

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI ve ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

Suicidiální klient
v kontaktu s pomáhající profesemi

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce

PhDr. Geraldina Palovčíková, CSc.

Vypracovala

Dagmar Koutná

Brno 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Suicidiální klient v kontaktu s pomáhajícími profesemi“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze diplomové bakalářské práce jsou totožné.

V Brně dne 15. 4.2010

.....

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Geraldině Palovčíkové, CSc. za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce a Mgr. Kateřině Dvořákové za jazykovou úpravu.

Obsah

ÚVOD	6
1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	7
1. 1 Suicidium	7
1. 2 Nejčastěji uvádění suicidiální klienti	8
1. 2. 1 Duševní nemoci spojené s vyšším počtem suicidia	8
1. 2. 2 Nejčastější příčiny suicidiálního chování	10
1. 3 Suicidní klient	11
1. 4 Profesionálové pracující se suicidiálními klienty	12
2 TYPOLOGIE INTERVENCE	15
2. 1 Psychiatrická pomoc	15
2. 1. 1 Psychofarmaka v rámci první pomoci	17
2. 1. 2 Systematická léčba suicidiálních pacientů	18
2. 2 Psychologická – psychoterapeutická pomoc	18
2. 2. 1 Individuální psychoterapie	19
2. 2. 2 Práce analytika se suicidiálním klientem	20
2. 3 Krizová intervence	21
2. 3. 1 Pojmenování suicidia	22
2. 3. 2 Kompetence klienta	23
2. 3. 3 Dohoda	24
2. 3. 4 Zásady komunikace v krizové intervenci se suicidiálním klientem	25
2. 4 Práce se suicidiálním klientem v přímém kontaktu	25
3 ZODPOVĚZENÍ OTÁZEK Z ODBORNÉ LITERATURY KLADENÝCH KOMUNIKAČNÍM PARTNERŮM	29
PRAKTICKÁ ČÁST	33
4 METODOLOGIE	33
4. 1 Vymezení cíle práce	33
4. 2 Průzkumná otázka	33
5 KONCEPTUALIZACE PRAKTICKÉ ČÁSTI	34
6 STANOVENÍ METODY PRŮZKUMU	35
6. 1 Techniky sběru dat	35
6. 2 Výběr komunikačních partnerů	36
6. 3 Časový a místní rámec průzkumu	36
6. 4 Etika průzkumu	37
6. 5 Validita a reliabilita, platnost a spolehlivost průzkumu	37
6. 6 Charakteristika komunikačních partnerů	38
7 VLASTNÍ PRŮZKUM	39
7. 1 Analýza a interpretace výsledků zkoumání	39
8 POROVNÁNÍ TEORIE s PRAXÍ	50
8. 1 Principy práce se suicidiálním klientem vycházející z konfrontace teorie s praxí	50
9 SHRNTÍ PRŮZKUMU	51
ZÁVĚR	53
Resumé	55
Anotace	55
Klíčová slova	55

Annotation.....	55
Keywords.....	56
Seznam použité literatury.....	57
Časopis.....	58
Internetové zdroje.....	58
SEZNAM PŘÍLOH.....	59
PI Tabulka terénních poznámek.....	60
PII Scénář rozhovoru.....	61
PIII Přepis rozhovoru.....	62

ÚVOD

Záměr vypracovat bakalářskou práci na téma: „Suicidiální klient v kontaktu s pomáhajícími profesemi“, jsem zvolila na základě toho, že jsem byla konfrontována s otázkou, jak vypadá a na jakých principech je založena intervence v kontaktu se suicidiálním klientem.

Jelikož odborná literatura pojednávající o problematice suicidia z větší části neuvádí konkrétní praktická doporučení pro intervenci, rozhodla jsem se o komparaci poskrovné teorie popisující praktické návody s praxí pomáhajících pracovníků. Podle mého názoru se obecně o problematice suicidia ve společnosti mnoho nemluví a toto téma zůstává tabu. Suicidia se ve společnosti objevují stále častěji, a proto je důležité na téma poukázat a hledat nejen příčiny suicidního jednání, ale také způsoby možných zásahů.

Práce si klade za cíl zjistit, jaký postup práce volí pracovníci pomáhajících profesí v individuálním kontaktu se suicidiálním klientem.

Tato práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Část teoretická obsahuje tři kapitoly. V první kapitole uvádím základní pojmy, zahrnující vymezení pojmu suicidium, nejčastěji uváděné suicidiální klienty a profesionály pracující s těmito klienty. Druhá kapitola obsahuje typologii intervence, kde uvádím psychiatrickou, psychologickou i krizovou intervenci. Samostatnou podkapitolu jsem věnovala práci se suicidiálním klientem v přímém kontaktu.

Praktická část je tvořena kvalitativním průzkumem. Jejím cílem je zjistit, které postupy práce se nejčastěji využívají v individuálním kontaktu se suicidiálním klientem a zda jsou v praxi naplněna teoretická východiska intervence.

Věřím, že touto bakalářskou prací mohu přispět ke zvýšení zájmu o práci se suicidiálními klienty a rozšířit tak obecné povědomí o tom, co tato forma pomoci obnáší. Mohla by být cenným zdrojem pro studenty nejen sociální pedagogiky, ale i ostatní pracovníky pomáhajících profesí, kteří chtějí získat přehled o možnostech práce se suicidiálním klientem v individuálním kontaktu.

1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

1. 1 Suicidium

Výklad pojmu suicidium může být chápán z mnoha hledisek: od pojetí teologického, které ji chápe jako hřích, přes pojetí medicínské, kde je definována jako porucha pudu sebezáchovy, až po sociologické či filozofické přístupy, které kladou důraz na význam vnějších příčin. T. G. Masaryk (1998) chápe suicidium v užším a širším slova smyslu. V tom širším jí rozumí přirozený způsob smrti, jenž byl přivozen neúmyslným vsahováním člověka v životní proces, ať kladným, činným vlastním jednáním, nebo záporným, trpným chováním k nebezpečím života. V tomto smyslu je např. sebevrahem ten, kdo pro nemravný nebo nemoudrý život nalezne předčasnou smrt, neboť normální by bylo, kdyby každý člověk dosáhl stařeckého věku a pak teprve opustil tento svět pro slabost stáří a života. V užším a vlastním smyslu je naproti tomu sebevrahem jenom ten, kdo učiní svému životu konec úmyslně a vědomě, kdo si smrti jako takové přeje a je si jist, že si svým jednáním nebo opomenutím smrt přivodí. Podle Brokešové (1999:9) „se jedná o způsob, který vyjadřuje úmysl jedince dobrovolně ukončit vlastní život a cílevědomou snahu zvolit k tomuto účelu prostředky, u nichž je možno předpokládat, že k zániku života povedou“. Jde o vědomé a záměrné ukončení vlastního života, kdy jedinec nezná východisko ze svých existenčních problémů a volí dobrovolnou smrt s využitím materiálních věcí ze svého okolí. Jedinec si vlastní smrt přeje a očekává ji, nemůže si však být jistý, že si ji skutečně svým činem způsobí, proto český psychiatr Jan Prokop (In Koutek, 2003:12) definoval suicidium jako „jednání člověka, který předpokládá, že si svým činem smrt přivodí“.

Suicidium jako celosvětový zdravotní problém sleduje i Světová zdravotnická organizace, která, přijala roku 1968 tuto definici: Suicidiální čin je útok proti vlastní osobě s různým stupněm úmyslu zemřít. Suicidium je sebezničující čin s fatálním výsledkem. (Monestier, 2003).

1. 2 Nejčastěji uvádění suicidiální klienti

1. 2. 1 Duševní nemoci spojené s vyšším počtem suicidia

Deprese

Toto onemocnění směřuje ze všech nejčastěji k suicidiu (riziko suicida se pohybuje mezi cca 10–15 %). Depresivního klienta můžeme charakterizovat jako člověka, jehož psychický stav vede například ke ztrátě chuti k jídlu, sklíčené náladě, úbytku váhy, zácpě, nespavosti, ztrátě zájmu o sexuální život, ztrátě zájmu o další podněty. Tento klient je často skleslý, plačtivý, udržuje menší oční kontakt, mluví potichu, pomalu, často na položenou otázku odpovídá slovem nevím, uvažuje o vlastní bezcennosti, je charakteristický svým pesimismem. Dle Cohena (2002) je jedním z možných rizikových faktorů pro neuzdravení se z depresivní epizody závislost na alkoholu. Podle něj znamená kombinace alkoholizmu s depresivní poruchou zvlášť vysoké riziko sebevražedných symptomů, nízkého sebehodnocení a dokonaného suicida.

Schizofrenie

Suicidium je hlavní příčinou předčasného úmrtí u lidí trpících schizofrenií (cca 10–13 % dokonaných sebevražd a 40% pokusů o sebevraždu). Dle WHO (2000) je riziko suicidia nejčastější v počátečním stádiu choroby, v případech zhoršení choroby a při brzkém uzdravení.

Bipolární poruchy (dřívější označení maniodepresivní psychóza)

Riziko suicidia je asi pětikrát větší než u zdravé populace, protože při této poruše dochází k velkým výkyvům nálady. Na rozdíl od normálních výkyvů nálady u zdravých lidí je její kolísání neobvykle těžké.

Zneužívání návykových látek

Užívání návykových látek, především alkoholu, se často klade do souvislosti se suicidiem (rizikový faktor i akcelerator suicidiálního jednání). Problém s alkoholem je přítomný u 25–50 % všech dokonaných sebevražd. Riziko suicidia zvyšuje užívání návykových látek a přítomnost duševní nemoci. Duševně nemocní, kteří mají současně problémy s drogami či

alkoholem, představují 40% z celkového počtu pokusů o suicidium. Grof (2004) uvádí, že alkoholismus a drogová závislost úzce souvisí s maniodepresivními poruchami a suicidiálními sklony. Dále uvádí, že lidé závislí na alkoholu a drogách prožívají intenzivní emoční bolest v podobě deprese (viz výše), celkového napětí, úzkosti, pocitů viny a nízkého sebevědomí, přičemž cítí silnou potřebu těmto neúnosným emocím uniknout. Proto tento typ klientů volí suicidium jako jediné možné východisko.

Neurotické poruchy

Přibližně 20% osob trpících nějakou formou neurotické poruchy se pokusí o suicidium. Jedná se o poruchy adaptace jednak vůči prostředí, jednak vůči sobě samému. Nedostatečná adaptace souvisí s výskytem opakovaných stresujících životních událostí. Při jejich překonávání se může objevit konflikt, který navozuje úzkost.

Poruchy osobnosti

Poruchy nejčastěji spojované se suicidiálním chováním jsou: hraniční a hysterické poruchy osobnosti, asociální poruchy a narcismus (WHO, 2000). U těchto poruch je riziko suicidia šestkrát vyšší než u zdravé populace.

Poruchy příjmu potravy

Mají ze všech duševních onemocnění na svědomí nejvyšší počet úmrtí (jak suicidia, tak úmrtí zapříčiněných komplikacemi přímo spojenými s touto poruchou). Prevalence pokusů o suicidium je u osob s mentální anorexií, které jsou léčeny ambulantně 16%, u osob trpících bulimií, léčených ambulantně 23% a při hospitalizaci 39%. U osob s bulimií spojenou s nadužíváním návykových látek je to 54%. „Poruchy příjmu potravy jsou charakteristické patologickou změnou postoje k vlastnímu tělu, neadekvátním hodnocením jeho proporcí a hmotnosti, a z toho vyplývajícím narušením vztahu k jídlu a alimentačního chování" (Vágnerová, 2008:463). Jedinci trpící poruchou příjmu potravy bývají nadměrně soustředění na jídlo (sbírají recepty, rádi vaří apod.), jejich projevy lze označit až jako obsedantně kompulzivní.

1. 2. 2 Nejčastější příčiny suicidiálního chování

Ztráta zaměstnání, resp. profesního a sociálního postavení

Dle Vágnerové (2008) ji lze interpretovat jako snížení pocitu vlastní hodnoty, trauma sebeúcty, vedoucí k poklesu sebehodnocení. Negativně může působit ztráta životní perspektivy, nedostatek optimizmu a víry v budoucnost, selhání celoživotních plánů a představ, dosavadního smyslu života. Za těchto okolností jde o komplexnější neuspokojení v oblasti potřeby jistoty a bezpečí. Sebevrah nevidí naději nebo je pro něj jen málo reálná, má pocit naprosté bezvýchodnosti.

Neuspokojivé nebo chybějící vztahy, osamělost, nedostatek osobní podpory

Ohrožení jsou lidé, kteří ztratili partnera (úmrtím, rozvodem nebo jiným způsobem), ale také lidé, jejichž rodinné vztahy jsou konfliktní a problematické (Vágnerová, 2008). Za další příčinu považujeme úmrtí blízké osoby, ať již se jedná o dítě sebevraha, partnera či rodiče.

Šikana

Jak uvádí Kolář (2001), v našich školách je šikanování často považováno za běžné dětské šarvátky a opomíjí se hluboký dopad šikany na psychiku oběti. Jako všechny nemoci má i šikanování několik různých forem. Asi tou nejvíce známou je použití fyzické agrese, případně použití zbraní. Právě tato forma je často posuzována pouze jako běžný projev agrese mezi dětmi. Zatímco ale při běžných dětských bitkách je alespoň rámcově zachována rovnováha sil, pro šikanu je naopak typická velká převaha agresora nad obětí a také nápadná brutalita a samoúčelnost agrese. Za běžné dětské rvačky nelze považovat situace, kdy je oběť (mimo jiné) mlácena kabelem či chycena za nohy, dokud nesplní pokyn, je na ni položena deska lavice, na kterou si stoupne co největší počet agresorů apod. Stejně bezmocní jako oběť bývají často rodiče a učitelé, kteří šikanu objeví. Kvůli neznalosti pak mnohé šikany zůstanou bez odezvy. a oběť, která tuto situaci nezvládá, už nenalézají jiné východisko než odejít z tohoto světa, protože mu nikdo neumí pomoci.

1. 3 Suicidní klient

Dle Haustzingera (2001) jsou indikátory akutního suicidia následující:

- Pacient se nedistancuje od suicidiálních myšlenek nebo suicidiálního pokusu ani po důkladném rozhovoru.
- Pacient prožívá naléhavé suicidiální myšlenky.
- Pacient má výrazné pocity beznaděje a nevidí žádnou perspektivu do budoucnosti.
- Pacient nevyřešil konflikt, který vedl k suicidiálním myšlenkám nebo suicidiálnímu pokusu.
- Pacient reaguje vysloveně podrážděně, agresivně nebo je agitovaný (neklidný, rozrušený), v rozhovoru nevzniká pevný kontakt a vztah.
- Pacient má těžkou depresivní náladu, případně s depresivními bludnými myšlenkami.
- Pacient je závislý (ať již na drogách, či alkoholu).
- Pacient je v akutní psychické epizodě.
- Pacient má v anamnéze jeden či více suicidiálních pokusů.
- Pacient má představu o způsobu vykonání suicidia, kterému se dá těžko zabránit.
- Pacient se pokusil o suicidium tvrdou metodou nebo má suicidiální myšlenky o tvrdé metodě¹.
- U pacienta jsou známky nedostatečné kontroly impulzů.

¹ Takzvané tvrdé metody vedou nejčastěji k okamžité nebo velmi rychlé smrti a možnost záchrany je velmi snížena, případně vyloučena. Mezi tyto metody patří například oběšení, použití střelné zbraně nebo skok z velké výšky. Tyto metody převažují u dokonaných sebevražd.

1. 4 Profesionálové pracující se suicidiálními klienty

Psychiatr

Jak píše Malá (2002), psychiatrie je jedním ze základních lékařských oborů. Psychiatr je tedy lékař, který se specializuje v psychiatrii a je ověřen v léčení duševních poruch. Všichni psychiatři jsou cvičeni v diagnostickém hodnocení a psychoterapii a jako jediní mohou předepisovat psychofarmaka. Zabývají se diagnostikováním, léčbou a prevencí duševních poruch. Duševní nemoci jsou častou příčinou invalidizace, některé z nich představují velké riziko suicidiálního jednání, a tím předčasného ukončení života. Cohen (2002) dodává, že psychiatrie je odvětví medicíny, proto postupy jsou v zásadě stejné jako v jiných medicínských oblastech. Psychiatři získávají informace od pacienta, činí svá vlastní pozorování, v míře, v jaké je to možné, ověřují své názory, aby je potvrdili či vyvrátili.

Pole psychiatrie může být rozděleno do různých oblastí:

- dítě a psychiatrie dospívajícího člověka;
- dospělá psychiatrie;
- postarší psychiatrie (geriatrická psychiatrie);
- porada-psychiatrie spojení;
- nouzová psychiatrie;
- psychiatrie zneužití drog;
- soudní psychiatrie.

Psycholog

Psycholog je absolvent filozofické fakulty či fakulty sociálních studií, oboru psychologie, který je kvalifikován v diagnostikování poruch lidské psychiky, přičemž svoji odbornost může rozšířit mj. i na oblast psychoterapie (Malá, 2002). Psycholog v odborném slova smyslu je člověk, který se věnuje psychologii, buď jako terapeut, či klinický psycholog.

Psycholog nepředepisuje psychofarmaka, ale pomáhá psychologickými prostředky. Pokud se po dokončení studia absolvent rozhodne pro některou ze zavedených oblastí (např. klinickou), čeká ho další postgraduální příprava a práce pod supervizí.

Psychoterapeut

Malá (2002:100) uvádí: „Psychoterapie je léčebná metoda, při které se snažíme psychologickými prostředky příznivě ovlivnit chorobný proces (jak psychického, tak somatického rázu).“ Psychoterapeut je psycholog, který rozumí duševním procesům, jež ovlivňují kognitivní schopnosti, emoční chování a chování ve vzájemných vztazích, a je schopen ovlivnit tyto procesy s pomocí vhodných terapií. Prací psychoterapeuta je studovat lidské chování, usnadnit správný vývoj osobnosti a zasáhnout v takových případech, kdy vznikla nerovnováha. Práce psychoterapeuta je, v závislosti na okolnostech, zaměřena na jednotlivce, skupiny či komunity a vyžaduje vysokoškolské vzdělání. Profesionální příprava psychoterapeutů je založena na různých psychologických principech. Velký důraz je kladen na znalost poradenských a dotazníkových technik, základem je také obecná i podrobnější znalost medicíny a neurologie.

Sociální pracovníci

Úkolem sociálního pracovníka je pomáhat lidem při řešení jejich tíživé sociální situace. Předpokladem pro úspěšný výkon povolání je absolvování studijního oboru střední odborné, vyšší odborné nebo vysoké školy se sociálním či sociálně právním zaměřením. Nejčastěji se se suicidiálním klientem setkávají sociální pracovníci krizových center, kde se poskytuje tzv. krizová intervence. Dále jsou to sociální pracovníci v dalších organizacích, kteří se mohou u svých klientů setkat se suicidiálními úvahami i pokusy v rámci sociální práce. Do náplně práce sociálního pracovníka v krizovém centru lze zahrnout zajišťování psycho-sociální terapie klientů, navrhování sociálně terapeutických postupů při práci s nimi, vedení spisové dokumentace, non stop linky důvěry, poskytování krizové intervence, internetová linka důvěry, poskytování chatového poradenství,

spolupráce s psychologem krizového centra (anamnéza, shromažďování podkladů pro zpracování diagnostických zpráv, sociální šetření).²

Prvotním úkolem sociálního pracovníka při práci s takovým klientem je určit, o jaký druh suicidality se v daném případě jedná. Klient může suicidiálně reagovat z důvodů bilančního přemýšlení o smrti, může to být reakce na náročnou životní situaci, signál „potřebuji pomoc“ a rovněž manifestace, jejíž cílem je upozornit na sebe, stát se centrem pozornosti. Po celou dobu kontaktu se suicidiálním jedincem musíme zůstat soustředěni na něho, zcela odložit své osobní i pracovní starosti a věnovat mu výlučnou pozornost (empatie), aby cítil, že jsme tu pro něj.

(http://209.85.129.132/search?q=cache:t2yLKmdYFKAJ:www.voss.wz.cz/abs_msp/agresivni.klient.doc+%22sebevra%C5%BEedn%C3%BD+klient%22&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz&lr=lang_cs, cit. 27. 3. 2010).

² Tyto informace jsem získala od sociální pracovnice brněnského krizového centra.

2 TYPOLOGIE INTERVENCE

V této kapitole uvádím typy pomoci, které se užívají při práci se suicidiálním klientem. Po prostudování dostupné literatury jsem zjistila, že přesné praktické návody, jak pracovat se suicidiálním klientem, odborná literatura neuvádí. Snažím se tedy přehledně popsat alespoň to, co je v literatuře uvedeno, aby si i čtenář mohl udělat představu, jak se s suicidiálními klienty může pracovat.

2. 1 Psychiatrická pomoc

„První pomoc při hrozícím nebo proběhlém suicidiálním jednání spočívá v odvrácení akutně hrozící smrti“ (Koutek, 2003:105). Koutek uvádí, že po každém suicidiálním pokusu zasahuje podle aktuální situace nejprve lékař, a teprve když pomine ohrožení života, bývá povolán psychiatr a psycholog. Samotné vyšetření se zabývá vážností úmyslu zemřít, přítomností psychiatrické poruchy, motivem suicidiálního pokusu, rizikem opakování suicidiálního pokusu a zvolením terapeutického postupu. Toto vyšetření bychom v žádném případě neměli provést bez objektivních údajů od rodiny, přátel, popř. známých. Bruchová (1997) doporučuje, že kontaktujeme-li někoho dalšího (např. z rodiny), měli bychom tuto skutečnost klientovi oznámit a požádat ho o souhlas. Podle Malé (2002) je základním nástrojem psychiatrického vyšetření klinický rozhovor, tedy řízený pohovor s klientem, během kterého lékař hodnotí jak jeho slovní projev, tak i vzhled, mimiku, náladu. Dále píše, že důležitou součástí řízeného pohovoru je získávání anamnestických údajů. V rodinné anamnéze se pátrá po psychiatrické zátěži, kterou se rozumí výskyt duševních poruch, návykových stavů a suicida v pokrevním příbuzenstvu. Do rodinné anamnézy zahrnujeme i informace o rodinné atmosféře, v níž klient vyrůstal. Podle Malé (2002) je důležité vypracovat osobní anamnézu, do které zahrnujeme údaje o porodu a prvním vývoji, o prodělaných nemocích, také informace o školním vzdělání, povolání, o partnerských vztazích, rodině, dětech. Patří sem i informace o sexuálním životě, těhotenství, menstruacích a u starších i o přechodu. Zjišťují se také sociální poměry, průběh předchozích zaměstnání a kvalita sociálních vztahů. Do této anamnézy patří též všechny léky, které klient užíval a nadále užívá (speciálně psychofarmaka), a reakce na ně.

Každý lékař, který vyšetřuje klienta se suicidiálními myšlenkami, si musí položit několik otázek (Koutka, 2003):

- Je úvaha o suicidě myšlena vážně?
- Jaký je motiv těchto myšlenek?
- Je přítomna psychiatrická porucha?
- Je možné zvládnout stav bez hospitalizace?

Pro odborné posouzení těchto otázek je zpravidla nutné právě psychiatrické vyšetření. Autor dále upozorňuje na to, že při poskytování první pomoci někomu, kdo má suicidiální myšlenky, musíme počítat s jeho neochotou spolupracovat. „První pomoc při suicidiálním jednání je povinen poskytnout každý člověk, který je tomuto jednání přítomen“ (Koutek, 2003:93).

Dle WHO (2000) není lehké klást klientovi otázky o jeho suicidiálních myšlenkách. Užitečné je dostat se k tomuto tématu postupně. Pořadí vhodných otázek je následovné:

- Cítíte se nešťastně a bezmocně?
- Pociťujete zoufalství?
- Cítíte se neschopný/á řešit každodenní problémy?
- Myslíte si, že je život břemenem?
- Máte pocit, že nemá cenu dále žít?
- Chtěli byste skoncovat se životem, spáchat suicidium?

Důležité je klást tyto otázky pouze v případě, kdy je již vytvořený vztah mezi klientem a lékařem, když se klient už necítí nepříjemně při vyjadřování svých pocitů a vyjadřuje negativní pocity. Proces nekončí pouze potvrzením přítomnosti suicidiálních myšlenek, ale

pokračuje kladením dalších otázek s cílem určit častost a vážnost této myšlenky a možnost spáchání suicidia.

Léčba po suicidiálním pokusu je závislá na odborném posouzení psychiatra. V úvahu přichází léčba ambulantní nebo lůžková, někdy však postačí pouze pobyt v krizovém centru (Koutek, 2003). Také po dokonaném suicidiu je nutný terapeutický zásah; tato léčba by měla směřovat na rodinu a pozůstalé, pro které suicidium jejich blízkého může představovat velkou zátěž. Léčba suicidiálního jednání musí být komplexní a může obsahovat přístupy psychoterapeutické, farmakoterapeutické i práci se sociálním prostředím klienta. Jak píše Pavlovský (2002), suicidiální pokus je poměrně častým důvodem psychiatrické hospitalizace. Snažíme se pochopit motiv pacientova jednání, dát mu najevo porozumění, neodsuzovat, nekritizovat, současně však suicidiální jednání neschvalovat. V prvním okamžiku je třeba zabránit pokračování v suicidiálním jednání i za cenu použití přiměřené síly, poskytnout umělé dýchání, zastavit krvácení (pokud krvácí), a pro pacientovo zklidnění můžeme užít i psychofarmaka. Pacienta je nutné po celou dobu intervence pečlivě sledovat.

2. 1. 1 Psychofarmaka v rámci první pomoci

Baštecká (2003) uvádí, že psychofarmakem rozumíme takovou látku, jejíž hlavním očekávaným účinkem je změna psychického stavu. „V rámci první pomoci se můžeme setkat s neklidem, úzkostí a výraznou tendencí k sebevražednému jednání“ (Koutek, 2003:100). Dále popisuje, že účelem medikace je v těchto případech zklidnění pacienta a nejčastěji jeho klidný transport do lůžkového zařízení. Bereme-li v úvahu pravděpodobnou nespolečnou spolupráci klienta a rychlost účinku, je nejvhodnější použít injekční aplikaci. V této indikaci lze použít zejména benzodiazepiny (Diazepam, Rivotril) nebo tlumivá neuroleptika (Tisercin, při výrazném neklidu Haloperidol). Někdy může být při těžkém neklidu užitečná kombinace s Prothazinem (Koutek, 2003). Kassin (2007) se zmiňuje o využití antidepresiv. Ty jsou indikovány při diagnóze depresivní poruchy, protože působí na zlepšení nálady (zmírňují depresi tím, že navozují zvýšení hladiny norepinefrinu, serotoninu nebo dopaminu). Mezi antidepresiva řadíme Melipramin a Prozac. Pokud však pacient spolupracuje alespoň do té míry, že je schopen spolknout léky, pak se používají moderní neuroleptika. Při chronické suicidě v důsledku

nevyváženého vývoje osobnosti se využívá např. Triaprid, Chlorprothixen, tlumivá antidepresiva. V některých případech je nutno přistoupit k medikaci Lithiem (zde je však nutná spolupráce pacienta), ale lékař musí pacienta upozornit na vysokou toxicitu tohoto preparátu (Koutek, 2003). Koutek zdůrazňuje, že farmakoterapie suicidiálního jednání je pouze jednou ze součástí komplexní léčby a nelze ji považovat za jedinou. Psychofarmakoterapii by měl řídit zkušený psychiatr, který zvolí vhodný preparát a léčbu kontroluje.

2. 1. 2 Systematická léčba suicidiálních pacientů

Koutek (2003) píše, že nejprve je nutné provést podrobné psychiatrické a psychologické vyšetření, které odhalí možnou psychiatrickou poruchu či problémy v osobnostním fungování. Dále uvádí, že i v této fázi léčby je důležité zvažovat, zda je vhodnější léčba ambulantní, nebo lůžková. Každý z těchto způsobů má své výhody i nevýhody. Ambulantní péče umožňuje zachovat kontakt s rodinou, pacient se může dále věnovat svým zájmům. Nevýhodou je malá kontrola pacienta a z toho vyplývající riziko opakování suicidiálního pokusu. Nevýhodou léčby na lůžku je odloučení od rodiny a prostředí, v němž pacient žije, výhodou je však možnost větší kontroly suicidiálního jednání a možnost intenzivnější terapie. Nezřídka je pro danou situaci odloučení od rodiny či přátel terapeuticky indikované, a to v případech konfliktů s rodinou či přáteli.

2. 2 Psychologická – psychoterapeutická pomoc

Dle Kratochvíla (In Baštecká, 2003) je psychoterapie interdisciplinární obor, který se zabývá léčením onemocnění a poruch psychologickými prostředky. Vidí psychoterapii jako léčebné působení na nemoc, poruchu či anomálii psychologickými prostředky; jeho součástí je i napomáhání harmonickému rozvoji osobnosti. Stejně jako ostatní formy terapie i způsob psychoterapie je závislý na psychiatrické diagnóze, se kterou je suicidní jednání spojeno. V rámci léčby se využívá individuální suportivní psychoterapie, psychodynamicky orientovaná, kognitivně behaviorální terapie a další směry. Často se využívá i skupinová psychoterapie a nezastupitelnou úlohu má rodinná terapie (Koutek, 2003). Bruchová (1997:12) popisuje: „Při prvním kontaktu klienta a terapeuta má velký vliv terapeutova otevřenost, jeho vědomí sebe sama a svých pocitů a reakcí, jeho důvěra v to, co dělá,

a citlivost pro pacientovu potřebu pomoci a pochopení.“ Dále uvádí, že mlčení, které se v terapii velmi často objevuje, může být sdílnější, protože mnohdy bývá prosbou o pochopení, stejně jako beznaděj a zoufalství, které terapii provází. Autorka upozorňuje na to, jak důležitá je při psychoterapii neverbální komunikace. Je důležité všimnout si gestikulace, přiškrceného hlasu, ruměnce či mírného strnutí, které mohou doprovázet vyřčená slova. Podle ní tato nepřímá sdělení mohou poskytovat důležité informace o tom, kam se zaměřit. Terapeutická komunikace je však obousměrný proces, proto i terapeut by měl vnímat svůj nonverbální projev.

Jak upozorňuje Bruchová (1997), začínající terapeuti se obvykle zdráhají pracovat se sny, protože by to mohlo vypadat, že dělají psychoanalýzu. Ale právě sny mohou být pro léčbu důležité jako prostředek, který nám usnadňuje pochopit, co pacienta tíží – zejména pokud odmítá spolupracovat či odhaluje své myšlenky neochotně.

2. 2. 1 Individuální psychoterapie

Do individuální psychoterapie řadíme suportivní, psychoanalyticky orientovanou psychoterapii, psychodynamickou psychoterapii a kognitivně behaviorální terapii. Jak uvádí Koutek (2003) u suportivní psychoterapie jde o podpůrnou léčebnou metodu, jejímž účelem je zvládnutí suicidální krize v rámci nějakého závažného psychiatrického onemocnění. Účelem této podpůrné psychoterapie je posílení „já“. Individuální psychoterapie bývá někdy označována za dyadickou, protože se jí účastní pouze terapeut a klient. Klient a terapeut se při individuální psychoterapii snaží vzájemně komunikační výměnou a ovlivňováním se dosáhnout společného cíle, jímž je účinná pomoc klientovi. V jejím rámci se pracuje se slovem, obrazem (založeno na imaginaci) či s akcí (provádění určitého nácviku). Klient a terapeut se společně setkávají na terapeutických sezeních v dohodnutém intervalu (měsíce či roky), kdy délka jednoho sezení je 50–60 minut. Individuální psychoterapie je v České republice hrazena pojišťovny (<http://www.anima-os.cz/?individual>, cit. 21. 3. 2010).

Koutek (2003) dále popisuje psychoanalyticky orientovanou psychoterapii, která je dle něj zaměřena na odkrývání a vyřešení psychických konfliktů. Tato psychoterapie vychází z předpokladu, že určité psychopatologické projevy pramení z vnitřních psychických

konfliktů a raných traumatických zážitků, které byly vytěsněny. V průběhu terapie je kladen důraz na terapeutický vztah a pracuje se s přenosem (kdy klient přenáší do vztahu s terapeutem minulé zážitky a díky tomu se může lépe vyrovnat s minulostí) a protipřenosem. Pavlovský (2002) doplňuje, že k psychoanalytické psychoterapii patří i využívání techniky volných asociací a vysvětlování snů. Podle něj je základním cílem dosažení pozitivních změn v pacientově osobnosti.

Koutek (2003) zmiňuje také kognitivně behaviorální terapii, která vychází z teorie, že poruchy chování jsou v podstatě naučenými reakcemi, které je možno odnaučit vhodnými terapeutickými technikami. Jde o terapeutický přístup, který se nezabývá historií problémů pacienta, ale s příznaky „tady a teď“ (často je tento typ terapie využíván u dětské suicidy, kdy se terapeut zaměřuje na pozorovatelné chování dítěte).

Popis dalších možných psychoterapeutických směrů a jejich přístupů je již mimo možnosti mé práce.

2. 2. 2 Práce analytika se suicidiálním klientem

Hillman (1997) uvádí, že prvořadým cílem analytika je zdraví duše, a proto se tato měřítka týkají psychického, a nikoliv fyzického života. Smrt pacienta je pro analytika vždy jeho vlastní smrtí, jeho vlastní suicidou, jeho vlastním nezdarem. Analytik, který se setkává se suicidiálními pacienty často, je nucen přemýšlet o své vlastní smrti a o svých vlastních nedostacích, protože lidé, kteří k němu přicházejí za účelem terapie, ho tím upozorňují na jeho vlastní problémy. Tento přístup se liší od přístupu lékaře, který neposuzuje nemoci a potíže, s nimiž k němu pacienti přicházejí, jako něco, co by se ho osobně týkalo.

S psychoanalýzou přišel jako první v roce 1890 Sigmund Freud pracující ve Vídni jako neurolog na základě efektivní léčby pacientů s neurotickými nebo hysterickými příznaky. V důsledku komunikace s těmito pacienty začal Freud věřit, že jejich problémy pocházejí z kulturně nepřijatelných, potlačovaných a nevědomých fantazií a tužeb vycházejících z přirozené sexuality. S postupem vývoje teorie Freud odkládal různé konstrukty a nahrazoval je takovými, s nimiž se setkával při léčbě svých pacientů (<http://psychoanalyza.navajo.cz/>, cit. 27. 3. 2010) Hillman se domnívá, že lidé považují za analytika všechny, kteří se zabývají psychoterapií, ale analytik musí být nejprve sám

analyzován dříve než začne analyzovat ostatní (a ne všichni psychoterapeuté byli analyzováni). Kassin uvádí, že 21. století klade a bude klást velké nároky na další rozvoj psychoterapie. Psychoanalytičtí terapeuti v současné době zastávají mnohem aktivnější roli než v minulosti, více dbají na rozvoj vztahu s klienty. Hillman (1997:114) píše: "...analýzu by bylo možné nejjednodušeji definovat jako studium vzájemně propojených nevědomých psychických událostí, jehož cílem je přivést je do vědomí." Tvrdí, že důvěra mezi analytikem a suicidiálním jedincem se vytváří na základě společně sdíleného tajemství, protože porušit toto tajemství znamená porušit slib či zmařit vyhlídky analýzy. „Bez tajného spojení se nedokážeme vypořádat s rizikem sebevraždy“ (Hillmana, 1997:118). Autor je také představitelem teze, že suicidiální úmysl je symptom nebo symbol, že je třeba reflektovat význam tohoto symptomu a zpracovat psychickou situaci klienta. V tomto případě se pátrá po impulzu k suicidiu. Kastová (2000) uvádí, že Hillman požaduje, aby byli klienti v jejich přání zemřít doprovázeni pracovníky.

2. 3 Krizová intervence

Krizová intervence nepředstavuje stav, ale dynamický proces interakce krizového klienta s klientem. Tento proces směřuje od navázání kontaktu přes ponoření se do problému, nalezení řešení, ukončení a zhodnocení zásahů (<http://www.cmhcd.cz/dokumenty/brozury/krizove-situace.pdf>, cit. 15. 2. 2010). Havránková (In Vodáčková, 2002) píše, že krizová intervence je často ztotožňována s odvrácením suicidia. Dále uvádí, že prvním úkolem pro pomáhajícího profesionála, nezbytným pro bezpečnou práci se suicidiálním klientem, je reflektovat své vlastní suicidiální tendence a ujasnit si svůj vnitřní obraz smrti. Podle ní má každý člověk v sobě suicidiální tematiku, kterou si více, či méně uvědomuje. Pokud všechno, co v nás samých souvisí se suicidiou, odmítáme, zaháníme a potlačujeme, pokud se snažíme vyhnout úzkosti a strachu sami v sobě, můžeme si být jisti, že nás strach a úzkost budou provázet. Kastová (2000) se domnívá, že kdo se hodlá zabývat suicidiálními klienty, musí nejen znát své vlastní suicidiální tendence a převzít za ně odpovědnost, ale také se vyrovnat s problémem smrti a možné ztráty smyslu života – a tím také s problémem selhání. Havránková (In Vodáčková, 2002) přirovnává dobrovolný odchod ze života ke dveřím, které většina lidí nikdy neotevře. Člověk doufá, že se k nim nebude muset nikdy přiblížit. Přesto je musíme

vnímat, abychom suicidiálnímu člověku pomohli. Kastová (2000) dodává, že v rámci krizové pomoci suicidiálnímu člověku je terapeut vnímán jako všemohoucí, jelikož rozhoduje o životě a smrti a nedovolí člověku zemřít. Na jedné straně vyzývají suicidiální jedinci právě jejich všemohoucnost, protože jde o jejich život, a obracejí se na ně se svými často velmi naléhavými prosbami o pomoc, na straně druhé, se tito klienti mohou pokusit terapeuty profesionálně znehodnotit, protože se například nechají slyšet, že právě terapeuti na jejich neštěstí vydělávají. Takoví jedinci provokují odmítnutí, kterého se obávají, a testují tak terapeuty. Své špatné zkušenosti s lidmi často přenášejí, a pokud terapeut nenávidí nevnímá přímo, pak ji většinou prožívá v protipřenosu. Terapeuti pak zažívají nenávid v rámci zrcadlení nenávidi sebevraha jako vlastní pocit – má mu pomoci, ale zároveň nemůže.

Kastová (2000) se s Havránkovou shodují, že terapeutovy postoje k suicidii ovlivní způsob, jak budou se suicidiálními klienty zacházet.

2. 3. 1 Pojmenování suicidia

Havránková (In Vodáčková, 2002) konstatuje, že pokud nás kontaktuje člověk, který třeba jen zlehka naznačuje, že s tím, co ho dosud trápilo, už není třeba dělat si starosti, že se uleví lidem kolem něho, pak si musíme uvědomit, že čeká na otázku. Zdvořilá ohleduplnost a společenský takt nejsou nejvhodnějšími nástroji krizové intervence. Je nutné přímo se klienta otázat, zda uvažuje o suicidii. Ptáme se tedy přímými otázkami: „Myslíte na suicidium?“/„Mluvíte o suicidii?“ Klient se zamyslí a většinou s očividnou úlevou potvrdí, že je to právě to, nač myslí. Pro klienta se může podstatně změnit situace; se svými úvahami o odchodu ze života byl možná dlouho sám, a nyní je tu někdo, kdo při vyslovení slova suicidium nepropadá panice. Často se od klientů dozvídáme, že pokoušel-li se navázat rozhovor o svých myšlenkách s někým blízkým, většinou se však setkal s bagatelizací typu že se z toho vyspí, že o nic nejde, že takové stavy má každý (možná se tak děje nikoliv z nezájmu blízkých, ale z jejich bezradnosti). Mnoho autorů věnujících se suicidiální tématice uvádí, že pro pomáhajícího pracovníka je důležité oprostít se od mýtů o suicidiálním jednání, neboť mnoho laiků je přesvědčeno, že člověk, který mluví o suicidii, to nemyslí vážně a že je možné jeho myšlenky na suicidium poodsunout nebo převést hovor jinam. Máme-li jasno, že o suicidium jde, měla by následovat otázka, zda má

dotyčný člověk nějaký suicidiální plán. Klient se může pohybovat v terénu úvah či může mít již jasně stanovený plán, jak chce suicidium provést.

Pro krizového intervenanta jde u klienta přicházejícího s tematikou smrti a umírání vždy o konfrontaci s masivním zdrojem úzkosti, strachu a bolesti, často i vlastním. Lidé se nejvíce bojí bolesti, přejí si hlavně netrpět, odmítají se setkat s vlastní bezmocí (<http://www.cmhcd.cz/dokumenty/brozury/krizove-situace.pdf>, cit.15 .2. 2010).

2. 3. 2 Kompetence klienta

Havránková (In Vodáčková, 2002) uvádí, že se v počátku rozhovoru často objevují klientovy pochybnosti a nejistoty, které promítá do nás. Opakovaně se setkáváme s otázkou typu: „Chcete mi snad říci, že na to nemám právo, že to nesmím udělat?“ To rozhodně říci nemůžeme. Každý zasahující pracovník by měl být na tuto otázku předem připravený, aby v intervenci nešel proti klientovi ani sám proti sobě. Krizový pracovník může klientovi např. říci: „Vy to samozřejmě můžete udělat, nikdo vám v tom nemůže zabránit.“ Nejedna osoba, která už měl k suicidiu nakročeno, zpětně zhodnotil toto potvrzení jako zásadní bod, v němž by moralizace a nátlak vedly k urychlení suicidiálního jednání. „To je ten bod, v němž jde o kompetenci člověka utvářet a rozvíjet svůj život, nebo také smrt“ (Havránková In Vodáčková, 2002:485). Autorka varuje, že do krizové intervence při suicidiální krizi rozhodně nepatří moralizace, hodnocení, apely na odpovědnost člověka vůči jeho blízkým, vůči dětem ani partnerovi, vůči rozdělané práci. Člověk přemýšlející o suicidiu je většinou neúnosně zatížený zoufalstvím, bolestí, pocitem vlastní bezcennosti, a pokud mu někdo sdělí, jak by mohl něco tak hrozného udělat svým dětem, milujícímu partnerovi či příbuzným, zátěž, která je pro něj již neúnosná, jej zavalí. Havránková dále dodává, že nikdo se nerozhodne ukončit svůj život bezdůvodně. Něco se děje, něco se stalo, něco není již k vydržení. Základním předpokladem úspěchu je ochota a schopnost zasahujícího pracovníka po celou dobu kontaktu se suicidiálním klientem skutečně udržet pozornost a soustředění pouze na jeho osobu, na jeho příběh a bedlivě naslouchat, aby nepropásl něco podstatného. Je důležité vnímat nejen informace, ale především emoce.

Další plynutí rozhovoru by však mělo přinést informace o konečnosti a definitivnosti tohoto řešení a o tom, že by stálo za to přemýšlet o nějaké jiné cestě, jak lze zmírnit bolest,

paniku, beznaděj, strach nebo jiné pocity a problémy klienta. Potom řekneme: „Skutečně to můžete udělat, tuto možnost teď znáte, ale suicidiální čin lze odložit, dát šanci tomu řešení, které v tuto chvíli nevidíte.“ (http://209.85.129.132/search?q=cache:_jP4am2bdEgJ:www.voss.wz.cz/spt/krizovaintervenceasocialniprocesesebevrazednymklientem.doc a <http://www.voss.wz.cz/spt/krizovaintervenceasocialniprocesesebevrazednymklientem.doc&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz>, cit. 23. 2. 2010).

Dobrá znalost právního rámce je v procesu krizové intervence potřebná, protože zvyšuje jistotu a odbornou kompetenci pracovníka. Pomáhá také řešit některá dilemata a je částečně nezbytná pro ochranu samotného krizového pracovníka. Mezi základní právní aspekty patří zejména mlčenlivost (§14 – povinnost zachovávat mlčenlivost zákona č. 582/1991 Sb. v platném znění o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ochrana osobních údajů (zákon č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů) a oznamovací povinnost. (<http://www.cmhcd.cz/dokumenty/brozury/krizove-situace.pdf>, cit. 15. 2. 2010).

2. 3. 3 Dohoda

Při suicidiální krizi je ještě důležitější než v jakékoliv jiné krizi, aby se pomáhající osoby jasně vymezily, aby mezi nimi a suicidiálním klientem došlo k jasným dohodám (Kastová, 2000). Závěrečnou fází krizové intervence se suicidním klientem je tedy dohoda, co konkrétně udělat. Někdy je nutné nabídnout lůžko v krizovém centru, jindy využíváme klientovu dřívější osvědčenou pomoc (při opakovaných suicidiálních pokusech). Někomu pomohla podpora příbuzných, jinému se ulevilo, když věděl, že si o svých problémech může s někým otevřeně promluvit a v případě potřeby kdykoliv zatelefonovat (Havránková In Vodáčková, 2002). Jak autorka dále uvádí, pro tuto chvíli mohou být suicidiální myšlenky zahnány, ale nikde není psáno, že se nemohou vynořit znovu. Proto je nutné pracovat i na preventivních krocích; na dohodě, co člověk udělá, když se opět ocitne ve stavu zoufalství a beznaděje, kdy se mohou suicidiální myšlenky opět vrátit. Je důležité klienta ujistit, že může kdykoliv znovu zatelefonovat, znovu přijít, někdy je důležité daného klienta motivovat, aby se napojil na adekvátní zdroj služeb, a aby měl možnost dle okolností přijmout službu poradenskou, navštěvovat psychoterapeutické pracoviště, psychiatra či somatického lékaře, nebo nějakou instituci poskytující sociální služby. Tyto kontakty mu krizový pracovník buď vyhledá, nebo sám zprostředkuje.

Havránková (In Vodáčková, 2002) uvádí, že pokud se člověk suicidiálních úvah nevzdává, děláme dohodu o odložení realizace suicidia a zároveň domlouváme, co zcela konkrétního udělat ve chvíli, kdy by suicidiální myšlenky byly opět naléhavé, jaké kroky podniknout, aby se opět v plné síle nerozvinuly.

Kastová (2000:50) shrnuje: „Obecně platí, že krizová intervence se u suicidiálního klienta provádí – pokud je to možné – před suicidiálním pokusem, popřípadě bezprostředně po sebevrahově procitnutí.“

2. 3. 4 Zásady komunikace v krizové intervenci se suicidiálním klientem

Havránková (In Vodáčková, 2002) popisuje, že člověk, který se rozhoduje pro smrt, většinou přemýšlí pomalu, vyjadřuje se pomalu, zpomalení je možno vidět i na jeho pohybech, můžeme zaznamenat i zpomalený dech. Krizový pracovník by v takových případech neměl dávat najevo netrpělivost, neměl by spěchat a nenabízet slova, která člověk v suicidiální krizi obtížně hledá. Také pomlky, které v rozhovoru nastanou, mohou mít velký význam. Je třeba, aby pracovník zůstal v klidu, když se tyto pomlky objeví, klient přemýšlí a hledá vhodná slova. Důležitá je také emoční angažovanost, protože lidé v krizi jsou velmi vnímaví a citliví na lidskou účast, ostatně to je právě to, co od pomáhajícího potřebují. Je nutné, aby pracovník mluvil pomalu, zřetelně, jednoduchým jazykem. Prostá sdělení je možno opakovat vícekrát. Zásadou je nepoužívat cizí slova ani terapeutické výrazy. Je důležité, aby pracovník vnímal svůj hlas stejně jako hlas klienta. Hlas pracovníka by měl zůstat v nižší tónině, aby nezvyšoval své ani klientovo rozčilení. Pracovník by se neměl uchylovat k frázím. Je nutné, aby zůstal sám sebou, a jak jsem již psala dříve, aby stál pevnýma nohama na zemi.

2. 4 Práce se suicidiálním klientem v přímém kontaktu

V této podkapitole bych chtěla vymezit hlavní praktické principy pro práci se suicidiálním klientem, jež jsem po nastudování literatury získala. Vybrala jsem to, co je pro mou práci a následný průzkum důležité. V této podkapitole popisují postupy, které se dle odborné literatury v praxi užívají. Na úvod bych uvedla desatero rysů, jež mají podle Shneidmana (In Baštecká, 2003) suicidia společné:

- Obvyklým účelem suicidia je nalézt řešení.
- Obvyklým cílem suicidia je zbavit se vědomí.
- Obvyklým podnětem k suicidiu je nesnesitelná psychická bolest.
- Obvyklým stresorem při suicidiu jsou zmařené psychologické potřeby.
- Obvyklými pocity při suicidiu jsou beznaděj – bezmocnost.
- Obvyklými myšlenkami při suicidiu je ambivalence.
- Obvyklé vnímání při suicidiu je zúžené.
- Obvyklým činem při suicidiu je únik.
- Obvyklým projevem ve vztazích je při suicidiu sdělování úmyslu.
- Obvykle se suicidium děje v souladu s celoživotním vzorcem zvládání zátěže.

Jak píše Havránková (In Vodáčková, 2002), v přímém kontaktu musí pomáhající ovládat nejen svůj hlas, ale i řeč těla. Nervózní pohyby rukou nebo křečovitá uzavřenost, zkřížení paží a nohou, úzkostně zaťaté pěsti, to všechno jsou signály, kterým každý člověk rozumí. Proto by pracovník měl mít klidné, uvolněné pohyby, otevřenou polohu, protože klienta uklidní a ten se reflexně přizpůsobí, také se uklidňuje a otevírá. Prostředí, kde rozhovor probíhá, by mělo být příjemné, klidné a hlavně nerušené. Klient by si měl sám vybrat, kde bude sedět, a sám by si měl dát židli do takové vzdálenosti od krizového pracovníka, jaká je pro něj bezpečná a žádoucí. Oční kontakt by měl být dostatečný, ale měl by být dán prostor i pro pohled jinam (není proto dobré, aby pracovník a klient seděli přímo čelem proti sobě). Naše nabídka pomoci a péče může být direktivní, klient v krizi oceňuje, když za něj rozhoduje někdo jiný, ale nikdy by to nemělo být bez jeho účasti. V krizové intervenci tváří v tvář má pracovník nejen větší podíl odpovědnosti za přicházejícího člověka, ale i více prostoru podporovat, chránit a přesvědčit jej (pro klienta je snazší v beznaději zavěsit telefon při krizové intervenci po telefonu, než se zvednout z křesla a odejít).

Jak uvádí Koutek (2003:96), „...úkolem krizové intervence je léčebný zásah orientovaný do budoucna“. S Havránkovou (2002) se shodují, že velmi důležité je při krizové práci se suicidiálním klientem projevit empatii (vcítit se do klienta, ale to neznamená s jeho jednáním souhlasit). Dle Kastové (2000) se v krizové intervenci často užívá imaginativní technika „cesta časem“. Podstatou techniky je, že vedeme člověka k tomu, aby si představil, co by mohlo nastat během půl roku či pěti let. Člověk se zaměří na budoucnost, o ní přestal přemýšlet, nebo v ní již přestal doufat.

Frankel (1998) doplňuje, že máme různé druhy pomoci, jako jsou rodinné terapie, skupinové terapie podpůrné skupiny, pomoc v poradnách pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, protialkoholní a protidrogové poradny a také psychoterapeutická centra a psychoterapeutická pracoviště.

Havránková (In Vodáčková, 2002) uvádí, že při prvním kontaktu se suicidiálním klientem je důležité suicidium pojmenovat. Zeptat se klienta přímo, zda uvažuje o suicidiu, jestli má v okolí někoho, s kým by si mohl o suicidiu pohovořit, jestli má možnost tyto myšlenky s někým sdílet. Pracovníci, kteří se věnují suicidiální problematice, ani lidé z okolí klienta by neměli problém bagatelizovat, věty typu „Z toho se vyspíš“ či „O nic nejde, takové představy má někdy každý“ klientovi mnoho nepomohou. V tomto se shoduje se Špatenkovou (2004), která uvádí, že je důležité, aby pracovníci brali vážně všechna oznámení o suicidiu.

Havránková dále upozorňuje, že pro pracovníky je důležité zjistit, zda má klient suicidiální plán. Někteří klienti mají již přesně vymyšleno, jak svoji smrt provedou, někteří jsou teprve ve fázi úvah. Důležité je také zeptat se klienta, co od smrti očekává, co si myslí, že jeho smrt přinese, kdo chce aby ho našel. Také by měl směřovat k tomu, aby klient svůj čin odložil. Nesmí však klientovi tento krok zakazovat či ho přemlouvat, aby to nedělal. Pracovník po celou dobu terapie klienta pouze doprovází. Baštecká (2003:350) označuje doprovázení jako „takový druh vztahu mezi pracovníkem a klientem, kdy pracovník na základě klientovy zakázky setrvává v situaci, která je obvykle dlouhodobě neřešitelná a jejíž vyústění může být neodklonitelně nepříznivé“.

Havránková (In Vodáčková, 2002) uvádí, že pracovník klienta nesmí hodnotit, moralizovat a ani nesmí apelovat na zodpovědnost vůči jeho blízkým („Máte 2 krásné děti, milujícího

manžela, to jim přeci nemůžete udělat“). Špatenková (2004) dodává, že pracovník by se měl vyvarovat nejen moralizování, ale také dalších forem neefektivního chování, jako je např. utěšování, poučování, přílišné analyzování, zbytečné vyptávání se i příliš časně přemlouvání k aktivitě a k pozitivním změnám v životě. Pracovník by měl povzbuzovat klientovy projevy emocí (výbuchy hněvu, smíchu či pláče) např. tím, že mu řekne: „tady se může plakat“ a také by měl poukazovat na klady života. Je důležité zeptat se klienta, zda již podobný stav zažil, zda v minulosti uvažoval o suicidiu, jestli se o něj pokusil. Jestliže je odpověď kladná, zeptat se, co mu pomohlo, jaké jsou minulé osvědčené zdroje - tímto klientovi připomene zdroje minulé pomoci a zdůrazníme, že i tato situace jednou pomine.

Havránková (In Vodáčková, 2002) i Špatenková (2004), ale také Kastová (2000) se shodují, že při práci s tímto typem klientů je dobré vytvořit i dohodu o odložení realizace suicidia. Tato dohoda je pouze ústní, ale pracovník se s klientem dohodnou, co konkrétně budou dělat. Pracovník by měl klientovi pomoci vytvořit tzv. bezpečný kruh tří lidí z jeho okolí, kterým může v případě nutnosti zavolat (někdy se však stane, že nejsou schopni je nalézt). Je nutné klientovi říci, co má dělat, když suicidiální myšlenky opět přijdou, že může kdykoliv přijít nebo zavolat, a také vymyslet plán, co v této situaci dělat, jak se zachovat. Kastová (2000) i Havránková (In Vodáčková, 2002) uvádí, že klienti jsou nejpřístupnější pomoci těsně před suicidiálním činem a těsně po něm. Baštecká (2003) dodává, že pracovníci si musí uvědomit, že někteří lidé po suicidiálním pokusu projeví vděčnost, že byli zachráněni a mohou dále žít, ale jiní zařídí další pokus tak, aby konečně vyšel.

Shneidman (In Baštecká, 2003) zdůrazňuje, že téměř každé suicidium lze odvrátit. Vychází přitom z ambivalence sebevrahů a z toho, že svůj úmysl sdělují (slovně nebo chováním). Pracovník stojí na straně života a je otevřen rozhovoru o smrti, jelikož je schopen odstupu. Je to sice klient, ale nejedná se o našeho blízkého, který se chce zabít, to by bylo mnohem obtížnější. Je důležité si uvědomit, že každá situace má řešení, byť by nebylo ideální.

Havránková (In Vodáčková, 2002) popisuje, pracovník by měl znát dovednosti aktivního naslouchání a jeho techniky: rezonance (ozvěna, kdy klientovi dáváme najevo, že jsme tam, že ho vnímáme), reflexe čili parafráze (vlastními slovy říct to, co klient vypráví; zpětná vazba jak, rozumíme jeho povídání) a sumarizace (shrnutí na konci hovoru, vyjasnit si, zda tomu oba porozuměli). Velmi důležité je, aby pracovník uměl ovládnout svůj hlas.

3 ZODPOVĚZENÍ OTÁZEK Z ODBORNÉ LITERATURY KLADENÝCH KOMUNIKAČNÍM PARTNERŮM

Z uvedené teorie lze vyvodit, že práce se suicidiálním klientem není jednoduchá, ale mnoho pracovníků z různých oborů se s těmito klienty alespoň jednou za období své praxe setkalo, proto není zbytečné se touto problematikou hlouběji zabývat. V této kapitole bych chtěla uvést i otázky, na které se budu ptát komunikačních partnerů³ v praktické části, a zodpovědět je na základě nastudované odborné literatury, jelikož mým cílem je nejen proniknout do způsobů práce se suicidiálními klienty, ale také zjistit, zda jsou v praxi naplněna teoretická východiska intervence. Pro rozhovor jsem zvolila výrazy sebevražda, sebevražedné jednání, nikoliv latinský termín suicidium, který užívám v teoretické části.

Otázka č. 1: Jak často se pracovníci setkávají se sebevražedným klientem?

Viewegh (In Vodáčková, 2002:490): „Zdá se, že počet sebevražd s rozvojem civilizace roste. Podle nedávných statistik na světě zemře sebevraždou denně asi tisíc lidí, další dva tisíce denně se o sebevraždu pokusí.“ Z tohoto vyplývá, že to není nijak hrozivý počet, vzhledem k počtu obyvatel planety, je však zřejmé, že tito lidé se objevují a pracovníci pomáhajících profesí s nimi často přichází do kontaktu. Špatenková (2004: 178) dodává: „...v České republice bývá sebevražda u mladistvých uváděna jako druhá příčina smrti.“ Havránková (In Vodáčková, 2002: 492) uvádí: „Česká republika se řadí mezi země s nejvyšším počtem sebevražd v Evropě.“

Otázka č. 2: Jaké jsou hlavní signály, že se jedná o sebevražedného klienta?

Havránková (In Vodáčková, 2002:484): „...třeba jen zlehka naznačuje, že jeho život nemá smysl, že s tím, co ho dosud trápilo, už není třeba si dělat starosti, že se uleví lidem kolem něho...“ a dále uvádí: „Člověk, který se rozhoduje pro smrt, přemýšlí pomalu, vyjadřuje se pomalu, zpomalení je možno vidět i v pohybech, můžeme zaznamenat i zpomalený dech.“

³ Komunikačními partnery jsou pracovníci pomáhajících profesí, které jsem zvolila jako výzkumný vzorek pro svou práci a se kterými jsem prováděla rozhovory na základě předem stanovených otázek.

Schmidbauer (2000) uvádí, že podstatným rysem osobnosti ohrožené suicidiem je sklon nesměrovat agrese v přiměřené formě navenek, ale obracet je proti vlastní osobě. Havránková (In Vodáčková, 2002) jmenuje Ringelův presuicidiální syndrom, je definován třemi znaky, a jejichž posouzením získá pracovník možnost diagnosticky i prognosticky rozpoznat míru ohrožení daného jedince:

- zúžení subjektivního prostoru;
- zablokování nebo proti sobě zaměřená agresivita;
- naléhavé sebevražedné fantazie.

Otázka č. 3: Podle čeho posuzují závažnost situace?

Špatenková (2004:178) uvádí: „Sebevraždu nejlépe předpoví předchozí sebevražedný pokus.“ Za další prediktory, které se sčítají, považuje poruchu osobnosti, předchozí psychiatrické vyšetření, nezaměstnanost, nízkou sociální vrstvu, škodlivé užívání drog, záznam v trestním rejstříku a také věk mezi 25–54 lety, klienty bez partnerských vztahů. **Havránková** (In Vodáčková, 2002:492) dodává: „...rizikovým faktorem je, když někdo blízký zemře sebevraždou.“

Otázka č. 4: Jaké jsou hlavní zásady, kterých se drží při práci se sebevražedným klientem?

Havránková (In Vodáčková, 2002:483) doporučuje: „Zcela nezbytné pro práci s člověkem v suicidiální situaci je zbavit se předsudků a mýtů o sebevraždách.“ Dále uvádí, že téma sebevraždy je nutné odtabuizovat a že pracovníci by měli mít na paměti, že suicidium je projevem krize a může se přihodit kterémukoliv normálnímu jedinci v nenormální situaci. Autorka radí položit otázku, zda klient myslí na to, že by tu nejradši nebyl. Jestli odpoví ano, je nutné zeptat se přímo, zda pomýšlí na sebevraždu. Má-li pracovník jasno, že se jedná o sebevraždu, měla by následovat otázka, zda klient má nějaký sebevražedný plán.

Otázka č. 5: Jaké praktické kroky provádí v rámci krizové intervence?

Krizová intervence dle **Kastové** (2004):

- Navázání kontaktu s klientem.
- Zachovat klid (nepropadat panice, zděšení z toho, že se jedná o klienta ohroženého suicidiem).
- Krátké zhodnocení situace (pokud vše nasvědčuje sebevražedným úmyslům, nebát se otevřeně zeptat: „To zní jako byste uvažoval o sebevraždě. Je to pravda?“).
- Odpustit si hlubokou analýzu příčin (odpustit si otázku: „A proč vlastně...?“).
- Neobviňovat, neodsuzovat, nemoralizovat, nebagatelizovat, nehádat se s klientem.
- Vyjadřovat opravdový zájem a zaujetí.
- Identifikovat záchytný bod (zda je pro klienta ještě něco důležitého, na čem by se dalo stavět).
- Nabídnout jinou alternativu (otevřeně hovořit o tom, že suicidium je pouze jedna z mnoha alternativ, jak řešit jeho situaci).
- Nabídnout specifický plán (spolu s klientem vyhodnotit jiné možné řešení problému, než suicidiem).
- Nabídnout možnost pomoci (nabídnout kontakt na krizové centrum, linku důvěry, poradny psychologů či psychiatrů).
- Nepřemlouvat, aby suicidium nespáchal (dát klientovi najevo, že stojíme na straně života, ale nechat mu otevřenou možnost mezi dalším životem a smrtí. Kastová (2000) tvrdí, že v takovém případě volí klient spíše život).
- uzavřít kontrakt o nespáchání suicidia (uzavřít tzv. smlouvu o přežití, jejíž účelem je získání relativního prostoru a času, kdy je možné pro klienta zajistit jinou adekvátní formu pomoci př. psychoterapii).

Otázka č. 6: Co je při práci se sebevražedným klientem nejobtížnější a co naopak nejlépe zvládnutelné?

Frankel (In Špatenková, 2004:137) se domnívá, že na sebevraždě je pravděpodobně nejbolestivější „ta okolnost, že je velmi obtížné jejím důvodům porozumět. Zanechává za sebou spoustu otázek, ale žádné odpovědi. Odpověď může přijít jenom od toho, kdo zemřel a koho se tedy nelze zeptat.“ **Kastová** (2002) dodává, že mimořádně nesnadné ji připadá zvolit postoj, jaký zaujmout k sebevraždě (zda klienta před sebevraždou uchránit za každou cenu nebo jej v jeho rozhodnutí pouze doprovázet).

V odborné literatuře jsem nenašla uvedeno, co je pro pracovníky pomáhajících profesí nejlépe zvládnutelné při práci se sebevražedným klientem. Myslím si ale, že i tato doplňující otázka byla pro můj další rozbor důležitá a proto jsem ji do rozhovoru zařadila.

Otázka č. 7: Jaký vliv má na práci se sebevražedným klientem postoj k vlastní smrtelnosti intervenujícího pracovníka?

Kastová (2000:53) uvádí: „Způsob, jakým přistupujeme k suicidiálním jedincům, závisí především na našem vlastním postoji k sebevraždě. Nejprve bychom měli zvážit, poznat a akceptovat své vlastní sebevražedné sklony – svou vlastní suicidalitu.“ **Havránková** (In Vodáčková, 2002:482, 483) dodává: „Prvním úkolem pro pomáhajícího profesionála, nezbytným pro bezpečnou práci se sebevražedným člověkem, je reflektovat své vlastní sebevražedné tendence a ujasnit si svůj vnitřní obraz smrti. Přijmout smrt jako součást života a přijmout sebevraždu jako skutečnost, kterou ze života nevymýtíme, která může být pro někoho skutečným řešením a která je v rukou právě toho člověka, jenž prochází hlubokou krizí, je základním předpokladem pro práci se suicidiální tematikou.“ **Špatenková** (2004:139) v souladu s oběma uvedenými autorkami shrnuje: „Chceme-li pomoci lidem, kteří uvažují o sebevraždě, nebo tento pokus započali, musíme si především ujasnit svůj vlastní vztah k problematice sebevraždy a ke smrti a smrtelnosti vůbec.“

Tyto otázky s odpověďmi vyabstrahovanými z odborné literatury jsem zde uvedla záměrně, neboť právě je budu analyzovat v praktické části mé práce.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE

Obecným cílem mé práce je zabývat se způsoby, jimiž se pracuje se suicidiálním klientem v individuálním kontaktu. Mojí snahou je nahlédnout na problematiku práce s tímto typem klientů a na základě průzkumu zjistit, jak často se profesionálové s těmito klienty setkávají, jaké jsou hlavní signály, že se jedná o tento typ klientů, a jaké jsou praktické kroky, které při práci se suicidiálními klienty provádí.

4. 1 Vymezení cíle práce

Má bakalářská práce si klade za cíl zjistit, které postupy využívají pracovníci pomáhajících profesí při kontaktu se suicidiálním klientem a zda jsou v praxi naplněna teoretická východiska práce. Na základě takto zvoleného cíle byla stanovena průzkumná otázka.

4. 2 Průzkumná otázka

Průzkumná otázka, která mi umožní naplnit výše zvolený cíl práce, zní:

„Jsou teoretická východiska pro práci se suicidiálními klienty v souladu s praxí intervenujících pracovníků?“

5 KONCEPTUALIZACE PRAKTICKÉ ČÁSTI

V této kapitole se zamýšlím nad elementy, které jsou zásadní pro formulaci průzkumné otázky. V rámci konceptualizace je mou snahou zachytit do rozhovoru vše, co považuji za důležité.

- V první řadě jsem se zaměřila na dosažené vzdělání pracovníků, aby byla zřejmá jejich odbornost pro práci se suicidiálními klienty. Také jsem se ptala, jak často se se suicidiálními klientem setkávají, neboť pro můj průzkum bylo nutné, aby alespoň někdy byli v kontaktu.
- Dále jsem se zaměřila na praktické kroky, podle nichž pracují odborníci pomáhajících profesí se suicidiálními klientem. Ptala jsem se na zásady práce, kterých se pracovníci drží, a také na konkrétní praktické kroky, jež jsou nejčastěji využívány.
- Za podstatné považuji i názory pracovníků na problematiku suicidia, která je popsána v odborné literatuře. Na jejím základě jsem se pracovníků dotazovala, zda má vliv na komunikaci se suicidiálním klientem postoj k vlastní smrtelnosti, a jestli ano, tak jaký. Dále mě zajímal subjektivní názor každého z nich na to, co je pro ně při práci se suicidiálním klientem nejobtížnější a co naopak nejlépe zvládnutelné.

6 STANOVENÍ METODY PRŮZKUMU

Pro svou práci jsem si stanovila metodu kvalitativního průzkumu. Snahou průzkumníka je v tomto ohledu získání co nejvíce informací, nalezení struktury a pravidelnosti, které v nich existují. Na tomto základě jsou vytvořeny nové hypotézy. Posláním kvalitativního průzkumu je tedy porozumění lidem v různých sociálních situacích (Disman, 2002).

- Na základě výše uvedeného popisu kvalitativního průzkumu jsem jej upřednostnila před kvantitativní strategií zejména z těchto důvodů:
- Kvalitativní průzkum mi lépe umožní získání hlubšího popisu problematiky a analýzu situace právě prostřednictvím nestandardizovaného rozhovoru.
- Z hlediska citlivosti tématu považuji za vhodnější použití techniky rozhovoru spíše než využití dotazníku.
- Rozhovor poskytuje široký prostor pro vyjádření jak průzkumníka, tak komunikačních partnerů, a umožňuje jim tak neomezeně objasnit své postoje k jednotlivým otázkám.
- Další výhodou je možnost ověření, zda komunikační partner porozuměl mým otázkám.

6. 1 Techniky sběru dat

Disman (2002) uvádí za nejběžnější techniky kvalitativního průzkumu následující:

- analýza dokumentů;
- zúčastněné pozorování;
- dotazování.

Samotné dotazování obecně zahrnuje různé typy rozhovorů. V rámci mého průzkumu jsem tedy využila jako techniku sběru dat nestandardizovaného polostrukturovaného rozhovoru, podle Hendla (2008) jde o rozhovor pomocí návodu. Tento návod má zajistit, že

se skutečně dostane na všechna pro tazatele zajímavá témata. Je na tazateli, jakým způsobem a v jakém pořadí získá informace, které osvětlí daný problém. Hendl uvádí, že tento typ rozhovoru umožňuje provést rozhovory s více lidmi strukturovaněji a ulehčuje jejich srovnání.

Stanovila jsem si několik průzkumných otázek týkajících se daného tématu a mojí snahou bylo dodržet jejich sled. Konečné uspořádání bylo však během rozhovoru upraveno podle potřeby samotných komunikačních partnerů.

6. 2 Výběr komunikačních partnerů

Protože se v mé práci zaměřuji na práci se suicidiálním klientem, kdy s těmito klienty přichází do kontaktu odborníci z různých oborů, komunikačními partnery pro tuto práci stali odborníci z řad psychiatrů, psychologů a sociálních pracovníků. Při výběru těchto komunikačních partnerů jsem postupovala následovně, část z nich byla vybrána na základě vlastního úsudku, tedy cíleně a účelově. Zbývající část komunikačních partnerů jsem volila na základě doporučení a kontaktů jednotlivých psychologů, psychiatrů a sociálních pracovníků, kteří mi zprostředkovali setkání se svými kolegy. V tomto případě tedy byla uplatněna tzv. technika sněhové koule, jež spočívá v tom, že existuje původní informátor či komunikační partner, který navede průzkumníka k dalším partnerům (Disman, 2002).

I přesto, že jsme se dříve neměli možnost setkat, domnívám se, že se mi i přes určitou citlivost tématu, podařilo rozhovory s nimi provést kvalitně. Do průzkumu jsem zahrнула jak pracovníky ze státní sféry, tak i ze soukromé praxe. Podíl komunikačních partnerů byl zastoupen v poměru pěti žen a čtyř mužů, kdy se jednalo o zkoumaný vzorek tří psychiatrů, tří psychologů a tří sociálních pracovníků. Všechny rozhovory byly nahrávány na diktafon a ve všech případech na pracovišti dotazovaných. Všichni komunikační partneři měli zkušenosti s prací se suicidiálními klienty.

6. 3 Časový a místní rámec průzkumu

Vlastní průzkum byl proveden v měsících říjnu a listopadu roku 2009. Rozhovory s komunikačními partnery byly provedeny na jejich pracovištích v Brně a blízkém okolí

6. 4 Etika průzkumu

Oslovené osoby s průzkumem souhlasily, zúčastnily se jej tedy dobrovolně. Rozhovory byly nahrávány na diktafon, s jehož použitím byli dotazovaní také srozuměni. Pouze jednomu komunikačnímu partnerovi bylo použití diktafonu nepříjemné, ale nakonec souhlasil.

Každý z komunikačních partnerů byl informován o účelu tohoto průzkumu a o jeho anonymitě, proto v této práci nebudu uvádět ani pracoviště, na kterých jsem rozhovory získala. Rovněž byla všem zúčastněným učiněna nabídka možnosti zhlédnutí výsledné bakalářské práce. Všichni byli ujištěni o tom, že veškeré poskytnuté informace o jejich identifikaci budou pozměněny tak, aby nebyla narušena jejich anonymita. Byli srozuměni také s tím, že pro charakteristiku komunikačních partnerů budu používat pouze jejich dosažené vzdělání a jejich pracovní pozice. Stejně tak byli ubezpečeni, že nahraný rozhovor bude použit výhradně pro potřeby mé bakalářské práce, po jejím zpracování bude nahrávka vymazána.

Taktéž byli dotazovaní před samotným rozhovorem ujištěni, že nemusí odpovídat na otázky, na něž sami nebudou chtít, a že jejich odpovědi nebudou mnou ani nikým jiným hodnoceny. Také jim bylo sděleno, že i odpověď slovem nevím je pro mě uspokojivá, protože je zřejmé, že v dané chvíli skutečně nemusí vědět více.

Při každém z rozhovorů jsem se snažila dbát všech etických zásad vedení rozhovoru tak, aby nebyla žádnému z komunikačních partnerů způsobena psychická či fyzická újma

6. 5 Validita a reliabilita, platnost a spolehlivost průzkumu

Platnost a spolehlivost průzkumu souvisí s rozdíly mezi kvalitativním a kvantitativním průzkumem. Jak uvádí Disman (2002), vyplývá v rozdílnosti v cílech a podmínkou testování hypotéz je získávání informací, které by byly reprezentativní pro celou cílovou populaci. Porozumění pak vyžaduje vzhled do co největšího množství dimenzí daného problému. Průzkumník vede respondenta k tomu, aby mu řekl co nejvíce, a doufá, že zkoumaná osoba vybere vše, co je pro ni relevantní na základě respondentových znalostí, postojů, zkušeností. Průzkumníkovou úlohou je pak nalézt významné struktury v množině

všech proměnných, které respondent považuje za relevantní (Disman, 2002). a právě v tom spatřuje Disman největší sílu kvalitativního průzkumu.

Standardizace v kvalitativním průzkumu je tedy slabá, a proto se vyznačuje poměrně nižší reliabilitou. Naopak tale slabá standardizace, volná forma otázek a odpovědí komunikačních partnerů nevynucuje taková omezení, jaká existují v kvantitativním průzkumu, proto může mít kvalitativní průzkum vyšší validitu.

6. 6 Charakteristika komunikačních partnerů

V této podkapitole se zaměřuji na charakteristiku komunikačních partnerů, s nimiž jsem vedla rozhovor. Jako průzkumný vzorek jsem si vybrala odborníky, kteří se suicidiálními klienty mohou přijít do kontaktu. Proto jsem zvolila 3 kategorie: odborníky z oblasti psychiatrie, psychologie a sociální práce, aby byl můj průzkum komplexnější. Údaje, které zde uvádím, jsem získala v úvodu každého rozhovoru od všech komunikačních partnerů. Každá jednotlivá charakteristika je tvořena jménem, věkem, dosaženým titulem a profesí kterou vykonává.

- *As. Dr. Pavel*, 35 let – psychiatr na lůžkovém oddělení pro muže s psychózou
- *MUDr. Karel*, 59 let – psychiatr v krizovém centru
- *MUDr. Marie*, 42 let – psychiatrička se soukromou praxí
- *PhDr. Jan*, 38 let – psycholog se soukromou praxí
- *Mgr. Pavlína*, 41 let – klinická psycholožka
- *PhDr. Jana, Ph.D.*, 46 let – psycholožka v poradně
- *David, DiS.*, 35 let – sociální pracovník na úřadu
- *Kateřina, DiS.*, 28 let – sociální pracovnice v krizovém centru
- *Bc. Lucie*, 47 let – sociální pracovnice v azylovém středisku

7 VLASTNÍ PRŮZKUM

7. 1 Analýza a interpretace výsledků zkoumání

V této kapitole se zabývám analýzou a následnou interpretací výsledků mého průzkumu. Tuto interpretaci provádím na základě zvolené metody kvalitativního průzkumu a s ní související techniky sběru dat, tedy na základě rozhovoru s jednotlivými komunikačními partnery. Interpretace jsou zde zařazeny položených otázek položených jednotlivým komunikačním partnerům. Při interpretaci výsledků budu postupovat dle odpovědí na tyto otázky a zároveň budu zkoumat, zda jsou odpovědi odborníků v souladu s teoretickými východisky.

Výpovědi týkající se četnosti setkávání odborníků se suicidními klienty

Všichni komunikační partneři se občas ve své praxi setkávají se suicidním klientem. Většinou záleželo na typu pracoviště, ale jak sami komunikační partneři uvádějí, tito klienti tu byli, jsou a budou. Nejčastěji se s těmito klienty setkávají psychiatři, kteří se s nimi setkávají i několikrát za týden:

Psychiatr Pavel: „...1x až 2x týdně...“

Psychiatr Karel: „...tak 3x týdně...“

Psychologové většinou zvažovali, jak vymezit typ suicidiálního klienta, a z jejich výpovědí nebyla jasná přesná četnost setkávání se s těmito klienty. Neuvedli tedy přesný počet setkávání za určité období:

Psycholožka Jana: „...otázkou je, kdo je sebevražedný klient, protože ne všichni klienti, co přijdou, ty svoje plány demonstrují nebo o nich otevřeně mluví...jinak jsem se setkávala docela často s klienty se sebevražednými myšlenkami...“

Psycholog Jan: „...se sebevražedným klientem, co je sebevražedný klient? Když někoho napadne myšlenka na sebevraždu, tak to pro mě ještě nemusí být sebevražedný klient, to napadá celkem dost lidí, ... u kterých je to vážný, nemívám tak často.“

Méně častý kontakt s těmito klienty měli sociální pracovníci:

SP Kateřina: „...tak 4x jsem se setkala se sebevražedným klientem.“

SP Lucie: „...tak 1x až 2x do roka...“

Celkově tedy lze shrnout, že všichni komunikační partneři se setkali se suicidiálním klientem, což bylo pro můj další průzkum podstatné. Z výpovědí vyplývá, že nejčastěji se s suicidiálními klienty v rámci své profese setkávají psychiatři jako odborníci z řad lékařů a nejméně naopak sociální pracovníci, kteří do kontaktu se suicidiálním klientem přichází pouze občas.

Podle výpovědí komunikačních partnerů a načtené literatury vyplývá, že těchto klientů se mezi lidmi objevuje mnoho, a jak jsem uvedla v teoretické části, Česká republika se řadí mezi země s nejvyšším počtem suicidů. Proto je nutné na dané téma poukázat a hledat nejen příčiny tohoto jednání, ale také způsoby, jak s nimi odborníci pracují.

Výpovědi týkající se signálů, podle kterých pracovníci mohou označit klienta za suicidiálního

Většina komunikačních partnerů se shodla, že je dobře rozpoznatelné, že se jedná o suicidiálního klienta. Pouze jeden sdělil, že *někdy je to velmi těžké rozpoznat*. Za hlavní signál považovala většina dotazovaných to, že klient o suicidii začne mluvit sám, má špatnou, negativistickou náladu, projevuje bezsmyslnost (*jsem nula, nic mě nebaví*), je přítomno nízké sebehodnocení člověka:

SP Kateřina: „...Takové to jeho neustálé omílání, že to nemá cenu, takový ten jeho nastavený negativismus, někdy ten klient přímo mluví o tom, že spáchá sebevraždu...“

Psycholog Jan: „...Někdy můžou mít nějak poškozený tělo, že to je vidět, a jinak to, že to na sebe řeknou...Jako vždy při formulaci nějaké zakázky to z něj vyblinkne, že má problémy, že uvažuje o sebevraždě, že o tom přemýšlí...“

Pouze dva odborníci z devíti dotazovaných hovořili o tom, že o tomto klientovi se může zmínit či jej přivést rodinný příslušník:

Psychiatr Pavel: „...bud' řekne, že má sebevražedné myšlenky, nebo ho přivede příbuzný, který řekne, že klient vyjadřoval nějaké myšlenky...“

SP Lucie: „...někdy ten klient sám řekne, že spáchá sebevraždu...častěji však, že rodinný příslušník nám sdělil, že se mu o tom klient zmiňoval...“

Z výpovědí bylo patrné, že pracovníci umí dobře rozpoznat, že se jedná o suicidiálního klienta. Jeden z dotazovaných, jednalo se o psychiatra, uvedl, že po suicidiálních klientech obecně pátrají u rizikových pacientů, jako jsou třeba pacienti se schizofrenií, depresí nebo pacienti s určitým typem závislosti na psychoaktivních látkách. Další psychiatr však vyvrátil depresi jako nejvýznamnější signál suicidiálního chování, protože na základě setkávání se suicidními klienty v zařízení, kde pracuje, *pouze mizivé procento trpělo depresí, většinou jsou to sebevraždy jako reaktivní záležitost*, tedy ty, které mají splnit nějaký účel.

Dle těchto výpovědí lze tedy konstatovat, že neexistuje jednotné kritérium, jak rozpoznat, že se jedná o suicidiálního klienta.

Na základě nastudované literatury vyplývá, že přesnou charakteristiku suicidiálního klienta není možné určit, ale znaky, kterými se vyznačuje, jsou v praxi obdobné. Základním rysem, kdy je klienta možné označit za suicidiálního, je, když z rozhovoru vyplyne, že jeho život nemá smysl. Tito klienti mnohdy neznají jiné východisko ze svých problémů, než svůj život ukončit. Suicidiální klient nesměruje agrese navenek, ale proti sobě.

Výpovědi týkající se zhodnocení závažnosti situace

V této části průzkumu jsem se tázala komunikačních partnerů, podle čeho posuzují, že je situace závažná. Jestliže se pracovník pomáhající profese dostane do kontaktu se suicidiálním klientem tak by měl, jak se shodli všichni dotazovaní, brát rozhodnutí klienta vždy vážně. Dva z devíti dotazovaných se ztotožnili, že závažnost posuzují dle individuálního vyhodnocení situace daného klienta. Podle nich záleží na situaci u něj v rodině, zaměstnání i na jeho sociálních kontaktech. Z jedné výpovědi také vyplynulo, že

pokud má suicidiální plán, je to vždy závažnější, než když se pohybuje pouze ve fázi úvah. Mezi další faktory, podle nichž je možno zhodnotit závažnost situace, odborníci zařazují velmi smutnou, depresivní náladu, začínající psychózu, schizofrenii, ale také drogy. Jasnou představu o vyhodnocení závažnosti suicidiálního chování klientů měli psychiatři. Podle nich zhodnocení situace závisí na tom, zda byl suicidiální pokus plánovaný nebo se jednalo o náhlý impuls:

Psychiatr Karel: „...neznám jiné kritérium než způsob toho sebevražedného pokusu, jakým způsobem tu sebevražednou aktivitu provedl...“

Psychiatr Pavel: „...jestli ten pokus byl naplánovaný nebo jestli to byl nějaký náhlý impuls. Jestli to bylo naplánovaný, tak to jsou většinou pokusy, které jsou vždycky vážné, pak taky záleží jakým způsobem byl provedený....další faktor je ten, když se zotaví z toho sebevražedného pokusu, když přížije, tak je to to, jak on to zpětně hodnotí...neúspěch to, že to vlastně přežil, tak to je zase rizikovější faktor než to, že říká, že je rád, že se z toho dostal...“

Z pohledu odborníků, když se jedná o klienta, který se již o suicidium pokusil, mělo by se rožnout jakési varovné světylko, ale závažné je to vždy, i když přijde klient poprvé, a žádný suicidiální pokus za sebou nemá. Pro zhodnocení závažnosti situace je nutné vnímat klienta a také posoudit, zda jsou to jen nějaké nápady, jestli tyto nápady ho vedly k nějakému jednání a jestli toto jednání uskutečnil.

Celkově lze tedy uvést, že suicidiální chování je vždy závažné a je nutné, aby jej pracovníci pomáhajících profesí nepodceňovali a klientovu situaci nezlehčovali.

Jak jsem uvedla v teoretické části, suicidium nejlépe předpoví předchozí suicidiální pokus, poruchy osobnosti, předchozí psychiatrické onemocnění a neuspokojivá sociální situace klienta. V tomto se tedy teorie shoduje s praxí. Na základě otázky položené mimo stanovený scénář mě zajímalo, zda se liší práce s klientem, který se o suicidium ještě nepokusil, a s klientem, jenž může mít za sebou již několik pokusů. Na základě výpovědí jsem zjistila, že princip léčby je stejný, ale u klientů, kteří mají v anamnéze uvedeno již několik suicidiálních pokusů, se klade větší důraz na prevenci, neboť existuje již vysoké

riziko, že se jejich pokus bude v budoucnu opakovat. Z výpovědí komunikačních partnerů také vyplynulo, že za závažný faktor považují u klientů i úmrtí někoho blízkého, jak ostatně uvádí i odborná literatura.

Výpovědi týkající se hlavních zásad práce se suicidiálním klientem

Práce s tímto typem klientů zahrnuje dodržování určitých zásad tak, aby tito nebyli poškozeni. Většina dotazovaných se ve výpovědích shodla a za hlavní zásadu práce se suicidiálním pacientem označila budování důvěryhodného vztahu, který by snesl každé téma. Bez vytvoření upřímného vztahu mezi pracovníkem a klientem není s nimi práce možná. Po získání důvěry klienta může pracovník zjistit, jaké jsou důvody jeho suicidiálních myšlenek. Dotazovaní ve svých výpovědích také uvedli, že je nutné toto téma otevřít, odtabuizovat ho, zeptat se na suicidiální myšlenky. Jeden pracovník také sdělil, že při práci s těmito klienty mění sezení a nesedí proti klientovi, ale přes stůl, jakoby vedle něj:

Psycholožka Jana: „...určitě to budování vztahu. Aby byl otevřený a snesl každé téma...když je ten vztah otevřený, tak to téma i otevírám, takže odtabuizovat to téma, otevřeně o něm hovořit, vybídnout toho člověka k těm konkrétním odpovědím na konkrétní otázky, to znamená, že se ptám: “Uvažoval/a jste někdy o tom?” „Uvažoval/a jste o realizaci, jak byste to chtěl/a udělat?“ Ti lidé jsou z toho zaskočení, protože v běžném životě tyto otázky nedostávají a najednou je to pro ně hrozný uvolnění...Takže otevřít to téma, odtabuizovat ho, mluvit o něm, dát mu ten prostor a také se mu snažím rozšířit tu sociální síť...“

Z celkových odpovědí jsem vyabstrahovala, že žádný odborník pracující se suicidiálními klienty nemá striktně daná pravidla, podle nichž by postupoval, ale každý je má stanovena sám za sebe. Pracovníci vedou rozhovor, kdy se *chytají toho, co klient řekne*, a na to pak navazuje další práce. Z výpovědí dotazovaných také vyplývá, že suicidiálnímu klientovi, který odborníka navštíví, někdy stačí pouze se vypovídat, protože v jeho okolí nemusí být nikdo, kdo by mu naslouchal. Proto je nutné dát mu prostor pro ventilaci jeho pocitů, a tyto pocity pojmenovávat. Jeden z dotazovaných také poukázal na to, že veškerá práce záleží na tom, zda klient o tu léčbu zájem má či nemá. Jestliže ano, pracuje se na principu vzájemné

komunikace, jestliže však nemá zájem, tak *tam nelze dělat nic proti jeho vůli tzn., že často probíhá v takové podpůrné psychoterapii bez nějakého dialogu.*

Praxe i odborná literatura se shodují v zásadě, že je nutné otevřít toto téma a odtabuizovat ho. Pracovníci považují suicidium za klientovo řešení bezvýchodné situace a jsou si vědomi, že suicidiální myšlenky se mohou objevit u každého v zátěžové situaci. Suicidium nepovažují za nenormální projev a na základě budování důvěryhodného vztahu se snaží s klientem jeho situaci rozebrat a nalézt jiné řešení.

Výpovědi týkající se praktických kroků, které využívají odborníci v rámci intervence

Většina pracovníků se shodla, že víceméně využívají základy krizové intervence. *Nejedou podle nějaké knížky, ale podle těchto kroků se řídí všichni, práce probíhá v intencích tohoto postupu. V rámci krizové intervence je nutné zabývat se aktuálními problémy, protože je časově omezená. Většina komunikačních partnerů se shodla, že využívají možnost uzavírání antisuicidiálního kontraktu mezi pracovníkem a klientem. Tento kontrakt se uzavírá většinou ústně nebo podáním ruky a dává klientovi do příštího setkání možnost promyslet si i jiné možnosti řešení své situace. Klient přichází za pracovníkem v krizi a požaduje okamžité vyřešení své situace. Tento kontrakt mu však může dát čas nalézt jiná řešení, která v situaci, v níž se nachází, nevidí:*

Psycholožka Pavlína: „...Určitě navázat ten kontakt, zjistit jako to vypadá v jeho sociálním okolí, jak se rodina k tomu staví, co by ho mohlo od toho úmyslu odvrátit, jaký důvod by mohl mít to neudělat, hledat ty pozitivní zdroje... no a pokud je ten klient ochoten přijít příště, tak se domluvit tak, že to do příště neudělá, udělat kontrakt...“

Psycholog Jan: „...Základem je udělání toho kontraktu, kdy se domluvíme na tom, že spolupracujeme na životě...že mám nějaký cíl, který společně najdeme, který bude cílem toho klienta, jak tu situaci zvládnout... když se však i přes všechno rozhodne zabít, řeknu mu, že tomu rozumím a že já mu v tom bránit nebudu...“

Pouze jeden dotazovaný o uzavírání dohody slyšel, ale tuto možnost ve vztahu s klientem nevyužívá:

Psycholožka Jana: „...klíčové body krizové intervence jako je budování vztahu, otevřenost, hovořit o tématu, častější kontakt tzn. rozšířit sociální síť...taky jsem se setkala s ustanovením dohody mezi pracovníkem a klientem, kdy klient do příště slíbil, že to neudělá, ale tohle pro mě není prioritní, protože já to vnímám tak, že ta odpovědnost je pořád na tom klientovi, jak se rozhodne....já mu spíš řeknu, co můžu já, že ho v jeho situaci můžu podpořit a co může udělat on...“

Jeden z psychiatrů také uvedl, že kromě aktivního způsobu léčby, kdy se s klienty uzavírá právě antisuicidiální kontrakt, využívají i pasivní způsob léčby, tj. *jestli ten člověk splňuje podmínky pro léčbu proti své vůli, tak je hospitalizován na psychiatrii*. Sociální pracovníci uvedli, že nabídnou klientovi při rozhovoru i něco k pití, aby se cítil dobře. Jedna sociální pracovnice vypověděla, že pracují v týmu, kdy jedna vede rozhovor s tímto klientem a druhá potom zjišťuje dostupnost krizového centra.

Celkově lze říci, že základy krizové intervence mají všichni odborníci pracující se suicidiálními klienty. Většinou všichni využívají uzavření antisuicidiální dohody mezi pracovníkem a klientem, kdy se domluví, že klient suicidiální pokus do příštího setkání neprovede. Je důležité, aby společně našli cíl, který bude cílem klienta a způsob, jak by mohl situaci zvládnout. Každý z oslovených komunikačních partnerů preferuje jiný způsob práce. Docházím tedy k závěru, že v rámci intervence je odborná literatura i praxe v souladu, neboť všichni pracovníci pomáhajících profesí využívají kroky krizové intervence. Pracovníci budují s klienty upřímný a důvěryhodný vztah, nebojí se klienta otázat, zda pomýšlí na suicidium, hledají v klientovi to zdravé, na čem by se mohlo dál stavět, nebagatelizují problém, nabízí jiné alternativy řešení, avšak suicidium mu nevymlouvají a také uzavírají kontrakty o nespáchání suicidia. V rámci práce se suicidními klienty je nutné, aby základy krizové intervence znali všichni pracovníci pomáhajících profesí.

Výpovědi týkající se názoru, co je při práci se suicidiálním klientem nejobtížnější a co nejlépe zvládnutelné

Většina dotazovaných se shodla, že nejtěžší je přijmout riziko, že se klient i přes veškerou intervenci může do příštího setkání zabít. Unést tuto skutečnost sám pro sebe a nebrat ji jako prohru. Pracovníci hovořili o problému doprovázení, kdy oni klientovi nemohou jeho úmysly zakázat ani vymlouvat, takže je pouze na něm, zda se zabije, či nikoliv. Jeden z komunikačních partnerů z řad psychiatrů uvedl, že pro něj je nejobtížnější klienta přesvědčit o smyslu života a zkusit mu otevřít náhled na něco jiného. Jediný z dotazovaných uvedl i fakt, že nejobtížnější je pro něj nejen to unést pro sebe, ale i tlak ze strany rodiny klienta:

Psychiatr Karel: „...Nejobtížnější je emočně zvládat tady ty situace, když si uvědomíte, co se v životě může vlastně stát...nejobtížnější je také zvládat nevěli toho klienta, tu nespolečenskou... a další věc tlak ze strany rodiny, která pochopitelně má strach o toho svého člena a chtějí záruku, že už se to nebude opakovat, ale taková žádná záruka není...“

Sociální pracovníci se shodli, že je velmi těžké, když je ten klient opravdu rozhodnutý, že to udělá, a oni *nemusí být ty osoby, které by ho tak dobře znaly, že by věděly na co můžou navázat*. Problém většina také viděla v tom, že je těžké nesnášet tíhu této intervence do osobního života. Naopak pro pracovníky není obtížná schopnost empatie, vcítění se do klienta a navázání kontaktu:

Psychiatrička Marie: „nejlépe zvládnutelné je pro mě sdílet s tím člověkem tu starost, empaticky se do něho vcítit a chápat ho...“

Psycholožka Pavlína: „nejlépe zvládnutelné si myslím nějaká ta schopnost empatie, ta schopnost toho člověka vzít bez nějakýho hodnocení, usuzování, takový to přijetí jeho úmyslu, že to tak může být, taková ta legitimizace tohoto jeho stavu...“

SP Kateřina: „...nejlépe zvládnutelné je navázat ten kontakt a asi pro mě není nijak moc těžký pojmenovat ty jeho pocity...“

Z celkových výpovědí vyplývá, že i když práce se suicidiálním klientem není jednoduchá a převažují spíše obtížné věci, pracovníci jsou schopni vybavit si i dobře zvládnutelné věci.

V těch nejlépe zvládnutelných se často shodovali, avšak obtížné je pro každého pracovníka něco jiného. Každý pracovník situaci klienta prožívá jinak, ale každý pracovník se pro klienta snaží dělat to nejlepší co umí. Schopnost empaticky se vcítit do klienta by měl mít každý profesionál, který pracuje se suicidiálními klienty, neboť to je základem pro navázání upřímného a otevřeného vztahu.

V odborné literatuře autoři uvádějí, že nejobtížnější je porozumět důvodům suicidia. ve výpovědích odborníků jsem se s tímto nesešla, protože nehledají důvody rozhodnutí pro suicidium, ale hledají to pozitivní, co v klientovi ještě zbylo a na co by se dalo navázat. V literatuře jsem nenalezla, co je pro pracovníky při práci se suicidiálními klienty nejlépe zvládnutelné, proto si myslím, že v tomto bodě nemohu zhodnotit, zda se teorie shoduje s praxí.

Výpovědi týkající se postoje k vlastní smrtelnosti při práci se suicidiálním klientem.

Ve výpovědích týkajících se vyřešení otázky vlastní smrtelnosti se všichni komunikační partneři shodli, že pro práci se suicidiálním klientem je velmi důležité, až nezbytné, aby měl pracovník vyřešenou otázku vlastní smrtelnosti. Všichni se shodli, že pracovník, který by neměl vyřešenou tuto otázku, by nemohl s těmito klienty pracovat. Člověk, který se smrti bojí a bojí se čelit tomuto tématu, není schopen pracovat se suicidiálními klienty. Pracovník, který toto téma neotvírá nebo se ho při otevření zalekne, klientovi cesty ještě víc zužuje. Jelikož se jedná o jedinou otázku, ve které se všichni dotazovaní, v rámci mého průzkumu, shodli, je dle mého uvážení důležité, abych zde jednotlivé výpovědi uvedla:

SP Kateřina: „...nemyslím si, že bych klientům vnucovala život a odsuzovala, když se rozhodnou pro smrt, ale snažím se namotivovat klienta tak, aby získal i jiné pohledy. V tomto případě stojím při životě a to do mé práce zasahuje dost zásadně...“

SP Lucie: „...když si člověk připustí tu svoji smrtelnost, tak ji připustí i té druhé straně a už se pak o tom můžeme otevřeně bavit. Když by se v rámci té krizové intervence od toho tématu ubíhalo, tak se mu ty cesty ještě více zužují. On vidí sebevraždu jako jedinou možnost. a já mu říkám, ano je to jedna z možností, ale existují i jiné možnosti a je na něm,

jestli je přijme nebo ne. a smrtelní jsme absolutně všichni a pak jenom najít v člověku to zdravý, tu jednu nitku o kterou se může opřít on sám...“

SP David: „...určitě to vliv má, myslím si, že když člověk není vyrovnaný s tou svou smrtelností, tak ani není schopen o tom mluvit, protože je to pro něj samotného ohrožující a nezvládl by ten kontakt. Myslím si, že ta naše odbornost spočívá v tom, že jsme schopni s těma klientama mluvit o tom, o čem třeba nemůžou mluvit se svým známým, že ta naše kompetence spočívá i v tom, že se toho nezalekneme a jsem schopni o tom mluvit...“

Psycholožka Jana: „...to si myslím je hodně důležitý, já mám pocit, že tohle byla pro mě i pomoc, když pro mě to téma najednou nebylo strašákem,...vycházím z humanistické psychologie, logoterapie a existenciální analýzy a tak si myslím, že v tomhle směru to mám sama pro sebe vyřešený a zároveň v mé životní filozofii je velký apel na život,...u těch sebevrahů to vnímám často, že oni si teda chtějí vzít život, ale nechťejí zemřít, oni chtějí skoncovat s tím dosavadním životem, s tím trápením,...když spolu mluvíme ve fantazii, tak jak by ten jeho život měl být, tak tam je touha žít ten život jinak...“

Psycholožka Pavlína: „...určitě je to dobrý, když to má člověk sám pro sebe vyjasněný...ten pracovník by si měl umět připustit, že ten život může skončit různým způsobem, že nemáme nad vším kontrolu a myslím si, že to ani není možný, aby lidé, kteří pracují v těchto profesích, to neměli pro sebe nějak srovnaný...“

Psycholog Jan: „...já si myslím, že velmi zásadní...pokud toho profesionála ta skutečnost, s kterou ten klient přichází, děsí, tak s ním víceméně nemůže pracovat...“

Psychiatr Pavel: „...myslím si, že určitě velký, lidé, kteří nemají vyřešenou tuto otázku sami pro sebe, nemohou s těmito klienty pracovat,...ten terapeut by měl respektovat rozhodnutí klienta a hlavně se tohoto tématu nezaleknout...“

Psychiatřička Marie: „...já o smrti vím, se smrtí pracuju a myslím si, že mám toto téma zpracovaný, nebojím se ho vůbec, otvírám ho i v situacích, kdy by ho někdo jiný neotvíral, jakože u malých dětí apod...“

Psychiatr Karel: „...já se často setkávám s pacienty, kteří umírají, proto si myslím, že je hodně důležitý si to v sobě urovnat. Kdybych si nepřipustil to, že ten klient může umřít, nemohl bych s nimi pracovat...“

Celkově lze shrnout, že pracovník, který se věnuje problematice suicidiálních klientů, musí mít vyřešenou otázku své vlastní smrtelnosti, jinak není schopen s těmito klienty kompetentní spolupráce.

Také v odborné literatuře se autoři shodují, že vyřešení vlastní smrtelnosti je pro profesionály nezbytné. Autoři odborných publikací se shodují, že vyřešení vlastní smrtelnosti, připuštění faktu, že suicidium tu je, my ji nevymýtíme a že to může být jediné řešení neúnosné situace, je základním předpokladem práce se suicidiálním klientem.

8 POROVNÁNÍ TEORIE s PRAXÍ

8. 1 Principy práce se suicidiálním klientem vycházející z konfrontace teorie s praxí

V této kapitole bych chtěla zodpovědět svoji průzkumnou otázku: „Jsou teoretická východiska pro práci se suicidiálními klienty v souladu s praxí intervenujících pracovníků?“

Na základě nastudované literatury a následně provedeného průzkumu zde uvedu principy práce se suicidiálním klientem, které se shodují v teorii i v praxi. Můj průzkumný vzorek byl dost široký a vybrala jsem si za komunikační partnery psychiatry, psychology a sociální pracovníky z různých pracovišť. Na základě průzkumu jsem zjistila, že praktické principy práce se suicidiálním klientem se shodují s odbornou literaturou a to v následujícím:

- Prvním předpokladem pro práci se suicidiálním klientem je připuštění si své vlastní smrtelnosti, což je základem pro nezaleknutí se suicidiálních myšlenek klienta.
- Navázat otevřený a upřímný vztah mezi pracovníkem a klientem.
- Otevřít toto téma, odtabuizovat ho, ptát se konkrétními otázkami, zda o suicidii přemýšlí.
- Najít společně cíl, pro který stojí klientovi za to žít, hledat to zdravé, co v něm ještě zůstalo.
- Nebagatelizovat jeho situaci, akceptovat klientovo rozhodnutí zemřít, nevymlouvat mu jeho rozhodnutí, brát klienta vážně, trpělivě přistupovat ke klientovi, netlačit na něj, poskytovat mu dostatečně srozumitelné informace.
- Uzavřít s klientem tzv. antisuicidiální kontrakt neboli dohodu o neprovedení suicidia do dalšího setkání.

Těchto šest principů jsem vyabstrahovala na základě nastudované odborné literatury věnující se suicidiální tématice a následně provedeného průzkumu. Lze tedy říci, že tyto uvedené principy, které jsou uvedeny v teorii se užívají i při intervenci odborníků.

9 SHRNUÍ PRUŽKUMU

Z předchozích interpretací výpovědí komunikačních partnerů vyplývají důležité skutečnosti pro práci suicidiálními klienty a na jejich základě formulují následující:

Všichni komunikační partneři přicházejí do kontaktu se suicidiálními klienty, někteří velmi často, jiní se setkávají s tímto typem klienta jen zřídka. Všichni komunikační partneři dokáží dobře rozpoznat hlavní signály, že se jedná o suicidiálního klienta. Podle výpovědí dotazovaných je suicidiální tematika citlivé a závažné téma, kdy je nutné brát klienta vážně a nevymlouvat mu jeho rozhodnutí. Pro práci se suicidiálním klientem je důležité znát a umět aplikovat základy krizové intervence, ačkoliv každý z dotazovaných preferuje sobě vlastní způsob práce. Intervence dotazovaných se také liší vlivem pracoviště na němž působí a specifické klientele. Odlišná je práce psychiatrů, kteří pracují na základě medicínského přístupu, využívající léčbu psychofarmaky, jiná psychologů, kteří se snaží proniknout do nitra klienta a porozumět klientově duši. Sociální pracovníci umožňují klientům otevřít toto téma, pohovoří o něm s klientem, ale často spolupracují právě s psychology a psychiatry, kam také klienta doporučí. Spolupráce všech tří profesí je v této oblasti velice důležitá.

Na základě průzkumu jsem zodpověděla průzkumnou otázku tak, že teoretická východiska jsou v souladu s praktickými principy, jež odborníci v rámci své praxe využívají. Práci se suicidiálním klientem považují všichni komunikační partneři za velmi obtížnou, ale nezbytnou. Většina z dotazovaných nemá možnost získat zpětnou vazbu, zda jejich intervence byla úspěšná či nikoliv, a toto může být dle mého názoru velmi demotivující.

Myslím si, že body shrnuté v kapitole 8 mohou být užitečným návodem pro zájemce o práci se suicidiálním klientem. Na tomto základě docházím k závěru, že moje práce naplnila vymezený cíl.

V profesích, uplatňujících povolání sociálního pedagoga, je silným nástrojem pracovníka jeho osobnost. Ne každý člověk může vykonávat tuto práci stejně jako ne každý může pracovat se suicidiálními klienty. Důležitou úlohu při práci sociálního pedagoga je empatie, stejně jako u práce s tímto typem klientů. I sociální pedagog musí umět správně komunikovat s lidmi a zvládat stresové situace, proto si myslím, že i tento musí znát

alespoň základy krizové intervence, protože i on se při své práci může kdykoliv setkat se suicidiálním člověkem a měl by znát způsoby jak mu pomoci. Sociální pedagogové nepracují pouze ve školách, jak se někteří lidé mylně domnívají, ale také v dětských domovech, výchovných ústavech, azylových domech či vězení, kde je právě problém suicida na místě.

ZÁVĚR

Ve své práci Suicidiální klient v kontaktu s pomáhajícími profesemi, jsem se zabývala obtížným, citlivým a na hraně života a smrti stojícím tématem efektivní pomoci suicidním klientům. Na základě této práce jsem chtěla utřídit poznatky, které jsem nastudovala v odborných publikacích a jež jsou prakticky použitelné v rámci intervence odborníků. Práci na téma jsem si vybrala záměrně, neboť z důvodu nedostatku odborných publikací, není možné hlouběji proniknout do této problematiky. Lidé ve společnosti se o tématu suicidia bojí hovořit a způsoby práce s těmito klienty znají pouze okrajově. Podle mého názoru, se každý může v životě setkat s člověkem, který bude mít suicidiální myšlenky či úmysly. Proto je důležité, aby základy intervence s tímto typem klientů znali všichni lidé. Lidé ve společnosti trpí mýty o suicidiálním jednání a často problém bagatelizují. Podle mého názoru právě kvůli tomu zůstává otazník nad každým suicidiem. Po každém suicidiu či jen suicidiálním pokusu, vyvstává otázka proč? Blízcí se ptají, jak jim to mohl udělat, co jej k tomu vedlo? Ale nesnažili se svému členovi, který byl v neúnosné situaci, pomoci, když ještě žil. Zde by měla vyvstat opět ona otázka Proč? Proč jeho problémy přehlíželi, jeho situaci zlehčovali, téma neotvírali? Napadá mě jediná odpověď. Tuto situaci neznali, nechtěli si ji připustit, a hlavně nevěděli jak postupovat. a právě z tohoto důvodu jsem si své téma zvolila, neboť ani já přesně nedokázala popsat, jak bych se při kontaktu se suicidiálním klientem zachovala. Je důležité si uvědomit, že ne všichni suicidiální klienti musí trpět depresí, jak si mnoho lidí myslí. Společnost i v 21. století označuje suicidium za něco nenormálního, nezdravého. V poslední době však vzrostl počet suicidií slavných osobností a proto se informovanost o této problematice zvýšila. Avšak i odborná literatura se věnuje spíše sledováním příčin suicidiálního jednání a nezabývá se tak do hloubky prací s těmito klienty.

Někdy se pracovníkům podaří klienta od suicidia odvrátit, ale není výjimkou, že klienti, kteří pracovníka navštíví, mluví s ním o svých problémech a je jim nabídnuta pomoc, suicidium i přesto spáchají. Proto není dle mého názoru zbytečné zabývat se jejich prací a i laiky seznámit s principy, na jejichž základě postupují při intervenci. Bude možná ještě dlouho trvat, než naše společnost přijme suicidium, jako něco normálního, jako jeden z možných způsobů odchodu z tohoto světa.

Jsem přesvědčena, že se mi podařilo zodpovědět mou stanovenou průzkumnou otázku, vymezenou na začátku praktické části a tak získat náhled na problematiku práce se suicidiálním klientem v individuálním kontaktu a jejími praktickými návody.

Resumé

V této práci jsem se zabývala prací se suicidiálními klienty, kteří přicházejí do kontaktu s pracovníky pomáhajících profesí. Práci jsem rozdělila do devíti kapitol, kdy teoretická část práce je rozdělena do tří a praktická do šesti kapitol. V první kapitole vymezuji základní pojmy, druhá se zaměřuje na typologii intervence při práci se suicidiálními klienty a poslední kapitolu teoretické části jsem věnovala zodpovězeným otázkám kladeným komunikačním partnerům z odborné literatury, které byly následně použity pro rozhovory v praktické části.

Praktická část je tvořena kapitolou čtyři, zabývající se metodologií průzkumu, v kapitole pět je nastíněna konceptualizace praktické části, v kapitole šest stanovuji metodu kvalitativního průzkumu. Kapitola sedmá je věnována vlastnímu průzkumu, kapitola osmá obsahuje porovnání teorie s praxí s interpretací výsledků průzkumu a v poslední kapitole jsem uvedla shrnutí průzkumu. Kvalitativní průzkum je tvořen polostrukturovaným nestandardizovaným rozhovorem, který jsem vedla s devíti komunikačními partnery z řad psychiatrů, psychologů a sociálních pracovníků.

Anotace

Dagmar Koutná, Název práce: Suicidiální klient v kontaktu s pomáhajícími profesemi (Bakalářská práce), Brno, 2010.

Bakalářská práce se zabývá problematikou suicidiálních klientů, kteří přicházejí do kontaktu s pracovníky pomáhajících profesí. Je věnována způsobům intervence a praktickými doporučeními, jak s těmito klienty pracovat.

Klíčová slova

Suicidiální klient, intervence, pomáhající profese, komunikační partner

Annotation

Dagmar Koutná, Topic: Suicidal client in contact with helping professions (Bachelor's Thesis), Brno, 2010.

This Bachelor's thesis deals with the problems of suicidal clients, who come in contact with workers in helping professions. The work describes the way of interventions and practical recommendations for working with these clients.

Keywords

Suicidal client, intervention, helping professions, communications partner

Seznam použité literatury

- BAŠTECKÁ, B. a kol.** Klinická psychologie v praxi. Praha: Portál, 2003, ISBN 80-7178-735-3.
- BRUCHOVÁ, H.** Základy psychoterapie, Praha: Triton, 1997, ISBN 80-85875-45-4.
- DISMAN, M.** Jak se vyrábí sociologická znalost. 3.vydání. Praha: Karolinum, 2002, ISBN: 978-80-246-0139-7.
- COHEN, M. R.** Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi. Praha: Portál, 2002, ISBN 80-7178-497-4.
- FRANKEL, B., KRANZOVÁ, R.** O sebevraždách. Praha: NLN, 1998, ISBN 80-7106-234-0.
- GROF, S.** Psychologie budoucnosti. Praha: Perla, 2004, ISBN 80-902156-6-1.
- HAUTZINGER, M.** Depresia, Trenčín: Vydavateľstvo F, 2001, ISBN 80-88952-05-0.
- HENDL, J.** Kvalitativní výzkum. 2.aktualizované vydání.Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-485-4.
- HILLMAN, J.** Duše a sebevražda. Praha: Sagittarius, 1997, ISBN 80-901898-4-9.
- KASSIN, S.** Psychologie. Brno: Computer Press, a.s., 2007, ISBN 978-80-251-1716-3.
- KASTOVÁ, V.** Krize a tvořivý přístup k ní. Praha: Portál, 2000. Kap. IV. Krizová intervence při sebevražedném ohrožení, s. 49–73, ISBN 80-7178-365-X.
- KOLÁŘ, M.** Bolest šikanování, Praha: Portál, 2001, ISBN 80-7178-513-X.
- KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J.** Sebevražedné chování. Praha: Portál, 2003, ISBN 80-7178-732-9.
- MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P.** Psychiatrie. Praha: Portál, 2002, ISBN 80-7178-700-0.

MASARYK, T. G. Sebevražda. 4. české vydání. Praha: Ústav T. G. Masaryka, 1998. Hlava I.: Určení pojmu, s. 16., ISBN 80-901971-4-0.

SCHMIDBAUER, W. Psychická úskalí pomáhajících profesí. Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-312-9.

ŠPATENKOVÁ, N. a kol. Krizová intervence pro praxi. Praha: Grada Publishing, 2004, ISBN 80-247-0586-9.

VODÁČKOVÁ, D. a kol. Krizová intervence. Praha: Portál, 2002. Kap. 30 Sebevražedná tematika, s. 482–498, ISBN 80-7178-696-9.

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 4.vydání. Praha: Portál, 2008, ISBN 978-80-7367-414-4.

Časopis

BROKEŠOVÁ, A., ANTONČÍKOVÁ, M. Co znamená suicidium. Psychologie dnes, 5, 1999, č. 3: s. 9, ISSN 1211 – 5886.

Internetové zdroje

Občanské druzení Anima. Individuální psychoterapie, [online]. Praha, 2006 [cit. 2010-03-21]. Dostupný z WWW: <http://www.anima-os.cz/?individual>

kolektiv lékařů. Péče o pacienty s těžkou psychickou poruchou v ordinaci praktického lékaře [online]. Praha, 2008 [cit. 2010-02-15]. Dostupný z WWW: <http://www.cmhcd.cz/dokumenty/brozury/krizove-situace.pdf>

Krizová intervence a sociální práce se sebevražedným klientem [online]. [cit. 2010-02-23]. Dostupný z WWW:

http://209.85.129.132/search?q=cache:_jP4am2bdEgJ:www.voss.wz.cz/spt/krizovaintervenceasocialnipracesesebevrazednymklientem.doc+http://www.voss.wz.cz/spt/krizovaintervenceasocialnipracesesebevrazednymklientem.doc&cd=1&hl=cs&ct=clnk&gl=cz;

Navajo. Psychoanalýza [online]. [cit. 2010-03-27]. Dostupný z WWW: <http://psychoanaliza.navajo.cz/>

SEZNAM PŘÍLOH

- P I Tabulka terénních poznámek**
- P II Scénář rozhovoru**
- P III Přepis rozhovoru**

PI Tabulka terénních poznámek

Přezdívka, věk, povolání	Místo rozhovoru	Datum	Délka (min)	Komentář
Pavel, 35 let psychiatr	pracoviště	13. 10 2009	17	Velmi ochotně mě přijal otevřený rozhovor, téma ho zaujalo.
Karel, 59 let psychiatr	pracoviště	22.10.2009	25	Zpočátku ne moc nadšený hovořil velmi odborně, aktivní odpovědi, pro mě však nepříjemný rozhovor.
Kateřina, 28 let sociální pracovnice	pracoviště	27.10.2009	18	Velmi milá a ochotná, vše mě přijala, zajímala se, proč jsem si vybrala zvolené téma, omlouvala se, že se není schopna správně vyjádřit
Pavčina, 41 let psycholog	pracoviště	4.11.2009	21	Příjemná, zpočátku však obavy z nahrávání, mluvila velmi tiše, nutnost více se soustředit.
Jan, 38 let psycholog	pracoviště	5.11.2009	19	Velmi se mu mé téma líbilo, sám se zajímá o sebevražednou tematiku a poskytl mi k nahlédnutí svůj výzkum týkající se sebevražednosti.
Jana, 46 let psycholog	pracoviště	10.11.2009	16	Příjemná, ochotná, aktivní v odpovědích, uváděla i příklady z praxe
Marie, 42 let psychiatr	pracoviště	19.11.2009	14	Moc příjemná, často pila vodu, mluvila uklidňujícím hlasem, věří na posmrtný život, sebevraždu nebere jako konec, ale jako možný začátek
Lucie, 47 let sociální pracovnice	pracoviště	20.11.2009	19	Několikrát jsem ji musela ubezpečit, že je to absolutně anonymní, zpočátku nevěděla, jak se k otázkám postavit, nakonec se velmi rozpovídala.
David, 35 let sociální pracovník	pracoviště	25.11.2009	17	Velmi příjemný, ochotný v dobré náladě, žádná z otázek ho nezaskočila, mluvil věcně, otevřeně, celou dobu se usmíval

PII Scénář rozhovoru

- Jak často se setkáváte se sebevražedným klientem?
- Co jsou pro vás hlavní signály, že se jedná o sebevražedného klienta?
- Podle čeho (jakých kritérií) posuzujete závažnost situace?
- Co jsou hlavní zásady, kterých se držíte při práci se sebevražedným klientem?
- Jaké praktické kroky provádíte v rámci intervence?
- Co je pro vás při práci se sebevražedným klientem nejobtížnější a co nejlépe zvládnutelné?
- Jaký vliv má na práci se sebevražedným klientem postoj k vlastní smrtelnosti intervenujícího pracovníka?

PIII Přepis rozhovoru

Ukázka rozhovoru s psycholožkou Pavlínou

O: Moje první otázka zní, jak často se setkáváte se sebevražděným klientem?

P: Já jsem se bála že se na to zeptáte (smích), já jsem tak v duchu počítala, kolik těch klientů bylo...tady na tomto místě jsem od července loňského roku, a za tu dobu jsem se zde setkala... se dvěma. Já ještě chodívám na služby na Linku naděje a tam je taky jednou za čas telefonát s tímto typem klienta, ale nějaká četnost mě teď nenapadá. Já zde spolupracuji s lékaři a když je potřeba nějaká krizová intervence, tak jsem na telefonu... je to tu nové pracoviště, tak se to tu teprve zabíhá...

O: Co jsou pro vás hlavní signály, že se jedná o sebevražděného klienta?

P: tak něco jiného je, když ten klient zatelefonuje, kdy o tomto záměru mluví...

O: no mě spíš zajímá ten individuální kontakt.

P: Aha, někdy je velmi těžké rozpoznat, jestli ten člověk pouze uvažuje o sebevraždě, nebo jestli už má ty sebevražděné tendence, vlastně to, si něco provést. Ted' si vzpomínám na jednoho klienta, který tady byl osobně a tam to bylo takové hodně na hraně, protože byl takový trochu stažený, delší dobu mu trvalo než ze sebe něco dostal.... a když se klienta ptám jestli pomýšlí na sebevraždu, tak to má většinou už trošku promyšlený, když se ho zeptám jestli má představu, jakým způsobem by to mohl provést, tak začne vykládat, že jsou zajímavější metody než je zbraň a že už to má nachystaný. a zrovna jsem tady byla s tím pánem a on byl vášnivý houbař, tak mi vykládal o nějakých specialitách, které teda ještě nerostou, no ale jsem zvědavá, jak to bude vypadat, až ty houby porostou, když jsou pro něho tak lákavé pro tento účel, aby je požil, ale má přijít příští týden, tak doufám, že se tu setkáme (smích).

O: a podle čeho posuzujete závažnost situace?

P: Určitě když má plán, je to závažnější. Taky si představuju, v jaké reálné situaci se ten člověk nachází, jak to vypadá u něho v rodině, jak to vypadá s prací, se sociálníma

kontaktama a pokud mám z toho jeho vyprávění dojem, že opravdu je v hodě bezvýchodné situaci, má málo sociální podpory, pracovně ta perspektiva taky není moc růžová, tak tam bych to považovala za závažnější situaci...co bych vám k tomu ještě řekla.... To že klienti přijdou do dveří a že bysme spolu mluvili, nebývá to tak častý. Většinou, třeba i v rámci policie, když mě volají k někomu už je mi dopředu známo, že ten člověk má tyto tendence. Mám také případ, kdy ten konkrétní klient mluvil se svým kolegou o tom, že si chce vzít život, měl už připravenou i rozlučkovou esemesku, vyhrožoval, že skočí z přehradní hráze, takže to už bylo hodně výrazný, hodně vážná situace a tento klient potom byl na vyšetření na krizovém centru, no a od té doby je v psychiatrické péči. a další ještě specifická věc tady toho prostředí je to, že když je člověk ohrožený sebevražednými myšlenkami, tak většinou mají k dispozici zbraň, a vyvstává otázka, zda u sebe mohou mít zbraň.

O: a máte nějakou zpětnou vazbu, že byste pracovala s klientem a poté jste zjistila, že sebevraždu opravdu spáchal?

P: Předtím jsem pracovala v dětské nemocnici, předtím na neurologii, a když tam byla nějaká takováhle tematika, tak jsem se to většinou nedozvěděla, zda klienti, kteří o sebevraždě mluvili ji opravdu spáchali.

O: Nyní mám 2 takové podobné otázky- co jsou hlavní zásady, kterých se držíte při práci se sebevražedným klientem a jaké praktické kroky provádíte v rámci krizové intervence?

P: Hlavní zásady... navázat nějaký důvěryhodný vztah s tím klientem, aby se on sám necítil ohrožený v té situaci, poskytnout mu čas, takže trpělivý přístup, netlačit, a na druhou stranu poskytovat dostatečně srozumitelné informace, strukturovat tu situaci. Pokud je ten člověk poslaný, tak mluvit o tom problému, verbalizovat ho a.....nabídnout třeba nějaké občerstvení a respektovat např. to, že ten člověk nechce třeba teď mluvit o některých věcech, jak už jsem říkala, netlačit na něho...

O: No a v rámci té krizové intervence?

P: no určitě navázat ten kontakt, jak jsem již říkala, zjistit, jak to vypadá v tom jeho sociálním okolí, jak se rodina k tomu staví, co by ho mohlo od toho úmyslu odvrátit, jaký důvod by mohl mít to neudělat, hledat ty pozitivní zdroje. Ty hlavní zásady, jak už jsem

zmiňovala, jsou také zjistit tu okamžitou závažnost té situace, pokud možno, tak zkusit navázat spolupráci i s rodinnými příslušníky, nebo s přítelkyní/přítelem. No a pokud je ten klient ochoten přijít příště, tak domluvit se tak, že do toho příštího setkání, udělat kontrakt, že si nic neudělá. Není to samozřejmě se zárukou, je to vždycky se souhlasem klienta s tím, že to neřeší všechno, ale záruka nějaké spolupráce s tím klientem z mé strany by měla být, že to neudělá, že spolu budeme dál pracovat... abych mu mohla dát čas na nějaký jiný úhel pohledu, protože on sám nevidí ty možné zdroje....když s těmi lidmi pracuji dál, není tady to riziko té sebevraždy tak velký....nenapadá mě, že by ten člověk do toho příštího setkání přišel na něco zásadnějšího než jsme probrali na tom prvním, úvodním setkání. Když už na to setkání dojde, tak se snažím co nejvíce zmapovat tu situaci včetně těch pozitivních zdrojů, které by ho mohly chránit....

O: Co je pro vás při práci se sebevražděným klientem nejobtížnější a co nejlépe zvládnutelné?

P: Nejobtížnější podle mě je to přijetí toho rizika, že se ten člověk opravdu může do toho příštího setkání zabít, jako přijmout tu skutečnost a že navzdory tomu, že se to může stát, tak najít v sobě nějakou ten pevnou bod, že můžu s tím člověkem pracovat, že to má smysl, že to může mít dobrý konec a taková ta naděje, že se zlepší, tak to mě přijde složitý. a nejléčí si myslím nějaká ta schopnost empatie, nějaká ta schopnost toho člověka vzít bez nějakého hodnocení, usuzování, takový to přijetí toho jeho úmyslu, že to tak může být. Taková ta legitimizace toho jeho stavu, prostě přijetí té jeho situace, ono je to hodně těžký říct, co je snadný, já jsem nad tím nikdy tak nepřemýšlela.

O: Poslední otázka – jaký vliv má na práci se sebevražděným klientem postoj k vlastní smrtelnosti intervenujícího pracovníka?

P: já si myslím, že je to velmi důležitý faktor, určitě je dobrý, když to má člověk sám pro sebe vyjasněný a říká se, že téměř všichni uvažovali o tom, že by skončili se životem, tak i tohleto je pro mě důležité si to připustit, že i já jsem o tom někdy uvažovala, že je to prostě okamžik, ale dál už se to nerozvíjí. Ten pracovník by si měl umět připustit, že ten život může skončit různým způsobem, že nemáme nad vším kontrolu, a že ta vlastní smrtelnost, myslím si, že to ani není možný, aby lidé, kteří pracují v těchto profesích to neměli pro sebe nějak srovnaný.