

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce**

Bakalářská práce

2009

Ludmila Podzemná, DiS.

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Charitní a sociální činnost

Ludmila Podzemná, DiS.

**Sociální práce s klientem ohroženým
suicidálním jednáním**
Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Hana Šlechtová, Ph.D.

2009

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s využitím
uvedených pramenů a literatury.

Děkuji vedoucí práce Mgr. Haně Šlechtové, Ph.D. za odborné vedení a cenné připomínky k práci.

Obsah

Obsah	4
Úvod.....	5
1 Vysvětlení základních pojmů – sociální práce a suicidální klient	7
1.1 Sociální práce.....	7
1.2 Klient	8
1.3 Sociální práce a vztah sociálního pracovníka ke klientovi	8
1.4 Suicidální jednání	9
1.5 Shrnutí.....	11
2 Suicidium a sociální práce	12
2.1 Rozpoznání nebezpečí ohrožení sebevražedným jednáním u klienta.....	13
2.1.1 Rizikové skupiny	14
2.1.2 Motivy pro spáchání sebevraždy a rizikové faktory	16
2.1.3 Ringelův presuicidální syndrom	19
2.1.4 Další varovné signály suicidálního ohrožení	21
2.2 Sebevraždy podle Shneidmana	22
2.3 Sebevražda – příznak krize	23
2.4 Shrnutí.....	24
3 Jednání se suicidálním klientem	26
3.1 Sebevražedné jednání – mýty a skutečnost.....	26
3.2 Zásady při práci se suicidálním klientem	27
3.2.1 Postoj sociálního pracovníka k člověku ohroženému sebevraždou.....	28
3.2.2 Pojmenování sebevraždy	29
3.2.3 Komunikace s klientem ohroženým suicidiem	30
3.3 Shrnutí.....	33
4 Možnosti pomoci suicidálnímu jedinci a jeho blízkým	35
4.1 Krizová intervence	35
4.1.1 Specifické znaky krizové intervence	37
4.1.2 Typy krizové intervence u sebevražd	37
4.1.3 Průběh krizové intervence	38
4.1.4 Kontrakt o nespáchání sebevraždy	39
4.2 Psychoterapie	41
4.2.1 Komunikace a vztah v psychoterapii	42
4.2.2 Logoterapie	42
4.3 Hospic jako pomoc proti odmítání života.....	44
4.4 Pastorační péče	45
4.5 Péče o pozůstalé.....	46
4.5.1 Podpora při truchlení	47
4.5.2 Poradenství pro pozůstalé	47
4.6 Shrnutí.....	48
Závěr.....	50
Bibliografie	53
Přílohy.....	58

Úvod

Sociální práce zajišťuje provádění péče o člověka v široké oblasti uspokojování jeho potřeb a v průběhu lidského života může mít mnoho podob.

Pro bakalářskou práci jsem si zvolila zpracování té oblasti sociální práce, která se dotýká jednání s klientem ohroženým suicidálním jednáním. Navazuji tím na svou závěrečnou práci na CARITAS – vyšší odborné škole sociální v Olomouci, která se zabývala zejména varovnými příznaky suicidálního ohrožení.

Potřebnost zpracování této problematiky spatřuji v tom, že se jedná o částečně tabuizované téma se závažnými společenskými důsledky. Většina sociálních pracovníků se dříve nebo později ve své praxi nevyhne jednání se suicidálním klientem. Právě sociální pracovníci nebo obecněji všichni pracovníci angažovaní v tzv. pomáhajících profesích jsou těmi, kdo mají pomoci klientům v obtížných situacích. V krizových situacích mohou člověka napadnout i sebevražedné myšlenky, proto spatřuji nutnost být ze strany pomáhajících dobře poučen a připraven adekvátně reagovat na příznaky suicidálního ohrožení v okolí (v rodině, na pracovišti i jinde) a umět poskytnout radu a pomoc.

Těžištěm práce je zmapování situací, v nichž se sociální pracovník setkává se sebevražedným chováním klientů nebo s jejich tendencemi k suicidálnímu jednání, přes možnosti intervence, popis vhodné komunikace a způsobu jednání se suicidálním klientem a jeho okolím až k případné péči o pozůstalé po sebevrahovi. Práce se věnuje i možnostem poskytování krizové intervence a psychoterapie, zmíněna je také úloha pastorační péče. Do hloubky se nezabývá postupy speciálně připravovaných odborníků – psychoterapeutů nebo profesionálů pracujících v oblasti krizové intervence ani léčebnými postupy používanými na psychiatrických odděleních zdravotnických zařízení u akutně ohrožených pacientů.

Cílem práce je shromáždit a utřídit získané teoretické poznatky o sociální práci se suicidálním klientem tak, aby je bylo možné využít v praxi sociálního pracovníka.

Zvolila jsem metodu kompilace statí z odborné literatury, časopisů i internetových zdrojů. Vzhledem ke svému profesnímu zaměření mohu využít jen omezených osobních zkušeností s nezaměstnanými ohroženými sebevražednými tendencemi. Zkušenosti z pracovišť, které se přímo zabývají suicidalitou, nemám. Tato bakalářská práce má charakter odborné stati teoretického zaměření.

V práci využívám jednak literaturu z oblasti lékařství, zejména psychiatrie, dále z oblasti psychopatologie, psychologie, speciální pedagogiky, sociální práce a pastorální teologie. Veškeré prameny a literatura jsou uvedeny v závěrečné části práce.

Bakalářská práce je členěna do čtyř kapitol. V první kapitole se věnuji základním pojmům zmiňovaným v názvu práce s důrazem na vysvětlení úlohy sociální práce. Druhá kapitola je věnována problematice sebevražd, zejména se zabývá rozpoznáním presuicidálního syndromu a rizikovými faktory sebevražd. Obsahem třetí kapitoly je popis vhodného jednání s člověkem vydávajícím varovné signály suicidálního ohrožení. Čtvrtá kapitola se věnuje nástinu krizové intervence, možnostem vhodného psychoterapeutického působení, pastorační péči o člověka v suicidálním ohrožení a péči o pozůstalé po sebevrahovi, a to vzhledem k roli sociálního pracovníka.

1 Vysvětlení základních pojmů – sociální práce a suicidální klient

V následující kapitole vysvětluji pojmy *sociální práce*, *klient* a *suicidální jednání*, které jsou obsaženy v názvu bakalářské práce. Popisuji také současné trendy v pojetí sociální práce a zdůrazňuji vztahový rámec – lidský vztah mezi sociálním pracovníkem a jeho klientem.

1.1 Sociální práce

Všeobecně platná definice *sociální práce* dosud není ustálena. Existuje řada definic podle významných teoretiků, kteří se sociální prací zabývali. Shodují se v tom, že „sociální práce je vědecky fundovaná odborná disciplína, která speciálními metodami zajišťuje provádění péče o člověka na profesionálním základě“.¹

O. Matoušek sociální práci definuje jako společenskovední disciplínu i oblast praktické činnosti, kdy cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů.²

Generální shromáždění Mezinárodní federace sociálních pracovníků v Montrealu v Kanadě přijalo v červnu 2000 tuto definici sociální práce: „Sociální práce podporuje sociální změnu, řešení problémů v mezilidských vztazích a posílení a osvobození lidí za účelem naplnění jejich osobního blaha. Využívá teorií lidského chování a sociálních systémů, sociální práce zasahuje tam, kde se lidé dostávají do kontaktu se svým prostředím. Pro sociální práci jsou klíčové principy lidských práv a společenské spravedlnosti.“³ Sociální práce se

¹ KLIMENTOVÁ, E., *Teorie a metody sociální práce*, s. 10.

² Srov. MATOUŠEK, O., *Slovník sociální práce*, s. 213.

³ *Sociální revue. Sociální práce a společenské otázky* [online]. [cit. 2008-11-01].

Dostupné na WWW: < <http://socialnirevue.cz/item/definice-socialni-prace> >. ISSN 1801-6790.
MMIV – MMV Milan Šveřepa.

tedy zaměřuje na zvládání obtíží a navození změny ve vztazích mezi lidmi a jejich prostředím. Vychází z humanistických a demokratických idejí a za základní lidské hodnoty považuje rovnost a důstojnost všech lidí.

V praxi mají lidé o sociální práci různé představy. L. Musil uvádí, že posláním sociální práce je nabídnout klientům specifické služby, které neposkytují pracovníci jiných pomáhajících oborů. V očích veřejnosti však bývá sociální práce často vnímána jen jako výkon určitých zákonem daných administrativních úkonů nebo provádění každodenních sebeobslužných činností ve prospěch klientů. L. Musil proto zdůrazňuje, že je třeba prokazovat, že sociální pracovníci díky tomu, že umějí něco, čemu ostatní dobře nerozumějí, „jsou schopni v určitých situacích zmírňovat nejistotu společnosti a bezradnost lidí“.⁴

1.2 Klient

Jako *klient* je v kontextu výkonu sociální práce označován obvykle subjekt, který využívá sociální služby. Může se jednat o jednotlivce, rodinu, skupinu nebo komunitu podle typu sociální práce.

Někteří autoři používají místo označení klient výraz *uživatel služeb* nebo *zákazník*, aby nenavozovali představu pasivního a závislého postoje klienta vůči poskytovateli sociální služby.⁵

1.3 Sociální práce a vztah sociálního pracovníka ke klientovi

Sociální práce (ač ne nutně v dnešním chápání v profesionalizované podobě) má své kořeny v hluboké minulosti lidstva a její metody se neustále vyvíjejí. Jedna věc je však v pojetí sociální práce stěžejní a léty neměnná. Je to

⁴ MUSIL, L., Různorodost pojetí, nejasná nabídka a kontrola výkonu „sociální práce“. *Sociální práce*, 2008, roč. 8, č. 2, s. 60-79. ISSN 1213-6204.

⁵ Srov. MATOUŠEK, O., *Slovník sociální práce*, s. 90.

zvláštní lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem. K. Kopřiva ke vztahu sociální pracovník – klient uvádí, že „klient potřebuje důvěřovat, cítit se bezpečný a přijímaný. Bez tohoto vztahového rámce se práce pomáhajícího stává jen výkonem svěřených pravomocí.“⁶

V současném pojetí sociální práce vidíme změnu ve vzájemném působení sociálního pracovníka a jeho klienta. Od vztahu kdy byl pomáhající profesionál přijímán klientem jako autorita disponující znalostmi, převahou, ale také zodpovědností za klienta, jsme se dnes přenesli do situace, kdy je klient aktivním spoluzodpovědným účastníkem vztahu a není vůči sociálnímu pracovníkovi v podřízeném postavení. Vzájemná spolupráce je založena na principu partnerství. Klient je chápán jako spotřebitel, zákazník, který má právo na svůj vlastní názor a je schopen se rozhodnout mezi nabízenými alternativami postupu při řešení své situace. Sociální práce s klientem má směřovat k podpoře jeho nezávislosti na sociálním pracovníkovi a vést ho k samostatnosti. Tato práce musí mít zřetelné cíle – objektivně měřitelné, kontrolovatelné, reálné a realizovatelné, praktické. Sociální práce je dnes multidisciplinární obor, kde sociální pracovník pracuje často v týmu s lékaři, psychology, pedagogy, pečovateli, právníky, někdy jako manažer případu (case manager). E. Klimentová k tomu uvádí, že „hlavním cílem sociální práce je pomoci klientovi nalézt vlastní zdroje síly, naučit ho novým dovednostem a poskytnout mu takové informace, aby byl schopen nejen samostatně vyřešit aktuální problém, ale i další problémy, které se mohou v jeho životě vyskytnout.“⁷

1.4 Suicidální jednání

Suicidální neboli sebevražedné jednání (z latinského slova *suus*, *sui* svůj a *caedo* bít, zabíjet) je „akt chování, kterým člověk poškozuje své zdraví se záměrem se usmrtit“.⁸ J. Jandourek označuje sebevraždu za úmyslné ukončení

⁶ KOPŘIVA, K., *Lidský vztah jako součást profese*, s. 15.

⁷ KLIMENTOVÁ, E., *Teorie a metody sociální práce*, s. 60-61.

⁸ MATOUŠEK, O., *Slovník sociální práce*, s. 196.

života v těžké životní situaci, kdy člověk má pocit bezvýchodnosti.⁹ Světová zdravotnická organizace přijala roku 1968 tuto definici: „Sebevražedný čin je útok proti vlastní osobě s různým stupněm úmyslu zemřít. Sebevražda je sebezničující čin s fatálním výsledkem.“¹⁰

Sebevražedné jednání lze podle druhu popsat z několika hledisek. Podle způsobu uvažování před samotným sebevražedným činem rozlišujeme sebevraždu *impulzivní*, která bývá výsledkem akutně probíhající krize, kdy „něco hrozného se stalo a člověk upadl do takové bezmoci a zoufalství, že se rozhodl skončit, zbavit se vědomí,“¹¹ a sebevraždu *bilanční*, která je výsledkem dlouhodobé úvahy, je předem pečlivě připravena a vyznačuje se skutečným přáním zemřít.

Podle počtu osob společně končících život rozlišujeme sebevraždy *partnerské* (ve dvou), *skupinové* (rodinné) a *masové* (epidemické, např. pod vlivem působení sekty). Sebevraždy příslušníků sekt bývají označovány jako *rituální sebevraždy*.¹²

Podle stadia suicidálního jednání rozlišujeme *parasuicidium*, což znamená nedokonanou sebevraždu neboli sebevražedný pokus a *dokonanou sebevraždu*, což je sebevražedný akt končící smrtí člověka.

Od sebevraždy se liší *sebezabití*, kdy zničení vlastního života postrádá vědomý úmysl se zabít, může se jednat např. o jednání pod vlivem halucinace.

O *sebeobětování* hovoříme u tzv. *altruistických sebevražd*, kdy jedinec se obětuje za určitý ideál, za někoho, za něco (např. Jan Palach se v roce 1969 upálil na protest proti společenskému zlu).¹³

Pro úplnost lze ještě uvést Durkheimovo členění sebevražd na *egoistické* (důvodem je nedostatek sociálních vazeb), výše uvedené *altruistické* (reakce na sociální požadavky, které jedinec nemůže splnit, tzv. sebeobětování za něco, za někoho), *anomické* (reakce na náhlou změnu mezilidského vztahu nebo

⁹ Srov. JANDOUREK, J., *Sociologický slovník*, s. 212.

¹⁰ MONESTIER, M., *Dějiny sebevražd*, s. 14.

¹¹ VODÁČKOVÁ, D. a kol., *Krizová intervence*, s. 488.

¹² Srov. BAŠTECKÁ, B. a kol., *Klinická psychologie v praxi*, s. 171-172.

¹³ Srov. JANDOUREK, J., *Sociologický slovník*, s. 212.

společenské pozice, která narušila sociální rovnováhu člověka) a *fatalistické* (jsou-li normy platící ve společnosti nebo dané skupině příliš silné).¹⁴

1.5 Shrnutí

V první kapitole jsem se věnovala vysvětlení klíčových slov obsažených v názvu práce. Sociální práci jsem zde představila jako multidisciplinární činnost, jejímž cílem je na profesionálním základě zajišťovat péči o člověka tam, kde se lidé dostávají do kontaktu se svým prostředím. Sociální práce se zaměřuje komplexně na zvládání obtíží lidí a navození změny ve společnosti, naplnění lidských potřeb a rozvinutí lidských možností. Jejím úkolem je pomáhat při řešení sociálních problémů a spolupracovat při tom s odborníky jiných pomáhajících profesí.

Klient je tím, kdo využívá sociální služby. Může se jednat o jednotlivce, rodinu, skupinu nebo komunitu. Označení klient může být nahrazeno výrazem uživatel služeb nebo zákazník; vždy je v současném pojetí sociální práce považován za rovnocenného partnera sociálního pracovníka, spoluodpovědného za řešení vlastní situace. Klient má právo se rozhodnout, kterou z alternativ předkládaných sociálním pracovníkem pro zlepšení své situace přijme.

Vzhledem k tématu práce jsou v první kapitole stručně vysvětleny pojmy vztahující se k suicidálnímu jednání. Sebevražda impulzivní a bilanční se liší podle míry a povahy uvažování před sebevraždou. Od sebevraždy je nutno odlišovat sebezabití, kdy chybí vědomý úmysl ukončit život, a sebeobětování, tj. úmysl ukončit život jako výraz obětování se za nějaký ideál. Sebevražedný pokus nazýváme parasuicidium, letálně končící suicidální jednání a chování je označováno jako dokonaná sebevražda.

O konkrétní sociální práci s klientem ohroženým suicidálním jednáním pojednávají následující kapitoly.

¹⁴ Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 241.
Srov. JANDOUREK, J., *Sociologický slovník*, s. 212.

2 Suicidium a sociální práce

Tato kapitola vysvětluje, proč je třeba zabývat se v sociální práci problematikou sebevražd a z čeho lze při práci s klientem vycházet.

Úkolem sociálního pracovníka zpravidla není poskytovat profesionální krizovou intervenci a určitě mezi jeho kompetence nepatří právo rozhodovat o způsobu psychiatrické léčby či nutnosti hospitalizace suicidálního klienta. Těžiště jeho práce a odpovědnosti lze spatřovat v připravenosti rozpoznat při každodenní sociální práci riziko suicidálního ohrožení u klienta a zajistit mu kontakt s odborníkem - psychiatrem, psychologem. Někdy stačí jen umět člověka vyslechnout, projevit lidský vztah, účast, nabídnout vlastní neformální pomoc nebo zprostředkování specifické pomoci či služby, nastínit možnosti řešení situace.

K rozpoznání nebezpečí ohrožení klienta sebevražedným jednáním je třeba mít řadu teoretických poznatků o tom, kdo je sebevraždou nejvíce nebo nejčastěji ohrožen a které faktory zvyšují riziko, že nepříznivá životní situace přivede klienta až k sebevražednému jednání. Soustředí se proto na výčet poznatků z odborné literatury o rizikových skupinách klientů a faktorech, které pravděpodobnost suicidálního jednání zvyšují. Dobře využitelná pro praxi je znalost Ringelova presuicidálního syndromu a dalších varovných signálů suicidálního ohrožení. Do desatera společných charakteristik sebevražd shrnuje své praktické zkušenosti z práce se sebevrahy americký suicidolog E. S. Shneidman, proto se v této kapitole zabývám jeho poznatky.

2.1 Rozpoznání nebezpečí ohrožení sebevražedným jednáním u klienta

Statistické údaje ukazují, že počet úmrtí při sebevraždách je v České republice vyšší než počet úmrtí při dopravních nehodách. Např. v roce 2006 zemřelo při dopravních nehodách 1087 osob a na následky úmyslného sebepoškození 1400 osob.¹⁵ Tento trend je zachován i v předcházejících letech 2001 – 2005. Nejedná se tedy o okrajový jev, kterému není třeba věnovat pozornost. Naopak – je třeba si uvědomit, že stejně jako je vynakládáno ve společnosti mnoho úsilí na prevenci dopravní nehodovosti, je třeba využívat možnosti prevence i v případech suicidálního ohrožení.

Prvním předpokladem pro pomoc suicidálnímu klientovi je rozpoznání skutečnosti, že je sebevražedným jednáním ohrožen. Je známo, že ačkoliv hodně sebevražd zůstane navždy i pro nejbližší sebevraha obestřeno určitým tajemstvím, lze téměř každou sebevraždu odvrátit. Suicidální jedinci totiž svůj úmysl ukončit život slovně nebo svým chováním okolí sdělují a jejich myšlení bývá ambivalentní – touží zároveň zemřít i zůstat naživu.¹⁶

Rozpoznat známky toho, že člověk má suicidální tendence, není snadné. Kromě potřebné dávky empatie je potřebný teoretický základ – souhrn vědomostí o sebevražedném jednání, o tom, kdo a kdy je sebevraždou nejčastěji ohrožen. Důležité je znát znaky tzv. Ringelova presuicidálního syndromu a nenechat bez povšimnutí specifické varovné signály, kterými ohrožený jedinec upozorňuje své okolí na to, že směřuje k sebevražednému jednání.

¹⁵ Srov. ČSÚ. Zemřelí podle podrobného seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR (1919 až 2006). [online]. aktualiz. 2007-11-22 [cit. 2008-11-06]. Dostupné na WWW: <[http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/9C0034F745/\\$File/401706d88.xls](http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/9C0034F745/$File/401706d88.xls)>.

¹⁶ Srov. BAŠTECKÁ, B. a kol., *Klinická psychologie v praxi*, str. 179.

2.1.1 Rizikové skupiny

Rizikové skupiny nejvíce ohrožené sebevražděným jednáním můžeme rozdělit podle věku, pohlaví, profese, celkového zdravotního stavu.

Z hlediska věku jsou nejvíce ohroženi mladí lidé, kteří nemají dostatek zkušeností se zvládáním obtížných životních situací, a staří osamělí lidé.

Děti nejčastěji suicidálně reagují na rodinné konflikty, týrání nebo zneužívání, příčinou jejich sebevražděného jednání může být nerozpoznané duševní onemocnění, např. deprese. Známý je zvýšený počet sebevražd u dětí v době předávání školních vysvědčení.

Dospívání je charakteristické z hlediska suicidality demonstrativními sebevraždami, kdy dospívající chlapec nebo děvče ve skutečnosti netouží zemřít, ale spíše na sebe upozornit, získat ohledy a pomoc při řešení situace, kterou jinak neumí zvládnout. Adolescent jedná impulzivně a při prvním životním nezdaru představovaném neúspěchem ve škole nebo zklamáním v lásce propadá beznaději. Neumí najít racionální řešení situace, volá o pomoc prostřednictvím suicidálního pokusu. M. Vágnerová upozorňuje na zvýšený počet sebevražd u chlapců mezi patnáctým a čtyřicetým rokem věku a dává tento fakt do souvislosti s celkovou zátěží spojenou s nejistotou a nedostatkem sociální podpory i s ekonomickými obtížemi.¹⁷

Střední věk s sebou přináší životní bilancování a u tzv. krize středního věku také bilanční sebevraždy. Nejčastější příčinou bývá rozpad partnerského vztahu a rodiny, deprese, závislosti, problémy v zaměstnání nebo dlouhodobější nezaměstnanost. Impulzivní sebevraždy nejsou v tomto období časté.

Ve stáří se počet dokonaných sebevražd ve srovnání se středním věkem zvyšuje na pětinašobek až desetinášobek.¹⁸ Se zhoršujícím se zdravím přibývá u starých lidí obav ze ztráty soběstačnosti a vzrůstá pocit opuštěnosti. Odchod do důchodu, kdy člověk ztrácí jednu z důležitých životních rolí, bývá obtížnější pro muže než ženy. Ztráta životního partnera pak umocňuje pocit beznaděje, ztrátu

¹⁷ Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, str. 350.

¹⁸ Srov. tamtéž, s. 351.

radostného prožívání života a naděje, že člověka v životě ještě něco pěkného čeká. Se ztrátou fyzické kondice jde ruku v ruce i úbytek duševních sil, narůstá výskyt depresí, což může vést až k suicidálnímu jednání.

Z hlediska pohlaví jsou více ohroženou skupinou muži. Hůře snášejí změnu sociálního statusu při ztrátě zaměstnání, mají problémy se seberealizací, obtížně se vyrovnávají s neúspěchy v práci i soukromém životě. Propadají častěji závislostem na alkoholu nebo jiných drogách, mají problémy s gamblerským.

U žen je sebevraždnost více ovlivněna biologicky a sociálně podmíněnými rolemi. Mateřství ženě dává pocit velké zodpovědnosti za výchovu dítěte a dodává jí zároveň velkou sílu vyrovnat se s překážkami. K suicidálním myšlenkám vede ženu nejčastěji ztroskotání v soukromém životě, ztráta partnera. Na rozdíl od mužů se však ženy snaží vyhledat pomoc a nebojí se ji přijmout.

Zajímavé je sledování suicidality podle profese sebevrahů. Častěji jsou mezi sebevrahy zastoupeni lidé mající snadný přístup k střelným zbraním (policisté, vojáci), stejně jako ti, kdož mají přístup k medicínským prostředkům (lékaři, lékárníci). Častěji končí život sebevraždou i lidé pracující v tzv. pomáhajících profesích, což může plynout z pocitu vyčerpání v souvislosti se syndromem vyhoření.

Významně ohroženou skupinou jsou nemocní lidé, zvláště nevyléčitelně nemocní a ti, kdož trpí závažným duševním onemocněním. Pro lidi sužované velkými depresemi, schizofrenií a dalšími psychózami se může sebevražda jevit jako jediný způsob, jak uniknout z neúnosného psychického utrpení. Podobně nebezpečná je např. drogová nebo alkoholová závislost. V souvislosti s ukončením života nevyléčitelně nemocných pacientů se diskutuje etická otázka eutanázie, o ní bude pojednáno později.

Pozornosti sociálního pracovníka v souvislosti s ohrožením sebevraždným jednáním by neměli ujít ani lidé, kteří byli mimořádnou okolností vytrženi ze svého normálního fungování, běžného řádu. Mohou to být jednak lidé v akutní krizi, např. viníci závažné dopravní nehody, lidé po těžkém úrazu, osoby zadržené po spáchání trestného činu a umístěné do vyšetřovací vazby, ale také

např. emigranti nebo imigranti nebo jen lidé, kteří změnili domov po přestěhování z vesnice do města.¹⁹

2.1.2 Motivy pro spáchání sebevraždy a rizikové faktory

Každé suicidium nebo parasuicidium s sebou nese otázku po motivu. U některých sebevražd se motiv nepodaří najít nebo je nesrozumitelný. Vždy je třeba si uvědomit, že zjištění motivu vychází z jiného pohledu než od samotného sebevraha, a proto může být zavádějící.

Údaje Českého statistického úřadu označovaly jako nejčastější motiv spáchání sebevraždy: rodinné konflikty a problémy, erotické problémy, pracovní a školní problémy, existenční (hmotné) problémy, konflikty s veřejnými zájmy, somatické onemocnění, jiné osobní konflikty a jiné motivy.²⁰

Údaje v publikaci téhož úřadu *Sebevraždy v České republice – 2001 až 2005* již neobsahují informace o motivech sebevražd. Vycházejí totiž ze zpracování statistického výkazu „Hlášení o úmrtí“ Obyv 3-12, vyplňovaného matrikami podle hlášení „List o prohlídce mrtvého“ vystaveného lékařem, který byl k zemřelému povolán. Tento podkladový zdroj neumožňuje získat o motivech sebevraždy žádné informace.²¹

Podle M. Vágnerové se bezprostřední motiv sebevraždy může zdát nesmyslný nebo malicherný nebo se jeví jako nejasný. Vyplývá to ze skutečnosti, že spouštěčem tragického činu bývá „poslední kapka“, tedy poslední zátěž nebo problém, jehož zvládnutí je nad síly konkrétního člověka. Nevyřešené problémy nebo nadměrná zátěž se totiž v průběhu života střádají a až ve svém souhrnu a na základě osobních dispozic jednotlivce mohou vyvolat riziko sebevražděného

¹⁹ Srov. ŠPATENKOVÁ, N., *Krizová intervence pro praxi*, s. 137.

²⁰ Srov. tamtéž, s. 138.

²¹ Srov. ČSÚ. Sebevraždy v České republice – 2001 až 2005. [online]. aktualiz. 2006-10-28 [cit. 2009-02-02].

Dostupné na WWW: <<http://www.czso.cz/csu/2006edicniplan.nsf/p/4012-06>>.

jednání. Z běžné zátěže činí rizikovou právě její subjektivní význam, to, jakou hodnotu pro konkrétního člověka představuje.²²

Pocit bezvýchodnosti v těžké životní situaci, který se vyskytuje u duševně nemocných osob trpících depresemi, schizofrenií, psychopatií nebo u drogově závislých, uvádí jako motiv sebevražedného jednání J. Jandourek. Podle něho je sebevražda také reakcí na neúspěch (v podnikání nebo lásce) nebo na samotu. U dětí bývají příčinou obavy před trestem, např. po špatném vysvědčení ve škole. Bilanční sebevraždy mohou být východiskem z neřešitelné situace představované trýznivou nevyléčitelnou chorobou.²³

Striebel pokládá sebevraždu za nouzový únik ze života. Uvádí, že lidé se sebevražednými tendencemi mají často problémy ventilovat svoji agresi, a proto ji někdy obracejí proti sobě. Jindy jsou příčinou jejich autoagrese pocity viny, že se něčím provinili, že něčemu nedokázali zabránit. Přitom se dopředu snaží obrátit k sobě pozornost okolí, volají o pomoc. Tyto psychologické motivy stručně autor charakterizuje jako agresi, autoagresi, apel, útěk-únik. Osmdesát procent sebevrahů svůj záměr ohlašuje dopředu, apelu poloviny z nich ale není okolím věnována žádná pozornost.²⁴

Podle věku suicidálního jedince lze vypozařovat odlišné motivy pro spáchání sebevraždy. U dětí a dospívajících patří podle N. Špatenkové mezi spouštěcí momenty nezvládání přehnaných nároků kladených na ně perfekcionistickými rodiči, nebo naopak týrání, sexuální zneužívání nebo zanedbávání ze strany rodičů. Dále se může jednat o rozvod rodičů, rozchod s první láskou nebo ztrátu kamaráda či kamarádky. Náročná je i změna prostředí po přestěhování do jiného bydliště nebo změna navštěvované školy. Jako rizikový faktor se jeví i smrt nebo ztráta někoho blízkého v raném dětství. U dospívajících se přidává obava z nechtěného těhotenství, užívání alkoholu nebo drog, strach z neúspěchu při studiu, odmítnutí nebo ztráta milované osoby. Varovné jsou předcházející sebevražedné pokusy nebo sebevražda blízké osoby. U dospělých je nejčastějším motivem sebevražedného jednání rozvod nebo

²² Srov. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 246.

²³ Srov. JANDOUREK, J., *Sociologický slovník*, s. 212.

²⁴ Srov. ŠPATENKOVÁ, N., *Krizová intervence pro praxi*, s. 138.

rozchod či stav sociální a hmotné nouze. Seniors k sebevraždě nejčastěji přivádí špatný zdravotní stav, úmrtí životního partnera, celková ztráta smyslu života a pasivita po odchodu ze zaměstnání.²⁵

Psychiatr J. Koutek na základě své praxe s mladistvými suicidálními pacienty považuje za rizikový faktor konfliktní rodinnou situaci nebo rozvod, suicidium v rodině, problémy ve škole, sníženou schopnost adaptovat se mezi vrstevníky, zhoršený zdravotní stav, nízký sociální status rodiny, závislosti, a onemocnění psychiatrickou poruchou (afektivní porucha, schizofrenie). Spouštěčem bývá konflikt ve škole, s rodiči, s partnerem.²⁶

Obecně můžeme konstatovat, že k sebevražednému jednání přispívá i společenská izolovanost a osamělost lidí. Když člověk zůstane sám a ztratí oporu ve svých blízkých, ztrácí zároveň zdroje, z nichž by mohl čerpat při překonávání životních těžkostí.²⁷

Dalším rizikovým faktorem je nezaměstnanost. Ztráta zaměstnání znamená významný zásah do denního režimu člověka a významně snižuje sociální síť jeho osobních kontaktů. Negativně ovlivňuje sebehodnocení, sebeúctu i schopnost využít podpory okolí. Nezaměstnanost jako významný zdroj stresu vede následně ke zvýšení napětí v rodině a zvýšení izolace od druhých.²⁸

Praxe ukazuje, že nejhůře nesou nezaměstnanost lidé ve zralém věku, kteří práci ztratili bez vlastního zavinění nebo proto, že přestali stačit zvyšujícím se nárokům zaměstnání. Tito lidé postrádají pocit seberealizace a kontroly nad vlastním životem. Pokud se jejich nezaměstnanost stává dlouhodobou, ztrácejí naději, že ještě mohou na trhu práce uspět.²⁹

U nezaměstnaných zůstávají nenaplněny i potřeby jistoty a bezpečí. Se ztrátou naděje do budoucnosti je spjat stres, úzkost a psychické napětí, což může vést až k sebevražednému jednání. Za východisko z nepříznivé životní situace

²⁵ Srov. ŠPATENKOVÁ, N., *Krizová intervence pro praxi*, s. 137-138.

²⁶ Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., *Sebevražedné chování*, s. 45.

²⁷ Srov. VODÁČKOVÁ, D. a kol., *Krizová intervence*, s. 491-492.

²⁸ Srov. BUCHTOVÁ, B. a kol., *Nezaměstnanost. Psychologický, ekonomický a sociální problém*, s. 144.

²⁹ Srov. PODZEMNÁ, L., *Varovné příznaky suicidálního ohrožení*, s. 32-33.

představované dlouhodobou nezaměstnaností považuje sebevraždu až pět procent jedinců.³⁰

Britské výzkumy ukazují, že nezaměstnaný muž má jedenáctkrát vyšší pravděpodobnost, že se pokusí o sebevraždu, v porovnání se stejně starým zaměstnaným mužem. Problém nezaměstnanosti je totiž velkým psychologickým problémem právě u lidí, kteří pracovní činnosti a postavení v práci přikládají vysokou hodnotu a je pro ně zdrojem sebevědomí. Ztráta zaměstnání je pak velkým psychickým traumatem, ztrátou životního smyslu a osobním znehodnocením. U mužů se ve zvýšené míře také objevuje pro život nebezpečná kombinace alkohol a nezaměstnanost.³¹

2.1.3 Ringelův presuicidální syndrom

Schéma tzv. Ringelova presuicidálního syndromu napomáhá určit, jak závažné je ohrožení sebevražedným jednáním u konkrétního jedince.

Syndrom je definován třemi základními znaky: *zužováním subjektivního prostoru, zablokováním nebo proti sobě zaměřenou agresivitou a výskytem naléhavých sebevražedných fantazií*. Tyto tři prvky se navzájem umocňují. O. Havránková k tomu uvádí: „Od sebevražedných úvah, které přišly cestou výrazného zúžení objektivního prostoru a sílící agrese vůči sobě samému, je velmi blízko k činu, k sebevraždě.“³²

Zužování subjektivního prostoru zahrnuje zužování situační, dynamické, mezilidské i hodnotové. *Situační zužování* znamená, že člověk v důsledku neštěstí (smrt blízké osoby, nevyléčitelná choroba) nebo vlastního chování (prohra peněz, zavinění dopravní nehody) má pocit, že nad svým životem ztratil kontrolu a nemůže nepříznivé životní okolnosti překonat. *Dynamické zužování* usměrňuje veškeré emoce k negativnímu ladění, představovanému zoufalstvím, beznadějí, úzkostí, strachem a bezmocí. Člověk ztrácí schopnost využívat to, co by mu mohlo dodat pozitivní energii, a používá jen dva obranné mechanismy:

³⁰ Srov. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., a KODYMOVÁ, P., *Sociální práce v praxi*, s. 304.

³¹ Srov. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 248.

³² VODÁČKOVÁ, D. a kol., *Krizová intervence*, s. 489.

popření a idealizaci. *Mezilidské zužování* vede jedince k izolaci od lidí nebo k úbytku přirozených mezilidských vztahů. Důsledkem je upnutí se na jednu osobu, s níž člověk spojuje svůj osud, život i smrt; vztahy s ostatními lidmi pak vnímá jako bezcenné. *Hodnotové zužování* znamená buď nastavení ve společnosti neobvyklého žebříčku hodnot anebo úplnou ztrátu schopnosti vnímat to, co člověk měl rád, jako hodnotu. Jakmile člověk ztratí schopnost radovat se a na něco se těšit, ztrácí pro něj hodnotu i sám život.

Zablokovaná nebo proti sobě zaměřená agrese je druhým prvkem presuicidálního syndromu. Agrese, kterou nejsme schopni vyventilovat směrem ven, se obrací vůči vlastní osobě, směrem dovnitř. Člověk je přesvědčen, že kvůli vlastní neschopnosti a nedostatku vlastních kvalit se dostal do bezvýchodné životní situace. Proto se znevažuje až nenávidí a rostoucí hněv obrací proti sobě. Sebevražda je projevem autoagrese i snahou potrestat okolí, své blízké.

Suicidální fantazie přicházejí od úvah „jaké by to bylo, kdybych se zabil“ přes sebevražedné tendence, což znamená spřádání konkrétních plánů jak sebevraždu uskutečnit, až k vtíravým suicidálním myšlenkám, které se objevují zejména u depresivních nebo schizofrenních stavů. Tyto fantazie „přinášejí představu úlevy, osvobození, jsou stále lákavější a příjemnější. Začnou vypadat jako jediná cesta řešení. Všechno odložit, zbavit se bolesti, skončit to utrpení.“³³ V kombinaci se zužováním subjektivního prostoru a sílící autoagresí jsou suicidální fantazie posledním článkem, který může „uzavřít kruh“.

Pro doplnění udávám, že podle Poustky se presuicidální syndrom vyvíjí podle následujícího schématu: intenzivní dlouhotrvající traumatizace → neurotické životní nastavení → krize → omezení zájmů a mezilidských vztahů, pocity méněcennosti → obrat k agresi → sebevražedné fantazie → sebevražedné jednání.³⁴

³³ VODÁČKOVÁ, D. a kol., *Krizová intervence*, s. 489.

³⁴ Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., *Sebevražedné chování*, s. 57.

2.1.4 Další varovné signály suicidálního ohrožení

Jak již bylo zmíněno, suicidální jedinec svůj záměr ukončit život dává určitým způsobem najevo. Pozornosti okolí by proto neměly ujít způsoby, jimiž sebevražedné úmysly naznačuje. Typické je: rozdávání majetku, negativní poznámky o budoucnosti, poznámky o budoucnosti „beze mě“, zvýšený zájem o smrt, umírání, o to, co bude po smrti, urovnávání konfliktů a v neposlední řadě příznaky těžké deprese.

N. Špatenková označuje u dospívajících jako *sebevražednou triádu adolescenta* negativní pohled na sebe samého, na události kolem i negativní výhled do budoucna. Problémem je, že negativismus je běžným průvodním jevem dospívání, proto tato triáda bývá špatně vyhodnocena a jako varovný signál suicidálního ohrožení podceňována. Alarmující je u adolescentů: náhlá změna chování (např. klidný jedinec se začne projevovat velmi živě); osamělost, sociální izolace, stažení z běžných sociálních kontaktů; nápadná změna váhy (úbytek nebo přírůstek); nespavost nebo zvýšená spavost; únava, ztráta energie, pokles soustředění; pocity vlastní bezcennosti nebo neodůvodněné pocity viny; střídání partnerů; abúzus alkoholu nebo jiných drog; riskantní nebo destruktivní chování vůči sobě, vystavování se nebezpečným situacím; myšlenky na smrt; otevřená hrozba sebevraždou.³⁵

Příznačné je, že rodiny sebevrahů bývají často narušené, málo soudržné, a proto v rozhodující chvíli neposkytují ohroženým jedincům dostatečnou emoční podporu. V anamnéze sebevraha se neztídká vyskytuje suicidium nebo parasuicidium v pokrevním příbuzenstvu.³⁶

³⁵ Srov. ŠPATENKOVÁ, N., *Krizová intervence pro praxi*, s. 144.

³⁶ Srov. tamtéž .

2.2 Sebevraždy podle Shneidmana

Poznatky z mnohaleté práce se sebevrahy shrnul v roce 1987 americký suicidolog E. S. Shneidman do desatera společných charakteristik sebevražd s cílem napomoci ke včasnému zachytu suicidálních tendencí a k efektivní prevenci sebevražd takto:

Obvyklým účelem sebevraždy je *nalézt řešení*, uniknout nesnesitelné situaci, vyprostit se z něčeho, zbavit se problému. Sebevražda není náhodná, má svou pointu a smysl. Obvyklým cílem sebevraždy je *zbavit se vědomí*, neuvědomovat si už dále vlastní bolestnou existenci. Obvyklým *podnětem* k sebevraždě je *nesnesitelná psychická bolest*. Člověk z ní hledá vysvobození; sebevraždy se nedopouští z rozmaru. Obvyklým *stresorem* jsou *zmařené frustrované psychologické potřeby*. Pokud by byly včas rozpoznány a naplněny, nedocházelo by ke zbytečným ztrátám života. Obvyklými *pocity* sebevrahů jsou *beznaděj, bezmocnost, skleslost*. Pocit nemohoucnosti překonat zklamání ze vztahů, stud, vinu, ztrátu výkonnosti apod. je tím, co vede sebevraha k přesvědčení, že nemá jiné řešení. Obvyklými *myšlenkami* při sebevraždě je *ambivalence*, tj. souběžné přání zemřít i volání po životě. Obvyklé *vnímání* při sebevraždě je *zúžené*, což je jedním ze znaků popisovaných v Ringelově presuicidálním syndromu. Suicidální jedinci nejsou schopni nalézat různá možná řešení svých problémů a volí jen mezi možnostmi úplného vyřešení nebo absolutního skončení. Obvyklým *činem* při sebevraždě je *únik* od života – nekompromisní, konečný. Obvyklým *projevem* ve *vztazích* je *sdělování úmyslu* ukončit život, a to ve snaze najít pochopení, pomoc, záchranu. Obvykle *k sebevraždě dochází v souladu s celoživotním vzorcem zvládání zátěže*. Sebevrazi mají tendenci řešit problémy „rychlým řezem“, tj. co možná nejrychleji a nejjednodušším způsobem. Jsou charakterističtí myšlením „bud', anebo“, bývají uzavření, trpí záchvaty rozrušení a psychickou bolestí.

Žádná z výše uvedených charakteristik sama o sobě nemusí signalizovat vážné ohrožení, avšak dohromady tvoří smrtelnou kombinaci.³⁷

³⁷ Srov. VODÁČKOVÁ, D. a kol., *Krizová intervence*, s. 489-490.

Srov. BAŠTECKÁ, B. a kol., *Klinická psychologie v praxi*, s. 179.

2.3 Sebevražda – příznak krize

V souvislosti se sebevražedným jednáním se často zmiňuje pojem krize. Obecně znamená krize rozhodující chvíli obratu, kdy dochází ke změně. Duševní krize přichází, jestliže se člověk střetne s překážkou, kterou není schopen zvládnout v přiměřeném čase a obvyklými zvládacími mechanismy. Nezvládnutá a nevyřešená krize může s sebou přinášet i myšlenky na smrt nebo sebevraždu.³⁸

Krize je fenoménem sociologickým i psychologickým; podle současných psychologických koncepcí je to „přechodný stav vnitřní nerovnováhy způsobený kritickými událostmi nebo takovými životními událostmi, které vyžadují zásadní změny a řešení“.³⁹

Z hlediska kognitivní psychologie lze sebevraždu jako odpověď na krizi hodnotit jako maladaptivní formu reakce na frustraci. U demonstrativní sebevraždy se jedná o snahu překonat tímto způsobem nějakou překážku, u bilanční sebevraždy o rezignaci na cíl, tedy vlastní život. Sociálně psychologické teorie učení označují krizi jako nezvyklou, obtížnou, bolestnou situaci, která přichází po příliš rychlé změně. Doposud naučené chování se jeví jako nepotřebné, nedostává se mu potvrzení, posílení, a protože všechna dosavadní očekávání ztrácejí smysl, suicidant reaguje i na každý nový podnět s negativním očekáváním. „Sebevražda jako odpověď na takovou situaci je pokusem alespoň svou smrtí „ještě“ a „znovu“ navázat kontakt s druhým (smutek, pomsta, pocity viny) a se sebou (důstojnost).“⁴⁰

Německý psychiatr Goldstein označuje krizi jako katastrofickou situaci. Podle něho krize rozvrací dosavadní způsob existence člověka a přestože otřásá samotnými základy jeho existence, nemá pro člověka jen čistě negativní význam. Není jen tím, co člověka zatěžuje a vystavuje utrpení a strádání, ale má i svůj pozitivní význam, protože mu zároveň otevírá nové možnosti a nové perspektivy pohledu na svět.⁴¹

³⁸ Srov. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 300.

³⁹ ŠPATENKOVÁ, N. a kol., *Krize. Psychologický a sociologický fenomén*, s. 15.

⁴⁰ Srov. ŠTĚPÁNEK, D., PETŘÍKOVÁ, J., *Sebevražda – příznak krize*, s. 60.

⁴¹ Srov. KOUBA, P., *Krize jako katastrofická situace*, s. 186-187.

Krise není nemoc, je to normální reakce na nenormální situaci. Přítomnost krize naznačují následující symptomy: intenzivní kritická událost vybočující z každodenní reality; prožívání situace jako ztráty, ohrožení nebo šance; přítomnost negativních emocí a zážitků; pocit nejistoty z budoucnosti; pocit ztráty kontroly; náhlé narušení obvyklých vzorců chování u člověka, tj. jeho návyků, denního rytmu; stav citového napětí v rozpětí dva týdny až několik měsíců; nutnost změny a přizpůsobení se nové situaci.⁴²

Krise lze popisovat podle různých kritérií, např. jako *vývojové* (odchod z domova, do důchodu), *situační* (obtížně předvídatelné, např. problémy v zaměstnání), *kumulované* (aktuální traumatická událost je zintenzivněna vzpomínkami na předchozí ztrátu, např. při autonehodě).

V sociální práci je často využívána typologie krizí podle Baldwina. Ten rozlišuje krize: situační, přechodné neboli tranzitorní, traumatické, vývojové, psychopatologické a krize vyžadující okamžitou psychiatrickou pomoc. Takto vyjmenované druhy krizí jsou seřazeny podle závažnosti od nejlehčích po nejtěžší, mají různé příčiny a vyžadují různé intervenční přístupy. Z hlediska suicidálního jednání jsou nejzávažnější neodkladné krizové stavy – krize vyžadující okamžitou psychiatrickou pomoc.⁴³

O pomoci člověku v krizi s ohledem na suicidální ohrožení bude pojednávat čtvrtá kapitola.

2.4 Shrnutí

Druhá kapitola je zaměřena na výčet teoretických poznatků, jejichž znalost je pro sociálního pracovníka vodítkem k rozpoznání suicidálního ohrožení klienta.

Nejvíce ohroženi jsou mladí lidé díky svým malým životním zkušenostem a naopak staří lidé. Z hlediska pohlaví jsou více ohroženi muži, zvláště ve spojení s tzv. krizí středního věku a častějším sklonem k užívání návykových látek či

⁴² Srov. ŠPATENKOVÁ, N. a kol., *Krise. Psychologický a sociologický fenomén*, s. 17-18.

⁴³ Srov. tamtéž, s. 23-31.

k celkově riskantnímu chování. Nelze podcenit závažné onemocnění, zvláště psychického rázu. Depresivní klient by měl být svěřen vždy do péče odborníků, a to psychiatra nebo psychologa.

K základní výbavě sociálního pracovníka patří znalost Ringelova presuicidálního syndromu, tj. schopnost rozpoznat, že se u klienta projevuje některý z jeho znaků - zužování subjektivního prostoru, zablokování nebo proti sobě zaměřená agresivita a výskyt naléhavých suicidálních myšlenek.

Suicidolog Shneidman charakterizuje sebevraždy tak, že jejich obvyklým účelem je nalézt řešení, cílem zbavit se vědomí a podnětem nesnesitelná psychická bolest. Stresorem bývají zmařené frustrované psychologické potřeby. Sebevraždu doprovázejí pocity beznaděje, bezmoci a skleslosti, myšlení je ambivalentní. Vnímání je zúžené, snahou je uniknout od života. K sebevraždě dochází u lidí v souladu s celoživotním vzorcem zvládání zátěže a sebevrazi obvykle ve snaze najít pochopení, pomoc a záchranu svůj úmysl předem sdělují.

Sebevražda je vyústěním závažné krize v životě člověka, proto je třeba znát příčiny a typy krizí, které lidský život mohou provázet. Protože v sociální práci není setkání s člověkem v krizi vzácné, další kapitoly pojednávají o vhodném způsobu jednání s člověkem v krizi a se suicidálním klientem.

3 Jednání se suicidálním klientem

Cílem této kapitoly je nastínit vhodný způsob, jak při sociální práci s člověkem ohroženým suicidálním jednáním jednat, abychom se nedopouštěli chyb a mohli být klientovi v situaci, která pro něho může být kritická, oporou.

Je při tom zapotřebí vycházet z teoretických znalostí a nezaměňovat často v laické veřejnosti tradované mýty a domněnky o sebevražedném jednání se skutečností. Uvádím proto v úvodu kapitoly souhrn tvrzení, která se v souvislosti s problematikou sebevražd tradují, a na základě poznatků z odborné literatury je rozčleňuji na pravdivá a nepravdivá. Dále uvedené zásady jednání se suicidálním klientem mají pomoci najít vhodný způsob, jak v praxi sociálního pracovníka při setkání s klientem vydávajícím varovné signály suicidálního ohrožení postupovat.

3.1 Sebevražedné jednání – mýty a skutečnost

Suicidium bylo a je obestřeno určitým tajemstvím. Protože stigmatizuje jak oběť, tak i její rodinu a blízké, je společností do určité míry tabuizováno a zároveň opředeno mnoha mýty.

J. Koutek a J. Kocourková⁴⁴ mezi nejčastěji uváděné mýty řadí tyto: sebevražda přichází bez varování; úmysl toho, kdo se jednou pro sebevraždu rozhodne, je nezvratitelný; lidé pokoušející se o sebevraždu nehledají pomoc; kdo o sebevraždě mluví, nespáchá ji; každý sebevrah musí být šílený; kdo se jednou o sebevraždu pokusí, je suicidálním jednáním navždy ohrožen; dotaz na úmysl spáchat sebevraždu může být návodem k sebevraždě; děti se nedokážou zabít; sebevražednost je záležitostí hodně bohatých nebo naopak hodně chudých lidí. Ve skutečnosti sebevražda není nahodilý čin; sebevraždu provázejí ambivalentní pocity – touha žít i touha zemřít, a proto je sebevrahy možné od jejich úmyslu odvrátit; většina lidí hledá před spácháním sebevraždy pomoc;

⁴⁴ Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., *Sebevražedné jednání*, s. 15-16.

hovor o sebevraždě je známkou akutně hrozícího nebezpečí a nelze jej nikdy zlehčovat; sebevrazi mohou, ale také nemusí trpět psychickou nemocí; suicidální ohrožení není trvalý celoživotní stav; sebevraždu mohou spáchat i děti; sebevražednost se vyskytuje ve všech společenských vrstvách, i když různá sociální prostředí ji umožňují rozličně skrýt.⁴⁵

Podobně uvádí B. Baštecká jako nepravdivá tato tvrzení: hovor o sebevraždě sebevraždu vyvolá; ten, kdo o sebevraždě mluví, ji nespáchá; člověku, který chce spáchat sebevraždu, nemáme co nabídnout; věřící člověk nemůže uvažovat o sebevraždě;⁴⁶ motivy k sebevraždě je snadné určit; všichni sebevrahové trpí depresí; smrtelně nemocní lidé nepáchají sebevraždy; zlepšení nálady znamená snížení rizika sebevraždy; myšlenky na sebevraždu jsou vzácné. Pravda je, že sebevraždu nejlépe napoví předchozí sebevražedný pokus; objevuje se na všech socioekonomických úrovních; riziko sebevraždy je vyšší u lidí rozvedených nebo osamělých v důsledku chybějící sociální opory a stoupá se samotou a věkem; pozůstalí po sebevraždě blízkého člověka jsou zároveň jejími oběťmi a často umírají do roka po ní.⁴⁷

3.2 Zásady při práci se suicidálním klientem

Suicidální klient je člověk prožívající těžkou krizi a je s ním proto zapotřebí pracovat specifickým způsobem. Důležitý je vnitřní vyrovnaný postoj sociálního pracovníka k možnosti spáchání sebevraždy klientem a schopnost odtabuizovat v rozhovoru sebevraždu jako klientem uvažované východisko ze zdánlivě neřešitelné situace. Důraz je třeba klást na vhodný způsob komunikace a volbu postupu, jak minimalizovat klientovo ohrožení.

⁴⁵ Srov. KOUTEK, J., KOCOURKOVÁ, J., *Sebevražedné jednání*, s. 15-16.

⁴⁶ Religiozita je faktorem, který není bez vlivu. Její úloha závisí mj. na prostředí a na době, v níž působí.

⁴⁷ Srov. BAŠTECKÁ, B. a kol., *Klinická psychologie v praxi*, s. 178-179.

3.2.1 Postoj sociálního pracovníka k člověku ohroženému sebevraždou

Prvním předpokladem pro úspěšnou pomoc suicidálnímu klientovi je to, aby měl pomáhající ujasněn svůj vlastní postoj k sebevraždě a byl připraven na možnost setkání s takto ohroženým klientem. Musí stát na straně života, ale zároveň být otevřen rozhovoru o smrti – přijímat ho vyrovnaně a bez paniky. Každá situace má i jiné řešení než dobrovolný odchod ze života a úlohou pomáhajícího je člověku ohroženému sebevraždou nabídnout alternativní východiska. Pokud by ovšem v sociálním pracovníkovi myšlenka na možnost sebevraždy vyvolávala sama o sobě strach a úzkost, ztrácel by vlastní identitu a jistotu při práci s ohroženým klientem a nebyl by schopen poskytnout mu dostatečnou podporu, bezpečí a stabilitu. V takovém případě hrozí i nebezpečí, že klient může pomáhajícího zamýšlenou sebevraždou vydírat nebo se pokoušet o manipulaci.

Rovněž je nutné mít na paměti, že sebevražda není záležitostí narušených slabošských jedinců nebo duševně nemocných lidí. Ve skutečnosti opak může být pravdou – i člověk, který běžně dokáže být oporou jiným lidem a překonat mnohé životní těžkosti, se může ocitnout v krizi a tedy jednat v nenormální situaci nenormálně. Nevypovídá to nic o jeho lidských kvalitách a pomáhajícímu nedává právo cítit se nadřazený nebo jednat blahosklonně.⁴⁸

Sociální pracovník musí být předem připraven i na klientovu otázku, zda má právo ukončit vlastní život. V tomto případě má pomáhající možnost pravdivě odpovědět, že klientovi v tomto činu nikdo nemůže trvale zabránit. Někteří lidé mají pocit, že sebevražda je to jediné, o čem ve svém životě mohli svobodně rozhodnout, a nechtějí se o tuto výsadu s nikým dělit. Je vhodné dát klientovi prostor pro vlastní rozhodnutí, ale zároveň klidným způsobem v hovoru pokračovat a sdělit mu, že sebevražda je trvalé řešení přechodného krizového stavu, a je možné ji odložit a přemýšlet o jiné cestě, jak zmírnit vlastní utrpení. Znamená to dát šanci řešení, které klient ve chvíli zoufalství nevidí. Rozhodně

⁴⁸ Srov. VODÁČKOVÁ, D. a kol., *Krizová intervence*, s. 483.

nepomáhá moralizování, apel na náboženské přesvědčení nebo na odpovědnost k rodině, dětem.⁴⁹

Základním východiskem pro práci se suicidální tematikou je přijmout smrt jako součást života a sebevraždu jako skutečnost, kterou nelze z lidského života vyloučit. O. Havránková k tomu uvádí, že „jenom tehdy, stojíme-li pevně na svých vlastních nohou, můžeme udržovat zdravou rovnováhu v kontaktu se sebevražedným jedincem“.⁵⁰ Cesta k tomuto vyrovnanému vnitřnímu postoji jistě není snadná (může to být otázka celoživotního hledání) – vyžaduje řadu teoretických znalostí, které lze získat studiem např. psychologie, medicíny, sociologie, teologie, metod sociální práce a dalších oborů. Pro pracovníky krizové intervence, kteří se s lidmi ohroženými sebevraždou setkávají ze sociálních pracovníků nejčastěji, je nezbytné také absolvování praktické přípravy v dlouhodobých výcvikových kurzech zaměřených nejen na oblast teorie, ale i na praktické dovednosti, metody práce a sebezkušenostní problematiku (motivace pomáhajícího, vlastní limity a dispozice, zvládání reakce na zátěž a stres, prevence syndromu vyhoření, psychohygiena, supervize). Takovéto kurzy organizuje např. Česká asociace pracovníků linek důvěry.

3.2.2 Pojmenování sebevraždy

Dalším v řadě předpokladů pro úspěšnou práci se suicidálním klientem je bezpečné rozpoznání situace, že se skutečně o takového klienta jedná. Varovnými příznaky suicidálního ohrožení jsem se zabývala v předcházející kapitole. Tyto příznaky lze obvykle správně rozpoznat, je-li pracovník s ohroženým člověkem v delším kontaktu a má-li možnost zaznamenat změny v jeho chování.

Někdy se však sociální pracovník dostane do situace, že se setká poprvé s klientem, který nejeví na první pohled známky akutního suicidálního ohrožení, avšak v hovoru naznačuje, že už není třeba si s řešením jeho problémů dělat

⁴⁹ Srov. VODÁČKOVÁ, D. a kol., *Krizová intervence*, s. 485-486.

⁵⁰ Tamtéž, s. 483.

starosti, že jeho život už nemá žádný smysl, že už pro sebe a pro své blízké našel východisko – a čeká na otázku. V takovéto situaci je vhodné tuto otázku položit a zeptat se přímo, zda klient myslí na to, že by tu nejraději nebyl. Při souhlasné odpovědi je třeba se zeptat, zda myslí na sebevraždu. Samotné vyslovení slova sebevražda ústy sociálního pracovníka může být pro klienta úlevou, protože konečně našel někoho, s kým může otevřeně promluvit a kdo nepropadá panice. Nalézá tím obrovský kus podpory od druhého člověka, není už se svou trýzní sám, může prostřednictvím slov popsat a ovlivňovat vlastní emoce. Osudovou chybou by bylo problém bagatelizovat, projevit bezradnost, úlek, pokusit se odvést téma rozhovoru jinam v mylné obavě z podsouvání myšlenky na sebevraždu.⁵¹

B. Frankel a R. Kranzová doporučují při jednání se suicidálním klientem: nehádat se a neodporovat (jsou-li sebevrahovy pocity označeny za nesmyslné, bude se cíti ještě nepatřičněji a více provinile) a neprojevat překvapení nebo nesouhlas (nikdo se nerozhoduje pro sebevraždu z rozmaru, ale proto, že má pocit, že nemá jiné východisko). Autoři doporučují klienta povzbuzovat k tomu, aby co nejvíce verbalizoval všechny své emoce, a klást mu doplňující otázky s dostatkem času na odpověď. Důležité je vyjadřovat i vlastní pocity – smutek z poznání, že se setkáváme s tak vážným trápením klienta, a zájem ho vyslechnout a nabídnout pomoc. Situaci je třeba brát vážně; bylo by chybou nechat se zmást smíchem a žertováním, které fungují jako prostředek obrany.⁵²

3.2.3 Komunikace s klientem ohroženým suicidiem

Komunikace s klientem je jádrem činnosti sociálního pracovníka v poradenském procesu. I pro komunikaci s klientem ohroženým suicidiem platí obecná zásada, že klient nemá být vnímán jako pasivní bytost plnící pokyny a přijímající rady poradce. Sociální pracovník v roli poradce by měl být tím, kdo klientovi pomáhá projít procesem lepšího poznání sebe sama a vyhledání

⁵¹ Srov. VODÁČKOVÁ, D. a kol., *Krizová intervence*, s. 484-485.

⁵² Srov. FRANKEL, B., KRANZOVÁ, R., *O sebevraždách*, s. 120.

možností řešení vlastní situace. Přitom je nutné respektovat osobnost klienta a jeho základní lidskou odlišnost. Je třeba vycházet z předpokladu, že klient je i ve velmi obtížné situaci s pomocí druhého schopen najít nový systém vlastního fungování ve světě.⁵³

Vzhledem ke skutečnosti, že pomáhající jedná s člověkem ve vysokém stupni ohrožení, vyžaduje komunikace s ním naprosté soustředění, a to s důrazem na neverbální složku komunikace, protože klient je zvýšeně vnímavý, bývá v zajetí vlastních silných emocí a jeho schopnost racionálně myslet a komunikovat může být snížena.

Základním předpokladem úspěchu v tomto případě není uplatnění všech teoretických znalostí a pohotová argumentace jimi ze strany pomáhajícího, nýbrž schopnost a ochota udržet po celou dobu kontaktu s klientem pozornost v naslouchání jeho příběhu a dobrá analýza toho, co a jak říká. Důležité nejsou jen informace, ale i klientovy emoce, které vyjadřuje. V projevování emocí je vhodné klienta podporovat, vytvářet pro to v hovoru bezpečný rámec, dávat mu najevo, že má právo cítit to, co ve své výjimečné situaci pociťuje.⁵⁴ Kromě vhodných technik používaných při vedení rozhovoru (aktivní naslouchání, otevřené otázky při dotazování, parafrázování, reflexe pocitů) a slovního vyjádření podpory klientovi je potřeba tuto podporu vyjadřovat i nonverbálně. Klient často mnohem výrazněji než slova vnímá právě neverbální projevy pomáhajícího a jeho vstřícné chování projevované např. výrazem obličeje, udržováním správného očního kontaktu, vhodnou modulací hlasu, gesty.

O. Havránková uvádí, že „pro člověka v krizi bývá emoční přijetí zásadní zkušeností“⁵⁵. Tím, že má člověk možnost volně ventilovat své emoce, uvědomí si např. vzájemnou propojenost vlastního smutku a vzteku, což mu přinese uvolnění a uklidnění hladiny jeho rozbouřených emocí. Je pak ochoten a schopen odpovídat na otázky, které ho mají dovést ke zmobilizování vlastních kapacit a nalezení přirozených a dostupných zdrojů pomoci. Jestliže má klient možnost otevřeně vyjádřit své nejvnitřnější pocity, bývá přístupný přijmout ze strany

⁵³ Srov. GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J., *Poradenský proces*, s. 9.

⁵⁴ Srov. VODÁČKOVÁ, D. a kol., *Krizová intervence*, s. 486.

⁵⁵ Tamtéž.

pomáhajícího konstatování, že podobně jako odplývají bouřlivé emoce, časem pomine i jeho krizová situace.⁵⁶

Vypjaté emoce mohou mít podobu pláče, ale i křiku nebo agrese vůči okolí. Během několika minut se tímto způsobem do značné míry uvolní napětí, dojde k abreakci a nastartuje se uzdravný proces. Důležité je to, že klient pocítuje, že i v této dramatické chvíli je pomáhající s ním, nikoliv jen vedle něho. Znamená to pokusit se pochopit a akceptovat klientovy pocity a verbálně i neverbálně dávat najevo svou účast a připravenost pomáhat. Zpozornět by měl pomáhající v situaci, že se klient v krizi naopak pokouší své emoce zakrýt a chová se zdánlivě velmi racionálně, normálně, odchází tzv. „v pohodě“. Mohlo by se jednat z jeho strany o to, že dospěl ke konečnému rozhodnutí dokonat suicidium, což mu přináší vnitřní klid. Racionalizace a popření skutečnosti bývají časté obranné reakce.⁵⁷

Pro práci se sebevražděným klientem platí, že je nezbytné usilovat o navázání a udržení dobrého kontaktu. Pomáhající se od počátku musí snažit o klidné a rozvážené vystupování. Oční kontakt udržuje v přiměřené míře tak, aby klienta neznejistil upřeným pohledem nebo u něj nevyvolal strach a paniku. Někdy sám klient vyhledává v těžké krizi fyzický kontakt s pomáhajícím, což je dáno vývojovou regresí. Může se jednat o mocný nástroj, napomáhající zklidnění klienta a vyjadřující osobní účast a podporu pomáhajícího, avšak je zapotřebí užívat jej obezřetně.

Člověk rozhodující se pro sebevraždu vnímá odlišně čas, což se projevuje v jeho chování i komunikaci. Působí jako by žil v jiném zpomaleném časovém toku. Přemýšlí pomalu, vyjadřuje se pomalu, někdy je zpomalení vidět i v jeho pohybech. Tempu klienta je potřeba se přizpůsobit, nedávat najevo netrpělivost, neskákat mu do řeči, respektovat jeho pomlky a prodlevy v řeči, protože jsou dány ambivalentním myšlením. Není vhodné nabízet vlastní slova k vyjádření jeho myšlenek, protože pro klienta je důležité, aby své myšlenky formuloval vlastními slovy, i když je obtížně hledá. I klientova podrážděnost nebo útočnost

⁵⁶ Srov. VODÁČKOVÁ, D. a kol., *Krizová intervence*, s. 486.

⁵⁷ Srov. KLIMENTOVÁ, E., *Teorie a metody sociální práce*, s. 46.

patří k jeho složité situaci. Lidé v krizi jsou zvýšeně vnímaví a citliví na lidskou účast a osobní angažovanost ze strany pomáhajících, protože tu právě nejvíce potřebují. Není pro ně tak důležité, co přesně sociální pracovník říká, ale jak to říká. Vnímají jeho hlas a prostředky neverbální komunikace – polohu těla, gestikulaci, výraz obličeje. Negativně reagují na fráze, vadí jim nesoustředěnost, rušivé podněty v místnosti, kde se uskutečňuje rozhovor.⁵⁸

V anglosaských zemích se v pomáhajících profesích uplatňuje jednání podle pravidla: „s klientem v krizi jednejte jako s lekavým koněm; nedělejte nic náhle a překotně, neměňte nenadále hlas ani polohu, vysvětľujte nahlas vše, co děláte.“ Takové chování navodí pocit bezpečí a zabraňuje tomu, aby naše počínání klient vnímal paranoidně a zvyšoval tak vlastní úzkost.⁵⁹

Konkrétní postup, jak jednat s klientem při poskytování krizové intervence, bude popsán v následující kapitole.

3.3 Shrnutí

Při jednání se suicidálním klientem je třeba mít neustále na paměti, že jednáme s člověkem ve vážné krizi, který je ohrožen na životě, případně může i ohrožovat jiné. Vzhledem k tomu, že jeho myšlení i jednání je silně ovlivněno emocemi, musíme my sami vyzařovat klid a snažit se o vytvoření důvěryhodného vztahu a účasti v jeho obtížné životní situaci.

Pomáhající musí být na setkání se suicidálním klientem připraven. Znamená to, že se nesmí bát položit klientovi otázku, zda myslí na sebevraždu, a nesmí být zaskočen klientovou otázkou, zda má právo to udělat. J. Praško v odpovědi na takovou otázku doporučuje nepotvrzovat právo na sebevraždu, ale zdůraznit, že rozhodnutí je na klientovi. Zároveň je třeba neztrácet ze zřetele, že role pomáhajícího mu ukládá chránit klienta a pomáhat mu hledat jiné východisko z krizové situace. Sebevražda je nezvratné řešení, ale vždy je možné ji odložit

⁵⁸ Srov. VODÁČKOVÁ, D. a kol., *Krizová intervence*, s. 196.

⁵⁹ Srov. MATOUŠEK, O. a kol., *Metody a řízení sociální práce*, s. 134.

a uvažovat o alternativních způsobech nebo cestách, jak překonat zmatek, beznaděj, strach a bezmoc.⁶⁰

V komunikaci se suicidálním jedincem je důležitý klid a vnitřní jistota, vyjadřovaná neverbálně. Je potřeba přizpůsobit se klientovi v tempu hovoru, dopřát mu čas k vyjádření jeho ambivalentních myšlenek vlastními slovy, nechat ho projevit veškeré emoce. Nejdůležitější je navázání kontaktu a udržení důvěryhodného vztahu pomáhajícího vůči klientovi. Empatické vnímání toho, co právě prožívá, by mělo přispět k vytvoření vzájemně dobrého vztahu a vést k navození situace, ve které je klient schopen přijmout, že jeho problém má i jiná řešení než sebevraždu. Pocit nepochopení ze strany pomáhajícího by ho mohl naopak posunout blíže k suicidiu.

Při dodržení výše uvedených zásad následují další kroky, jak klienta bezpečně provést akutním nebezpečím ukončení vlastního života. V tomto smyslu se jedná o poskytnutí krizové intervence. O intervenci v krizi bude pojednávat následující kapitola.

⁶⁰ Srov. PRAŠKO, J., Péče o suicidálního pacienta. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2006, č. 4 [cit. 2008-12-05]
Dostupné na WWW: < <http://www.psychiatriepropraxi.cz> >.

4 Možnosti pomoci suicidálnímu jedinci a jeho blízkým

Tato kapitola si klade za cíl nastínit některé z možností, jak lze prostřednictvím sociální práce konkrétním způsobem pomoci člověku se sebevražednými úmysly, jeho blízkým, případně pozůstalým po sebevrahovi. Zabývá se poskytováním krizové intervence, zmiňuje se o vhodných psychoterapeutických metodách, upozorňuje na úlohu pastorační péče a neopomíjí ani možnosti sociální práce v péči o pozůstalé.

4.1 Krizová intervence

V předchozích kapitolách jsem se zmínila o tom, že člověk ohrožený sebevražedným jednáním je člověkem prožívajícím těžkou životní krizi. Krizovou intervenci lze popsat jako specializovanou pomoc, která má za úkol vrátit jedinci jeho psychickou rovnováhu, narušenou kritickou životní situací nebo událostí. Jedná se o komplexní intenzivní zásah zaměřený na osoby nacházející se v akutní krizové situaci, o prakticky zaměřenou činnost. Poskytují ji odborníci pracující v pomáhajících profesích (např. lékař, psycholog, sociální pracovník), školení dobrovolníci i laici. Může mít charakter osobního setkání krizového intervenanta s klientem tváří v tvář (v poradně, krizovém centru), telefonického nebo elektronického kontaktu (na lince důvěry, internet on-line). Obvykle se jedná o institucionalizovanou pomoc, ale nemusí tomu tak být vždy.

Sociální práce je činnost svou náplní velmi rozmanitá – jiné úkoly plní sociální pracovník pracující na úseku poskytování dávek v hmotné nouzi nebo při příspěvku na péči, jinak pracuje streetworker s drogově závislými, jinak sociální pracovník v zařízení pro seniory. Bez ohledu na různost klientely a prostředí však platí, že se kdykoliv a kdekoliv může setkat s člověkem, který je v akutní krizi a potřebuje poskytnout pomoc ve formě krizové intervence anebo tuto pomoc

alespoň neprodleně zprostředkovat. Znalost zásad poskytnutí krizové intervence patří do výbavy sociálního pracovníka stejně jako znalost poskytnutí zdravotnické první pomoci.

Pro profesionály poskytující krizovou intervenci je nezbytná specializovaná příprava a výcvik, jak jednat s ohroženým klientem. I. Úlehla soudí, že nejtěžší je pro profesionála „zvládnout pocit vlastní bezmoci ve snaze způsobit změnu v klientově životě nebo jeho přáních“⁶¹. Prospěšné je uvědomit si, že pracovník krizové intervence se už dříve s tímto úkolem u jiných klientů vyrovnal, stejně jako klient řadu životních těžkostí překonal sám bez odborné pomoci. Otázky „na zvládnání“ (co vám pomáhá to vydržet, co by vám teď nejvíce pomohlo, jak jste tyto obtíže překonal minule) pomáhají oběma stranám tím, že podporují sebedůvěru pomáhajícího i klienta. Krizový intervent musí začít pracovat tam, kde se klient právě nachází. Znamená to pomyslně se postavit na jeho místo a podívat se na věci jeho očima, snažit se porozumět jeho vnímání situace. Jakmile klient uvěří, že pomáhající dokáže vidět situaci z jeho pohledu, bude schopen naopak snáze přijmout od interventa jiný, nový pohled. U každého klienta lze najít jeho silné stránky, na kterých se dá stavět – může to být jeho osobnostní výbava, dosavadní životní úspěchy, překonané těžkosti, silné rodinné vazby a podpora blízkých apod. Úkolem interventa je pomoci klientovi na základě jeho vlastních silných stránek najít síly a zdroje, z nichž může čerpat a dovést ho k tomu, aby se odvážil s jejich pomocí velkého rizika změny. Proto se pomáhající zaměřuje na klientovo současné a budoucí chování a při poskytování krizové intervence se nesmí příliš nechat vtáhnout do klientovy minulosti a jeho vnitřního prožívání.⁶² Řešení příčin klientových potíží je záležitostí následné práce, např. formou psychoterapie.

⁶¹ ÚLEHLA, I., *Umění pomáhat*, s. 104.

⁶² Srov. ÚLEHLA, I., *tamtéž*, s. 66, 104-105.

4.1.1 Specifické znaky krizové intervence

N. Špatenková uvádí tyto specifické znaky krizové intervence: okamžitá pomoc (čas hraje významnou roli, pomoc je třeba poskytnout co nejrychleji); redukce ohrožení (navázání kontaktu s klientem, odstranění prostředků k sebevraždě z jeho dosahu); koncentrace na problém „tady a teď“ (řeší se aktuální problém v aktuální situaci); časové ohraničení (6-10 setkání); intenzivní kontakt krizového intervenanta s ohroženým jedincem; strukturovaný, aktivní, někdy i direktivní, ale vždy individuální přístup intervenanta ke klientovi.

Ve škále vlastních postojů a chování vůči sebevrahovi postupuje pomáhající od trpělivého empatického naslouchání až po direktivní zásah v případě přímého ohrožení jeho života. Má na paměti, že ve stejné situaci mohou lidé reagovat různými způsoby a potřebují jiný druh pomoci.⁶³

4.1.2 Typy krizové intervence u sebevražd

V případě suicidálního jednání lze při provádění krizové intervence rozlišovat tři základní situace. Při *ohrožení suicidálním pokusem*, resp. při započetí suicidia je nejdůležitější navázat kontakt s klientem, zachovat klid, krátce zhodnotit situaci, redukovat ohrožení a nabídnout možné řešení a pomoc.

Po nezdařeném pokusu o sebevraždu je člověk velmi přístupný k rozkrytí svých problémů. Je třeba toho využít a zejména se zaměřit na zhodnocení jeho somatického a psychického stavu a započetí léčby (např. deprese, závislosti, schizofrenie), objasnění motivu sebevraždy, zmapování nedávných ztrát, posílení sociální opory klienta. V této souvislosti hraje nezastupitelnou roli rodina. První setkání suicidanta s členy rodiny po nezdařeném pokusu o sebevraždu bývá náročné, proto je při něm vhodná přítomnost krizového intervenanta coby mediátora. Cílem je zabránit vzniku nevraživé atmosféry v rodině a odsouzení sebevraha, což by vedlo k jeho izolaci. Naopak je třeba rodinu zmobilizovat, aby

⁶³ Srov. ŠPATENKOVÁ, N., *Krizová intervence pro praxi*, s. 15-16.

postiženému členu poskytla oporu a bezpečí, posílit rodinné vazby, preventivně působit proti možným suicidálním úvahám ostatních. Zejména pro děti je vyrovnání se s krizovou situací v rodině velmi náročné, a proto je třeba poskytovat podporu všem členům rodiny.

Krizová intervence *po dokonaném suicidii* znamená poskytnutí pomoci pozůstalým po sebevrahovi. Zaměřuje se na pomoc při ventilaci a zpracování negativních pocitů ve vztahu k zemřelému i vlastní osobě, vyrovnání se s pocity viny, korekci zkreslených představ o životě a smrti blízké osoby a na zabránění vzniku rodinných mýtů (zkreslování okolností smrti, např. snaha vydávat sebevraždu za nešťastnou náhodu). Pozůstalí zažívají mimořádně silně pocit opuštěnosti, mají tendenci stavět se do role viníka nebo trpitele, někdy nejsou schopni dlouhou dobu přijmout fakt smrti svého blízkého. Proto by na krizovou intervenci mělo navazovat poradenství po pozůstalé, resp. psychoterapie.⁶⁴

4.1.3 Průběh krizové intervence

Náročnost poskytování krizové intervence v přímém kontaktu s ohroženým jedincem spočívá mimo jiné v tom, že sebevrahovi velmi rychle běží čas. V akutním ohrožení před započítím suicidálního pokusu bývá člověk krátkou dobu – asi půl hodiny, kdy potřebuje vnímat podporu a pomoc pomáhajícího.⁶⁵

N. Špatenková zmiňuje projevy Ringelova presuicidálního syndromu u sebevrahů a krizovou intervenci považuje za způsob, jak „nastartovat“ jeho zpětný chod. Navázání emocionálního vztahu klienta s interventem přeruší zužování mezilidských vztahů. Vytvoří se prostor pro ventilování agrese směrem ven od sebevraha, prolomí se apatie nebo depresivní prožívání. Pojmenování a vyčlenění problémů, které je možno začít řešit, odvádí klienta od suicidálních fantazií směrem k podněcování fantazie, nápadů a plánů na další život. Umožňuje mu to ukončit monotónnost dosavadních prožitků, učit se novým

⁶⁴ Srov. ŠPATENKOVÁ, N., *Krizová intervence pro praxi*, s. 146-153.

⁶⁵ Srov. VODÁČKOVÁ, D. a kol., *Krizová intervence*, s. 483.

způsobům jednání, zažít alespoň malý úspěch. Jako příklad postupu při krizové intervenci uvádí autorka, že nejprve je nutno s klientem navázat kontakt a zachovat klid, pokud vyjde najevo, že se jedná o suicidanta. Krátké zhodnocení situace znamená, že je třeba položit otevřeně otázku, zda má klient aktuální sebevražedné úmysly; při kladné odpovědi se intervent snaží zjistit bližší informace o tom, kdy a jak hodlá ohrožený člověk sebevraždu realizovat, a snaží se o okamžitou redukci nebezpečí – odrazuje klienta od další konzumace alkoholu nebo drog, přiměje ho, aby odložil zbraň z dosahu, vypnul plyn, odstoupil od okna, spláchl zbytek léků a vyvolal si zvracení apod. Intervent autentickým způsobem vyjadřuje profesionální i obyčejně lidský zájem o klienta a snahu mu pomoci tím, že intenzivně hledá záchytný bod, o který by se mohl opřít v dalším postupu krizové intervence – hledá hodnotu, na které sebevrahovi ještě záleží. Může to být blízká osoba, domácí mazlíček, nedokončená práce apod. Zároveň se snaží zjistit, co je motivujícím faktorem, čeho chce sebevrah svým jednáním dosáhnout – zda se jedná o skutečnou touhu zemřít, o volání o pomoc, pomstu, snahu něco změnit. Je-li intervent úspěšný a daří-li se mu udržet s klientem kontakt, může začít nabízet jinou alternativu jeho jednání, přesvědčit ho o tom, že existují i jiná řešení situace, nabídnout specifický plán a možnost pomoci – konkrétně sdělit jméno, adresu, číslo telefonu poradny psychologa, psychiatra, krizového centra, popsat cestu atd. Mnohem vhodnější než přesvědčovat klienta, aby nespáchal sebevraždu, je uzavřít s ním smlouvu o přežití, tzv. kontrakt o nespáchání sebevraždy.⁶⁶

4.1.4 Kontrakt o nespáchání sebevraždy

Kontrakt o nespáchání sebevraždy může pomoci všem klientům ohroženým suicidálním jednáním, kteří jsou ochotni a schopni použít svůj vlastní rozum. Je aktivizací jejich vlastních duševních sil a apelem na jejich racionalitu. Svými formulacemi posiluje vědomí klientova vlastního ohrožení a na druhé straně jeho odpovědnost za sebe sama. Kontrakt nelze použít u osob, které nechtějí nebo

⁶⁶ Srov. ŠPATENKOVÁ, N., *Krizová intervence pro praxi*, s. 146-147.

nemohou jednat rozumně (pod vlivem drog, mentálně postižení, duševně nemocní). Účelem smlouvy o přežití je získat prostor a čas do doby, než je možno pro klienta zajistit jinou adekvátní formu pomoci, např. psychoterapii. Tato smlouva nemůže být náhradou intenzivní psychoterapie, závazkem nebo slibem suicidálního jedince interventovi, že nespáchá sebevraždu.

Realizace smlouvy o přežití začíná zhodnocením stavu klientova ohrožení, kdy je vhodné zaměřit se na rozvinutí Ringelova presuicidálního syndromu, zejména suicidálních fantazií. Následuje vlastní provedení smlouvy o přežití, kdy intervent klade otázku „jak dlouho jste se jist, že nespácháte sebevraždu nebo se nenecháte zabít, ať se stane cokoli?“. Důležitá je smysluplná odpověď, v které by měl ohrožený člověk sám stanovit přiměřený časový úsek (do týdne). Delší čas znamená, že buď není akutně sebevraždou ohrožen nebo se sám špatně zná. Pozor je třeba dát i na vyhýbavé neurčité odpovědi. V závěru této fáze je vhodné s klientem dohodnout, kdy a jakým způsobem hodlá smlouvu obnovit. Do této doby pro něho intervent vypracuje plán - rozvrh hodin, jak stráví dobu do příštího setkání. Vybaví klienta seznamem nouzových telefonních čísel, pomůže mu vyhledat alespoň tři klíčové osoby, na které by se mohl v případě potřeby obrátit, identifikuje všechny možné formální i neformální zdroje pomoci, kterých by mohl využít. Při obnovení smlouvy o přežití je důležitá spolehlivost obou stran – klient je povinen se ozvat v dohodnutém termínu, intervent mu musí být na dohodnutém místě k dispozici, případně za sebe zajistit náhradu. S obnovováním kontraktu o nespáchání sebevraždy je vhodné pokračovat tak dlouho, dokud klient nedospěje k rozhodnutí zůstat naživu.⁶⁷

⁶⁷ Srov. ŠPATENKOVÁ, N., *Krizová intervence pro praxi*, s. 148.

4.2 Psychoterapie

Jestliže krizová intervence znamená pro člověka ohroženého sebevražednými úmysly poskytnutí první pomoci v době jeho nejakutnějšího ohrožení, psychoterapii můžeme označit jako následnou léčbu.

Psychoterapie je cílevědomé léčebné působení psychologickými prostředky na nemoc, poruchu nebo anomálii, na duševní procesy a na osobnost a její vztahy. Je působením na psychiku a ovlivňováním trpící osoby hledající pomoc. Je působením, které má odstranit nebo zmírnit potíže a podle možností odstraňovat i jejich příčiny. Má pomáhat klientům k sebepoznání, k omezení sebezníčujícího chování, k účinnému zvládnutí problémů, konfliktů a životních úkolů. Má vést k pocitům sebeuplatnění a k naplňování životního smyslu, k pocitu vyrovnanosti a spokojenosti. V průběhu psychoterapie dochází ke změnám v prožívání a chování člověka za pomoci technik, jako je např. nácvik nového chování, získání korektivní emoční zkušenosti, zpětné vazby, získávání náhledu, vytvoření terapeutického vztahu s terapeutem, využití koheze a dynamiky skupiny, učení se novým sociálním dovednostem, sebeexplorace a sebeprojektivování apod.⁶⁸

Psychoterapii provádí kvalifikovaná osoba, zejména lékař nebo psycholog, při týmové práci také sociální pracovník se speciálním výcvikem. Mimo oblast zdravotnictví se psychoterapie aplikuje v psychologickém poradenství při práci s klienty, kteří jsou v důsledku svých problémů, konfliktů nebo psychických traumat ohroženi vznikem onemocnění, případně je jejich krizový stav vede až k riziku suicidálního ohrožení. Kromě formálního vzdělání, znalostí a dovedností je nutným předpokladem pro provádění psychoterapie dodržování etických principů pro práci s klientem a soubor určitých osobnostních vlastností terapeuta.⁶⁹

⁶⁸ Srov. KRATOCHVÍL, S., *Základy psychoterapie*, s. 13.

⁶⁹ Srov. tamtéž, s. 14.

4.2.1 Komunikace a vztah v psychoterapii

V současné psychoterapii lze pozorovat několik základních proudů a řadu dalších přístupů (hlubinná, behaviorální, humanistická psychoterapie, sugestivní a hypnotherapeutický přístup, relaxační a psychofyziologické postupy, systémové, systemické a komunikační pojetí, transpersonální psychoterapie, eklektický přístup). Eklektický a integrativní přístup je v praxi nejrozšířenější, protože znamená výběr a kombinaci různých postupů a metod bez ohledu na původní teoretická východiska. Společně platí, že v psychoterapii je důležité působení na klienta prostřednictvím komunikace a vztahu.⁷⁰

O způsobu komunikace s člověkem v krizi, případně s klientem v akutním suicidálním ohrožení při poskytování krizové intervence, pojednávají částečně i předcházející kapitoly. Od sociálního pracovníka coby intervenanta se v této situaci očekává, že ve vztahu k druhému člověku bude empatický, autentický (sám sebou, opravdový, otevřený vůči klientovi, bez profesionální masky), schopný bezvýhradné akceptace klienta (oblast vzájemného vztahu) a zároveň je vybaven dovednostmi správně komunikovat verbálně i neverbálně, za pomoci technik, jako např. aktivní naslouchání, zrcadlení, parafrázování, reflexe, užívání empatických poznámek (komunikační kompetence). Zmíněné schopnosti jsou v sociální práci příznačné např. v aplikaci přístupu zaměřeného na člověka uplatňovaného autorem C. R. Rogersem.⁷¹

4.2.2 Logoterapie

Dalším z řady psychoterapeutických směrů, z nichž lze čerpat při práci se suicidálním klientem, je logoterapie V.E. Frankla. Tento autor řadí mezi základní lidské potřeby touhu po smyslu a její nenaplnění nazývá existenciální frustrací (ta vzniká tehdy, když člověk pochybuje o smyslu své existence, neví, co dál, co

⁷⁰ Srov. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 302-303.

⁷¹ Srov. SNÁŠEL, M., Sociální práce a přístup zaměřený na člověka. In *Spravedlnost a služba. Sborník vydaný k příležitosti 10. výročí činnosti CARITAS-VOŠ sociální Olomouc*, s. 62-66.

s životem). Logoterapie má pomoci najít z existenciální frustrace východisko, pomoci člověku najít jeho vlastní osobní životní smysl, a to prostřednictvím uskutečňování hodnot. Proti zaměření na vlastní uspokojení a štěstí staví dosahování vyšších cílů a hodnot, přesahujících jedince. Člověk přijímá odpovědnost za sebe a za uskutečňování hodnot tím, že reaguje na požadavky a úkoly, které před něho klade život. V tomto smyslu přeměňuje otázku bilančních sebevrahů „co ještě mohu čekat od života“ v otázku „co ještě život čeká ode mne“.⁷²

Frankl je přesvědčen, že člověk není za žádných okolností vydán osudu napospas. Jsou samozřejmě v jeho životě věci, které nemůže změnit (nevyléčitelná těžká nemoc, prožitá osobní ztráta, např. smrt blízkého člověka), avšak vždy je možno k těmto danostem zaujmout svobodný postoj. Terapeut odděluje osudové faktory v životě klienta od jeho svobodného postoje k nim a jednání. Obrací pohled klienta od nezměnitelných věcí směrem k jeho volným kapacitám, ve kterých má ještě možnost se se svým osudem vyrovnat. Logoterapie vychází z myšlenky, že i když existují v životě situace bolesti a utrpení, které sotva mají uspokojivé východisko a v kterých je těžké najít smysl, existuje v nich alespoň možnost volby postoje, které postižený k dané situaci zaujme: může proklínat sebe i okolí, může se pod jejím břemenem zhroutit nebo ji trpělivě akceptovat, hrdinně ji snášet. Rozhodnutí je vždy na každém člověku, protože ani ten nejkrutější osud nemá moc určit, jak se kdo k němu zachová.⁷³ Frankl nazývá takto vnímanou osobní svobodu člověka v rozhodování vůlí ke smyslu. Logoterapeutický přístup se projevuje ve společném usilování terapeuta a pacienta o nalezení směru dalšího myšlení a hodnocení v situacích, které přináší život. Mezi nejznámější techniky používané v logoterapii patří paradoxní intence (klient je vyzván, aby si přál paradoxně to, čeho se bojí, tím se zbaví strachu, uvolní se, navodí se žádaný účinek nebo situace) a dereflexe (odpoutání pozornosti od sebe a vlastního

⁷² Srov. KRATOCHVÍL, S., *Základy psychoterapie*, s. 94-95.

⁷³ Srov. LUKASOVÁ, E., *I tvoje utrpení má smysl*, s. 17.

prožívání a zaměření se na naplnění smysluplného cíle přináší jako důsledek pocit štěstí).

4.3 Hospic jako pomoc proti odmítání života

Logoterapii jako psychoterapeutickou metodu bych ráda zmínila i v souvislosti s problémem eutanázie (z řeckého slova *eu* – dobrý, správný a *thanatos* – smrt). Je to termín používaný pro bezbolestnou, snadnou, klidnou smrt umožněnou lékařem nebo jinou osobou ze soucitu na žádost pacienta s nevléčitelnou nemocí s cílem zkrátit jeho utrpení.⁷⁴ Snahy o povolení asistované sebevraždy jsou v současnosti předmětem velkých společenských úvah.

Z křesťanského pohledu je eutanázie nepřijatelná jako porušení božského zákona, urážka důstojnosti lidské osoby, zločin proti životu a proti lidstvu. Takový čin je považován za odmítnutí Boží svrchovanosti a Božího plánu lásky člověkem. Prosby těžce nemocných lidí, kteří se dovolávají smrti, by měly být chápány jako dožadování se pomoci a lásky, nikoliv jako skutečná žádost o eutanázii.⁷⁵

Jako alternativa k eutanázii se stále více prosazuje hospicové hnutí se zdůrazněním kvalitní paliativní péče a kvalifikovaného doprovázení umírajících. Právě zde se otevírá prostor pro využití dvou technik logoterapie – dereflexe a modulace postoje. Dereflexe pomáhá nemocnému zapomenout na vlastní těžkosti tím, že se zaměří na nějaký cíl, věnuje se nějakému úkolu nebo se v lásce oddá nějaké osobě a na vlastní štěstí myslí co nejméně. Zmobilizuje tím sílu ducha posunem od sebe k druhému; nemyslí přitom na dosažení vlastního žádoucího cíle (úspěšnosti, slasti, štěstí) ale snaží se naplnit smysl ve svém životě dosažením nějakého vyššího cíle, přesahujícího osobní meze – a štěstí se dostaví samovolně, jako důsledek naplnění tohoto smysluplného cíle. Modulace postoje se snaží pozitivně ovlivnit postoj nemocného k nezměnitelné situaci – od

⁷⁴ Srov. BAŠTECKÁ, B. a kol., *Klinická psychologie v praxi*, s. 164-165.

⁷⁵ Srov. ŠIPR, K., MIČO, M., a KRUMPOLC, E., *Aktuální bioetické texty. Deklarace o eutanázii*, s. 42-43.

„nemohu, protože“ k „mohu, ačkoli...“. Cílem je, aby člověk umíral i bez eutanázie klidně a důstojně nejen bez fyzické bolesti, ale dokonce ve fázi smíření, akceptace.⁷⁶

M. Svatošová považuje na základě svých zkušeností z hospicové péče přání nemocného ukončit život za důkaz, že nejsou uspokojeny všechny jeho potřeby (bio-psycho-socio-spirito). Příčinou je nezáměr a neúcta k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti. Na tomto místě se otevírá prostor pro sociální práci i pastorační péči.⁷⁷

4.4 Pastorační péče

Ve výčtu možností, jak může pomoci sociální nebo charitativní práce člověku ohroženému suicidálním jednáním, nelze vynechat ani pastorační péči. Pastorační pomoc se totiž nevztahuje jen na věřící křesťany, ale v duchu Kristova příkladu a poslání na všechny, kdož potřebují pomoc i za hranicemi běžné farní práce v mezních, obtížných, zátěžových situacích.

Pastorací se rozumí soubor činností, jejichž cílem je podpora kvality života člověka ve všech jeho dimenzích a které mají své východisko v evangeliu. Pastorační práce má pro sociální práci význam jako základní motivace pro ni, jako prostředek sociální práce. Je to jedna z disciplin, která stejně jako sociální práce slouží člověku v jeho celistvosti.⁷⁸ Současné pojetí katolické pastorece vyjadřuje první věta dokumentu II. vatikánského koncilu *Gaudium et Spes*: „Radost a naděje, smutek a úzkost lidí naší doby, zvláště chudých a všech, kteří nějak trpí, je i radostí a nadějí, smutkem a úzkostí Kristových učedníků, a není nic opravdu lidského, co by nenašlo v jejich srdci odezvu.“⁷⁹

Praktické pojednání o tom, co se rozumí pastorační péčí ve vztahu k nemocným, k nimž lze přičíst i osoby s psychickými potížemi většího rázu, lze nalézt například v pracích P. Opatrného. Ten považuje za pastorační péči

⁷⁶ Srov. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., a KODYMOVÁ, P., *Sociální práce v praxi*, s. 200-201.

⁷⁷ Srov. SVATOŠOVÁ, M., *Hospice a umění doprovázet*, s. 36.

⁷⁸ Srov. MARTINEK, M. a kol., *Praktická teologie pro sociální pracovníky*, s. 25.

⁷⁹ *Gaudium et Spes*. Pastorální konstituce o církvi v dnešním světě. In *Dokumenty II. vatikánského koncilu*

o nemocné a trpící v širším slova smyslu „takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace, včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry“.⁸⁰

Pro pastorační péči o duševně nemocné nebo o lidi nacházející se v akutní krizi až ohrožení suicidiem potřebují znát pastorační pracovníci i věřící okolí obtížemi zasaženého člověka zejména jak s ním vést pastorační rozhovor, k jakému stylu duchovního života ho vést, jakými nároky života z víry lze člověka zatěžovat, jak instruovat okolí, popř. zda a jakým způsobem udílet svátosti apod. Za zásadní požadavek autor považuje bezpodmínečné přijetí člověka pastoračním pracovníkem bez předsudků, vnitřního odporu a jakéhokoliv odsuzování. Nesprávné je vyjadřování morálního hodnocení a zkoumání viny při lidských selháních. Při pastorační péči je třeba bojovat i proti předsudku, že za většinu psychických obtíží člověk může sám – vlastní pasivitou, morálními chybami, nedostatečnou vírou. Je třeba mít také na zřeteli, že u těžkých krizových stavů nemůže sebelepší pastorační péče nahradit péči lékařskou.⁸¹

4.5 Péče o pozůstalé

V předcházejících částech práce jsem se zabývala tím, co lze z pozice sociálního pracovníka vykonat pro to, abychom klienta dokázali směrem od sebevraždy dovést zpět k životu. Ne vždy se to ale podaří, a proto k sociální práci patří i péče o pozůstalé po sebevrahovi.

⁸⁰ Arcibiskupství pražské – Pastorační středisko. OPATRŇÝ, A., *Péče o nemocné*. [online]. [cit. 2008-12-11]. Dostupné na WWW:< http://www.pastorace.cz/index.php?typ=texty&sel_char=N&sel_tema=111&sel_podtema=651&sel_text=1502 >.

⁸¹ Srov. Arcibiskupství pražské – Pastorační středisko. OPATRŇÝ, A., *Pastorační péče v méně obvyklých situacích*. [online]. [cit. 2008-12-11] Dostupné na WWW:< http://www.pastorace.cz/index.php?typ=texty&sel_char=N&sel_tema=111&sel_podtema=842 >.

4.5.1 Podpora při truchlení

Truchlení a smutek s ním spojený je stavem a prožitkem, který nastává při ztrátě někoho nebo něčeho, čemu člověk přikládá vysokou hodnotu; je to přirozená reakce potřebná k přijetí ztráty a vyrovnání se s ní. Během truchlení nastává posun od emoční ke kognitivní stránce tohoto procesu. Nejprve převládá negativní prožívání. Člověk potřebuje určitý čas k tomu, aby překonal období akutního žalu, provázené depresivním laděním, nespavostí, nervozitou, podrážděností, nechutenstvím a podobnými projevy, které odpovídají stresové reakci. Tento proces je přirozenou reakcí na ztrátu a je potřebné jím projít, aby truchlící následně mohl dospět do stadia, kdy se prosazuje myšlení vedoucí k východiskům a závěrům pro budoucnost.⁸² V této etapě není lehké pro člověka v pomáhající profesi být pro pozůstalé oporou, protože nemůže dokázat nemožné a vrátit život zemřelému. Jedná se proto spíš o doprovázení klienta, aby nezůstal ve svém zármutku osamocen, a nabídnutí konkrétní pomoci, je-li to zapotřebí.

Sebevražda je sociálně nejméně přijatelným a nejobtížněji zvládnutelným typem ztráty blízkého člověka, a to způsobem jeho smrti. Pozůstalí nemohou obvykle pochopit, proč je opustil právě takto, a pocity hněvu a viny u nich mohou být tak intenzivní, že mohou být spouštěčem vedoucím k sebevražedným tendencím nebo k sebepoškozování. V tomto případě je adekvátní použít v sociální práci postup popsany u krizové intervence po dokonaném suicidiu (zpracování negativních emocí a pocitů viny, nalezení reálného vztahu pozůstalých k zemřelému, vyrovnání se s pocity opuštění a osamělosti atd.).⁸³

4.5.2 Poradenství pro pozůstalé

Zármutek a truchlení po blízkém zemřelém bývá pro většinu lidí zdrcující. Vyrovnání se s úmrtím blízkého člověka je na prvním místě rodinnou záležitostí, ale ukazuje se, že současná rodina není zdrojem takové kvality a kvantity možné

⁸² Srov. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*, s. 245-246.

⁸³ Srov. KUBÍČKOVÁ, N., *Zármutek a pomoc pozůstalým*, s. 48.

pomoci jako v minulosti. Dalším důvodem, proč je truchlení v současné společnosti stále obtížnější, je odklon od náboženství, nedostatek jiných přirozených sociálních sítí (sousedé, přátelé) a částečná tabuizace smrti. Někteří pozůstalí se snaží svůj zármutek potlačit nebo skrývat, což jim situaci rozhodně neusnadňuje. Je proto dobře, že se sociální práce začíná zaměřovat prostřednictvím poradenství pro pozůstalé na ty, kdož potřebují v etapě prožívání těžké ztráty blízkého člověka najít pochopení a podporu druhých, setkat se s člověkem, který jim rozumí, je obeznámen s tím, co prožívají a jak je jim možno pomoci.⁸⁴

Profesionální pomoc pozůstalým probíhá následujícími formami: *doprovázení* (poradce pomáhá klientovi přijmout a zvládnout nezměnitelnou situaci - smrt blízké osoby); *vzdělávání* (pozůtalý potřebuje získat informace, vysvětlení, poučení, potřebuje si něco ověřit, potvrdit); *konzultační činnost* (směřuje k podávání informací jinému odborníkovi v rámci péče o klienta); *poradenství* (vede klienta k hlubšímu náhledu, pomáhá nalézt nejefektivnější cesty řešení problému, rady, inspirace); *terapie* (v případě, že si klient přeje zbavit se svého problému ve spolupráci s terapeutem).⁸⁵ V České republice je možno využít např. poradenství pro pozůstalé poskytované Poradnou Alej Hospicového hnutí Vysočina.

4.6 Shrnutí

Poslední kapitola práce nastiňuje konkrétní způsoby, jak lze v sociální práci pomáhat lidem ohroženým sebevraždou, jejich blízkým, případně pozůstalým. Pro sociálního pracovníka je důležité znát zásady poskytování krizové intervence při ohrožení suicidálním pokusem, po nezdařeném pokusu o sebevraždu, po dokonaném suicidiu (pomoc pozůstalým). Intervence musí být provedena co nejrychleji, je třeba zaměřit se na redukci ohrožení, koncentrovat se na problém „tady a teď“. Kontakt krizového intervenanta s klientem je v době poskytování

⁸⁴ Srov. ŠPATENKOVÁ, N., *Poradenství pro pozůstalé*, s. 11-12.

⁸⁵ Srov. tamtéž.

krizové intervence velmi intenzivní, vyznačuje se individuálním přístupem a volbou metod od empatického naslouchání až po direktivní zásah v případě přímého ohrožení života. K aktivizaci vlastních duševních sil klienta, který je schopen i v případě nejvyššího ohrožení rozumně myslet, se využívá uzavření tzv. smlouvy o přežití. Po nezdařeném pokusu o sebevraždu je třeba pomáhat posílit rodinné vazby mezi suicidantem a jeho nejbližšími, aby nedošlo ke vzniku nevraživé atmosféry v rodině a aby rodina naopak poskytla postiženému členu oporu a bezpečí. Krizová intervence po dokonaném suicidiu spočívá v poskytnutí pomoci s vyrovnáním se s neočekávanou ztrátou blízkého člověka. Pomoci může poradenství pro pozůstalé a psychoterapie.

Na krizovou intervenci navazují další formy pomoci člověku, kterého krizová situace dovedla až na pokraj sebevraždy. U lidí s těžkým duševním onemocněním (schizofrenie, deprese) je třeba zajistit adekvátní medicínskou léčbu, podpurným prostředkem u lehčích forem onemocnění a také u lidí bez příznaků psychického onemocnění je psychoterapie, např. ve formě logoterapie. Psychoterapie je cílevědomé léčebné působení psychologickými prostředky na člověka s cílem pomoci mu k sebepoznání, k omezení sebedestruktivního chování, k účinnému zvládnutí problémů, konfliktů a životních úkolů a dosažení pocitu vyrovnanosti a spokojenosti. Provádí ji lékař, psycholog, při týmové práci také sociální pracovník se speciálním výcvikem.

Podpora kvality života člověka ve všech jeho dimenzích je cílem pastorace, která vychází z myšlenek evangelia a nevztahuje se jen na věřící křesťany, ale na všechny, kdož potřebují pomoc i za hranicemi běžné farní práce v mezních, zátěžových situacích. Pastorační práce může být pro sociální práci jednak základní motivací (diakonia – služba patří mezi základní prvky křesťanství), jednak prostředkem, jak napomoci jejím prostřednictvím k odstranění dysfunkce sociálního fungování klienta. Předpokladem je bezpodmínečné přijetí klienta pastoračním pracovníkem bez předsudků, vnitřního odporu, odsuzování, zkoumání viny při lidských selháních.

Závěr

Sociální práce má mnoho podob a obsahuje řadu zajímavých a podnětných témat. Jedním z nich je problematika suicidality, která již byla v odborné literatuře zpracována z mnoha pohledů. Sebevražedné jednání z pohledu sociální práce s klientem jsem si zvolila za téma své bakalářské práce zejména proto, že si na základě osobních zkušeností z dlouholeté praxe troufám říci, že setkání se suicidálním klientem je pro sociálního pracovníka náročnou zkouškou jeho kompetence pomáhat a může být stejně jako v mém případě silným impulsem proniknout do problematiky co nehlouběji a shromáždit co nejvíce informací, které mohou sociálnímu pracovníkovi dát odpověď na otázku, zda pro klienta udělal vše, co bylo v jeho silách.

Sociální práce je multidisciplinární činnost, která se zaměřuje komplexně na zvládání obtíží lidí a vyžaduje součinnost s odborníky jiných pomáhajících profesí; při suicidálním ohrožení klienta je to zejména psychiatr a psycholog. Předpokladem úspěšnosti je také to, aby klient byl rovnocenným partnerem sociálního pracovníka spoluzodpovědným za řešení své situace, a měl právo vybrat si sám některou z možností navrhovaných sociálním pracovníkem pro zlepšení své situace.

Složitost řešení klientovy situace spočívá zejména v tom, že se pomáhající pohybuje v citlivé a částečně tabuizované oblasti, kdy i samo rozpoznání suicidálního ohrožení jedince není snadnou záležitostí. Pomáhající může být brzděn obavou z narušování klientovy intimity a pocitem nemožnosti získat informace o něm „zevnitř“. Přitom přehlédnout nebo podcenit tyto varovné příznaky může být pro klienta osudné. Jen malé množství sociálních pracovníků projde speciální přípravou pro poskytování krizové intervence; na druhé straně těch, kteří se ve své praxi se suicidalitou v nějaké podobě nesetkají, je rovněž zanedbatelný počet. Aby byli schopni bez předsudků, paniky a strachu čelit situaci, kdy se setkají s člověkem, který přímo nebo nepřímo sděluje, že se ocitl

v takové životní krizi, že nevidí jiné východisko než ukončit definitivně své utrpení, musí být na tuto situaci předem připraveni – profesně i lidsky.

Podporou jim může být vědomí, že sebevražda není náhodný neodvratitelný čin. Vodítkem k rozpoznání suicidálního ohrožení klienta je znalost Ringelova presuicidálního syndromu, kdy se u něho projevuje zužování subjektivního prostoru, zablokování nebo proti sobě zaměřená agrese a výskyt naléhavých suicidálních myšlenek. Desatero Shneidmanových charakteristik sebevražd pomáhá porozumět tomu, co ohrožený jedinec prožívá a co mu má sebevražda přinést – je to východisko ze zdánlivě neřešitelné situace a zároveň volání o pomoc. Sebevražda není náhodná, má svou pointu a smysl. Podnětem je nesnesitelná psychická bolest. Obvyklým stresorem jsou zmařené frustrované psychologické potřeby, které nebyly včas rozpoznány a naplněny. Sebevrahové před svým činem pociťují beznaděj, bezmocnost, skleslost, avšak jejich myšlení je ambivalentní – zároveň s touhou zemřít se u nich projevuje i touha dále žít, a proto ve snaze nalézt pochopení a pomoc svůj úmysl ukončit život předem sdělují. K sebevraždě obvykle dochází v souladu s celoživotním vzorcem zvládání zátěže u lidí, kteří mají tendenci řešit problémy co nejrychleji a co nejjednodušším způsobem. Vzájemné kombinaci výše uvedených faktorů je u klientů třeba věnovat pozornost, byť jednotlivě nemusí signalizovat vážné ohrožení. Znalost příznaků deprese a jiných duševních onemocnění, které mohou vést k suicidalitě, je vodítkem k nasměrování klienta do péče odborníka - lékaře.

V komunikaci se sebevražedným klientem je důležité zachovat klid a vnitřní jistotu. Tu je potřeba dávat najevo i v neverbálních projevech, které člověk v krizové situaci vnímá mnohdy citlivěji než slovní sdělení. Nejdůležitější je navázat s ohroženým člověkem kontakt, dopřát mu čas k vyjádření jeho ambivalentních myšlenek, nechat ho projevit veškeré emoce a dospět k navození situace, kdy je klient schopen přijmout, že jeho problém má i jiná řešení než ukončení života. Poskytování krizové intervence je podmíněno dobrou teoretickou přípravou i lidskou vyzrálostí pomáhajícího, který musí stát vždy na straně života a snažit se klientovi i v nejtěžších chvílích být nablízku a nabízet alternativní řešení.

Rozpoznání klientova ohrožení sebevraždou, případně poskytnutí krizové intervence, je jen první částí sociální práce se suicidálním klientem. Sociální pracovník v další navazující péči by měl působit jako člen multidisciplinárního týmu – společně s lékařem v případě duševního onemocnění, s psychologem při provádění psychoterapie. Jeho nezastupitelná role je při práci v rodině suicidanta i v rámci širšího společenství při pastorační péči, v případě dokonané sebevraždy při pomoci pozůstalým. Sociální pracovník svými znalostmi může prospět klientovi tam, kde to sebevražda nedokáže – při hledání konkrétních řešení, jak se vymanit z krize a jak nalézt cestu k dalšímu smysluplnému životu. Svou ochotou být druhému nablízku a vyslechnout jeho příběh i se všemi bolestmi a trápením, může dát člověku v krizi naději, že není opuštěn a že i z jeho situace je možno nalézt přijatelné východisko.

Sebevražda bývá završením závažné lidské krize. T. Halík ve své knize *Noc zpovědníka* vyjadřuje přesvědčení, že „krize si nemáme zastírat, nemáme se jich děsit: teprve když jimi poctivě projdeme, můžeme být přetaveni k větší zralosti“⁸⁶. Krizi tento autor považuje za šanci, velkou příležitost, kterou nám Bůh otvírá, abychom ji v duchu křesťanského učení o velikonočním příběhu o kříži a vzkříšení přijali jako výzvu projít ztroskotáním a nabrat druhý dech. S tímto vědomím je pro člověka pracujícího v pomáhajících profesích snazší doprovázet klienta i v hraničních situacích jeho života a smrti a nebát se s ním společně „zajet na hlubinu“.

Cílem mé práce bylo shromáždit teoretické poznatky o sociální práci se suicidálním klientem a utřídit je tak, aby je bylo možno využít prakticky v rozmanité denní praxi sociálního pracovníka. Mým přáním je, aby se četba bakalářské práce stala užitečnou každému, kdo tuší, že se s problematikou suicidálního ohrožení může ve svém životě setkat, a že je dobré být na tuto mezní situaci připraven.

⁸⁶ HALÍK, T., *Noc zpovědníka*, s. 17.

Bibliografie

LITERATURA

BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3.

BUCHTOVÁ, Božena a kol. *Nezaměstnanost. Psychologický, ekonomický a sociální problém*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 240 s. ISBN 80-247-9006-8.

FRANKEL, Bernard, a KRANZOVÁ, Rachel. *O sebevraždách*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 1998. 149 s. ISBN 80-7106-234-0.

GABURA, Ján, a PRUŽINSKÁ, Jana. *Poradenský proces*. 1. vyd. Praha: SLON, 1995. ISBN 80-85850-10-9.

JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 288 s. ISBN 80-7178-535-0.

KLIMENTOVÁ, Eva. *Teorie a metody sociální práce*. 1. vyd. Olomouc: UP, 2001. 244 s. ISBN 80-244-0318-8.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.

KOUTEK, Jiří, a KOCOURKOVÁ, Jana. *Sebevražedné chování. Současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 127 s. ISBN 80-7178-732-9.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 4. vyd. Praha: Portál, 2002. 392 s. ISBN 80-7178-657-8.

KUBÍČKOVÁ, Naděžda. *Zármutek a pomoc pozůstalým*. 1. vyd. Praha: ISV, 2001.

LUKASOVÁ, Elisabeth. *I tvoje utrpení má smysl. Logoterapeutická útěcha v krizi*. 1. vyd. Brno: Cesta, 2006. 191 s. ISBN 80-85319-79-9.

- MARTINEK, Michael a kol. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: JABOK, 2008. 176 s. ISBN 978-80-904137-2-6.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 380 s. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, Oldřich, KOLÁČKOVÁ, Jana, a KODYMOVÁ, Pavla. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X.
- MONESTIER, Martin. *Dějiny sebevražd. Dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. 1. vyd. Praha: dybbuk, 2003. 407 s. ISBN 80-903001-8-9.
- PETŘÍKOVÁ, Jana, a ŠTĚPÁNEK, David. Sebevražda – příznak krize. In *Sborník prací filozofické fakulty brněnské univerzity*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2588-3.
- SNÁŠEL, Miroslav. Sociální práce a přístup zaměřený na člověka. In *Spravedlnost a služba. Sborník vydaný k příležitosti 10. výročí činnosti CARITAS-VOŠ sociální Olomouc*. 1. vyd. Olomouc: CARITAS-VOŠs, 2006. 112 s.
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 1. vyd. Praha: Ecce Homo, 2003.
- ŠIPR, Květoslav, MIČO, Milan, a KRUMPOLC, Eduard. *Aktuální bioetické texty. Deklarace o eutanázii*. Olomouc: UP, 2005. ISBN 80-244-1278-0.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. *Krize. Psychologický a sociologický fenomén*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 132 s. ISBN 80-247-0888-4.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 200 s. ISBN 80-247-0586-9.
- ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat*. 3. vyd. Praha: SLON, 2005. 125 s. ISBN 80-86429-36-9.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky*. 2. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-496-6.

VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 544 s. ISBN 80-7178-696-9.

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. vyd. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.

PRAMENY

ČSÚ. Zemřelí podle podrobného seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR (1919 až 2006). [online]. Dostupné na WWW:

[http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/9C0034F745/\\$File/401706d88.xls](http://www.czso.cz/csu/2007edicniplan.nsf/t/9C0034F745/$File/401706d88.xls)
[aktualiz. 2007-11-22]. [cit. 2008-11-6].

Gaudium et Spes. Pastorální konstituce o církvi v dnešním světě. In *Dokumenty II. vatikánského koncilu*

JINÉ ZDROJE

HALÍK, Tomáš. *Noc zpovědníka*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 2005. ISBN 80-7106-77-6.

KOUBA, Petr. Krize jako katastrofická situace. *Československá psychologie*, 2008, roč. 52, č. 2.

MUSIL, Libor. Různorodost pojetí, nejasná nabídka a kontrola výkonu „sociální práce“. *Sociální práce*, 2008, roč. 8, č. 2. ISSN 1213-6204

PODZEMNÁ, Ludmila. *Varovné příznaky suicidálního ohrožení*. Závěrečná práce obhájená na CARITAS-VOŠ sociální v Olomouci v r. 2008.

Arcibiskupství pražské – Pastorační středisko. OPATRŇÝ, A., *Péče o nemocné*. [online]. [cit. 11.12.2008]. Dostupné na WWW:

< http://www.pastorace.cz/index.php?typ=texty&sel_char=&sel_tema=111&sel_podtema=651&sel_text=1502 >.

Arcibiskupství pražské – Pastorační středisko. OPATRŇÝ, A., *Pastorační péče v méně obvyklých situacích*. [online]. [cit. 2008-12-11] Dostupné na WWW:

< http://www.pastorace.cz/index.php?typ=texty&sel_char=N&sel_tema=111&sel_podtema=842 >.

PRAŠKO, J., Péče o suicidálního pacienta. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2006, č. 4 [cit.2008-12-5]Dostupné na WWW: < <http://www.psychiatriepropraxi.cz> >

Sociální revue. Sociální práce a společenské otázky [online]. [cit. 2008-11-1]
Dostupné na WWW: < <http://socialnirevue.cz/item/definice-socialni-prace>>.
ISSN 1801-6790. MMIV – MMV Milan Šveřepa.

SEZNAM PŘÍLOH

1. Zemřelí celkem podle podrobného seznamu příčin smrti a věku – úrazy a otravy podle vnější příčiny v letech 1950, 1955, 1960, 1965
2. Zemřelí celkem podle podrobného seznamu příčin smrti a věku – úrazy a otravy podle vnější příčiny v letech 1970, 1975
3. Zemřelí celkem podle podrobného seznamu příčin smrti a věku – úrazy a otravy podle vnější příčiny v letech 1980, 1985, 1990
4. Zemřelí celkem podle podrobného seznamu příčin smrti a věku – úrazy a otravy podle vnější příčiny v letech 1995, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006

Přílohy

Tabulka č. I

Zemřelí celkem podle podrobného seznamu příčin smrti a věku - úrazy a otravy podle vnější příčiny

MKN (1948)	Název	1950	1955	1960 MKN 1955	1965 MKN 1955
	Dopravní úrazy motorovými vozidly	752	681	1 141	1 351
	Sebevraždy a sebepoškození	1 951	2 220	2 584	2 499
E970	Sebevražda a sebepoškození otravou analgetiky a uspávacími prostředky	15	39	28	101
E971	Sebevražda a sebepoškození otravou jinými pevnými látkami a tekutinami	89	97	86	90
E972	Sebevražda a sebepoškození otravou plyny v domácím používání	137	216	374	514
E973	Sebevražda a sebepoškození otravou jinými plyny	5	1	1	3
E974	Sebevražda a sebepoškození věšením a škrcením	1 121	1 302	1 526	1 333
E975	Sebevražda a sebepoškození tonutím (utonutím)	117	143	129	108
E976	Sebevražda a sebepoškození zbraněmi a výbušninami	226	182	175	152
E977	Sebevražda a sebepoškození nástroji řeznými a bodnými	38	44	47	39
E978	Sebevražda a sebepoškození skokem s vysokého místa	58	87	91	109
E979	Sebevražda a sebepoškození jinými a blíže neurčenými prostředky	145	109	15	21
E97a	Sebevražda vlakem	-	-	112	29

Zdroj: ČSÚ

Tabulka č. 2

**Zemřelí celkem podle podrobného seznamu příčin smrti
a věku - úrazy a otravy podle vnější příčiny**

MKN (1966)	Název	1970	1975
	Dopravní úrazy motorovými vozidly	1 997	1 714
	Sebevraždy a sebepoškození	2 824	2 410
E950	Otrava pevnou nebo tekutou látkou	171	137
E951	Otrava plynem používaným v domácnosti	712	521
E952	Otrava jiným plynem	7	6
E953	Oběšení nebo uškrcení	1 369	1 279
E954	Utonutí	102	78
E955	Střelné zbraně a výbušniny	187	112
E956	Řezné a bodné nástroje	67	64
E957	Skok s výše	123	132
E958	Jiné a NS způsoby	85	81
E959	Pozdní následky pokusu o sebevraždu nebo sebepoškození	1	-

Zdroj: ČSÚ

Tabulka č. 3

**Zemřelí celkem podle podrobného seznamu příčin smrti
a věku - úrazy a otravy podle vnější příčiny**

MKN (1976)	Název	1980	1985	1990
	Provozní úrazy motorovými vozidly	1 326	1 019	1 293
	Sebevraždy a sebepoškození	2 290	2 112	1 997
E950	Otrava pevnou nebo kapalnou látkou	164	170	163
E951	Otrava plynem používaným v domácnosti	391	191	111
E952	Otrava jiným plynem nebo výpary	11	65	77
E953	Oběšení, uškrcení nebo udušení	1 261	1 219	1 204
E954	(U)topení	83	60	49
E955	Sebevražda nebo sebepoškození střelnou zbraní nebo výbušninou	118	104	93
E956	Sebevražda nebo sebepoškození řezným, sečným nebo bodným nástrojem	42	56	46
E957				
E958	Sebevražda nebo sebepoškození skokem s výše	129	144	161
	Sebevražda nebo sebepoškození jiným nebo NS způsobem	89	102	92
E959	Pozdní následky pokusu o sebevraždu nebo sebepoškození	2	1	1

Zdroj: ČSÚ

Tabulka č. 4

**Zemřelí celkem podle podrobného seznamu příčin smrti
a věku - úrazy a otravy podle vnější příčiny**

MKN (1993)	Název	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
	Dopravní nehody	1 667	1 572	1 484	1 490	1 459	1 316	1 261	1 087
	Úmyslné sebepoškození X60 - X84	1 733	1 649	1 623	1 534	1 719	1 583	1 564	1 400
X60	Úmyslné sebeotrávení neopiátovými analgetiky, antipyretiky a antirevmatiky a expozice jejich působení	8	10	3	3	1	8	4	9
X61	Úmyslné sebeotrávení antiepileptiky, sedativy-hypnotiky, antiparkinsoniky, psychotropními léky a expozice, nezařazené jinde	38	42	45	46	47	35	32	33
X62	Úmyslné sebeotrávení narkotiky a psychodysleptiky [halucinogeny] a expozice jejich působení, nezařazené jinde	3	1	4	2	8	5	5	7
X63	Úmyslné sebeotrávení jinými léčivými látkami působícími na autonomní nervovou soustavu a expozice jejich působení	3	5	-	2	3	6	4	4
X64	Úmyslné sebeotrávení jinými a neurčenými léky, léčivými, návykovými a biologickými látkami a expozice jejich působení	109	53	53	52	57	38	47	41
X65	Úmyslné sebeotrávení alkoholem a expozice jeho působení	4	1	5	2	4	5	7	2
X66	Úmyslné sebeotrávení organickými rozpustidly a halogenovanými uhlovodíky a jejich parami a expozice jejich působení	5	4	3	8	3	6	3	1
X67	Úmyslné sebeotrávení jinými plyny a parami a expozice jejich působení	93	44	38	40	48	39	40	23
X68	Úmyslné sebeotrávení pesticidy a expozice jejich působení	-	1	-	1	2	-	-	-
X69	Úmyslné sebeotrávení jinými a neurčenými chemikáliemi a škodlivými látkami a expozice jejich působení	22	10	12	6	8	10	10	6
X70	Úmyslné sebepoškození oběšením, [u]škrčením a [za]dušením	971	986	930	929	999	981	005	869
X71	Úmyslné sebepoškození (u)topením a potopením	23	40	43	21	25	25	26	20
X72	Úmyslné sebepoškození výstřelem z pistole, revolveru	49	68	58	62	76	58	60	71
X73	Úmyslné sebepoškození výstřelem z pušky, brokovnice a větší ruční střelné zbraně	18	18	26	14	22	24	16	17
X74	Úmyslné sebepoškození výstřelem z jiné a neurčené střelné zbraně	105	88	109	85	106	77	63	76
X75	Úmyslné sebepoškození výbušnou látkou	-	1	-	3	1	-	-	-
X76	Úmyslné sebepoškození kouřem, dýmem a ohněm	3	12	8	3	13	8	7	4
X77	Úmyslné sebepoškození vodní parou, horkými výpary a horkými předměty	-	-	-	-	-	-	-	-
X78	Úmyslné sebepoškození ostrým předmětem	45	48	57	63	55	45	49	57
X79	Úmyslné sebepoškození tupým předmětem	-	-	1	1	-	-	1	-
X80	Úmyslné sebepoškození skokem s výše	163	143	148	124	154	134	117	105
X81	Úmyslné sebepoškození skokem nebo lehnutím si před pohybující se předmět	21	35	42	31	44	44	42	38
X82	Úmyslné sebepoškození havárií motorového vozidla	-	5	-	2	1	3	3	1
X83	Úmyslné sebepoškození jinými určenými prostředky	3	3	7	2	5	7	6	5
X84	Úmyslné sebepoškození neurčenými prostředky	47	31	31	32	37	25	17	11

Zdroj: ČSÚ