

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: Prevence sebevražedného jednání obviněných a možnosti psychologické intervence – metodická příručka

**PREVENCE**

**SEBEVRAŽEDNÉHO JEDNÁNÍ OBVINĚNÝCH  
A MOŽNOSTI PSYCHOLOGICKÉ INTERVENCE**

**metodická příručka pro psychology vazebních věznic**

**pro dobrou praxi**



**Vězeňská služba České republiky**

**POUZE PRO INTERNÍ POTŘEBU**

## Poslání příručky

Tato příručka slouží k základní orientaci v problematice rizika suicidálního chování, předcházení sebevražednému jednání a postupu při vzniku mimořádné události ve věznicích s automutilačním nebo suicidálním charakterem.

Příručka nenahrazuje vnitřní předpisy k zacházení s vězňenými osobami v duševní krizi a ke krizovým oddělením, ale doplňuje je a staví do širšího kontextu.

Příručka je uspořádána tak, aby poskytla rychlý přehled. Má za cíl poskytnout metodickou podporu a odrážet dobrou praxi. Je rádcem, nikoliv drábem. Nenařizuje, avšak doporučuje. Opírá se o Etický kodex psychologa ve vězeňství.

Příručka má sloužit zejména psychologům vazebních věznic, ale rovněž jejich kolegům z jiných odborných profesí či vrchním dozorcům, kteří jsou v denním kontaktu s obviněnými. Může však být právě tak užitečnou pomůckou i pro psychology a další odborné zaměstnance pracující s odsouzenými. Vedoucím pracovníkům může pomoci se zorientovat v tom, co od psychologů mohou a mají požadovat.

V neposlední řadě poskytuje stručná vodítka k psychologické péči o zaměstnance, resp. příslušníky.

## Kontaktní osoby pro případnou koordinaci psychologické podpory:

PhDr. Václav Jiříčka, Ph.D.  
vedoucí psycholog  
vjiricka@grvs.justice.cz  
tel.: 724 301 930

Mgr. Kateřina Kejřová  
psycholog  
kkejrova@grvs.justice.cz  
tel.: 723 435 362

---

© Václav Jiříčka & Kateřina Kejřová, 2015

Psychologické pracoviště  
Vězeňské služby České republiky

Na publikaci spolupracovali:

Mgr. Jan Drahoňovský  
PhDr. Soňa Haluzová  
PhDr. Radovana Klusáčková  
Mgr. Romana Kudrnová  
Mgr. Ivan Suchý  
PhDr. Gabriela Šafářová

---

Poslední revize textu: prosinec 2015  
Vydání první, v.1.0

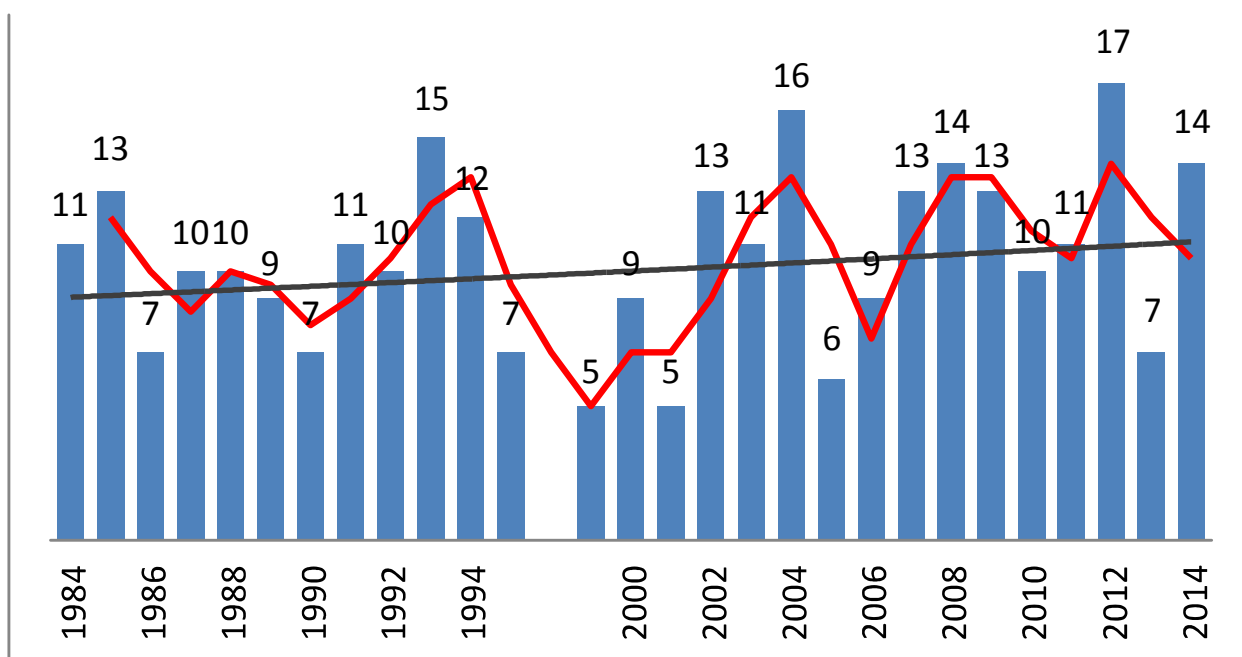
Publikace neprošla jazykovou korekturou.

## Obsah

Sebevraždy v českých věznicích .....	4
Statistická rizika pro sebevražedné jednání ve vězení.....	6
Suicidální jednání .....	7
Suicidální vývoj .....	8
Typy suicidií .....	9
Mýty a skutečnosti .....	10
Obecné rizikové faktory .....	11
Specifika psychické zátěže ve výkonu vazby.....	12
Duševní krize .....	12
Varovné signály u vězňených osob.....	13
Využívání krizového oddělení .....	13
Příjem obviněného a vstupní pohovor .....	13
Vedení vstupního pohovoru a zjišťování rizik .....	15
Schéma pohovoru s nově přijatým obviněným .....	16
Předávání informací a zápisy.....	18
Motivy suicidálního jednání a práce s nimi „před“ a „po“ .....	20
Když dojde k sebevražednému jednání .....	22
Kvalitativní analýza dokonané sebevraždy .....	22
Péče o zaměstnance .....	22
Reasonův model švýcarského sýra .....	25
Zdroje, z nichž jsme čerpali .....	26

## Sebevraždy v českých věznicích

Průměrný index dokonaných sebevražd v českých věznicích činí za poslední dekádu 5,9 sebevražd na 10.000 vězňených osob, v širokém rozpětí od 3,1 (2005) do 8,7 (2004). V evropských zemích tento index podle posledních oficiálních statistik<sup>1</sup> činil 6,7 sebevražd na 10.000 vězňů. Česká republika dlouhodobě patří k deseti zemím s nejnižší suicidalitou vězňů.



Počet dokonaných sebevražd ve Vězeňské službě ČR dle výročních zpráv 1984 – 2014; černě spojnice trendu, červeně klouzavý průměr (data z let 1996 – 1998 nebyla dostupná)

Index sebevražd vězňených osob lze srovnat se sebevraždami branců v době existence základní vojenské služby. Je zhruba třikrát nižší než u pacientů psychiatrických nemocnic. **Kolísá mezi troj- až čtyřnásobkem** dokonaných sebevražd oproti běžné populaci, avšak křivku sebevražd českého obyvatelstva příliš věrně nekopíruje. Mnohem významnější vliv na sebevražedné jednání vězňů má patrně „situace“ daného roku ve vězeňství: naplněnost kapacit, podmínky věznění či trestní politika státu v podobě výše a délky hrozících sankcí, délka výkonu vazby či způsob ubytování.

<sup>1</sup> Závěrečná zpráva programu Rady Evropy SPACE II (2010)

Počty sebevražedných činů jsou ve výkonu vazby zhruba stejně vysoké jako ve výkonu trestu. To ovšem vzhledem k počtům obviněných a odsouzených znamená, že riziko sebevražedného jednání je **u obviněných téměř 10x vyšší** než u odsouzených. V samotném výkonu trestu dochází k sebevražednému jednání nejčastěji ve věznicích pro **odsouzené zařazené do ostrahy**, následované věznicemi s dozorem.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
sebevraždy	16	6	9	9	13	13	11	11	17	8	14
pokusy	71	56	68	77	68	77	72	7	29	51	42

*Přehled sebevražedného jednání a zvýrazněné odchytky od průměru v letech 1999 – 2014*

**Obvinění**, kteří se za posledních pět let pokusili o sebevraždu nebo ji dokonali, strávili předtím ve vazbě průměrně 97,5 dne, medián 64 dní. Téměř vymizely sebevražedné skutky u nově přijatých obviněných, jakkoliv právě ti v minulých dekáдах tvořili nejrizikovější skupinu. Lze to patrně přičíst opatřením namířeným na zvýšenou opatrnost a bdělost u obviněných přijatých do 48 hodin. Výsledky však mohou na druhé straně znamenat rovněž obtížnou vyhledatelnost rizikových osob dlouhodobě vězněných pro odborný personál, jakkoliv pro takové vysvětlení chybí přesvědčivé důkazy z praxe. Mezi odsouzenými jsou riziková ti s dlouhými tresty, kteří se však o sebevraždu pokoušejí nejčastěji kolem šesti měsíců po odsouzení. **Odsouzeným**, kteří sebevraždu dokonali, zbývalo vykonat průměrně dvojnásobně dlouhý trest; je mezi však i významná skupina těch, kteří suicidovali bezprostředně po vynesení rozsudku.

Stejně jako v běžné populaci, v případě dokonané sebevraždy je obvykle volen způsob **oběšením**. V posledních letech je tímto způsobem provedeno 9 z 10 dokonaných sebevražd. K oběšení dochází zpravidla na cele nebo v prostoru WC, kde si suicidanti uvazují kusy prádla, povlečení, pásek a podobně na okenní mříž nebo konzolu pro závěs. Rovněž u pokusů o sebevraždu je nejčastějším způsobem sebevražedného jednání oběšení (2/3 pokusů), následované pořezáním obvykle v loketní jamce nebo na zápěstí (1/5) a otravou (zbytek). Toto pořadí je neměnné od roku 2009.

Vězněné osoby, které spáchaly dokonanou sebevraždu, byly ve 4/5 případů umístěny **samostatně v cele**, zatímco u pokusů o sebevraždu se jednalo o poloviční podíl samostatného umístění. Toto rozložení se zdá být nenáhodné a může souviset s odhodláním suicidální čin dokonat, nebo naopak nedokonat.

Faktor umístění by mohl být podstatnou informací k motivaci suicidantů – např. podle toho, zda suicidant mohl spoléhat na skutečnost, že nebude v nejbližší době vyrušen, nebo naopak spoléhat na to, že bude objeven včas. Rovněž se nabízí úvaha, že zanechá-li suicidant dopis na rozloučenou, je motivace vzít si život větší. Dlouhodobě sbíraná data však tyto úvahy nepotvrzují. Neumíme odlišit ty, kteří si chtěli vzít život a nepodařilo se jim to, od těch, kteří na sebe chtěli především z různých důvodů upozornit – a zemřeli. Zde je na místě **opatrnost**.

## **Statistická rizika pro sebevražedné jednání ve vězení<sup>2</sup>**

- ❖ vězněná osoba je umístěna **samostatně**,
- ❖ vězněná osoba již **v minulosti** vykazovala znaky sebepoškozujícího, extrapunitivního nebo sebevražedného jednání, *zejména tehdy, pokud si personál nedostatečně předal nebo nezjistil informace,*
- ❖ vězněná osoba užila krátce před uvězněním drogu a lze očekávat **abstinenční příznaky** (*platí zejména pro opiáty*),
- ❖ vězněná osoba je **obviněná**, nebo odsouzená do věznice s ostrahou,
- ❖ vězněná osoba je ve věku 26 až 35 let,
- ❖ vězněná osoba trpí duševní poruchou, avšak není jí poskytována náležitá **psychiatrická péče**.

Zvýšené pozornosti je třeba dbát v časech, kdy se **střídají služby zaměstnanců**.

U **obviněných** se zvýšené riziko sebevražedného chování týká zejména:

- prvovězňených,
- s předchozím suicidálním jednáním,
- s depresivní náladou,
- s abúzem návykových látek,
- se specifickými poruchami osobnosti (zejm. hraniční, dále dissociální, histriónská, narcistická a pasivně agresivní)
- obviněných ze zvláště závažného trestného činu.

---

<sup>2</sup> Ze závěrů Analýz suicidálního chování vězňů 2009 – 2014, zpracovávaných Psychologickým pracovištěm Vězeňské služby pro gremiální porady

## Suicidální jednání

Konotace pojmu sebevražda se během času velice proměňovala. V antice byla sebevražda privilegovaná forma smrti, v období vzestupu křesťanství se z ní stal takřka zapovězený pojem opředen mnoha hříchy a prokletím. Dnešní společnost vnímá sebevražedné chování spíše jako vyvrcholení **osobní krize**.

Suicidalita jako symptom se může objevit u psychiatrických onemocnění, ale i nezávisle na psychiatrickém onemocnění ve vážných životních krizích.

Takovou vážnou životní krizí je rovněž **uvěznění**.

Suicidální tendence je třeba vzít v úvahu zejména u deprese, psychózy, agitovanosti, u těžkých úzkostných poruch, posttraumatické stresové poruchy, hypochondrické poruchy a u hraniční poruchy osobnosti. Situace spojená s vězněním tyto faktory umocňuje.

**Ženy** se pokoušejí o suicidium 3× častěji než muži. **Muži** 3× častěji než ženy provedou dokonalé suicidium. Ženy suicidální pokus častěji používají jako způsob vyjádření svého trápení. Muži naopak mohou suicidium odkládat do té doby, až se bezmoc a zoufalství stanou nesnesitelnými. Lidé páchající suicidium nemusí být psychicky nemocní, ovšem psychická porucha, zejména **deprese**, výrazně zvyšuje riziko sebevraždy. U lidí trpících vážnou depresí se suicidium vyskytuje 500krát častěji než u běžné populace. V okruhu bipolární poruchy se udává, že kolem 15 % pacientů zemře sebevraždou, přibližně 80 % z nich v období depresivní epizody. Suicidia jsou častější u rozvedených než u svobodných a u svobodných jsou častější než u ženatých. Obecně se uvádí, že **suicidální pokus** je zhruba 8x až 10x častější než dokonaná sebevražda. U vězněných osob mohou být tyto údaje zkreslené způsobem a nastavením evidence.

Sebevrah je ten, který očekává, že si svým činem smrt přivodí.

*Jan Prokop, 1940*

Záměrný a sebepoškozující akt, při němž si osoba, která se ho dopouští, nemůže být jista, zda jej přežije.

*Erwin Stengel, 1943*

Sebevražedný čin je útok proti vlastní osobě s různým stupněm úmyslu zemřít. Sebevražda je sebezničující čin s fatálním výsledkem.

*Světová zdravotnická organizace, 1968*

Suicidium je výrazem naléhavé potřeby změnit od základů svůj život.

*James Hillmann, 1997*



## Suicidální vývoj

Sebevražedné pokusy se mohou objevovat při dramatickém volání o pomoc, při abúzu návykových látek, nebo jako forma manipulace. Rozpoznat jejich pravý motiv může být obtížné.

Pro **rozpoznání motivu**, ale zejména pro účinnou intervenci, je vhodné sledovat dynamiku suicidálního jednání, jež má zpravidla postupný vývoj:

- ❖ suicidální ideace
- ❖ varování nebo výhrůžky
- ❖ sebevražedný plán (např. zvažování použití vhodných nástrojů)
- ❖ sebepoškození
- ❖ realizace samotného suicidia

Všechny fáze nemusí být přítomny nebo nemusí být zachována zde uvedená posloupnost, případně se mohou některé fáze vícekrát opakovat.

**Myšlenky na sebevraždu** nemají zpočátku konkrétní obsah, postižený se jim brání a snaží se je zapuzovat. **Suicidální tendence**, kterým se postižený již nebrání, vyjadřují ambivalentní postoj postiženého. V dalším vývoji se již ztotožňuje s myšlenkami na konec života, promýšlí nejhodnější způsob smrti. Následuje rozhodnutí o realizaci suicidia, které může vést k **paradoxnímu uklidnění** a u okolí k představě o zlepšení stavu postiženého. V úvodu suicidálního vývoje lze pozorovat triádu nazvanou podle vídeňského profesora E. Ringela.

### Ringelův presuicidální syndrom

**Zúžení subjektivního prostoru** – omezenější prožívání a vnímání, jednostranné vnímání reality, pocit zavalenosti situací, neví kudy kam, pocit být v pasti, izoluje se nebo ochuzuje sociální vztahy, je osamělý, dominuje zoufalství, úzkost a bezmoc, ztrácí schopnost svoje emoce regulovat, některé životní oblasti ztrácejí na zajímavosti, vidí jen to, co jej znehodnocuje, bezmoc realizovat důležité cíle, vlastní existenci pokládá za bezcennou, zužuje se vnímání vztahů, devaluje si je.

**Zablokovaná agresivita nebo její obrácení vůči sobě** – postižený je stále více přesvědčen, že nemá kvality ani schopnosti, které by měl mít, sám zavinil celou situaci, ze které není východiska, znehodnocuje se, cítí k sobě nenávisť a hněv.

**Naléhavé suicidální fantazie** – přání být mrtev, představy o sebevraždě, o způsobu provedení, nutkání k sebevraždě; fantazie přinášejí úlevu, jsou lákavé, postupně vypadají jako jediná či nejlepší cesta řešení situace, tj. útěk od bolesti a trápení.

## Typy suicidií

Rozlišujeme mezi sebevraždou **biickou**, kde motiv vychází z reality a nemusí být spojen s psychickou poruchou, a **patickou**, u které motiv vychází z psychopatologie. Jednou z forem biické sebevraždy je **bilanční sebevražda**, objevující se spíše u starších osob. Patická suicidia jsou spojena např. s depresí (při pocitech beznaděje, autoakuzacích, negativním očekáváním do budoucna), se schizofrenií (úleva od nesnesitelných halucinací), závislostí na alkoholu, těžkým abstinenčním syndromem, akutní halucinózou, s poruchou osobnosti (zejména emočně nestabilní), s posttraumatickou stresovou poruchou apod.

Ve vězeňském prostředí se vžily pojmy **účelové** suicidální jednání či **demonstrativní** sebevražda / pokus o sebevraždu, u kterých cílem není smrt, ale způsob komunikace a řešení jinak svízelné situace s prvky upozorňování na sebe a manipulace. Za **manipulativní** je považována rovněž **simulace** suicidálního jednání, kde účelem je něčeho dosáhnout, nebo se naopak něčemu vyhnout, aniž by takové jednání obsahovalo autoagresivní sklony.

Zde je třeba velké opatrnosti, neboť tyto pojmy bývají ve vězeňství nadužívány, podobně jako pojmy **zkratkovité suicidální jednání** (jednání, které vede k okamžitému cíli, bez zamyšlení nad jinými možnostmi a výhodami a nevýhodami takového jednání) či **bilanční suicidální jednání** (kdy člověk dojde po *předchozím pečlivém rozmyslu* k závěru, že jeho stávající situace je pro další život neúnosná).

### Typy patického suicidálního jednání se zvýšeným rizikem akutní suicidality

- ❖ **Úzkostně - agitovaný typ**: např. v rámci těžké deprese nebo u úzkostných poruch, schizofrenních psychóz;
- ❖ **Impulzivně - agresivní typ**: např. u hraniční poruchy osobnosti, závislosti na alkoholu;
- ❖ **Anhedonicko - beznadějný typ**: např. při negativní schizofrenní symptomatologii nebo chronifikovaných depresích.

Za sebevražedné jednání není považováno sebeobětování a sebezabití.

#### Sebeobětování

Smrt má význam oběti, chybí vědomá touha zemřít.

#### Sebezabití

Není přítomna snaha zemřít nebo si uškodit. Příkladem je vyskočení z okna při kvalitativní poruše vědomí.

## Mýty a skutečnosti<sup>3</sup>

*Představa: Když se někdo rozhodne k sebevraždě, nikdo mu v tom nezabrání.*

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

*Představa: Kdo o sebevraždě mluví, ten ji nikdy nespáchá.*

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

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

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

*Představa: Sebevražda přichází bez varování.*

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

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

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

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

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

---

<sup>3</sup> podle Kocourková & Koutek, 2003

## Obecné rizikové faktory

Spolehlivý způsob, jak předvídat dlouhodobý suicidální potenciál u daného jedince, neexistuje. V rozhodování pro stanovení „rizikosti“ vězněné osoby však mohou pomoci faktory, které jsou obecně považovány za rizikové.

### Demografické rizikové faktory

- ❖ dospívání a mladší dospělost
- ❖ vyšší věk
- ❖ muž
- ❖ rozvedený nebo osamělý

### Sociální rizikové faktory

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

### Psychiatrické rizikové faktory

- ❖ nedávné propuštění z léčby
- ❖ dřívější sebepoškození nebo sebevražedné pokusy
- ❖ nedávná nepříznivá událost
- ❖ suicidální jednání v blízkém okolí či příbuzenstvu
- ❖ deprese nebo mánie
- ❖ toxikomanie
- ❖ hraniční porucha osobnosti
- ❖ těžké úzkostné poruchy a posttraumatická stresová porucha
- ❖ tělesné vyčerpání
- ❖ velký životní stres u chronicky zranitelné osoby

### Zdravotní rizikové faktory

- ❖ život ohrožující, bolestivé nebo chronické tělesné onemocnění

### Protektivní faktory

- ❖ děti v rodině, pocit zodpovědnosti vůči rodině, těhotenství, víra, životní spokojenost, schopnost adekvátního testování reality, pozitivní zvládací schopnosti, podpora z okolí, pozitivní terapeutické spojení

## Specifika psychické zátěže ve výkonu vazby

Výkon vazby nejhůře snášejí lidé, kteří se v ní ocitnou **poprvé**, **nečekaně** a/nebo **bez možnosti rozloučit se se svými blízkými**.

Tenzi zvyšuje **izolace** spojená s omezenou možností pohybu a nemožností uniknout ze situace, **nejistota** ohledně toho, co se děje na svobodě (co prožívá rodina; kdo se stará o děti, domácí zvířata; jak je to s financemi, zda odcházejí včas splátky a inkaso, zda na majetek nebyla uvalena exekuce), a **nejistota ohledně doby trvání**: jak dlouho to bude trvat a jaké to bude mít konsekvence pro osobní život, rodinu, zaměstnání, vztahy obecně.

U **koluzní vazby**, tj. u vazby uvalené proto, aby obviněný nemohl ovlivňovat svědky či spoluobviněné, je situace těžší, neboť korespondence je důsledně kontrolována a trvá dlouho, než se k obviněnému dostane dopis od rodiny a naopak.

Jeden z deseti obviněných prožívá významný **šok z uvěznění**, který trvá obvykle několik málo dnů, může však přejít do nějaké formy anomálního nebo abnormálního chování, nebo do **duševní krize**.

## Duševní krize

Krizový psychický stav je definován v Nařízení generálního ředitele č. 25/2011 o krizových odděleních a zacházení s vězněnými osobami v krizi jako „*individuálně prožívaná závažná zátěžová situace či akutní duševní tíseň, které zvyšují riziko nepřiměřeného jednání*“. Mimořádným krizovým stavem „*situace, kdy v agresi či masivním neklidu vězněná osoba ohrožuje své okolí, sebepoškozuje se nebo vykazuje známky sebevražedného jednání.*“

Osobou, která může **indikovat krizi** vězněné osoby, je jakýkoliv zaměstnanec věznice. Zaměstnanec, který indikoval krizi vězněné osoby, má za úkol neprodleně informovat psychologa nebo v době jeho nepřítomnosti zaměstnance určeného ředitelem věznice.

Psycholog **posoudí závažnost krize** vězněné osoby a navrhne vhodná opatření. Vedoucí oddělení výkonu vazby, oddělení výkonu vazby a trestu a oddělení výkonu trestu pak neprodleně rozhodne o dalším postupu. V době nepřítomnosti psychologa krizi vězněné osoby posuzuje a o přijetí opatření rozhoduje proškolený zaměstnanec určený ředitelem věznice a bezprostředně informuje psychologa.

## Varovné signály u vězněných osob

Je potřeba být pozorný zejména k tomu, pokud vězněná osoba:

- ❖ hovoří o sebevraždě či vlastním „nebytí“,
- ❖ v poslední době se nápadně stáhla do sebe,
- ❖ obtížně komunikuje s okolím nebo vůbec nekomunikuje,
- ❖ dává najevo beznaděj, bezmocnost a bezradnost,
- ❖ přijímá nápadně málo potravy,
- ❖ zříká se budoucnosti a kontaktu s blízkými osobami,
- ❖ zbavuje se oblíbených věcí, uspořádává majetkové záležitosti,
- ❖ poškozuje zařízení cely způsobem, který ohrožuje jeho samotného či ostatní osoby (například zapálení cely, škrábání do omítky),
- ❖ je agresivní, hostilní, neochotná komunikovat s personálem (*často je chybně vyhodnoceno jako neochota spolupracovat s personálem věznice, nikoliv jako varovný signál sebevražedného jednání*),
- ❖ dostane závažnou negativní informaci ze sociálního okolí (rodina, soud),
- ❖ subjektivně vnímané závažné zhoršení zdravotního stavu.

## Využívání krizového oddělení

Podle Nařízení generálního ředitele č. 25/2011 o krizových odděleních a zacházení s vězněnými osobami v krizi jsou v celách krizového oddělení „*vybavení, povrchová úprava podlahy a zdi a jejich barevnost zvoleny tak, aby přispívaly k optimalizaci psychického stavu vězněných osob.*“

Někdy může být **obtížné odolávat tlakům** vězněných osob a neumistovat na krizové oddělení ty, kteří této péče nejsou potřební. Pokud duševní krize nemá akutní charakter, není vhodné volit umístění vězněné osoby na krizové oddělení jako první řešení. Psycholog se snaží dle svého uvážení nejprve podporovat a vést vězněnou osobu tak, aby byla schopna zvládnout obtížný stav vlastními silami. Při zjevně manipulativním jednání psycholog vězněnou osobu může upozornit, že za úmyslné sebepoškození může být kázeňsky trestána.

### Psycholog

- ❖ pojmenuje situaci
- ❖ vyhýbá se hodnocení
- ❖ v případě akutního rizika sebevraždy neprodleně odkáže postiženého do péče lékaře / psychiatra
- ❖ nepřebírá odpovědnost za jednání druhých osob

## Příjem obviněného a vstupní pohovor

„Kontakt odborného zaměstnance s nově přijatým obviněným bude zajištěn **nejdéle do 24 hodin od jeho přijetí** do výkonu vazby.

Tento **kontakt provede vždy psycholog**, pokud je na pracovišti přítomen. V případě nepřítomnosti psychologa provede pohovor **jiný zaškolený odborný zaměstnanec** (speciální pedagog, sociální pracovník, vychovatel-terapeut) dle přiloženého schématu pohovoru (příloha 1). V takovém případě **psycholog provede revizi** pohovoru neprodleně po příchodu na pracoviště. Výše jmenovaní odborní zaměstnanci, kteří budou pohovory provádět, budou prokazatelně proškoleni psychologem.

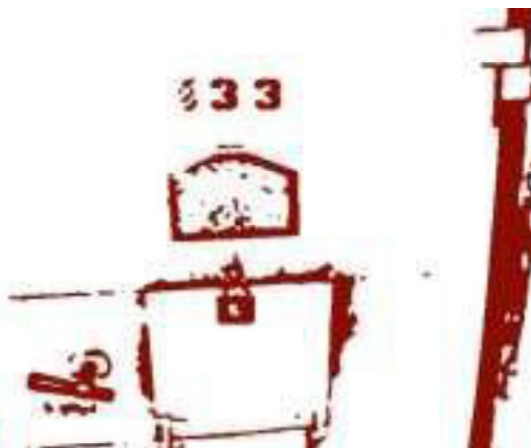
V případě zjištění důvodů pro zařazení obviněného do seznamu vytypovaných osob nebo pro přijetí výjimečných opatření odborný zaměstnanec informuje neprodleně svého nadřízeného. V případě zjištění vysokého rizika sebevražedného jednání je **informován rovněž lékař** zdravotnického střediska vazební věznice nebo věznice.“

Opatření GR k nově přijatým obviněným  
z 1. 8. 2011, č.j.: VS 15/213/2011-50/Všeob/334

Umožňuje-li to chod věznice, jsou obvinění psychologovi **předváděni**. Pokud si je předvádí sám, má psycholog příležitost k pozorování jejich chování. **V žádném případě by však neměl sám otevírat celu, vyvádět obviněné z cely nebo na nich vykonávat osobní prohlídku.** Toto jsou úkony spadající do působnosti příslušníků.

Při provádění vstupního pohovoru se nejedná o poskytování krizové intervence, ale pouze o **zjištění rizik**, na základě kterých je určen další způsob zacházení s vězněnou osobou (např. zvýšený dohled, ubytování, krizová intervence...).

Vedení vstupního psychologického pohovoru zaměřeného na zjišťování rizika sebevražedného jednání přes celové dveře („bufet“) či v blízkosti jiných vězněných osob je neetické a takto získané informace mají vzhledem k vysoké pravděpodobnosti zkreslení jen nízkou validitu.



## Vedení vstupního pohovoru a zjišťování rizik

Vstupní pohovor vede psycholog nebo odborný zaměstnanec s obviněným v klidné a vhodně **uzpůsobené místnosti bez přítomnosti dalších osob**, pokud to nevyžadují zvláštní bezpečnostní opatření. Je to proto, že pohovor prováděný přes okénko celových dveří („bufet“) či před jinými (vězněnými) osobami neumožňuje navázat s obviněným přiměřený a důstojný kontakt. Případná zjištění mohou být značně ovlivněna situací, věcně nerelevantní a závěry odborně nepodložené, neobjektivní a ve svém výsledku nevalidní.

**Pozorování:** Psycholog si všímá stability a způsobu chůze, celkové upravenosti či zanedbanosti zevnějšku, zbarvení bělma, třesu rukou, stop po vpichách od jehel, chování, gestikulace, mluvy. Sleduje známky intoxikace či abstinčních příznaků.

**Pohovor po navázání kontaktu** a obecných otázkách zahrnuje též přímé i nepřímé dotazy na:

- užívání návykových látek včetně alkoholu, a kdy naposledy,
- abstinční příznaky – zda má obviněný předchozí zkušenost,
- zda bude potřebovat nějaké léky,
- zkušenosti z předchozích věznění, průběh adaptace,
- zkušenosti s psychiatrií, psychické poruchy včetně rodinné anamnézy,
- sebepoškození, pokusy o sebevraždu, včetně rodinné anamnézy,
- závažná onemocnění v rodině,
- s kým bude udržovat kontakt.

Psycholog obviněného poučí o dostupnosti pomoci při abstinčních potížích.

Pokud psycholog pozoruje známky intoxikace či odvykacího stavu, soustředí se v rozhovoru více na drogovou problematiku. Je nutné zjistit, jakou návykovou látku obviněný užil a kdy. Psycholog se doptává i na případné předchozí zkušenosti obviněného s abstinčním stavem, např. takto:

- *„Užíváte pravidelně nějaké léky? Bral jste někdy nějaké drogy? Může se stát, že některou z těchto látek nalezneme ve Vaší moči?“*
- *„Říkáte, že jste nic neužíval. Znamená to, že nebudete potřebovat žádné léky?“*
- *„Víte, jak u vás probíhají abstinční příznaky? Víte, co vás čeká?“*



## Schéma pohovoru s nově přijatým obviněným<sup>4</sup>

Určeno pro zaškolené odborné zaměstnance; pro psychology je nepovinné.

Jméno obviněného:

Provedl (jméno, funkce):

Den, hodina:

### A. Aktuální chování obviněného:

- orientovaný místem, časem, osobou

- známky intoxikace

- popis aktuálního chování (např. neklid, zvýšená úzkostnost, agrese...)

### B. Anamnestické údaje:

- zneužívání drog (kdy naposledy)

- psychiatrická léčba, jaká

- suicidální pokusy či myšlenky v minulosti (kdy naposledy)

### C. Rizika:

- riziko sebevražedného jednání: nízké – střední - vysoké

- riziko abstinenčních příznaků: nízké – střední - vysoké

Další poznámky\*

### D. Navržená opatření

\* V případě přítomnosti rizikových faktorů či varovných signálů je třeba doplnit odůvodnění.

Stanovené riziko (nízké – střední - vysoké) je orientačním **podkladem pro navržená opatření**. O bec ně platí, že **nízké riziko** je tam, kde nebyly zjištěny rizikové faktory a varovné signály související se suicidálním chováním a abstinenčními příznaky, zejména ty, které jsou uvedeny na předchozích stranách. **Střední riziko** signalizuje zjištění rizikových faktorů / varovných signálů. **Vysoké riziko** je spojené s deklarovanými suicidálními úmysly nebo akutním odvykacím stavem či jednáním, které k němu obvykle vede.

Určení rizika je kvalifikovanou volbou odborného zaměstnance, který s vězněnou osobou hovořil a utvořil si **vlastní odborný úsudek**. Pokud se k tomu rozhodne, může dokonce i v případě zjištění rizikových faktorů či varovných signálů určit riziko střední či nízké. V takovém případě však musí svůj závěr **pečlivě odůvodnit**.

<sup>4</sup> Opatření GŘ k nově přijatým obviněným z 1. 8. 2011, č.j.: VS 15/213/2011-50/Všeob/334

V praxi došlo k případům dokonáných sebevražd i přes původně zjevná zjištěná rizika, která však byla nedostatečně či neúplně zaznamenána. To vedlo k jejich pozdějšímu nezohlednění či nepředání. Typicky se to stává po ztrátě osobního kontaktu s „kmenovým“ psychologem, např. při přemístění vězně do jiné věznice.

Je třeba zaznamenat všechny rizikové faktory a varovné signály zjištěné (vstupním) pohovorem, bez ohledu na to, jakou odborný zaměstnanec určí výslednou míru rizika sebevražedného jednání / abstinenčních příznaků. Pokud odborný zaměstnanec **i přes přítomnost rizikových faktorů** a varovných signálů rizika označí za nízká a nenavrhne žádná opatření, pak svůj závěr **odůvodní**.

#### **Příklad nedostatečně formulovaného zápisu:**

*Dvakrát se pokusil o sebevraždu. Riziko sebevražedného jednání nízké. Bez opatření.*

#### **Příklad vhodně formulovaného zápisu:**

*Třebaže má v posledních dvou letech za sebou dva pokusy o sebevraždu, z toho jeden ve výkonu trestu, kdy se dožadoval přemístění na jinou celu, aktuálně působí stabilizovaným dojmem, neprojevuje žádné varovné signály a sebevražedné úmysly odmítá. Proto bylo riziko sebevražedného jednání stanoveno jako nízké a nenavrhují žádná opatření.*

**Riziko sebevražedného jednání není nízké** (pokud není zvlášť odůvodněno) **při:**

- ❖ zjevné výpovědi o sebevražedných úmyslech,
- ❖ opakovaných suicidálních pokusech v anamnéze, či 1+ pokusů před < 6 měs.,
- ❖ psychiatrickém onemocnění se suicidálním potenciálem či projevy– zejména u depresivních a psychotických poruch, hraniční poruchy osobnosti,
- ❖ vyjádřených obavách o život, např. v souvislosti s vyhrožováním ze strany kompliců, život ohrožujícím onemocněním, dlouhým či společensky obtížně přijatelným trestem (DVO, sexuálně motivované TČ spáchané na dětech...)

**Riziko abstinenčních příznaků není nízké** (pokud není zvlášť odůvodněno) **při:**

- ❖ přítomnosti či očekávání akutního odvykacího stavu po užití opiátů (typicky heroin), stimulantů (pervitin), psychofarmak (benzodiazepiny), alkoholu,
- ❖ užití drogy do 24 hodin před uvězněním, zejm. opiátů (typicky heroin).

Posouzení rizik vychází z podaných informací a pozorování. Exaktní zjištění přítomnosti návykových látek a stanovení diagnózy je v kompetenci lékaře.

## Předávání informací a zápisy

Psycholog, popř. odborný zaměstnanec provede ve všech případech zápis do Vězeňského informačního systému, zkr. VIS.

Psycholog se ve svém rozhovoru nemusí držet schématu pro pedagogy, obsah a rozsah rozhovoru je na jeho odborném zvážení, ale je nutné zjistit veškerá relevantní fakta a při vyhodnocování rizik brát v úvahu všechny dostupné informace a znaky sebevražedného chování, a to **i tehdy, pokud vězněná osoba suicidální myšlenky na přímý dotaz neguje**, neboť to nevylučuje přítomnost jiných rizikových faktorů nebo varovných signálů.

Podrobný způsob navrhování, přijímání a rušení **opatření** na základě zjištěných rizik (např. intervaly zvýšeného dohledu; způsob informování lékaře / zdravotního střediska při vysokém riziku abstinenčních příznaků, aktuálním sebepoškozování, podezření na ataku psychiatrického onemocnění apod.) si **nastavuje věznice**. Psycholog na základě zjištěných rizik obvykle **navrhuje opatření**:

- zvýšený dohled,
- podmínky umístění (společné / samostatné ubytování),
- kontrolu lékařem (psychiatrem).

**V případě zjištění vysokého rizika** psycholog či odborný zaměstnanec informuje:

- ZVOVvT (ZVOVV, ZVOVT, v případě jejich nepřítomnosti VISS),
- IDS,
- zdravotní oddělení.

Zdravotní středisko je třeba **informovat prokazatelným způsobem** a doporučení k lékařskému / psychiatrickému zaznamenat do VIS. Osoba s akutním rizikem sebevraždy patří do urgentní péče psychiatra.

Zpravidla po třech dnech (v případě potřeby i dříve) psycholog provede **přehodnocení rizik**. Pakliže se ani při opakovaném posuzování neobjeví rizika, další kontakt s obviněným probíhá dle potřeby.

V praxi se osvědčilo zavedení **centrální elektronické evidence** vězněných osob ohrožených suicidálním jednáním v podobě tabulky sdílené v intranetové síti dané věznice. Přístup je vhodné zřídit psychologům, proškoleným odborným zaměstnancům, VOVV, ZVOVV, VISS a dozorcům na daných stanovištích.

## Příklad nedostatečně formulovaného zápisu ve VIS:

**4. srpna 2015 PhDr. Chtěluzdrav**

*Proveden ventilační pohovor.*

Takto formulovaný obsahuje informaci pouze o tom, že s obviněným hovořil psycholog – **pro další odbornou péči a práci s riziky** je však hodnota takové informace nízká, neboť neobsahuje žádná vodítka. Datum je ve formátu neumožňujícím automatické řazení, chybí označení funkce.

## Příklad vhodného zápisu ve VIS:

**2015 08 04 PhDr. Chtěluzdrav - psycholog**

*Proveden pohovor na upozornění vychovatele. Obviněný byl zpočátku plačtivý, úzkostný, hovořil o strachu z toho, že si něco udělá. Rozebrány možnosti a alternativy. Dohodnut termín dalšího setkání 7. srpna. Odchází stabilizovaný.*

Zápis obsahuje informaci o stavu obviněného na začátku setkání, obecný popis obsahu intervence, výsledek intervence a další kroky (pokud je to relevantní). Tyto informace mají důležitou vypovídající hodnotu i po přemístění do jiné věznice.

## Psychologická dokumentace („obálka“) a VIS

Vedle elektronické dokumentace může psycholog využívat i tzv. obálku „Psychologická dokumentace“, kterou si může centrálně objednat jako *skladový tiskopis č. 230*. **Psychologické obálky** slouží ke shromažďování psychodiagnostických materiálů k vězni. Obálky nejsou součástí osobní karty vězněné osoby a psychologové je ukládají na zabezpečeném a k tomu určeném místě; nakládají s nimi v souladu se zásadami ochrany osobních údajů a podle pravidel stanovených v NGR č. 25/2015 o postupu zaměstnanců VS ČR při vedení evidence vězněných osob. Při trvalém přemístění vězněné osoby do jiné věznice psycholog obálku zalepí, přelepení opatří úředním razítkem a podpisem a předá ji oddělení správnímu k vložení do osobního spisu. V cílové věznici obálku převezme a smí otevřít opět jen psycholog. Po propuštění vězněné osoby na svobodu se zalepené a zapečetěné obálky uloží do osobního spisu.

O práci s vězněnou osobou vede psycholog **záznamy ve VIS**; doporučuje se provádět **souhrnný zápis** za určité časové období v jednom záznamu.

## Motivy suicidálního jednání a práce s nimi „před“ a „po“

Každou zmínku o suicidálním jednání ze strany vězně – **plánovaném** či **již provedeném** - je potřebné brát vážně. Při úvaze o směru intervence je užitečné si zmapovat jeho motivy. Při zjištění psychické poruchy by se mělo postupovat jak farmakoterapeuticky, tak psychoterapeuticky. Terapeut by se měl ze všech sil snažit o empatii k pocitům vězněné osoby, protože pocit nepochopení může postiženého posunout blíže k suicidiu. Pomocí empatie a citlivých otázek mu pomáháme propojit se s vlastními emocemi i skrytými ambivalencemi – ujasňuje si pomocí verbalizace problémy, které ho tíží.

Někteří vězni o sebevraždě nemluví, ale naznačují možnost. Prvním krokem je pak **pojmenování sebevraždy**. Slovní náznaky sebevražděného úmyslu mohou být přímé nebo nepřímé. Přímé náznaky se projevují ve větách typu:

*V suicidální krizi téměř jistě nefunguje apel na morálku, odpovědnost člověka vůči blízkým či hodnocení.*

„Chci umřít!“, „Zabij se!“, nepřímé jsou méně nápadné: „Nedokážu už dále snášet život!“, „Nemá to cenu!“, „Takový život je nesnesitelný!“ Pokud vězněná osoba naznačuje, že její život nemá smysl, zpravidla čeká na přímou otázku, zda myslí na to, že by tady nebyla. Pokud řekne ano, je nutné se zeptat přímo, zda o suicidiu uvažuje. Ptáme se přímo: „Myslíte na sebevraždu?“ Pokud ano, měli bychom se zeptat na to, zda má postižený nějaký **sebevražedný plán**. Pokud nemá, mluví jen o tom, že by raději zemřel, je zatím ve stadiu úvah, zpravidla nehrozí tak bezprostřední nebezpečí. Pravděpodobně nejdůležitějším kritériem závažnosti je suicidální plán, u kterého se hodnotí čtyři hlavní složky: **letalita metody, dostupnost prostředků, promyšlenost do detailů a příprava na smrt**. Plánování oběšení (nebo v civilním prostředí skoku z mostu či pod vlak) bývá více letální, než požití léků či pořezání si zápěstí. Zjišťujeme, zda byl zanechán dopis na rozloučenou.

Dále posuzujeme okolnosti, zdali byl postižený sám, načasování bylo takové, aby pomoc byla málo pravděpodobná nebo naopak, jestli zabezpečoval, aby nebyla jeho tendence odhalena apod. Hloubku suicidálního rizika nám může ukázat také **chování po činu**: neusiluje o pomoc, nadále si přeje zemřít, věří, že jeho pokus bude úspěšný, lituje, že pokus selhal.

Možnosti intervencí psychologa jsou přes všechnu snahu a erudici omezené. Není v jeho schopnostech odvrátit VŠECHNY vězně od sebevražděného jednání. Postupuje však vždy v souladu s předpisy a s profesní etikou.

Porucha	Motivy suicidálního jednání a rizika
Deprese	V období zmírnění těžké deprese má postižený větší energii na realizaci suicidálních úmyslů; roli hraje rovněž strach z návratu akutní fáze.
Psychotické stavy	Potřeba uniknout před nesnesitelným stavem.
Hraniční porucha osobnosti	Maladaptivní chování při řešení problémů, často jako naučená reakce vyhýbání se emocím s negativní konotací; <i>bludný kruh</i> : suicidální chování vede k větší emocionální dysregulaci a emocionální dysregulace vede k frekventovanějšímu suicidálnímu chování; suicidalita je dvojnásobná u těch, kteří se sebepoškozují, proti těm bez sebepoškozujícího chování; výčitka manipulování vede k dalšímu nárůstu symptomatologie.
Hypochondrie	Časté prožívání suicidálních rozlad může vést k sebevraždě jako útěku před utrpením své domnělé nemoci.

Pro jedince ohrožené sebevražedným jednáním někdy může být důležité slyšet, že **rozhodnutí je na nich**. Přesto je povinností vězeňského personálu tyto jedince před sebevraždou chránit a pomoci jim hledat jiné řešení.

Sebevražedný čin je možné vždy odložit a dát šanci alternativním řešením. Vzdálenějším cílem je pomoci pacientovi najít realističtější a pozitivnější pohled na sebe, posílit jeho sebeúctu a pocit, že je schopen své problémy řešit sám či s pomocí druhých.

Významným prostředkem může být **antisuicidální kontrakt**.

**Krizová intervence** je individuální péče o vězněné osoby v krizi zaměřená na stabilizaci psychického stavu, snížení nebezpečí prohlubování krize, zpracování zátěžové situace, získání nadhledu a zmapování možností řešení.

Pokud psycholog konstatuje zvýšené riziko, nebo pokud to vyžaduje aktuální stav obviněného, volí psycholog další intervence, jejich způsob a intenzitu dle své **odborné úvahy**, a to zejména v podobě krizové intervence, ventilačních, terapeutických, motivačních a podpůrných rozhovorů či poradenství. Podporuje přiměřenou adaptaci obviněného na uvěznění. V určitých případech poskytuje též terapii.

Vězněnou osobu vždy klidně, ale pevně informuje o dalších zamýšlených krocích, případně s ním konzultuje další postup.

## Když dojde k sebevražednému jednání

Přes veškerou snahu a péči vězeňského personálu k sebevražednému jednání ve věznicích dochází. Jakkoliv je důležité snažit se mu předcházet, představa, že k němu nebude docházet vůbec, je – stejně jako v civilním prostředí – iluzorní.

O mimořádné události by měl být psycholog informován prostřednictvím svého nadřízeného. Je výhodou, pokud dostane o postiženém jedinci včasné a relevantní informace – to však v praxi často není z povahy události možné.

Nadřízený psychologovi sdělí, **co od něj očekává**. Dle povahy mimořádné události, zejména pokud dojde k ohrožení na životě, mají přednost činnosti příslušníků a zdravotnického personálu zajišťující záchranu života a zdraví. Poté psycholog postupuje v souladu s náplní své práce, tj. **volí intervence** ve vztahu k vězněné osobě na základě své odborné úvahy tak, aby došlo ke zklidnění duševního stavu vězněné osoby. Využívá k tomu metod popsanych v předchozí části. Rovněž **navrhuje případná další opatření**. Poté psycholog pečlivě **zaznamená do VIS** všechny poskytnuté intervence.

Je-li to vhodné, doporučuje se provést ventilační pohovory se všemi, kteří byli mimořádnou událostí rovněž zasaženi nepřímo, tj. se spoluvězni i personálem.

## Kvalitativní analýza dokonané sebevraždy

Kvalitativní analýzu zpracovává psycholog po dokonané sebevraždě v souladu s vnitřními předpisy<sup>5</sup>. Kvalitativní analýza má **doporučený rozsah 1 – 2 strany** a doporučenou strukturu:

- základní údaje o suicidantovi (věk, rodinný stav, trestní minulost, aktuální TČ);
- další známé podrobnosti související s trestním řízením nebo trestnou činností;
- dřívější sebevražedné pokusy či tendence z anamnézy, včetně rodinné;
- průběh věznění (chování, nápadnosti, návštěvy, korespondence);
- poznámky k možnému motivu a okolnostem sebevraždy (zda byl sám, podmínky zvýšeného dohledu, dopis na rozloučenou; doba a místo spáchání vzhledem k možnosti odhalení / překážení záměru);
- celkový úsudek či odbornou úvahu psychologa.

Psycholog **co nejdříve** zašle zpracovanou kvalitativní analýzu **e-mailem vedoucímu psychologovi**, nejdéle však do 10 dnů od sebevražedného jednání.

---

<sup>5</sup> dopis ŘOVVaT ředitelům věznic, č. j. 15/574/2005/- 50/334

## Péče o zaměstnance

V materiálech věnovaných sebevražednému jednání ve věznicích se příliš často zapomíná na vězeňský personál. Nejenže se sebevražedné jednání objevuje i mezi příslušníky a zaměstnanci, ale negativní vliv má i na ty, kteří se do kontaktu s mimořádnou událostí dostanou jako přímo či nepřímo zasažení účastníci.

### PŘÍMÉ ZASAŽENÍ

- nález mrtvého těla
- nález osoby, která se pokusila o sebevraždu
- oběť napadení

### NEPŘÍMÉ ZASAŽENÍ

- člen směny / týmu, která objevila suicidanta
- kolega pracovníka, který se stal obětí mimořádné události

## Preventivní péče: informace a poradenství

Je vhodné, aby všem **nově přijatým pracovníkům** byli představeni psychologové působící v dané věznici. Nově přijatí pracovníci by měli být informováni o tom, že v případě potřeby mohou využít jejich **psychologického poradenství**, stejně jako služeb Psychologického pracoviště VS ČR, pokud tomu nebudou bránit zvláštní důvody. Poradenství probíhá **individuálně**, může být jednorázové i opakované, dle individuální domluvy s psychologem.

Obsah psychologického poradenství je **důvěrný**. Psycholog je vázán **mlčenlivostí** o skutečnostech, které se dozvěděl v rámci poradenského rozhovoru, s výjimkou případů, kdy hrozí pracovníkovi, jiným osobám nebo věznici nebezpečí nebo závažná rizika.

Psycholog věznice vede v rámci psychologického poradenství pouze dokumentaci **nezbytně nutnou** pro poskytování péče. Takovou dokumentaci je povinen chránit před jinými osobami a před zneužitím. Nad rámec nezbytně nutné dokumentace nevykazuje žádnou evidenci, aby byla zajištěna důvěrnost poskytované služby.

Je doporučeno, aby psycholog věznice **vedl seznam** vhodných odborných psychologických pracovišť, poradenských míst a dalších profesionálních služeb **v daném regionu**, kam může pracovníka doporučit do další péče.





## **Když dojde k mimořádné události: Co je třeba hned udělat**

Po zajištění všech nezbytných služebních povinností v rámci mimořádné události by **příslušník / zaměstnanec neměl být nucen pokračovat** v dané směně ve výkonu služby. V důsledku události může dojít k zúžení vědomí a pozornosti, stejně jako ke snížené schopnosti přijímat podněty a chápat jejich význam v plném rozsahu. Pro zasaženého to může mít nepříznivý vliv na další prožívání a celkový psychický stav. Kromě toho není zaručen výkon služby s plnou odpovědností a výkonností.

**Nadřízený** by měl zasaženému nabídnout bezprostředně po mimořádné události **bezpečný prostor**, dávající možnosti „citového odpočinku“, kde lze otevřít své negativní emoce jako smutek, strach či pocit viny. Otázky by neměly směřovat k události, ale měly by být vedeny k **nabídce pomoci**. Neméně důležitá je vhodná kolegiální podpora: prostá přítomnost, pomoc při zajištění praktických věcí. „Černý humor“ ze strany kolegů není na místě, může vést k dalším duševním zraněním.

## **Posttraumatická intervenční péče**

Po prožití mimořádné události ze strany pracovníka nebo skupiny pracovníků, zejména tam, kde lze předpokládat mimořádné emocionální vypětí nebo kde byl ohrožen či poškozen život nebo zdraví, je vhodné, aby **služební funkcionář** zajistil všem **přímo i nepřímo zúčastněným pracovníkům možnost psychologické intervence**, a to okamžitou ze strany psychologa Vězeňské služby, a dále v případě potřeby též dlouhodobou.

Dle vhodnosti situace a po zvážení všech okolností může být nejlepší volbou oslovit psychologa věznice, v níž se mimořádná událost stala, nebo naopak psychologa z jiné organizační jednotky. V obou případech se ředitel věznice může kdykoliv obrátit s žádostí o spolupráci na **Psychologické pracoviště VS ČR – kontakty na přední vnitřní straně obálky**. Důležité je neponechat zasaženého pracovníka „napospas“ a předejít „chlapáckému“ popírání účinků prožité události.

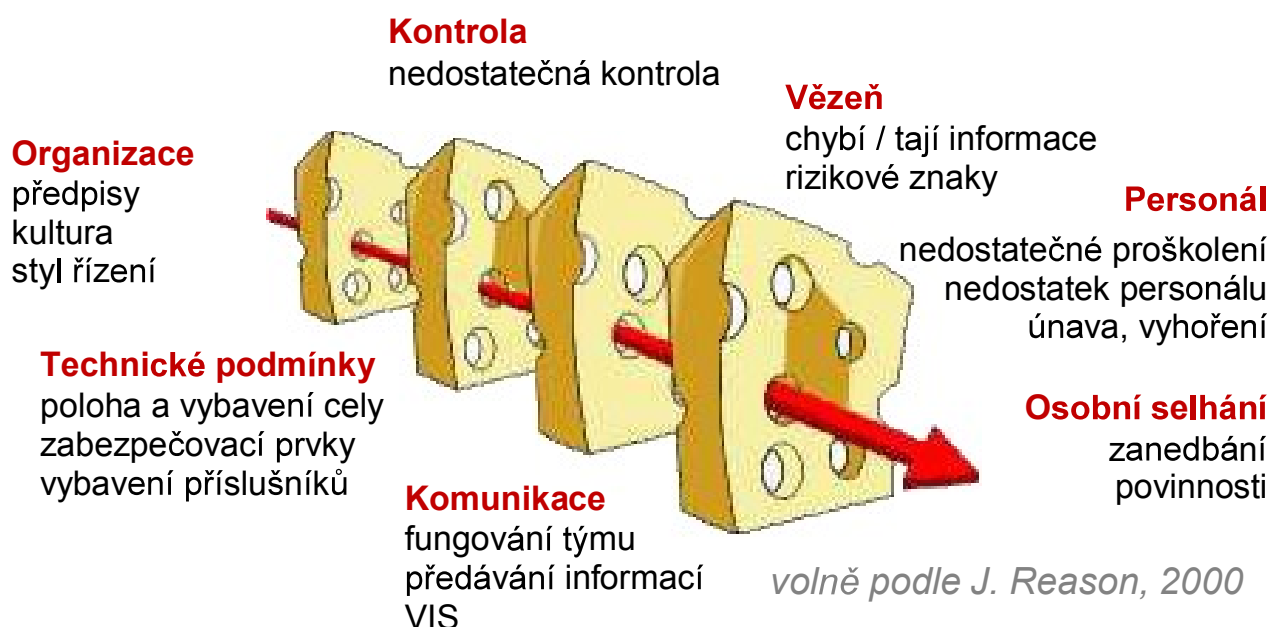
## **Anonymní linka pomoci v krizi**

Všichni zaměstnanci Vězeňské služby ČR mají možnost využívat bezplatně telefonní Anonymní linku pomoci v krizi. Linka je k dispozici nepřetržitě 24 hodin denně, 365 dní v roce. Na lince pracují **profesionálně vyškolení odborníci**, kteří v rámci krizové intervence mohou dále doporučit kontakt na odborné pracoviště a specialisty v rezortu i mimo něj.

Více informací na zadní obálce této brožury nebo na [www.vscr.cz](http://www.vscr.cz).

## Reasonův model švýcarského sýra

Vězeňská služba se při identifikaci rizik sebevražedného jednání tradičně zaměřuje na dvě oblasti – rizikové faktory na straně vězněné osoby a rizika (selhání) na straně konkrétních zaměstnanců. Na celou věc se však lze podívat i z komplexnějšího úhlu. Věznici lze popsat jako systém, v němž je třeba zajistit bezpečnost. Každý systém a každá organizace jsou vystaveny mnohočetným bezpečnostním rizikům. Dobře fungující a bezpečná organizace se snaží rizikům předcházet a v případě selhání hledat spíše **nápravu systému než stigmatizaci jednotlivce**. Obrannou strategii, resp. vyšetřování příčin selhání názorně vysvětluje tzv. Reasonův model švýcarského sýra.



Reasonův model popisuje organizaci jako soustavu obranných vrstev, které chrání systém před bezpečnostními riziky. Žádná z obranných vrstev ze své podstaty nemůže být zcela nepropustná - každá z nich má určitou vadu. Můžeme to přirovnat k díram v na sobě položených plátcích ementalu. Jednotlivé díry představují slabiny dané obranné vrstvy.

Čím více vrstev a čím menší „díry“ (tj. rizika) obranný systém obsahuje, tím menší je pravděpodobnost, že dojde k selhání. Model ukazuje, že klíčem k bezpečnosti je vždy **komplexní řešení** celého systému, **ne stigmatizace jednotlivce**.

## Zdroje, z nichž jsme čerpali

Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. Internal Universities Press, New York, 1976.

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF and Emery G. Cognitive therapy of depression. Guilford Press, New York, 1979.

Brown TM, Pullen IM, Scott AI. Emergentní psychiatrie. Nakladatelství Jiří Kocourek. Praha 1992; 160 s.

Council of Europe Annual Penal Statistics: SPACE II (2010)

Havránková O. Sebevražedná tematika. In: Vodáčková D (ed): Krizová intervence. Portál. Praha 2002; 482–499.

Holmes TH, Rahe RH (1967). The Social Readjustment Rating Scale. In J Psychosom Res 11 (2): 213–8.

Janosiková EH, Daviesová JL Psychiatrická ošetrovatel'ská

starostlivosť. Duševné zdravie a psychiatrické ošetrovatel'stvo. Osveta, Martin 1996; 551 s.

Johnson SL: Therapist's guide to clinical intervention. Academic Press, London 2004; 562 s.

Koutek, J., Kocourková, J.: Sebevražedné chování. Praha, Portál 2003

Novalis PN, Rojcewicz SJ, Peele R. Klinická príručka podpornej psychoterapie. Vydavateľstvo F, Trenčín 1999; 422 s.

Praško, J. Péče o suicidálního pacienta. In *Psychiatrie pro praxi*. 2006; 4: 191 - 195

Reason, J. Managing the risks of organizational accidents. Aldershot: Ashgate 1997.

Vymětal J. Lékařská psychologie Portál. Praha 2003.

Poznámky:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Škála náročných životních událostí (podle Holmes & Rahe)

Situace	body	Situace	body
1. Smrt manžela / manželky	100	23. Syn / dcera opouští domov	29
2. Rozvod	73	24. Neshody s tchýní / tchánem	29
3. Rozchod s partnerem	65	25. Mimořádný osobní úspěch	28
4. <b>Pobyt ve vězení</b>	63	26. Manželka vstoupila do	26
5. Úmrtí v nejbližší rodině	63	27. Zahájení / ukončení školy	26
6. Vlastní úraz / nemoc	53	28. Změna životních podmínek	25
7. Vlastní svatba	50	29. Změna osobních zvyklostí	24
8. Ztráta v zaměstnání	47	30. Spory s nadřízeným	23
9. Usmíření s partnerem	45	31. Změna pracovních podmínek /	20
10. Odchod do důchodu	45	32. Změna bydliště	20
11. Nemoc rodinného	44	33. Změna školy	20
12. Těhotenství	40	34. Změna trávení volného času	19
13. Sexuální potíže	39	35. Změna činností v církevní oblasti	19
14. Příchod nového člena rodiny	39	36. Změna ve společenské činnosti	18
15. Změna postavení	39	37. Půjčka méně než 50 tis. Kč	17
16. Změna ve vlastní finanční situaci	38	38. Změna návyků ve spánku	16
17. Smrt blízkého přítele	37	39. Změna četnosti rodinných setkání	15
18. Změna zaměstnání	36	40. Změna návyků v jídle	15
19. Přibývání partnerských	35	41. Dovolená	13
20. Půjčka větší než 50 tis. Kč	31	42. Vánoce	12
21. Větší dluhy	30	43. Nepatrné přestupky zákona	11
22. Změna odpovědnosti v zaměstnání	29		

### Celková hodnota skóre

150 – 199

200 – 299

300 a více

### Pravděpodobnost onemocnění

Nízká 9 – 33 %

Průměrná 0 – 52 %

Vysoká 50 – 86 %

### Síla odolnosti proti stresu

Vysoká odolnost

Hraniční odolnost

Nízká odolnost

• Linka je k dispozici nepřetržitě 24 hodin denně, 365 dní v roce.

• Na linku je možné zavolat v kteroukoli denní i noční hodinu, z běžného civilního čísla na telefon 974 834 688 a hovor je účtován z celého území ČR jako místní tarif.

• Pracoviště linky je v Praze, jeho přesná adresa se však nezveřejňuje.

• Na lince pracují vyškolení odborníci, kteří prošli akreditovaným výcvikem v telefonické krizové intervenci.

• Nespornou výhodou je znalost prostředí a služebních záležitostí.

• Pracovník linky je volajícímu oporou, pomáhá mu orientovat se, vyznat se v emočním zmatku, hledá s ním možnosti a způsoby řešení, plánovat možné budoucí kroky.

• Pracovník linky zjišťuje informace či zprostředkovává kontakty na odborná pracoviště a specialisty v rezortu i mimo něj.

*Důležitým aspektem Anonymní linky pomoci v krizi je povinnost pracovníka linky zachovávat naprostou mlčenlivost a respektovat anonymitu klienta. Po klientovi se nevyžaduje jméno, pokud ho i přesto sdělí, nikde se nezaznamenává. Hovory na linku nejsou nahrávány ani nijak monitorovány, telefonní aparát nezobrazuje číslo volajícího.*

# NONSTOP



Psychologické pracoviště VS  
ve spolupráci s PČR  
pro Vás zajistilo

## NONSTOP

**OTEVŘENÁ  
ANONYMNÍ LINKA  
POMOCI V KRIZI:**

- POLICISTŮM
- VOJÁKŮM
- HASIČŮM
- PŘÍSLUŠNÍKŮM VS
- ZAMĚSTNANCŮM RESORTU  
MV A MS

telefon  
**974 834 688**



**974 834 688**

**ZAVOLAT JE PRVNÍ KROK, VŽDY EXISTUJE ŘEŠENÍ**