a vytvoření dobrého vztahu. Klient v krizi často zažívá strach, nejistotu, úzkost či beznaděj, proto je dobrý vztah s krizovým interventem podstatný pro další spolupráci. Klient se může, kvůli situaci, v níž se nachází, projevat neadekvátně, popudlivě, ale i agresivně, proto je pro pracovníka v tuto chvíli nejvhodnější technika „akceptace klienta“. Zajištění bezpečí je nedílnou součástí intervence, jelikož klient se cítí ve své situaci ohrožen a díky nabytému pocitu bezpečí bude schopen v intervenci pokračovat. (Špatenková, 2011) Ze strany pracovníka vyžaduje vytvoření bezpečného prostředí dodržování formálního rámce intervence, důležitá je konzistentnost jeho chování, zájem o pacienta a také jeho přijetí. (Vymětal, 2004) Pocit bezpečí je důležitý také pro krizového intervenanta. Aby svou práci mohl odvádět beze strachu z napadení, či z nezvládnutí klientova problému. (Špatenková, 2011)

- Realizace KI

Pro správné zajištění klienta je potřeba v této fázi intervence získat nezbytné relevantní informace. Krizový intervenant by se měl pokusit zjistit, co, kdy, kde a jak krizi vyvolalo. A měl by se pokusit identifikovat všechny složky krize, tedy:

- Co byl spouštěč události
- Zda vnímá danou situaci jako ohrožující
- Zda selhaly obvyklé copingové strategie (Příloha č. 1) (Špatenková, 2011)

V rámci KI je poměrně snadné změnit hodnocení situace z neohrožující na ohrožující, avšak změnit situaci samotného klienta je v některých případech prakticky nemožné (Nedá se vrátit

to, co se stalo, či oživit mrtvého, ale může se pracovat na situaci, která je teď) (Špatenková, 2011)

Proto se pracovník v krizové intervenci zaměřuje hlavně na tyto body:

- *„Aktuální psychický stav klienta*
- *Podobnost současné krize s minulými zážitky*
- *Úroveň klientovy adaptace před vznikem krize*
- *Klientovo aktuální fungování*
- *Jeho vztah k lidem*
- *Jeho ochotu k přijetí pomoci*
- *Současnou adaptaci na krizi“* (Špatenková, 2011, s. 18)

Kromě získaných informací (co, kdy, kde jak), je také důležité zjistit dobu trvání příznaků krize. Také jak tento stav sám klient subjektivně chápe a jak ovlivňuje jeho okolí.

Po získání všech potřebných informací je třeba vytvořit s klientem plán, jak krizi řešit. Při plánování je důležité zmapovat sociální síť klienta. Tato síť je důležitým aspektem při řešení. Jedná se zpravidla o blízké osoby jedince, které mu v těžkých situacích obvykle pomáhají, a také instituce, na které může pracovník klienta navázat. Systém sociální opory má rozhodující vliv na hloubku a trvání krizového stavu. (Špatenková, 2011) Někdy je v průběhu intervence klientova síla natolik zmobilizována, že mu stačí připravit plán a již dokáže řešit svou krizi sám, jindy je třeba klientovi pomoci i s realizací plánu a nadále ho podporovat. (Špatenková, 2011)

- Ukončení KI

Ve chvíli, kdy se ukáže, že klientův stav je stabilizován a klient je srozuměn s tím, co ke krizi vedlo a již zná cestu k řešení, může být KI ukončena. Pro případ, že se klient dostane do krize znovu, ať ze stejné či jiné příčiny, je vedena srozumitelná dokumentace. (Špatenková, 2011)

V dokumentaci by měly být reflektovány především tyto okolnosti:

- *„V jakém psychickém stavu byl klient na počátku procesu intervence*
- *Jak dlouho trval krizový stav a jaké jsou jeho příčiny*

- *Jaká intervence proběhla*
- *Se kterými institucemi se spolupracovalo a jakých výsledků bylo dosaženo*
- *Jaká společná rozhodnutí byla přijata v konečné fázi setkání*
- *V jakém psychickém stavu byl klient při ukončení intervence*
- *Jaké byly další plány spolupráce s klientem a institucemi poskytujícími pomoc“*
(Špatenková, 2011, s. 19)

2.2.3. Metody a postupy v krizové intervenci

Ve spojených státech se nejčastěji v odborné literatuře uvádí Robertsův (2005) sedmifázový model KI. V něm při koncepci procesu krizové intervence identifikoval fáze, kterými klient obvykle prochází cestou ke stabilizaci, řešení a zvládnání krize. Níže uvedené etapy jsou zásadní a překrývají se v procesu krizové intervence.

Kazuistika k popisu fází:

Non stop krizová intervence v centru pro duševní zdraví v New Jersey přijala hovor od matky 22letého muže na vysoké škole, jehož otec (který pracoval v 95. patře Světového obchodního centra) byl zabit 11. září. Vysokoškolák se zabarikádoval ve své ložnici. Jeho matka naznačila, že zaslechla telefonní rozhovor mezi svým depresivním synem a jeho bratrancem. Syn řekl své 19leté sestřenci, že potřebuje, aby okamžitě přišla, protože jí dal svůj set Super Nintendo a všechny své hry. Matka byla znepokojena možným sebevražedným chováním, protože její syn nikdy předtím nepůjčil nikomu své cennosti. Kromě toho během posledních dvou týdnů velmi málo jedl, spal každý den 12 až 15 hodin, odmítal se vrátit na vysokou školu a zmínil, že nebe bude příjemným místem k životu. Jeho matka také zaslechla v dalším rozhovoru se sestřenicí, jestli si myslí, že v nebi jsou basketbalové koše, aby on a jeho otec mohli znovu hrát basketbal. (Roberts, 2002)

- Fáze I: Posouzení psychosociální a bezprostředního nebezpečí

Krizový pracovník musí provést rychlé, ale důkladné biopsychosociální hodnocení. Toto hodnocení by mělo přinejmenším zahrnovat zmapování podpůrné sítě klienta, také jeho stresory, zdravotní stav, případnou medikaci a zjištění, zda užívá nějaké drogy a alkohol. Jednou z užitečných a také rychlých metod pro hodnocení emocionálních, kognitivních a behaviorálních aspektů krizové reakce je „Triage Assessment Model“ (Myer, 2001 in Roberts, 2005).

Posouzení letality v první řadě zahrnuje zjištění, zda klient skutečně zahájil pokus o sebevraždu, například již požil jed nebo se předávkoval léky. Pokud pokus o sebevraždu nebyl započat, měl by krizový pracovník začít opatrně zjišťovat potencionální riziko ublížení si v budoucnu. Toto posouzení vyžaduje:

- ptát se na sebevražedné myšlenky a pocity (např. „Když řeknete, že to už nevydržíte, znamená to, že si myslíte, že si ublížíte?“)
- odhadnout intenzitu záměru klienta si ublížit (silný úmysl může mít například volající na krizové lince, který trpí smrtelnou nemocí nebo bolestivým stavem)
- měřit nebezpečnost sebevražedného plánu (např. Má klient plán? Jak proveditelný je tento plán? Má klient již na mysli metodu sebevraždy? Jak nebezpečná je tato metoda?)
- dotazovat se na suicidální minulost klienta
- zohlednit rizikové faktory (např. Je klient sociálně izolovaný nebo depresivní, prožívá významnou ztrátu, jako je rozvod nebo ztrátu zaměstnání?)

Kazuistika: Matka volající na krizové služby měla nějaké informace o současném duševním stavu klienta. Naznačila, že přes zamčené a zabarikádované dveře ložnice slyšela svého syna tlumeně mluvit tlumeným hlasem. Matka dále naznačila, že její syn zůstal ve své ložnici asi 12 hodin, protože telefonoval svému bratranci a na přední verandu dal CD a hru Super Nintendo. Krizové služby okamžitě vyslaly pracovníka do rezidence. (Roberts, 2002)

- Fáze II: Navázání psychologického kontaktu a rychlé vytvoření vztahu

Vztah je velice důležitá část celého procesu. Pracovník se jej snaží co nejvíce usnadnit vytvořením příjemných podmínek pro klienta. Například svým respektem, nehodnotícím postojem a otevřeností. (Roberts, 2005). Toto je také fáze, ve které jsou důležité silné stránky krizového pracovníka, aby v klientovi vzbudil důvěru. Ačkoli byla identifikována řada takových silných stránek, mezi nejvýznamnější patří vyrovnanost, kreativita, flexibilita, odolnost a optimismus.

Kazuistika: Porozumění a podpora byly dvě základní dovednosti, které krizový pracovník využil k navázání pracovního vztahu s klientem. Okamžitá žádost o otevření dveří jeho ložnice by nebyla užitečným zásahem. Pracovníci musí začít tam, kde je klient. Pracovník aktivním nasloucháním, parafrázováním a používáním otevřených otázek nakonec přiměl syna, aby souhlasil s tím, že ho pustí do svého pokoje, aby se navzájem lépe slyšeli. (Roberts, 2002)

- Fáze III: Identifikace hlavních problémů / krizových faktorů

Krizová intervence se zde zaměřuje na aktuální problémy klienta, které vyvolaly krizi nebo vyvolávají u klienta krizi dlouhodobě. Jak zdůraznil Ewing (Ewing 1978 in Roberts 2005), krizový pracovník má zájem na objasnění toho, co v životě klienta vedlo k tomu, že v současné době vyžaduje pomoc. Otázka tedy zní: „Proč teď?“

Roberts (2005) navrhl nejen tázat se klienta na událost, která ho přesvědčila o vyhledání pomoci (tzv. „poslední kapku“), ale také vyjasnit si problémy, na nichž je třeba pracovat přednostně, koncept označovaný jako „hledat páku“. V průběhu pochopení toho, jak událost přerostla v krizi, získá krizový pracovník rozvíjející se představu klientova běžného způsobu zvládnání krizových situací – takový, který bude pravděpodobně vyžadovat modifikaci, pokud má být vyřešena současná krize a má být zabráněno budoucím krizím.

Kazuistika: Naštěstí muž ještě neudělal nic, čím by si ublížil, ale uvažoval o sebevraždě. Měl nejasný plán předávkování, ale neměl k dispozici žádné prostředky. Svůj hlavní problém vyjádřil jako náhlá smrt vlastního otce. (Roberts, 2002)

- Fáze IV: Vypořádání se s pocity a emocemi

Fáze IV má dva aspekty. Krizový pracovník se jednak snaží umožnit klientovi vyjádřit pocity, aby si ulehčil a řekl svůj příběh o současné krizové situaci. Zároveň se při tom spoléhá na své dovednosti aktivního naslouchání, jako jsou parafrázování, zrcadlení a reflexe pocitů (Egan, 2002). Krizový pracovník musí, ale také velmi opatrně do intervence zapracovat tzv. „náročné reakce“. Mezi náročné odpovědi řadí Roberts například poskytování informací pro klienta náročných, interpretace pracovníkem a hraní „d'áblova obhájce“. Náročné odpovědi, jsou-li vhodně použity, pomáhají uvolnit maladaptivní přesvědčení klientů a zvážit další možnosti chování. (Roberts, 2005)

Kazuistika: Krizový pracovník umožnil muži vyprávět jeho příběh o tom, proč se cítí tak špatně. A pomohl mu s identifikací a popsáním jeho emocí. Poté společně začali zkoumat účinnější způsoby, jak se vypořádat s jeho rozrušujícími pocity. (Roberts, 2002)

- Fáze V: Vytváření a zkoumání alternativ

Tato fáze může být při krizové intervenci nejobtížnější. Klient v krizi postrádá vyrovnanost, která mu pomáhá vnímat celý obraz situace a má občasnou tendenci tvrdohlavě lpět na jemu

známých copingových mechanismech, i když selhávají. Pokud však bylo dosaženo fáze IV, klient již pracoval se svými pocity a emocemi, aby obnovil určitou emocionální rovnováhu, můžou oba účastníci intervence přicházet s různými alternativami řešení, které mohou pomoci zajistit bezpečnost klienta. K tomu patří například smlouva o sebevraždě nebo hospitalizace; nebo mohou diskutovat o alternativách hledání dočasného bydlení; či výhody a nevýhody různých programů pro léčbu drogové závislosti. Je důležité mít na paměti, že tyto alternativy jsou účinnější, pokud s nimi přijde sám klient. Krizový intervent by měl klienta spíše doprovázet, či mu pomoci, pokud se klient dostane do slepé uličky a nic ho nenapadá. Roberts (2005) říká, že je také dobré se klienta v této fázi ptát, které metody a mechanismy mu pomohly ve zvládnání krize v minulosti. Například se často stává, že nově příchozí přistěhovalci do USA se setkají s krizí způsobenou kulturním střetem nebo nesouladem, jako když jsou ve Spojených státech ignorovány nebo porušovány hodnoty nebo zvyky jejich tradiční kultury. V tu chvíli může pracovník navrhnout, aby se klient zamyslel nad tím, jak se vyrovnával s jinými kulturními neshodami dříve.

Kazuistika: Diskutovány byly různé možnosti, včetně ústavních a ambulantních služeb duševního zdraví. Během této fáze klient povolil své matce, aby se k nim připojila. Matka poskytla klientovi velkou podporu a povzbuzení. V této fázi klient naznačil, že se cítí lépe a „neudělá nic hloupého“. (Roberts, 2002)

- Fáze VI: Realizace akčního plánu

V tomto kroku se již zvolené strategie implementují do léčebného plánu. Jobes a Berman (1996 in Roberts, 2005), kteří popsali krizovou intervenci u vysoce rizikové sebevražedné mládeže, zaznamenali posun, který nastává v VI. fázi „od krize k řešení“. U těchto sebevražedných mladých lidí může akční plán zahrnovat několik prvků:

- odstranění prostředků – zapojení rodičů nebo blízkých osob do odstranění všech nebezpečných prostředků (střelné zbraně, léky, ostré předměty) a připravit pro klienta bezpečné prostředí
- vyjednávání o bezpečnosti – časově omezené dohody, v nichž bude klient souhlasit s udržováním své bezpečnosti

- budoucí propojení – plánování telefonních hovorů, příštích klinických sezení, či událostí, na které se může klient těšit
- snížení úzkosti a spánkové deprivace – pokud jsou u klienta známky úzkosti, mohou být předepsány léky (následně je třeba klienta monitorovat)
- snížení izolace – je třeba mobilizovat přátele, rodinu, sousedy, aby byl zajištěn trvalý sociální kontakt pro mladistvého v krizi
- hospitalizace – nezbytný zásah, pokud se nepodaří jinými prostředky snížit riziko (Jobes & Berman, 1996, in Roberts, 2005)

Je zřejmé, že konkrétní realizovaný akční plán (např. Vstup do 12krokového léčebného programu, připojení se k podpůrné skupině, hledání dočasného pobytu v azylovém domě pro ženy) jsou zásadní pro obnovení rovnováhy klienta. Jak však naznačil Roberts (2005), pro fázi VI je zásadní ještě jedna dimenze, a tou je dimenze kognitivní. Zotavení z úmrtí dítěte, předávkování drogami nebo rozvodu tedy také vyžaduje, aby krizová událost měla nějaký význam či smysl. Klient potřebuje zodpovědět své otázky jako: Proč se to stalo? Co to znamená? Kdo byl zapojen? Jak byly dané události v rozporu s tím, co očekával? Práce na získání smyslu události je důležitá pro získání zvládnutí situace a pro zvládnutí podobných situací v budoucnu.

Kazuistika: Klient, jeho matka a krizový pracovník se dohodli na následujícím akčním plánu:

- 1. Klient podepsal smlouvu o bezpečnosti (jedná se o písemnou dohodu, kde klient souhlasí se zavoláním krizové služby, ve chvíli, když bude myslet na ublížení sobě či jiným)*
- 2. Se souhlasem byl kontaktován poskytovatel ambulantních služeb a klient dostal schůzku na další den.*
- 3. Matka na doporučení krizových služeb schovala všechny léky. (Roberts, 2002)*

- Fáze VII: Následná opatření

Krizoví pracovníci by měli po počáteční intervenci naplánovat navazující kontakt s klientem, aby bylo zajištěno, že je krize na cestě ke zlepšení. Také je třeba vyhodnotit postkrizový stav klienta. Toto postkrizové hodnocení klienta může zahrnovat:

- fyzický stav klienta (např. spánek, výživa, hygiena)
- kognitivní zvládnutí události (chápe klient lépe to, co se stalo a proč?)
- hodnocení celkového fungování včetně sociálního, duchovního, pracovního, akademického
- spokojenost a pokrok v probíhající léčbě (např. finanční poradenství)
- jakékoli aktuální stresory a způsob, jak s nimi zachází
- potřeba možných doporučení (např. právní, bytová, zdravotní)

Součástí následných opatření může být také naplánování „posilovacího“ sezení přibližně měsíc po ukončení krizové intervence. Na tomto sezení lze prodiskutovat případné těžkosti, které klient stále má, ale i zisk, který mu to přineslo. Pro interventy pracujícími s truchlícími klienty, se doporučuje naplánovat kontrolní schůzku kolem výročí úmrtí zesnulého (Worden, 2002 in Roberts, 2005).

Kazuistika: Následující večer krizový pracovník volal do domu klienta, aby zjistil aktuální informace o situaci a případné zlepšení či zhoršení. Klientova matka naznačila, že syn byl ten den v dobré náladě, a zúčastnila se jeho první schůzky s terapeutem. Klient řekl krizovému pracovníkovi, že se mu daří skvěle, myslel si, že jeho terapeut je „opravdu v pohodě“, a měl plán „v sobotu jít na bowling s přáteli“.

Z Robertsova modelu vychází také přístupy, které se používají v českém prostředí KI. Například Bohumila Baštecká (2005) ve svém modelu KI pracuje s postupy pro psychosociální práci s oběťmi nehod, přírodních katastrof a hromadných neštěstí. V ČR se jedná především o nehody dopravní (např. železniční nehody ve Studénce) nebo záplavy, v USA se setkáme s přírodními katastrofami, jako jsou hurikány, tornáda či ničivé požáry. Či jiné tragické události jako střelba ve škole, teroristický útok atd. V jednotlivých fázích se Baštecká (2005), více zaměřuje na praktické kroky.

- Posouzení:
 - Pracovník zjišťuje, v jaké situaci se klient nachází a jaké okolnosti dané situaci předcházely. Měl by identifikovat zdroj a spouštěč krize.
 - Pracovník pracuje se zakázkou klienta. Zjišťuje, s čím klient přišel, co chce a potřebuje.

- Pracovník pomáhá klientovi zhodnotit jeho vlastní síly. Hledá způsoby, jakými si klient poradil v minulosti (copingové strategie), které strategie mu pomáhají 17? nyní a které ne. Pracovník také zjišťuje a posuzuje sebevražedné riziko. Na základě zhodnocení se vytváří smlouva, která má za úkol poskytnout bezpečný rámec a definuje cíl spolupráce. Do smlouvy může patřit i několik specifických dohod: bezpečnostní dohoda (klient je schopen sebekontroly), dohoda proti sebevraždě.
- Pracovník s klientem hledají zdroje v okolí klienta, tedy zkoumá funkčnost podpůrné sítě. Identifikuje zdroje sociální opory, ať už neformální (rodina, přátelé atd.) či formální (instituce).
- Plánování
 - V této fázi pracovník s klientem stanoví plán pomoci. Zásadní pro stanovení plánu je spolupráce klienta (případně jeho okolí), uznání jedinečnosti klienta, zvážení možností klienta, zaměření na problém a bezprostřední situaci.
 - Plán by měl splňovat tyto podmínky: reálný (splnitelný), časově omezený, jasně formulovaný, konkrétní.
 - Náhradní možnosti v případě selhání plánu, může obsahovat i stanovení krizového plánu.
- Provedení
 - Cílem je skrze pomoc pracovníka realizovat časově ohraničené kroky, které pomohou klientovi nabýt zpět ztracenou rovnováhu. Využít lze poskytování opory (skrze přístup ke klientovi, hájení jeho práv, úpravu podmínek a prostředí, provádění klienta předvídatelnými situacemi, zprostředkování dalších služeb).
- Vyhodnocení
 - Sem patří vyhodnocení účinku krizové intervence a výsledků, domluva ohledně ukončení spolupráce nebo stanovení nové smlouvy. Po ukončení by klient měl mít možnost podpůrného setkání např. pro zprostředkování dalších služeb. (Baštecká, 2005)

Vodáčková (2012) ve své knize popisuje podobný scénář, který se však více zaměřuje na efektivní komunikaci při práci s klientem v krizi. Také klade důraz na bezpečí klienta, na respekt k jeho vlastním možnostem a potenciálu pro zvládnutí krize, tzv. katastrofický scénář.

Dále bych zmínila metodu, která byla Robertsovou (2002) reakcí na teroristický útok 11. září 2001 na Světové obchodní centrum v New Yorku. Roberts ve svém článku k této metodě říká: *„Tento článek představuje koncepční třístupňový rámec a intervenční model, který by měl být užitečný při pomoci odborníkům v oblasti duševního zdraví. Jak mají poskytovat služby, léčit akutní krize a trauma. Somatický stres, krize a psychické trauma se často odehrávají v důsledku nepřírodných člověkem způsobených katastrofických událost, jako např. teroristický útok z 11. září. Většina lidí není na takovou formu stresu přirozeně připravena. (přeloženo autorem)*

Model ACT (zkratka pro Assessment, Crisis Intervention and Trauma Treatment, přeloženo jako Posouzení, krizová intervence a léčba traumatu) naznačuje svou podstatu již ve svém názvu, tedy že integruje různé protokoly hodnocení, třídění a strategie léčby. (Roberts, 2002)

Písmeno „A“ v ACT modelu se týká posuzování třídění obětí, posuzování krizí a traumat a následné doporučení vhodného řešení. Pokud jde o **hodnocení třídění**, nouzová psychiatrická pomoc (psychiatric emergency response) by měla být provedena, pokud hodnocení naznačuje, že jedinec představuje nebezpečí pro sebe nebo okolí a vykazuje intenzivní a akutní psychiatrické příznaky. Přeživší po katastrofě obecně vyžadují krátkodobou hospitalizaci a psychofarmakoterapii, aby se chránili před sebepoškozováním (např. Pokusy o sebevraždu a sebepoškozujícím chováním) nebo před újmou jiných osob (např. Vražda a pokus o vraždu). (Roberts, 2005)

Primární rolí krizového intervenanta a dalších klinických pracovníků při provádění **krizového hodnocení** je posoudit jednotlivce v krizovém stavu s cílem shromáždit informace, které mohou pomoci při řešení tíživé události. Vstupní formuláře a další nástroje rychlého hodnocení pomáhají krizovému interventovi rychleji a vhodně rozhodnout o potřebné službě a pomoci. Hlavním cílem posouzení krize je poskytnout celostní informaci o klientovi, obsahující osobní charakteristiky, parametry krizové události, intenzitu a trvání krize. I

když je krizové hodnocení zaměřeno na jednotlivce, vždy musí zahrnovat posouzení bezprostředního okolí dané osoby a mezilidských vztahů.

Písmeno „C“ značí **krizovou intervenci** a její strategie. Roberts zde popisuje svůj sedmistupný model krizové intervence (viz výše).

Poslední částí tohoto modelu je „T“, které popisuje Roberts (2005) jako **léčbu traumatu**. V této kapitole se věnuje práci s PTSD, kde říká, že posttraumatická stresová porucha (PTSD) ovlivňuje projevy chování a emoce bezprostředně po incidentu či souvisí se vzpomínkami na traumatický zážitek.

Říká, že v první řadě musí být zajištěna bezpečnost všech. Jinými slovy, policie, hasiči a pracovníci záchranné služby, by měli zajistit, aby byli všichni přeživší přepraveni na bezpečné místo a aby na místě katastrofy nehrozilo žádné další nebezpečí. Teprve poté, co jsou všichni, kdo přežili, na bezpečném místě, by mělo začít zhodnocení stresu, skupinové poradenství a doporučení v oblasti duševního zdraví, jako jsou další terapie. Například někteří klienti mohou mít problémy s výbuchem vzteku, jako důsledek spánkové deprivace. Tento následek může být kritický pro návrat do běžného života. (Roberts, 2002)

2.2.4. Telefonická krizová intervence

„*Dříve než si vezmete život, zavolejte mi*“ Chad Varah (Eis, 1993, s. 97)

Výše zmíněná věta je počátkem telefonické krizové intervence (dále TKI) v Evropě. Jejím autorem je, jak je uvedeno, Chad Varah, anglikánský kněz, který žil ve 20. století v Londýně. V té době byla sebevražednost v Londýně obzvlášť vysoká. Proto tento farář dal do novin inzerát, kde žádá lidi, kteří uvažují o sebevraždě, ať mu nejdříve zavolají. Tato nabídka získala takový ohlas, že Chad Varah po krátké době přijímal tolik hovorů, že již nebylo v silách jednoho člověka to zvládnout. Proto žádal o pomoc své přátele a kolegy a spolu vytvořili malé středisko, kde poskytovali TKI dvacet čtyři hodin denně. Tím vznikla první linka důvěry v Evropě – Samaritáni. (Eis, 1993)

Jak již název napovídá, telefonická krizová intervence představuje poskytování pomoci lidem v krizi prostřednictvím telefonu. Pro pracovníka TKI platí devět základních pravidel, kterých se každý pracovník musí držet, aby svou práci vykonával správně. Dokument, který tato pravidla uvádí, vydala Česká asociace pracovníků linky důvěry (dále ČAPLD) a nazývá se *Etický kodex pracovníka linky důvěry a pracoviště linky důvěry*. (Příloha č. 2)

Tento prostor, ve kterém se nachází jak klient, tak pracovník TKI, má svá pro i proti. Mezi jeho výhody patří jistě dostupnost. Jakýkoli člověk v jakoukoli dobu, který se ocitne v krizi, může tuto službu vyhledat, jelikož mnoho z těchto linek funguje nonstop.

Mezi výhody řadí Špatenková (2011) a Vodáčková (2012) zejména tyto:

- Bezbariérovost a snadná dostupnost

U TKI je právě tato výhoda velmi ceněná. Telefon umožňuje překonat interpersonální i geografickou bariéru mezi klientem a pracovníkem KI. Nemusí mít žádné doporučení od lékaře či psychiatra. Také nezáleží, v jaké části světa se právě nachází. Ani mnohdy jaká je hodina. Klient, který volá, by neměl překonávat žádnou překážku. Měl by mít šanci se dovolat co nejpohodlněji v době, kdy to sám potřebuje.

Pohodlí pro klienta také přidává fakt, že při hovoru se může nacházet kdekoli, tedy na místě, které on sám považuje za bezpečné a kde se cítí dobře. Klient může správně vnímat svobodu a kontrolu nad situací. Může kdykoli zavěsit a opět za čas zavolat znovu. Toto je mnohem snazší nežli odejít z poradny.

- Anonymita

Zde obě autorky (Špatenková, 2011 a Vodáčková, 2012) uvádějí jak anonymitu klienta, tak výhodu anonymity pro pracovníka linky důvěry. Anonymita je jedním z hlavních důvodů, proč tuto formu kontaktu klienti vyhledávají. Při hovoru nemusí o sobě říct žádné základní údaje, podle kterých by mohla být zjištěna jejich totožnost. To jim může pomoci se více otevřít již v prvním kontaktu, jelikož se cítí chráněni. Nemusí mít strach ze zesměšnění, odsouzení či zneužití poskytnutých informací. Stejně tak jako klient, má právo i pracovník linky důvěry zůstat anonymní a zůstat chráněn. Může se například vyvarovat nezdravého fixování klienta na pracovníka či pronásledování.

- Nízké náklady

K výhodám dodává Špatenková (2011) jejich finanční dostupnost. Tyto služby jsou zpravidla zdarma a platí se pouze normální telefonní poplatky. Tedy je tato služba mnohem dostupnější nežli například linky soukromých psychologů.

Mezi nevýhody TKI řadí Špatenková (2011) zejména absenci vizuálního klíče, kdy pracovník nemá k dispozici nonverbální charakteristiky, které získává při kontaktu tváří v tvář. Např. výraz obličeje, gesta či obecně jak osoba vypadá. Díky absenci tohoto klíče má pracovník TKI mnohem méně informací než v rámci intervence face to face. Tedy nemůže si například udělat obrázek o klientovu emocionálním rozpoložení dle vizuálního kontaktu.

Jak bylo řečeno ve výhodách, klient má díky telefonu větší kontrolu nad situací. To může ale způsobovat také nevýhodu tohoto kontaktu. Jak vysvětluje Špatenková (2011) pracovník má velmi krátký čas na to, aby s klientem navázal dobrý vztah. První minuta až dvě jsou kritické, jelikož pokud se pracovníkovi nepodaří v tomto časovém horizontu navázat vztah a vytvořit bezpečné prostředí, klient zpravidla zavěsí. A jelikož je tento kontakt veden přes technologie,

je také možné jejich selhání. Kontakt může být přerušen, či se vybije baterie atd. To vše může mít na klienta negativní dopad.

TKI jako i ostatní intervence, které nejsou tváří tvář (intervence formou e-mailu či chatu) mají svá specifika při práci se sebevražedným klientem. Základní pravidla jsou podle Kastové (2010) hlavně udržet kontakt a získat čas, jelikož sebevražda je impulzivním jednáním a je důležité překonat ten první kritický moment. Sebevrah si neumí vůbec představit, že by jeho rozhodnutí mohlo ještě něco změnit, čas pro něj v danou chvíli nehraje žádnou roli. Pokud se podaří získat čas, je pravděpodobné, že sebevrah začne o svém problému hovořit a že se podaří zjistit, jaké aktuální zranění bylo spouštěčem pro tuto krizi.

Jak Kastová dodává (2010), z výzkumů zabývajících se sebevraždami vyplývá, že pokud klient má již jasnou představu o tom, jak se chce zabít, je situace mnohem vážnější, nežli pokud je jeho představa pouze okrajová. Pracovník ve chvíli, kdy ví, že jde o suicidálního klienta, musí rozklíčovat jeho krize. Při takové intervenci je důležité, aby se celková krize, kterou již nelze pojmenovat, rozdělila na krize dílčí. Tímto způsobem je možné dát průchod rozmanitým pocitům, které klienta naplňují, například zlostí. U tohoto typu klientů jde především o řadu krizí, které se nevyřešené vrství jedna na druhou až jednoho dne je toho už přespříliš.

2.2.5. Krizová intervence tváří v tvář

Špatenková (2011) popisuje krizovou intervenci jako prezenční formu pomoci, která je založena na osobní přítomnosti jednotlivých aktérů krizové intervence. Do prezenční formy KI zahrnuje terénní, ambulantní a pobytovou službu.

- Terénní služba KI přichází ve chvíli, kdy klient se dostal buď do tak vypjaté situace, že se sám nemůže do krizového centra dostavit, či se stal obětí nějaké katastrofy. V případě katastrofy vyjíždí na místo určení výjezdová a terénní služba, která se překrývá také se službou poskytovanou v domácím prostředí. (Vodáčková, 2012)
- Ambulantní pomoc je poskytována klientům, kteří se osobně dostaví do ambulance, která je primárně určená pro pomoc lidem v krizi. Případně se dostaví do instituce, která má v kompetenci mimo jiné i krizovou pomoc a intervenci. (Sem můžeme řadit například poradny pro rodiny či manžele) Klienti tuto službu vyhledávají nejčastěji na základě nasměrování od jiné instituce, například jsou podporováni na lince důvěry k osobní návštěvě krizového centra. Či toto doporučení dostanou od policie, pracovníků sociálních nebo zdravotnických služeb atd. Někteří klienti také vyhledávají krizové centrum na základě vlastního uvážení. (Špatenková, 2011)
- Pobytové služby

Tyto služby popisuje Špatenková (2011) jako krátkodobé umístění klienta v krizi na tzv. „krizové lůžko“ nejlépe v zařízení tomu určeném, tedy v krizovém centru.

Výhodou tohoto umístění je, že klienta můžeme bezpečně stabilizovat a snížit možnost ohrožení v době, kdy je klientovo vnímání zúženo. Za dostatečnou dobu pro pobyt na lůžku se považuje pět dní. Za tento časový horizont se klient dokáže značně posunout ve svém prožívání, které bylo vlivem krize vychýleno z rovnováhy. Krátkodobá a včasná hospitalizace může zafungovat jako prevence zhoršení klientova stavu. (Vodáčková, 2012)

Pobytová služba se nabízí klientům, kteří čelili nebo čelí silné nadlimitní zátěži a jsou závažně vychýleni ze své rovnováhy. Také lidem, kteří mají sebevražedné myšlenky a tendence. Lidem s duševním onemocněním, kteří mají občas větší potíže vyrovnat se

s obtížemi života, což má dekompenzující vliv na průběh jejich onemocnění. Či lidem, kteří z vážného důvodu nemohou zůstat doma, například při násilí v rodině. (Vodáčková, 2012)

Krizová centra jsou typickou institucí, která se primárně zabývá krizovou intervencí. Často tato centra disponují krizovými lůžky a obvykle také ambulantní službou. Krizová centra také spolupracují s jinými institucemi, na které mohou klienta navázat a kde může dále hledat pomoc. Pomáhají při organizování podpůrných svépomocných skupin, rozšiřují a popularizují poznatky na téma krize a její zvládnání a v neposlední řadě je jejich důležitý úkol v informování veřejnosti o jejich existenci. Aby člověk, když se dostane do krize, věděl, kam se může obrátit. (Vodáčková, 2012)

I při krizové intervenci tváří v tvář se může krizový intervent setkat se suicidálním klientem, a proto by tento pracovník měl být na situaci připravený. Ján Gabura a Jana Pružinská (1995) říkají ve své publikaci, že v této situaci je důležité pro intervenanta identifikovat, o jaký typ suicidalitu se jedná. Může se jednat o bilanční přemýšlení o smrti, může to být reakce na náročnou životní situaci. Klient také může přijít do krizového centra s myšlenkou na sebevraždu z důvodu tzv. volání o pomoc či to může být manifestace, jejíž cílem je upozornit na sebe a stát se v danou chvíli středem pozornosti jiných lidí.

Klienta, který začne hovořit o myšlenkách na sebevraždu, musí nechat pracovník vypovídat, nechat ho říct vše, co má na srdci, a poskytnout mu nepřerušovanou pozornost. Může to být právě to, co klient dlouho postrádal. Krizový intervent by klienta neměl soudit, měl by ho akceptovat a snažit se pochopit. Neměl by se snažit ho utěšovat optimistickými frázemi, či říkat mužům, že by neměli plakat. Neměl by ho odsuzovat ani z etických a náboženských důvodů. (Gabura a Pružinská, 1995)

Při každé nejistotě by měl krizový intervent klienta motivovat k návštěvě psychiatra. Psychiatr poté může navrhnout hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení, ale tím by se klientovi neměly zavřít dveře zpět do krizového centra, poté co bude ze zařízení propuštěn. (Gabura a Pružinská, 1995)

2.2.6. Krizová intervence s využitím internetu

Počátky využívání internetu při krizové intervenci můžeme spatřovat již ve druhé polovině devadesátých let. (Veselský in Špatenková, 2011) Tedy v období, kdy se internet u nás stal dostupnějším. V dnešní době už je toto využití zcela běžné a krizová intervence se touto formou rychle rozšiřuje. Zvláště při práci s mladistvými je velice přínosná, jelikož tyto jedinci moderní technologii používají ke každodenní komunikaci a je jim tedy přirozené tímto kanálem vyjadřovat myšlenky a pocity.

Všechny formy krizové intervence s využitím internetu mají svůj sjednocený kodex. Pro intervenanta platí základní pravidla, kterých se musí držet, aby svou práci vykonával správně. Dokument, který tato pravidla uvádí, vydala Česká asociace pracovníků linky a nazývá se *Etický kodex internetové poradny* (Příloha č. 3)

Veselský (in Špatenková, 2011) uvádí čtyři formy, které se využívají pro komunikaci přes internet.

- Komunikace přes webové stránky

„V dnešní době má webové stránky naprostá většina organizací. Je to pro ně nejsnazší forma předávání statických informací. Ale v této formě nemůžeme hovořit o pomáhajícím procesu, jelikož informace jsou jednosměrné. „(Veselský in Špatenková, 2011, str. 37)

- E-mailová korespondence

Ta představuje nejrozšířenější a zároveň nejjednodušší formu komunikace s klientem. Jelikož je často větší časová prodleva, tak se tato forma komunikace používá především pro internetové poradenství. Tedy klient položí otázku a za čas dostane od pracovníka odpověď či radu. Využití e-mailu je tedy v tomto ohledu nejvíce omezenou formou kontaktu s klientem na internetu. Cíle poradenství se proto zaměřují zejména na orientaci klienta v problému, na jeho povzbuzení a nabídku konkrétního řešení. (Veselský in Špatenková, 2011)

Za hraniční formu mezi poradenstvím a krizovou intervencí považuje Veselský (in Špatenková, 2011) e-mailový kontakt u organizací, které garantují velmi rychlou odpověď (například Linka bezpečí). Organizace někdy garantují odpověď do 24 hodin a jsou tím tedy považovány za poskytovatele krizové intervence. (Veselský in Špatenková, 2011)

Veselský (in Špatenková, 2011, str. 40) říká, že: „*Diskuse o tom, jestli lze rychlou a případně i vícenásobnou e-mailovou odpověď považovat za krizovou intervenci, nebyla dosud uzavřena. Nelze přitom úplně přehlížet ani postoj, který bude argumentovat pro to, aby byla za krizovou intervenci považována jen taková forma pomoci, která je realizována v reálném čase a která v případě potřeby umožňuje bezprostřední reakci odborníka.*“

- Chatová komunikace

Chatová komunikace je ve srovnání s telefonickou krizovou intervencí ještě více nízkoprahová. Kromě toho, že je dostupnější (jedinec může být kdekoli, stačí mu internetové připojení, které má dnes skoro každý i v telefonu), ale také je otevřena lidem s vadou řeči či případně neslyšícím. Jelikož klient nemůže být rozpoznán, ani dle tónu hlasu či jeho barvy, může zažívat pocit ještě větší anonymity a snadněji se může svěřit i s choulostivějšími tématy či s tématy společensky stigmatizujícími. (Veselský in Špatenková, 2011)

Nevýhodou této komunikace může být její časová omezenost. Tato služba nebývá nonstop jako telefonická krizová intervence. Naopak výhodou je, že tato forma komunikace vyhovuje zejména těm, kteří jsou zvyklí běžně komunikovat prostřednictvím chatu, tedy hlavně mladí lidé. (Veselský in Špatenková, 2011)

Veselský (in Špatenková, 2011, str. 42) k tomuto ještě dodává: „*Komunikace prostřednictvím psaného projevu na chatu je zdlouhavější, hovory proto mají tendenci trvat déle. Pravděpodobně i kvůli tomu některé subjekty délku hovoru dopředu limitují. Zpoždění psaného projevu na druhou stranu umožňuje reakce déle rozmyslet, před odesláním je korigovat, případně si potřební informace dohledávat.*“

- Internetová telefonie

Tento kontakt se prakticky neliší od telefonické krizové intervence. Tedy až na drobné odlišnosti (výpadky hovoru, slyšitelné echo při pomalém připojení) se tento typ komunikace

bude řídit stejnými pravidly. Výhodou však může být pro klienty jeho finanční dostupnost, jelikož v dnešní době jsou na trhu programy pro internetovou telefonii zdarma, tedy pokud je klient připojen k internetu, může těchto služeb využívat bezplatně. (Veselský in Špatenková, 2011)

Nejnovější technologie umožňují jak přenos hlasu, tak současně i přenos obrazu volajících. Ale jelikož pravidla linek důvěry zdůrazňují anonymitu krizového intervenanta, nelze předpokládat, že bude obraz během krizové intervence v nejbližší době podstatně využíván. (Veselský in Špatenková, 2011)

2.2.7. Komunitní program krizové intervence

Nedostatek krizových služeb v oblasti duševního zdraví v USA vedl k tomu, že policisté začali sloužit jako první kontakt pro člověka v krizi. To samozřejmě stále způsobuje velké množství problémů, jelikož krizové situace řeší lidé s nedostatečnou kvalifikací. Ale zároveň tato akutní situace podpořila vznik inovativního programu, který se nazývá „Crisis Intervention Team“ (dále CIT). (National Alliance on Mental Illness, 2018)

CIT je založen na komunitní spolupráci a snaží se destigmatizovat duševní zdraví. Nejviditelnější tváří CIT jsou policisté, ale CIT není program pouze pro ochránce zákona. Program je navržen tak, aby propojil odborníky na duševní zdraví, místní samosprávy a jedince s duševní poruchou a jejich rodiny, aby společně mohli řešit problémy a pokusili se zlepšit systém řešení krizových situací v oblasti duševního zdraví. (Usher, 2019) Jinak řečeno, aby nebyli policií zavíráni do vězení ti jedinci, kteří potřebují odbornou lékařskou pomoc. Všechny složky týmu jsou rovnocenní činitelé s rozhodovací pravomocí, kteří společně řeší problémy, a navzájem si zodpovídají. Program CIT pracuje na vybudování systémů řešení krizové situace, kde prosazování práva hraje pouze podpůrnou roli. A to v případě, že to situace svou nebezpečností a vážností vyžaduje. (National Alliance on Mental Illness, 2018)

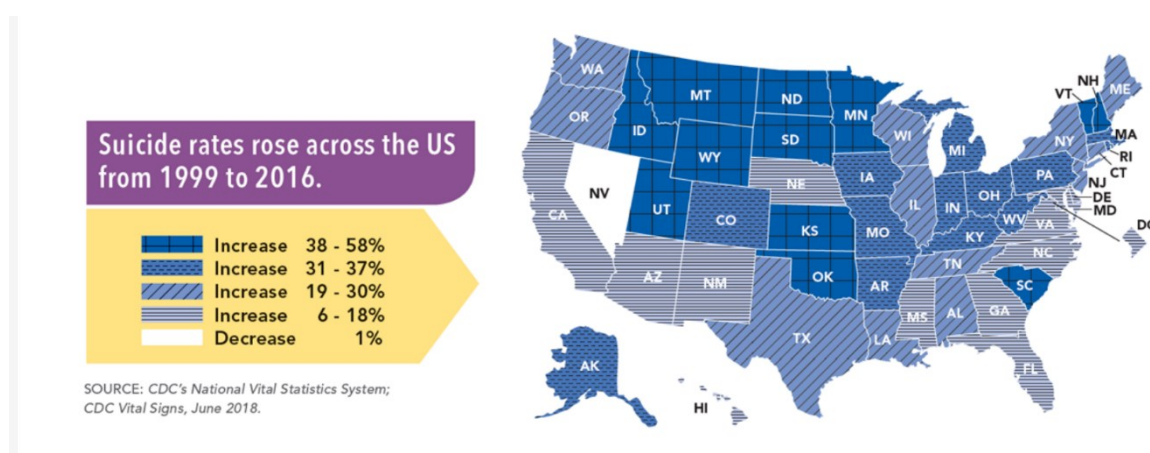
Výcvik v tomto programu má také za cíl snižování počtu vězňů, kteří do vězeňských služeb nepatří. Cílem je přeměřovat tyto skupiny lidí na léčbu, kterou potřebují (Například osoby s PTSD, osoby trpící schizofrenií). (National Alliance on Mental Illness, 2018)

CIT také zkoumá, jak systémové problémy (jako zastaralé zákony nebo nedostatek služeb) přispívají ke krizovým situacím, a vyvíjí tlak na řešení těchto systémových výzev. (Usher, 2019)

3. Sebevražda

V moderní společnosti sebevražda nabyla podstatně jiného významu. Velké množství statistických údajů, které potvrzují aktuálnost tohoto problému, vypovídají o téměř epidemiologickém měřítku daného sociálního jevu. Sebevražda je považována za jednu z hlavních příčin smrti, proto lze tvrdit, že se jedná o skutečně významný společenský problém. Podle údajů Světové zdravotnické organizace, se sebevražda jako příčina smrti lidí po celém světě vyskytuje častěji než smrt během válek nebo obětí terorismu. (WHO [online].) Ročně páchá sebevraždu téměř jeden milión lidí, což zhruba odpovídá jedné smrti za každých 40 sekund. V České republice za posledních pět let počet sebevražd stoupl o pětinu. (ČSÚ, [online].)

Ve Spojených státech je sebevražda také hlavní příčinou úmrtí. Míra sebevražd dle CDC (CDC, 2018 [online]) vzrostla téměř v každém státě od roku 1999 do roku 2016. A ne mírou, která se by se dala ignorovat.



Zdroj: CDC's National Statistics System, CDC Vital Signs, June 2018

Dle amerických výzkumů je hlavním problémem sebevražd duševní zdraví. Ale sebevražda je zřídka způsobena jediným faktorem. Ve skutečnosti průzkumy neukazují na fakt, že mnoho lidí, kteří se rozhodnou ukončit svůj život sebevraždou, má v době smrti diagnostikovanou duševní poruchu. (CDC, 2018 [online]) K sebevraždě často přispívají další problémy, například problémy související se vztahy, užíváním návykových látek, fyzickým zdravím, zaměstnáním a finančními problémy. Pro prevenci sebevražd je důležité zajistit, aby vláda,

odborníci v oblasti duševního zdraví, zdravotnictví, zaměstnavatelé, školství, média a komunitní organizace spolupracovaly. (CDC, 2018 [online])

V roce 2018 (poslední rok dostupných údajů o úmrtí) byla sebevražda v USA zodpovědná za 48 344 úmrtí, což je přibližně jedna sebevražda každých 10,9 minuty.

3.1. Formy sebevražedného jednání

Formy sebevražedného chování jsou stejné u dospělých jedinců, stejně jako u dospívajících. Mezi základní formy řadí Koutek (2003) sebevražedné myšlenky, sebevražedný pokus a dokonanou sebevraždu.

- Sebevražedné myšlenky

Jak správně zmiňuje Matoušková (2013), asi každý se ve svém životě někdy dostal do stavu, kdy zapřemýšlel nad tím, co by bylo, kdyby svůj život ukončil. Nad tou možností odejít dobrovolně z tohoto světa. Tyto myšlenky jsou nejčastější právě v období dospívání, kdy jedince hledá sám sebe, mnoho věcí kolem něj se mění, a i on sám se mění. Ale sebevražedné myšlenky jako forma sebevražedného chování jsou již závažnějšího charakteru. Jsou více intenzivní, dotyčný se jimi zabývá velkou část svého dne a myšlenky na toto jednání jsou často velmi těžko odklonitelné.

Pro posouzení jejich nebezpečnosti je důležitá zejména jejich konkrétnost. Tedy do jaké míry má jedinec jasnou představu o možnosti sebevraždy, zda již přemýšlí, jak by ji provedl a na jakém místě by se to odehrálo, či zda již připravuje dopis na rozloučenou. (Matoušková, 2013)

Koutek (2003) k tomu dodává, že pokud je dotyčný již v přípravné fázi, tedy má například již k dispozici dostatečné množství léku, či si obstaral zbraň, již hovoříme o suicidální tendenci jedince. Ta představuje již další krok v suicidálním chování směrem k suicidu.

PŘÍBĚH: Koncem prázdnin zavolala na Linku bezpečí plačící sedmnáctiletá dívka. Zpočátku poměrně dlouho mluvila o svých pocitech: „Jsem hnusná, nesnáším se, jsem strašně tlustá a každému jen ubližuju. Už to nesnesu, chci to skončit jednou pro vždy“. Po prodýchání a alespoň částečném zklidnění konzultantce vyprávěla, že má intenzivní myšlenky na smrt poslední dobou skoro každou noc. „Každou noc se mi vtírají myšlenky na smrt, jaké by to bylo, kdybych tady už nebyla. Ještě jsem nepřemýšlela nad tím, jak to udělat, jen vím, že by to pro mě bylo řešení.“

V dalším průběhu hovoru klientka uvedla, že se léčí se na psychiatrii kvůli anorexii. V minulosti se opakovaně sebepoškozovala.

Možnost obrátit se na svého lékaře či možnost vyhledat nějakou odbornou pomoc okamžitě zavrhl. „Strašně se bojím hospitalizace. V pondělí mám nastoupit do nové školy, na střední školu zdravotní. Tahle škola pro mě znamená jediný světlý bod, a kdybych o něj měla přijít, to se raději zabiju. Rodiče mi nejsou oporou, doma je zakázáno marodit. Navíc jsem nechtěné dítě, takže by rodiče určitě byli rádi, kdybych umřela... Nikdo neví o těchto mých myšlenkách, mysleli by si, že jsem slaboch – všichni si to myslí, všichni mě nesnáší. Snad jen můj přítel je jediným člověkem, kterému na mě snad alespoň trochu záleží...“

Klientka na veškeré podněty reaguje naprosto negativně. Konzultantka se jí snaží ukázat, že jsou i pozitivnější stránky – oceňuje její odvalu, že zavolala, vyzdvihuje důležitý moment, a sice přítele, kterému na dívce záleží. Po dlouhém hovoru nakonec dívka připouští možnost vyhledání odborné pomoci. Zkusí vše probrat a najít jiná řešení ze situace, kterou aktuálně vnímá jako bezvýchodnou.

Zdroj: z rozhovoru s dívkou ve věku 17 let. (Sborník Linka bezpečí, 2008, str. 68)

- Sebevražedný pokus

Dalším krokem v tomto chování je sebevražedný pokus. Koutek (2003, str. 28) uvádí definici: „*Suicidální pokus je každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, avšak nikoli s letálním koncem*“. Jak říká Matoušková (2013) na sebevražedný pokus jsou dva rozdílné náhledy. Jedni říkají, že sebevražedný pokus je na kontinuální přímce, na jejíž na jedné straně jsou sebevražedné myšlenky a na druhé straně dokonaná sebevražda. Přechody mezi jednotlivými formami tohoto jednání nevidí tak ostře a jednoznačně, jak by bylo možné uvažovat podle výsledku suicidální chování, kdy na jedné straně je život a druhé je smrt. Druhý náhled vidí mezi suicidálním pokusem a jejím dokonáním kvalitativní rozdíly.

Koutek (2003, s. 28) uvádí následné rozdíly mezi suicidálním pokusem a suicidem:

- „*U žen se vyskytuje častěji suicidální pokus, u mužů dokonané suicidium.*
- *Sebevražedný pokus u obou pohlaví dominuje především v první polovině života, zatímco dokonané suicidium v druhé polovině.*

- *Při sebevražedných pokusech je častěji použita tzv. měkká metoda (např. intoxikace medikamenty), zatímco u dokonaných suicidií jsou voleny tzv. tvrdé metody (strangulace, střelná rána).*
- *Metody vedoucí k suicidálním pokusům jsou většinou z oblasti interpersonálních vztahů, zatímco u sebevraždy bývají motivy z oblasti intrapsychické a z problémů ohrožení.*
- *K suicidálním pokusům dochází nejčastěji ze spontánního, málo promyšleného rozhodnutí, suicidium je naproti tomu výsledkem delšího plánování a příprav.“*

Zvláštním případem nedokončeného sebevražedného jednání je parasuicidium, které popisuje Matoušková (2013) jako suicidální pokus, u něhož není přítomen úmysl zemřít. Jedná se tedy spíše o sebepoškozování. Ale i to může nešťastnou náhodou či nesprávných odhadem skončit smrtí.

Pokud se jedná o ten typ chování, kdy jedinec sebevraždu spáchat chce, ale v poslední chvíli si to rozmyslí, v tu chvíli jedinci asi zapracoval kontrolní mechanismus. V tomto případě se může jednat o pud sebezáchovy. (Matoušková, 2013)

PŘÍBĚH: Na Linku bezpečí se dovolala ve večerních hodinách patnáctiletá dívka, která překotně líčila svůj problém. Rodiče odhalili, že si píše esemesky s o hodně starším přítelem. Za to jí seřvali a vyhrožovali dalšími tresty. Ona v reakci na to spolykala asi 10 Paralenů a cca 20–30 dalších prášků nespécifikovaného druhu, které sebrala mámě. Také si pořezala prst u ruky, protože ví od kamarádky, že ji to uklidňuje. V době jejího volání byla sama doma. Konzultant Linky bezpečí citlivě, nicméně velmi důrazně vyjadřoval obavu o její zdraví a život a také prvořadou nutnost řešení tohoto stavu. Poskytl základní informace o tom, jak postupovat v případě intoxikace léky a jednoduše jí dával návod, co má dělat krok za krokem. Klientka zpočátku svůj stav moc řešit nechtěla. Mluvila o tom, že nechce zameškat ve škole, a hlavně nechce dělat problémy rodičům: „Pak bych měla teprve peklo. Stačilo, co jsem si zažila, když přišly na ty esemesky. To raději nebudu, než si zažívat takové peklo“. Hlavním problémem, který se během dalšího hovoru otvíral, byla přehnaná přísnost rodičů. Otec se nechal slyšet, že pokud ji uvidí s nějakým klukem, vezme pušku a zastřelí ho. Dívka tuto výhrůžku brala velmi vážně. Začala líčit další problémy s rodiči. Po chvíli se jí však začalo dělat velmi špatně, motala se jí hlava a

začala mít problémy i s artikulací. S úlevou přivítala nabídku konzultanta, že kontaktuje záchrannou službu. Nadiktovala všechny potřebné údaje a šla otevřít dveře, u kterých potom s podporou konzultanta na telefonu čekala na příjezd záchranky.

Zdroj: z rozhovoru s patnáctiletou dívkou. (Sborník Linka bezpečí, 2008, str. 68)

- Suicidium

Dokonaná sebevražda je charakterizována jako sebepoškozující akt s následkem smrti, který si člověk způsobí sám s vědomým úmyslem zemřít. Tato definice naráží na problém vědomé a nevědomé motivace a nejednoznačnosti úmyslu zemřít. Můžeme se setkat například s protražovaným suicidálním jednáním, kdy se dítě nebo adolescent intoxikuje medikamenty opakovaně v průběhu několika dní. Často dochází k postupnému zvyšování dávky. Důvodem může být i to, že adolescent neodhadne potřebnou dávku k letálnímu konci. Když zjistí, že jeho pokus nevedl k usmrcení, svůj pokus opakuje, ale se zvýšenou dávkou. (Koutek, 2003) Dle Světové zdravotnické organizace je podle posledních průzkumů sebevražda druhou nejčastější formou úmrtí u dospívajících a mladých dospělých, konkrétně uvádějí věkový interval 15-29 let. (WHO, [online]) Sebevraždu také popisuje Vágnerová (2014) jako velmi extrémní formu sebedestruktivity, která se projevuje násilným jednáním spojeným s úmyslem dobrovolně zničit vlastní život. V rámci sebevražedného jednání je člověk jedním subjektem i objektem, na něhož je zničující aktivita zaměřena. Jedinec, který se rozhodne, že se zabije, může uvažovat, prožívat i reagovat nestandardně, ale jeho psychika nemusí být patologicky změněna. Pokud by tomu tak bylo, jednalo by se spíše o sebezabití nežli o sebevraždu. (viz „Typy sebevražedného jednání“)

Dále popisuje, že sebevraždu můžeme rozdělit na dvě varianty, dle motivace a úmyslu zemřít. Vágnerová (2014) zde uvádí první typ, kde je jedincovým jasným záměrem smrt. Sebevražda má vést k úniku od světa. Život je pro jedince z nějakého důvodu nesnesitelný a člověk se této zátěže potřebuje zbavit. Může k tomu mít různé motivy. Buď jde o únik před něčím traumatizujícím a degradujícím jeho sebeúctu (hanba, vězení, smrtelná diagnóza atd.), nebo jde jedinci o snahu něco získat (věčné spasení). Podstatné u této varianty je, že jedinec zemřít chce. Sebevražda může ale také být jako prostředek. Jedinec zemřít sice nechce, ale používá sebevražedné chování jako prostředek manipulace s jinými lidmi. Tento prostředek využívá

jako jejich potrestání či pomstu. Může se tak dít vědomě i neuvědoměle. Například žena, která si nepřeje rozvod, se snaží svého manžela potrestat a vyvolat u něj pocit viny. (Vágnerová, 2014)

3.2. Typy sebevražedného jednání

Sebevraždy můžeme řadit do různých skupin a typů. Uvádím zde nejčastěji se objevující dělení na základě motivace, cíle sebevražedného jednání a způsobu provedení.

- Bilanční sebevražda

Tento typ sebevražedného jednání je reakcí na dlouhodobou závažnou zátěž, kterou jedinec nedokáže dle svého subjektivního náhledu již zvládnout. K tomuto rozhodnutí dochází po rozumové úvaze. Jedinec si opravdu přeje zemřít a prostředky k dosažení cíle si obvykle pečlivě promyslí a připraví. Sebevraždy tohoto typu bývají zpravidla dokonané. (Vágnerová, 2014)

- Impulzivní sebevražedné jednání

Toto jednání je stimulováno afektivně, náhlým zkratkovitým rozhodnutím. Člověk obvykle nemá vážný úmysl zemřít. Ale jedná rychle, impulzivně a neuvažuje příliš ani o prostředcích. Obvykle lze sebevražedný pokus interpretovat jako „volání o pomoc“. Jedinec věří, že se jeho situace může zlepšit, ale sám neví, jak si pomoci, jak jinak se z toho stavu vymanit, proto touto formou očekává pomoc od někoho jiného. Příčinou zkratkovitého jednání bývají problémy v mezilidských vztazích, jejichž řešení by mohl ovlivnit někdo jiný. Někdy je toto jednání projevem emotivně ovlivněné úvahy, nechat za sebe rozhodnout jiné lidi či „osud“. Či se do této kategorie také řadí sebevražedné jednání za účelem vydírání typu „Jestli se se mnou rozvedeš, tak se zabiju“. (Vágnerová, 2014)

- Účelové suicidální jednání

Základní charakteristikou tohoto jednání je, že cílem není smrt, ale vyřešení nějaké nepříjemné situace. Je tedy podobné demonstrativnímu suicidálnímu jednání. Rozdíl je v tom, že při účelovém jednání je tento cíl sledován nevědomě, ale při demonstrativním sebevražedném jednání vědomě. Ale je důležité zdůraznit, že u obou případů mohou být následky letální. Smrtí také může skončit simulace sebevražedného chování, která se často s těmito dvěma jednáními zaměňuje. Na rozdíl od nich je však simulace vědomé předstírání,

jehož účelem je vyhnout se nějaké nepříjemné situaci, například se toto jednání vyskytuje u jedinců, kteří mají nastoupit výkon trestu. (Koutek, 2003)

- Protrahovaná sebevražda

Ta se projevuje tendencí k pomalému sebezničení pomocí nadměrného užívání psychoaktivních látek. Tito jedinci si také volí problematický styl života a jsou mnohdy necitliví k působení různých rizikových faktorů. Lidé bez domova patří do skupiny, která je s tímto typem sebevraždy často spojována. (Vágnerová, 2014)

- Suicidální dohoda

Toto je zvláštní forma sebevražedného jednání. Zde se dva nebo více lidí dohodne, že společně spáchají sebevraždu. Často pouze jeden z páru či skupiny sebevraždu spáchat chce a o správnosti a nutnosti tohoto činu přesvědčí i zbytek. Může to být způsobeno i duševní chorobou dotyčného, který symptomy svého onemocnění přenesse na svého blízkého, který je pod jeho vlivem. Také jsou známé případy hromadných sebevražd. (Koutek, 2003) Největší proběhla v roce 1978 pod vlivem kazatele Jima Jonese, který přesvědčil 900 lidí, aby spáchalo sebevraždu. Hromadné sebevraždy bývají časté právě v různých sektách, jejichž vůdce přesvědčí zbytek sekty o správnosti sebevraždy. (Brown, 2017 [online]) U hromadných sebevražd bývá iniciátorem představována sebevražda jako možnost získat něco hodnotnějšího, než je současná existence, např. trvalé spasení. Odlišnou situaci mají skupinové sebevraždy lidí v bezvýchodné situaci. Příkladem mohou být parašutisté, kteří se účastnili operace Anthropoid, tedy atentátem na Heydricha a zabili se bezprostředně před dobytím krypty kostela, kde se ukrývali před gestapem. (Vágnerová, 2014)

- Rozšířená sebevražda

Tento typ má jasný patologický podklad. Zde se jedná o situaci, kdy jedinec s duševním onemocněním pod vlivem depresivního prožívání či imperativních halucinací spáchá sebevraždu a vezme s sebou ještě někoho ze svých blízkých. Jedinec může být motivován subjektivním pocitem nesnesitelnosti života pro něj, ale i například pro jeho dítě. Tuto situaci je potřeba z terapeutického i forenzního hlediska odlišovat od situace, v níž není přítomna psychotická motivace. Můžeme uvést příklad, kdy matka zabije své dítě a následně sebe, jako

pomstu svému bývalému manželovi a otci dítěte. V tomto případě se jedná o vraždu a následnou sebevraždu. (Koutek, 2003)

- Náboženská sebevražda

Existuje dlouhá historie náboženských sebevražd, obvykle ve formě mučednictví. Toto jednání bylo rozšířené **hlavně v prvních letech křesťanství v rámci protireformace a inkvizice. Protireformace a inkvizice byly mnoho staletí po raném křesťanství.** Novější příklady náboženských sebevražd můžeme hledat například mezi členy slunečního chrámu ve Švýcarsku, Francii a Kanadě, či členy davidíánské sekty ve Waco v Texasu. (Stone, 1999)

- Nadměrné užívání alkoholu a jiných drog

Stone (1999) uvádí v tomto výčtu také nadměrné užívání drog a alkoholu. Říká, že mezi alkoholem a sebevraždou lze pozorovat vysokou korespondenci. Tu vysvětluje několika způsoby:

- Alkoholismus může způsobit ztrátu přátel, rodiny a zaměstnání, což vede k sociální izolaci. Může to však být otázka, zda bylo první kuře či vejce.
- Alkohol i sebevražda mohou být pokusem vypořádat se s depresí.
- Alkohol zvyšuje účinky jiných sedativ, často používaných při pokusech o sebevraždu.
- Alkohol může zvýšit impulzivní účinek.

Alkoholismus i sebevražda mohou být reakcí na stejnou bolest. „Člověk může své trápení topit v alkoholu roky, než se rozhodne utopit“.

- Nakažlivá sebevražda

Sebevraždu můžeme nazývat nakažlivou, jestliže jedna sebevražda je spouštěčem pro jinou skupinu jedinců. Zahrnuje sebevraždy napodobitelů a skupinové sebevraždy, nejčastěji mezi dospívajícími. Například 8. dubna 1986 vyskočila osmnáctiletá zpěvačka Yukiko Okada ze sedmého patra svého nahrávacího studia. Mediální pozornost byla intenzivní. V příštích dvou týdnech spáchalo sebevraždu skokem z okna třicet tři mladých lidí. Na druhou stranu jiné studie nenalezly žádnou souvislost mezi novinovými zprávami a sebevraždami. Například po

smrti zpěváka Nirvany z roku 1994 Kurta Cobaina nenásledovala vlna sebevražd mladých lidí. Během sedmi týdnů po jeho smrti došlo v oblasti Seattlu ke stejnému počtu sebevražd jako v roce předešlém. (Stone, 1999)

- Kulturní schválení

Japonská (stejně jako římská) společnost tradičně přijímala nebo podporovala sebevraždu, pokud jde o otázku cti. Například prezident japonské společnosti, jejíž potravinový produkt omylem otrávil některé lidi, se zabil jako uznání odpovědnosti za chybu své společnosti. Je nemožné najít amerického generálního ředitele, který dobrovolně rezignoval kvůli přestupkům své společnosti, natož takového, kdo kvůli nim spáchal sebevraždu. V Japonsku se za rok 1986 zabilo 275 ředitelů společností (i když z různých důvodů). (Retterstole 1993 in Stone, 1999)

V kapitolách o typech sebevražd se uvádějí také zvláštní formy jednání, které vedou ke smrti jedince, avšak s rozdílem, že tento jedinec nemá smrt jako cíl svého jednání. Koutek (2003) zmiňuje sebeobětování, kde má smrt oběti význam ve prospěch jiných lidí, společnosti nebo idealistických cílů. Tuto formu jednání nelze chápat jako suicidální. Avšak v americké literatuře je řazeno mezi sebevražedné formy. Tato forma je pojmenována jako altruistická či hrdinská sebevražda. Kde jedinec také dobrovolně zemře pro dobro skupiny. Mezi příklady patří Řekové v Thermopylách; japonsští piloti kamikadze na konci druhé světové války; buddhističtí mniši a další, kteří se od roku 1963 upalovali a tím se pokoušeli zastavit vietnamskou válku či starší Inuité kteří se zabíjejí, aby zanechali více jídla pro své rodiny. (Stone, 1999)

Druhou zvláštní formou odchodu ze světa, kterou nemůžeme řadit mezi sebevraždy je sebezabití. Také jako ostatní vede k ukončení života, ale není zde přítomna snaha zemřít, či si uškodit. Jako sebezabití můžeme označit situaci, kdy nemocný při kvalitativní poruše vědomí uniká před svými domnělými nepřáteli a vyústí to skokem z okna. (Koutek, 2003)

3.3. Příčiny sebevražedného jednání u mladistvých

V období adolescence jedinci usilují o vymezení své identity. Aby toho mohli dosáhnout, musí se osamostatnit, odpoutat se do jisté míry od dřívějších vazeb a navazovat vazby nové. Mohou zažít situace bezradnosti a marného hledání smyslu své existence. Jedinci v tomto období bývají často nespokojeni se svým životem i vztahy. K sebevražedným myšlenkám dochází tedy často s představou, že ani budoucnost nenabízí žádné přijatelné řešení, u dospívajících totiž převažuje emocionální hodnocení situace nad racionálním. (Vágnerová, 2014)

V adolescenci se zvyšuje četnost sebevražedných pokusů i dokonaných sebevražd. Pokusy lze často chápat jako formu volání o pomoc. Mohou být výrazem snahy vymáhat uspokojení nenasyčených potřeb i za cenu vydírání. Může to být také vzrušující risk, kdy můžeme sebevražedný pokus interpretovat jako ruletu, u které nevíme, jak dopadne. (Vágnerová, 2014)

Sebevražedné jednání mladistvých vyvstává z určitých rizikových faktorů, které mohou adolescenta ohrožovat. Chaloupka shrnuje tyto faktory do základních oblastí. U mladistvých to jsou zejména problémy erotické, konflikty rodinné, pracovní konflikty a konflikty se společností a veřejnými zájmy. (Chaloupka, 1983) Význam zde mají ovšem i vyvolávající faktory, které působí jako spouštěč neadaptivního chování. Velký význam zde má i individuální zranitelnost jedince a jeho schopnost adaptace. (Koutek, 2003)

Tyto faktory, jak zmiňuje Koutek (2003) představují důležitou problematiku v otázce prevence sebevražednosti, také jsou podstatné při posuzování aktuální hrozby suicidálního jednání a plánování následné terapie. Jak je patrné, některé faktory působí na úrovni biologické, jiné na úrovni psychické či sociální. Ale nedá se to jasně oddělovat, některé faktory (a je to tak běžné) se doplňují a případně navzájem umocňují.

Černý (Černý, 1970) uvádí u dětí a mladistvých tyto základní kategorie příčin, které vedou k suicidálnímu jednání:

- Příčiny vnitřní

Konstituční

Ty popisuje jako změny osobnosti až psychopatie, dále sem řadí změny hormonální, pubertální rozladění, duševní poruchy, poruchy intelektu či lehká mozková dysfunkce. (Černý, 1970)

- Příčiny vnější

Vlivy rodinného prostředí a výchovy

Do tohoto typu řadí Černý (Černý, 1970) hlavně výchovné působení rodičů. Koutek (2003) připomíná, že harmonický vývoj dítěte vychází z harmonické rodiny. Tedy fungující primární vazby se základní vztahovou osobou, kterou je nejčastěji matka.

Dále sem Černý (Černý, 1970) řadí napětí mezi rodiči. K tomu vysvětluje Koutek (2003), že veškeré dlouhodobé konflikty v rodině jsou pro dítě traumatizující, jako například rozvod rodičů nebo dlouhodobé porozvodové spory. Do těchto sporů je také dítě často zatahováno a stává se jejich součástí.

Defektivnost v podobě alkoholismu nebo duševního onemocnění a odchylky jednoho z rodičů jsou také častým jevem, které mohou dítě negativně ovlivnit, a jsou tedy řazeny mezi rizikové faktory. (Černý, 1970)

Koutek (2003) k rizikovým faktorům ve vztahu k rodině doplňuje ještě týrání, případně sexuální zneužívání jedince.

Vlivy pracovního prostředí

Školní prostředí má na mladistvého nepochybně velký vliv, je to místo, kde se dlouhodobě vyskytuje a toto prostředí ho také jistým způsobem tvaruje. Koutek (2003) v této kapitole poukazuje na důležitost úspěchu případně neúspěchu jedince ve škole. Zmiňuje, jak důležitý pozitivní význam má pro duševní hygienu jedince, ať již se jedná o úspěch v oblasti prospěchu či chování. Veškeré problémy v této oblasti zvyšují rizikovost suicidálního jednání. Zvláště ohrožení jsou jedinci méně nadaní, školsky přetěžovaní či s hyperkinetickou poruchou.

Černý (1970) poukazuje na problematiku prvních zaměstnání. Jde o situace, kdy jedinec po škole nemá například dostatek schopností pro danou práci, nebo má problémy s pracovním zařazením vůbec.

Vlivy společnosti vrstevníků

Tato složka se vyskytuje zejména v období pubertálním, kdy se mladý člověk začíná fyziologicky odpoutávat od rodiny. A začíná navazovat silnější citové vazby s kamarády stejné věkové kategorie. Dochází ke sdružování mladých lidí do větších skupin. (Černý, 1970) Kamarádi většinou pocházejí ze školního prostředí jedince. Školní kolektiv hraje v životě dítěte a dospívajícího velkou roli. Dobré zapojení mezi vrstevníky vede k přiměřenému sebevědomí, naopak šikana ze strany spolužáků, pocit nedostatečnosti a neúspěchu mezi nimi vede k nebezpečí sebevražedného jednání. Ohrožené děti jsou ty, které něčím vybočují či jsou více nápadné. Mohou to být obézní jedinci či tělesně méně obratní atd. (Koutek, 2003)

3.4. Prevence

Prevence sebevražd vyžaduje kombinaci univerzálních, selektivních a indikovaných strategií. Univerzální strategie se zaměřují na celou populaci. Selektivní strategie jsou vhodné pro podskupiny, které mohou mít zvýšené riziko sebevražedného chování. Indikované strategie jsou určeny pro jednotlivce, u nichž bylo zjištěno vysoké riziko sebevražedného chování, včetně někoho, kdo se pokusil o sebevraždu. Stejně jako sebevražda nemá jedinou příčinu, neexistuje ani jediná preventivní aktivita, která by sebevraždě zabránila. Aby byla prevence úspěšná, musí být komplexní a koordinovaná napříč organizacemi a systémy na národní, krajské /státní a lokální úrovni. Stejně jako u jiných programů o podporu zdraví by měly být tyto na podporu prevence sebevražd kulturně sladěny a místně relevantní.

3.4.1. Prevence sebevražd v ČR

- Národní akční plán prevence sebevražd 2020–2030 v ČR

Národní akční plán prevence sebevražd 2020-2030 (dále jen NAPPS) je nově vydaný dokument, s cílem přispět ke snižování sebevraždění v České republice. Jedná se o první strategický dokument, který se zabývá prevencí sebepoškozování a sebevraždění a který stanovuje konkrétní postupy pro její naplňování. (MZCR, 2020 [online]) Česká republika v tomto ohledu potřebuje národní politiku, která uvažuje systematicky a v dlouhodobém časovém horizontu. Vzhledem k absenci takové politiky, bylo vytvoření akčního plánu správným krokem kupředu.

NAPPS vychází ze situační analýzy, která předkládá nejčastější rizikové faktory, epidemiologii suicidálního chování, preventivní intervence založené na důkazech, rozhovory s relevantními aktéry a která tak podává ucelenou zprávu o praxi prevence sebevražd v různých kontextech v České republice. Na základě rešerše literatury navrhuje situační analýza klíčové oblasti, které zrcadlí typické komponenty strategií prevence sebevražd dle Světové zdravotnické organizace, dále pak cílové skupiny a vhodné intervence. (MZCR,2020 [online])

K odpovědnosti za prevenci sebevražd se Česká republika přihlásila již v roce 2002 v dokumentu Zdraví 21, kde se zavázala ke snížení počtu sebevražd alespoň o jednu třetinu do roku 2020. Celý projekt zároveň přispívá k plnění Cílů udržitelného rozvoje, které vytyčila Organizace spojených národů. Jedním z nich je snížení sebevraždění o jednu třetinu do roku 2030. Dalším dokumentem, ze kterého NAPPS vychází, je Mental Health Action Plan 2013-2020, který vznikl pod hlavičkou WHO a jehož cílem je snížit globální míru sebevraždění o 10 %. (MZCR, 2020 [online])

- Strategické cíle NAPPS

Strategické cíle a jejich nižší úrovně jsou formulovány s cílem předcházet nejen sebevražděnímu chování ale také fenoménu sebepoškozování, což jednak následuje zahraniční praxi, zároveň se ukazuje, že sebepoškozování je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro další sebevraždění jednání. Strategické cíle jsou následující:

- Strategický cíl 1: Preventivní intervence a opatření prevence sebevražd a sebepoškozování jsou běžnou komponentou v oblasti prevence v rámci veřejného zdraví.

- Strategický cíl 2: Služby v oblasti duševního zdraví a služby sociální péče, určené pro poskytnutí pomoci člověku procházejícímu krizí, jsou dostupné časem, místem, kapacitou i cenou a jsou k dispozici v komunitě dle potřeby, je ustanovena dobrá praxe předávání klientů mezi těmito službami a služby samotné poskytují péči založenou na důkazech.

- Strategický cíl 3: Problematika sebepoškozování, sebevraždění a možnosti prevence jsou součástí vzdělávání relevantních profesí a běžným prvkem v osvětových kampaních.

- Strategický cíl 4: Prevence sebevražd a sebepoškozování a koordinace aktivit v této oblasti vychází ze spolehlivých informací a vědomostí. (MZCR, 2020 [online])

3.4.2. Prevence sebevražd v USA

- Národní strategie prevence sebevražd 2012 v USA

Před více jak 10 lety, významný americký lékař a generál David Satcher prolomil mlčení kolem sebevražd ve Spojených státech vydáním výzvy k prevenci sebevražd v USA. Tento významný dokument, publikovaný v roce 1999, představil plán prevence sebevražd a pomohl k vytvoření národní strategie v roce 2001. Na tuto strategii byla vytvořena zpráva zveřejněná v roce 2010, která identifikovala podstatné úspěchy v prevenci sebevražd, ale také velký prostor pro další zlepšení. (NCBI, 2012 [online])

Národní strategie prevence sebevražd z roku 2012 (dále jen „národní strategie“) je výsledkem úsilí Úřadu generálního lékaře USA a Národní akční aliance pro prevenci sebevražd (Action Alliance). Národní strategie je výzvou k akci, která má v příštím desetiletí sloužit jako vodítko pro prevenci sebevražd ve Spojených státech. Nastihuje čtyři strategické směry s 13 cíli a 60 cíli, které mají spolupracovat synergickým způsobem, aby se zabránilo sebevraždě v zemi.

V prevenci sebevražd hraje roli každý. Cíle národní strategie spolupracují na podpoře zdraví, zvýšení ochrany, snížení rizika a podpoře účinné léčby a zotavení. Od podpory dialogu o sebevražedném chování až po prosazování zákonů podporujících prevenci sebevražd národní strategie uvádí, v čem by strategie měla přinést změnu a zlepšení:

- Podporovat pozitivní veřejný dialog, čelit předsudkům a mlčení; vybudovat veřejnou podporu pro prevenci sebevražd.
- Řešit potřeby zranitelných skupin, přizpůsobení služeb kulturním a situačním kontextům, ve kterých jsou nabízeny, a usilovat o odstranění rozdílů.
- Koordinace a integrovanost služeb zaměřených na zdraví a zdravého? chování a zajistit kontinuitu péče;
- Podpora změny v systémech, zákonech a prostředí, které podpoří a usnadní prevenci sebevražd a souvisejících problémů.

- Spojení veřejného zdraví a zdravého chování.
- Omezení přístupu k smrtícím prostředkům (např. střelným zbraním)
- Použití aktuální znalostní báze pro prevenci sebevražd. (NCBI, 2012 [online])

Jako strategické cíle, kterými chce dosáhnout výše uvedeného, si národní strategie pro prevenci sebevražd vytyčila tyto:

- Strategický cíl 1: Zdraví a zmocnění jednotlivce, rodiny a komunity: vytváření podpůrného prostředí, které podpoří celkové zdraví populace a sníží riziko sebevražedného chování a souvisejících problémů.

Specifické cíle:

- Integrace a koordinace aktivit prevence sebevražd v různých sektorech a prostředích.
- Zvyšování znalostí o faktorech, které chrání před sebevražedným chováním a které podporují dobrý duševní stav a zotavení.
- Podpora odpovědného mediálního zpravodajství o sebevraždách, přesná zobrazení sebevražd a duševních chorob v zábavním průmyslu a bezpečný online obsah související se sebevraždou.
 - Strategický cíl 2: Klinické a komunitní preventivní služby: je třeba zavést vývoj podpůrných systémů, služeb a zdrojů na podporu zdraví a pomoc jednotlivcům úspěšně se orientovat ve výzvách.

Specifické cíle:

- Rozvoj, implementace a monitorování účinných programů, které podporují wellness a předcházejí sebevraždám a souvisejícímu chování.
- Podpora úsilí o omezení přístupu k smrtícím prostředkům sebevraždy mezi jednotlivci se zjištěným rizikem sebevraždy.
- Poskytování školení poskytovatelům komunitních a klinických služeb v oblasti prevence sebevražd a souvisejícího chování.

- Strategický cíl 3: Léčebné a podpůrné služby: zajištění přístupů k péči o vysoce rizikové pacienty založených na důkazech, včetně plánování bezpečnosti a konkrétních forem psychoterapie, které lze použít k podpoře léčby základních duševních stavů.

Specifické cíle:

- Podpora prevence sebevražd jako základní součásti služeb zdravotní péče. Podpora přijetí „nulových sebevražd“ jako aspiračního cíle ze strany systémů zdravotní péče a podpory komunity, které poskytují služby a podporu jednotlivcům s rizikem sebevraždy v prostředí, které je nejvíce spolupracující, reaguje a nejméně omezuje.
- Podpora a provádění účinných klinických a profesionálních postupů pro hodnocení a léčbu osob, u nichž bylo zjištěno riziko sebevražedného chování.
- Poskytování péče a podpory jednotlivcům postiženým sebevražedným jednáním v rodině; podpora uzdravení a implementace komunitních strategií, které pomáhají předcházet dalším sebevraždám.
- Strategický cíl 4: Dohled, výzkum a hodnocení: podpora dozoru nad veřejným zdravím prostřednictvím systematického sběru, analýzy, interpretace a včasného využívání údajů pro opatření v oblasti veřejného zdraví ke snížení nemocnosti a úmrtnosti.

Specifické cíle:

- Zlepšení včasnosti a užitečnosti systémů dozoru týkajících se prevence sebevražd, jakož i schopnosti shromažďovat, analyzovat a používat tyto informace.
- Propagace a podpora výzkumu prevence sebevražd.
- Hodnocení dopadu a účinnosti preventivních zásahů a systémů na sebevraždu; syntéza a šíření poznatků. (WHO, 2018 [online])
- [The Gun Shop Project](#)

Přístup ke zbrani v domácnosti zvyšuje riziko sebevraždy a nákup zbraně může být příznakem sebevražedné krize. Jedna výzkumná studie ukázala, že riziko sebevraždy se zvyšuje bezprostředně po zakoupení střelné zbraně a zůstává zvýšené po dobu nejméně 6 let po nákupu. S ohledem na tuto skutečnost byl v roce 2020 vytvořen projekt *The Gun Shop Project*. (EFSGV, 2021) Tento projekt staví na partnerství mezi maloobchodníky, střelnicemi a kluby a odborníky na veřejné zdraví. Projekt Gun Shop poskytuje maloobchodníkům, instruktorům a zákazníkům vzdělávací materiály pro prevenci sebevražd střelných zbraní. Patří mezi ně vzdělávání o zvýšeném riziku sebevraždy pro komunitu vlastníků zbraně a strategie prevence, které umožňují majitelům zbraní převzít aktivní roli v prevenci sebevražd mezi jejich vrstevníky. (EFSGV, 2021) Ty jsou implementovány prostřednictvím různých cest, včetně vzdělávacích akcí na střelnicích, letáků pro maloobchodní zákazníky a materiálů podporujících zvýšené povědomí maloobchodníků o potenciálně sebevražedném chování. Díky tomuto úsilí bylo vyvinuto „11. přikázání bezpečnosti zbraní“, které podporuje dočasné skladování střelných zbraní mimo pracoviště, když je jedinec vystaven zvýšenému riziku sebevraždy. Projekt získal v posledních letech značnou pozornost a aktuálně se do něj hlásí 21 států USA. (Marshall, 2021)

3.4.3. Rizikové faktory a varovné signály

Většina literatury o sebevraždách mladých lidí se týká dětí školního věku (7–12 let) a dospívajících (13–20 let). Tito mladí lidé jsou od přírody zranitelní, mají častěji problémy s duševním zdravím, zejména v období dospívání. Toto období života se vyznačuje pohybem, změnami a přechody z jednoho stavu do druhého, a to ve velmi krátkém období a všechno současně. Mladí lidé musí rozhodovat o důležitých konkrétních směrech v životě, například o škole, životní situaci, vrstevnické skupině atd. Musí také řešit nové výzvy týkající se budování vlastní identity, rozvoje sebeúcty, získávání rostoucí nezávislosti a odpovědnosti, budování nových intimních vztahů atd. Mezitím podléhají neustálým změnám jak fyzickým, tak psychickým. Kromě toho jsou často konfrontováni rodinou či vrstevníky s vysokými (někdy přehnaně) očekáváními. Takové situace nevyhnutelně vyvolávají určitou míru bezmocnosti, nejistoty, stresu a pocitu ztráty kontroly. Aby mohli mladí lidé čelit těmto výzvám a úspěšně se s těmito emocemi vypořádat, musí mít k dispozici dobré podpůrné zdroje, jako je stabilní životní situace, silné přátelství, dobré rodinné vazby a ekonomické zdroje. Na rizikové faktory lze pohlížet jako na takové, které podkopávají tuto podporu nebo brání v přístupu ke zdrojům. Zatímco ochranné faktory tyto zdroje posilují a chrání, nebo slouží jako nárazník proti rizikovým faktorům.

- Duševní zdraví

Většina studií se shoduje, že sebevražda úzce souvisí s duševními poruchami. Bilsen (Bilsen, 2018) říká, že přibližně 90 % lidí, kteří spáchají sebevraždu, trpělo alespoň jednou duševní poruchou. Bylo zjištěno, že duševní poruchy přispívají mezi 47 a 74 % rizikem sebevraždy. Nejčastěji se v této souvislosti vyskytuje afektivní porucha. Deprese byla zjištěna u 50–65 % případů sebevražedného jednání, častěji u žen než u mužů. Depresivní symptomy je nutné odlišit od běžné špatné nálady, které adolescenti říkají „depka“. Na druhé straně však může suicidální jednání adolescenta jeho okolí překvapit, jelikož známky depresivního chování neprojevoval. (Koutek, 2008) Zneužívání návykových látek, konkrétněji zneužívání alkoholu, je také silně spojeno s rizikem sebevraždy, zejména u starších dospívajících a mužů. (Bilsen, 2018) Vpád drog do České republiky v období začátku 90. let je dáván do souvislosti se zvýšením suicidality v adolescentním období. Drogová závislost a následný abstinenční

syndrom představuje významný rizikový faktor (Koutek, 2008) Mezi 30–40 % lidí, kteří zemřeli sebevraždou, mělo poruchy osobnosti. Nejčastěji pak hraniční nebo asociální poruchu osobnosti. Sebevražda je často příčinou smrti u mladých lidí s poruchami příjmu potravy, zejména mentální anorexie. (Bilsen, 2018) Sebevražedné chování může být reakcí na nucení do jídla nebo do terapie. U mentální bulimie dochází ke ztrátě kontroly příjmu jídla, přejedení je provázeno pocity viny a selhání a může být také spouštěčem sebevražedného jednání (Koutek,2008) Vyšší riziko sebevražednosti se vyskytuje u osob se schizofrenií. U tohoto onemocnění je riziko 10–20 × vyšší oproti ostatní populaci. U asi 60 % lidí se schizofrenií se projevují v menší nebo větší míře i depresivní symptomy. (Koutek, 2008) Nakonec byla také nalezena souvislost mezi sebevraždou a úzkostnými poruchami, ale je obtížné posoudit vliv poruch nálady a návykových látek, které jsou v těchto případech také často přítomny. Obecně komorbidita duševních poruch podstatně zvyšuje riziko sebevraždy. Obzvláště důležitá je zde vysoká prevalence komorbidity mezi afektivními poruchami a poruchami užívání návykových látek. (Bilsen, 2018)

- Osobnostní předpoklady

Sebevražda je spojována také s impulzivitou. I když víme, že sebevražedný proces může trvat týdny, měsíce nebo dokonce roky. Fatální přechod od sebevražedných myšlenek a pokusů o sebevraždu k dokončené sebevraždě často nastává náhle, nečekaně a impulzivně, a to zejména u dospívajících. Potíže se zvládáním různých, často silných a smíšených emocí a výkyvů nálad, které doprovázejí konfrontaci s novými a stále se měnícími výzvami v různých oblastech, je dalším rizikovým faktorem sebevraždy mládeže, pravděpodobně částečně ovlivněným bio-neurologickými faktory. (Bilsen, 2018) Výzkum také ukazuje, že adolescenti, se sebevražednou historií, mají tendenci se chovat agresivněji, postrádají pozitivní dovednosti v oblasti zvládání a řešení problémů, cítí se méně podporováni rodinou a přáteli a mají obecný pocit beznaděje. (Borden, 2014) Někteří vědci toto spojují s procesem rigidního myšlení, který se u těchto mladých lidí často vyskytuje. Tento způsob myšlení nazýváme také „dichotomické myšlení“, lidé své zážitky popisují jako „černé“ nebo „bílé“, zcela dobré nebo naprosto špatné, s malým prostorem pro nuance. To také odpovídá obrazu jejich světa. Tato neschopnost při řešení problémů a regulaci nálady často způsobuje nejistotu, nízkou sebeúctu,

ale může také vést k hněvu a agresivnímu chování, emoční krizi a sebevražedné krizi, zejména v kombinaci s perfekcionistačnými osobnostmi. (Bilsen, 2018)

- Rodinné předpoklady

Jedním z nejdůležitějších zdrojů podpory při řešení mnoha výzev pro mladistvé je jejich rodinné prostředí. V mnoha studiích bylo se sebevražedným chováním spojeno několik rizikových faktorů týkajících se rodinné struktury a procesů. Odhaduje se, že v 50 % případů sebevražd mládeže se jedná o rodinné faktory.

Jedním důležitým faktorem je anamnéza duševních poruch u přímých členů rodiny, zejména deprese a užívání návykových látek. Není jasné, zda tyto jevy ovlivňují sebevražedné chování dítěte, přímo či nepřímou, prostřednictvím duševních poruch vyvolaných u dítěte jako výsledek tohoto rodinného kontextu. (Bilsen, 2018) Vědci také zjistili zvýšenou přítomnost sebevražedného chování u rodinných příslušníků mladých lidí, kteří spáchali sebevraždu. V souboru 39 pacientů hospitalizovaných na Dětské psychiatrické klinice FN Motol v letech 1982–1986 po suicidálním pokusu bylo suicidální jednání v rodině zjištěno ve 23 %, mezi 127 dětmi a adolescenty hospitalizovanými ze stejného důvodu v letech 1995–1999 ve 20 %. (Koutek, 2008) Význam sebevražedného jednání v rodině je samozřejmě též psychologický. Výskyt suicidia v rodině může být určitým návodem a modelem řešení krizové situace. (Koutek, 2008) Ale Bilsen (2018) doplňuje že, studie adopce uvádějí větší shodu sebevražedného chování s biologickými než adoptivními příbuznými, což poukazuje spíše na genetické vysvětlení. To odpovídá rovněž skutečnosti, že někdy k sebevražednému chování rodičů došlo v minulosti bez vědomí dítěte, a přesto má dítě posléze sebevražedné sklony. Má svůj význam dokonce i v rodinách, kde je tato anamnéza tabuizována.

Špatná komunikace v rodině je dalším faktorem vyskytujícím se u sebevražedných případech. A to nejen komunikace s dítětem nebo o jeho problémech, ale obecně mezi členy rodiny. Přímé konflikty s rodiči mají velký dopad, ale také absence komunikace a zanedbávání komunikačních potřeb. Kromě toho v pozadí případů sebevražd mladistvých se často objevuje domácí násilí, a to nejen konkrétně proti dítěti, ale také jako způsob řešení problémů mezi členy rodiny. (2018)

Koutek (2008) zdůrazňuje pět charakteristik pro rodiny suicidálního adolescenta: *„Nedostatečné mezigenerační hranice, velmi konfliktní vztahy mezi rodiči, projektování pocitů rodiče do dítěte, symbiotickou vazbu dítě-rodič a rigidní rodinný systém.“*

Vliv vrstevníků

Pro každého adolescenta je dobré zapojení se do vrstevnického kolektivu velice důležité, pokud je toto zapojení nedostatečné nebo chybějící, vytváří velice stresující a rizikový faktor. Negativním faktorem jsou neuspokojivé vrstevnické vztahy, pocity nedostatečnosti a vyčlenění. V období adolescence narůstá také význam partnerských a sexuálních vztahů. (Koutek, 2008) Problém sexuality a vztahů Koutek (2008) popisuje takto: *„Nešťastná láska bývá často uváděna jako motiv suicidálního jednání. Důležitým problémem bývá obava z homosexuální orientace a z jejího odhalení mezi vrstevníky.“*

Suicidální jednání se někdy může objevit jako důsledek podobného jednání u kamaráda. Mladí lidé jsou více ovlivnitelní, a proto jsou náchylnější k nápodobě chování druhých než starší lidé. Imitace sebevražděného chování mladých lidí je způsobena přímým kontaktem v jejich přirozeném prostředí (např. vrstevnické skupiny, přátelé, někdo oblíbený v okolí), ale také na makroúrovni (např. zprávami z médií, smrt celebrity, idolu). Je však nutné si uvědomit, že různé rizikové faktory nepůsobí na jedince samostatně, záleží na jejich interakci a též na přítomných protektivních faktorech. Bilsen (2018)

- Dostupnost prostředků

Lidé uvažující o sebevraždě jsou obvykle rozpolcení ohledně tohoto rozhodnutí. Přejít od sebevražděných myšlenek ke skutečné sebevraždě často probíhá impulzivně jako reakce na akutní psychosociální stresory, a to zejména u mladých lidí. Dostupnost prostředků k sebevraždě může být rozhodující pro daný přechod v daném okamžiku a pro danou konkrétní situaci a zvolená metoda může také určit letalitu aktu. Dospívající používají různé metody: kromě věšení a otravy používají mladí muži v USA také velmi často střelné zbraně. Některé studie ukázaly, že omezení fyzické dostupnosti prostředků k sebevraždě může být důležité v preventivních strategiích. V NPPS je například uvedena jako jedna ze strategií zmenšit balení určitých léků a jejich snadné dostupnosti. V národním plánu se říká, že: *„Je doloženo, že*

regulace léčiv obsahujících paracetamol a způsobu jejich výdeje vedla ke snížení počtu sebevražd pomocí těchto léčiv.“

V USA se zase různými prostředky snaží snížit přístup ke střelným zbraním. (Viz Gun Shop Project)

- Varovné signály

- *„Mluví o sebevraždě, např. Kéž bych tu nebyl.*
- *Shání prostředky k ukončení života, např. shromažďuje léky, shání zbraň.*
- *Izoluje se, vyhýbá se sociálním kontaktům, chce být sám.*
- *Jsou pro něj typické časté změny nálad.*
- *Zabývá se nadměrně věcmi, které souvisejí se smrtí a umíráním.*
- *Zažívá pocity smutku, beznaděje, bezvýchodnosti situace.“ (WAVITA,2020)*
- *„Zneužívá alkohol či drogy.*
- *Chová se sebedestruktivně či riskantně.*
- *Spí příliš málo nebo příliš mnoho.*
- *Ukazuje vztek nebo mluví o hledání pomsty.*
- *Má extrémní výkyvy nálady.*
- *Hledá způsob, jak se zabít, například vyhledávání online nebo nákup zbraně.*
- *Mluví o tom, že je břemenem pro ostatní.“ (NSPL,2020)*

4. Praktická část

4.1. Výzkumný cíl

Toto téma výzkumu jsem si zvolila, jelikož téma smrti je v České republice i v USA stále tabuizované. A téma sebevraždy, a zvláště u mladistvých, ještě více. Myslím si, že je třeba, aby na toto téma vznikalo více diskusí a aby mladiství měli dostatečnou podporu ve chvílích krize a těžkých životních situacích. Aby neměli strach o tomto tématu veřejně, a hlavně soukromě mluvit.

Pro tuto práci jsem si určila 4 strategické cíle. Zjišťovala jsem, jak situace vypadá v obou zemích, abych mohla přispět ke zkoumání této problematiky, případně naznačit směr dalšího výzkumu či poukázat na případné mezery.

C1: Zjistit, jaké služby mohou být mladistvým poskytnuty, pokud jsou ve stavu krize a mají sebevražedné myšlenky? A jaká je dostupnost těchto služeb.

C2: Zjistit, zda informovanost o těchto službách je dostatečná. Zda mladiství vědí, kam se v takové chvíli mohou obracet, jaké mají možnosti.

C3: Zaměřit se na specifika práce se sebevražedným mladistvým klientem v krizové situaci.

C4: Najít omezení, která je třeba zlepšit a vyzdvihnout pozitiva.

4.2. Metoda výzkumu

Výzkumná metoda je podle Gavora (2007) prostředek pro sběr empirických údajů. Ritomský (2004) ji definuje jako způsob provádění výzkumu, závislý na určitém výběru a uspořádání badatelských úkonů, přičemž tento způsob poznávání je naplánován a je vhodný pro vícenásobné použití.

Metoda, kterou jsem zvolila pro průzkum je kvalitativní obsahová analýza. Tu můžeme chápat jako široké spektrum dílčích metod a postupů sloužících k analýze jakéhokoli textového dokumentu s cílem objasnit jeho význam, identifikovat jeho stylistické a syntaktické zvláštnosti, případně určit jeho strukturu. Zaměřuje se na námět, obsah a formu. Ty totiž označuje za základní výchozí kategorie a jejich prostřednictvím, pomocí klasifikace a kategorizace jsou získávány a zpracovávány jednotky analýzy, aby mohly být následně zpracovány a získaný výsledek interpretován (Miovský, 2006).

Podle Gavora (2007) poskytuje textový materiál bohaté údaje, které vystupují ve výzkumu buď jako samostatné a jediné materiály, nebo doplňují jiné zjištění získané pomocí rozhovoru nebo pozorování.

Kvalitativní část obsahové analýzy představovala kromě mých teoretických východisek, odpovědi participantů, které byly zpracovány ve formě předem stanovených kategorických oblastí a k nim náležejících indukovaných kategorií, které jsem rovněž stanovila na základě odpovědí participantů.

V zájmu získání kvalitativních dat pro průzkum jsem se rozhodla pro rozhovor. Cílem rozhovoru je prostřednictvím záměrně vyvolané interakce mezi výzkumníkem a respondenty získat informace potřebné pro pochopení určité problémové oblasti (Pavlica a kol., 2001).

Podle Gavora (2007) se jím zjišťují fakta, názory, přesvědčení a postoje lidí o tom, co zažili, zkusili, konali, přičemž jejich výpověď je zprávou z první ruky.

Z hlediska strukturovanosti šlo v mém případě o polostrukturovaný rozhovor, kdy má výzkumník připravený obsahový rámec, ale otázky přizpůsobuje tomu, jakým směrem se rozhovor ubírá. Výhodou takového rozhovoru je větší flexibilita, která spočívá v tom, že

výzkumník může během rozhovoru nevhodící se otázky vynechat, nebo naopak připojovat další, doplňující otázky (Gavora, 2007).

Základ pro polostrukturovaný rozhovor tvořilo 13 předem připravených otevřených otázek, které jsem v některých případech rozšířila o další doplňující otázky, z nichž jsem některé vynechala, např. v případě, že participant odpovídal dvě nebo více otázek současně. Jedna otázka, byla do základních otázek přidána, jelikož jsem ji považovala za důležitou. Proto jsem se na ni dotázala respondentů zpětně. Ne všichni účastníci výzkumu odpověděli.

Rozhovory s participanty průzkumu jsem zaznamenávala pomocí přehrávače, ze kterého jsme následně získané informace přenesla do počítače. Jiné rozhovory byly zachyceny formou nahrávaného telefonického rozhovoru, který byl stejně jako v prvním případě následně předepsán do počítače. Z přenesených nahrávek, jsem následně metodou fixace dat na papír vyhotovila přepis, přičemž jsem získaná empirická data roztrídila a vytvořila indukované kategorie, z kterých následně vyvstaly kategorické oblasti:

- Služby a dostupnost
- Informovanost
- Specifika sebevražděných myšlenek
- Klady a zápory v oblasti krizové pomoci

Takto získaný materiál jsem nakonec podrobila obsahové analýze, aby následně v interpretaci mohly být výsledky popsány.

Samotné realizaci rozhovorů předcházelo ústní vyjádření souhlasu participantů průzkumu, kdy souhlasili s jeho zaznamenáváním a využitím výhradně pro účely mé rigorózní práce.

4.3. Výzkumný soubor

Podle Miovského (2006) by měla být metoda výběru průzkumného souboru podřízena cíli průzkumu tak, aby bylo ve vztahu ke zkoumanému problému dosaženo saturace dat.

Jelikož předmětem rigorózní práce bylo zkoumání dostupnosti služeb pro dospívající se sebevražednými myšlenkami v České republice a v USA, průzkumný vzorek tvořili pracovníci krizových center, krizoví intervent, sociální pracovníci, terapeuti, kliničtí sociální pracovníci a školní poradci z obou zemí, kteří tuto pomoc mladistvým poskytují.

V průzkumu jsem se rozhodla použít metodu záměrného výběru zkoumaného souboru, a to: záměrný výběr přes instituce (Mioviský, 2006)

Na základě této metody jsme se dostala ke krizovým zařízením v ČR, v nichž participanti přijdou do kontaktu s různými formami kontaktu s mladistvými v krizi, kteří řeší sebevražedné myšlenky. V rámci výběru jsem využívala internet k vyhledání potencionálních respondentů, kteří byli následně kontaktováni s žádostí o participaci na výzkumu. V ČR jsem také využila síť odborníků ze svého okolí. V USA záměrný výběr probíhal obdobně. Nejdříve jsem si vytvořila tabulku s emaily všech potencionálních participantů, které jsem obeslala. Také v rámci výcviku na PTSD jsem žádost poslala všem spoluúčastníkům. V České republice pozitivně reagovalo 8 respondentů v USA se mi pozitivní reakce dostalo od 7 odborníků. S těmito participanty jsem vedla rozhovory. (Tab. 3)

Tab. 1 Participanti první části výzkumu

	Označení participanta	Pozice v organizaci	Organizace
1.	Respondent CZ 1	Krizový intervent, sociální pracovník	Salesiánské středisko mládeže – středisko volného času, o.p.s.
2.	Respondent CZ 2	Ředitel	Linka bezpečí, z.s.

3.	Respondent CZ 3	Koordinátorka, sociální pracovnice, terapeutka	Diakonie ČCE – středisko západní Čechy; Plus pro lidi v krizové situaci
4.	Respondent CZ 4	Sociální pracovnice	Spondea, o.p.s
5.	Respondent CZ 5	Terapeut, krizový intervent, metodik a sociální pracovník	Terapeutické centrum Modré dveře, z. ú
6.	Respondent CZ 6	Sociální pracovnice	Centrum pomoci rodině a dětem, Portus Prachatice, o.p.s.
7.	Respondent CZ 7	Terapeutka	Soukromá praxe
8.	Respondent CZ 8	Krizová interventka, sociální pracovnice	Linka bezpečí, z.s.
9.	Respondent USA 1	Školní poradkyně	Latin America Youth Center
10.	Respondent USA 2	Klinická sociální pracovnice, terapeutka	Sasha Bruce Youthwork, Inc.
11.	Respondent USA 3	Klinická sociální pracovnice, psychoterapeutka	Society for the Prevention of teen Suicide, Inc.
12.	Respondent USA 4	Zdravotní sociální pracovnice	Saint Mary Hospital
13.	Respondent USA 5	Klinická sociální pracovnice, terapeutka	Soukromá praxe
14.	Respondent USA 6	Klinická	Howard University

		psycholožka, terapeutka	
15.	Respondent USA 7	Klinický sociální pracovník, psychoterapeut	Soukromá praxe

4.4. Etika výzkumu

Pring (2002) zdůrazňuje, že etika výzkumu a vyjádření k etickým otázkám výzkumu patří k nedílné součásti závěrečné zprávy výzkumu.

Účast ve dvou fázích výzkumu byla dobrovolná. V případě první části výzkumu proběhla ústní dohoda na začátku každého rozhovoru o tom, že rozhovor je nahráván, následně bude přepsán a jeho data využita pouze pro potřeby rigorózní práce. Účastníci rozhovoru byli nejdříve osloveni e-mailem či telefonicky a sami dobrovolně zhodnotili, zda se chtějí výzkumu účastnit.

4.5. Plán výzkumu

Výzkum jsem realizovala v následujících etapách:

Tab. 2 Plán výzkumu

1.Fáze výzkumu – Rozhovory v České republice	
Vymezení cílů průzkumu a průzkumných otázek v ČR	Červen 2017
Teoretická příprava	Srpen 2017–Prosinec 2017
Zkonstruování otázek pro polostrukturovaný rozhovor	Říjen 2017
Výběr metod	Říjen 2017
Výběr průzkumného vzorku	Listopad 2017
Realizace rozhovorů	Listopad 2017–Březen 2018
Zpracování výsledků průzkumu	Duben 2018
Vyhodnocení průzkumu v ČR	Duben 2018–Květen 2018
2.Fáze výzkumu – Rozhovory v USA	
Příprava otázek pro polostrukturovaný rozhovor v USA	Prosinec 2019
Mapování a předvýběr respondentů	Únor 2020–Květen 2020
Výběr průzkumného vzorku	Červen 2020–Listopad 2020
Realizace rozhovorů	Září 2020–Leden 2021
Zpracování výsledků průzkumu	Duben 2021
Vyhodnocení průzkumu v USA	Duben 2021
Interpretace a porovnání výsledků výzkumu z ČR a USA	Květen 2021

4.6. Analýza výzkumu

V první části výzkumu jsem zvolila jako nejvhodnější techniku otevřené kódování, kdy jsem v první fázi pracovala s tištěnou formou transkriptu všech rozhovorů a hledala v textech nosné informace. Tyto části textů jsem barevně označila a roztřídila na významově spolu související celky (výroky, věty, myšlenky, slova apod.), které jsem označovala kódy. Pro mé účely jsem použila otevřené a axiální kódování a celý proces byl doprovázen tvorbou poznámek.

Během otevřeného kódování mi v prvním kroku vzniklo velké množství kódů, a proto jsem musela přistoupit k jejich důslednému prozkoumání a redukci. Zjistila jsem například, že se poměrně často objevoval stejný jev pod různými označeními. Ve druhém kroku jsem se jednotlivé kódy shlukovala do společných témat. Souběžně s kódováním docházelo i k postupné kategorizaci dat probíhající nejprve dříve intuitivní a později již systematicky, cíleně. Otevřené kódování odhaluje v datech určitá témata (Hendl, 2005). Docházelo tak k postupné kategorizaci dat a všude jsem si zaznamenávala poznámky a komentáře o významu kódů, které pomáhaly při předběžné interpretaci a byly základem pro zpracování výsledné zprávy. Výsledkem tohoto procesu byly kategorie a podkategorie. Následně jsem se zaměřila na rozpracování kategorií a subkategorií a rozvíjela jsme vlastnosti a dimenze kategorií. Základními analytickými postupy, pomocí kterých jsem toho dosahovala, bylo kladení otázek o údajích a zjišťování podobností a rozdílů porovnáváním jednotlivých případů, událostí a dalších výskytů zkoumaného jevu mezi sebou (Miovský, 2006)

Po rozkódování všech rozhovorů a zavedení podkategorií jsem si všechny rozhovory uspořádala dle jednotlivých otázek a rozdělila na část českou a americkou.

S takto připraveným materiálem jsem začala část srovnávací. Kde na základě analýzy obou fází výzkumu jsem jejich výsledky porovnála a vyvodila z toho nové závěry.

Proces analýzy dle Kronicka (1997):

- Seznámení se s daty: prepis získaných dat, přečtení, kódování nejprve na papíře, zaznamenávání prvotních nápadů a postřehů.
- Vytváření primárních kódů: opětovné kódování v počítači, postupné slučování relevantních dat, vytváření tzv. "Kódovacích karet".

- Hledání témat: slučování kódů do potenciálních témat, shromažďování všech dat relevantních k danému tématu. Jednotlivým částem můžeme porozumět pouze ve vztahu k celku a celek pochopíme pouze ze znalosti jeho částí.
- Revize témat: kontrola, zda témata odpovídají kódovaným extraktům, vytváření tematických map analýzy. Tato revize následovala po období přibližně tří měsíců od prvotního kódování. Pro ověření systému vytvářených kategorií jsem zvolila od tohoto procesu i triangulaci výzkumníků formou vzájemné diskuse a kritické reflexe zvolených kategorií.
- Definování a pojmenování témat: postupující analýza, upřesňování názvů jednotlivých témat, které jsou ve vztahu k našim cílům nosné.
- Sepsání zprávy: selekce viditelných příkladů, finální analýza vybraných částí ve vztahu k výzkumným cílům a otázkám, sepsání zprávy.

Tab. 3 Jaké možnosti Vaše organizace nabízí pro dospívající v krizi?

Jaké možnosti Vaše organizace nabízí pro dospívající v krizi?	Indukovaná kategorie
Krizová intervence; emailová poradna; face to face;	Služba
Drop-in centrum; terapie; rodinné programy; soukromá ordinace; rezidentní a lokální programy; hospitalizace	
Ambulantní služba; terénní v domovech klientů; nízkoprahové zařízení; online služby	Dostupnost místní
On-site terapeut; online služby; lůžkový a ambulantní systém	Dostupnost časová
Nonstop služba; provozní doba; odpověď do 3 pracovních dní; limitovaná	
Ordinační hodiny, během konkrétních programů; nonstop hotline	

Komentář:

V první otázce jsem zmapovala situaci dostupných služeb, v obou zvolených destinacích, které jsou adolescentům poskytovány. Služby, které pracovníci popisovali, jsou různé v závislosti na typu organizace. U dané otázky se mi podařilo indukovat tři kategorie.

Tab. 4 Dokázal/a byste odhadnout, kterou možnost kontaktu využívají nejvíce?

Dokázal/a byste odhadnout, kterou možnost kontaktu využívají nejvíce?	Indukovaná kategorie
U telefonu můžeme vést až sedm hovorů; více pracovníků u telefonu; v nízkoprahu pouze jeden pracovník; rozdíl je enormní kvůli nastaveným kapacitám;	Dostupnost pracovníků
Po přednáškách za mnou chodí	
Telefon funguje nonstop; chat je maximálně na hodinu a půl, na chatu více později večer	Dostupnost časová
Hotlinka je nonstop	
Vede telefon, ale chat a email navyšují postupně počty; využívají individuální terapii	Služba
Nejvíce využívají sociální media pro kontaktování přátel; hledají si zdroje na internetu dle konkrétního tématu; využívají linku pro prevenci sebevražd	

Komentář:

Druhou otázku jsem směřovala na formu kontaktu, která je u mladistvých nejvíce vyhledávána. Odpovědi se lišily a bylo zřejmé, že v tomto ohledu hraje roli mnoho faktorů. Většina respondentů vycházela ze své zkušenosti a odhadů. Z celkového souboru participantů se mi podařilo vytvořit tři indukované kategorie na základě kódování jejich odpovědí.

Tab. 5 Souvisí výběr komunikačního prostředku s tématem, které dospívající přináší?

Souvisí výběr komunikačního prostředku s tématem, které dospívající přináší?	Indukovaná kategorie
na chatu náročnější osobnější témata; využívají buď formu rozhovoru, nebo hry; chat přináší vážná, těžká témata	Služba
V usa mladiství využívají hlavně online formu komunikace obecně; u mě je to vždy tvář v tvář; tedy nevím; záleží o které službě vědí	
Napíše email, my si to přečteme až později; spíš je rozhodující akutnost; večery jsou výživnější	Dostupnost
Mají mnoho různých služeb k dispozici	

Komentář:

V této otázce jsem se snažila najít vztah mezi formou kontaktu a tématem, které mladistvého přivedlo k vyhledání služby. Z celkového souboru participantů se mi podařilo vytvořit dvě indukované kategorie na základě kódování jejich odpovědí.

Tab. 6 Vidíte nějaká omezení či mezery v práci se sebevražedným klientem?

Vidíte nějaká omezení či mezery v práci se sebevražedným klientem?	Indukovaná kategorie
potřeba rozšířit provoz služeb KI; je málo skupin pro dospívající; rozšířilo množství organizací, které krizovou pomoc dětem nabízejí.	Nedostatek služeb

<p>V privilegovaných komunitách mají povědomí o terapii, v jiných moc ne; služby tu jsou, ale často si je nemohou dovolit; nejsem fanoušek hospitalizace, nálepkuje a dává lidem pocit patologie; nemocnice nemají dostatek programů a mladistvé léčí medikamenty</p>	
<p>malá proškolenost pracovníků na sebepoškození; kolegy rychle proškolit, aby měl kdo odpovídat; že ne všichni kolegové teda mají krizovou intervenci</p>	<p>Školení</p>
<p>Pracovníci nemají dostatečný trénink; školení jsou obecně velice slabá; máme klinický trénink pro dospělou populaci, ale chybí pro mladistvé; jen pár profesionálů má dobrý trénink, dokonce i v soukromé praxi</p>	
<p>Snadnější přecházet z krizové intervence do terapie; Není možnost psychologických služeb z vlastního rozhodnutí mladistvého</p>	<p>Legislativní omezení</p>
<p>Často se volá policie, která situaci jen zhorší; celý vzdělávací systém v USA je pochybný; Americký systém je absolutně nerovný</p>	
<p>nízkoprahovém klubu, tak tam si myslím, že je omezení prostorový;</p>	<p>Prostorové omezení</p>

Komentář:

V této otázce jsem se zaměřila na nedostatky, které pracovníci organizací pocítují. Nedostatků bylo vyjmenováno mnoho. Jedno negativum z České republiky vygenerovalo velkou doplňující otázku, kterou jsem následně položila i zbylým respondentům. Většina těch, kteří odpověděli, problém potvrdili. Z celkového souboru participantů se mi podařilo vytvořit čtyři indukované kategorie na základě kódování jejich odpovědí.

Tab. 7 Jak jsou Vaše služby dostupné?

Jak jsou Vaše služby dostupné?	Indukovaná kategorie
každý den a od 9 do půl 5; běžná pracovní doba; pracovní dny od 8:00 do 16:00 hod	Dostupnost časová
My jsme otevření 24/7; jednou za měsíc setkání; v kanceláři v pracovní době, ale potom i online mezi setkáními	
Zavolají si a domluvíme termín terapie; Hlavně ambulantní forma	Služba
Máme osobní konzultace; ambulantní forma; nabízíme služby u klientů doma; nabízíme pravidelná „setkání pro mladistvé“	

Komentář:

Tato otázka se zaměřila obecně na dostupnost poskytovaných služeb. Informace se vztahovaly k otevíracím dobám jejich pracovišť a možnosti, kdy je klienti mohou oslovovat či navštívit. Z celkového souboru participantů se mi podařilo vytvořit dvě indukované kategorie na základě kódování jejich odpovědí.

Tab. 8 *Myslíte si, že dostupnost určité služby má také význam při výběru dané možnosti kontaktu?*

Myslíte si, že dostupnost určité služby má také význam při výběru dané možnosti kontaktu?	Indukovaná kategorie
večerních hodinách už ty lidi vlastně mají klid; napíší email o víkendu, tak my si to stejně přečteme až déle; když je situace opravdu akutní, vyhledávají lidé dostupné služby hned	Dostupnost časová
Hotlinka nepostradatelná, protože je dostupná kdykoli	
možnost kdykoliv poslat sms či zprávu přes FB hodně využívají, je to pro ně přirozené; 90 ze 100 klientů, tak 90 jich chodí osobně.	Služba
Vyhledají nejdříve pomoc u vrstevníků; hlavně facebook a volání	

Komentář:

V této otázce jsem se snažila najít vztah mezi dostupností služby a kontaktem, který klient volí. Dle většiny dotazovaných v České republice zde vztah existuje a dostupností je forma kontaktu ovlivněna. Z celkového souboru participantů se mi podařilo vytvořit dvě indukované kategorie na základě kódování jejich odpovědí.

Tab. 9 *Jak o svých službách dáváte dospívajícím vědět? Kde se o Vás mohou dozvědět?*

Jak o svých službách dáváte dospívajícím vědět? Kde se o Vás mohou	Indukovaná kategorie
--	----------------------

dozvědět?	
máme Facebook; internetový stránky; TV	Média
Facebook; distribuce letáků; webové stránky; články v novinách; online přes službu hledající vhodného terapeuta;	
snažíme se prezentovat na školách.; kampaně do škol, primární prevencí na školách; v žákovských knížkách	Vzdělávací zařízení
Slyší o nás ve škole; chodíme na konference; máme informace v knihovnách	
Dáváme vědět doktorům	Zdravotní a sociální služby
v nemocnici sociální pracovník; na oddělení služeb pro mladistvé; na hotline o nás řeknou	
Od jiných klientů; řeknou si to mezi sebou	Osobní
Řeknou si to; nejčasteji se o nás dozví od kamarádů; kontaktují mě rodiče	

Komentář:

Tato otázka byla zaměřena na zjištění propagace organizací a pomáhajících profesionálů. Jakými způsoby se prezentují a v jakých institucích. Z celkového souboru participantů se mi podařilo vytvořit čtyři indukované kategorie na základě kódování jejich odpovědí.

Tab. 10 Myslíte si, že informovanost dospívajících je v tomto ohledu dostatečná?

Myslíte si, že informovanost dospívajících je v tomto ohledu dostatečná?	Indukovaná kategorie
Podle mě, kdyby běžely reklamy v televizi nebo o tom mluvili třeba youtubeři, bylo by	Společnost a média

to lepší;	
Největší problém je stigma; není dostatečné, ale roste; naši klienti jsou zaneprazdnění přežitím, nemají čas na tyto informace	
S ohledem na programy primární prevence, spolupráci s metodiky a psychology škol věříme, že informovanost je v našem regionu dostatečná; Kromě besed na školách, kde je cílenost obrovská a zpětné vazby velmi příznivé, si myslím, že naše snahy nepadají na úrodnou půdu.	Vzdělávání
Nedostatečné vzdělání v této oblasti; není dostatek programů	

Komentář:

Tato otázka se soustředila na názory respondentů v oblasti informovanosti mladistvých. A také, kde jsou případné mezery či naopak pozitiva v informovanosti mladistvých. Z celkového souboru odpovědí participantů se mi podařilo vytvořit dvě indukované kategorie na základě kódování našich rozhovorů.

Tab. 11 Dá se odhadnout, jaký komunikační prostředek využívají nejčastěji při sebevražedných myšlenkách?

Dá se odhadnout, jaký komunikační prostředek využívají nejčastěji při sebevražedných myšlenkách?	Indukovaná kategorie
---	-----------------------------

face to face; Na streetwork programu je zase chat; Tak hlavně SMS a chat.	Forma kontaktu
Z mé zkušenosti hlavně skrze sociální media; osobně s vrstevníkem, sociálním pracovníkem nebo rodičem; řekla bych psaní zpráv	

Komentář:

V této otázce jsem mapovala souvislost mezi komunikačním prostředkem, který klient volí a mezi tématem, který přináší. Z celkového souboru participantů se mi podařilo vytvořit jednu indukovanou kategorii na základě kódování jejich odpovědí.

Tab. 12 Jak často se objevuje téma sebevražedných myšlenek?

Jak často se objevuje téma sebevražedných myšlenek?	Indukovaná kategorie
1-2 x denně; sebepoškozování, tak to zrovna momentálně se tady objevuje často; Velmi, u adolescentů se objeví skoro vždy aspoň jednou, jako možnost, řešení neúnosné situace, většinou v afektu; každý den	Vysoká četnost
Je to spíše pravidlem, nežli výjimkou; tak přiměřeně četné; v mé profesi je to velice obvyklé téma	
není to častý; dvakrát do měsíce	Nízká četnost
Nenastane často; vůbec;	

Komentář:

V této otázce rozhovoru jsem se zaměřila na četnost tématu sebevraždy. Jak často je toto téma přítomno při intervenci. Na základě výpovědí respondentů jsem kódováním vytvořila dvě indukované kategorie.

Tab. 13 Jak se při tomto tématu postupuje? Jsou rozdílné postupy u různých médií?

Jak se při tomto tématu postupuje? Jsou rozdílné postupy u různých médií?	Indukovaná kategorie
Postup při práci s klientem je v každé formě odlišný.; Ano, důležité je navázat kontakt tak, aby dospívající přišel na osobní setkání. Psaný kontakt jen v omezené míře; Ano, určitě, to je rozdílné. V tom face to face je neverbální komunikace a já poznám, jak opravdové tohle téma má krátké jasné věty a sdělení, podpora ve smyslu	Jiný postup
Používáme hodnotící nástroje a protokoly; pro hotlinky je intenzivní trénink; pracuji s hodnotícím systémem a hledám míru nebezpečnosti	
Ten postup je skoro vždy stejný a to, že řekneme klientovi, ať přijde osobně;	Stejný postup
nepoužíváme žádné speciální postupy; ne, je to stejné	

Komentář:

V této otázce jsem chtěla zjistit postupy, které organizace mají pro práci se suicidálním klientem. Vždy záleží na tom, jaké konkrétní služby daná organizace poskytuje. Z celkového souboru participantů se mi podařilo vytvořit dvě indukované kategorie na základě kódování jejich odpovědí.

Tab. 14 Máte školení na suicidální klienty? Jsou tato školení rozdílná pro různé komunikační prostředky?

Máte školení na suicidální klienty? Jsou tato školení rozdílná pro různé komunikační prostředky?	Indukovaná kategorie
Pracovnice KC mají výcvik v krizové intervenci (osobní, telefonická), kde je tomuto tématu věnována pozornost; výcvik v krizové intervenci; výcvik v krizové intervenci	Obsahuje školení
V organizacích jako naše jsou školení povinné, v soukromé praxi je to otázka volby; všichni naši pracovníci mají speciální školení	
My speciální školení nemáme;	Neobsahuje školení
Máme protokoly, jak postupovat, ale nemáme žádná školení; nemáme školení, ale máme vzdělávací materiály; nemáme nic	

Komentář:

Otázka se zaměřuje na pracovníky organizací a jejich informovanost a připravenost v oblasti sebevraždy klientů. Z celkového souboru participantů se mi podařilo vytvořit dvě indukované kategorie na základě kódování jejich odpovědí. Tedy odpověď pozitivní, či negativní s ohledem na školení na toto téma.

Tab. 15 Vidíte nějaké výhody a pozitiva v této oblasti?

Vidíte nějaké výhody a pozitiva v této oblasti?	Indukovaná kategorie
kampaň, co jsme měli, měla docela dobrou ohlas; rozjetí projektu Včasná pomoc dětem;	Projekty
Máme dobré projekty;	
větší poptávkou nezletilých po službě; vidím, že se o tom mluví; Pociťuji z toho, že sem chodí více klientů.	Poptávka

Komentář:

Tato otázka byla zaměřena na pozitivní změny, které pracovníci organizací spatřují v této oblasti. Zaměřovali se spíše na negativa, ale ve většině případů českých pracovníků se shodují na pozitivu, že toto téma již není takové tabu. V USA byly odpovědi více negativní. Z celkového souboru participantů se mi podařilo vytvořit dvě indukované kategorie na základě kódování jejich odpovědí.

Tab. 16 Doplnující otázka – Jak postupujete, pokud adolescent řeší sebevražedné myšlenky, a vy víte, že je třeba psychologická pomoc, ale adolescent se bojí či nemůže sehnat souhlas od rodičů?

Doplnující otázka – Jak postupujete, pokud adolescent řeší sebevražedné myšlenky, a vy víte, že je třeba	Indukovaná kategorie

psychologická pomoc, ale adolescent se bojí či nemůže sehnat souhlas od rodičů?	
Následná pomoc chybí, je to limitující; rozhoduje, zda upřednostní právo klienta na diskretnost a mlčenlivost, nebo plnění oznamovací povinnosti s rizikem, že ztratí jeho důvěru;	Legislativa
14ti letí mají možnost si hledat pomoc, bez povolení od rodičů; když mladistvý hledá terapii, bez souhlasu rodičů, tak může	
kontaktovali policii a OSPOD; konzultujeme s ním, koho kontaktovat (rodič, OSPOD). V případě, že stav mladistvého je skutečně vážný, přivoláme lékařskou službu	Spolupráce s institucemi

Komentář:

Tuto otázku jsem položila zpětně respondentům jako reakci na odpověď respondenta CZ8 v odpovědi na otázku 4. Jelikož mi tato problematika přišla důležitá a chtěla jsem znát názory i ostatních respondentů. Většina dotázaných v České republice se shodla, že je to skutečně problém. Z celkového souboru participantů se mi podařilo vytvořit dvě indukované kategorie na základě kódování jejich odpovědí.

4.7. Výsledek výzkumu

Záměrem rigorózní práce bylo získat informace od profesionálů pracujících v oblasti duševního zdraví mladistvých. Konkrétně se zabývá problematikou informovanosti a dostupnosti služeb pro mladistvé, kteří se ocitli v krizi a mají sebevražedné myšlenky. Cílem bylo zjistit, zda je dostatek těchto konkrétních služeb, které mohou tyto osoby využít a zda vůbec o službách pomoci vědí. V tomto duchu se vedly obě fáze komparativního výzkumu. Jak první fáze, kde byly vedeny rozhovory s odborníky v České republice, tak i ve fázi druhé, která probíhala ve Spojených státech amerických. Výsledky výzkumu odpovídají na 4 výzkumné cíle, které byly stanoveny.

- C1: Zjistit jaké služby mohou být mladistvým poskytnuty, pokud jsou ve stavu krize a mají sebevražedné myšlenky? A jaká je dostupnost těchto služeb. (Tab. 3, 4, 5, 7, 8)

Rozhovory s respondenty ukázaly, že služeb v České republice je již v této době celkem dostatek. Záleží na kraji a také na tom, jakou konkrétní službu organizace poskytuje. Mladiství si mohou často zvolit, jaký typ kontaktu je jim nejbližší. Nejvíce možností mají samozřejmě v Praze, ale výzkum byl prováděn také v Brně, Prachaticích, Říčanech a Plzni, tedy zastoupení různých služeb je v celé České republice. Mladiství mají na výběr například z nízkoprahového zařízení, soukromé psychologické pomoci, linek důvěry, chatu či e-mailu. Většina zařízení má jen jednu možnost kontaktu, tedy mladiství si spíše vybírají zařízení, dle toho, jaké služby nabízí. Také záleží, v jakou konkrétní hodinu či den se jedinec v krizové situaci ocitne. Respondent CZ 2 k tomuto říká: *„Nejvíce se obracejí na tu telefonní službu, to ale je vlastně taky dáno tím, že tam je ta kapacita na ten příjem hovorů největší. Je to služba, která funguje non-stop. A těch linek máme až sedm, takže v jednu chvíli tady můžeme vést až sedm hovorů. Takže ta kapacita na tom telefonu je největší. „. Tedy pokud jedinec řeší krizi mimo otevírací či provozní dobu, může využít linky důvěry, které jsou většinou nonstop, či využít e-mailovou poradnu. U e-mailu, ale musí brát v potaz, že odpověď přijde se zpožděním, tedy tato služba je využívána spíše jako poradna a málokdy se zde objevuje téma sebevražednosti.*

Ti respondenti, kteří ve svých organizacích využívají službu chat, se shodují, že tento komunikační prostředek využívají hlavně mladiství, a je to proto, že jim je nejbližší. Respondent CZ 8 říká: „*Asi proto, že je tento komunikační prostředek dětem blíž, a taky proto, že je to tiché, například může v klidu psát vedle rodiče*“. To respondent CZ 7 potvrzuje s tím, že tato forma komunikace je pro mladistvé přirozená a vyhovuje jim, že zprávu mohou poslat kdykoli. Na tomto prostředku komunikace se také shodují respondenti z USA, kteří spatřují využívání psané formy komunikace jako nejčastější, nebo adolescentům nejbližší. Další výhodou, kterou u tohoto spatřují, je také vyšší anonymita, jak již bylo popsáno u výhod internetové krizové intervence v teoretické části. (Kap. 2.2.6. Krizová intervence s využitím internetu)

V USA bylo zjištěno, že mladiství také mají různé možnosti řešení své krize s odborníkem, ale výběr je více omezený. Mezi častěji zmiňované služby patřily psychoterapie, různé podpůrné programy a krizové centrum. Respondent USA 1 říká: „*Klienti se mohou obrátit na několik našich programů, například na drop-in centrum, ambulantní program v oblasti zdraví nebo s naším specifickým programem pro mládež bez domova. Drop-in centrum je cenným zdrojem, který se snaží zjistit, jaké konkrétní potřeby mají naši klienti, a snaží se je propojit s dalšími programy v Latinskoamerickém středisku mládeže. Máme také partnerství se základními a středními školami v DC, přičemž na místě máme terapeuty duševního zdraví LAYC, kteří poskytují poradenství*.“ Největší povědomí obecně je ale o národní lince prevence sebevražd. Tuto službu zmínili v rozhovorech skoro všichni respondenti jako hlavní službu, kterou USA nabízí. Tato služba je tak hojně využívána, že v červenci roku 2020 federální komise pro komunikaci schválila pro tuto linku speciální tísňové číslo, jako má například policie či záchranná služba. Toto číslo bude aktivováno v červenci roku 2022. (Helplinecenter [online]). Na středních školách je také často k dispozici školní psycholog, ke kterému mohou studenti přijít se svými problémy, který má ale také schůzky s rodiči. Respondent USA 6: „*Když pracuji se sebevražedným adolescentem, hned na začátku naší spolupráce ho upozorním, že mám také schůzky s rodiči. Pokud si to výslovně nepřeje, mohu rodiče odkázat na svého kolegu. Řeknu mu také, že obsah našich sezení nesdílím s rodiči na našich schůzkách, tedy pokud nevyjádří záměr ublížit sobě, či někomu jinému*.“

U výběru komunikačního prostředku také hraje roli téma, které jedinec přináší. Respondent CZ 1 potvrzuje, že hlavně krizové věci bývají řešené po chatu a e-mail je využíván hlavně poradensky. Respondent CZ 2 popisuje situaci u nich v organizaci takto: *„Na chatu jsou to nejčastěji osobní témata, na emailové poradně nejčastěji rodinné vztahy, a na telefonu nejčastěji sexuální vyžívání a partnerské vztahy.“* V USA podle respondenta USA 3 záleží jaké téma adolescent řeší. A dle toho si najde konkrétní službu, ale neřeší u toho, zda jde o kontakt osobní či telefonický. *„Když řeší neplánované rodičovství, obrátí se na Planned Parenthood, a když má sebevražedné myšlenky, zavolá na linku na prevenci sebevražd.“*

V České republice stejně jako ve Spojených státech amerických mají adolescenti možnosti nonstop krizové linky či nízkoprahové zařízení pro mladistvé. V pracovní době mohou navštívit odborníka, v USA hlavně školního psychologa či si domluvit schůzku u terapeuta.

Shrnutí:

V České republice se mladiství v krizové situaci mohou obrátit na linku důvěry, e-mailové poradenství, využít chat, který spadá pod linky důvěry, využít kontaktu s pracovníkem v nízkoprahových zařízeních či využít terapeutickou pomoc, která je většinou placená. Ostatní služby jsou mladistvým poskytovány bezplatně. V USA mají obdobné služby. Nonstop a bezplatně funguje Národní linka pro prevenci sebevražd a v oblasti kde jsem výzkum prováděla jsem objevila jedno nízkoprahové centrum, které má nonstop nějakého profesionála k dispozici. Také je zde široký výběr terapeutů.

Dostupnost je nyní díky internetu mnohem lepší. Kromě linky důvěry, která funguje nonstop, mají všechny služby omezenou provozní dobu, či je potřeba se objednat. Je možné využít e-mail, s vědomím, že pomoc nebude poskytnuta ihned. Ale i tak, je díky internetu situace mnohem lepší, jelikož stačí, že má jedinec připojení a má možnost o pomoc žádat z jakéhokoli kouta republiky, popřípadě světa.

- C2: Zjistit, zda informovanost o těchto službách je dostatečná. Zda mladiství vědí, kam se v takové chvíli mohou obracet, jaké mají možnosti. (Tab. 9, 10)

Z mého pohledu je téma informovanosti jedno z nejdůležitějších. V rámci prevence sebevražednosti a osvěty v tomto tématu je velice důležité, aby mladistvým někdo poskytl informace nejen o tom, že tento stav není v jejich věku tak neobvyklý, aby se necítili

osamoceni. Ale také je velmi důležité, aby ve chvíli, kdy se do krize dostanou, přesně věděli, že existuje místo, kam se mohou obrátit. A také, že mají možnosti volby, dle jejich preference či možnosti. Respondent CZ 2 uvedl, že kontakt po e-mailu či chatu je velmi dobrý právě i proto, že dává možnost mladistvým s vadou řeči či neslyšícím jedincům, kteří by tuto službu jinak využít nemohli vůbec.

Informovat o svých službách se snaží všichni z dotazovaných. Kromě respondenta CZ 7, který nechává propagaci pouze na klientech samých, kteří si o službách řeknou mezi sebou. Zbytek organizací a soukromých terapeutů se zaměřuje hlavně na cílenou reklamu prostřednictvím sociálních sítí. Tento kanál využívá většina organizací, jelikož reklama se dá přímo zacílit a v omezené míře je to služba zdarma, jak říká respondent CZ 1. Respondent USA 1 dodává, že aktuálně využívají také více Instagram, jelikož je to médium, které je již používané více nežli Facebook. Také všechny organizace mohou být vyhledány přes jejich internetové stránky.

Jako velmi stěžejní vidí mnozí kampaně, které pořádají ve školách. Respondent CZ 3 popisuje jejich postup prezentace na školách takto: *„Máme tady kolegyně, které se zabývají primární prevencí na školách, takže tam nějakým způsobem se prezentujeme. Máme tady exkurze, kdy chodí školy k nám, většinou střední školy, a chodí k nám na exkurze, kde si povídáme o tom, co je krize, krizová intervence, jaké jsou naše možnosti, seznamujeme je s možnostmi, s limitami atd.“*. Všichni se shodují, že média a škola jsou nejčastěji využívanou cestou pro propagaci. Respondent USA 3 říká: *„Kromě toho, že jsme na Facebooku, chodíme na konference, kde rozdáváme letáky a gumové náramky s informacemi. Náramky jsou teď v USA hodně populární.“*

Ve Spojených státech pomáhající pracovníci jsou také úzce spojeni s nemocnicemi a navzájem spolu spolupracují. Když se mladistvý se sebevražednými myšlenkami dostane do nemocnice, zdravotní sociální pracovník mu doporučí následnou péči a konkrétní služby, které může využít. A obráceně, když se při sezení s pomáhajícím pracovníkem objeví toto téma, je hospitalizace jednou z možností, kterou mohou v akutních případech využít. Respondent USA 2: *“ Nejsem fanouškem hospitalizace. Je to dobré pro stabilizaci adolescenta, ale nic víc. Nastoupení do nemocnice a odchod z ní také úzce souvisí se*

zdravotním pojištěním, které umožňuje pouze minimální počet dní hospitalizace. Nemocnice také nálepkují a patologizují adolescenta.“

Obecně v obou zemích se zdá, že se informovanost zlepšuje. Ale stále není dobrá. V České republice si respondent CZ 4 situaci v jejich kraji pochvaloval slovy: *“ S ohledem na programy primární prevence, spolupráci s metodiky a psychology škol věříme, že informovanost je v našem regionu dostatečná.“*. Ale ze slov většiny je zřejmé, že v tomto směru je v České republice stále na čem pracovat. Jak říká respondent CZ 1: *„Já si myslím, že to velice dostatečný není. I když si nemyslím, že by to bylo úplně tragický.“*

Na druhou stranu odpovědi ve Spojených státech byly mnohem více pesimistické, i když stejně jako v České republice někteří vidí pomalé zlepšování. Respondent USA 5 souhlasí s ostatními, že informovanost není dobrá, ale vzestup online terapeutických služeb jako například Betterhelp.com zvyšuje povědomí o této problematice. Ale také dodává, že problémem zde je finanční stránka služeb. A tedy, že nejsou spravedlivě dostupné pro všechny.

Problematikou nerovnosti v této oblasti zmínilo více respondentů a více se v k tomu tématu vyjadřují ve čtvrtém výzkumném cíli práce. Respondent USA 2, který pracuje hlavně s afroamerickou mládeží v oblasti Washingtonu DC se k tématu informovanosti vyjádřil takto: *„Myslím, že u bohatých existuje velké povědomí. U mládeže, se kterou pracujeme, může být povědomí nedostatečné. Naše mládež zažila ve svých komunitách tolik traumat, že si neuvědomují význam terapie. Jsou zaneprázdnění přežíváním. Vynuli si vlastní způsoby, jak zvládat zármutek, deprese, úzkost a hněv. „Další problém, který v USA s touto tematikou souvisí, je stigma. Několik respondentů zmínilo, že povědomí může být sice poměrně dobré, ale kvůli špatné reakci okolí si o pomoc nezažádají. Respondent USA 3 dodává, že velké procento mladých lidí v USA zná někoho, kdo je suicidální či zemřel sebevraždou. Jelikož mladí nevědí, jak důležité je brát varovné signály vážně a kde získat opravdovou pomoc.*

Shrnutí:

V České republice i USA je dle vyjádření všech informovanost na dobré cestě, nebo aspoň je lepší, než byla dříve. Pracovníci dlouhodobě mají prezentace a konference na školách a ty osobně působí jako velký zdroj informací pro mladistvé v této oblasti. Ale s postupem doby je

informace předávají hlavně formou online, aktuálně nejvíce na mediu Instagram, a stále se ještě využívá Facebook. Ve Spojených státech tak i v České republice je obecně velice dobré povědomí o krizových linkách a mladí je hojně využívají. V USA je ale stále velký problém se stigmatizací tohoto tématu a také informovanost a dostupnost služeb je odvozena od finanční situace rodiny klienta a místa kde žijí.

- C3: Zaměřit se na specifika práce se sebevražedným mladistvým klientem v krizové situaci. (Tab. 11, 12, 13, 14)

Pomáhající pracovníci, se kterými jsem vedla rozhovory jsou často z krizových center, nízkoprahových center, škol či soukromé praxe. Jejich klientela k nim přichází s různými problémy, s různými krizemi. Proto jsem část rozhovorů také zaměřila, na připravenost pracovníků řešit sebevražedné myšlenky. Toto téma je velice specifické, náročné a je třeba, aby pracovníci v pomáhajících službách pro děti a mládež v krizi, věděli, jak na něj správně reagovat. Jak pomoci.

Četnost tohoto tématu závisí od konkrétní služby a způsobu komunikace. Na linkách určených přímo pro prevenci sebevražd je toto téma mnohem více časté než například v nízkoprahovém centru či krizovém centru pro mládež, které nabízí pouze osobní kontakt. Ale i tam se toto téma vyskytuje a je třeba s ním umět pracovat. Respondent CZ 6 říká: *“ Jelikož osoby využívají v KC především formu osobních konzultací, neřadíme toto téma do vrchních příček řešených témat. I na uskutečněných osobních konzultacích je na klientech vidět, že se jedná o téma, o kterém hovořit nechtějí a pokud se na něj dostane řeč, jsou více uzavřeni a cítí se nejistě. “.* Zato respondent USA 3 z centra pro prevenci sebevražd říká, že pro ně je toto téma spíše pravidlem nežli výjimkou. U pracovníků v soukromé praxi se příliš nevyskytuje.

Při práci se suicidálním klientem je přístup podobný jak v USA, tak v České republice. V obou případech se primárně všichni snaží o udržení kontaktu s klientem a následně se dle různých nástrojů snaží zhodnotit míru ohrožení jedince. Respondent CZ 2 : *No, pro nás je vlastně více než v jakémkoli jiném tématu důležité navázat kontakt a udržet ho. Vlastně v první řadě zjistit, jestli je ten klient aktuálně ohrožený.*” Respondent CZ 1 dodává, že jemu právě při hodnocení pomáhá osobní kontakt s klientem, jelikož pomocí neverbální komunikace

dokáže snáze odvodit závažnost situace. Ve spojených státech se většina respondentů odkazuje na speciální hodnotící nástroje a protokoly, které u suicidálního klienta používají.

Hodnotící nástroje a protokoly jsou základními kroky a dobrými pomocníky. V České republice má většina pomáhajících pracovníků navíc výcvik či školení krizové intervence, které se práce se sebevražděným klientem dotýká. Američtí pomocní pracovníci ve většině případů nemají žádné školení na práci se suicidálním klientem. Výjimkou jsou organizace přímo zaměřené na prevenci sebevražd. Respondent USA 2 říká, že na krizových linkách mají školení intenzivní, ale jinak záleží hlavně na zaměstnavateli. V soukromé praxi je to vždy otázka volby.

Shrnutí:

V USA pro práci se sebevražděným klientem využívají pracovníci standardizované metodické postupy, jako jsou hodnotící škály a protokoly. V České republice jsou pracovníci navíc často vybaveni školením v krizové intervenci, které obsahuje také části o suicidu.

Dle profesní zkušenosti pomáhajících pracovníků mladiství nejvíce využívají formu psanou, jako je chat nebo SMS. Tento komunikační prostředek je jim nejbližší, a proto je toto téma čtenější v zařízeních, které tuto formu kontaktu nabízejí.

- C4: Najít omezení, která je třeba zlepšit a vyzdvihnout pozitiva. (Tab. 6, 15, 16)

V této části výzkumu jsem se zaměřila na různá omezení, které respondenti ve své práci spatřují a také zda vidí nějaké zlepšení za poslední dobu.

Najít negativa bylo pro pracovníky mnohem snazší nežli později vyzdvihnout nějaké pozitivum. Například úplně všichni respondenti ze Spojených států se shodli, že za poslední dobu nevidí vůbec žádné zlepšení v této oblasti. Jako negativum uváděl například respondent CZ 1 i USA 3 hlavně nedostatek proškolených pracovníků. Respondent USA 3 říká: *“Prostřednictvím Centra pro prevenci sebevražd je také k dispozici sponzorované klinické školení s názvem „Hodnocení a řízení rizika sebevražd“. Je navrženo tak, aby poskytlo pomáhajícím pracovníkům informace o osvědčených postupech ohledně hodnocení sebevražd u dospělých, ale neřeší populaci mladých lidí. Pokud vím, v současné době neexistují žádné*

plány na vytvoření verze tohoto školení zaměřené na mládež, a to navzdory rostoucí míře sebevražd mladých lidí v USA.“ Ale respondent CZ1 zároveň dodával, že i kdyby pracovníků proškolených v krizové intervenci měli více, tak by v jejich organizaci stejně nebylo místo, kde intervenci provádět. Na problém v oblasti vzdělávání reagoval také respondent CZ 3. Také zazněla negativa z oblasti provázanosti služeb, kde respondent CZ 5 říká: *„Celkově by mi přišlo fajn, kdyby se rozšířilo množství organizací, které krizovou pomoc dětem nabízejí. Bylo by dobré, kdyby tyto centra měla domluvenou spolupráci s lékaři (psychiatr, gynekolog) a návaznější spolupráci s OSPOD.*“ Respondent USA 4 dodává, že problém mají také nemocnice, nebo centra pro mladé, které nemají dostatek vhodných programů na pomoc těmto klientům. A pro pomoc klientům využívají hlavně medikamenty, které nejsou nijak prospěšné v dlouhodobém hledisku.

Časté téma, která se objevovala pouze v odpovědích amerických respondentů bylo téma nerovnosti. Respondent USA 2 říká: *“ O terapii jsou informovány privilegované komunity. Komunity chudé nemají takový luxus, aby našly tu nejlepší terapii vhodnou pro jejich adolescence.*“ Také respondenti USA 4 a 6 vyjádřili svůj nesouhlas obecně se vzdělávacím systémem v USA. Respondent USA 4: *“ Systém veřejných škol v Americe je pochybný a myslím si, že potřebuje velké zlepšení.*“

Respondent CZ 8 zmínil problematiku následné péče. Téma mě zaujalo, proto jsem do rozhovoru přidala otázku, doptávající se na toto téma. Respondenty, kteří odpověděli, mi bylo sděleno, že mají problém, pokud řeší s klientem sebevražedné myšlenky a zhodnotí, že situace je vážná. Tedy by klient potřeboval dlouhodobější pomoc a krizová intervence nebude stačit. Problém nastává ve chvíli, kdy dospívající má krizové stavy a sebevražedné myšlenky kvůli situaci v rodině a nemůže či se bojí požádat rodiče o souhlas k navštěvování psychologa. Respondent 1 k tomu říká: *„Tak tohle je celkově limitující, při práci s lidma pod 18 let, ať už se jedná o sebevražedný sklony nebo sebepoškozování, což si myslím, že má k sobě hodně blízko, tak je pomoc hodně omezená. Tam se fakt jako krizově musí opečovat v tu chvíli, ale jako nějaká následná pomoc není.*“ Dále bylo sděleno, že v tuto chvíli pracovníci kontaktují OSPOD a ten případ přebírá. Ale k tomuto dodává respondent CZ 8: *„Tak ho můžete požádat, aby si došel na OSPOD a doufat, že chytne někoho dobrého, kdo mu pomůže.*“ V USA má každý stát jinou legislativu, která se tímto zabývá. Ve státech, kde byl prováděn výzkum je

situace pro mladistvé jednodušší v otázce hledání pomoci, bez souhlasu rodičů. Ale často složitější po stránce finanční, jelikož služby terapeutické jsou vždy placené a málokterý adolescent si je může dovolit. Respondent USA 3 toto potvrzuje slovy: *„Byla přijata legislativa, která mladým lidem ve věku 14 let a starším umožňovala vyhledat léčbu bez souhlasu rodičů. Nevím, ale jak bylo vyřešeno například kdo platí účty, kdo léčí mládež, kdo je kontaktován v případě nouze, takže i když na povrchu některé problémy s nevyhovujícími rodiči jsou řešeny, objevují se další výzvy.“* Respondent USA 2 k tomu doplňuje: *“ V mé soukromé praxi, kde jsou převážně zámožné rodiny, pokud dospívající hledá terapii bez souhlasu rodičů, může. Pokud však pracujete systémově, chcete mít zapojení rodičů. “*

Jako pozitivní vnímají někteří pracovníci v České republice povedené kampaně a projekty na toto téma, které zvyšují povědomí o problematice sebevraždy.

Shrnutí:

Respondenti vnímají jako nedostatek nižší počet proškolených pracovníků a v jednom případě i problém nedostatku prostoru v organizaci (jedna místnost pro krizovou intervenci, tedy pouze pro jednoho klienta v danou chvíli). Na problému odbornosti a připravenosti pomáhajících pracovníků se shodují také s americkými kolegy, kteří tento nedostatek potvrzují i v USA. Další problematiku vnímají v oblasti provázanosti služeb, například aby pracoviště měla domluvenou spolupráci s lékaři a lépe navázanou spolupráci s OSPOD. V USA spatřují pomáhající pracovníci problém v nerovnosti systému obecně. Někteří si sice pochvalují, že služeb je dostatek, ale zároveň dodávají, že si je lidé často nemohou dovolit. Nebo, že se do chudších komunit vůbec nedostane informace o celém spektru služeb, které jsou nabízené.

Dalším problémem v České republice je absence psychologických služeb, které by mohl mladistvý využít z vlastního rozhodnutí a anonymně. Toto po stránce dostupnosti není problém ve Spojených státech. Mladiství takovou službu využít mohou i bez souhlasu rodičů, jde ale o službu placenou, což je často limitujícím aspektem.

Závěr

Rigorózní práce se zaměřuje na téma sebevraždnosti mladistvých a jejich možnosti při sdílení těchto myšlenek s pomáhajícím pracovníkem v České republice a Spojených státech amerických. Téma práce jsem vybrala, jelikož sebevraždnost obecně, ale zvláště u mladistvých je stále tabuizované téma a je třeba o něm více hovořit a zaměřovat se prevenci sebevraždnosti vůbec. Dle Světové zdravotnické organizace je dle posledních průzkumů sebevražda druhou nejčastější formou úmrtí u dospívajících a mladých dospělých (WHO, [online]).

V teoretické části je práce zaměřena na vysvětlení pojmů, které s touto tematikou souvisejí. V prvních kapitolách je popsána krize, její příčiny a typologie. Také je téma krize popsáno ve vztahu k mladistvým, aby bylo lépe pochopeno, čím vším mohou lidé v tomto období procházet. Následně jsou popsány typy krizové intervence a vysvětleny rozdíly mezi nimi. Další část teorie se již zabývá sebevraždou, kde jsou zpočátku popsány formy a typy suicidality. A zvláštní kapitola se zabývá konkrétně suicidalitou mladistvých. Celá kapitola práce je také věnována tématu prevence, jelikož ta je dle mého názoru jedno z nejdůležitějších témat v této problematice. Popisuje národní strategické plány obou zkoumaných zemí a varovné signály, které nám mohou pomoci rozpoznat vážnost situace již v počátku.

Praktická část vychází z tříletého výzkumu, který byl proveden na území dvou států za účelem následné komparace. Výzkum sestával ze dvou fází. První fáze výzkumu byla prováděna na území České republiky, kde byly vedeny rozhovory s osmi pomáhajícími pracovníky, kteří pracují se sebevraždnou mládeží. Ve druhé fázi byly vedeny rozhovory se sedmi pomáhajícími pracovníky z oblasti duševního zdraví a sebevraždnosti mladistvých v USA.

Otázky rozhovorů byly vytvořeny tak, aby pomohly zodpovědět stanovené výzkumné cíle. První cíl směřoval k mapování služeb a jejich dostupnosti pro mladistvé. Výsledky říkají, že mnohým se zdá dostupnost díky internetu v této době již lepší, ale stále je potřeba pracovat na provázanosti služeb a rozšiřovat provozní dobu služeb. V České republice je nejvíce

využívána služba chatu, a proto by pracovníci byli rádi, kdyby u této služby se mohla rozšířit provozní doba i se zvýšil počet pracovníků. V USA je nejvíce zmiňovanou službou Národní linka pro prevenci sebevražd, která je i velice dobře propagována po celém území USA. Tato služba nabízí také formu chat, která je dostupná nonstop. Ostatní služby jsou dostupné v omezené provozní době a jedinci z chudších oblastí mají problém se k těmto službám dostat.

Druhým cílem bylo zjistit informovanost v této oblasti. Z výpovědí respondentů vychází, že všechny organizace se snaží o sobě dávat vědět různými možnými prostředky, ale samy vidí, že je zde ještě prostor pro zlepšení a chtějí na tomto ještě pracovat. Ještě před několika lety byl Facebook hlavním médiem pro předávání informací mladistvým, nyní se pro tyto účely propagace využívá Instagram, jako sociální síť více využívaná touto věkovou skupinou. Jak v České republice, tak i v USA je velice dobré povědomí o krizových linkách a mladí je v případě potřeby využívají. V USA je ale stále velký problém se stigmatizací tématu duševního zdraví a také informovanost a dostupnost služeb je odvozena od finanční situace rodiny jedince a místa kde žije.

Dalším cílem bylo blíže poznat práci se suicidálním klientem, její specifika a odborná připravenost pracovníků na práci s takovým tématem. Bylo zjištěno, že mladiství nejvíce využívají psanou formu pro komunikaci s pomáhajícím pracovníkem, jelikož je pro ně více přirozená a také dovoluje přinést témata, která se jim mohou v osobním kontaktu sdílet hůře. Nevýhodou je, že odborník přichází o důležité informace, jako je řeč těla a další neverbální projevy klienta se kterými v osobním kontaktu pracuje.

Při práci s klientem využívají pracovníci z České republiky znalosti získané na školeních krizové intervence, kde se setkávají také s tématem sebevražednosti. V USA pomáhající odborníci pracují pouze s hodnotícími škálami a protokoly, ale ve většině případů nemají konkrétní školení na práci se suicidálním klientem.

Poslední výzkumný cíl byl zaměřen na nedostatky v této oblasti a vyzdvihnout pozitiva. Mezi pozitiva byly v České republice řazeny povedené besedy a konference, které pomáhají mladistvým zvýšit povědomí o nabízených službách a zároveň fungují jako osvěta pro společnost. V USA se všichni respondenti vyjádřili, že nevidí vůbec žádné zlepšení za

poslední roky. Jako častěji zmiňované negativum v této oblasti bylo nedostatečné školení pracovníků. Také provázanost služeb by podle některých respondentů mohla být lepší a v obou zemích se pracovníci také shodli, že je potřeba paletu služeb rozšířit.

Jako velký problém vidí mnoho amerických odborníků téma nerovnosti. Vyjadřovali se k tomu i obecně, že celý vzdělávací systém v USA je nerovný, pochybný a potřebuje zlepšit. Ale také ve vztahu ke službám pro mladistvé v krizi. Kde místo kde jedinec žije a jeho finanční situace zásadně ovlivňuje jeho možnost službu získat, nebo se o ní dozvědět.

Jako velice problematickou uváděli také respondenti v České republice nemožnost poskytnout dítěti následnou psychologickou pomoc bez souhlasu rodičů. Problém zde nastává, když mladistvý nemůže tento souhlas získat, například ze strachu. V tu chvíli jsou pracovníci nuceni mladistvého odkázat na OSPOD a doufat, že tuto možnost využije a že mu na místě bude poskytnuta pomoc, kterou potřebuje. V USA se toto nejeví na první pohled jako problém, jelikož adolescent starší 14 let může žádat o pomoc v krizi i bez souhlasu rodičů. V praxi ale problém nastává, jelikož nabízené terapie jsou služby placené, a adolescent si je bez pomoci rodičů často nemůže dovolit.

5. Literatura

Knižní zdroje

ALLCOTT, H. The welfare effects of social media. *American Economic Review*. 2020(110).

ANDERSON, M. a JIANG, J. Teens, social media & technology. Pew Research Center, 2018,31.

BARRY, C.T. Adolescent social media use and mental health from adolescent and parent perspectives. *Journal of Adolescence*. 2017, (61).

BAŠTECKÁ, Bohumila. Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy. Praha: Grada, 2005. *Psyché (Grada)*. ISBN 80-247-0708-x.

BILSEN, Johan. Suicide and Youth: Risk Factors. *Frontiers in Psychiatry* [online]. 2018, 9 [cit. 2021-04-06]. ISSN 1664-0640. Dostupné z: doi:10.3389/fpsy.2018.00540

BOSCARINO, Joseph. Mental Health Service Use After the World Trade Center: Disaster Utilization Trends and Comparative Effectiveness. *The Journal of nervous and mental disease*. 2011. Dostupné z: doi:10.1097/NMD.0b013e3182043b39

CAPLAN, Gerald. *Principles of Preventive Psychiatry*. New York, 1964. ISBN 978-0422982702.

ČERNÝ, L. Sebevražednost dětí a mladistvých se zvláštním zaměřením na preventivní opatření. Praha: Avicenum, 1970. 132 s.

EGAN, Gerard. *The Skilled Helper: A Problem-Management and Opportunity-Development Approach to Helping*. 7. 2002. ISBN 978-0534367312.

EIS, Zdeněk. *Volejte linku důvěry!: co s krizemi, které nás potkávají*. Jinočany: H & H, 1993. ISBN 80-85467-20-8.

GABURA, Ján a Jana PRUŽINSKÁ. *Poradenský proces*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. Série učebnic navržená ediční radou kateder sociální práce. ISBN 80-85850-10-9.

- GAVORA, P. 2007. Sprievodca metodológiou kvalitatívneho výskumu. Bratislava: Univerzita Komenského, 2007. ISBN 978-223-2317-8.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-303-X
- HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-485-4.
- JANDOUREK, Jan. Slovník sociologických pojmů: 610 hesel. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3679-2.
- JEDLIČKA, Richard. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence*. Praha: Grada, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5447-5.
- KAST, Verena. *Krize a tvořivý přístup k ní: typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. Vyd. 2. Přeložil Jana VAŠKOVÁ. Praha: Portál, 2010. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-7367-800-5
- KELES, B. A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*. 2020(25(1), 79-93.
- KRONICK, J. E. 1997. Alternativní metodologie pro analýzu kvalitativních dat. In *Sociologický časopis*. ISSN 0038-0288
- MACKEY, Andrea P. *Adolescent Health in the United States*. National Center for Health Statistics, 2007. ISBN 978-0-8406-0618-1.
- MIOVSKÝ, M. 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha : Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- PAVLICA, K. a kol. 2001. *Sociální výzkum, podnik a management*. Praha : EKOPRES, 2001. ISBN 80-86119-25-4.

- PRING, R. 2002. The Virtues and Vices of an Educational Researcher. In McNAMEE, M.–BRIDGES, D. The Ethics of Educational Research. Oxford: Blackwel, 2002, ISBN0631231676
- RITOMSKÝ, A. 2004. Metodológia sociálnopsychologického výskumu. In KOLLÁRIK, T. a kol. Sociálna psychológia. Bratislava: Univerzita Komenského, 2004. ISBN 80-223-1841-8
- ROBERTS, Albert R. Crisis intervention handbook: Assessment, Treatment, and Research. 3. New York, 2005. ISBN 0-19-517991-9.
- RŮŽIČKA, Michal. Krizová intervence pro speciální pedagogy. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3305-9.
- STONE, Geo. Suicide and attempted suicide: Methods and consequences. New York: Carroll & Graf Publishers, 1999. ISBN 0-7867-0492-6.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0888-4.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2624-3.
- USHER, Laura. Crisis Intervention Team (CIT) Programs: A Best Practice Guide for Transforming Community Responses to Mental Health Crises. Memphis, 2019.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7
- VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0212-7.
- VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0723-3.

Online zdroje

988 Information and Update. Helpline Center [online]. 2021 [cit. 2021-5-28]. Dostupné z: <https://www.helplinecenter.org/2-1-1-community-resources/helpsheets/988-information-and-update/>

BORDEN, Lynne. Risk Factors for Adolescent Suicide. The Military REACH Team [online]. Minnesota: The University of Minnesota, 2014 [cit. 2021-04-13]. Dostupné z: <https://assets.reachfamilies.info/reachfamilies.umn.edu/files/rdoc/Adolescent%20Suicide.pdf>

BROWN, Vanessa. *News: Nearly 40 years later, we are still learning about the horrors of the Jonestown massacre* [online]. 2017 [cit. 2n. 1.]. Dostupné z: <http://www.news.com.au/lifestyle/real-life/news-life/nearly-40-years-later-we-are-still-learning-about-the-horrors-of-the-jonestown-massacre/news-story/36d5794db4669eb4ada1a01cbccae1be>

Český statistický úřad. 2014. Sebevraždy. Praha: ČSÚ. [cit. 2018-4-9]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy_zaj

EFSGV. Gun Shop Project: Community. Prevent Firearm Suicide [online]. 2021 [cit. 2021-04-13]. Dostupné z: <https://preventfirearmsuicide.efsgv.org/interventions/community/>

KOUTEK, Jiří. Suicidalita u adolescentů: rizikové faktory a prevence. *Pediatric pro praxi* [online]. 2008, 9(5) [cit. 2021-04-06]. Dostupné z: file:///C:/Users/zvomo/Downloads/Solen_ped-200805-0007.pdf

KULHÁNEK, Jan. *Psychologie. Patnáct procent pochybnosti* [online]. 2016 [cit. 2018-03-19]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/patnact-procent-pochybnosti/>

MARSHALL, Lisa. Why working with gun retailers is critical in the fight against suicide. *CU Boulder Today* [online]. Colorado, USA, 2021 [cit. 2021-04-13]. Dostupné z: <https://www.colorado.edu/today/2021/03/04/why-working-gun-retailers-critical-fight-against-suicide>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 [online]. [cit. 2021-5-30]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030/>

Na sebevraždu mohou upozorňovat varovné signály. Víte, jak je rozpoznat? WAVITA [online]. Klub zdraví, 2020 [cit. 2021-04-13]. Dostupné z: <https://www.klubzdravi.cz/a/na-sebevrazdu-mohou-upozornovat-varovne-signal-y-vite-jak-je-rozpoznat>

National alliance on mental illness: Crisis Intervention Team (CIT) Programs [online]. Arlington, 2018 [cit. 2021-01-20]. Dostupné z: [https://www.nami.org/Advocacy/Crisis-Intervention/Crisis-Intervention-Team-\(CIT\)-Programs](https://www.nami.org/Advocacy/Crisis-Intervention/Crisis-Intervention-Team-(CIT)-Programs)

National Vital Statistics Reports: State Suicide Rates Among Adolescents and Young Adults Aged 10–24: United States, 2000–2018 [online]. CDC-Centers for Disease Control and Prevention, 2020, (69) [cit. 2021-5-30]. Dostupné z: <https://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr69/NVSR-69-11-508.pdf>

NOVÁKOVÁ, Milena. Šance dětem. *Nejčastější psychické problémy v dospívání* [online]. 2016 [cit. 2018-03-19]. Dostupné z: <https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/rodina-v-problemove-situaci/psychicke-problemy-ditete/nejcastejsi-psychicke-problemy-v-dospivani.shtml>

Rise in Prescription Drug Misuse and Abuse Impacting Teens. SAMHSA [online]. 2020 [cit. 2021-01-17]. Dostupné z: <https://www.samhsa.gov/homelessness-programs-resources/hpr-resources/rise-prescription-drug-misuse-abuse-impacting-teens>

ROBERTS, A. R. Assessment, crisis intervention, and trauma treatment: The integrative ACT intervention model. *Brief Treatment and Crisis Intervention*. 2002. Dostupné z: doi.org/10.1093/brief-treatment/2.1.1

Suicide Warning Signs. NSPL, National Suicide Prevention Lifeline [online]. 2020 [cit. 2021-04-13]. Dostupné z: <https://suicidepreventionlifeline.org/help-yourself/youth/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators [online]. Geneva, 2018 [cit. 2021-04-06]. ISBN 978-92-4-151501-6. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/279765/9789241515016-eng.pdf>

World health organization: Suicide [online]. [cit. 2018-04-20]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>

World Health Organization; Commonwealth Medical Association Trust and UNICEF. Orientation programme on adolescent health for health-care providers. Geneva, 2006. ISBN 92-4-159126-9.

Zákony online. *Trestní zákoník (zákon č. 40/2009 Sb.)* [online]. 2009 [cit. 2018-03-19]. Dostupné z: <http://zakony-online.cz/?s10&q10=187>

Seznam příloh:

Příloha č. 1 - Copingové strategie

Příloha č. 2 - Etický kodex pracovníka linky důvěry a pracoviště linky důvěry.

Příloha č. 3 - Etický kodex internetové poradny

Seznam tabulek:

Tab. 1 Participanti první části výzkumu

Tab. 2 Plán výzkumu

Tab. 3 Jaké možnosti Vaše organizace nabízí pro dospívající v krizi?

Tab. 4 Dokázal/a byste odhadnout, kterou možnost kontaktu využívají nejvíce?

Tab. 5 Souvisí výběr komunikačního prostředku s tématem, které dospívající přináší?

Tab. 6 Vidíte nějaká omezení či mezery v práci se sebevražedným klientem?

Tab. 7 Jak jsou Vaše služby dostupné?

Tab. 8 Myslíte si, že dostupnost určité služby má také význam při výběru dané možnosti kontaktu?

Tab. 9 Jak o svých službách dáváte dospívajícím vědět? Kde se o Vás mohou dozvědět?

Tab. 10 Myslíte si, že informovanost dospívajících je v tomto ohledu dostatečná?

Tab. 11 Dá se odhadnout, jaký komunikační prostředek využívají nejčastěji při sebevražedných myšlenkách?

Tab. 12 Jak často se objevuje téma sebevražedných myšlenek?

Tab. 13 Jak se při tomto tématu postupuje? Jsou rozdílné postupy u různých médií?

Tab. 14 Máte školení na suicidální klienty? Jsou tato školení rozdílná pro různé komunikační prostředky?

Tab. 15 Vidíte nějaké výhody a pozitiva v této oblasti?

Tab. 16 Doplnující otázka – Jak postupujete, pokud adolescent řeší sebevražedné myšlenky, a vy víte, že je třeba psychologická pomoc, ale adolescent se bojí či nemůže sehnat souhlas od rodičů?

6. Přílohy:

6.1. Příloha č. 1

Copingové strategie

Strategie zvládání stresu

1. Strategie zvládání zátěže zaměřené na problém – působení a měnění prostředí, analýza problému, plán činnosti atd. Změny mohou být dvojího druhu.

2. strategie zaměřené na zvládání emocí - např. když je problém neovlivnitelný (smrt blízké osoby); využití obranných mechanismů; využití výcviků (kurzů) na zvládání negativních emocí.

3. strategie zaměřené na únik – obranné mechanismy (modifikují, popírají skutečný zdroj obtíží); projevují se například jako: hostilní a agresivní reakce, sebeobviňující reakce, vytěšňování, intelektualizace, racionalizace, bagatelizace

Kategorie zvládání stresu dle **Lazaruse**

- strategie apatie, pocity bezmoci, deprese, beznaděje
- strategie vyhnutí se působení stresoru provázená strachem
- strategie napadení a útoku na zátěžový stimul provázený pocity nebezpečí
- strategie různých druhů činností – posilování vlastních zdrojů a zdokonalování schopnosti boje se stresem

Zdroj: Wikisofia. Coping v sociální psychologii [online]. [cit. 2018-03-21]. Dostupné z: https://wikisofia.cz/wiki/Coping_v_soci%C3%A1ln%C3%AD_psychologii

6.2. Příloha č. 2

Etický kodex pracovníka linky důvěry a pracoviště linky důvěry.

- Linka důvěry umožňuje bezprostřední telefonický kontakt s klienty a kvalifikovanou pomoc klientům v tísni.
- Pracovník LD aktivně klientovi naslouchá, hovoří s ním a neomezuje ho v jeho svobodě vyjádření.
- 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.
- Pomoc pracovníka LD spočívá především v poskytnutí podpory klientovi a v jeho zplnomocnění k vlastnímu řešení jeho problémů a snášení jeho starostí.
- 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.
- Na klienta nesmí být vykonáván jakýkoliv nátlak, který se týká přesvědčení, náboženství, politiky nebo ideologie.
- Pracovník LD nesmí používat LD k uspokojování svých obchodních, sexuálních, emocionálních, náboženských aj. potřeb či přání.
- 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.
- 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: Česká asociace pracovníků linky důvěry. Etický kodex [online]. [cit. 2018-03-21].
Dostupné z: <http://www.capld.cz/eticky-kodex>

6.3. Příloha č. 3

Etický kodex internetové poradny

Zkrácený název: iKodex

- Internetová poradna (iP) umožňuje informační kontakt s klienty a kvalifikovanou pomoc klientům v tísni pomocí internetových technologií.
- Na klienta nebude vykonáván jakýkoli nátlak, který se týká jeho přesvědčení, náboženství, rasy, politiky, ideologie nebo sexuální orientace.
- iP je služba u které musí být současně a viditelně jednoznačně definováno, kdo je jejím poskytovatelem a zřizovatelem a jaké jsou jejich cíle a poslání.
- Internetová nabídka poradenských služeb musí obsahovat jednoznačný časový závazek, dokdy může klient očekávat odpověď.
- Odpověď nebo jiná internetová reakce iP není vázána na vytvoření ekonomického nebo jiného spojení mezi klientem a iP.
- Pracovník iP nesmí používat iP k uspokojování svých obchodních, sexuálních, emocionálních, náboženských aj. potřeb či přání.
- Všechny informace sdělené klientem jsou považovány za důvěrné, pokud to neodporuje zákonům ČR.
- Aktivita iP vůči klientovi není jen dílem jedince – je výsledkem spolupráce týmu.

Zdroj: Česká asociace pracovníků linky důvěry. Etický kodex [online]. [cit. 2018-03-21].

Dostupné z: <http://www.capld.cz/eticky-kodex>