

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
Evangelická teologická fakulta

Bakalářská práce

Markéta Dolejší
Sebevražda

Vedoucí práce: PhDr. Ing. Marie Lhotová

2006

Prohlášení

1. prohlašuji, že jsem bakalářskou práci s názvem Sebevražda zpracovala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů a literatury.
2. Tuto práci nepředkládám k obhajobě na jiné škole.
3. Souhlasím s tím, aby uvedená práce byla v případě zájmu pro studijní účely zpřístupněna dalším osobám nebo institucím.
4. Souhlasím s tím, aby uvedená práce byla publikována na internetových stránkách Jaboku.

V Praze dne 3. ledna 2006

Markéta Dolejší

OBSAH

1. Úvod.....	4
Mýty o sebevraždě.....	6
2. Sebevražedné jednání.....	9
Rozdíl mezi sebevraždou a sebezabitím.....	9
3. Formy suicidálního jednání.....	11
4. Příčiny a motivace sebevražedného jednání.....	14
4.1. Příčiny sebevraždy.....	14
4.2. Motivace sebevražedného jednání.....	15
5. Člověk a sebevražda.....	18
5.1. Presuicidální syndrom E. Ringela a deset charakteristik E. Schneidmana	18
5.2. Rizikové faktory	22
5.3. Myšlenky na smrt.....	30
5.4. Spouštěcí událost.....	32
6. Kontakt s člověkem se sebevražednými tendencemi.....	34
6.1. Specifika kontaktu.....	34
6.2. Předpoklady pro navázání kontaktu.....	38
6.3. Průběh kontaktu a komunikace.....	41
6.3.1. Průběh kontaktu.....	41
6.3.2. Komunikace.....	47
6.3.2.1. Telefonický kontakt.....	47
6.3.2.2. Přímý kontakt.....	49
6.4. Pomáhající jako záchranář.....	51
7. Rozhovor.....	52
7.1. Komentář.....	62
8. Závěr.....	65
9. Summary.....	67
10. Použitá literatura.....	68
11. Příloha.....	70

1. Úvod

Mnoho lidí má ve svém okolí někoho, kdo se pokusil o sebevraždu, spáchal ji a nebo se v nějakém období svého života sebevražednými myšlenkami vážně zabýval. Rozhodnutí ukončit život je bolestné a těžké. Týká se nejen toho, kdo se rozhoduje, ale také těch, kteří ho znají a milují. Lidé se sebevražednými tendencemi mají často potřebu se někomu se svými problémy svěřit. Přicházejí za svými blízkými nebo vyhledávají pomoc profesionálů (ve své práci je dále všechny označuji jako pomáhající).

Mám kolem sebe několik přátel se zkušeností sebevraždy a s tímto tématem se také poměrně často setkávám ve svém zaměstnání. Pracuji jako terapeut v klubu s terapeutickou podporou „Dům U Libuše“, který je součástí občanského sdružení Fokus Praha. Naší cílovou skupinou jsou lidé s duševním onemocněním psychotického okruhu. Jejich diagnóza zvyšuje riziko sebevražedných tendencí. Téma sebevraždy mě zajímá osobně, ale i profesně. Proto jsem se rozhodla psát svou bakalářskou práci právě na toto téma. Problematika sebevražd mě zároveň děsí i fascinuje. Nutí mě přemýšlet o tématech, které bych raději vůbec nikdy neřešila.

Moje první profesionální zkušenost s člověkem se sebevražednými tendencemi byla hodně intenzivní a trýznivá. Dostala jsem se do stavu, kdy jsem byla schopná pro klienta udělat cokoli, jen aby se něco nestalo. Pasovala jsem se do pozice ochránce. Riziko sebevraždy pro mě bylo noční můrou

po několik dní. Tato událost se na žádost mou i mých kolegů stala předmětem supervize a na dlouhý čas i velkým tématem týmu. Přestože jsem prošla, stejně jako moji kolegové, několika semináři krizové intervence, situace mě zaskočila. V současné době pracuji s několika klienty se sebevražednými tendencemi a stále narážím na stejná úskalí. Tito lidé zvláštním způsobem volají o pomoc. Používají k tomu různé způsoby, ve kterých lze nalézt mnoho podobných znaků.

Na počátku této práce se zabývám vymezením základních pojmů, které jsou důležité pro porozumění celé problematice. Poté se zaměřuji na vymezení a popis společných znaků lidí se sebevražednými tendencemi. Cílem mé práce je na základě tohoto vymezení navrhnout efektivní způsob práce s nimi.

Při studiu tématu jsem využila převážně odbornou literaturu, zkušenosti získané na odborných seminářích a také jsem čerpala z vlastních zkušeností a ze zkušeností svých pracovních kolegů.

Mýty o sebevraždě

Problematika sebevraždy je obestřena mnoha tajemstvími a tak dává prostor k vytváření mýtů. Je velmi důležité posuzovat příběh každého člověka individuálně, protože zobecňování, zvláště v problematice sebevražd, může mít nezvratné konce. Odhození mýtů je základním prvkem otevřené mezilidské komunikace, ať už na přátelské či profesionální úrovni. Pro ilustraci uvádím několik nejznámějších klišé (podle Frankela a Kranzové)¹ a zpochybňuji jejich platnost.

Člověk, který mluví o sebevraždě, nikdy jí nespáchá - mýtus

Někdo skutečně může otevřeně o spáchání sebevraždy uvažovat nebo může mluvit o tom, co se stane až zemře, žertovat o sebevraždě, nebo může vážně či lhostejně hovořit o někom, kdo sebevraždu spáchal. Obecně lze říci, že ten, kdo se neustále zabývá sebevraždami, smrtí nebo posmrtným životem, může tím naznačovat, že o spáchání sebevraždy uvažuje. Mělo by se mu pozorně naslouchat, zvláště jedná-li se o člověka, který je dlouhodobě v depresi nebo zažil v nedávné době nějakou ztrátu nebo zklamání.

¹ Frankel, Kranzová. *O sebevraždách*, s. 29-30

Pokud se někdo po dlouhém období smutku zdá být veselejší, je to často špatné znamení – fakt

Je ironií, že člověk, který po dlouhém období deprese dosáhl klidu a spokojenosti, může skutečně cítit uvolnění. Konečně se totiž rozhodl, že čin uskuteční a toto rozhodnutí mu přineslo úlevu.

Sebevražda je obvykle náhlé, impulzivní rozhodnutí-mýtus

Člověk, který spáchá sebevraždu, se jen zřídka rozhodne bez předchozího přemýšlení a plánování. Obvykle si představuje, jaká asi sebevražda bude. Tyto představy mohou mít podobu pečlivého plánování toho, jak se smrt odehraje. Snad si také představuje, co budou lidé prožívat, až bude po smrti.

Sebevraždu páchají většinou blázni - mýtus

Samozřejmě definovat „blázna“ je těžké. Pokud jej ale chápeme jako člověka, který nemá kontakt s realitou, pak vidíme, že skutečně většina sebevrahů „bláznů“ není. Jsou schopni vést normální život až do té doby, než se jej sami rozhodnou ukončit. Často existuje velký rozdíl mezi tím, co sami cítí, a tím, jak se jejich život jeví ostatním. Například lidé trpící schizofrenií páchají sebevraždu často v období, kdy se cítí lépe, protože už nemohou dále snášet schizofrenické stavy.

Člověk, který přežije pokus o sebevraždu už se o ní znovu nepokusí - mýtus

Ačkoliv mnoho lidí, kteří přežijí pokus o sebevraždu, již nikdy pokus neopakují, jiní pokus opakují několikrát, buď

během jednoho životního období, nebo i po dlouhé době. Pro ty, kteří svůj pokus neopakují, mohl pokus znamenat vyřešení nějakého konfliktu anebo se jim dostalo takové pomoci, jakou potřebovali. Ti, kteří to zkoušeli vícekrát, mohli mít pro své jednání mnoho důvodů. Ne vždy ti, kteří svůj pokus opakují, jej opakují proto, že chtějí zemřít. Může to být opakované volání o pomoc, které nikdo předtím nevyslyšel.

Je-li někdo skutečně rozhodnut sebevraždu spáchat, nikdo mu v tom nezabrání - mýtus

Na sebevraždách je pozitivní to, že se jim většinou dá zabránit. Jak bylo výše naznačeno, člověk, který uvažuje o sebevraždě, bude o svém rozhodnutí přímo či nepřímo mluvit, nebo bude nějakým jiným způsobem dávat najevo varovné signály.

2. Sebevražedné jednání

Sebevražedné jednání se v lidské společnosti vyskytovalo vždy, dokonce i tehdy, když bylo společensky odmítáno a sankcionováno. Mnohé kultury považují tento způsob smrti za zcela normální, a proto sociálně přijatelný, u jiných je tomu naopak. Bez ohledu na společenské normy jsou lidé schopni, v případě, že mají subjektivně dostatečně silný motiv, potlačit pud sebezáchovy a zničit vlastní život, který přestal být hodnotou. Ukončení vlastní biologické existence může být chápáno jako únik od něčeho nežádoucího, jako jediné správné řešení, jako nutnost atp. Motivy k sebevražednému jednání jsou velmi rozmanité (viz. kapitola 4).

Rozdíl mezi sebevraždou a sebezabitím

Sebevražda musí splňovat dvě základní kritéria:

- 1. dobrovolný úmysl jedince ukončit život**
- 2. cílevědomě zaměřené jednání vedoucí ke smrti**

„Sebevraždou tedy rozumíme takový způsob autodestruktivního jednání, který zřetelně vyjadřuje úmysl jedince dobrovolně ukončit svůj vlastní život a cílevědomou snahu zvolit k tomuto účelu prostředky, u nichž se předpokládá, že k zániku života povedou.“² V některých případech může

² Viewegh. *Sebevražda a literatura*, s. 19

chybět vědomý dobrovolný úmysl zemřít. Tuto formu autodestrukce nazýváme **sebezabitím**. Duševní onemocnění, zejména psychózy jsou častou příčinou smrti sebezabitím. Jedinec má nutkavou potřebu ukončit svůj život pod vlivem změněného stavu vědomí, jehož příčinou je právě duševní nemoc, která se projevuje halucinacemi, často imperativními, které mohou vehnat člověka do nebezpečné situace vedoucí ke smrti. Také u jiných patologických forem jednání, zejména u impulzivního a zkratkového jednání, může dojít za určité situace k sebezabití. Chybí zde úmysl zemřít a jedinec jedná pod vlivem okamžitého impulzu a více či méně ve stavu nepřičetnosti nebo patologicky snížené kritičnosti svého jednání. Pro impulzivní jednání je charakteristické, že určitá myšlenka přejde okamžitě v čin. Impulz je tedy subjektivně prožíván a uskutečňován bez jakékoli předběžné motivace. Naproti tomu u zkratkového jednání existuje cíl, chybí však kritická úvaha, zda volba prostředků k dosažení cíle je nejvhodnější.

3. Formy suicidálního chování a jednání

V této kapitole se zaměřuji na přiblížení nejčastějších forem suicidálního jednání od suicidálních myšlenek a tendencí přes suicidální pokus až po dokonané suicidium, které uvádí Koutek a Kocourková³. Z hlediska závažnosti je třeba soustředit se způsob, kterého dotyčný použil k docílení svého úmyslu. Důležitou součástí k posouzení úmyslu zemřít jsou také motivy, kterými se budu zabývat v další kapitole.

Suicidální myšlenky – s myšlenkami na to, co by bylo, kdyby člověk nebyl, se setkal téměř každý člověk. Často tyto myšlenky patří k dospívání. Většinou jde jen o nápady bez větší intenzity, které postrádají touhu po realizaci. Jako forma suicidálního chování jsou intenzivní, obtížně odklonitelné. „Suicidální myšlenky jsou podle Poustky verbálními i neverbálními projevy toho, že se jejich nositel zabývá myšlenkami na sebevraždu.“⁴ Je třeba se zabývat jejich intenzitou a konkrétností.

Suicidium demonstrativní je definováno jako každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít, avšak nekončí letálně. Je otázkou zda je či není suicidální pokus pouze nepodařenou sebevraždou. Je zde přítomen úmysl zemřít? Úmysl zemřít nemusí být jednoznačný. Ambivalence k životu a smrti bývá u některých lidí přítomna a svůj život vlastně dávají v sázku.

³ Koutek, Kocourková. *Sebevražedné chování*, s. 27-32

⁴ Koutek, Kocourková. *Sebevražedné chování*, s. 28

Zvláštním případem je *parasuicidium*. Je definováno jako suicidální pokus, při němž chybí úmysl zemřít – jde tedy spíše o sebepoškození. Někdy se setkáváme také se *simulací suicidálního jednání*, tedy předstíráním. Jeho účelem je něčeho dosáhnout, případně se nějaké situaci vyhnout.

Suicidium - dokonané suicidium je popisováno jako sebepoškozující akt s letálním následkem, který je způsoben sebou samým s úmyslem zemřít. Jde o časově ohraničený akt s úmyslem zemřít tady a teď.

Bilanční sebevražda je suicidium dokonané na základě předchozího bilancování, kdy postižený dojde k závěru, že jeho stávající situace je natolik tíživá a neúnosná, že se rozhodne svůj život ukončit. Její příčinou může být nevyléčitelná nemoc, věk, sociální situace (vězení, válka, chudoba,...). Bývá výsledkem dlouhého bilancování. Motivům okolí více rozumí.

Biická sebevražda tedy sebevražda v normálním duševním stavu, je blízká bilanční, protože vychází z reálných motivů.

Účelové suicidální jednání je jednání vedoucí k řešení těžké situace, jehož cílem není smrt. Tomu je podobné *demonstrativní suicidální jednání* s tím rozdílem, že při účelovém jednání je tento cíl sledován nevědomě, při demonstrativním naopak.

Zkratkovité suicidální jednání je obecně charakterizováno jako jednání, které jde co nejrychleji k cíli, bez odboček.

Suicidální dohoda je dohodou dvou nebo více lidí, že společně spáchají sebevraždu. Jeden z nich bývá iniciátorem, který ostatní přesvědčí o prospěšnosti zemřít.

Rozšířená sebevražda má jasně patologický základ. Člověk s duševním onemocněním pod vlivem nemoci spáchá sebevraždu a vezme s sebou ještě někoho z blízkých, například z důvodů nesnesitelnosti života v jeho představách.

Sebevražedné jednání je třeba odlišit od jiných forem autoagresivního jednání. Bývá to například sebepoškozování, zneužívání drog, alkoholu nebo medikamentů a další praktiky, kde chybí úmysl zemřít.

4. Příčiny a motivace sebevražedného jednání

Pro snazší pochopení sebevražedného jednání rozlišujeme příčiny a motivaci sebevražedného jednání.

Příčiny jsou základní hnací síly (exogenní, endogenní a symptomatické), které – jako faktory podmiňující suicidální chování – nemusí být sebevrahem uvědomovány, kladeny do souvislosti se sebevražedným jednáním. Motivy jsou naopak takové obsahy, které jsou dotyčným více méně vědomě kladeny do kauzálního vztahu k sebevraždě.⁵

4.1. Příčiny sebevraždy

Exogenní – všechny vnější vlivy, které mohou ve spojení s endogenní dispozicí vést k sebevražedným tendencím. Závažnost působení těchto zevních vlivů je závislá na trvalé i okamžité psychické dispozici osobnosti, ale také na současné konstelaci ostatních vnějších vlivů a jejich eventuální kumulaci. Jsou to tedy faktory vznikající vně osobnosti, tedy v jejím okolí a vyvolávají reakci jedince. Patří sem: společenské, ekonomické, kulturní, rodinné vlivy atd.

Endogenní – vznikají uvnitř osobnosti, zahrnují vše, co pramení z intrapsychických pochodů. Jsou to tedy pocity, které vycházejí z nitra jedince bez ovlivňování okolím.

⁵ Viewegh. *Sebevražda a literatura*, s. 79

Symptomatické – vznikají na základě nějakého impulzu např. tělesného onemocnění, které vyvolává změny psychického stavu. V případě určitých onemocnění přicházejí deprese jako důsledek medikace atp.

Podle dnes převládajícího názoru je každé sebevražedné jednání výslednicí selhání v několika rovinách. K sebevražednému úmyslu a jeho realizaci vede celý sled okolností skloubených vzájemně jako články řetězu. Je přirozené, že poslední, sebevražednému jednání bezprostředně předcházející událost se jeví vnějšímu pozorovateli – ale neřídka i sebevrahovi samému – jako hlavní příčina, rozhodující podnět. Motiv sebevražedného jednání můžeme také označit jako spouštěcí mechanismus či faktor.

4.2. Motivace sebevražedného jednání

Bezprostřední motiv, který vede k sebevraždě se může jevit nejasný, nesmyslný či malicherný. Obyčejně totiž sebevražedné jednání vyvolá poslední problém, který lze chápat spíše jako spouštěč (více v kapitole 5.4.). Různé zátěže se obyčejně stíradají v průběhu celé osobní historie a ve svém souhrnu ovlivňují riziko sebevražedného jednání.

Jindy je jedinec zasažen náhlým a subjektivně velice závažným traumatem, které není schopen zvládnout. Jeho situace se mu jeví neřešitelná, a proto reaguje sebevraždou. Mnohdy tomu tak bývá u lidí, kteří nikdy předtím žádné větší

problémy neměli. Chybí jim tudíž zkušenost, jejich odolnost je nízká. Nenaučili se vyrovnávat se zátěžemi, protože k tomu neměli ve svém životě dostatek příležitostí.

Z obecného hlediska může zvyšovat riziko sebevražedného jednání jakákoli subjektivně významná zátěž týkající se lidských potřeb. To, co tyto zátěže činí rizikovými, je jejich osobní význam, hodnota, jakou mají pro konkrétního člověka.

J. Viewegh⁶ upozorňuje na skutečnost, že pud sebezáchovy, stejně jako všechny ostatní pudy, je ovládán psychicky. Neuspokojení psychických potřeb může působit jako silný zátěžový faktor, který převládne nad silou pudu. Typickým příkladem je sebevražda, která člověku umožní, aby si uchoval přijatelné sebehodnocení (např. někdo chce zemřít, aby si zachoval sebeúctu, aby nebyl uvězněn, degradován apod.). Když není sebevražedné jednání jen impulsivní a zkratkovou reakcí, ale je do určité míry promyšlené, vyjadřuje postoj k sobě samému, k vlastnímu životu, který z nějakého důvodu ztratil smysl. Hodnoty, jež s ním jsou spojeny, se staly nedostupné nebo ztratily význam.

Pro lepší pochopení používá Ringelův termín presuicidální syndrom (více v další kapitole), který vyjadřuje pocit zúžení a omezení dalšího života. Případně by bylo možné říci, že jde o pocit omezení vlastních pozitivních životních možností. S tím souvisí změna v oblasti sebehodnocení, ve vztahu k sobě samému jako jednajícím subjektu vlastního jednání. Člověk se necítí být natolik kompetentní, aby se domníval, že svou situaci dokáže zvládnout jinak. Sebevražda může být pojímána jako

⁶ Viewegh. *Sebevražda a literatura*, s. 79-82

ochrana vlastní identity před jejím dalším znehodnocením, ale i jako výraz nízkého sebehodnocení člověka, který má pocit, že mu už stejně nic jiného nezbývá.

Hodnocení bezprostřední motivace k sebevraždě, resp. typických duševních projevů, které s ní jsou spojeny, bývá obtížné. Psychický stav člověka před sebevraždou ovlivňuje značné emoce, a proto dochází k určitému zkreslení situace. Po nezdařeném sebevražedném pokusu, často pod vlivem somatických prožitků, které z něho vyplývají, se obvykle mění postoj k vlastnímu jednání. Emoce mají podstatně menší intenzitu a jinou kvalitu. Lidé bývají spíše apatičtí, mohou se cítit zahanbeni apod. Teprve postupně je člověk schopen posoudit situaci racionálně.

Z hlediska závažnosti motivace a úmyslu skutečně zemřít, který se projeví i ve volbě prostředků, jak takového cíle dosáhnout, můžeme rozlišovat dvě varianty:

- ***Sebevražda jako cíl.*** Život je z nějakého důvodu nesnesitelný, člověk se této zátěže potřebuje zbavit. Může k tomu mít různé motivy: buď je to únik před něčím, nebo úsilí něco získat. Podstatné je, že člověk chce zemřít.
- ***Sebevražedné jednání jako prostředek.*** Člověk zemřít nechce, ale používá demonstrované sebevraždy jako prostředku k manipulaci s jinými lidmi, k jejich potrestání, pomstě apod.

5. Člověk a sebevražda

V této kapitole se zaměřím na vymezení a popis společných znaků lidí se sebevražednými tendencemi. Dále se zabývám prožíváním těchto lidí. V závěru této kapitoly se věnuji spouštěcí události – moment zvratu, rozhodnutí.

5.1. Presuicidální syndrom E. Ringela a deset charakteristik E. Schneidmana⁷

Mají lidé se sebevražednými tendencemi nějaké společné znaky? Níže uvádím dva přístupy, které se v kontaktu se sebevražednými jedinci užívají. Je to presuicidální syndrom E. Ringela a deset charakteristik E. Shneidmana.

Vídeňský profesor E. Ringel zformuloval tzv. presuicidální syndrom, který předchází každému sebevražednému jednání. Tento syndrom je definován třemi znaky:

- 1. zúžení subjektivního prostoru**
- 2. zablokovaná nebo proti sobě zaměřená agresivita**
- 3. naléhavé sebevražedné fantazie**

Posoudíme-li tyto tři kvality získáme možnost diagnosticky i prognosticky rozpoznat míru ohrožení daného člověka.

⁷ Vodáčková a kol. *Krizová intervence*, s. 488-490

Vzrůstající zúžení je patrné ve sféře situační, kdy člověk neví, kudy kam, situace jej zavaluje, ztrácí dosavadní možnosti. Navíc dochází k zúžení dynamickému, emoce se zaměřují jedním směrem, k zoufalství, beznaději, strachu. Člověk ztrácí kontrolu nad svými emocemi, nemůže se zaměřit na fungující části, ze kterých by mohl čerpat energii. Vidí černobíle – shazuje se nebo idealizuje. Často dochází i k zúžení ve vztahové rovině. Člověk se uzavírá do sebe, izoluje se od lidí, vztahy pro něj ztrácejí smysl nebo prázdné ztracené vztahy idealizuje. Zúžení se nevyhne ani oblasti hodnot. Všechno, co jej zajímalo nebo bylo příjemné, pozbývá ceny. Přestává se radovat, těšit se na něco, užívat si. To jsou typické znaky deprese (více v další kapitole). Původní ztratilo smysl, život nemá cenu.

Další fází je obrácení agresivity proti sobě. Člověk se stále více utvrzuje ve své vlastní neschopnosti, nedostacích, které způsobily jeho nynější stav, ze kterého není cesty. Je to fáze znevažování, nenávisti k vlastní osobě, neschopnosti prolomit bludný kruh negativních myšlenek a pocitů. Hněv stále roste a obrací se proti němu.

Poté se objeví suicidální fantazie, které přinášejí představu úlevy a jsou stále lákavější. Postupně se zdají být jediným možným řešením. Odtud už je velmi blízko k sebevraždě.

Kalifornský suicidolog E. Schniedman na základě mnohaleté zkušenosti v práci se sebevrahy dal dohromady deset společných charakteristik sebevražd. Tyto charakteristiky považuje za psychologickou mapu sebevražedného terénu a je přesvědčen, že vědomosti sdílené odborníky i laiky mohou být nejefektivnější

formou prevence sebevražd. Tyto charakteristiky jsou následující:

1. **Nesnesitelná psychická bolest.** Nikdo se nerozhodne pro sebevraždu z rozmaru. Život je ohrožován bolestí a právě bolest je to, před čím člověk hledá úniku.
2. **Frustrované psychické potřeby.** Všichni potřebují zažívat pocity bezpečí, úspěchu, důvěry a přátelství. V případě nedostatku prožívá člověk život trýznivě, připadá si zbytečný, nehodný života.
3. **Snaha vyprostit se.** Sebevražda není náhodná, vždycky má svou pointu a svůj smysl. Je to způsob, jak se zbavit problému, uniknout krizi.
4. **Snaha zbavit se vědomí.** Zastavit uvědomování si bolestné existence, vypnout život.
5. **Bezmoc a skleslost.** Stud a vina, ztráta výkonnosti, neutěšené vztahy a řada dalších vypadají často jako „skutečná“ příčina sebevraždy. Pod tím se však skrývají pocity slabosti, nemohoucnosti, které vedou k jedinému východisku.
6. **Zúžené možnosti.** Suicidální jedinci přestávají brát v úvahu různé možnosti řešení svých problémů a začínají se pohybovat pouze v extrémech.
7. **Sdělování svého záměru.** Okolo 80% lidí odhodlávajících se k sebevraždě řekne nebo naznačí někomu ze svého okolí svůj záměr. Doufají v pomoc, záchranu.
8. **Ambivalence.** Všichni současně můžeme cítit lásku i nenávist ke svým blízkým, k sobě samým, ale v tomto

případě je to život i smrt. Chce žít i umřít zároveň, obojí je opravdové.

9. **Úniky.** Útěky z domova, rozchody s partnery, to jsou úniky, ale sebevražda je konečná, nekompromisní únik jednou provždy.

10. **Celoživotní modely zvládnání.** Při identifikaci potenciálního sebevraha je to tendence k rozrušení, uzavřenost, ale také myšlení „buď, anebo“. Bývají to odchody od přátel, absolutní přerušování kontaktů. Způsoby řešení ostrým řezem.

Podle Schneidmana žádná z deseti charakteristik není smrtelná sama o sobě, ale dohromady tvoří smrtelnou kombinaci. Sebevraždu vidí jako zoufalý čin rozrušeného člověka, jehož mysl je zúžená, trpí nesrozumitelnou a neúnosnou bolestí. Zdrojem bolesti je zablokování psychologické potřeby, která je daným člověkem prožívána jako nezbytná. V této situaci pak člověk ztrátu života, konec, jako přijatelnější než trýzeň z nenaplnění potřeby.

5.2. Rizikové faktory

„Tyto faktory vykreslují typického sebevraha. Je to muž, který žije sám, je nezaměstnaný, inklinující k alkoholu nebo jiným drogám, má za sebou nějaké sebevražedné pokusy, suicidální jednání se objevilo v jeho rodinné historii a někdo z jeho přátel skončil svůj život sebevraždou.“⁸ Tento popis přesně pasuje na člověka, který je ohrožen sebevraždou, ale takových popisů typických sebevrahů by mohla být celá řada. Je jasné, že někteří lidé jsou sebevraždou více ohroženi. Níže se budu věnovat popisu faktorů, které riziko sebevraždy zvyšují. Neznamená to, že každý člověk má všechny tyto znaky, ale riziko sebevraždy se zvyšuje s vyšším počtem uvedených znaků.

Neopomenutelný rizikový faktor je **charakter osobnosti člověka**. Za rizikové se dá v této oblasti považovat – řešení problémů obrácením agrese proti sobě, emoční labilita, uzavřenost, zranitelnost, impulzivnost, tendence k závislosti na druhých, sklon k vyhýbání se řešení problémů, nízké seběvědomí, nepřijetí sama sebe atp.

Mezi rizikové faktory určitě patří **věk a životní etapy**. Tento faktor je spojen s prožíváním různých období života. Zvláště přechody z jedné etapy do druhé bývají spojeny s bouřlivými emocemi, velkými změnami a očekáváními. Zároveň člověka staví do nových, nečekaných rolí, které v některých případech nechce nebo ani nemůže naplnit. Za velmi rizikovou etapu se

⁸ Vodáčková a kol. *Krizová intervence*, str. 490-491.

považuje adolescence a stáří, etapy provázené největšími změnami.

Dalším typickým znakem je **osamělost**. Zvláště pokud si s ní člověk neumí poradit. Někdy si připadá zbytečný, to platí zvláště u starých lidí, kterým ubývá sil, bojí se nemoci. Nebo pochybuje o smyslu svého života po rozvodu, odchodu dětí z domova.

Mezi rizikové faktory patří také **závislost na návykových látkách**. K závislosti na alkoholu nebo jiných látkách často patří pocity viny, bezmoci, zklamávání sebe i ostatních, nedostatek odhodlání zbavit se své závislosti. Člověk se ocitá na houpačce, jednou je úplně dole, jindy to „zvládá“. Závislost může být příčinou, pro kterou se člověk rozhodne skončit život, ale může být také prostředkem podpůrným. Dotyčný, který normálně nepije si potřebuje dodat kuráž k poslednímu kroku. To takového člověka vede k pocitu zbabělosti – nedokážu se ani zabít, jsem úplně zbabělec...

Nezaměstnanost je fenoménem dnešní doby a stává se důležitým rizikovým faktorem, protože vyvolává v člověku pocity nenávisti, bezcennosti, neschopnosti, marnosti. Okolí se uleví, když tu nebude.

Sebevražda v rodině nebo okolí otvírá nový prostor řešení krize, dodává odvahu k rozhodnutí. Je také model řešení krizových situací a pokud se objevuje v rodině může být určitým „naučeným modelem chování“.

Krize je jedním z průvodních znaků, které nacházíme u lidí se sebevražednými tendencemi. Může ji podnítit jakákoli

událost v životě, která člověka nutí se nějakým způsobem vyrovnat s novou situací.

Ať je příčina jakákoliv, tato situace nás vyčerpává. Samozřejmě, že přizpůsobování se a zvykání si na různé věci je součástí života. Ale když je takových požadavků příliš mnoho, nebo když je přizpůsobování obtížné, může dojít k přetížení.

Vybrala jsem na ukázkou několik událostí, které mohou být zátěžové. Jedná se o události, které vyžadují, aby člověk udělal ve svém životě větší či menší změnu.⁹

- *smrt někoho z rodiny nebo blízké osoby*
- *rozchod s přítelem, přítelkyní, případně rozvod*
- *uvěznění*
- *zranění, nemoc*
- *začátek nového vztahu*
- *potíže v zaměstnání, ve škole*
- *usmiřování se s partnerem*
- *zamilování*
- *ztráta zaměstnání*
- *přechod na jinou školu*
- *příchod do nového zaměstnání*
- *ukončení školy*
- *otěhotnění*
- *porod*
- *svatba*
- *problémy ve vztahu*
- *změna finanční situace*
- *ztráta blízkého přítele*

⁹ Frankel, Kranzová. *O sebevraždách*, s. 47-48

➤ *odchod z domova*

➤ *prázdniny, svátky*

Některé z těchto událostí jsou smutné. Představují ztrátu, smrt nepříjemné změny. Jiné jsou však radostné – láska, prázdniny, svatba. Mají ale vždy jednu věc společnou, vyžadují, aby se člověk přizpůsobil změně. Mnoho lidí považuje radostné události za více zátěžové než ty smutné. Jsou zvyklí očekávat, že věci dopadnou špatně. Cítí se bezpečně, když se věci vyvíjejí tak, jak předpokládali.

Někteří lidé vypadají, že jsou odolní. Zdá se, že mají neobvyklou schopnost si z problému nic nedělat nebo brát věci tak, jak přicházejí. Jsou však i jiní lidé, kteří jsou citlivější a na dobré i špatné změny reagují s větší intenzitou a dostávají se tak víc na dno nebo nahoru.

Míra zátěže sama o sobě nic neříká o tom, s jakou pravděpodobností bude člověk myslet na sebevraždu. Řada nucených změn může člověku odčerpat spoustu sil. V takové situaci se může zdát malichernost jako velká tragédie. Některí lidé obviňují okolí, jiní onemocní. Další skupina lidí reaguje na tyto situace depresí nebo úzkostí. A někteří lidé reagují na přetížení tím, že přemýšlejí, jak to všechno skončit.

Deprese samozřejmě patří mezi varovné signály a bývá typickým znakem u mnoha lidí se sebevražednými tendencemi. Depresi si snadno lze splést se smutkem, zármutkem nebo s těžkou životní situací. Některí lidé mohou v depresi zároveň zakoušet smutek, jiní prožívají smutek, aniž by do deprese upadli. Deprese může propuknout i bez zjevného důvodu, nebo

tento důvod dostatečně neodpovídá hloubce a síle depresivního stavu. Deprese je duševní nemoc a ne jen špatná nálada. „Deprese ovlivňuje cítění lidí, náladu duševní schopnosti a postoje a dokonce vnímání věcí, jiných lidí a především sebe samých.“¹⁰ Je ve společnosti velmi rozšířená, projevuje se v různých formách a je obtížné ji rychle a správně diagnostikovat.

Deprese má mnoho forem a různou sílu. Projevuje se širokou škálou příznaků, od pouhé změny nálady po nejčernější zoufalství vedoucí až k sebevraždě. Deprese se obecně rozděluje do tří základních skupin: lehká, mírná a hluboká deprese. U slabé deprese platí, že deprese začíná obvykle určitou stresovou událostí. Člověk pociťuje úzkost nebo se necítí dobře. K odstranění deprese často stačí změna životního stylu. Při mírné depresi špatná nálada přetrvává a kromě toho se přidávají různé tělesné příznaky. V tomto případě je již nutná lékařská péče. Hluboká deprese představuje životu nebezpečné onemocnění, které má intenzivní příznaky. Jsou přítomny tělesné symptomy, bludy, halucinace. Lékařská péče je nezbytně nutná.

K popisu různých typů depresí se v lékařské praxi používá také dalších termínů¹¹:

- reaktivní deprese – používá se k označení krátkodobé deprese, která je způsobena nějakou stresovou událostí. Přívlastku reaktivní se užívá také u deprese, při níž se

¹⁰ Deprese, s. 8

¹¹ McKenzie. *Deprese-informace a rady lékaře*, s. 32-36

člověk ještě může těšit ze společenských situací a reagovat na ně.

- Endogenní deprese – tento druh deprese vzniká bez zjevné příčiny, bývá obvykle intenzivní a je provázen tělesnými příznaky jako ztráta chuti k jídlu, úbytek hmotnosti, velmi časně vstávání, horší nálada v ranních hodinách a ztráta zájmu o sex apod.
- Neurotická deprese – tímto termínem jsou označovány lehké deprese, při nichž člověk mívá lepší a horší dny. Depresivní nálada se projevuje hlavně večer. Takový člověk těžko usíná a v noci se budí.
- Psychotická deprese – tyto deprese se řadí mezi těžké a ten, kdo jimi trpí má i tělesné příznaky a může ztratit kontakt se skutečností. Mohou se projevit bludy.
- Bipolární deprese – jinak také maniodepresivní onemocnění. Lidé s maniodepresí zažívají období dobré nálady a období nálady špatné, ve kterém se dostávají do lehké až hluboké deprese. K tomu se přidávají bludy a ztráta náhledu a kontaktu s okolím.
- Monopolární deprese – je označením pro nejčastější druh deprese – deprese, jíž trpí ti, kdo zažívají jen špatnou náladu.
- Zrychlená deprese – je popisem příznaků tohoto zvláštního typu deprese, při níž člověk trpí úzkostmi, má starosti a je neklidný.

- Zpomalená deprese – je opakem zrychlené deprese, člověk je tělesně i myšlenkově zpomalen. V těžších případech má pocit, že se nemůže pohybovat, mluvit nebo jíst.
- Dysthymia – tímto termínem se označuje slabá, vytrvalá deprese. Hlavním příznakem je nerozhodnost a ztráta sebeúcty.
- Dissimulovaná deprese – lidé trpící tímto druhem deprese říkají, že se depresivně necítí, třebaže trpí celou řadou příznaků. Mají pocity bolesti na hrudi nebo potíže se spánkem.
- Organická deprese – je deprese způsobená tělesnou chorobou nebo fyzikální terapií.
- Krátkodobá recidivující deprese – tak se označuje deprese zjištěná teprve v poslední době, při níž se vyskytují intenzivní depresivní stavy, které však trvají pouze několik dní.
- Sezonní emoční poruchy (SAD)- deprese vzniká poklesem hladiny denního světla v zimních měsících. Lidé mají nutkání v zimních měsících nutkání požívat velká množství uhlovodanů a roste jejich potřeba spát.

Jak už jsem uvedla výše, včas a správně rozpoznat depresi je velmi složité, protože její projevy jsou často nespecifické. Člověk prožívající depresi však manifestuje svůj stav různými příznaky. Patří mezi ně například¹²: záchvaty pláče, změna osobního vzhledu, poruchy příjmu potravy, záchvaty pocení,

¹² *Deprese*, s. 19-26

ztráta chuti do života, ztráta sexuálního vzrušení, změna osobnosti, nespolečenská, nedostatek sebevědomí, ztráta humoru, podrážděnost, vnitřní neklid, černé myšlenky a pocity méněcennosti. K tomu se přidává vnitřní prožívání provázené - poruchami spánku, nočními můrami, pocity marnosti a zoufalství, bolestí a otupělostí, vyčerpáním, pocity bezmoci, ztrátou vlastní ceny, pocity viny, ztrátou soustředěnosti, poruchami paměti, nerozhodností, duševním zmatkem, sebevražednými myšlenkami, tělesnými příznaky.

Deprese je nejrizikovějším faktorem v souvislosti se sebevraždou. „Statistiky týkající se sebevražednosti depresivních osob jsou alarmující. Z odborné studie z roku 1995 vyplývá, že 15 procent osob sužovaných depresí spáchá sebevraždu a dvě třetiny sebevražd s depresí přímo souvisejí. Anthony Clare uvádí, že čtyři pětiny lidí trpících hlubokou depresí se v určité fázi onemocnění potýkají s intenzivními myšlenkami na sebevraždu.“¹³

¹³ Deprese, s. 27

5.3. Myšlenky na smrt

Jak prožívá a vidí svět ten, kdo uvažuje o sebevraždě? Podívejme se na některé myšlenky lidí, kteří se o sebevraždu pokusili. Jejich myšlenky jsou důležité pro pochopení smyslu aktu, porozumění jejich prožívání. Je třeba se ptát proč a co bude pak, jednak pro porozumění motivům, ale také z důvodu dalšího zaměření kontaktu (více v 6. kapitole).

Myšlenky na smrt¹⁴

- *nezasloužím si žít*
- *raději budu cítit bolest než vůbec nic*
- *mám takový vztek, že se to nedá vydržet*
- *nenávidím úplně všechno – nejradši bych všechno zničil*
- *chci, abych přestal trpět*
- *chci, abych už měl všechno za sebou*
- *rodiče chtějí, abych umřel*
- *jsem určen k tomu, abych zemřel*
- *moje pocity mě děsí*
- *nesmím se takto cítit*
- *něco se mnou není v pořádku*
- *jsem úplně jiný než všichni ostatní*
- *proč jsem tak opuštěný?*
- *nikdy se to nezlepší*
- *nejsem k ničemu*
- *nikomu nezáleží na tom, jestli jsem naživu nebo ne*

¹⁴ Frankel, Kranzová. *O sebevraždách*, s. 96

- *na světě není nic v pořádku – nedává to žádný smysl*
- *toto není můj svět a nikdy se to nezmění*
- *nikdo neví, kdo jsem*
- *nikdo se o mě nezajímá*
- *jsem naprosto opuštěný*
- *chci se pořezat a nechat ze sebe vyplavit všechno špatné*

Částečnou příčinou obrovského tlaku společnosti je představa, že mají být všichni neustále šťastní. „Když máte problém, měli byste ho vyřešit!“ „Jestliže je vám špatně, je to vaše chyba.“ To jsou příklady tzv. pozitivního myšlení, které má být posilující. Ale filosofie, která zdůrazňuje spoléhání sama na sebe a samostatnost, má v sobě i něco krutého. Nedává dost prostoru pocitům samoty, zmatku a zklamání. Také může znesnadňovat vyslovování a konfrontování skutečných problémů, jako jsou chudoba, rasismus, byrokracie...

Potlačování bolestivých myšlenek a otupování nepříjemných pocitů např. drogami nebo alkoholem není východiskem. Řešením je prožít svoje pocity, prolomit izolaci, svěřit se přátelům, rodině nebo odborníkovi.

5.4. Spouštěcí událost

Sebevraždy jsou často vyvolány jednou konkrétní příhodou, která zatemňuje vývoj sebevražedné krize. Je to okamžik, kdy člověk dostane poslední zásah, který ho utvrdí v jeho rozhodnutí.

Spouštěcí moment působí s takovou silou, protože vlastně zastupuje mnoho dalších věcí. Ztracená láska není jenom jedna ztracená osoba. Je to každý, koho bude člověk kdy milovat. Špatná zkušenost není jen tvrdá zkouška, je to důkaz, že nikdy v životě nebude nic v pořádku.

Okolí je často překvapeno, jak zdánlivě nepatrná událost může být pro někoho spouštěcím momentem. Dávné tísně i zármutky jsou připraveny vybuchnout, stačí jedno zklamání navíc.

Samozřejmě, že někdy je spouštěcí moment opravdu zdrcující. Smrt někoho z rodiny, kamaráda je skutečně otřesná událost. Takovou věc nikdo nepřekoná snadno. Ti, kteří zažili smrt milované osoby jsou svým trápením přemoženi a na dlouhou dobu poznamenáni.

Někdy je spouštěcí moment jenom posledním z řady tíživých událostí. Nahromaděné napětí některým lidem znesnadňuje, aby se znovu vzpamatovali z potíží nebo z tragédie. Sejde-li se v krátké době příliš mnoho nepříznivých událostí za sebou, obrana je oslabena a síly mohou být vyčerpány. V takové situaci může událost, která by se jindy zdála malicherná, způsobit velké

neštěstí. Skutečná tragédie se pak může zdát být prakticky nesnesitelná.

6. Kontakt s člověkem se sebevražednými tendencemi

Téma sebevraždy je velmi silné a je důležité se držet základních postupů pro bezpečí obou stran – pomáhající i klientské. V této kapitole se pohybují na úrovni kontaktu s profesionálem a člověka, který pomáhajícího kontaktuje nazývám klientem.

6.1. Specifika kontaktu

V první kapitole jsem se zabývala problematikou mýtů spojených se sebevraždou. Je jasné, že mýty ovlivňují celou společnost, tedy i pomáhající. Musíme se s tímto faktem vypořádat, odhlédnout od „zažitých pravd“ a k příběhu každého jedince přistupovat individuálně. „Je nutno mít na paměti, že sebevražda je projevem krize a jako taková se může přihodit kterémukoli normálnímu jedinci v nenormální situaci. Dokonce i člověku, který byl oporou pro druhé a mnoha lidem kolem sebe pomáhal překonávat těžkosti.“¹⁵

Téma sebevraždy je většinou velkým strašákem všech, kteří se snaží pomoci. Je to způsobeno mimo jiné nevratností aktu ukončení života. Riziko „neúspěšné“ intervence je mnohonásobně více vnímáno a je těžké uvědomit si, že ne já, ale on sám nakonec o svém životě rozhodne. Vystává otázka

¹⁵ Vodáčková a kol. *Krizová intervence*, s. 483

úspěšnosti mého konání – intervence. Je možné hodnotit jako neúspěšnou intervenci tu, která skončila sebevraždou dotyčného a naopak? Jako pomáhající míváme v kontaktu se sebevražedným klientem ambivalentní pocity a jen neradi si přiznáváme, že nejsme všemohoucí. Tedy sama **závažnost sebevraždy** je prvním specifikem v takovém kontaktu.

K tomu se přidává další specifický fakt - do kontaktu s člověkem se sebevražednými tendencemi přicházíme na profesionální, ale i osobní úrovni **náhle**. Pokud se jedná o osobní úroveň, jsme sice tímto sdělením překvapeni, ale máme tu výhodu, že dotyčného člověka známe a často jsme měli možnost pozorovat různé varovné signály. Na úrovni profesionální se s člověkem se sebevražednými tendencemi nejčastěji setkáváme v telefonickém kontaktu, nebo v krizových centrech. Telefonický kontakt, který zajišťují profesionálové na linkách důvěry je kvůli anonymitě procentuálně nejvíce volenou variantou. Pomáhající má v tomto případě nejméně informací a jediným pojítkem mezi ním a klientem je telefon.

Faktorem s největší zátěží, stejně jako u kontaktu v krizovém centru, je fakt, že jde ve velké míře o jednorázovou intervenci, o jejíž úspěšnosti se v drtivé většině nedozvíme. **Jednorázovost** je dalším specifikem kontaktu tohoto druhu. Na rozdíl od telefonické krizové intervence má kontakt v krizovém centru své výhody v mnoha směrech. Vidíme se s dotyčným osobně, můžeme tedy pozorovat jeho reakce na naše podněty a neprodleně na ně reagovat. Další výhodou je, že součástí krizových center bývají krizová lůžka, kde klient může překlenout krizi pod odborným vedením. Terapeut také může

dotyčnému nabídnout pomoc jiné organizace – azylový dům, psychiatrickou kliniku nebo, v krajním případě při ohrožení klientova života, kdy rozhodne i proti jeho vůli – nedobrovolnou hospitalizací v psychiatrické léčebně.

Samozřejmě, že se na profesionální úrovni setkáváme s lidmi, kde jde o kontakt dlouhodobější. Klient dochází na pravidelné schůzky nebo do klubu, tím se tento kontakt více přibližuje kontaktu na osobní úrovni. Z hlediska možností pomoci jsme zdánlivě v nejlepším postavení. Dotyčného většinou dobře známe, máme tedy oproti ostatním nespornou výhodu. Měli bychom mít tedy i největší šanci na úspěch. Tento způsob uvažování je ovšem zcestný. Fakt, že se s dotyčným dobře známe a mnoho o něm víme, není zárukou úspěchu. Někdy může být tato skutečnost naopak překážkou v komunikaci. Vždyť i na úrovni osobní se lidé často nesvěřují svým nejbližším, ale spíše svým známým, kolegům a často také neznámým lidem (linky důvěry, krizová centra, atp.). Nechtějí blízké zatěžovat, otravovat, stydí se za své pocity, nedůvěřují jim.

Všechny úrovně kontaktu s lidmi se sebevražednými tendencemi mají svůj význam a není zaručeno, že naše snažení bude mít úspěch. Jak už jsem uvedla výše, nejdůležitějším faktem je nutnost respektu rozhodnutí dotyčného.

V první okamžik nám může přijít rozhodnutí člověka spáchat sebevraždu nepochopitelné. Během hovoru však dotyčný nabízí šanci nahlédnout a projít s ním jeho suicidálním myšlením. Přicházejí se svými úvahami lidé, kteří jsou k sebevraždě odhodlaní nebo se odhodlávají. Setkáváme se také s lidmi, kteří měli úmysl zemřít jasný, ale jejich touha byla nějakou

nečekanou okolností zmařena. Nemají většinou problém velmi jasně popsat jednotlivé kroky, emoce, které prožívali, myšlenky, ze kterých můžeme zachytit okamžik zlomu. Někteří lidé se po neúspěšném sebevražedném pokusu uzavřou, neprozradí, co skutečně prožívali. Jejich strach vyjádřit se jasně, zda chtěli či nechtěli zemřít je pochopitelný. Ať ta či ona varianta je zařazuje do kategorie bláznů. Zapomínáme na to, že extrémní situace, kterou dotyčný prožíval byla prostoupena těžkými ambivalencemi a jeho rozhodnutí se v daném období jeví jako jediné možné.

Z toho, co jsem výše uvedla je zřejmé, že sebevražda má předvídatelný vývoj. Člověk se sebevražednými tendencemi mluví o sebevraždě jako o řešení, které směřuje k úlevě, vysvobození, klidu od starostí. Tato slova bývají pro pomáhající tou první bezpečnou cestou, po které mohou člověka z jeho krize vyvést.

6.2. Předpoklady pro navázání kontaktu

Pro navázání kontaktu se sebevražedným klientem je důležité, aby měl pomáhající toto téma dobře zpracované. Jako i v jiných tématech je důležitá tolerance, respekt a pochopení rozhodnutí klienta. Každý pomáhající má určitá témata, která jsou pro něj bolestná. Pro někoho to může být právě problematika sebevražd. Je důležité si tuto hranici uvědomovat a nepřekračovat ji. Nastane-li taková situace, pak je pro obě strany přínosnější situaci klientovi vysvětlit a předat jej do péče někomu z kolegů. Může nastat situace, kdy toto jednoduché řešení nebude po ruce, pak je důležité si svůj limit uvědomovat a pracovat s ním (například formou individuální supervize). Pokud jde o pomáhající v pozici krizového pracovníka, je nutnost reflexe osobních limitů vyšší, protože s krizovými tématy přichází do styku mnohem častěji.

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

intervence se odehrává v rovině řešení klientova problému a překonávání konkrétních překážek.“¹⁶ Přináší s sebou změnu způsobenou vyřešením krize a schopností integrace této zkušenosti do života klienta. Krize, jejímž řešením se krizová intervence zabývá, nabízí novou příležitost. Krizová intervence vychází z těchto bodů a principů¹⁷:

- Charakter individuality krize – pro každého z nás má krize jiný význam.
- Časová omezenost krizového stavu – není-li krize vyřešena včas stává se méně produktivní.
- Hlavní těžiště práce s klientem je soustředěno na řešení problému.
- Snaha posílit klientovu kompetenci ve vlastním řešení krizové situace.
- Krizová intervence je eklektická – je šitá na míru člověku a jeho situaci.
- S klientem se snažíme řešit jen blízkou budoucnost.
- Zabýváme se celým systémem – v krizi se člověk neocitá většinou samostatně.
- Člověk v krizi přichází celý – se svou duší, tělem, vztahy – krizová intervence by měla zaujímat celý prostor bio-psycho-sociálně-duchovní.
- Je-li to indikováno, má mít krizová intervence kontinuitu v další odborné práci s klientem.
- Krizoví pracovníci by měli mít za sebou zázemí týmu, který tvoří důležitou základnu pro bezpeční pracovníků

¹⁶ Vodáčková. *Krizová intervence*, s. 60

¹⁷ Vodáčková. *Krizová intervence*, s. 60

i klientů a zprostředkovává celistvost bio-psycho-sociálně-duchovního pole.

Pracovníci v pomáhajících profesích, kteří s tématem sebevraždy pracují, používají metodu krizové intervence jako základ, ze kterého vycházejí. Přidávají k němu své zkušenosti, zkušenosti svých kolegů, jiných odborníků a také jiné metody práce s klientem. Nedílnou součástí jsou také některé metody čerpající z psychoterapie, jako například prvky dynamické psychoterapie, systemické psychoterapie, rogersovské psychoterapie, přístupy zaměřené na práci s tělem jako bioenergetika, PSBP – Pesso Boyden Psychomotor System.

6.3. Průběh kontaktu a komunikace

6.3.1. Průběh kontaktu

Vodáčková a kol. ve své knize nabízí stručný návod¹⁸.

- 1. Příprava konzultace, zabezpečení základních potřeb klienta** – konzultace s klientem ještě nezačala, ale už nyní se odehrávají důležité věci, které mohou kontakt usnadnit či zkomplikovat. V této fázi je důležité poskytnout klientovi dostatek informací o tom, kdo s ním bude mluvit, za jak dlouho. Zajistit mu základní potřeby – dát mu napít, ukázat, kde je WC atp. Důležité je dát mu možnost obrátit se na někoho v případě nouze, než začne konzultace.
- 2. Úvod konzultace – než začne samotný rozhovor – vytvoření bezpečného místa a bezpečného rámce, kontrakt** – informace o délce sezení, informace o klientovi – sdělení, že nemusí uvádět žádné informace. Je dobré posoudit klientův emoční stav a sledovat jeho vývoj v průběhu konzultace.
- 3. Započetí rozhovoru a základní orientace v situaci** – pracovník by měl klienta vyzvat, aby vyprávěl svůj příběh. V průběhu rozhovoru se zaměřujeme na další podstatné údaje o klientovi a jeho okolí.
- 4. Očekávání a zakázka** – formulovat, s čím za námi vlastně přišel.

¹⁸ Vodáčková a kol. *Krizová intervence*, s. 75-83

5. **Katastrofický scénář** – rozhovor spěje k důležitému bodu, k obavám klienta. Důležité je nebát se mluvit o nejhorsích možnostech řešení.
6. **Zkušenosti s podobnou situací v minulosti, přítomné vyrovnávací strategie** – snažíme se najít vyrovnávací mechanismy, které zabraly v minulosti nebo v podobných situacích v současnosti - zda existuje něco co zabírá.
7. **Psychodynamické souvislosti** – jde o zviditelnění souvislostí, které dávají současnému příběhu smysl.
8. **Kontrakt a závěr rozhovoru** – je třeba dohodnout se na dalším postupu, co dělat, aby se situace neopakovala, zda je nutná další konzultace. Vybavit klienta důležitými čísly a kontakty, kdyby si nevěděl rady.

Podívejme se nyní jakými fázemi pomáhající prochází v kontaktu se sebevražděným člověkem.

1. **Pojmenování problému** - základní otázka, která bývá položena, je - zda klient myslí na to, že by tu nejraději nebyl. Pokud je odpověď ano, je nezbytně nutné zeptat se přímo, jestli uvažuje o sebevraždě. Člověk v krizi nemá čas na zdvořilou ohleduplnost. Ptáme se tedy „Myslíte na sebevraždu?“ nebo „Mluvíte o sebevraždě?“. Klient s velkou úlevou potvrdí, že to je právě to, na co myslí. Je to vyřčené a navíc je tu někdo, s kým se o sebevraždě dá mluvit, s někým své myšlenky sdílet. Někdo, kdo klienta neokřikne, že o tom se nemluví a podobně. Jakkoli je tento okamžik nepatrný, jde o zásadní zlom. Mění se situace, klient může své myšlenky někomu svěřit, nebo dokonce

je s ním i sdílet. Člověk potřebuje o svých myšlenkách mluvit a dotknout se svých emocí.

Pracuji s jedním klientem, který do našeho klubu přišel asi potřetí. Už při prvním kontaktu s ním jsem si uvědomovala, že mu není dobře. Do našeho klubu začal chodit na doporučení své psychiatricky. Jeho depresivní náladu jsem připisovala rekonvalescenci po nedávném pobytu v PL Bohnice. Při předchozích návštěvách klubu jsme mluvili o jeho životě, zaměstnání, rodině. Klientovi je asi 40 let, vystudoval VŠ a dříve pracoval jako učitel cizích jazyků na střední škole. Je to velmi plachý, uzavřený člověk s diagnózou schizofrenie. Jeho nemoc mu podle jeho slov znemožňuje normálně žít.

Přichází do klubu, ptám se ho jak se mu daří. Říká, že nemá žádné peníze a žádá mě, jestli bych mu nějak nepomohla. Dávám mu ověřený seznam míst, kde dávají jídlo zdarma. Mezi řečí mi sděluje, že se chtěl včera zabít, ale že je zbabělec a nedokázal to. Nabízím mu, že s ním promluví v klidu v „zadní místnosti“ (místnost pro individuální důležité konzultace). Mou nabídku přijímá uvařím mu na jeho přání čaj. Nechávám iniciativu na něm. Zpočátku má velké problémy komunikovat – snažím se ho uklidnit. Mluví o své špatné situaci. Nemá žádné peníze na jídlo, protože platí půjčku. Bojí se, že ho vystěhují z bytu, protože dluží nájemné. Jeho maminka odešla do domova důchodců a tak je na všechno sám a nezvládá to. Jeho nemoc se podle jeho slov stále zhoršuje a jemu je špatně z toho, kam se díky tomu dostal. Chtěl by zase začít pracovat, ale po předchozích neúspěšných pokusech už nemá sílu. Stydí se před svou maminkou za to, co z něj je. Říká, že jeho život nemá smysl. Mluví o svém pokusu se zabít, se vším skoncovat. Vzal si prý do ruky žiletku a snažil se přeříznout si zápěstí, ale nedokázal to. „Jsem hrozný slaboch – nedokážu to.“ Když mluví o své situaci působí oproti začátku klidně, vyrovnaně. Bavíme se o pocitech, které má spojené se smrtí. „Bude klid, už nikomu nebudu překážet.“ Ptám se ho, jestli měl někdy v minulosti takové pocity. Říká, že v poslední době často přemýšlí

o tom, že se zabije. Také v minulosti se pokusil o sebevraždu a byl hospitalizován v PL Bohnice. Mluvím o tom, že chápu, že je v těžké situaci, a že to že se takto cítí k tomu patří. Zároveň mu nabízím pomoc s řešením jeho reálných problémů s financemi, zaměstnáním...Na mou nabídku reaguje kladně. Ptám se ho, zda v této situaci uvažuje o nějaké formě krizové pomoci – RIAPS, hospitalizace v PL Bohnice. RIAPS odmítl s tím, že už je kontaktoval a odmítli ho, že má jít do Bohnic. Ptám se, co si myslí o možnosti hospitalizace v Bohnicích. Nejprve odmítá, že už tam nechce, že mu nepomáhají. Snažím se ho přesvědčit tím, že v jeho situaci, kdy uvažuje o sebevraždě, nemá finanční prostředky a má strach z vystěhování, nemá moc možností tuto situaci řešit jinak. Pak může být pobyt v léčebně dočasným řešením, které mu může pomoci z krize a „schovat se na chvíli před realitou“. Vypadá, že můj návrh zvažuje. Protože vím, že dochází k psychiatrice nabízím mu ať se s ní telefonicky poradí. (Počítám s tím, že i paní doktorka mu bude doporučovat hospitalizaci.) S tím souhlasí a jde si do kanceláře zavolat. Když zavěsí, vypadá jako by se vnitřně rozjasnil – našel řešení. „Paní psychiatricka by se mnou ráda mluvila osobně“ sděluje mi. Nabízím mu svůj doprovod. Mou nabídku přijímá. Vyrážíme tedy spolu za paní psychiatrickou. Na klienta čekám venku. Po chvílce vychází z ordinace. „Dostal jsem doporučení do Bohnic“ říká. Vypadá, že se mu ulevilo. Sám se mě ptá, jestli s ním pojedou na příjem. S tím souhlasím a nabízím mu, že se můžeme zastavit u něj doma pro věci. Říká, že by jel raději hned, dokud je rozhodnutý. Na příjmu to jde rychle. Dostávám od něj informaci na jakém bude pavilonu, abych za ním mohla přijít na návštěvu. Rozloučíme se.

Po celou dobu hospitalizace (asi 1 měsíc) ho v Bohnicích každý týden navštěvuji a asistuji mu při vyřizování zaměstnání v CPPZ (centrum pro podporované zaměstnávání) Fokusu Praha. Po propuštění občas dochází do klubu.

Je-li zřejmé, že jde o sebevraždu, je důležité se zeptat, jestli má dotyčný nějaký sebevražedný plán. Pokud nemá, nebo říká, že spolyká prášky, nebo skočí ze skály, pohybuje se v rovině úvah, kde není fascinace smrtí tak silná, jako když řekne, že to už má doma všechno připravené, nebo že se často chodí dívat na Nuselský most a vybírá si odkud skočit.

2. Ujistění o kompetenci svobodného rozhodnutí - klient v tomto kontaktu hraje zásadní úlohu „hlavní roli“. Často se nás snaží (někdy nevědomě) znejistit tvrzením, že mu sebevraždu chceme zakázat, že nemá právo si brát život atp. Je důležité ho ujistit, že to je jeho rozhodnutí, že to může udělat, že je to jeho vůle. Je ovšem nezbytné, aby klient slyšel, že toto rozhodnutí je nezvratné, konečné a že by stálo za to přemýšlet o jiné možnosti, jak zmírnit utrpení. Pokud je to možné, je prospěšné snažit se mu vysvětlit, že teď to vidí černě, že má zúžené vidění, protože je v krizi. Ať zkusí odložit svůj čin a dát tím šanci řešení, které v tuto chvíli není po ruce.

3. naslouchání, exprese emocí, mobilizace vlastních zdrojů klienta - utrpení je počátkem sebevražedného vývoje, z něhož se člověk není schopen vymanit. Je třeba udržet po celou dobu kontaktu pozornost a soustředění pouze na jeho osobu, příběh a naslouchat, abychom něco zdánlivě nedůležitého nepřehlédli. Suicidální krize se projevuje také silnými emocemi, které jsou důležitou neopomenutelnou složkou. Snažíme se vytvořit bezpečné prostředí a povzbudit vyjadřování emocí, právo křičet, plakat, cítit to, co cítí. Někdy mohou být projevy překvapivé a

je dobré dát prostor k jejich expresi. Přijetí emocí je v tomto kontaktu zásadní. Dalším krokem je zjistit, zda klient už někdy podobný stav zažil, jestli už o sebevraždě uvažoval nebo se o ni pokusil. Odpoví-li, že ano, že tento stav zažil, nebo opakovaně zažívá, ptáme se, co mu v takových chvílích pomohlo, pomáhá.

4. dohoda - závěrečnou fází kontaktu je konkrétní dohoda. V té se snažíme s klientem jasně definovat a dohodnout další postup. Někdy bývá tato dohoda ústní, potvrdíme si, že dohodnuté strategii rozumí a souhlasí s ní. V závažnějších případech je nutno tuto dohodu převést do písemné formy. Tato smlouva nemá žádný obecný rámec, je volena podle individuálních potřeb klienta. Důležitým momentem je, že obě strany se zavazují plnit dohodnuté závazky, což stvrzují svými podpisy. Výhodou písemné dohody je její konkrétnost, která pomáhá pracovníkovi i klientovi se ve složité situaci orientovat. Obě strany mohou lépe formulovat své potřeby a dává jim možnost vznést jasné požadavky druhé straně. Vztah mezi oběma stranami se dostává alespoň na okamžik do vyrovnané pozice. Pro přehlednost uvádím formu smlouvy (viz.příloha), kterou používáme na našem pracovišti. Požadavky a závazky v této smlouvě jsou konkrétně dané pro dílčí případ, je jasné, že v jiných vztazích s klientem budou tyto části formulovány jinak.

V některých situacích je namístě nabídnout lůžko na krizovém centru, jindy se najde řešení v pomoci rodiny, známých. Někomu se uleví tím, že se měl komu svěřit. Vždy je dobré dát klientovi kontakt na krizové centrum, kam se v případě zhoršení situace může kdykoliv obrátit. Pokud se nám

s klientem podařilo navázat dobrý kontakt, zaměstnat jej, věnovat mu pozornost a péči, může být pro tentokrát zachráněn. Tyto tendence se však mohou vynořit znovu. Je proto důležité pracovat na preventivních krocích, do kterých se snažíme zapojit pomoc vlastní, rodinnou, profesionální.

6.3.2. Komunikace

Typickým projevem komunikace s člověkem se sebevražednými tendencemi je pomalost. Klient se vyjadřuje pomalu, přemýšlí pomalu, pohybuje se pomalu, můžeme pozorovat zpomalený dech. Je třeba toto tempo respektovat a pokud možno se mu podřídit. Rozhodně nesmíme být netrpěliví, nabízet odpovědi na otázky, které on těžko hledá. Pomlky v rozhovoru mohou mít zásadní význam. V těchto podmínkách je těžké se soustředit, mít dostatek času, věnovat mu veškerou pozornost. Důležitá je také emoční angažovanost. Lidé v krizi jsou velmi vnímaví a citliví na účast, to je to, co od nás potřebují. Ideální je se dostat na stejnou vlnu. Mluvíme pomalu, zřetelně, jednoduše. Není důležité co říkáme, ale jak to říkáme.

6.3.2.1. Telefonický kontakt

Jak už jsem uvedla v předchozí kapitole lidé uvažující o sebevraždě dávají přednost telefonickému kontaktu před osobním. Nechtějí být viděni, zato často mají intenzivní potřebu s někým mluvit. „To, co může linka důvěry nebo krizový telefon udělat zásadního, je navázat dobrý kontakt a získat čas. Pokud se to podaří, volající se o svém problému rozhovoří a otevře se prostor pro diskusi o tom, co se vlastně stalo, čím byla sebevražedná krize odstartována. Během hovoru je podstatné, tak jako v jiných případech, využívat celé škály dovedností aktivního naslouchání.“¹⁹ Snažíme se klienta ujistit, že ho opravdu slyšíme, že mu rozumíme, reflektujeme jeho pocity. Naštvanost, která často souvisí s úmyslem zabít se, obracíme do polohy porozumění, v žádném případě bychom ji neměli vracet. Důležité je klienta ujistit v tom, že rozumíme jeho naštvaní v takové situaci, že to, jak se cítí, je normální reakce v nenormální situaci. Jeho hněv bereme vážně, snažíme se zjistit, kdo mu ublížil.

Klient je v situaci sebevražedné krize rozpolcen. Jeho vnímání i jednání se dá rozdělit do dvou částí. Část pozitivní – Jekyll (pud sebezáchovy, pocit odpovědnosti...) a část negativní Hyde (sebevražedné myšlenky, tendence, deprese...). Snažíme se komunikovat a spolupracovat s Jekylem a nezvětšovat Hydea.²⁰ Každý člověk má v sobě obě části, v krizových situacích se do popředí dostává Hyde. Čím více se Hyde

¹⁹ Vodáčková a kol. *Krizová intervence*, s. 495

²⁰ Lucká. *Seminář krizové intervence*

zvětšuje, tím menší je šance produktivně situaci řešit. Na pracovníkovi je, aby našel Jekyla a snažil se jeho pozici posilovat.

Někdy se na lince stane, že volající už umírá. Svůj čin již započal a na něm je, aby s ním v jeho těžké chvíli někdo byl. Zjistíme-li, že pro nic jiného už není prostor, musíme tento těžký úkol přijmout a rozhodnutí klienta respektovat. Jindy se pracovník dostává do situace, kdy člověk sebevražedný pokus započal, ale uvědomil si, že zemřít nechce. Volá ve velké panice a žádá okamžitou pomoc. V takovém případě je třeba být v maximálním klidu a dělat potřebné konkrétní kroky k odvrácení nebezpečí na dálku. Samozřejmě je třeba zůstat na telefonu a být oporou, nabízet další kroky, jako je přivolání první pomoci, odvoz do krizového centra nebo nemocnice.

6.3.2.2. Přímý kontakt

Pro kontakt tváří v tvář platí stejná pravidla: respektovat, ponechat kompetenci za život klienta v jeho rukou, rozšiřovat jeho zúžení ve všech oblastech, dávat prostor emocím. K tomu se přidává nutnost ovládat řeč těla. Pracovník svými pohyby dává návod klientovi. Klid těla, uvolněná poloha těla, bez zkřížení rukou, uklidňují klienta, který se reflexně přizpůsobuje. Důležité je také prostředí, kde se kontakt odehrává – prostředí by mělo být příjemné, klidné a nerušené.

Na rozdíl od telefonického kontaktu klient přicházející např. do krizového centra dává více najevo, že chce být zastaven.

Pracovník je tedy v jiné situaci, ale stále je třeba klienta respektovat. Komunikace s klientem může být vedena direktivněji, ale nikdy ne bez jeho účasti.

„Situace, kdy člověk, odhodlávající se k sebevraždě, přichází osobně na krizové pracoviště, považuji za hlasité volání o pomoc. On možná říká, že je rozhodnut a že nestojí o žádnou intervenci, ale doufá, že bude zastaven a bude mu podána pomocná ruka. Ze své zkušenosti mohu říci, že potenciální sebevrazi, kteří dorazili na krizové centrum, nakonec vděčně přijímali nabídnuté možnosti, ať to bylo lůžko na krizovém centru a intenzivní práce s krizí, na niž třeba navázala psychoterapie, nebo přijetí do psychiatrické léčebny, pokud rozměr krize souvisel s psychopatologií, nebo vytvoření bezpečného aranžmá v domácím prostředí s pomocí krizových pracovníků.“²¹ V případě krizové intervence tváří v tvář máme za přicházejícího větší odpovědnost, ale i více prostoru pro podporu, ochranu a přesvědčení.

²¹ Havránková in Vodáčková a kol. *Krizová intervence*, s. 497

6.4. Pomáhající jako záchranář

V krizové intervenci v kontextu sebevražedné tematiky se vynořuje velmi důležitá etická otázka: kdy zůstat zakotveni v jistotě, že klient je skutečně kompetentní rozhodnout o svém životě, a kdy do příběhu vstoupit? Rozhodování o druhých je velmi ošemetné a zvláště v otázce svobodného rozhodování o životě. Snažíme se udělat všechno pro to, aby klient přehodnotil své rozhodnutí nebo odložil jeho realizaci a dal tím možnost hledat ještě nějaké dosud neviděné řešení. Můžeme se ale dostat do situace, kdy klient na naše návrhy nereaguje a všechno napovídá tomu, že své rozhodnutí nezmění. Pak musí každý pracovník zvážit, co může a co ne. V telefonickém kontaktu je situace mnohem složitější. Pokud nám volající nesdělí své jméno nebo adresu, pak v podstatě neexistuje možnost, jak zakročit. V kontaktu tváří v tvář máme mnohem více možností řešení. Klient většinou dobře reaguje na námi nabízená řešení situace. Nereaguje-li klient na žádnou nabízenou možnost, mohou se rozhodnout pro krajní řešení – nedobrovolnou hospitalizaci v psychiatrické léčebně. Tato možnost by měla být kvůli své závažnosti a vlivu na klienta i pracovníka opravdu tím posledním možným a vždy dobře zváženým řešením.

7. Rozhovor

V úvodu jsem psala o tom, že mám kolem sebe několik lidí se zkušeností sebevraždy. Jeden z nich přijal mou nabídku a v následujících řádcích odpovídá na mé otázky. Rozhovor je sondou do myšlení, prožívání a vnímání světa člověka s těmito zkušenostmi.

Mohla bys mi říct něco o svém dětství?

Narodila jsem se roku 1980. Kolem 1 roku jsem začala chodit. Docházela jsem do ortopedické poradny, protože jsem měla problémy s kyčlemi. Od 2 let jsem měla paní na hlídání. U ní se mi moc líbilo. Měla totiž stejně starého syna se kterým jsem si mohla hrát. Ve 4 letech jsem začala chodit do školky. Tam jsem byla taky moc spokojená, protože tam pracovala moje maminka jako učitelka. Jen si pamatuji, že se mi nikdy nechtělo po obědě spát. V 6 letech (1986) jsem nastoupila do školy.

Jaký jsi měla prospěch?

Prospívala jsem velmi dobře. Až do 4. třídy jsem měla samé jedničky.

Jak jsi vnímala nový kolektiv?

Myslím, že jsem byla oblíbená. Nikdy jsem neměla větší problémy.

Už od mala jsem byla dost často nemocná. Ve 2. třídě jsem měla mononukleózu a musela být týden v nemocnici. Ve škole jsem

všechno v pohodě dohnala. Pak mi v 5. třídě zjistili vysoký krevní tlak a zakázali tělocvik. V té době jsem dělala přijímací zkoušky na gymnázium, bohužel neúspěšně. V 7. třídě nás rozpúlili, což jsem brala dost špatně. Dostala jsem třídní důtku, protože jsem o učiteli, který stál za mnou řekla, že je „vůl“. V 8. třídě rozhodli rodiče přes můj nesouhlas, že půjdu na gymnázium. Já jsem chtěla jít na ekonomku. Přijímacím řízením jsem prošla úspěšně.

Měla jsi v té době nějakého přítele?

Ne, byla jsem dost ošklivá – zrzavá, tlustá. Nikdo o mně nestál.

Pak jsi tedy nastoupila na gymnázium. Jak jsi chápala příchod do nového prostředí?

Strašně jsem se styděla, nikoho jsem neznala a dlouho mi trvalo, než jsem se s někým dala do řeči.

Na střední škole dochází obvykle ke zhoršení v prospěchu. Jak to bylo u tebe?

Došlo k drastickému zhoršení, měla jsem velké potíže s matematikou, dokonce to vypadalo na propadnutí. Nebyla jsem zvyklá se učit a najednou jsem se to musela naučit.

Chodila jsi do tanečních?

Byla jsem donucena rodiči. Ze začátku to bylo hrozné, ale nikdy jsem nezůstala sedět. Později jsem si našla stálého tanečníka, tak už to bylo dobrý.

Ještě jsem se nezeptala, jak bys charakterizovala vztahy ve vaší rodině.

Rodiče na mě byli vždy hodní. Mamka byla přísnější, přesto jsme spolu měly dobrý vztah. Rodiče mezi sebou měli výborný vztah. taky jsem měla moc ráda svého dědečka. Byla jsem nejstarší vnouče, takže mě rozmazloval. Zemřel o prázdninách 1994. Bylo mu 65 let.

Jak to na tebe zapůsobilo?

Byla jsem z toho hodně smutná, ale časem jsem se s tím vyrovnala. Byl už starý, takže to nebyla taková rána. Přišly horší. V roce 1995 umřela mamka na rakovinu kůže.

Věděla jsi o její nemoci?

Ne, táta o tom nikomu neřekl. Dozvěděla jsem se to, až když jí vypadaly v důsledku chemoterapie vlasy. I když mi to táta vysvětlil, nechápala jsem závažnost nemoci. Jeli jsme za ní do nemocnice. Druhý den zemřela.

Jak jsi reagovala na takovou ránu?

Kladla jsem si její smrt za vinu. Nepomáhala jsem jí, odmítala, nechtěla poslouchat. Časem jsem se s tím smířila.

Jak si se v té době chovala k okolí?

Zhoršila jsem se ve škole. Měla jsem tři čtyřky. Postupem času jsem se konečně zapojila do kolektivu. Začala jsem pít, kouřit, našla si nové kamarády, prožívala jsem první lásky. Měla jsem

vztah s klukem, který byl alkoholik. Chodili jsme spolu 4 měsíce.

Proč jsi s ním chodila, když byl alkoholik?

Nechtěla jsem být sama.

Takže se tvůj život časem vrátil do zaběhaných kolejí?

Byla jsem spokojená až do chvíle, kdy vážně onemocněl můj strejda. Diagnóza zněla rakovina plic. 23. listopadu jsme ho šli navštívit. Vypadal špatně. V noci zemřel. Došlo mi, že příčinou všech úmrtí jsem já. Taky mi došlo, že každý rok někdo umírá. Rozhodla jsem se, že další budu já, protože musím přetrhnout řetězec. Už od matčiny smrti jsem brala rohypnol. 24. listopadu dopoledne nikdo nebyl doma. Spolykala jsem šest tablet a zapila je vínem, protože alkohol posiluje účinek. Do toho se vrátil táta. Když mě uviděl, začal mě bít, abych se vyzvracela. Dodnes slyším, jak na mě řval.

Myslíš, že kdyby se předčasně nevrátil umřela bys? A chtěla jsi skutečně umřít?

Zachránil mě jen díky tomu, že přišel dřív. Jinak by se mi to určitě povedlo. Chtěla jsem skutečně zemřít.

Nechala jsi dopis na rozloučenou?

Ne, o tom jsem nepřemýšlela.

Tebe nenapadlo kolika lidem svým činem ublížíš?

Ne v té chvíli mě to nenapadlo. Později jsem byla ráda, že mě tatka zachránil. Neuměla jsem si představit, že bych tu nebyla.

Svěřila ses s tím někomu?

Řekla jsem to pár lidem. Jeden kamarád mi moc pomohl, mluvil o tom se mnou, všude se mnou chodil. Kamarádka nechápala jak jsem to mohla udělat.

A co tatka, jak na to reagoval?

S tátou jsem to neřešila. Nechtěla jsem mu dělat starosti. Stejně by řekl, že jsem blbá.

Jak dál pokračoval tvůj život?

Postupem času jsem se vrátila do kolektivu. Později jsem si ani neuvědomovala, co jsem udělala. Pak přišel maturitní ročník.

Neměla jsi problémy?

Ne, zvládala jsem to dobře. Den před maturitní písemkou mě znásilnil kamarád. Byl opilý a nemohl unést fakt, že s ním nechci spát. Kamarádi mě museli odvézt do nemocnice, protože jsem měla drobná poranění hlavy, jak jsem se bránila. Tačkovi jsem řekla, že jsem spadla na zábradlí. Zavolala jsem spolužačce, že možná na tu písemku nepřijedu, ale nakonec jsem přece jen jela.

To musíš být hodně silná, jak si to zvládla?

Písemku jsem napsala dobře, protože mi vyhovovalo téma. No a kamarád se přišel omluvit s tím, že si nic nepamatuje, protože byl namol.

A co ty?

Já jsem jeho omluvu přijala. Měla jsem ho moc ráda v srpnu jsem s ním začala chodit.

Jak dopadla maturita?

Dobře. Pak jsem dělala přijímací zkoušky na VŠE a pajd'ák, ale neúspěšně. Tak jsem se rozhodla, že půjdu na rok studovat jazykovku obor španělština. Před třemi roky jsem udělala zkoušky na sociální práci na UK.

Studuješ zajímavý obor, jak se ti líbí na UK?

Škola je v pohodě, zkoušky zatím zvládám. Mám spoustu nových kamarádů. Občas někam zajdeme.

Jak se ti vedlo od prváku do teď?

V prvním ročníku mě kamarádi začali upozorňovat, že bych měla zhubnout. Rozhodla jsem se proto držet dietu. Jedla jsem tukožroutskou polévku a za měsíc a půl jsem zhubla 20 kilo. S tím přišly zdravotní a psychické problémy. Praktický lékař mi doporučil návštěvu psychologa.

Pomohl ti?

Ne, řekl mi, že mi nikdo nepomůže, dokud nebudu chtít sama. A já zatím nechci. Bojím se, že přiberu.

Víš, že bys s tím měla něco dělat.

Když jsem v pohodě, tak se nepřejídám.

A co když jsi v nepohodě?

Každý nějak řeší své problémy.

No dobře. Jak probíhal tvůj život dál?

V létě jsem se zamilovala. Byla jsem po dlouhé době konečně šťastná. Na podzim jsem se dozvěděla, že je můj přítel rozvedený. Byla to velká rána, ale překousla jsem to, nechtěla jsem ho ztratit. Pak přišel 15. prosinec. Přítel se mi dlouhou dobu neozýval a já si myslela, že to chce ukončit. Rozhodla jsem se, že se zabiju. Snědla jsem rohypnol, pak jsem si ale uvědomila, že on za to nestojí a tak jsem se vyzvracela. Došlo mi taky, kolika lidem bych ublížila.

Co tě vedlo k rozhodnutí ukončit život?

Uvědomila jsem si, že už nechci v životě ztratit dalšího člověka. Ztratila jsem jich dost. Strašně moc mi na něm záleželo.

Svěřila ses s tím někomu?

Ví o tom jen tři lidi, mezi nimi ty.

Myslím, že šlo o takový zkrat a sama si nakonec došla k závěru, že zabít se není řešení. Jak se dál vyvíjel váš vztah?

Na začátku roku jsem se dozvěděla, že je ženatý a má dítě. To se mnou pěkně zamávalo. Začala jsem brát antidepresiva, které mi dala kamarádka. Po nich jsem byla utlumená, všechno mi bylo jedno. Zpětně jsem si uvědomovala, proč se mi neozýval, byl s rodinou. Řekla jsem si, že je konec, ale je to hodně těžké. Aby toho nebylo málo máme potíže s babičkou z matčiny strany. Měla záchvaty, tak jí odvezli do psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě. Vypadala jako tělo bez duše. Trpí depresivním syndromem. Když jsme jeli na první návštěvu musela jsem si vzít antidepresiva, padalo to na mně.

A jak to dopadlo?

Babička je v léčebně spokojená nic jí neschází. Tak se mi ulevilo.

Jaký máte s babičkou vztah?

Nemáme moc dobrý vztah. Od matčiny smrti u nás nebyla. Velmi těžce nese její smrt. Je to taková hysterka. Chodíme za ní z povinnosti.

Jak se zpětně díváš na své sebevražedné pokusy?

Zbytečně bych si brala život. Na druhou stranu od té doby nikdo neumřel. Dnes bych to neudělala, protože bych všem ublížila, dřív jsem si myslela, že jim pomůžu.

Jaký máš názor na sebevraždu a na lidi, kteří se pro ni rozhodnou?

Nevidím to jako způsob řešení, ale neodsuzuji lidi, kteří se pro něj rozhodnou. Někdy skutečně není jiné východisko. A tak se řídím heslem: „nikdy neříkej nikdy“.

Kde jsi sebrala odvahu překročit pud sebezáchovy a sáhnout si na život?

Prášky jsou bezbolestné. Usneš a už se neprobudíš.

A co ten pocit, že umíráš?

To je takový amok. V tu chvíli si to neuvědomíš.

Říká se, že sebevraždy se často objevují v rodinách, kde se někdo pokusil nebo dokončil sebevraždu. Ostatní členové rodiny to pak chápou jako způsob řešení krizových situací. Pokusil se někdo z vaší rodiny o sebevraždu?

Ne, nikdo.

Myslíš si, že se dá sebevraždám předcházet?

To si nemyslím.

Jak to? Vždyť skoro každý člověk, který uvažuje o sebevraždě vysílá varovné signály. Například v tvém případě se o tebe mělo více zajímat okolí. Táta s tebou o tom měl mluvit před i potom, co jsi se pokusila o sebevraždu. Úmrtí v rodině patří mezi nejstresovější faktory a v tvém případě jich bylo příliš moc na to, abys se s tím byla schopna sama vyrovnat.

To máš pravdu.

Zkus mi vyjmenovat některé své osobnostní vlastnosti.

- uzavřená, zranitelná, pesimistická, bojácná – bojím se všeho nového, melancholická, nedůvěřivá, ve vztahu k okolí přátelská, společenská, v partnerském vztahu stálá, submisivní, mám nízké sebevědomí, jsem závislá na rodině, neupřímná, slabá, nestálá, urážlivá, pořádná, ochotna pomoci

Teď připojím jednu důležitou vlastnost já

- moc rychle odpouštíš

Poslední otázka, jak řešíš krizi?

Alkoholem, samotou, pláčem. Nikdy o svých problémech s nikým nemluví. Všechno si řeším v sobě sama.

7.1. Komentář

Tento rozhovor poskytuje mnoho možností rozboru. Protože ve své práci vymezují a popisují společné znaky lidí se sebevražednými tendencemi, budu se i zde soustředit na zdůraznění těchto znaků.

S dotazovanou se znám ze školy, párkrát jsme se bavily o mém zaměstnání a tom, že píšu práci o sebevraždě. Její rozhodnutí udělat se mnou rozhovor mě překvapilo, protože se s nikým moc nebavila, natož o svém životě. Osobně jsem měla radost, ale zároveň jsem měla obavy, jak to dopadne. Dohodly jsme si termín a místo srazu. Dala jsem jí dopředu otázky, aby se mohla připravit. Obě jsme dorazily včas a vyrazily do příjemné kavárny. Dotazovaná sama začala mluvit a tím mi dodala odvalu. Zeptala jsem se jí, proč se rozhodla se mnou rozhovor udělat. Řekla, že věděla, že mi tím pomůže a že zároveň využila možnosti o tom s někým mluvit. Začala jsem klást předem připravené otázky, s tím, že jsem reagovala na její odpovědi. Během rozhovoru působila vyrovnaně, o všech událostech mluvila klidně, bez emocí, jakoby vyprávěla příběh někoho jiného. Některé otázky jí dokázaly z jejího klidu vyvést, pak si zapálila cigaretu. Myslím, že vnitřně byla napjatá, ale nechtěla své emoce dát najevo. Rozhovor měl silný emoční náboj také pro mě. Některé otázky se mi špatně pokládaly a některé odpovědi dotazované špatně zpracovávaly. Snažila jsem se její chování kopírovat, abych jí zbytečně nevyváděla z míry. Zaujalo mě jak ona sama sebe charakterizuje – *uzavřená,*

*zranitelná, pesimistická, bojácná – bojím se všeho nového, melancholická, nedůvěřivá, ve vztahu k okolí přátelská, společenská, v partnerském vztahu stálá, submisivní, mám nízké sebevědomí, jsem závislá na rodině, neupřímná, slabá, nestálá, urážlivá, pořádná, ochotna pomoci. Ve své práci uvádím jako rizikový faktor charakter osobnosti, který ona svými vlastnostmi ve velké míře naplňuje. Tyto charakteristiky jsou rozpoznatelné v neverbální sféře a také se v různých formách objevovaly i v jejích odpovědích – *strašně jsem se styděla..., byla jsem ošklivá..., stejně by řekl, že jsem blbá...* Další moment, který mi přišel zajímavý, je kladení si za vinu smrt matky a dalších blízkých a později rozřešení – *došlo mi, že příčinou všech úmrtí jsem já...a rozhodnutí svou smrtí přetrhnout řetězec.* Vzala odpovědnost za osud celé rodiny na sebe – už nechtěla další zármutek. Krize pramenící v tomto případě z několika úmrtí blízkých lidí je dalším rizikovým faktorem, který se je v tomto případě rozpoznatelný. Smrt strýce pak byla tou poslední kapkou v těžkém období. Rozhodla se z toho uniknout – přetrhnout řetězec neštěstí. Po nezdařeném pokusu o sebevraždu se snažila vrátit do normálního života. Tady se objevuje další moment – nulová komunikace s otcem, který ji zachránil. Jak z hovoru vyplynulo, nikdy s otcem neměla takový vztah, aby se mu svěřovala. K tomuto momentu přispívá také odpověď na otázku - *jak řešíš krizi? Alkoholem, samotou, pláčem. Nikdy o svých problémech s nikým nemluví. Všechno si řeším v sobě sama.* V této odpovědi se objevují další dva rizikové faktory – alkohol a samota. Dotazovaná nemá ve svém*

okolí, kromě pár kamarádů, nikoho blízkého, komu by se mohla se svými potížemi svěřit.

Další události jako znásilnění, které skončilo tím, že s dotyčným začala chodit, poskytují další informace o osobnosti dotazované, o nedůvěře k sobě samé. Když mluví o problémech s jídlem a návštěvě psychologa vypadá rozrušeně. Působí, jakoby konečně brala svůj život do vlastních rukou a že napříště už bude krásná, sebevědomá, štíhlá. Nepovedený partnerský vztah, který pro ní znamenal všechno jí vede k osvědčenému řešení. Pak si ale uvědomuje, že *on za to nestojí a kolika lidem by ublížila*.

Zajímavé jsou odpovědi na několik posledních otázek. Dotazovaná v nich odhaluje svůj nynější postoj k vlastnímu sebevražednému pokusu. Vyjadřuje se také k problematice sebevražd obecně.

Rozhovor byl pro mě určitě velmi přínosný. Uvědomila jsem si spoustu věcí a pronikla alespoň částečně do myšlení a prožívání člověka, který se pokusil o sebevraždu. Je to studie jednoho člověka, který prožil spoustu těžkých chvil, chtěl zemřít, ale přežil to a dnes je za to rád. Nejsem odborník z oboru psychiatrie, ale myslím a dotazované jsem to také řekla, že by si měla k nějakému takovému odborníkovi zajít. Možná to není nezbytně nutné v současné době, kdy je spokojená, ale až bude cítit, že je něco v nepořádku. Kombinuje v sobě spoustu rizikových faktorů a nezpracovaných traumat, která se v krizové situaci mohou opět vynořit.

8. Závěr

Někteří lidé se během života dostanou do situace, která je může dovést až k sebevražedným tendencím. V úvodu jsem si stanovila za cíl vymežit a popsat společné znaky takových lidí. Tyto znaky jsou většinou dobře rozpoznatelné a otevírají pomáhajícím možnost takovým lidem pomoci. Nejsem přesvědčena, že je možné popsat „typického sebevraha“, protože nelze říci, že existuje člověk, který za žádných okolností variantu sebevraždy nezvolí. Společné znaky – rizikové faktory mohou sloužit k lepšímu odhalení člověka, který má tendence volit sebevraždu jako východisko ze své životní situace. Většinu z těchto faktorů jsem identifikovala v rozhovoru s respondentkou, která má za sebou sebevražedný pokus.

Z tohoto vymezení jsem vycházela při stanovování postupu práce s člověkem se sebevražednými tendencemi. Doposud jsem neobjevila žádnou příručku pro pomáhající specificky určenou pro tento druh kontaktu. Možná, že taková příručka existuje, ale není přístupná širší odborné veřejnosti. Přitom by měla být, podle mého názoru, nepostradatelnou součástí výbavy každého pomáhajícího profesionála a dostupná každému, kdo se o tuto problematiku zajímá. V kapitole věnované kontaktu s člověkem se sebevražednými tendencemi jsem se nejprve zaměřila na specifika a předpoklady. Snažila jsem se ukázat na rizika, se kterými je třeba počítat. Pak jsem se zabývala samotným průběhem kontaktu. Kromě popisu jednotlivých kroků jsem se věnovala také komunikaci a formám kontaktu a také etickému

problému záchranářství. Myslím, že tato kapitola by mohla být příručkou, která navrhuje efektivní způsob práce a upozorňuje na rizika s touto prací spojená.

9. SUMMARY

As a theme of my bachelor work I have chosen the Suicide. We all have some experience with this topic – we all are confronted from TV, society, our neighbour, family, ourselves. The problem of suicide is wellknown but still huge tabu.

The ground of my work, except explaining basic terms, is to answer two questions. The first is: „Are there any common signs for people with suicidal tendencies?“. The second is: „What are the specificities in contact with these people?“ As I thought there are lot of common signs determining the risk of suicide. Some of them are – abusing drugs, loneliness, depression, personality signs. Lot of people have some of these. The risk grows with the cummulation of them. In chapter about specificities in contact with this people I specified myself on contact of social worker and client with these tendencies, because of my profession. But I think this contact is almost the same as contact with „normal“ people with suicidal tendencies. So principles can be usefull for anyone of us. In the 7. chapter I show an interview with a girl who wanted to die. She shows me a lot from her – her life, thinking, problems...In comment I´m trying to find the risk signs.

The sense of my work is to show that people with suicidal tendencies aren´t „psychos“, but normal people in unnormal life situations doing desparate things.

10. Použitá literatura

Atkinsonová, R. L.; Atkinson, R. C.; Smith, E. E.; Bem, D. J. *Psychologie*. 1. vyd. Praha : Victoria Publishing, 1995.

Budinský, L. *Sebevraždy slavných*. 1. vyd. Praha : Knižní klub, 2000. 222 s. ISBN 80-242-0322-7

Černý, L. *Sebevražednost dětí a mladistvých se zvláštním zaměřením na preventivní opatření*. Praha : Avicenum, 1970.

Deprese. Přel. (z angl.) Š. Kovařík. 1. vyd. Havlíčkův Brod : Fragment, 2002. 112 s. ISBN 80-7200-686-X.

Dobiáš, J. *Psychiatrie*. Praha : Avicenum, 1984.

Frankel, B.; Kranzová, R. *O sebevraždách*. Přel. (z angl.) I. Lorenc. Praha : Lidové noviny, 1998.

Freud, S. *O člověku a kultuře*. Praha : Odeon, 1998. ISBN 80-207-0109-5

Hillman, J. *Duše a sebevražda*. 1. vyd. Praha : Sagittarius, 1997. 198 s. ISBN 80-901898-4-9.

Koutek J.; Kocourková J. *Sebevražedné chování*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002. 128 s. ISBN 80-7178-732-9.

Landsberg, P. L. *Zkušenost smrti*. Praha : Vyšehrad, 1990. ISBN 80-7021-054-0.

Mc Kenzie, K. *Deprese*. Přel. (z ang.) J. A. Máša. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2001. 96 s. ISBN 80-247-0093-X.

Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha : Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

Viewegh, J. *Sebevražda a literatura*. 1. vyd. Brno : Psychologický ústav AVČR, 1996. ISBN 80-85880-10-5.

Vodáčková, D. a kol. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-696-9.

Zvolský, P. a kol. *Obecná psychiatrie*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1994. ISBN 80-7066-955-1.

Odborné semináře:

Lucká, Y.; Koblíček, L. *Krise a krizová intervence u lidí se speciálními potřebami*. Seminář tréninkového a výcvikového střediska sdružení Fokus Praha. Rozsah 15 hodin.

Lucká, Y.; Koblíček, L. *Práce s krizí a tělem*. Seminář tréninkového a výcvikového střediska sdružení Fokus Praha. Rozsah 30 hodin.

Příloha

Název smlouvy: sebevražedný kontrakt

Strana 1. - Pracovník XY, osobní údaje

Strana 2. - Klient RV, osobní údaje

Dne x.y. v ...

Předmět smlouvy: uzavření sebevražedného kontraktu

Strana 1. zastoupená pracovníkem XY se zavazuje poskytovat individuální krizovou intervenci nebo další pomoc po dobu 2 měsíců v intervalu 1 schůzky za týden.

Strana 2. zastoupená klientem RV se zavazuje, že po tuto dobu nerealizuje sebevraždu. Pokud se ocitne v akutní suicidální krizi vyhledá pomoc pracovníka XY nebo pomoc krizového centra či krizové linky tohoto centra tel. xxxxxxxx.

Smlouva může být vypovězena pouze po předchozí domluvě obou stran.

Strana 1.
podpis

Strana 2.
podpis