

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra psychologie

RIGORÓZNÍ PRÁCE

Zkušenost psychoterapeutické práce se suicidálními klienty:

interpretativní fenomenologická analýza

Experience of psychotherapeutic work with suicidal clients:

the interpretative phenomenological analysis

Mgr. Adam Paták

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie a speciální pedagogika

Praha, 2024

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Zkušenost psychotherapeutické práce se suicidálními klienty:

interpretativní fenomenologická analýza

Experience of psychotherapeutic work with suicidal clients:

the interpretative phenomenological analysis

Bc. Adam Paták

Vedoucí práce: doc. PhDr. Vladimír Chrz, Ph.D.

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Praha, 2024

Odevzdáním této diplomové práce na téma Zkušenost psychoterapeutické práce se suicidálními klienty potvrzuji, že jsem ji vypracoval pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 9.3.2024

Touto cestou bych rád poděkoval vedoucímu práce doc. PhDr. Vladimíru Chrzovi, Ph.D. za jeho ochotu, poskytnutí cenných rad a odborných připomínek. Díky rovněž patří účastníkům výzkumu, kteří se rozhodli vyprávět své profesní i životní zkušenosti. V neposlední řadě děkuji rodině a přítelkyni za všestrannou podporu v průběhu studia. Diplomovou práci symbolicky věnuji svým dědečkům. Jednoho se problematika sebevraždy osobně týkala. Druhý se bohužel o pár týdnů nedočkal jejího dokončení.

ABSTRAKT

Diplomová práce si klade za cíl porozumět zkušenosti psychoterapeutické práce se suicidálními klienty a identifikovat klíčová témata, jež se s tímto fenoménem pojí. Dílčí cíle představuje zmapování dopadů na osobní život psychoterapeutů a hodnocení současného systému péče o suicidální klienty v České republice. Pro výzkum byl zvolen kvalitativní přístup, přičemž pro analýzu dat, získaných pomocí polostrukturovaných rozhovorů, byla použita interpretativní fenomenologická analýza. Výzkumný vzorek tvoří celkem 6 informantů, kteří absolvovali komplexní postgraduální psychoterapeutický výcvik a během své kariéry pracovali s alespoň 5 suicidálními klienty. Teoretická část pojednává o epidemiologii sebevraždy, protektivních a rizikových faktorech suicidálního chování, dosavadních výzkumech či vymezuje terminologii spolu se současně platnou legislativou. V rámci empirické části jsou výsledky prezentovány ze dvou perspektiv. Zatímco první zachycuje zkušenosti jednotlivých účastníků výzkumu, druhá představuje pro zkušenost psychoterapeutické péče se suicidálními klienty významná a všem zkoumaným osobám společná témata. Za účelem přehlednosti a srozumitelnosti byly identifikované fenomény komplexní zkušenosti rozčleněny do 4 základních shluků (Psychoterapeutická práce; Prožívání; Osobní život; Systém péče), přičemž 2 fenomény byly vyčleněny, neboť jakožto „filtry“ významně ovlivňují a vnitřně diferencují žitou zkušenost (Zdravotnictví X soukromá praxe; Různorodost klientů). Hlavní zjištění jsou konfrontována s výsledky již existujících výzkumů a teoretickými psychologickými koncepty.

Klíčová slova: sebevražda; suicidální klienti; psychoterapeut;

interpretativní fenomenologická analýza

ABSTRACT

The aim of the diploma thesis is to understand the experience of psychotherapeutic work with suicidal clients and to identify key themes related to this phenomenon. The sub-objectives are to map the impact on the personal life of psychotherapists and to evaluate the current system of care provided to suicidal clients in the Czech Republic. The qualitative approach was chosen for the research, and the interpretive phenomenological analysis was used to analyse the data collected through semi-structured interviews. The research sample consists of a total of 6 informants who have completed comprehensive postgraduate psychotherapy training and have worked with at least 5 suicidal clients during their career. The theoretical part discusses the epidemiology of suicidality, protective and risk factors of suicidal behaviour, or existing research and defines terminology together with current legislation. In the empirical part, the results are presented from two perspectives. While the first depicts the experiences of individual research participants, the second presents themes relevant to the experience of psychotherapeutic care with suicidal clients that are common to all research subjects. For the purpose of clarity and readability, the identified phenomena of complex experience were divided into 4 basic clusters (Psychotherapeutic Work; Experiencing; Personal Life; System of Care), with 2 phenomena excluded because, as „filters,“ they significantly influence and internally differentiate lived experience (Healthcare X Private Practice; Client Diversity). The main findings are confronted with the results of existing research and theoretical psychological concepts.

Keywords: suicide; suicidal clients; psychotherapist;
interpretative phenomenological analysis

OBSAH

Úvod	9
1 Teoretická část	10
1.1 Terminologie	10
1.2 Vývoj suicidálního chování	13
1.3 Epidemiologie.....	14
1.4 Rizikové a protektivní faktory	17
1.5 Legislativa	19
1.6 Přehled literatury	21
2 Metodologická část	24
2.1 Interpretativní fenomenologická analýza	24
2.2 Výzkumné otázky	25
2.3 Výzkumný soubor.....	26
2.4 Procedura sběru dat	28
2.5 Etické zásady výzkumu	29
2.6 Reflexe výzkumníka	30
2.7 Postup analýzy	32
3 Empirická část	36
3.1 Analýza zkušenosti jednotlivých odborníků.....	36
3.1.1 Anežka.....	36
3.1.2 Bernard.....	43
3.1.3 Cyril.....	52
3.1.4 David.....	61
3.1.5 Eduard	68
3.1.6 Františka	76
3.2 Témata vyplývající z analýzy	83
3.2.1 Zdravotnictví X soukromá praxe	83
3.2.2 Různorodost klientů	86
3.2.3 Psychoterapeutická práce	87
3.2.4 Prožívání	95
3.2.5 Osobní život	97
3.2.6 Systém.....	101

4	Diskuse.....	105
	Závěr	120
	Seznam použitých informačních zdrojů	121
	Seznam použitých zkratek	131
	Seznam příloh	132

Úvod

„Existuje pouze jeden opravdu vážný filozofický problém: to je sebevražda. Rozhodnout se, zda život stojí za to, abychom ho žili, znamená odpovědět základní filozofickou otázkou.“ Těmito slovy uvádí Albert Camus (1995, s.15) svůj filozofický esej Mýtus o Sisyfovi. A skutečně, tématem sebevražd se zabývali již antičtí myslitelé v čele s Platónem či Aristotelem, nebo první československý prezident T. G. Masaryk.

Lidská existence je podle francouzského filozofa absurdní, tj. postrádající smysl. Vzniká tím fundamentální konflikt mezi našimi očekáváními, ideály a touhou po smyslu nebo řádu v životě a skutečnou chaotickou realitou, která není schopná splnit to, co od života nejvíce chceme. Ve světle pocitu nesmyslnosti vlastní existence, který prožívá řada lidí, se tak sebevražda jeví být adekvátním řešením. Podle Camuse však uvědomění absurdity života neospravedlňuje sebevražedné chování. Naopak vyžaduje revoltu, kdy člověk uzná onu absurditu, ale navzdory ní žije dál.

V rovnici úspěšné psychoterapie suicidálních klientů s podivem dlouho chyběl její klíčový člen. Stranou vědeckého zájmu, který se zaměřoval především na suicidální jedince nebo společnost, na níž jejich sebevražda dopadá, totiž stála osoba psychoterapeuta, jehož se základní otázka dotýká rovnou dvakrát. Nejen, že se s ní musí potýkat sám, ale zároveň je jeho úkolem napomoci klientovi k revoltě, zpracování sebevražedných myšlenek a rozhodnutí žít dál. Chce-li tedy psychoterapeutická obec poskytovat kvalitní služby lidem, kteří vyhledají pomoc kvůli sebevražednému chování, s nímž se potýkají, musí se mimo jiné zaměřit na žité zkušenosti psychoterapeutů samotných.

Předkládanou studii, která se v českém kontextu řadí mezi první svého druhu, se tak připojujeme ke snaze porozumět problematice psychoterapeutické práce se suicidálními klienty, jež si v současnosti získává čím dál větší pozornost zahraničních výzkumníků. Věříme, že nabyté poznatky přispějí ke zkvalitnění profesní přípravy a následné odborné podpory psychoterapeutů, jakož i současného systému péče o suicidální klienty, a podnítí v českém prostředí další výzkumné úsilí věnované tomuto fenoménu.

1 Teoretická část

1.1 Terminologie

Fenomémem sebevraždy se vedle psychologů a psychiatrů zabývají i sociologové, antropologové, filozofové či zástupci jiných vědních disciplín. Není tedy překvapivé, že kvůli různorodosti pohledů na sebevraždu neexistuje ani jejich jednotná a všemi uznávaná definice. Proto je nejprve nutné jasně vymezit pojmy, jež v diplomové práci užíváme. Vycházíme přitom z nejrozšířenějšího konceptuálního dělení v české odborné literatuře, které rozlišuje sebevraždu bilanční, biické, patické a sebezabití.

Sebevražda (latinsky *suicidium*) se řadí mezi poruchy pudu sebezáchovy. Hartl (2004, s. 237) ji definuje jako „úmyslné ukončení vlastního života a reakci na tíživou životní situaci spojenou se ztrátou smyslu života.“ Obdobně se vyjadřuje i Vágnerová (2008). Dle Dragomirecké (1998) většina akademických vymezení sebevražd zahrnuje 2 základní parametry: 1. jedná se o dobrovolný úmysl ukončit svůj život; 2. je přítomno cílevědomě zaměřené jednání vedoucí k smrti.

Sebezabití je naproti tomu čin ukončující vlastní život, který však postrádá vědomý úmysl zemřít. Jedinec při něm kvůli psychické poruše či z jiného důvodu není schopen kriticky zhodnotit důsledky svého chování (Vágnerová, 2008). Typický příklad představují bludy a halucinace u psychotických poruch, kdy se dotyčný „zachraňuje“ před domnělými pronásledovateli tím, že vyskočí z okna. Mezi sebezabití se řadí rovněž impulzivní sebevraždy způsobené nepřičetností člověka a demonstrativní suicidální pokusy (*parasuicidia*), jež někteří využívají k manipulaci a nátlaku na nejbližší okolí. Takové osoby se nicméně vystavují riziku, že kupříkladu přeženou dávkování pozřených léků a užití prostředky se tak stanou letálními, ačkoliv jejich původním cílem nebylo zabití sebe sama.

Toto dělení však není dostačující. Psychiatři v minulosti kategoricky odmítali, že by ve věci sebevraždy existovala svobodná vůle. Z medicínského pohledu se totiž vždy jednalo o důsledek vážné psychopatologie člověka, která je v příkrém rozporu s dobrovolným a svobodným rozhodnutím ukončit svůj život (Monestier, 2003). Přestože během posledních desetiletí došlo k významnému posunu a moderní psychiatrie připouští, že sebevražedné chování nemusí být nutně podmíněno duševními poruchami nebo onemocněními, skutečnost je evidentně barvitější, než že by sebevraždu konali výhradně uvědomělí, zcela svobodní

a zdraví lidé, anebo osoby nepříčetné, ovlivněné závažnou psychopatií. Z toho důvodu dále rozlišujeme mezi bilančními, biickými a patickými sebevraždami. Jelikož nepanuje shoda na vymezení těchto konceptů – někteří autoři zaměňují bilanční a biické sebevraždy jakožto synonyma, zatímco kupř. Praško (2007) pokládá bilanční sebevraždy za druh sebevražd biických – rozhodli jsme se čerpat z práce Koutka a Kocourkové (2007b), jejichž dělení se s ohledem na získaná data zdá být pro potřeby diplomové práce nejvhodnější.

Bilanční sebevražda označuje ukončení života člověka, kterému předcházela bilance jeho dosavadního života a zvážení pozitivních i negativních možností, které na něj čekají v budoucnosti. Jinými slovy, člověk dochází k „racionálnímu“ závěru, že jeho život už postrádá smysl, a proto se ho rozhodne ukončit, neboť to pokládá za nejlepší možné řešení. Viewegh (1996) tuto situaci označuje za sebevraždu v pravém slova smyslu. V námi užívané terminologii se jedná o nadřazený pojem.

Biickou sebevraždu koná jedinec v normálním, tj. ne-patologickém, duševním stavu, přičemž motivy pro její uskutečnění vychází z reality. Díky tomu jsou pro pozůstalé do určité míry pochopitelné. Typicky se jedná o chronicky nemocného seniora, který těžko snáší ztrátu své soběstačnosti a uvědomuje si, že jeho tělesný stav se už bude pouze zhoršovat.

U **patických sebevražd** sice taktéž můžeme identifikovat bilancování, je však silně zkresleno přítomnou psychopatií. V konečném rozhodnutí pro provedení sebevraždy tak dominují patologické motivy, což představuje zásadní rozdíl mezi sebevraždami patickými a biickými. Například akutní depresivní fáze může způsobit, že jedinec bude interpretovat svou současnou životní situaci jakožto beznadějnou. Takový suicidální motiv vychází z nemoci, nikoliv objektivní reality (Koutek & Kocourková, 2007b).

Popsanou kategorizaci vnímáme jako škálu, kdy se na jednom pólu nachází sebevraždy, k nimž bezesporu vedlo svobodné rozhodnutí klienta (biický typ). Zvláště případy motivované chronickými či jinými závažnými tělesnými onemocněními se nachází na prostupné hranici s fenomény eutanázie, potažmo asistované sebevraždy. Prostřední část škály tvoří sebevraždy, u kterých jsou přítomny patologické motivy, ale není možné jednoznačně určit, zda převládají. Jedná se tedy o pomyslný interval spolehlivosti, v němž končí svoboda dobrovolného rozhodnutí se pro sebevraždu, přičemž o přesném vymezení hranice mezi biickou a patickou sebevraždou lze stále vést akademické spory. Na druhém pólu se nachází sebevraždy, kde jednoznačně převládají patologické motivy (patický typ).

Člověk se tak pro smrt rozhoduje na základě prožívané nemoci, např. těžké rekurentní deprese nebo dlouhodobé posttraumatické stresové poruchy, z níž se chce vysvobodit. Patické sebevraždy pak přecházejí v sebezabití, u nichž, jak již bylo zmíněno, chybí vědomý úmysl zemřít.

Sebevražedné jednání bychom mohli dále členit dle zvolených letálních prostředků, nejčastějších motivů nebo počtu zemřelých (suicidální dohoda, rozšířená nebo hromadná sebevražda apod.) Podrobnější kategorizaci jsme se však rozhodli nezařadit, jelikož nemá přímý vztah k získaným datům a zbytečně by tak zvětšovala rozsah diplomové práce. Omezíme se proto již jen na stručné vymezení dílčích konceptů.

Cílem **účelového sebevražedného chování** není smrt, nýbrž nevědomé vyřešení problému či náročné situace. Obdobně **demonstrativní sebevražedné jednání** neboli *parasuicidium* slouží jakožto prostředek k dosažení nějakého cíle s tím rozdílem, že je celý proces vědomý (Koutek & Kocourková, 2007b).

Zkratkovité suicidální chování, někdy označované jako impulzivní sebevražda, představuje sebevražedný pokus, kdy člověk jedná náhle, pod vlivem afektů, aniž by zvážil následky svého chování. Za nástroj zvolí to, co má zrovna po ruce, přičemž většinou nemá vážný úmysl zemřít (Vágnerová, 2008). Příkladem může být dítě, které si sáhne na život kvůli špatné známce na vysvědčení.

Sebevražedný pokus (*tentamen suicidii*, TS) je dle Koutka a Kocourkové (2007a, s. 73) „každý suicidální akt s úmyslem zemřít, avšak nikoli letálním koncem.“ Hartl (2004) zdůrazňuje, že se primárně jedná o volání o pomoc a uvádí rovněž označení užívané laiky – neúspěšná sebevražda. Taková definice se však do velké míry překrývá s konceptem parasuicidia, které např. Höschl a kol (2002) dokonce užívají jako synonymum pro sebevražedný pokus. Vymezení parasuicidia je i v zahraniční literatuře nejednotné, ba přímo nepřehledné (Bertolote & Wasserman, 2021). V rámci diplomové práce nicméně bude vždy synonymem pro demonstrativní sebevražedné jednání.

Z výzkumů vyplývá, že k sebevražedným pokusům se častěji uchylují ženy, používají se při nich především tzv. měkké metody (např. intoxikace léky), což vysvětluje, proč čin většinou nekončí smrtí, a jsou spíše impulzivního charakteru, kdy hlavní motiv tvoří problémy v interpersonální oblasti (Baštecká, 2003; Viewegh, 1996; WHO, 2021a).

V diplomové práci se řídíme media guidem projektu NA ROVINU (2019) ve spolupráci s Národním ústavem duševního zdraví (dále jen NÚDZ). Ukazuje se totiž, že způsob, jakým se o sebevraždách informuje, má značný vliv na prevenci nebo naopak zvýšení rizika následných napodobujících suicidálních pokusů (WHO, 2021a). Vyhýbáme se proto potenciálně stigmatizujícím a necitlivým souslovím typu „spáchat sebevraždu,“ neboť se páchají zločiny, či „ne/úspěšná sebevražda,“ jelikož smrt nikdy nemůže být úspěchem.

Místo toho, v souladu s media guidem (NA ROVINU, 2019), používáme odborné termíny dokonaný a nedokonaný suicidální pokus. Dokonaný je synonymem pro sebevraždu, protože končí smrtí jedince. Nedokonaný suicidální pokus odpovídá klasickému vymezení, tedy situaci, kdy jedinec svůj sebevražedný pokus přežije (Koutek & Kocourková, 2007a).

V diplomové práci je záměrně užíván termín psychoterapeutická práce a nikoliv psychoterapie. Ta se totiž dle současné legislativy smí vykonávat výhradně ve zdravotnictví a psychoterapeutem se může nazývat pouze odborník s příslušnou atestací. My však užíváme termín psychoterapeut šířeji jakožto označení pro všechny, kdo absolvovali komplexní psychoterapeutický výcvik, ať už byl akreditován pro zdravotnictví nebo certifikován Českou asociací pro psychoterapii (dále jen ČAP). Informanti navíc uvádějí, že striktně rozlišovat výkon psychoterapie je nesmyslné, neboť při práci s klienty mnohdy přechází mezi psychoterapií, poradenstvím, a edukací klientů.

1.2 Vývoj suicidálního chování

Pod fenomén suicidálního chování nespádají pouze dokonané sebevraždy a suicidální pokusy, nýbrž i sebevražedné myšlenky, tendence a plány. Klade se tím důraz na vývojový aspekt suicidálního chování jakožto syndromu, který je výsledkem interakce vnitřních (osobnostních) a vnějších (sociokulturních) faktorů (Koutek & Kocourková, 2007b).

Sebevražedné myšlenky se odlišují od nepatologického filozofování nad vlastní smrtí, jaké by to bylo, kdyby jedinec zemřel apod., které v průběhu života zažila většina lidí. Jsou intenzivní, obtížně odklonitelné a jedinec se jimi zabývá většinu svého času, byť na počátku postrádají konkrétní obsah nebo plánování sebevražedného pokusu (Látalová, Končelíková & Praško, 2015).

Sebevražedné tendence a plány představují další vývojový stupeň. Vůči tendencím se člověk již nebrání, ale má k nim stále ambivalentní postoj. Tento stav může trvat až několik

let, nebo naopak v případě impulzivních sebevražd krátce, v řádu minut (Vágnerová, 2008). Postupně se jedinec s myšlenkami na sebevraždu ztotožňuje a promýšlí nevhodnější způsob, jak ji realizovat. Rozhodnutí pro vykonání sebevraždy dle konkrétního plánu může vést k paradoxnímu uklidnění a náhlému zlepšení psychického stavu dotyčného, které bývá okolím mylně interpretováno jako pominutí akutního nebezpečí. Jedná se o varovný signál, jenž by nikdy neměl být odborníkem při diagnostické rozvaze podceněn (Látalová, Končelíková & Praško, 2015).

V rámci vývoje sebevražedného chování může být identifikován **Ringelův presuicidální syndrom** (Ringel, 1976), který charakterizuje triáda znaků. Jedná se o *zúžení subjektivního prostoru* spočívající v izolaci, omezeném prožívání a tunelovitém vnímání nebo pocitech bezcennosti a zoufalství; *zablokovanou nebo proti sobě zaměřenou agresivitou*, kdy dotyčný sám sebe znehodnocuje, cítí vůči sobě hněv či přímo nenávist a viní se za situaci, která dle něj nemá východiska; a konečně *naléhavé suicidální fantazie*, jejichž obsahem jsou přání být mrtev a představy o provedení sebevraždy, které dotyčnému přináší úlevu, přičemž se postupně sebevražda stává čím dál více lákavým a v očích jedince jediným vhodným řešením dané situace, respektive jak utéct od bolesti a trápení.

Vzhledem k tomu, že účastníci výzkumu v rozhovorech striktně nerozlišují fáze sebevražedných myšlenek, tendencí a plánů, užíváme v diplomové práci souhrnný termín **suicidální klienti** pro označení těch, u nichž je přítomna některá z výše definovaných forem suicidálního chování nebo nedokonaný suicidální pokus.

1.3 Epidemiologie

Podle nejnovějších odhadů Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) celosvětově dokoná sebevraždu na 700 000 lidí ročně, což představuje jedno úmrtí přibližně každých 45 sekund. U adolescentů a mladých dospělých (věková skupina 15-29 let) se dokonce jedná o čtvrtou nejčastější příčinu úmrtí. Pro srovnání lze uvést, že roční počet sebevražd převyšuje nejen úmrtí způsobená nemocemi jako jsou malárie, HIV/AIDS nebo rakovina prsu, ale i počty obětí vražd a válek, byť do posledně zmíněné kategorie ještě mohou vstoupit probíhající konflikty na Ukrajině a v Izraeli-Palestině (WHO, 2021a). Jinými slovy, 1 % všech úmrtí tvoří sebevraždy. Alarmující statistiky vedly WHO k ambicióznímu cíli snížit celosvětovou míru sebevražednosti do roku 2030 o jednu třetinu (WHO, 2021b). Jedním z projektů, které mají k dosažení tohoto cíle přispět, je LIVE LIFE.

Co se týče České republiky, za rok 2022 evidují registry Českého statistického úřadu (dále jen ČSÚ) 1 302 úmrtí důsledkem sebevraždy, tj. na každý den v přepočtu připadají alespoň 3 lidé. V přepočtu na 100 000 obyvatel to sice odpovídá evropskému průměru, ale oproti klesajícímu trendu z dřívějších let se jedná o meziroční nárůst o 6,5 % v celkovém počtu sebevražd a návrat na úroveň z roku 2018. Četnost sebevražd je tak dvojnásobná oproti počtu obětí dopravních nehod, které si v roce 2022 vyžádaly „pouze“ 604 životů, a srovnatelná se zhoubnými novotvory prostaty, kterým podlehl 1 488 osob (ČSÚ, 2024).

Odhad celkového počtu sebevražd je navíc pravděpodobně podhodnocený, jelikož v posledních letech narůstá počet tzv. úmrtí s nezjištěným úmyslem, které v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN) odpovídají kódům Y10 – Y34. Jedná se o případy, které z etických důvodů nejsou, navzdory vysoké suspekci, označeny za sebevraždu, jelikož u nich s jistotou nebyl prokázán suicidální úmysl. Určit, zda jde o sebevraždu je zvláště náročné u střetů s vlakem, otrav a skoků nebo pádů z výšky. Klasifikovat sebevraždu jakožto příčinu úmrtí je nejen potenciálním stigmatem pro rodinu zemřelého, ale má i ryze ekonomické dopady – příbuzní ztrácí nárok na vyplacení odškodnění z životní pojistky. Úmrtí s nezjištěným úmyslem se tak stává bezpečnou volbou soudních lékařů, kteří mají o suicidálním úmyslu zemřelého pochybnosti a nechtějí pozůstalým způsobit újmu. V roce 2022 bylo evidováno 615 těchto úmrtí, což představuje trojnásobek vůči roku 2015 (ČSÚ, 2024). Některé případy úmrtí s nezjištěným úmyslem budou s největší pravděpodobností nerozpoznané, respektive neklasifikovatelné sebevraždy. Podhodnocením statistik týkajících se sebevraždnosti se rovněž zabývala řada zahraničních výzkumů, jejichž výsledky se většinou přiklání k tomu, že určitá míra podhodnocení skutečně existuje, byť se pochopitelně liší stát od státu (Bakst et al., 2016; Katz et al., 2016; Tøllefsen et al., 2012; Tøllefsen et al., 2015).

Dosud byla řeč pouze o dokonáných sebevraždách. WHO (2014) odhaduje prevalenci suicidálních pokusů na dvacetinásobek. To by znamenalo, že se v České republice za rok 2022 uskutečnilo přibližně 26 000 pokusů o sebevraždu. Při interpretaci tohoto údaje je však nutné vzít v potaz, že někteří lidé se o sebevraždu pokouší opakovaně. Jedinými dostupnými statistikami jsou údaje o hospitalizacích pro úmyslné sebepoškození. Mezi lety 2008-2018 se v průměru jednalo přibližně o 3 000 případů (WHO, 2019). Dostupná data tak jsou evidentně podhodnocená. Jednak ne každý suicidální pokus skončí hospitalizací jedince,

jednak není možné v těchto případech s jistotou určit, zda se jednalo pouze o sebepoškození, které dotyčný přehnal, nebo zda chtěl skutečně ukončit svůj život.

Že se problematika sebevraždnosti týká širšího okruhu osob, než by se na první pohled mohlo zdát, potvrzují výsledky reprezentativního epidemiologického šetření CZEch Mental health Study, zkráceně CZEMS (Winkler, 2018 in WHO, 2019; Formánek, 2019 in WHO, 2019). Součástí výzkumu byl dotazník M.I.N.I. (Mini-International Neuropsychiatric Interview), který obsahuje otázky týkající se přítomnosti suicidálních myšlenek, plánu či přímo pokusu v posledním měsíci a celoživotní prevalenci sebevraždného pokusu, tj. zda jedinec někdy v minulosti nedokonal sebevraždný pokus. Vysoké riziko sebevraždy, které odpovídá buďto kombinaci sebevraždného pokusu v minulosti a myšlenkám na sebevraždu v posledním měsíci, nebo promyšlenému plánu, potažmo uskutečněnému sebevraždném pokusu v posledním měsíci, bylo identifikováno u 0,5 % populace. S ohledem na počet obyvatel České republiky, který v roce 2018 činil 10,65 milionu (ČSÚ, 2024), se jedná o více než 53 000 osob! Střední riziko se týkalo dalších 0,2 % a nízké riziko 3,1 % populace.

Dokonaná sebevražda nebo suicidální jednání se nicméně netýká pouze jedince, který se sebepoškozuje, ale zasáhne rovněž jeho nejbližší okolí. Dřívější odhady sahající až do 70. let minulého století (Shneidman, 1972), které převzala i WHO (2000), zmiňují, že dokonaná sebevražda má přímý dopad v průměru na 6 dalších osob. Poslední zjištění však upozorňují, že dokonaná sebevražda může zasáhnout až 135 lidí, z toho na okruh nejbližších (příbuzní, kamarádi, spolupracovníci apod.) čítající v průměru 15-30 lidí, může mít natolik silný dopad, že její zpracování vyžaduje odbornou péči. To násobně převyšuje předchozí odhady (Cerel et al., 2019). Sebevražda dokonaná v komunitě (škola, pracoviště atd.) se může dotknout až stovek lidí. Zůstaneme-li u konzervativnějších odhadů výzkumného týmu Cerelové (2019), že každá sebevražda má přímý dopad na 15 osob, pak se v České republice každý rok stane necelých 20 000 lidí tzv. *suicide survivors* neboli pozůstalými po sebevraždách.

Z výše řečeného vyplývá vysoká pravděpodobnost, že se většina psychoterapeutů při výkonu své profese s alespoň jedním suicidálním klientem anebo pozůstalým po dokonané sebevraždě setká, neboť ke 4. 1. 2024 ČAP dle prohlášení na svých webových stránkách sdružuje přibližně 1 500 kvalifikovaných psychoterapeutů a Asociace klinických psychologů ČR (dále jen AKP ČR) uvádí přibližně 1 550 klinických psychologů, kdy někteří jsou registrováni i pod ČAP a opačně. Problematika sebevraždnosti navíc prostupuje všemi

věkovými skupinami. Domníváme se proto, že si téma psychoterapeutické práce se suicidálními klienty zaslouží větší výzkumnou pozornost, která by pomohla zkvalitnit profesionální přípravu a metodickou podporu odborníků. Zvláště vezmeme-li v úvahu, že míra sebevraždnosti po několikaletém období poklesu opět stoupá, přestože statistiky nezohledňují nárůst úmrtí s nezjištěným úmyslem (ČSÚ, 2024).

1.4 Rizikové a protektivní faktory

WHO (2014) vytvořila detailní soupis rizikových faktorů, jejichž kumulace může zvyšovat riziko suicidálního chování. Pro přehlednost byly jednotlivé faktory seskupeny do 5 základních oblastí. Jmenovitě se jedná o *systém zdravotní péče*, kde převládají bariéry v přístupu k zdravotní péči; *společnost* či *stát*, které zahrnují dostupnost prostředků k sebevraždě, nevhodnou mediální praxi v rámci informování o sebevraždách anebo stigma spojené s vyhledáním odborné pomoci; *komunitu*, kam se řadí diskriminace, traumata, zneužívání nebo války a přírodní katastrofy; *vztahy*, kdy konfliktní či disharmonické vztahy, potažmo jejich ztráta, mohou způsobit významný psychický stres a stejně jako pocit izolace nebo absence sociální podpory vyústit v sebevražedné chování. Nejvíce rizikových faktorů však připadá na *individuální úroveň*, pod níž spadá škodlivé užívání alkoholu nebo návykových látek, ztráta zaměstnání nebo náročná finanční situace, dlouhodobá nemoc, chronická bolest, pocity beznaděje a další genetické nebo biologické faktory. Největší riziko pak představují duševní onemocnění, a především předchází sebevražedný pokus, který je nejspolehlivějším prediktorem suicidálního chování.

Z výzkumů vyplývá, že přibližně 90 % lidí, kteří dokonali sebevraždu, se v době smrti potýkalo s duševní poruchou, jež buďto byla nebo mohla být diagnostikována, a tím pádem i potenciálně léčena, kdyby dotyčný včas vyhledal odbornou péči (Bertolote & Fleischmann, 2002; Arsenault-Lapierre, Kim & Turecki, 2004). Mezi duševní onemocnění s nejvyšším rizikem sebevražedného chování patří psychotické poruchy, deprese, bipolárně afektivní poruchy a závislosti (Song et al., 2020; WHO 2014). Míra sebevraždnosti psychiatrických pacientů je pak oproti běžné populaci více než pětinasobná (Song et al., 2020).

Spojitosť mezi dokonanými sebevraždami a duševními onemocněními mimo jiné dokládají data zveřejněná Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky (dále jen ÚZIS) na webových stránkách Národního portálu psychiatrické péče v sekci Indikátory psychiatrické péče. V roce 2021 dokonalo sebevraždu do 61 dnů od propuštění

z hospitalizace 105 osob s duševním onemocněním (ÚZIS, 2024). Kolik z těchto osob bylo hospitalizováno z důvodu suicidálního chování není bohužel zřejmé. Vezmeme-li však v potaz, že v roce 2021 bylo evidováno 1 221 dokonanych sebevražd, znamená to, že 8,6 % všech sebevražd proběhlo do 2 měsíců od propuštění klientů s duševním onemocněním z hospitalizace (ČSÚ, 2024). Zahraniční odhady uvádí, že až 25 % osob po nedokonaném pokusu o sebevraždu se o ni znovu pokusí, přičemž v 88 % případů je to do 2 let od posledního pokusu (Ghanbari et al., 2016; Parra-Uribe, 2017).

Analytická zpráva indikátorů psychiatrické péče dále konstatuje, že mezi lety 2010 a 2019 bylo návaznou péčí, tj. kontaktem s ambulantním psychiatrem, do 30 dnů od propuštění z hospitalizace v průměru pokryto pouze 40 % osob, jež byly hospitalizovány v důsledku nedokonaného pokusu o sebevraždu (Melicharová et al., 2021). Jinými slovy, 60 % lidí, kteří jsou nejvíce ohroženi nejzávažnějšími formami suicidálního chování, nemá po ukončení hospitalizace přístup k odborné návazné péči, ačkoliv z dat jasně vyplývá, že část dokonanych sebevražd proběhne brzy po propuštění z nemocnice.

Tyto statistiky je nicméně nutné brát s rezervou, protože zveřejněné datové sady se neshodují s daty v analytické zprávě, přestože jsou všechny k dispozici na webových stránkách Národního portálu psychiatrické péče. Zůstává tak otázkou, zda byla data autory dodatečně upravena, aktualizována, nebo se jedná o prostou chybu. Dlouholeté nedostatky v zajištění návazné péče pro suicidálním chováním nejohroženější skupinu obyvatel však rozporovat nelze. Právě přístup ke zdravotní péči je přitom jedním z univerzálních a účinných protektivních faktorů (WHO, 2014).

Mezi další protektivní faktory patří vedle protikladů rizikových faktorů, tj. omezení dostupnosti prostředků k sebevraždě, zodpovědná práce médií, naplňující vztahy a podpora ze strany komunity či státu, kupříkladu i náboženské přesvědčení jedince a konstruktivní využití jeho volného času (WHO, 2014). Co se týče možných preventivních intervencí, účinnými se ukázaly být přístupy, které jsou založeny na vzdělávání praktických lékařů v rozpoznávání a léčbě depresivních onemocnění, u nichž je často přítomno suicidální chování, vzdělávání na školách a informování veřejnosti s důrazem na destigmatizaci témat duševního zdraví a sebevražd, vyškolení tzv. gatekeeperů anebo vyšší dostupnosti internetových a telefonických služeb krizové intervence.

Levnou, jednoduchou, ale přesto účinnou intervencí, která představuje dílčí řešení výše nastíněného problému sebevraždy po ukončené hospitalizaci, je kontaktování propuštěného klienta skrze telefonáty, emaily nebo pohledy s cílem zkontrolovat jeho současný stav a případně zabezpečit adekvátní návaznou péči. *Follow-ups* neboli následné kontroly, které je doporučeno provádět do 6-12 měsíců po propuštění klienta z hospitalizace, mají prokazatelně pozitivní vliv na prevenci dalších sebevražedných pokusů, zvláště jedná-li se o telefonické hovory, jež posilují vzájemnou interakci lékařského týmu a klienta (Ghanbari et al., 2016). Dle výzkumného týmu Fleischmannové (2008) může edukace klientů před propuštěním z hospitalizace spolu s následnými telefonickými kontrolami snížit počet dokonaných sebevražd po ukončené hospitalizaci až o 90 %.

1.5 Legislativa

Problematika suicidálního chování v psychoterapii představuje složitý problém nejen z hlediska odborného a etického, ale též právního. Strach z možných žalob, vyšetřování nebo důsledků potenciálního pochybení v případě dokonané sebevraždy klienta patří mezi hojně uváděné negativně prožívané aspekty psychoterapie suicidálních klientů (Awenat et al., 2017; Hendin et al., 2000; Levy et al., 2019). V následující kapitole proto stručně vymezipme, jaké povinnosti české právo odborníkovi při práci s těmito klienty ukládá. Na tomto místě bychom rádi vyjádřili vděk zástupkyni AKP ČR PhDr. Markétě Celerové, Ph.D.; JUDr. Janu Machovi; doc. JUDr. Petru Šustkovi, PhD. a psychiatrovi, jehož jméno jsme se rozhodli zachovat v anonymitě, za jejich cenné komentáře a odbornou pomoc při tvorbě přehledu aktuálně platné legislativy vztahující se k psychoterapeutické práci se suicidálními klienty. Jelikož autor nedisponuje právnickým vzděláním, vychází z právních výkladů výše zmíněných odborníků na zdravotnické právo.

V první řadě je nutné zdůraznit, že dle oslovených právníků vyžaduje otázka psychoterapie suicidálních klientů podrobnější rozpracování, neboť se jedná o značně komplikovanou oblast, která podle konkrétního kontextu může spadat pod několik právních režimů. Pro zdravotnictví je klíčový zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který kromě standardu péče na náležité odborné úrovni definuje v § 38 odst. 1 písm. b), že pacienta lze bez souhlasu hospitalizovat jestliže „*ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak.*“ Právo neposkytuje

a z principu ani nemůže poskytovat konkrétní návod na léčebný postup či kritéria správného postupu, a proto definování standardu péče o suicidální klienty nechává na odbornících samotných. Doporučené postupy vydávané odbornými společnostmi typu České psychoterapeutické nebo psychiatrické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a Asociace klinických psychologů ČR jsou nicméně nejen právně nezávazné, ale v současné chvíli pro práci se suicidálními klienty ani neexistují, vyjma krátké kapitoly „*Terapeutický přístup u depresivního pacienta se suicidálními úmysly či jednáním*“ (Raboch et al., 2006, s. 76). Pokud by se tedy daný případ dostal před soud, ať už v rámci občanskoprávního řízení o náhradu újmy nebo trestního řízení, významnou roli by sehrálo posouzení postupu psychoterapeuta soudními znalci v příslušném oboru a odvětví. Situaci v soukromém sektoru dále komplikuje absence zákona o psychoterapii mimo zdravotnictví, potažmo psychologické či psychoterapeutické komory, která by stanovila a následně vymáhala standardy péče. ČAP ani Ministerstvo průmyslu a obchodu, pod něž vázaná živnost psychologického poradenství a diagnostiky spadá, totiž standardy dosud, stejně jako v oblasti zdravotnictví, nevymezily.

Jaké parametry by tedy měla podle právníků psychoterapeutická práce se suicidálními klienty splňovat, když v současnosti neexistují formální a odbornými společnostmi vydané standardy péče o tyto klienty? Psychiatři mají největší zodpovědnost, neboť je v jejich kompetenci dle vyhlášky č. 397/2020 Sb., o vzdělávání v základních kmenech lékařů určit míru suicidálního rizika. Ačkoliv o nedobrovolné hospitalizaci rozhoduje soud, ošetřující lékař, nejčastěji psychiatr, hraje v celém procesu důležitou roli, neboť uvádí, proč by dotyčný ne/měl být propuštěn z hospitalizace. Společný úkol psychoterapeutů, bez ohledu na pracoviště, spočívá v důkladném vedení dokumentace. Ve zdravotnictví je upraveno vyhláškou o zdravotnické dokumentaci (č. 98/2012 Sb.), v rámci sociálních služeb si pravidla vedení dokumentace interně definuje jejich poskytovatel, na živnostenský list není terapeut ve své práci ničím vázán, opora v zákoně zde jednoduše chybí. To by se však mohlo změnit díky zákonu o psychoterapii, který stanovuje povinnost vést dokumentaci případů a jehož návrh je na počátku roku 2024 projednáván a následně připomínkovan v odborné debatě. Navzdory tomu se doporučuje, aby terapeut poskytující své služby v rámci vázané živnosti psychologického poradenství a diagnostika dokumentaci vedl, neboť představuje jeho ochranu, pokud by stanul před soudem. Důležité je zaznamenat vyhodnocení suicidálního rizika, konkrétně zda se jedná o aktuální riziko, nebo jsou

suicidální úvahy chronické, typicky u emočně nestabilních poruch osobnosti hraničního typu. Není-li suicidální riziko akutní, postačí klienta vybavit krizovým plánem a kontakty na další odborníky či krizové služby. U nezletilých klientů je dostatečné o sebevražedných myšlenkách či tendencích informovat zákonného zástupce a doporučit vhodný postup. Informování klienta nebo zákonného zástupce si lze v rámci dokumentace nechat podepsat, byť to zákon nevyžaduje. U závažnějšího suicidálního chování musí psychoterapeut (zvláště je-li zároveň zdravotníkem, tedy psychologem ve zdravotnictví nebo klinickým psychologem) upozornit registrujícího všeobecného praktického lékaře či psychiatra a uvést důvody, na jejichž základě k tomuto závěru dospěl. Je-li ohrožení suicidálním chováním akutní a klient odmítá dobrovolnou hospitalizaci, pak by měl psychoterapeut zavolat na tísňovou linku 155, situaci oznámit a vyčkat do příjezdu sanitky zdravotnické záchranné služby, které poskytne součinnost formou podání dodatečných informací o klientovi. Ten je posléze vyšetřen psychiatrem viz výše popsaná nedobrovolná hospitalizace.

Jinými slovy, z výkladů práva námi oslovených odborníků vyplývá, že při psychoterapeutické práci je nutné vyhodnocovat míru rizika suicidálního chování, edukovat klienta nebo jeho zákonného zástupce o krizových službách nebo možnostech další péče a celý tento proces spolu s intervencemi zahrnující iniciaci nedobrovolné hospitalizace zaznamenat do dokumentace. Splní-li uvedené úkony, naplní tím legislativní nároky, které mu zákon ukládá. Nejpalčivější otázka, která psychoterapeuty trápí, tedy jaké intervence je jejich povinností realizovat, však kvůli absenci standardů péče o suicidální klienty zůstává nezodpovězena.

Psychoterapeutické práce se suicidálními klienty se rovněž týká např. zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim nebo prevenční povinnost plynoucí z občanského zákoníku. Domníváme se však, že detailnější rozpracování aktuálně rozvětvené legislativy je pro potřeby diplomové práce nadbytečné, a proto jsme se rozhodli ho do ní nezařadit.

1.6 Přehled literatury

Téma sebevražd se objevuje už ve spisech antických filozofů či Tomáše Akvinského. Odborné analýze tohoto fenoménu se pak na konci 19. století věnovali například Tomáš Garrigue Masaryk nebo Émile Durkheim, který je pokládán za zakladatele suicidologie, tj. vědeckého zkoumání sebevražedného chování.

Cizojazyčná literatura je obsáhlá a díky výše popsané bohaté historii zkoumání taktéž interdisciplinární. Přestože se sebevražednost po odmlce od počátku 21. století opět dostává do popředí vědeckého zájmu, což ostatně dosvědčuje i nárůst publikací týkajících se této problematiky, výzkum zaměřený na subjektivní prožívání psychoterapeuta při práci se suicidálním klientem je doposud upozadován.

Při tvorbě rešerše byl nejprve využit systém informačních zdrojů Univerzity Karlovy spolu se *Science Direct* a *Google Scholar*. Následně autor dohledával zdroje ve specializovaných časopisech (např. *American Association of Suicidology*; *Archives of Suicide Research*), aby na závěr procházel a vyseletoval literaturu, kterou výzkumníci použili ve člancích a knihách, na něž narazil v předchozích krocích.

Během vyhledávání zdrojů, které kvůli studijnímu pobytu v zahraničí probíhalo mezi 20.11. až 8.12. 2022 a poté mezi 3.1. až 12.1. 2024, byla použita především tato klíčová slova, jejich kombinace a české ekvivalenty: „(Psycho-)Therapist's/Psychologist's experience;“ „Experience of (psycho-) therapist's/psychologist's;“ „impact on/upon (psycho-) therapist/psychologist;“ „suicide;“ „suicidal client;“ „suicide attempt(er);“ „working with suicidal client;“ „(Psycho-)therapy of suicide;“ „Perceiving suicidal client.“

Níže předkládáme stručný přehled psychologické literatury, přičemž citované materiály jsou pouze vybranými příklady, nikoliv úplným výčtem dostupné odborné literatury.

České zdroje

Problematikou sebevražd se v češtině zabývá řada publikací a výzkumných článků, avšak takřka žádné z nich se nezaměřují na prožívání psychoterapeuta při práci se suicidálními klienty. Jedinou výjimkou je kritizovaná diplomová práce Hověžákové (2014), ve které si autorka, až na systémovou rovinu fenoménu, klade identické výzkumné otázky (viz kapitola 2.2). Obecnému tématu nezdarů v psychoterapii, který zahrnuje i sebevražednost klientů, se v dizertační práci věnuje Jakubů (2010). Prožívání psychoterapeutů, avšak při práci s depresivními klienty, zkoumalo Centrum pro výzkum psychoterapie na katedře FSS Masarykovy univerzity v Brně (Roubal & Řiháček, 2016).

Většina českých zdrojů je buďto přehledového a spíše teoretického charakteru, kdy vymezují základní terminologii, uvádí různá třídění sebevražd a shrnují dosavadní vědecké poznatky (Kodrlová & Čermák, 2009; Koutek & Kocourková, 2007b; Hillman, 1997;

Viewegh, 1996), nebo se jedná o odborné a praktičtěji zaměřené publikace, které mají studenty a profesionály vybavit základními informacemi a dovednostmi, aby rozpoznali suicidální chování a byli připraveni vhodně intervenovat (Látalová, Končelíková & Praško, 2015). Často se tomu děje skrze kazuistiky (Kučerová & Haškovcová, 2020). Některé publikace se nachází na pomezí odborné a populárně-naučné literatury, jež může být doporučena i laikům za účelem šíření osvěty a destigmatizace (de Beurs, 2021). Výzkumem sebevraždy se u nás primárně zabývá pracovní skupina prevence a výzkumu sebevražd spadající pod NÚDZ, konkrétně pod výzkumný program Veřejné duševní zdraví. Tato pracovní skupina mimo jiné stojí za projektem P.S. žij a nově vzniklou webovou stránkou sebevrazdy.cz, která poskytuje veřejnosti ověřené informace o fenoménu sebevražd, včetně podpůrných materiálů či odkazů na krizové služby, a zároveň shromažďuje podklady nebo seznam doporučené literatury pro odborníky. Participuje rovněž na mezinárodním projektu Joint Action ImpleMENTAL, jež usiluje o implementaci dobré praxe v oblasti duševního zdraví a prevence sebevražd. Nejpočetnější skupinu psychologických výzkumů zabývající se sebevraždou pak v českém prostředí tvoří diplomové práce.

Zahraniční zdroje

Ani v zahraniční literatuře není zkušenosti psychoterapeutické práce se suicidálními klienty věnováno příliš pozornosti. Ačkoliv lze dohledat řadu suicidologických sborníků a odborných učebnic na téma sebevražedných klientů a jejich psychoterapie, osoba terapeuta nebo poradce bývá upozadřována. Když už autoři do svých publikací zařadí kapitolu o prožívání odborníka, zaměřují se výhradně na dopady a vyrovnání se s dokonanou sebevraždou klienta (např. Cutcliffe et al., 2014; Simon & Hales, 2012; Wasserman, 2021). A naopak publikace o přenosu a protipřenosu postrádají kapitoly o suicidálních klientech (Gelso & Hayes, 2007). Oproti českým zdrojům kladou zahraniční prameny větší důraz na práci s pozůstalými (*suicide survivors*), vliv sociodemografických a kulturních proměnných či religiozity na suicidální vývoj u klienta, anebo rozdíly v pojetí sebevražd mezi jednotlivými psychoterapeutickými směry.

Na poli výzkumných článků je situace obdobná. Studií o dopadech dokonaných sebevražd klientů na prožívání a jejich vliv na budoucí způsob práce psychoterapeuta či poradce, potažmo o jimi zvolených copingových strategiích v této situaci, je násobně více nežli výzkumů komplexně mapujících zkušenost práce se suicidálními klienty, tedy těmi,

v jejichž anamnéze jsou přítomny suicidální myšlenky, ideace nebo nedokonaný sebevražedný pokus. Proces vyhledávání zdrojů však komplikovala skutečnost, že někteří autoři používají termín *suicidal client* i pro označení osoby, která dokonala sebevraždu. Jindy se obě témata prolínají (např. Scupham & Goss, 2020). Po důkladné rešerši a vyřazení výzkumů, které se navzdory svému názvu zabývaly výhradně dopady dokonáných sebevražd, jsme dospěli ke konečnému počtu 14 publikovaných zahraničních studií, které mapují aspekty zkušenosti odborné práce se suicidálními klienty. Jakožto příklady uvádíme 5 studií s nejvyšším počtem citací dle *Google Scholar* (Awenat et al., 2017; Maltsberger & Buie, 1974; Reeves & Mintz 2001; Richards, 2000; Ting, Jacobson, & Sanders, 2008).

Z rešerše literatury tedy vyplývá, že zatímco v zahraničí se již někteří autoři zkušeností psychoterapeutické práce se suicidálními klienty zabývali, v rámci české odborné psychologické obce se stále jedná o neprobádanou oblast. Náš kvalitativní výzkum tuto problematiku mapuje mezi prvními, což představuje jeho hlavní přínos.

2 Metodologická část

2.1 Interpretativní fenomenologická analýza

Cílem této diplomové práce není dosáhnout maximální generalizace dosažených výsledků. Naopak se jedná o prvotní sondu do subjektivního prožívání psychoterapeutů při profesní konfrontaci s problematikou sebevražd. S ohledem na zaměření práce, snahu zachytit fenomén psychoterapeutické práce se suicidálními klienty v celé své rozmanitosti a zároveň zachovat jedinečnost zkušenosti byl proto zvolen kvalitativní výzkumný přístup. Miovský (2006) ho charakterizuje pomocí stěžejních principů jedinečnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky, které v rámci psychologického zkoumání doplňuje cílená reflexe všech účastníků výzkumu.

Nastíněné parametry splňuje interpretativní fenomenologická analýza (dále jen IPA), která výzkumníkovi umožňuje porozumět žité zkušenosti informanta a odhalit způsob, jímž přisuzuje konkrétní zkušenosti význam (Kostínková & Čermák, 2013). Metodu vytvořil v 90. letech na základě poptávky psychologů po fenomenologickém přístupu, jehož použití by však nevyžadovalo hluboké filozofické znalosti, Jonathan A. Smith. Teoreticky vychází, jak její název napovídá, z fenomenologie a hermeneutiky (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

V souladu s Edmundem Husserlem, zakladatelem fenomenologie, je jádrem zájmu IPA fenomén žité zkušenosti. Jinými slovy, zkoumá, jak jednotlivci ve specifickém kontextu a čase prožívají svět (Kostínková & Čermák, 2013). Od klasické fenomenologie se však liší tím, že nemá ambici zachytit informantovu zkušenost v její esenci, jelikož analýza je ze své podstaty zároveň interpretací (Smith, Flowers & Larkin, 2009). Další odlišností je význam přisuzovaný výzkumníkovým prekonceptům, které jsou považovány za nezbytné, neboť bez nich by nebyl schopen plně porozumět žitým zkušenostem druhých.

V rámci výzkumného procesu využívá IPA dva hermeneutické postupy. Prvním z nich je tzv. dvojí hermeneutika, spočívající v duální interpretaci. Zatímco se informant snaží porozumět svému osobnímu a společenskému světu, badatel zkoumá způsob, kterým informant k tomuto porozumění dospívá (Smith, 2004). Druhým postupem, stavějícím na předpokladu, že celku lze porozumět výhradně skrze pochopení jeho jednotlivých částí, přičemž tyto části zase můžeme pochopit jen díky celku, je hermeneutický kruh. Výsledek analýzy tedy není dílem jednotlivce, ale pochází ze společného úsilí účastníka i výzkumníka (Smith, Flowers & Larkin, 2009).

IPA je rovněž výrazně idiografická v tom smyslu, že výzkumník začíná důkladným zkoumáním konkrétního příběhu, a až poté, co dosáhne určité úrovně porozumění, postupuje k dalším. Následně za účelem odhalení všech souvislostí a hlubšího zmapování fenoménu provede komplexní analýzu napříč jednotlivými případy (Smith, 2004).

Nastíněná reflexivní povaha IPA zajišťuje kontrolu nad výzkumným procesem a jeho transparentnost. Čtenáři tím umožňuje sledovat, jak výzkumník o datech přemýšlí, což napomáhá srozumitelnosti konečných výsledků interpretace dat. Jeví se tak být vhodnou metodou pro kvalitativní výzkum individuálního prožívání psychoterapeutické práce se suicidálními klienty.

2.2 Výzkumné otázky

Hendl (2005, s.128) tvrdí, že kvalitativní přístup disponuje nástroji, které umožňují výzkumníkovi „vstoupit do vnitřního světa jedince, aby porozuměl významům, jež fenoménu přikládá.“ Z toho důvodů bývají výzkumné otázky v IPA obvykle formulovány široce a otevřeně, jelikož se zaměřují na jednotlivcovo vnímání a prožívání určité situace, respektive na smysl situaci přisuzovaný (Smith & Osborn, 2003). Primární výzkumná otázka by navíc neměla vycházet z podrobného studia literatury, přičemž dle Kostínkové a Čermáka

(2013, s.12) „by měla explorovat, nikoli objasňovat, proto se spíše zaměřuje na proces než výsledek a spíše na význam než na konkrétní příčiny a důsledky událostí.“

Původní výzkumná otázka byla zacílena na psychotherapeutickou práci s klienty po nedokonaném pokusu o sebevraždu. První rozhovory však ukázaly, že toto zaměření není přínosné. Jednak je zkušenost psychotherapeutů značně omezená, jelikož osob, které v minulosti přežily pokus o sebevraždu a zároveň docházely na terapii je málo, jednak informanti nereflektovali kvalitativní rozdíly mezi těmito a suicidálními klienty. Výzkumná otázka proto byla přeformulována do následující finální podoby:

- **Jaká je zkušenost psychotherapeutické práce se suicidálními klienty?**

Na ní navazovaly dílčí výzkumné otázky, které specifikovaly, na co bude v rozhovorech kladen důraz. Vedle samotné zkušenosti psychotherapeutické práce jsou to dopady na osobní život psychotherapeuta a aktuální podoba systému péče o suicidální klienty. S ohledem na složení výzkumného souboru byla zařazena otázka na rozdíly ve zkušenostech dle typu pracoviště (soukromý sektor vs. zdravotnické zařízení):

- **Jak se psychotherapeutická práce se suicidálními klienty promítá do osobního života odborníka?**
- **Jakým způsobem se aktuálně nastavený systém péče o suicidální klienty promítá do psychotherapie konkrétních klientů?**
- **Co považují psychotherapeuti za klady a nedostatky systému péče a profesní přípravy?**
- **Jak se liší zkušenosti psychotherapeutické práce se suicidálními klienty dle typu pracoviště, kde odborník působí, tj. soukromý sektor nebo zdravotnické zařízení?**

2.3 Výzkumný soubor

Fenomenologicky orientovaný kvalitativní výzkum pomocí IPA vyžaduje menší soubor, který umožňuje detailně analyzovat jednotlivé zkušenosti a následně zkoumat jejich vzájemné podobnosti a rozdíly. Smith, Flowers a Larkin (2009), jejichž doporučením jsme se řídili, radí studentům, aby pro své diplomové práce zvolili vzorek čítající 3-6 participantů. Klíčovým aspektem pro výběr účastníků výzkumu je pak homogenita dotazovaných, tedy

aby všichni informanti byli nositeli daného jevu. Z toho důvodu bylo využito účelového výběru výzkumného souboru, což je pro IPA obvyklé (Smith & Osborn, 2003).

Pro naši studii jsme hledali osoby, které by splňovaly 2 hlavní kritéria. Prvním z nich bylo absolvování akreditovaného psychoterapeutického výcviku. Nerozhodovalo přitom předešlé vysokoškolské vzdělání, ani zda výcvik schválila Česká psychoterapeutická společnost, respektive IPVZ, nebo ho certifikovala ČAP. Druhým kritériem byla profesní zkušenost v rámci psychoterapie s alespoň 3-5 suicidálními klienty. Původní podmínka přitom vyžadovala profesní zkušenost se 3-5 klienty po nedokonaném pokusu o sebevraždu, ale jak již zaznělo v předchozí kapitole, bylo nutné výzkumný záměr, stejně jako druhé kritérium, přehodnotit.

Autor nejprve vytvořil výzvu k účasti na výzkumu, v níž stručně popsal plánovaný obsah výzkumu, kritéria účasti, možnosti realizace rozhovorů (prezenčně i online), etické zásady studie a na konec připojil své kontaktní údaje. Následně v období od října do listopadu 2021 výzvu opakovaně sdílel do facebookových skupin Česká psychologie a Česká psychiatrie, které v tu dobu měly celkem přibližně 6 000 členů. S prosbou o šíření byly osloveny i odborné společnosti a vedoucí pracovníci psychiatrických nemocnic. Česká asociace pro psychoterapii text uveřejnila na svých webových stránkách v sekci Aktuality 12. října 2021. Asociace klinických psychologů, dle vyjádření svých zástupců, výzvu rozeslala do emailových schránek všech svých členů koncem října 2021.

Přes veškerou snahu a pomoc odborných institucí na výzvu zareagovalo pouze 13 zájemců. Se třemi z nich byl navíc ztracen kontakt, když přestali odepisovat na emaily. Další potenciální participantka pracovala ve sféře věžeňství, což je natolik specifické prostředí, že bylo rozhodnuto o jejím vyjmutí z výzkumného souboru. Tři zájemci, kteří se o výzkumu dozvěděli od svého vedoucího klinického psychologa, pracovali ve stejné nemocnici. Zařazení pouze jednoho z nich do finálního vzorku určil náhodný výběr pomocí hrací kostky. Za účelem profesní a alespoň částečné genderové vyrovnanosti souboru byl vyřazen psychiatr z města, které navíc mělo vícečetné zastoupení.

Výzkumný soubor nakonec tvoří 4 muži a 2 ženy. Konkrétně se jedná o 2 psychiatry, klinického psychologa a klinickou psycholožku, psycholožku ve zdravotnictví podstupující předatestační přípravu a bývalého krizového intervenanta. Většina zároveň poskytuje psychoterapii nebo psychologické poradenství v soukromé praxi. Pro bližší představení jednotlivých

participantů slouží tabulka 1 na straně 34. Ačkoliv kvůli dodržení anonymity nelze uvést, kde přesně informanti působí, můžeme konstatovat, že pochází z celé České republiky.

2.4 Procedura sběru dat

Jelikož vycházíme z fenomenologického předpokladu, že informant je expertem ve vztahu ke své zkušenosti, zvolili jsme, pro IPA typickou, metodu polostrukturovaného rozhovoru, která umožňuje volně mluvit o daném tématu a směřovat k událostem, jež informantovi připadají významné (Kostínková & Čermák, 2013). Neočekávané obraty v rozhovoru představují cenné momenty, neboť poukazují na určitý aspekt fenoménu, jenž byl při přípravě rozhovoru opomenut (Smith, Flowers & Larkin, 2009). Současně však polostrukturovaný formát sběru dat dovoluje participanty usměrnit, odchýlí-li se výrazně od centrálního tématu.

Omezené časové možnosti některých účastníků výzkumu nás nutily ke zvýšení efektivnosti sběru dat. Za tímto účelem byly participantům před samotným rozhovorem zaslány 3 dokumenty. Informační list (příloha 2) se týkal průběhu a obsahu rozhovoru, tedy že otázky budou cíleny na psychotherapeutickou práci se suicidálními klienty ve vztahu k jejich profesnímu a osobnímu životu i aktuálnímu systému péče. Mohli se tak zamyslet a předpřipravit si, co pokládají za klíčové.

Druhým dokumentem byl krátký dotazník (příloha 3), který cílil na základní sociodemografické charakteristiky, profesní zkušenosti a statistické odhady počtu suicidálních klientů, s nimiž daný informant pracoval. Přínos zařazení dotazníku je trojí. Nejen že ušetřil čas nutný pro vzájemné představení či sběr těchto informací na začátku rozhovoru, psaní odpovědí rovněž nutilo participanty k reflexi jejich psychotherapeutické práce, přičemž získaná data se mohla stát námětem pro další otázky v průběhu rozhovoru.

Poslední dokument, informovaný souhlas, bude blíže popsán v následující kapitole. Zde je nutné zmínit, že díky zaslání textu nemuselo být jeho celé znění na začátku rozhovoru opakováno, což opět ušetřilo cenný čas.

Rozhovory v rozsahu od 42 do 145 minut byly uskutečněny buďto přímo na pracovišti participanta, nebo online skrze aplikace Skype a FaceTime, přičemž k jejich nahrání sloužil diktafon. Po jejich doslovném přepisu následovala důkladná anonymizace dat. V souladu s metodologickým doporučením Smitha, Flowerse a Larkina (2009), jsme první rozhovor

pojali jakožto pilotní. To znamená, že na jeho přepis navazovala společná reflexe s vedoucím diplomové práce, aby mohl být případně revidován způsob vedení příštích rozhovorů.

Vzhledem k tomu, že se účastníci výzkumu mohli na rozhovor připravit, byla úvodní otázka nahrazena pobídnutím k vyprávění:

Vyprávějte mi, prosím, Vaši zkušenost psychoterapeutické práce se suicidálními klienty.

Sdílení informantů jsme v první části rozhovoru nechali volně plynout, pouze když se na dlouho odmlčeli a řekli, že je již nic dalšího nenapadá, byli požádáni, aby se zaměřili na dopady na osobní život a systém péče. Domníváme se, že nám tento otevřený přístup může nejen lépe přiblížit osobnost participanta, ale současně identifikovat, které fenomény při práci se suicidálními klienty pokládá za důležité. Druhá část rozhovoru byla polostrukturovaná. Doptávali jsme se pomocí předpřipravených otázek nebo poznámek sepsaných během vyprávění participanta, případně jsme požadovali vyjasnění některých výroků. Pro ilustraci níže uvádíme některé z předpřipravených otázek:

- Přiblížte mi pocity a emoce vůči klientům, sobě i terapeutickému procesu, které během terapie nejčastěji zažíváte.
- Jak byste s odstupem času řešil/a svůj první případ?
- Co vám práce s klienty dává a co naopak bere?
- Jak prožíváte klientovu svobodu ukončit svůj život?
- Jaké copingové strategie využíváte, aby váš osobní život nebyl prací dotčen/abyste se s prací vyrovnal/a?
- Připravilo vás vysokoškolské studium a psychoterapeutický výcvik dostatečně na práci se suicidálními klienty?
- Co byste vy osobně na systému péče o suicidální klienty změnil/a? Co by vám pomohlo?
- Byl pro vás rozhovor v něčem přínosný?

2.5 Etické zásady výzkumu

Při interakci s informanty a práci se získanými daty, jsme se řídili základními etickými principy psychologického výzkumu definovanými Miovským (2006, s. 280-285). Jak již bylo zmíněno, před rozhovorem participanti obdrželi dokumenty s informacemi o tématu

diplomové práce, předpokládaném průběhu natáčení a anonymizaci získaných dat, která spočívala ve změně jmen, názvů obcí a dalších informací, na jejichž základě by mohlo dojít k identifikaci účastníků, osob jim blízkých nebo klientů. Rovněž byla zdůrazněna dobrovolnost jejich účasti na výzkumu, tkvící v tom, že pokud by určitou otázku nebo téma pokládali za nepříjemné, nemusí na ně odpovídat, potažmo mohou rozhovor kdykoliv ukončit. Úplné znění informovaného souhlasu, který si účastníci výzkumu předem v klidu přečetli a na začátku rozhovoru stvrdili verbálním souhlasem na diktafon, naleznete v příloze 1. Veškeré audiozáznamy jsou uloženy a zaheslovány v počítači autora. Nikdo jiný, včetně vedoucího diplomové práce, k nim nemá přístup.

2.6 Reflexe výzkumníka

Miovský (2006) upozorňuje, že data v rámci kvalitativního výzkumu vznikají interakcí mezi zkoumanými fenomény a výzkumníkem. Jinými slovy, nejsou objektivně daná a výzkumník tak může zásadně ovlivnit jejich interpretaci. Z toho důvodu je nutné provést cílenou sebereflexi, abychom si byli vědomi a popsali svůj vliv na proces získávání a zpracování dat. Zveřejnění vlastního vztahu k tématu, zahrnující osobní zkušenost, prekoncepty či motivaci k výzkumu daného tématu, je navíc považováno za nedílnou součást práce s IPA (Smith, Flowers & Larkin, 2009). V neposlední řadě sebereflexí dosáhneme transparentnosti celého výzkumného procesu.

Zájem autora o problematiku sebevražednosti se zrodil na konci střední školy, kdy se rozhodl pro studium psychologie. Od té doby je zároveň ovlivněn logoterapií V. E. Frankla do takové míry, že by v tomto směru rád absolvoval komplexní postgraduální psychoterapeutický výcvik. Pro existencialismus jsou klíčové fenomény smrti, života, svobody, zodpovědnosti či životního smyslu, které v problematice sebevražd jasně krystalizují. Ryzí existenciální povaha práce se suicidálními klienty je jedním z důvodů, proč téma sebevražd autora přitahuje a chtěl by se mu v budoucnu profesně věnovat. Výzkum je tak motivován i zvědavostí, co s sebou profese psychoterapeuta přináší a zda by se autor na tuto práci osobnostně hodil. Zájem o témata na hranici psychologie, filozofie a víry či teologie dokládá bakalářská práce, ve které se autor věnoval výzkumu zkušenosti duchovního vývoje (Pataák, 2021). Ačkoliv se hlásí k římskokatolickému vyznání, nereflektuje, že by jeho víra jakýmkoliv způsobem zasahovala do průběhu výzkumného procesu.

Původním výzkumným záměrem bylo zaznamenat zkušenost jednotlivců po nedokonaném pokusu o sebevraždu. Jedná se však o eticky značně problematické téma, jelikož

autor nemá ukončený psychoterapeutický výcvik ani kurz v krizové intervenci. Vzpomínky na rozhodnutí ukončit svůj život a realizaci sebevražedného pokusu by totiž mohly způsobit psychický propad účastníků výzkumu, který by výzkumník nebyl schopen odborně ošetřit. Toto eticky neakceptovatelné riziko, spolu s dalšími důvody, vedlo ke změně zacílení diplomové práce na zkušenost psychoterapeutů, kteří se suicidálními klienty pracují.

Na tomto místě je nutné podotknout, že autora k problematice sebevražd pojí i rodinná zkušenost. Konkrétně před více než 40 lety dokončil sebevraždu jeho dědeček, kterého tím pádem nikdy nepoznal. Shodou okolností se celou pravdu o způsobu jeho smrti dozvěděl až poté, co se rozhodl pro studium psychologie a odbornou práci s osobami ohroženými suicidálním chováním. Autor si však není vědom, že by tato skutečnost vstupovala do procesu interpretace dat a ovlivnila tím dosažené výsledky. Osobní zkušenost, kdy by někomu poskytoval krizovou intervenci, nebo znal někoho, kdo se v minulosti potýkal se sebevražednými myšlenkami nebo pokusem, postrádá. Díky absenci osobních zkušeností se při výzkumu nechal vést svou upřímnou zvědavostí.

Před sběrem dat, s ohledem na užití IPA, nebyla provedena podrobná rešerše odborné literatury, abychom nebyli ovlivněni snahou přiblížit se soudobým zjištěním v této oblasti. Součástí diplomových seminářů v rámci navazujícího magisterského studia nicméně byla práce s akademickými zdroji, což mohlo vstoupit do interpretace dat o psychoterapeuty prožívaných emocích. Právě tomuto dílčímu tématu se obsah seminární práce jednoho z kurzů věnoval. Přestože se autor o sebevraždy zajímá delší dobu, zaměřoval se výhradně na sociologická data od NÚDZ či WHO anebo na to, jakým způsobem k sebevraždě přistupují jednotlivé psychoterapeutické školy. O zkoumaném tématu tedy neměl komplexní přehled, který by mohl výsledky zkusit.

Z výše řečeného vyplývá, že nejvíce diplomovou práci ovlivnilo existenciální zázemí autora, které je zároveň největším limitem sběru a následné analýzy dat. Ačkoliv se snažil, fenomenologicky řečeno, uzávorkovat své prekoncepty, v některých předpřipravených otázkách, kupř. jak psychoterapeuti prožívají svobodné rozhodnutí klienta ukončit svůj život, a reakcích na odpovědi participantů je patrný „existenciální slovník,“ jak to nazval jeden z participantů. Existuje tedy riziko neadekvátního posouzení některých jevů, které by psycholog se zázemím například v psychodynamickém nebo systemickém směru vyhodnotil jiným způsobem. Na druhou stranu informanti z „ne-existenciálních“ směrů zařazení těchto otázek oceňovali, protože nad nimi nikdy nepřemýšleli.

2.7 Postup analýzy

Analýza byla vedena, stejně jako autorova bakalářská práce, v souladu se strukturovaným postupem definovaným Smithem, Flowersem a Larkinem (2009). Všechny rozhovory byly doslovně přepsány se zaznamenáním významných pauz, smíchu a ironie do šablony formátu A4 s očíslovanými řádky a širšími okraji určenými pro poznámky.

První krok analýzy spočíval ve vytisknutí rozhovorů, jejich tzv. „*opakovaném čtení*“ neboli „*reading and re-reading*“ (tamtéž, s.82-83) a zpětné poslechnutí nahrávky. To vše za účelem většího vtažení výzkumníka do případu a zachování si otevřenosti k objevování nových témat (Kostínková & Čermák, 2013). Cílem je dosažení „*insider's perspective*“ (Smith & Osborn, 2003), tedy vžití se do participanta, porozumění, jak vnímá a popisuje svůj život, čemu přikládá význam. Jinými slovy, vědec se snaží podívat se na svět očima informanta.

Pro přehlednost byly při prvním čtení barevně odlišeny pasáže na základě toho, zda se týkaly práce se suicidálním klientem, emocí a prožívání, dopadu na osobní život nebo systému péče a vzdělávání. Pasáže, jež se promítají do několika oblastí, jsme zvýraznili vícero odpovídajícími barvami. Zároveň byla sepsána na první pohled vyčnívající a nejčastěji v rozhovoru zdůrazňovaná témata.

Jakmile autor nabyl dojmu, že se v textu dobře orientuje, přistoupil k fázi psaní poznámek a komentářů po stranách přepisu. Dle Kostínkové a Čermáka (2013) se výzkumník musí zabývat sebemenším detailem jakožto aspektem zkoumaného fenoménu, a tak bylo zprvu zaznamenáno vše, co se jevílo mít souvislost se zkušeností participanta. V souladu s doporučenou kategorizací poznámek od Smitha, Flowerse a Larkina (2009) se komentáře nesoustředily pouze na obsah a formu sdělení, ale rovněž na rodící se koncepty, což jsou otázky, které se vynořují během čtení a jsou zároveň ze všech typů komentářů nejvíce interpretativní.

Třetí krok spočíval ve formulování tzv. „rodících se témat,“ které sice stále zřetelně zachycují kvalitu zkušenosti informanta, ale jsou již více abstraktní. Kvůli snaze zachovat transparentnost výzkumného procesu a udržet si zakotvení v datech byly pro označení fenoménů nejčastěji užity přímé výroky participantů, které zastřešovaly obecnější téma. Zatímco tedy předchozí krok kladl důraz na to, jaký význam přikládá zkoumanému fenoménu participant, nyní se od práce s primárním zdrojem dat posouváme k výzkumníkovým komentářům a jeho interpretaci (Smith, 2004). Jedná se o praktickou aplikaci principu

hermeneutického kruhu, jelikož původně jeden celek se prostřednictvím analýzy stane částmi, aby se tyto části nakonec opět spojily v celek nový (Kostínková & Čermák, 2013).

Následně jsou dle postupů IPA (Smith & Osborn, 2003) napříč těmito tématy hledány vzájemné souvislosti a propojení. Postupně začaly krystalizovat nadřazené a podřazené fenomény, některé zůstaly samostatné, jiné se propojily v jeden či se staly vzájemnými protiklady. Témata, která se nevázala k výzkumné otázce, byla vyloučena. K ověření interpretace, významů témat a případným úpravám ve vztazích mezi nimi sloužily návraty k původní transkripci rozhovoru. Tento proces probíhal opakovaně, až jsme dosáhli finální podoby modelu emergovaných fenoménů, který vystihoval komplexitu zkušenosti daného účastníka, ale přesto zůstával v rámci možností stručný a přehledný.

Užitečným nástrojem se v průběhu analýzy stala aplikace Miro, jež umožňuje vytvářet myšlenkové mapy, které měly původně autorovi sloužit pouze jako pomůcka k vizualizaci vztahů mezi jednotlivými tématy. Četné úpravy a posuny významů v důsledku re-interpretací, které proces IPA vyžaduje, totiž limitují využití klasických metod tužka-papír. Proces analýzy se tak díky aplikaci Miro stal efektivnější a především přehlednější. Strukturovanost témat a čtenářský komfort pojící se s myšlenkovými mapami, jež představují pomyslnou kostru prezentovaných výsledků analýzy, jsou hlavními důvody, proč jsme se myšlenkové mapy rozhodli zařadit do praktické části diplomové práce. Kvůli tisku se však jedná pouze o jejich zkrácené verze, které zobrazují hlavní emergované fenomény a jejich vzájemné vztahy. Rozhraní aplikace Miro neomezuje vědce jakoukoliv maximální velikostí či formátem myšlenkové mapy, a proto jsme si k jednotlivým fenoménům poznamenávali přímé citace účastníků, různé příklady, poznámky a další dodatečné informace. Úplné modely myšlenkových map by tak pro čtenáře byly zahlcující.

Velikost oválů a šířka linie značí význam fenoménů pro zkušenost informantů, respektive sílu vztahu mezi nimi. Šedá barva je znakem, že se daný fenomén nachází na hranici dvou kategorií. Čerchovaná úsečka symbolizuje doplňkové vztahy mezi fenomény. Obdélníky jsou buďto rozšiřující fenomény, nebo jsou pro zkušenost psychoterapeutické práce se suicidálními klienty méně důležité.

Tímto způsobem byla provedena analýza každého případu, k čemuž ostatně za účelem zachování idiografického přístupu k výzkumu nabádají Smith a Osborn (2003).

Závěrečnou fází IPA je hledání vzorců napříč případy. Integrací jednotlivých analýz jsme odhalili dříve skryté aspekty zkoumaného jevu. Hledali jsme především fenomény, které jsou buď všem účastníkům společné, vzájemně provázané, nebo komplementární, tj. pomáhající osvětlit jiný příběh či téma. Některá témata byla dokonce v kontextu ostatních revidována, případně přejmenována, což přispívá k lepšímu porozumění komplexitě zkušenosti psychoterapeutické práce se suicidálními klienty.

Analýza dat neproběhla bezprostředně po ukončení jejich sběru, nýbrž s přibližně ročním odstupem. Tato časová prodleva byla způsobena zahraničním studijním pobytem autora na University of St. Thomas v Minnesotě v rámci programu Kucera Scholarship. Proces analýzy tedy prodloužilo opětovné seznámení se s výzkumným materiálem. Na druhou stranu měla tato skutečnost na výzkum pozitivní vliv, jelikož autor v mezidobí jednoduše zapomněl většinu svých, během sběru dat postupně se formujících, prekonceptů, čímž neplánovaně provedl preanalytické fenomenologické uzávorkování.

Tabulka 1 – Základní informace o účastnících výzkumu

	Anežka	Bernard	Cyril	David	Eduard	Františka
Věk	40-50	40-50	30-40	40-50	30-40	50-60
Vzdělání	Psychologické	Medicínské	Medicínské	Psychologické	Psychologické	Psychologické
Profese	Klinická psycholožka	Psychiatr	Psychiatr	Terapeut, krizový intervent	Klinický psycholog	Psycholožka ve zdravotnictví
Místo výkonu profese	Psychiatrická nemocnice	CDZ + soukromá praxe	Ambulance	Soukromá praxe	Psychiatrická nemocnice, soukromá praxe	CDZ a soukromá praxe
Počet let v praxi	11	17	7	15	10	12
Absolvovaný psychoterapeutický výcvik	Logoterapie	S.U.R.	Gestalt	Psychodynamika, Gestalt, EMDR	Psychoanalytická psychoterapie	SLEA
Specializujete se na některý typ klientů?	Gerontopsychiatrie (věk 65+)	Úzkostné poruchy a trauma	Dle zakázky	X	Celé psychiatrické spektrum	Adolescenti a dospělí
Jak vypadá váš běžný pracovní den?	50 % diagnostika, 50 % psychoterapie	40 % psychoterapie, 40 % diagnostika, 20 % lektor	Psychoterapie	Psychoterapie a krizová intervence	Nemocnice: diagnostika, soukr. praxe: psychoterapie	Psychoterapie
Počet klientů po nedok. pokusu o sebevraždu	700-800	Vyšší stovky	Mnoho	5	200	50
Počet suicidálních klientů	Časté	Denní chleba – 2 000	X	5	300	157
Jaký podíl tvoří ve vaší praxi suicidální klienti?	20 %	5-10 %	Setkávám se pravidelně	8 %	Nemocnice – 30 % soukr. praxe – do 10 %	78 %
Dotýká se Vás problematika sebevražednosti mimo profesi?	X	Ano	Ano	X	Ano	Ano

3 Empirická část

3.1 Analýza zkušenosti jednotlivých odborníků

3.1.1 Anežka

Anežka je klinická psycholožka pracující na gerontopsychiatrickém oddělení psychiatrické nemocnice. Profesi vykonává 11 let a absolvovala rovněž psychoterapeutický výcvik v logoterapii. Za svou kariéru se dle svých odhadů setkala se 700-800 klienty po nedokonaném pokusu o sebevraždu, přičemž se suicidálními klienty se stýká velmi často, neboť tvoří přibližně 20 % všech pacientů, což souvisí s charakterem pracoviště. Zkušenost Anežky vychází z dlouholeté práce s klinickými pacienty seniorního věku.

Psychoterapeutická práce

Anežčina první asociace směřuje k náročnosti práce se suicidálními klienty, kdy *„člověk musí vydávat hodně energie, musí být ten, který tu situaci hlídá. Musí sledovat, jestli ten člověk pořád uvažuje o sebevraždě, a nesmí se ukolébat tím, že ta nálada už je třeba trošku lepší,“* čímž upozorňuje na fenomén zdánlivého zlepšení psychického stavu u jedinců, kteří si naplánovali sebevražedný pokus.

Následně se dostává ke 3 vzájemně propleteným centrálním aspektům, které prochází celým rozhovorem a jsou pro její zkušenost charakteristické. Prvním z nich je **svoboda klienta**, na níž se lze dívat ze dvou perspektiv. Předně nelze pacienta „preventivně držet“ na lůžkovém oddělení, aby si nic neudělal.

„Člověka s depresí a psychotickými příznaky nepustíme, protože víme, že by si ublížil... Když už je jim ale dobře, tak je musíte propustit, pokud chtějí. Není to už úplně na vás, přestože by si to člověk, pokud by se něco stalo, vyčítal... Nemůžeme ho (klienta) zde držet celý život.

Osobně, kdybych s někým dlouho pracovala a měla bych pocit, že to není na to ho pustit, tak se ozvu. Když mám pocit, že je to v tu chvíli dobré, tak mu pak musím nechat tu možnost. Vzhledem k tomu, že těch pacientů je hodně a ve chvíli, kdy jeden odejde, přichází další, tak už nemáte úplně prostor tu situaci tolik řešit.“

Jinými slovy, při propuštění pacienta neexistuje jistota, že si v budoucnu opět neublíží. Dle Anežky je však úkolem pracovníků zajistit, aby následný sebevražedný pokus nebyl patického, nýbrž biického charakteru, tedy že *„pokus nebude z důvodu nemoci, ale půjde o jeho*

rozhodnutí, nebo z důvodů souvisejících s poruchou osobnosti... Alespoň víte, že to není z psychiatrické indikace, ale že je to jeho rozhodnutí,“ čímž klade důraz na svobodnou vůli klientů.

S tím úzce souvisí téma **udělat, co je v mých silách**.

„Je důležité udělat to, co můžete, a snažit se co nejvíce zajistit bezpečnost člověka. Nedávat si na sebe přehnané požadavky. Člověk si potom naučí říkat, že udělá to, co jde. Ochráním ho tak, jak nejvíce to jde. Ale víc pro něj nemohu udělat... - stabilizujete náladu, ale třeba osobnost nezměníte.“

Zároveň dodává, že nikdy na práci se suicidálními klienty nerezignuje, neboť vždy je možné něco udělat. Ať už se jedná o edukaci pacientů spočívající v předávání informací o jednotlivých diagnózách či lécích, potažmo že situace není trvalá a může se zlepšit: *„Člověka to zklidní... protože vidí, že to není bezvýchodné. A to si myslím, že je důležitá věc.“* Dále jde o často opomíjenou práci s rodinou, jež pomáhá opětovnému začlenění do domácího prostředí a poskytuje klientům podporu. Zde je nutné vybalancovat informování o rizikových jevech, na než by měla dávat pozor, spolu s jejich obavami. *„Na druhou stranu je nesmíte moc vystrašit, aby se toho člověka nezřekli a neřekli, že se na to necítí. Tohle je třeba těžký... Mají strach z toho, že to nezvládnou, že si ten člověk ublíží a budou si to vyčítat.“*

Fenomén se taktéž propisuje do etických či legislativních otázek práce se suicidálními klienty.

„Ptám se těch lidí, snažím se je podpořit a dělám to do té míry, co jsem schopná. Více o tom nepřemýšlím. Máme nějaké znalosti, co musí být zhruba popsáno, čeho si mám všimnout a tak. Avšak většinou, když máme nového pacienta po pokusu, tak mi jde spíše o to, aby si opravdu neublížil. Nejde mi o to to nějak zvlášť řešit. Samozřejmě všechno popíšu do zápisu taky, jak mám, to ano. Asi tak. Co se týče etické stránky... Snažím se dělat, co můžu. Víc tam toho asi neudělám (smích).“

V neposlední řadě se Anežka v této oblasti dotýká spirituality, kterou lze považovat i za jistý typ copingu, byť se především váže k jejímu osobnímu životu.

„Myslím si, že mi v tom pomáhá i to, že jsem věřící. Že ve chvíli, kdy něco nemůžu ovlivnit, tak se holt o toho člověka pomodlím a odevzdám to Bohu. Je to varianta, kdy já jsem udělala tolik, kolik jsem uměla a zbytek už řešit nemůžu. Protože nemůžu řešit něco, co nezvládnou.“

Třetí pomyslný pilíř vznikl spojením několika dílčích faktorů se společným základem – **pochopení, zájem, pokora a respekt**. Můžeme říci, že se jedná o obecné etické principy psychoterapeutické práce, jež však v rámci vyprávění dostávají jiný rozměr. Nejde totiž pouze o to empaticky porozumět prožitkům či nesnázím, se kterými se člověk během svého života potýká a které ho vedou k úvahám o sebevraždě, nýbrž i respektovat samotné rozhodnutí ukončit svůj život – za předpokladu že výše zmíněné podmínky jsou splněny, tedy že odborník

udělal vše, co bylo v jeho silách, a klient se tak rozhodl svobodně, nikoliv z podstaty svého onemocnění. Za značně komplikované však pokládá pochopit jedince, kteří skrze sebevražedný pokus chtějí ublížit druhým a používají ho jako prostředek manipulace. Na opačném pólu se pak nachází lidé, kteří např. nechtějí být na obtíž rodině nebo pomalu umírat.

„V té práci je důležité lidi pochopit, být citlivý. Je důležité vědět, že je to obtížná situace, a nepovyšovat se stylem: ‚Já bych to nikdy neudělal. Já bych si v takové situace nikdy neublížil.‘ Zkrátka přijmout to jako jednu z variant, jak se člověk rozhodne. I když ho v této variantě samozřejmě nepodporujeme.“

Poeticky řečeno Anežka stojí na straně života, přičemž pochopení pro ty, kteří se rozhodli jinak, čerpá i z vlastních zkušeností těžkých období a suicidálních myšlenek.

„Ten prožitek, to že to (terapeut) zpracoval, to že sám zažil něco ošklivého, hodně těžkého, tak se odráží v práci s těmi klienty. Je to hodně poznat, si myslím. A to je něco, co se nedá předat, to prostě člověk musí prožít. Dává mu to větší pokoru... Měla jsem suicidální myšlenky. A musela jsem si to zpracovat... pomáhá mi to v tom, že si to jednak dovedu představit. Že ty lidi dovedu pochopit. Vím, jak je těžký to neudělat, když je člověk v některý situaci, ze který se nemůže dostat. Ale byla jsem v situaci, kdy jsem věděla, že to vyřeším, ale musím počkat. Takže pro mě je to pomáhající.“

V rámci terapeutické práce využívá kromě logoterapie – kupř. důraz na smysl v životě představující protektivní faktor před dalšími sebevražednými pokusy – i prvky z ostatních směrů, nicméně dodává, že gró spočívá v mezilidském kontaktu, nikoliv v naučených technikách.

„Já s ním prostě jsem. A to je hodně důležité, to nejdůležitější. Aby věděl, že já zase přijdu, že přijdu tehdy a tehdy, a že na to není sám. Že nezůstane s tou úzkostí a s tím napětím opuštěn. Ví, že přijdu, budu ho poslouchat, budu tu s ním a vydržím to s ním. Přestože to s ním není úplně příjemný, přestože je tam určitý napětí, přestože je tam nějaká bolest a úzkost. Blízkost setkání je pro mě hodně důležitá. Není na to sám, vy jste s ním. A myslím si, že v tomto lidském ty směry nejsou důležité. Za mě je to kolikrát důležitější než ty metody. Metody jsou fajn, ale v tu první chvíli je potřeba tam jenom být.“

Bytí teď a tady („...že jsme teď a tady – a co teď mám dělat, co teď má smysl – to je podle mého v té práci hodně důležité.“) se spolu se subjektivně prožívanou smysluplností psychoterapeutické práce promítá v podobě změny hodnot i do osobního života, což bude rozvedeno v příští subkapitole. Anežka navíc považuje za stimulující, že oproti práci s chronickými dementními klienty má často možnost vidět pozitivní efekt svého působení.

„Zatímco tady máte možnost něco s tím člověkem udělat. Má to řešení, není to beznadějně, většinou, ve velkém procentu. Takže ta práce je smysluplná. A je to něco, kde můžete pomoc. Víte, že tam pravděpodobně ten úspěch bude, pravděpodobně s tím člověkem budete pracovat tak, že nakonec bude v pořádku.“

Za klíčové pokládá možnosti týmové spolupráce, podpory a intervize, kde se v rámci konzultace případů může seznámit s pohledy ostatních spolupracovníků. „*To mě zklidní, když o tom mohu mluvit.*“ Dle Anežky navíc nemocniční prostředí skýtá výhody skupinové zodpovědnosti, předání pacienta kolegovi a striktnější oddělení práce od soukromého života. Zvláště začínajícím psychologům by proto doporučovala pracovat v nemocnici nežli v ambulanci.

„*Pracuji v relativním bezpečí nemocnice...Můžeme se podělit o tu zátěž. A nejsem v situaci, kdy bych si řekla, že už je mi to jedno a nechala bych ho, ať si něco udělá. Jsem zkrátka v situaci, kdy ho mohu předat. U někoho jsem trochu úzkostná. Ale vzhledem k tomu, že tu zodpovědnost má víc primářka (smích).*“

Co se týče prožívání terapeutického vztahu se suicidálními klienty, byly reflektovány pocity úzkosti, lítosti, napětí, šoku a depresivní tíhy, kdy „*člověk musí vydávat více energie, aby to zvládnul, aby byl ku prospěchu.*“ Vztek či agrese byly negovány, pouze jí bylo nepříjemné, když se klientka po delší době od hospitalizace opakovaně pokusila o sebevraždu, „*to bylo něco, co mi vadilo, co mi bylo nepříjemný, bylo mi to líto...*“ Do práce s ostatními klienty se pak promítá větší obezřetnost a snaha nepodcenit rizikové znaky hrozící sebevraždy, „*protože se to týká v podstatě všech.*“

Jak již bylo uvedeno v úvodu, jednotícím prvkem suicidálních klientů je především „*energetická náročnost,*“ která je kladena na terapeuta. „*Někdy jsou to opravdu hrůzy. Je to sice zátěž, ale je to zároveň něco, co je smysluplné. Takže mně to většinou nevadí. Ale vyčerpává to... Je hodně náročná na energii, aby člověk pacienty podporoval, aby jim dodával energii. Zase na druhou stranu to nabíjí, když vidíte, že tomu člověku můžete pomoci.*“

Dopady na osobní život

Právě nedostatek energie se nejvýznamněji propisuje z pracovního prostředí do osobního života. „*Nu a v soukromí, když člověk přijde domů, tak je unavený, když má několik takto náročných pacientů. A potřebuje nějakou chvíli pro sebe, něco, kde by obnovil síly.*“ Situace je pak o to složitější, že se Anežka někdy ocitá v „*sendvičové pozici,*“ kdy se vedle své vlastní rodiny stará i o nemocné rodiče apod., což je vcelku pochopitelně obtížné skloubit.

Odreagování či copingové strategie spočívají v „*nedělání nic psychologického, tedy fyzické práci a nepřemýšlím o starostech a přemýšlím jenom o tom, co v tu chvíli dělám. Při tomhle vypnu. Vybiju nějakou tu úzkost.*“ Anežka proto nejčastěji chodí na procházky do přírody, jezdí na kole, uklízí, zahradničí, zkrátka co jí pracovní a rodinné povinnosti dovolí.

Anežka si na základě terapeutické práce s klienty (nutno podotknout všemi klienty, nikoliv výhradně suicidálními) všímá posunu ve svých hodnotách a prožívání, čímž se nám vrací téma **ted' a tady** z předešlé subkapitoly.

„Mám více radosti z obyčejných věcí, víc si vážím toho, že jsme zdraví. Asi nemám potřebu působit jako něco víc, než jsem... Člověk si říká, co je důležité. Důležité jsou vztahy a zdraví. A radost ze života taky.“

Kolegům by pro jejich duševní hygienu doporučila oddělení práce a soukromí. *„Nic si nepřinášet domů. Nebrat si domů vyšetření a tyhle věci, když to jen trochu jde. V nemocnici jednoduše předám pacienta někomu jinému. Je pod dohledem a je to snazší.“*

Suicidální klienti téma vlastní smrtelnosti u Anežky neotevívají, neboť si ho zpracovávala již v mládí během ošetřování nemocných babiček: *„Tohle na mě už asi takhle nepůsobí. Vidím to rozhodnutí toho člověka. Neberu to k sobě.“* Naproti tomu otázky po smyslu v životě se jí nadále dotýkají, což ostatně souzní s logoterapeutickým zázemím.

System

Omezené možnosti práce s klienty již byly částečně zmíněny v subkapitole o jejich svobodě. Další restrikce spočívá v nedostatku času na samotnou terapeutickou práci a nutnosti její organizace či plánování. *„Víc času by bylo fajn. Když je zde někdo, u koho vidím, že tu péči potřebuje víc, tak mu v rámci nemocnice ten čas dát mohu. Ale zase tím беру čas jiným.“*

Vlastní zkušenost se systémem péče o suicidální klienty hodnotí relativně pozitivně. V jejich nemocnici se jim daří zajišťovat následnou psychologickou i psychiatrickou péči, poskytují podporu pečujícím rodinám, spolupracují se sociálními pracovníky, fyzioterapeuty i duchovními, což lze považovat za elementární multidisciplinární péči. Jediným nedostatkem jsou dlouhé čekací lhůty na přijetí do domovů pro seniory. *„To prostě neurychlíme.“*

„Jsou tam věci, u kterých jsem si říkala, že jsem je měla vědět hned na začátku. Že by se mi to dělalo snáz,“ hodnotí systém vzdělávání a profesní přípravy. Nedostatečná ucelenost vysokoškolského studia i následné přípravy, kdy informace získávala spíše nahodile a v závislosti na ochotě podpory a možností kolegů, tvoří jednu z hlavních kritik systému péče, neboť v kvalitní přípravě spatřuje obranu před možným strachem, např. z fyzické ošklivosti některých sebevražedných pokusů: *„Aby se člověk nelekal, aby věděl, co může čekat. Na začátku*

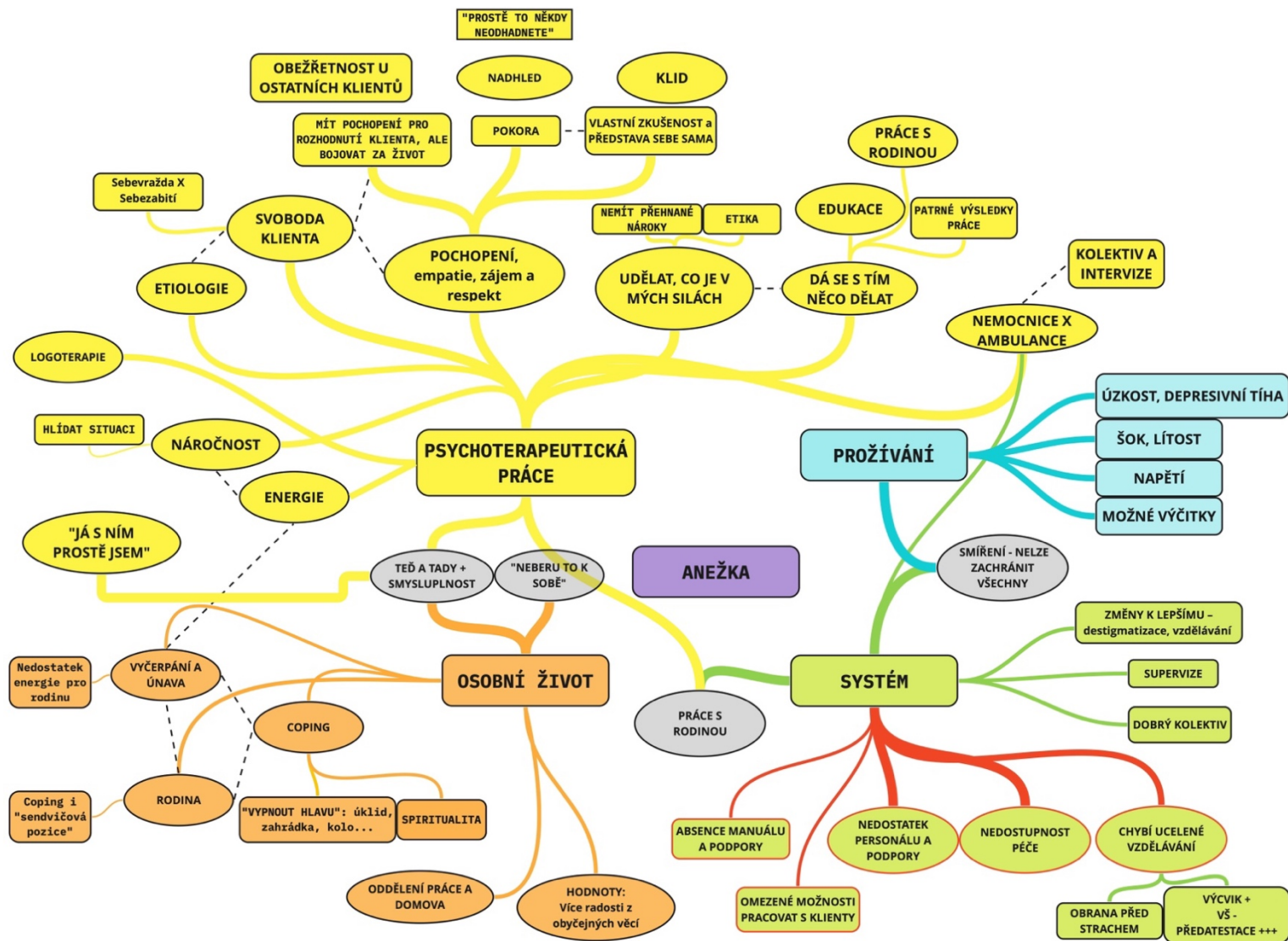
je ku prospěchu slyšet i konkrétní případy... někdy je to docela nepěkný.“ Manuál, speciální workshop či alespoň komplexní informace o práci se suicidálními klienty by proto ocenila.

O trochu více se dozvídá v psychoterapeutickém výcviku, kde je jeden blok dedikován sebevražednosti, nicméně nejvíce poznatků a zkušeností načerpá až praxí v nemocnici, kde si pochvaluje předatestační přípravu, spolupráci s týmem a podporu vedení, *„je to tím, že mám dobrou primářku.“* Zároveň dodává, že vzdělávání a podmínky v nemocnicích se zlepšují, byť ne všude stejným tempem. Kladnou zkušenost má s postupnou destigmatizací psychických obtíží a sebevražednosti ve společnosti i církvi.

K prevenci se vyjadřuje stručně, ale smysl podle ní jednoznačně má: *„Já mám pocit, že když má ten klient často zúžené vnímání, tak ta prevence sice může pomoci, ale nemusí.“*

Za nejpalčivější problémy pokládá nedostupnost péče, jelikož dlouhé čekací doby mohou zhoršit psychický stav klientů, spolu s nedostatkem personálu a jeho podpory. Pomyslným snem pak je zařazení terénní ergoterapie do péče o klienty.

„A když si představíme že psychicky vyčerpaný člověk musí tohle absolvovat, tak je to dost zatěžující. Ne každý na to má sílu, a pak je snazší si něco udělat než to tímhle způsobem řešit. To si myslím, že je špatně.“



Obr. 1 – Schéma zkušenosti Anežky

3.1.2 Bernard

Bernard je psychiatr a psychoterapeut. V minulosti pracoval na akutním psychiatrickém oddělení, aktuálně kombinuje práci v centru duševního zdraví (dále jen CDZ), soukromou psychoterapeutickou praxi a lektorskou činnost. Profesi vykonává 17 let a absolvoval rovněž psychoterapeutický výcvik S.U.R. S problematikou sebevražednosti má bohatou zkušenost. Odhaduje, že se během své kariéry setkal s nižšími stovkami klientů po nedokonaném pokusu o sebevraždu a přibližně se 2 000 suicidálními klienty. Zkušenost Bernarda, kterou bylo kvůli délce a komplexnosti rozhovoru obtížné analyzovat, tedy vychází z dlouholeté práce s klinickými pacienty v lůžkové i ambulantní formě.

Psychoterapeutická práce

První asociace směřuje k práci na akutním psychiatrickém oddělení a konziliím na nemocničních JIP, kde je to „*denní chleba. Řekněme, že jsem řešil jednu až dvě sebevraždy týdně po dobu minimálně 7 let.*“ Během té doby dospěl k několika **poznatkům**. Sebevražedné pokusy jsou velmi často spojeny s intoxikací, povětšinou alkoholem, a představují volání o pomoc. „*Já tomu říkám časovaná bomba, kdy lidi dlouhodobě neřeší nějaké konflikty, svoji životní nespokojenost.*“ Touhu po změně však nejsou schopni konstruktivně využít a koncentrovaný hněv, který je důsledkem nespokojenosti, nasměřují vůči vlastní osobě. U některých si všímá fenoménu „*znovuzrození, kdy říkají, že se jim strašně ulevilo.*“ Tuto skupinu tvoří lidé ve středním věku. Pro dospívající bývá typické téma izolace, rozvíjející se na pozadí traumatu. Alkohol a samotu proto považuje za dva základní rizikové faktory. Většina pokusů však není míněna zcela vážně, a proto bývají označovány jako parasuicidia. Upozorňuje na lék Mirtazapin, po němž někteří klienti „*jako kdyby dělají impulzivní sebevraždy.*“

V průběhu rozhovoru se opakovaně vztahuje ke klientům s emočně nestabilní poruchou osobnosti hraničního typu. Práci s nimi pokládá za nejnáročnější, neboť sebevražedné chování je u nich „*rysem existence,*“ a proto jich v soukromé praxi nemůže mít mnoho. „*Maximálně 2-3. Víc nezvládnou. Jsou tam silný pocit protipřenosu. Je to hluboce vyčerpávající. Takže u těchto je frustrace a bezmoc,*“ pramenící z mizivého zlepšení jejich stavu.

Reflektuje **rozdíl mezi prací ve zdravotnickém zařízení a soukromé praxi**, kde se s problematikou sebevražednosti setká zřídka, jelikož klienti, kteří si mohou dovolit terapii na přímou platbu, povětšinou čerpají pomoc ze svého zázemí. Nicméně objeví-li se v terapii

suicidální myšlenky nebo chování, má tendenci posouvat své profesní hranice, např. udržováním kontaktu pomocí SMS komunikace nebo večerními hovory, a více se angažovat. „*Tam jim jen vždycky řeknu: „Jsem k dispozici. Při zhoršení dejte vědět. A oni dávají vědět (smích s oddechem) Ale ne tak často, nezneužívají toho... Je to zatěžující, ale ta práce mi dává smysl.*“ Na klienty v soukromé praxi je rovněž „více navázaný“ a cítí se za ně být zodpovědný, což ústí v silné obavy či potřebu vyhledat supervizní podporu.

Prožitky se naopak neliší, pouze bývají v soukromé praxi intenzivnější, což souvisí s větší odpovědností. „*Pracuji s hněvem, který jde až do nasrání, strachem a disociací – odpojením. Protože já se odpojuji od těch věcí, to jinak nejde, když to slyšíte ve své praxi každý den,*“ přibližuje typické pocity. Dále se objevuje stres, únava, tenze, tíha, úzkost či smutek. Přestože ve zdravotnických zařízeních převládá frustrace, může být práce se suicidálními klienty i zdrojem „*narcistního uspokojení,*“ kdy si řekne, že „*je dobře,*“ protože celou náročnou situaci ustál a možná někomu zachránil život. Dokonané sebevražedné pokusy naopak vedou k důkladné reflexi léčebného postupu a pocitům viny. „*Neumím to úplně odříznout, že bych si řekl, že za to nemůžu. Já si totiž myslím, že nějakou zodpovědnost trošku mám. Že v tom nejsem nevinně. Něco tam nezahrálo. Ale kdo nic nedělá, nic nepokazí. To si vždycky řeknu.*“ Zjevná přetíženost skončila „*dvěma fázemi těžkého vyhoření,*“ které Bernard vyřešil odchodem z akutního psychiatrického oddělení, ale stále se s jejich důsledky potýká.

Zdá se proto být paradoxní, že práci se suicidálními klienty pokládá v jistém ohledu za jednodušší, „*protože je tam jasná zakázka... Vlastně vím, co s tím. Víم, na co se ptát, mám obrovské zkušenosti.*“ Souvisí to s jeho **profesní jistotou** a empiricky ověřenými postupy. Krátce po pokusu klade v intervencích důraz na podporu, exploraci, zabezpečení, případně úpravu medikace klienta. S odstupem času se zaměřuje na samotné příčiny potíží, které jsou často vztahové povahy. V rámci terapeutického procesu využívá nepřeberné množství technik, přičemž hlavním zdrojem jsou motivační rozhovory a reflexe. Osvědčily se rovněž behaviorální intervence („*...ať někde chodí, pije vodu, zkrátka ať se sebou něco dělají a já na to dohlídnu, tak věřím, že tyhle behaviorální intervence dávají smysl.*“), afirmace místo konfrontací, integrace ze schématerapie, práce s tělem a jiné. Tím nejdůležitějším však nejsou techniky, nýbrž terapeutický vztah a snaha udržet naději.

„*Ale stejně je to o tom člověku, protože to léčivo je ten člověk, ne ten styl... Pokud má u vás pocit bezpečí a pocit, že mu rozumíte, tak máte na půl vyhráno. To je to, co těm lidem ulevuje, když mají pocit,*

že v tom nejsou sami... Zdůrazňoval bych společné psychoterapeutické faktory a jedna z těch věcí je lidská přítomnost, další zájem, třetí věc je míra empatie, kterou je ten terapeut vůbec schopen mít.“

Cílí na **zdroje** klienta a zařazuje do péče vytváření krizových plánů „co dělat když“, případně tzv. antisuicidální kontrakty, „kdy jsem s těmi lidmi podepsal papír, že se nezabijí. To jsem udělal asi čtyřikrát v životě, protože jsem se fakt bál.“ Spolupracuje s rodinou klienta, se kterým zůstává po propuštění z hospitalizace v kontaktu, aby mu mohl být oporou.

„Volám těm rodinám. Abych se zabezpečil – pokud je to po sebevražedném pokusu a já je pustím domů, tak to teď dělám tak, že jim říkám, že jim za týden zavolám. Protože vím, což byl i výsledek v rámci NÚDZu, že tohle výrazně snižuje procento dalších pokusů. To teď vlastně dělám. A i to si zapisuji. S tím člověkem jsem dohodnutý, že mu aktivně zavolám, mám jeho číslo atd. Nesmím na to zapomenout, protože by to byl podraz a byl bych opravdu alibista.“

Neopomíná ani legislativní nároky, které představují zápisy ze sezení či diagnostiky, díky čemuž ho navzdory jedné žalobě opustil strach, že by mohl být jakkoliv sankcionován. „Když dělám konzilia po sebevražedném pokusu, tak to si echt dávám bacha, co je tam napsáno.“

Uvědomělé, osvědčené a kontrolované postupy či techniky tvořící jádro profesní jistoty, mají svůj protipól v podobě **intuice**, které Bernard začal důvěřovat po dokonané sebevraždě klienta následující po jeho přeložení na otevřené nemocniční oddělení.

„On negoval sebevražedné myšlenky, ale cítil jsem (zamyšlení)... Od té doby tu černotu, tu temnotu, kterou jsem tam vnímal, vnímám mnohem více. A všímám si, řekněme, drobných zvláštností, které se případně dějí kolem toho člověka. Já vím, že to zní jako dost šíleně, ale trošku tomu spirituálnímu přesahu věřím, trochu víc. Vlastně je to taky něco, co patří do té praxe. Práce s intuicí a s takovým tím pocitem. Když je tam fakt temno, tak se toho bojím. Tak k tomuhle jsem se dopracoval.“

Citlivost se rozvíjí s přibývajícími **zkušenostmi**. „Beru vážněji některé projevy a lehce vážně některé jiné. Já nevím, jak to popsat. S tou hromadou zkušeností, co mám, tak když mi tam něco nesedí, tak na to dávám bacha.“ Zatímco v začátcích ho šířil strach, nyní je při práci se suicidálními klienty klidný a vyrovnaný.

„Před 17 lety jsem byl úplně vyklepaný, když jsem měl někoho sebevražedného. Já jsem byl úplně vyřízený, vůbec jsem nevěděl, co mám dělat. Reálně jsem se bál a odcházel jsem domů úplně zničený těmi příběhy... Po letech praxe si nedělám žádné iluze a jsem schopen se o těch sebevražedných myšlenkách a pokusech bavit u kafe. Pro mě je to prostě normální rozhovor.“

Čerpá rovněž z osobních a rodinných zkušeností. Přibližně ve 20 letech prošel 2 epizodami středně těžké deprese i úzkostmi. V obdobném věku měla jeho sestra sebevražedné myšlenky, přičemž se stejnými problémy se v minulosti potýkala i jejich babička, z čehož lze usuzovat na

určité rodinné predispozice, jež mohou mít souvislost s pobytem prarodičů v koncentračních táborech. „*Asi mě to formovalo, že jsem se zajímal o sebevraždu a přišel jsem na spoustu věcí, vlastně mě to ovlivnilo... Rozumím, že jim je fakt blbě, že přijdou a nevědí, co mají dělat,*“ reflektuje vliv osobní zkušenosti na empatii vůči suicidálním klientům. Přestože ho blízcí občas požádají o pomoc, vyhýbá se až na ojedinělé výjimky přímým intervencím a pouze je odkazuje na krizové služby, případně pro ně zprostředkovává potřebnou péči.

Profesionalitu doplňuje druhý pilíř Bernardovy zkušenosti, jenž je tvořen **postojem a přístupem ke klientům**. Akcentuje otevřenost, autenticitu („*ta mi hodně funguje*“), upřímnost a lidský přístup, „*tzn. bavíme se o rogeriánském přístupu.*“ Nedílnou součástí práce je humor, jímž situaci odlehčí. „*Víte co, pokud to uděláte, tak já vás k tomu ještě vlastnoručně udusím, protože mi naděláte hrozně moc průseru. Chápete to? (smích)*“

Do popředí vystupuje **respekt** vůči klientům a jejich **svobodě**. Nedokonané sebevražedné pokusy považuje za důsledek „*slabé chvíly,*“ a proto se vyvarovává moralizování. „*Netrestám je prostě za to.*“ Není to pro něj důvod k ukončení terapie, ale ani pro její významné zintenzivnění, aby z něho neplynuly sekundární zisky. Je to však důvod pro zlepšení kontraktu a vytvoření již zmíněných krizových plánů. Přestože se snaží druhým pomoci, plně respektuje jejich rozhodnutí ukončit život. Svůj postoj dokládá na kazuistice muže, který kvůli rodinnou iniciované nedobrovolné hospitalizaci, již dlouhodobě odmítal, dokonal sebevraždu.

„*Ale víte co? Jo. Řekl jsem si, že tenhle člověk se strašně trápil. A myslím si... možná to zní blbě, ale že to bylo na místě, že to udělal a že to dokonal. Možná se má líp, možná ne, já nevím. Ale on fakt neměl nic. Bylo cítit to trápení... Samozřejmě se vás to bytostně dotýká, to není, že bych to řekl s lehkostí. Když o tom ale mluvím a učím, tak říkám, abychom respektovali to, že si ty lidi chtějí vzít život, to je úplně v pořádku. Je to lidská záležitost, lidská svoboda, je to ta hrana té největší svobody, kterou my máme. Téma eutanázie je fakt těžký a já nemám odpovědi... Samozřejmě bych si přál, aby nebyli. Ale já jim to nebudu brát, nebudu jim říkat ,tytyty,‘ nebo že nesmějí.*“

Pro některé klienty nicméně nemá pochopení a pocity lítosti či soucitu mohou být nahrazeny hněvem. „*Vím, že to není úplně v pořádku. Vím, že už je to i nějaký vyhoření. Vím, že je to prostě přetížení organismu, že už nechci slyšet slovo sebevražda, když to jako... když to řeknu blbě, když to nemyslí vážně. (smích),*“ komentuje případy parasuicidií. Značně obtížné je pro něj porozumět rodičům, kteří mají v péči nezletilé děti. K lidem využívajícím sebevraždu jako prostředek manipulace pak zcela postrádá empatii.

„Říkáte si: ‚Hajzl!‘ (smích) Nemá to právo, jakoby se to ve vás bije. Chápu, že se trápí, chápu to, ale na tohle fakt nemám. Tam si řeknete, že je to srab. Je to fakt divný, ani k nim nemám tu empatii, když někdy tu historii vidím. Je to fakt hnusný. Za mě je to největší manipulativní hnus, který vůbec může být – vyhrožovat sebevraždou a pak ji nějakým způsobem páchat. U žen to nějak akceptují, já nevím proč, ale u mužů ne. Možná to jsou moje věci, já nevím.“

V situacích, kdy klienti zneužívají systému, se objevuje Bernardova **přísnost**. Jde především o bezdomovce či klienty trpící závislostí, kteří opakovaně předstírají sebevražedné chování za účelem hospitalizace. „Jsem fakt naštvaný, protože mi přijde, že je to někdy zneužití systému. Poprvé ne, podruhé ne, potřetí ne, to je dobrý. Ale já říkám třikrát a dost.“

Závěrečný fenomén představuje **motivace**. Sebevražednost tvoří běžnou náplň Bernardovy práce. „Jak automechanik opravuje auta, tak já dávám do kupy lidi po sebevraždách.“ Zároveň je však něčím víc. Práce se suicidálními klienty ho baví pro její napínavé „bytí na hraně“. Ona je to trošku taková jízda. Vlastně je to taková droga. Je to takové narcistní sycení, kdy si řeknete, že jste dobřej. Jste takový lepší, rozumíte,“ shrnuje další motivaci v podobě pozitivního sebehodnocení. Ve svém úsilí spatřuje hluboký smysl: „Vím, že jsem na svém místě.“ Jakožto psychiatr s bohatými zkušenostmi dokonce cítí povinnost s těmito klienty pracovat.

„Když už se s tím naučíte pracovat a přestanete se toho víc bát, tak vám přijde blbý v tom ty lidi nechat. A kdo jiný to jako má dělat? Než psychiatr, který má k dispozici léky, rozumí akutní psychiatrii, a ještě je psychoterapeut. Jako, to je ad hoc. Tím, jak tomu byl člověk vystaven, tak to vlastně bere automaticky. Trošku si chci namočit ty ruce, chci být v realitě. A hlavně těchto lidí je mnohem víc a tyhle lidi fakt potřebují pomoc.“

Dopady na osobní život

Začátky byly pro Bernarda těžké. „Já jsem první 2-3 roky prokalil o víkendech, abych se s těmi věcmi vyrovnal.“ V současnosti využívá vhodnější copingové strategie. Chodí běhat, otužuje se, používá CBD kapky, pozoruje se a při zvýšené únavě si dopřeje dovolenou. Důležité jsou pro něj vztahy s rodinou a kamarády, povětšinou kolegy z oboru. Dále je to „humor, černej humor... je to zkrátka uvolnění.“ Věnuje se kupříkladu józe či dechovým technikám. Čerpá ze své spirituality a psychedelické zkušenosti s ketaminem a psilocybinem, jež absolvoval v rámci výzkumu. „Takže i aktivní spirituální praxe, o které mluvím velmi málo. Jsem hledač. Vztahuji se k něčemu vyššímu.“

Byť se mu již daří oddělovat práci od soukromého života („Nevztahuju to k sobě.“), stále je jí ovlivněn. Nároční klienti a lidé v krizi, kteří se na něj obrací i mimo ordinační hodiny,

ho totiž značně vyčerpávají. „Začnu pocitem tíže. Pocitem, že něco táhnete. Přebíráte nějakou zodpovědnost... Je to taková zátěž.“ Zároveň přiznává, že řadu věcí dosud nemá zpracováno. „Vidíte tu masu nezpracovaného materiálu, kterou si táhnu, i když to nějak řeším v supervizi... Tak si říkáte, že se z toho neposerete. Ale ovlivňuje to.“ To dokreslují i psychosomatické symptomy po proběhlém rozhovoru, o kterých mě Bernard informoval emailem.

„Po našem rozhovoru jsem onemocněl, viróza... měl jsem možnost mít supervizi, kde jsem téma sebevražd otevřel. Zjistil jsem, že je tam toho více nezpracovaného, a tělo s tím docela zápasí, jak se to otevřelo... samozřejmě, že to mohla být náhoda, ale úplně si to nemyslím... věřím psychosomatice.“

Konfrontace se smrtí při práci se suicidálními klienty proměňuje jeho **hodnoty**. „Více si vážíte života a méně se bojíte.“ Jeho vyprávěním prostupuje důraz na bytí v přítomnosti a radost z každodennosti. „Každý ten úsměv je pro mě fakt důležitý... Na jednu stranu mě to obtěžuje (starost o domácnost), na stranu druhou jsem rád, že řeším tyhle věci.“ Lze rovněž zaznamenat mírné hedonistické tendence. „Mám ženu, tu mám rád. Je fajn, když máme sex, to mě baví. Je fajn, když si rozumíme.“ Uvědomuje si, jak moc druzí lidé trpí, a tak mu jeho problémy v mnohém přijdou malicherné, za což je zpětně vděčný.

V neposlední řadě si cení respektu, kterého se mu dostává od druhých lidí. „Najednou si uvědomíte, že si vás lidi váží. Furt si říkám, jestli je tohle narcistní sycení dobře nebo špatně.“ Přestože je Bernard sebevědomý („Vím, že práci dělám dobře.“), zůstává pokorný a vědomý si svých limitů. „...proč bych já měl být důležitější než někdo, kdo třeba vystudoval něco jiného nebo třeba opravuje auta? Já to auto taky potřebuji (smích).“

System

Profesní přípravu považuje za nedostatečnou. „Narovinu, studium ani výcvik mě vůbec nepřipravily. Já to mám všechno naučené od sebe, načtený, vyzkoušený praxí,“ stěžuje si. Postrádá především modelové situace, na kterých by si mohl začínající odborník vyzkoušet práci se suicidálními klienty. „Vy máte vesměs formální vzdělání, ale když trefíte na dobrého psychiatra, tak vám řekne, jak s daným člověkem mluvit. Praktické věci – záznamy, videa a takový, ty vůbec nejsou, neexistují. Zkrátka nevíte,“ komentuje absenci systematické přípravy. Vzdělávání tak mnohdy záleží na ochotě vedoucích či zkušenějších pracovníků.

Rovněž podpora je nedostačující. Předně se jedná o supervizi, „která je v psychiatrii nulová,“ neboť se kolegové bojí, že se jedná pouze o nástroj kontroly („... že vyleze, co děláme blbě.“), a tak si Bernard musel zařídit individuální supervizi. Dále reflektuje, že pracovníci

nemají dostatek prostoru pro ventilaci svých prožitků, což je jeden z důvodů, proč se diplomové práce rád zúčastnil, jelikož se jedná teprve o jeho druhý rozhovor o problematice sebevražd. „*Je to důležitý a mělo by se tomu věnovat více prostoru a ne jen nějaká kapitola v psychiatrii.*“

Uvítal by český manuál, který by shrnoval, jakým způsobem jednat se suicidálními klienty. Zatímco v zahraničí již podobné dokumenty existují a Bernard je ve své praxi využívá, v Česku jsou k dispozici pouze dílčí kapitoly objemných psychiatrických či jiných učebnic.

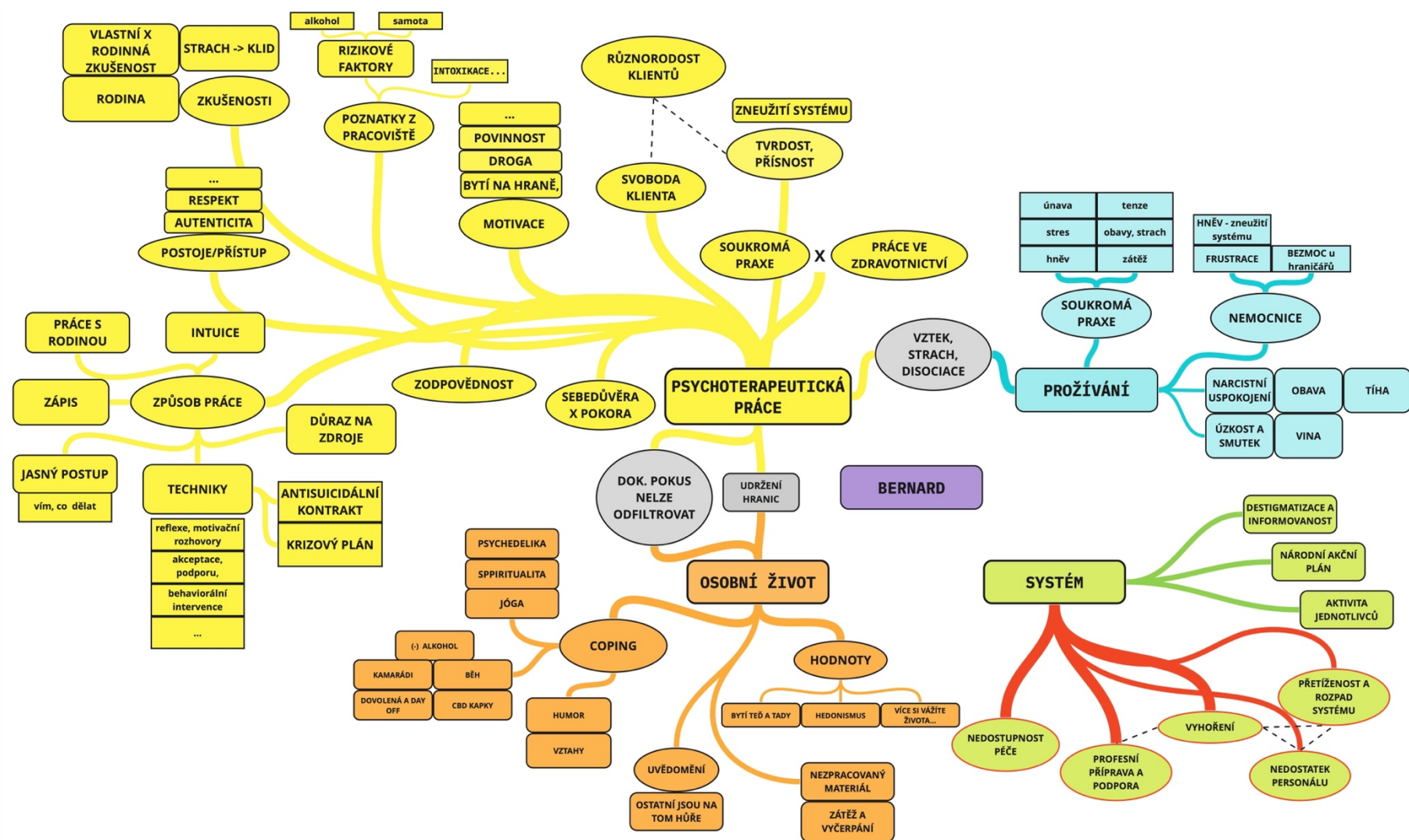
Navrhuje 4 opatření, která by výrazným způsobem zlepšila dosavadní úroveň podpory. „*Důraz na odpočinek – měsíční lázně, jakože befelem. Důraz na vzdělání už v pracovní době, to nejlepší, který je možný. Žádný teoretický srágorý, prostě praxe – videa, nahrávání, malé skupinky. Dobrovolná, ale v pracovní době možná psychoterapie zaměřená na zpracování. A posledním bodem by bylo více personálu. Takže se vlastně bavíme o prachách (smích),“ usmívá se nad hořkou pravdou o podfinancování systému. Zvláště potřebná je podpora v období po dokonané sebevraždě klienta. „*Jde o to, aby mu někdo řekl, že ví, že je to náročné a že se o něj postarají. Aby si mohl dát půl dne off a poslali mu člověka, aby to s ním probral. Aby si mohl pobřečet a věděl, že si druzí váží toho, co dělá, že je to těžký.*“*

„*Myslím, že funguje zachycení daného člověka, nemocnice a akutní psychiatrie, ale jsou přecpaný.*“ Ačkoliv z jeho pohledu není systém péče v Česku idylický, stále péči hodnotí jako relativně špičkovou. Potýká se však s nedostatkem kapacit. Chybí psychiatři, kteří navíc ani nejsou placeni za „nudná“ konzilia, a psychiatrická lůžka. Stejně tak vyškolených psychiatrických sester a sociálních pracovníků je málo. Dle Bernarda ani krizové linky či centra neuspokojí aktuální poptávku. Ocenil by, kdyby nemocnice měly k dispozici „*interventy-psychology, to by bylo super.*“

Nastíněné nedostatky způsobují přetíženost systému i jednotlivých pracovníků, což se odráží ve vyšší prevalenci syndromu vyhoření. „*Vidím, jak se ty lidi rozpadají. Ta psychiatrie v mnoha směrech není lidská, to se nedá, však to je přetížení, že toho nemůžete tolik zvládnout. To není normální.*“ Aktuální stav, kdy je ve své podstatě nenahraditelný, mu proto umožňuje vyjednávat s vedením nemocnice o podobě konzilií. „*Já jim říkám, jak to budu dělat. Takový zoufalý stav to je.*“ Situaci nepomáhá ani skutečnost, že sebevraždnost je mezi zdravotníky stále tabuizovaným tématem.

Všimá si nicméně pozitivních změn, kterými jsou destigmatizace a vyšší informovanost společnosti. Změnil se i mediální obraz psychiatrie a zlepšuje se vzdělávání v sociálních

službách. Je vděčný za národní akční plán prevence sebevražd. „Vím, že je to aktivita jedinců, že není celospolečenská. Je to aktivita pár lidí, co to dělá. Ale vím, že se něco děje a myslím, že se ta psychiatrie v rámci reformy dostává do lepší pozice. Takže takhle to vnímám. Dějí se věci, stále se dá něco zlepšovat.“



Obr. 2 – Schéma zkušenosti Bernarda

3.1.3 Cyril

Cyril je psychiatr a psychoterapeut, který v rámci předatestační přípravy pracoval na psychiatrických odděleních a v krizovém centru, aktuálně je součástí soukromé kliniky a věnuje se ambulantní psychoterapii. Profesi vykonává 7 let a absolvoval rovněž Gestalt psychoterapeutický výcvik. S problematikou sebevražednosti má zkušenost z lůžkových oddělení. Odhaduje, že se během své kariéry setkal s nižšími stovkami suicidálních klientů. Zkušenost Cyrila tedy vychází z práce s klinickými pacienty v lůžkové i ambulantní formě.

Psychoterapeutická práce

Stěžejním fenoménem, prostupujícím celým rozhovorem, je Cyrilův **profesní vývoj** a posun od medicínského k psychoterapeutickému přístupu ke klientům. Psychiatr je z jeho pohledu svázán profesní zodpovědností či „*doktorskou úzkostností, že když je problém, tak musím najít ihned řešení, a hlavně předepsat ty léky,*“ které představují překážku pro plnohodnotný psychoterapeutický vztah. Jedná se o přirozenou defenzivní a dehumanizující tendenci zdravotníků pracujících v přetíženém systému, kde je dokonáný sebevražedný pokus považován za selhání. „*Tu je stížnost, tu jde doktor k soudu atd... Lékaři se snaží hlavně chránit sami sebe. Mají o sebe strach a mají často strach třeba z toho, že si ten pacient potom něco udělá a my jsme tomu nezabránili... Hlavně abych za to nemohl já,*“ komentuje trestně právní odpovědnost vytvářející na pracovníky značný tlak. S tím úzce souvisí apriorní nedůvěra a podezřívavost vůči klientům a redukce člověka na jeho diagnózu, respektive na potenciální rizika s ní spjatá, jež ústí v restriktivní opatření. „*Docela dost vám to svazuje ruce.*“

Naproti tomu psychoterapeutický přístup nabízí větší svobodu, otevřenost a možnost zůstat v dané situaci jako „*člověk s člověkem,*“ nikoliv okamžitě usilovat o hospitalizaci klienta. Klíčová je pro něho vzájemná důvěra, „*to je to, co je hojivé,*“ respekt, podpora a zkompetentňování klienta. Cyril tento přístup označuje jako „**vyřazení na neutrální**... *Abych nezačal léčit. Abych je nezačal zachraňovat a spasovat... Abych na klienta nezačal vyvíjet nátlak, že to má být jinak a že se má zvednout. Aby si z toho nevzal nějaký punc patologie.*“ Sebekontrola a udržení neutrality se však vyznačuje energetickou náročností.

„*Zaplat' Pán Bůh za moji sebezkušenost, kdybych tohle neměl...*“ uvozuje Cyril další fenomén, kterým je **formativní osobní zkušenost**. Právě z ní při práci se suicidálními klienty nejvíce čerpá, neboť v souladu s filozofií Gestalt psychoterapie uvádí, že „*jediné, o co se můžu*

opřít, je moje zkušenost. “ Zároveň se stala katalyzátorem pro výše zmíněný odklon od rigidního psychiatrického přístupu. Prošel si četnými depresivními fázemi a sebevražednými myšlenkami plnými sebeobviňování, které poprvé sdílel až v rámci sebezkušenostní části psychoterapeutického výcviku. „Hrozně jsem se styděl za to, aby to nikdo nebral jako manipulaci. “ Trvalo mu dlouho, než téma během individuálních sezení otevřel. Ceníl si, že ho terapeutka nenutila k užívání medikace, a obdivoval její stabilitu, neboť se jednalo o těžké stavy.

„V tu chvíli bylo nejcennějším to, že mi věří. To byla chvíle... vnitřně vím, že si poradím a že věci ustojím..., kdy jsem se potřeboval naučit věřit tomu, že mi zvnějšku někdo věří. Tohle bylo pro mě hojivý a já se o to vlastně opírám v psychoterapii, protože to tak jako je, že si vás podobní klienti hledají. Já to samozřejmě neprojikuji, to bych si nedovolil, ale někdy to třeba do terapie přinesu. “

Cyrla ovlivnila i sebevražda jeho dědečka. Porozumění jeho rozhodnutí dále prohlubuje pochopení pro jeho klienty. Zároveň si však uvědomil, že je důležité „dovolit si odžít všechno, co to přináší,“ zvláště pak hněv, kterému se bránil. Za zmínku stojí, že sebevraždu rovněž dokonala prababička a jeden z Cyrilových kolegů, který byl jeho kamarád.

Zmíněné zkušenosti se propisují do **způsobu psychoterapeutické práce**. Do popředí se dostává **důvěra**, která se projevuje skrze otevřenost, vzájemný vztah, snahu vytvářet bezpečné prostředí a dohodnutí podmínek, za kterých již bude nutné klienta hospitalizovat. Dominantní postavení taktéž zaujímá **zvědavost**. Ke každému člověku přistupuje individuálně, jelikož „ten příběh je dost unikátní na to, abych na to měl nějaký standardní postup.“ Doptává se, mapuje závažnost a kontext suicidálních myšlenek, má „potřebu otevřít tomu tématu dveře, nějak ho zlegitimizovat.“ Cílí na **zdroje**, respektive na „klientovu sebepodporu,“ a odmítá za klienta přebírat odpovědnost. „Vím, že na to nesmím naskakovat, protože to není můj úkol toho klienta zachraňovat, dělat ho nekompetentním, že ho budu stavět na nohy, to je jeho byznys. Já ho mohu podpořit, ale abych ho postavil na nohy, tak to ne.“

Vytváří s klienty krizové plány, přičemž mapuje i jejich strach či další překážky, jež jim potenciálně brání ve vyhledání odborné pomoci. „Zařukám a nabídnu, jestli chtějí nějakou věc. Oni třeba přijdou na nějakou zprávu. Tak se vlastně nabídnu, ale nenutím je.“ Za důležitou součást diagnostického procesu považuje práci s tělem. Je **trpělivý** a řídí se výrokem své výcvikové trenérky: "Dovol si ten luxus, že to nemusí být hned lepší. To říkala mně, abych na sebe neměl nárok, že se hned musím nějak zahojit. Takže pro mě je tohle dost podpůrné. Já to říkám i těm klientům, protože oni mají často takové výčitky, že jsou zase depresivní, že se jim to zase vrací.“

Důležité je rovněž **nastavení a následné udržení hranic** v psychoterapii. „*Když třeba obrací nějakou agresi na mě, tak mu třeba říct: ‚Hele, sorry, to ne. To si zkrátka nenechám. Oni uvidí, že jim věřím, že i v téhle situaci si dovolím ustát hranici.‘* Jinými slovy, terapeut může mít svým modelovým chováním pozitivní vliv na klienty: „... *i přes to, že se jim tohle děje, tak si tam někdo dovolí mít tu sebedoporu a jim to může dovolit růst.*“

Popsané fenomény, tedy posun od „*dosti nutkavého medicínského přístupu dělat věci správně, by the book,*“ k uvědomení, že v terapii není potřeba spěchat, a dovednosti stanovit hranice, vykrytalizovaly s **přibývajícím zkušenostmi**. Dále Cyril dospěl ke klidu, svobodě, nadhledu či ho opustil pocit bezmoci, neboť i v na první pohled bezvýchodné situaci je možné být pro klienta užitečný a „*zůstat s tím, co je.*“ Doporučuje, aby se odborník o něco pokusil, přerámoval si situaci jako pomyslný experiment, ale zároveň se smířil s tím, že jednoduše nelze nechybovat.

„*Tak vzít to jako experiment a zkusit se zeptat a vidět, co bude. Když mě to tolik vyděsí, tak jako... holt, když zavolám rychlou, tak se může stát, že ho odvezou a třeba ho na příjmu odmítnou, že to nebude tak žhavé. Holt poškodím terapeutický vztah, ale někdy se nedá neudělat chyba. Mohu z té zkušenosti růst. Možná jako experiment – zkusit se zeptat a vidět, co to udělá.*“

Je patrné, že v terapii nepokládá za podstatné jednotlivé techniky, nýbrž osobnost terapeuta a prvky, které jsou všem psychoterapeutickým směrům společné. Upozorňuje na individualizaci péče, neboť každému klientovi vyhovuje jiný přístup. „*Směry, které primárně dovedou pracovat ve smyslu, že tu jste s člověkem, to je to, o co se lze opřít. A že každý člověk má svůj životní smysl, a to svoje credo a že je důležité se o tom bavit.*“

V neposlední řadě využívá fantazii a **metafory**, pomocí nichž popisuje suicidálního klienta následovně: „*Vidím člověka, který třeba sedí uprostřed nějakého spáleniště a je mu blbě. Teče mu krev z kolenou nebo z nějakých ran. A mě ta práce a zkušenost umožňují si k němu vlastně sednout a dívat se. A jenom tam být.*“

Tím se dostáváme k **postojům**, které jsou tvořeny 3 fenomény. Prvním z nich je optimistické přesvědčení, že „*život si vždycky najde cestu,*“ dostane-li k tomu vhodné podmínky. „*Vědomou externí připomínkou*“ tohoto postoje jsou pro Cyrila květiny, konkrétně vlastní tzv. růži z Jericha, která je schopna bez vody přežít dokonce několik let.

Druhým je „*vždycky dělat to nejlepší, na co v tu chvíli mám sebedoporu a na co stačím,*“ což mu mimo jiné umožňuje oddělit práci a soukromí, jelikož díky vědomí, že

udělal vše, co bylo v jeho silách, „*tak mně moc nezůstává něco, co bych si tzv. nosil domů.*“
Nebojí se ani jakýchkoliv právních postihů.

Poslední fenomén představuje **svoboda člověka**. „*Mám velký respekt a úctu k tomu, že se rodíme svobodní.*“ Cyril však rozlišuje mezi patickou a biickou sebevraždou. Je-li podkladem suicidálního chování psychóza nebo intoxikace, „*kdy to ten člověk fakt vědomě nemá pod kontrolu a není svobodný, protože je v zajetí nějaké chorobnosti, tak tam je tomu z mého úhlu pohledu potřeba dát nějaká zábrana.*“ Dané stavy, při nichž jsou lidé „*mimo realitu*“ metaforicky připodobňuje k situaci, kdy je někdo v bezvědomí a krvácí. „*Já asi neumím odejít a říct, že je to jeho zodpovědnost, že je v bezvědomí...*“ Tyto klienty proto buďto nechá hospitalizovat, nebo s nimi otevřeně hovoří o tom, co prožívají. Doprovází klienty a podporuje jejich uvědomění, že sebevražda je sice to jediné řešení, které aktuálně vidí, „*ale že to není vědomá volba. Ti lidé často zjistí, že je to o něčem jiném.*“

Naopak svobodné rozhodnutí v podobě biické sebevraždy respektuje. „*Do háje, kdo jsem já, abych tohle soudil?*“ Často tento postoj přináší i do samotné terapie:

„*Kdo jsem já, abych soudil váš život, který vy vidíte vašima očima? Já nejsem ve vašich botách... Ale kdybych v té situaci byl, a já si myslím, že je to s těmi sebevražednými klienty všude podobné, tak bych tam chtěl mít někoho, kdo to chápe, kdybych byl klientem. Kdo to slyší a kdo mě nesoudí.*“

Zmiňuje kupříkladu vážná fyzická onemocnění, čímž se dostává na pomezí eutanázie. „*Lidé, kteří se prostě rozhodnou, že v tomhle být nechtějí, tak pro to mám velké pochopení.*“ Avšak nechtěl by být v kůži lékaře, který se v nemocnici setká s žádostí klienta o asistovanou sebevraždu.

V případě nejednoznačných symptomů, jež neopravňují k nedobrovolné hospitalizaci, by si Cyril nechal podepsat „*reverz ve smyslu, že jsem mu to řekl,*“ aby měl v případě sebevražedného pokusu klienta alespoň nějaké krytí. „*Ale já vlastně říkám, že mu v tu chvíli nedůvěřuji,*“ dodává. Proto raději využívá výše popsané postupy (viz cílení na zdroje a krizové plány).

Nereflektuje, že by práce se suicidálními klienty byla v něčem specifická, pouze konstatuje, že to „*jsou lidé, kteří prostě mají jádrově hněv obrácený na sebe až do sebedestruktivity. A to je to opačné spektrum těch lidí, kteří to mají navenek.*“ Každý klient je v očích Cyrila jedinečný a nějakým způsobem ho ovlivní. U suicidálních „*si třeba řeknu, že jsem ustál tohle, tak ustojím tamto (smích). Když se zvládlo tohle, tak tu důvěru mohu dát i tady.*“

Nespecifičnost může být částečně zapříčiněna heterogenitou klientů. Zatímco v nemocnici se odborník setká s akutnějšími suicidálními tendencemi a s klienty bezprostředně po

sebevražedném pokusu, v soukromé praxi většinou pracuje s klienty, u kterých se sebevražedné chování vyskytuje pouze v anamnéze. „*Ta populace je dost velká, a pak je otázkou, jestli za sebevražedný pokus vezmeme i parasuicidium, nebo jestli je to opravdu ten vážně míněný, takže někdy je to docela složité a jindy v anamnéze naleznete sebevražedný pokus, a když pátráte, co to vlastně bylo, tak zjistíte, že to sebevražedný pokus vůbec nebyl.*“ Cyril proto kategorizuje klienty na motivované („*Když se tam objeví nějaká tendence ke zdraví a k růstu, stačí málo, tak já vždycky cítím energii a chuť...*“) a nemotivované, „*pasivně dependentní klienti, co si chtějí jen stěžovat a potvrzovat, že jsou oběti, tak to třeba nedávám.*“

Problematiku sebevražednosti ani nepovažuje za subjektivně nejnáročnější téma v terapii. Tím je „*klasický hystriónský proces. Taková ta sebedramatizace a manipulace a já nevím co. Vím, že tohle je pro mě hrozně náročné a tyhle lidi já nemůžu mít více než dva za den (smích).*“

Heterogenita se promítá i do **prožívaných emocí**. „*Těch je celá škála, každý klient s sebou nese svůj proces, a to vyvolává něco ve mně... Ono to máte jako zrcadlo. Cítím hněv, tak si říkám, s čím to souvisí, jestli je to přenos nebo protipřenos.*“ V začátcích dominovala úzkost, opatrnost a již zmíněná bezmoc, když nebyl patrný progres. Nyní se Cyrilovy prožitky odvíjí od „*jádra*“ klientova suicidálního chování. Nejčastěji se jedná o zoufalství, bolest, zvědavost, překvapení a paradoxní emoce („*...že mi to i třeba vyrazí dech, až mám otevřenou pusou. Tak jim říkám: ‚Kdybych měl být autentický a teď jsem, tak mi to fakt přijde fakt až k smíchu.*““), tenzi nebo tlak klienty zachraňovat, frustraci, zoufalství, a především agresi či **hněv**, který je častým „*side productem* práce s lidmi, kteří jsou v nějaké depresi nebo v sebevražedném stavu.“ Svou práci hodnotí jako smysluplnou a lidsky obohacující.

Dopady na osobní život

Oddělení práce a soukromého života není pro Cyrila významným problémem. Je zcela evidentní, že ho práce naplňuje: „*On je to takový životní paradox a zároveň životní štěstí. Ty věci, co dělám pracovně, mě všechny hrozně baví a je fakt štěstí, že je to moje hobby.*“ Pouze si všímá, že někteří mladší klienti v něm mezi sezeními vzbuzují starost, což i následně přináší do terapeutického procesu.

Co se týče **copingových strategií**, snaží se být ve své „*sebepodpoře kreativní.*“ Na jedné straně běhá a obecně rád sportuje, na straně druhé tráví čas s partnerem a kamarády, s nimiž rovněž sdílí své prožitky z terapeutických sezení, dopřává si kulturní vyžití nebo

dobré jídlo. Jindy si sám sobě koupí květiny, jichž má ve své pracovně spoustu. „*Obklopuji se tím životem.*“ Zabezpečuje si pohodlí a užívá si každodenní činnosti: „*To samé i doma – mít tam čisto, pořádek, víc péct, mě strašně baví pečení a takové maličkosti.*“

Již několik let si píše deník, který mu spolu s myšlenkovými mapami pomáhá k částečně automatickému zvědomení, přijetí a odžití emocí spjatých s výkonem práce. „*Dost často se podporuji zvědomováním a přijímáním těch věcí, co jsou čili je tam spousta práce na úrovni až takového zvyku.*“ Právě práci s emocemi pokládá za stěžejní, jelikož potřebuje „*kanál, aby nikde nebouchal.*“ Kupříkladu při hněvu jím může být vyhazování věcí, které si osvojil díky knize Zázračný úklid. „*Si říkám, jak je to prostě skvělé, že to můžete roztrhat, vyhodit a staré tričko roztrhám. Výborný, skvělý (smích).*“

Náročnější klienty, je-li jich více současně, potřebuje při objednávání „*trošku naředit.*“ Jinak jsou strategie takřka identické, pouze se liší v úrovni jejich vědomého užití a intenzity. Cyril navíc uvedl hraní PC her a nutkání „*více o sobě dávat vědět blízkým*“ během období pandemie. Fenomén copingových mechanismů při práci se suicidálními klienty výstižně shrnuje následující výrok: „*Většinou jsou to takové faktory, které mi připomínají život. Jak mám v sobě téma smrti, tak vím, že to mám jako protiváhu.*“

Čerpá i ze své spirituality, kterou nemá ukotvenou v žádném náboženském systému, ačkoliv se o řadu z nich, včetně různorodých mytologií, aktivně zajímá. „*Já věřím, že je něco, co má přesah. A je to něco, co mám v sobě a nikdo mi to nevezme. Je to něco, o co se můžu opřít, i když jsem vlastně sám... Víra a smysl jsou pro mě důležité.*“

Práce se suicidálními klienty v Cyrilovi neotevívá žádná nezpracovaná témata. „*Já mám svoji konečnost a smrtelnost uchopenou.*“ V mládí totiž prožil blízkost smrti, když byl léčen s melanomem na zádech a komplikovaným zánětem slepého střeva.

Ovlivňuje však jeho **hodnoty**. Objevuje se „*obrovská odvaha, síla, chuť a úcta k životu,*“ která se mimo jiné projevuje skrze boj za život a vlastní osobu. Dále je to klid, svoboda, odvaha a přijetí toho, co nemůže ovlivnit. „*Já si myslím, že mi to přináší velkou svobodu, to téma té smrti a tak, to už se pak máločemu můžete vyhnout. Jak v tom dialogu s tím klientem, tak ve vlastním životě... Já to vlastně přijímám. Já v tom mám klid, takže mi to dává svobodu a klid.*“

System

Profesní přípravu hodnotí jako průměrnou. Vysokoškolské studium medicíny, atestace ani psychoterapeutický výcvik ho samy o sobě na práci se suicidálními klienty dostatečně nepřipravily. „*Tušil jsem, co mám dělat. Potom, když jsem dodělal výcvik a už jsem měl nějaké zkušenosti, tak to už jsem věděl, kdy nevím,*“ komentuje přínos výcviku, v jehož průběhu pochopil důležitost supervize a stal se jistějším. Zbylé potřebné poznatky a dovednosti si Cyril osvojil sám, díky čemuž dostal od vedoucích pracovníků větší svobodu: „*Co mi nedal výcvik, to mi dala sebezkušenost... Pro mě byla psychiatrie a psychoterapie vždycky velké hobby, takže já jsem měl spoustu věcí načteno a nastudováno... už jsem se taky musel naučit říkat si o pomoc, protože jak toho hodně vím a znám, tak oni to neodhadnou.*“

Vyšší míru svobody mu rovněž poskytla dokončená atestace, neboť do té doby musel svou práci vykonávat „*by the book*“ a v souladu s očekáváním autorit, což úzce souvisí se zkonstatělou podobou medicínského studia, rigiditou, restrikcemi a defenzivním přístupem zdravotnických zařízení, které byly podrobně popsány v úvodním fenoménu profesního vývoje (subkapitola Psychoterapeutická práce). Za zlomové pokládá osvobození, kdy se „*dostal na místo, kde ty faktory trestní odpovědnosti a nároků, a já nevím čeho, na mě přestaly mít dosah a já jsem začal být svobodný.*“ Právě v legislativním ukotvení práce se suicidálními klienty spatřuje významné nedostatky, které především začínající a klinické pracovníky značně limitují.

„*Určitě by mi hrozně pomohlo, kdyby existovalo nějaké legislativní zázemí typu, kde končí moje zodpovědnost, kde přesně, nebo jestli za to vůbec mají mít zdravotníci zodpovědnost. Já nevím, proč bychom za intoxikované klienty měli mít zodpovědnost my, proč to třeba nemůže dělat cela předběžného zadržení... Rozhodně by mi to pomohlo. A myslím si, že by to spoustu kolegů odbřemeno, i těch mladších. Víím, jaké to je, když vás furt někdo straší, že vás někdo za něco bude žalovat, což vy samozřejmě nechcete – chcete mít dobré jméno.*“

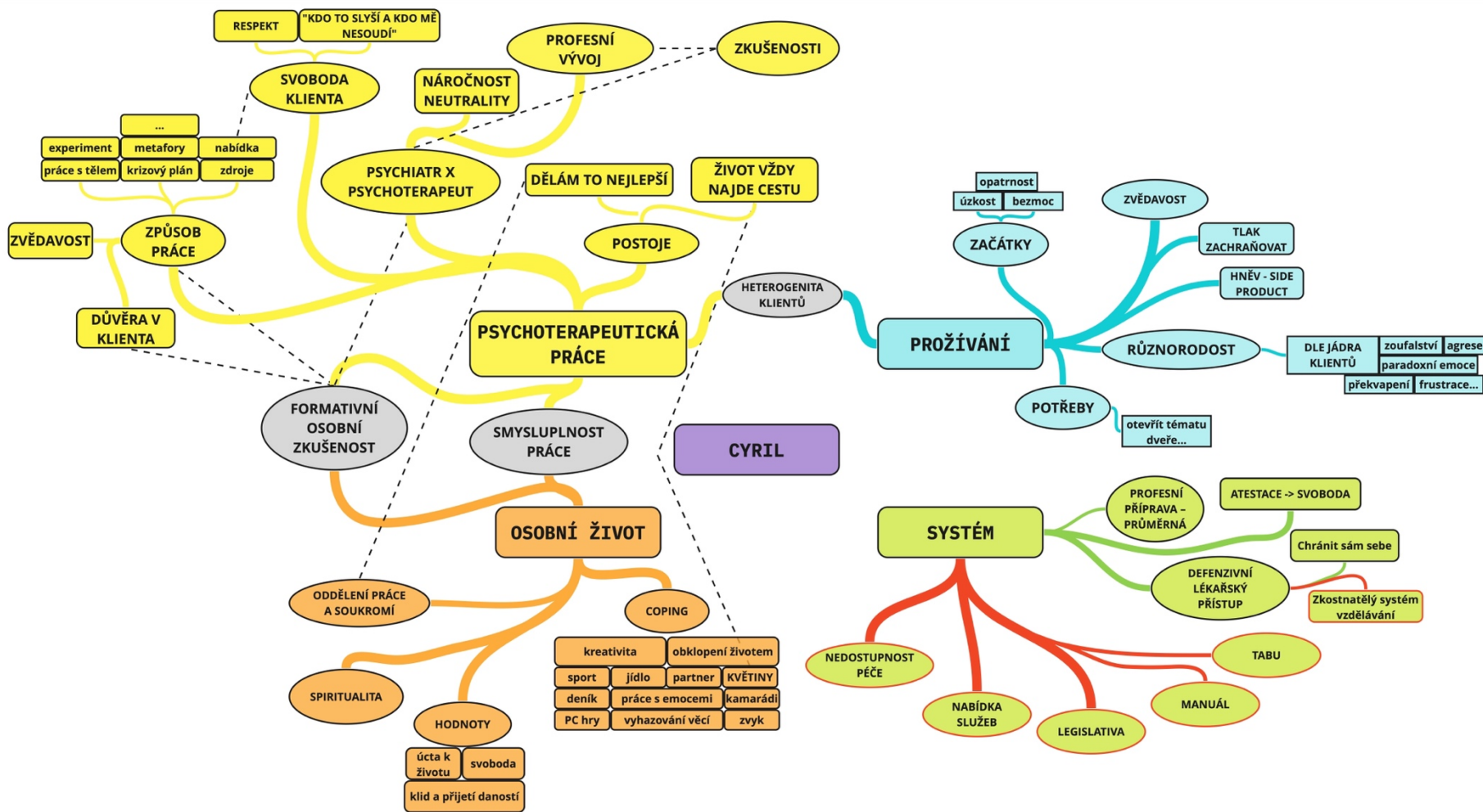
Největší nedostatek systému je dle Cyrila **nedostupnost péče**. Jelikož poskytuje psychoterapii „na pojišťovnu,“ má naplněnou kapacitu navzdory tomu, že omezil frekvenci sezení z jednoho na dva týdny. Chybí rovněž variabilita péče, ať už jde o stacionáře, rodinnou terapii, distanční služby nebo „*...nejsou žádné mobilní krizové týmy,*“ které by mohly klienta doprovázet v jeho prostředí. Stejně tak má značné rezervy následná péče o blízké, kterým někdo dokončil sebevraždu. Cyril si vybavuje pouze jedinou organizaci Luctus. „*Určitě by mně hrozně pomohlo, kdybych na tom pracovišti v kontaktním centru měl větší vějíř možností co nabídnout. Kdyby prostě bylo kam ty lidi navázat... více komunitních*

služeb; skupinová psychoterapie pro lidi se sebevražedným pokusem a sebevražednou tematikou, tomu se hodně terapeutů vyhýbá, protože to s sebou samozřejmě nese hodně rizik apod. A taky se o sebe starají, tak se nechtějí zatížit (smích). Nebo rodinné terapie pro rodiny s touto tematikou. Čili kdyby byla větší nabídka,“ uzavírá.

Dále zmiňuje negativní společenskou optiku vůči problematice sebevražednosti, jež se vyskytuje i ve zdravotnictví, kde se pracovníci mnohdy bojí klientů otevřeně zeptat. *„Téma sebevražd je v naší společnosti z mnoha důvodů pořád dost velké tabu. Ono je to tabu i pro tabu, protože vidíte, kolik emocí to ve společnosti budí a zůstává to často v těch fantaziích a otázkách. Čili vlastně ta otevřenost tomu hodně schází.“*

Ocenil by proto více informačních materiálů, *„úplně s prominutím, pitomých brožurek,“* pro klienty a jejich rodiny, či aplikace typu Nepanikař. Co se týče odborných textů, přestože v zahraničí existuje řada kvalitních učebnic, manuálů a směrnic, český dokument stále postrádá. *„Mělo by to smysl i znám kolem sebe lidi, kterým by to pomohlo.“*

Závěrem sdílí nepříjemnou součást práce na nemocničním oddělení, kde někteří klienti využívají sebevraždu coby prostředek k vydírání personálu. *„Ted' ji ani nemůžete pustit, že jo, protože ona udělá nějaké parasuicidium, to proběhne médií... A vidíte ten tlak. Ted' už tu hru musíte hrát, protože vám nic moc jiného nezbyvá, abyste pak z toho neměl problém.“* Mezi zdravotnickým personálem pak tito klienti mohou vzbuzovat nedůvěru, jež znemožňuje efektivní léčbu. *„Fakt mají po nějakém parasuicidiu a zdravotníci se jim třeba i vysmějí. To je prostě na hlavu. To je prostě potřebná fáze (léčby), kdy se musí vyventilovat celá ta emoční nálož, co je za tím tématem.“*



Obr. 3 – Schéma zkušenosti Cyrila

3.1.4 David

David je psycholog, a především bývalý krizový intervent, který pracuje ve své vlastní praxi. Profesi vykonává 15 let a absolvoval rovněž psychoterapeutický výcvik v SUR a Gestaltu, v neposlední řadě čerpá i z EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*.) Díky působení na krizové lince se setkal s řadou klientů ohrožených sebevražděným jednáním, nicméně ve své soukromé praxi odhaduje počet suicidálních klientů přibližně na 8 % a spolupracuje s nimi spíše výjimečně (udává 10 klientů celkem). Zkušenost Davida proto primárně vychází z dlouholeté práce krizového intervenanta, k níž se v průběhu rozhovoru opakovaně vztahuje.

Psychoterapeutická práce

Davidova první asociace směřuje k odlišnostem mezi jeho dřívější **profesí krizového intervenanta**, která ho dle svých slov formovala více, a prací terapeuta. „*Moje profesní jistota nebo opora vychází spíše z principů krizové intervence.*“ Díky vyšší prevalenci suicidálních klientů, kteří se na krizové linky obrací, mají intervenanti, oproti terapeutům působících v soukromé praxi, více možností, aby si natrénovali vhodný způsob práce s touto klientelou, zvláště pak s lidmi, kteří již sebevražděný pokus započali. S touto skupinou totiž terapeuti takřka nikdy nepřijdou do kontaktu.

„Přijde mi, že téma sebevraždy je vždycky takovým strašákem v nějakém kontaktu s klientem. Ale tím, že je to na krizové lince denní chléb, tak to přináší větší profesní oporu v nějakých postupech nebo i postojích. Takže si myslím, že nejvíce čerpám právě z toho.“

Psychoterapeutická práce s klienty ohroženými sebevražděným chováním je dle Davida charakteristická v „**aktivaci**, **zvýšené pozornosti**, že sám u sebe cítím, že ta míra aktivace fakt naroste. A nějaká zvýšená opatrnost.“ Zároveň dodává, že především při prvotních zkušenostech se suicidálními klienty může být zmíněná aktivace kontraproduktivní a přecházet v paniku, zbrkllost či přímo paralýzu. „*U prvních klientů je to až takové zavalení. Přijde mi, že u prvního sebevražděného klienta každý nějak panikaříme, každý se toho nějak zalekneme.*“

Náročností úvodních setkání s problematikou sebevražděnosti v terapeutickém procesu se dostáváme ke 3 úzce propojeným fenoménům tvořících jádro Davidovy zkušenosti. Prvním z nich je **opora ve vlastní zkušenosti**, jež by mohla být přirovnána k otužování. Jinými slovy, klid, vnitřní stabilita či resilience terapeuta se odvíjejí od počtu suicidálních klientů, které měl v péči.

„Další a další zkušenosti přinášejí větší míru jistoty, klidu, nějaké opory a zvědavosti či důvěry, že se to dá nějak zvládnout. Vím, že se rovnou opírám o mé zkušenosti a o nějakou metodiku práce

s tímto tématem. Rovnou naběhnu na dobře zavedený, pro mě fungující automatismus, že to potřebuji dobře zmapovat, dobře se doptat.“

Automatismus neboli ověřené postupy, pomocí nichž má David situaci i sám sebe pod kontrolou, je znakem druhého fenoménu – **profesní jistoty**. Jedná se o pomyslnou řemeslnickou složku terapeutické práce, která spočívá zejména v mapování a identifikaci potenciálních sebevražedných myšlenek, plánů nebo chování, kterou pokládá za nejtěžší součást práce se suicidálními klienty, spolu s poskytováním podpory a informování o možnostech odborné krizové pomoci a psychiatrické péče.

„Opírám se o moji dobře zavedenou praxi mapování, mluvení o tom – o možném stanovování nějakého antisuicidálního kontraktu – tak si to tak neustále checkuji, jestli jsem tam vlastně udělal všechno. Až do té míry, že se pak snažím toho klienta dobře zahrnout, vybavit – nějakými krizovými kontakty, pokud ho mám v soukromé praxi. Zvažuji vyšší míru motivace klienta třeba i k nějaké psychiatrické péči – jak to dobře tomu klientovi podat, naznačit, případně zmapovat, zda péči již čerpá. Jednak je to nějaký postup, jednak je to pro mě kontrola, jestli jsem v tom postupu něco nevynechal, plus veškeré ty mé dovednosti nebo znalosti, které kolem toho mám, tak abych toho klienta dobře podpořil.“

Kromě zkušeností je však nutná i kvalitní profesní příprava. *„Skutečně v tom mít nějaké vzdělání, profesně se vybavit pro tu práci, být si v tom jistý. To mi přijde jako velmi důležité.“* Právě nutností teoretické průpravy, *„vůbec vědět, jak na to,“* se terapie se suicidálními klienty v informantových očích významně odlišuje vůči jiným typům klientů.

Dle Davida ho všichni klienti, nikoliv pouze ti se sebevražednou problematikou, ovlivňují, což vyústí v nepřetržitý proces profesního růstu a zrání. Podstata profesní jistoty by se tedy dala shrnout tvrzením, že **teoretickou průpravou a zkušenostmi se stává citlivějším** a vnímavějším vůči možnému ohrožení klienta.

„Pokud terapeut nemá žádnou zkušenost se sebevražedným klientem... a třeba v tom nemá ani žádné dostatečné vzdělání... tak na to může mít nějakou slepou skvrnu. Kdežto s tím množstvím klientů, kteří o sebevraždě mluví a mluví o ni v různých kontextech, tak to zvyšuje citlivost být velmi pozorný k jakýmkoli náznakům, kde by to vlastně mohlo zavánět nějakými myšlenkami. Myslím, že tohle je hlavní ovlivnění.“

Pomyslným protipólem profesní jistoty a závěrečným dominantním fenoménem je **intuice či mimosmyslové vnímání**. Představuje introspektivní citlivost, kdy David zkoumá, pozoruje a následně ověřuje, co prožívá, *„co se děje ve mně.“* Popis se přitom nápadně podobá psychoanalytickým konceptům přenosu a protipřenosu.

„Já se omlouvám, že to asi neumím nějak dobře popsat, ale spíše bych to popsal skutečně jako intuici nebo mimosmyslové vnímání. Jsem hodně pozorný vůči svým pocitům, co to ve mně vyvolává

ve smyslu: „Jak moc akutní to je? Jak moc je ten člověk nějak ohrožený?“ Zároveň je to takové neustálé vyvažování toho, že si to taky potřebuji dobře ověřit to, co zachytávám v sobě.

Může to být právě nějaké větší znepokojení, nebo ještě větší aktivizace, nebo ještě větší vnímání nějakého nebezpečí. Nebo naopak nějaká míra klidu, že o tom vlastně můžeme mluvit velmi otevřeně, velmi svobodně a vnímám, že to tomu klientovi přináší spíše úlevu. A o rozhodování, spíš to vlastně neudělat... nebo že vnímám, že není ohrožen sebevraždou, že je to něco, co popisuje, že se mu děje, že nad tím přemýšlí, ale že to reálně udělat nechce.“

Oproti uvědomělým postupům, zmíněných u profesní jistoty, dochází u intuice „k neustálému vyvažování“ pocitů a dojmů, zda je rozhovor o sebevražedných projevech skutečně znakem akutního ohrožení, nebo naopak prostředkem ke zlepšení psychického stavu a snížení rizika sebevraždy. Jinak řečeno, ne každý, kdo mluví o sebevraždě, jí je skutečně ohrožen. Nicméně hranice mezi těmito stavy je velmi tenká, a proto David, i díky zkušenosti se sebevražedností ve svém širším okolí, zůstává pokorný a výhradně na intuici nikdy nespolehá. Jedná se spíše o ukazatel, který je nutný následně kriticky prověřit.

„Přijde mi, že je to velký respekt nebo větší soucit k tomu trápení člověka. Protože v mé zkušenosti jsou i lidi po dokonaném pokusu o sebevraždou, po suicidii. Takže to vědomí, že ta hranice je vlastně velmi tenká, nebo že mi to přináší pokoru nebo takovou obezřetnost v tom, že i když tím intuitivním smyslem zachytávám, že ten člověk není úplně ohrožený, tak přeci jenom přichází ta část, která říká: „Jo, ale zkušenosti máš i takové, že někdo tu sebevraždou dokonal. Někdo to vlastně udělal tak, aby to skutečně nepřežil.“ Takže je to spíše ta opatrnost nebo nějaká pokora. Nebýt si 100% jistý.“

Ambivalence mezi sebevražednými projevy a reálným nebezpečím však u suicidálních klientů není jedinou **rozporuplností**. Již bylo zmíněno, že David pokládá terapeutickou práci s těmito klienty za specifickou. Na druhou stranu ve stejné pasáži rozhovoru konstatuje, že „to vlastně v ničem není tak zásadně jiné jako v tématech nevyléčitelné nemoci nebo úmrtí dítěte. To jsou vlastně taky velmi těžká a náročná témata, která nás mohou paralyzovat... Asi bych to sám za sebe nevyčleňoval, že je to specifická nebo jiná klientela.“ Mohli bychom proto říct, že sebevražda se řadí mezi odborně náročná témata (*společné charakteristiky*), u kterých by terapeut měl mít dostatečné teoretické znalosti o jejich specifických rysech, průběhu a potenciálních rizicích (*povědomí o individuálních zvláštностech fenoménu sebevražednosti*.)

V neposlední řadě upozorňuje na skutečnost, že suicidální klienti netvoří jednodílnou skupinu, a proto by ke každému z nich měl terapeut **přístupovat individuálně**. Kromě výše řečeného záleží na tom, zda klient přichází do péče brzy po sebevražedném pokusu, nebo zdali se jedná o starší událost v rámci jeho anamnézy. Roli rovněž hrají diagnostikované psychické poruchy

a komorbidity. „*Ta práce se samozřejmě hodně liší.*“ Pro Davida je sebevražedné jednání symptomem a úkol odborníka dle něho spočívá ve vnímání příběhu klienta i jeho motivace vzít si život **v širším kontextu** a zajímat se o „*podhoubí, ze kterého to nějak vyrůstá.*“

„*Pro mě je pak velmi důležité se dívat, na jakém pozadí to vlastně vzniká. Co všechno je vlastně za tím... psychiatrická onemocnění, přítomnost více sebevražd v blízkém okolí klienta, nevyléčitelná nemoc, ochrana blízkých nebo obrovský pocit viny... Tunelovité vidění, když nedokážu regulovat své emoce a vidím ten svět jenom v polaritách buď anebo – to je jiný způsob práce než nějaké klíčové přesvědčení o sobě, že jsem všem na obtíž. Nebo jestli je to skutečně výsledkem nějaké promyšlené strategie, jak nějak ulevit svým blízkým, protože trpím nevyléčitelnou nemocí. To mi přijde, že jsou fakt úplně jiné kontexty.*“

Důležitou součástí terapeutické práce se suicidálními klienty představuje **postojová složka**, projevující se skrze „*respekt nebo větší soucit k trápení člověka,*“ pokoru a profesní odpovědnost.

„*Víte, mně přijde, že člověk, který o tomto začíná mluvit, tak mě fakt naplňuje takovou velkou bází a dojetím z nějaké velké důvěry, že vlastně úplně cizímu člověku vykládají velmi intimní věci, které jsou v něčem hodně náročné, tíživé. Že se o toto nemají s nikým podělit. Já jsem bez smlouvy s pojišťovnou, nejsem zapojen ani do programu VZP, takže to mě vlastně naplňuje profesní odpovědností a zároveň dojetím.*“

Stěžejní je však bezesporu **svoboda člověka**, které se v rozhovoru věnuje nejvíce pozornosti, a jelikož následující pasáž rovněž výstižně charakterizuje Davidovu zkušenost a jeho přístup k suicidálním klientům, dovolujeme si ji citovat v takřka nezkrácené podobě.

„*Tam se opírám o nějakou hlubokou postojovou část, kterou si samozřejmě musím pěstovat, nebo o ní pečovat. A to je postoj, že každý má právo naložit si se svým životem, jak uzná za vhodné. Je to mimo rámec etiky nebo morálky – snažím se vyvarovat i hodnocení toho, jestli člověk má nebo nemá právo si vzít vlastní život. Takhle to i klientovi prezentuji, že je to skutečně jen a jen v jeho rukou. To je postoj, který mi je vlastní a který pak hodně ulehčuje tu práci a vůbec kontakt s tím klientem než nějaké přesvědčování, moralizování, zakazování, kázání, že by to vlastně neměl dělat.*

Ale zároveň ta postojová složka obsahuje i tu druhou stránku mě coby profesionála, že já stojím na straně života. To, že se dívám na to, že ten klient má právo se svobodně rozhodnout neznamená, že mu to nějak schvaluji, nebo na to dokonce navádím (smích), ale že u mě se potká s tím, že se ho spíš budu snažit směřovat taky k tomu... jak to možná udělat jinak, nabízím mu spíše cesty, jak to neudělat než jak to udělat. Na to bych třeba nikdy nepřistoupil. Kdyby za mnou klient přišel se zakázkou, jaký je dobrý způsob se zabít, tak na tohle nepřistoupím. Tu svobodu mu neberu, ale já toho pak nechci být účasten.“

Dopady na osobní život

David vnímá odlišnost suicidálních klientů v náročnosti až nemožnosti striktního oddělení práce od soukromého života projevující se skrze **posun profesních hranic**.

„Ať chci, nebo nechci, někdy mi myšlenky samozřejmě zaběhnou i mimo práci. Nejde to úplně oddělit, že bych si řekl, že je to tlustá čára... Po náročném hovoru se to projeví v mém myšlení nebo v náladě...“

S klientem se klidně domlouvám i na intenzivnějším kontaktu, nebo že mě může kontaktovat telefonicky v případě, že by se ta chuť spáchat sebevraždu nějak zvýšila. Tak v tomto mi to pro mě přijde, že se to nějak liší. Že jsem tam hodně nakloněný, nebo že tam posouvám svoje profesní hranice.“

Dále reflektuje, že práce se sebevražednou problematikou se ho dotýká a otevírá v něm téma vlastní smrti a smrtelnosti, přičemž přemýšlí o krizových situacích, ve kterých se klienti ocitli. Představuje si, jaké mezní události by přivedly jeho samého k hlubšímu uvažování o sebevraždě a jak by se on sám zachoval v kůži suicidálních klientů, čímž prohlubuje porozumění jejich příběhům. Zvláště náročnou kombinací jsou pak pro něho depresivní klienti se subjektivní ztrátou smyslu a sebevražednými úmysly.

„Už jenom lidsky, tím, jak jsme otevření lidskému trápení nás to nějak ovlivňuje. A přijde mi, že ať chci nebo nechci, tak si to taky skrz vlastní zkušenost snažím nějak zpracovat nebo tomu porozumět. Si říkám, co bych vlastně v takové chvíli dělal já, jestli bych taky takhle uvažoval. Osahávám třeba i vlastní pocity z toho, jaké to vlastně vůbec je balancovat na hranici života a smrti.“

Co se týče copingových strategií, po náročných sezeních využívá intervizi i supervizní setkání. Důležité jsou pak pro Davida **rituály**: *„rituál to tady vyvětrat, očistit, vykourit... případně rituál vycházení a vcházení z těch několika dveří, které mám, protože se každými dveřmi stávám více a více civilním člověkem, civilním Davidem.“* Prostor pracovny má navíc symbolicky rozdělený na dvě části pomocí vyvýšené plošiny, kde probíhají samotná terapeutická sezení. V neposlední řadě lze za coping pokládat i *„modlitbu, kterou tomu člověku třeba po sezení věnuji.“*

Tím se dostáváme ke **spiritualitě**, o níž se David zmíní pouze stručně: *„Pro mě je to důležitá součást profese. Nějak jsem citlivý na to, pokud se tohle téma objeví u klientů. Pro mě je to samozřejmě nějaký velký zdroj.“*

System

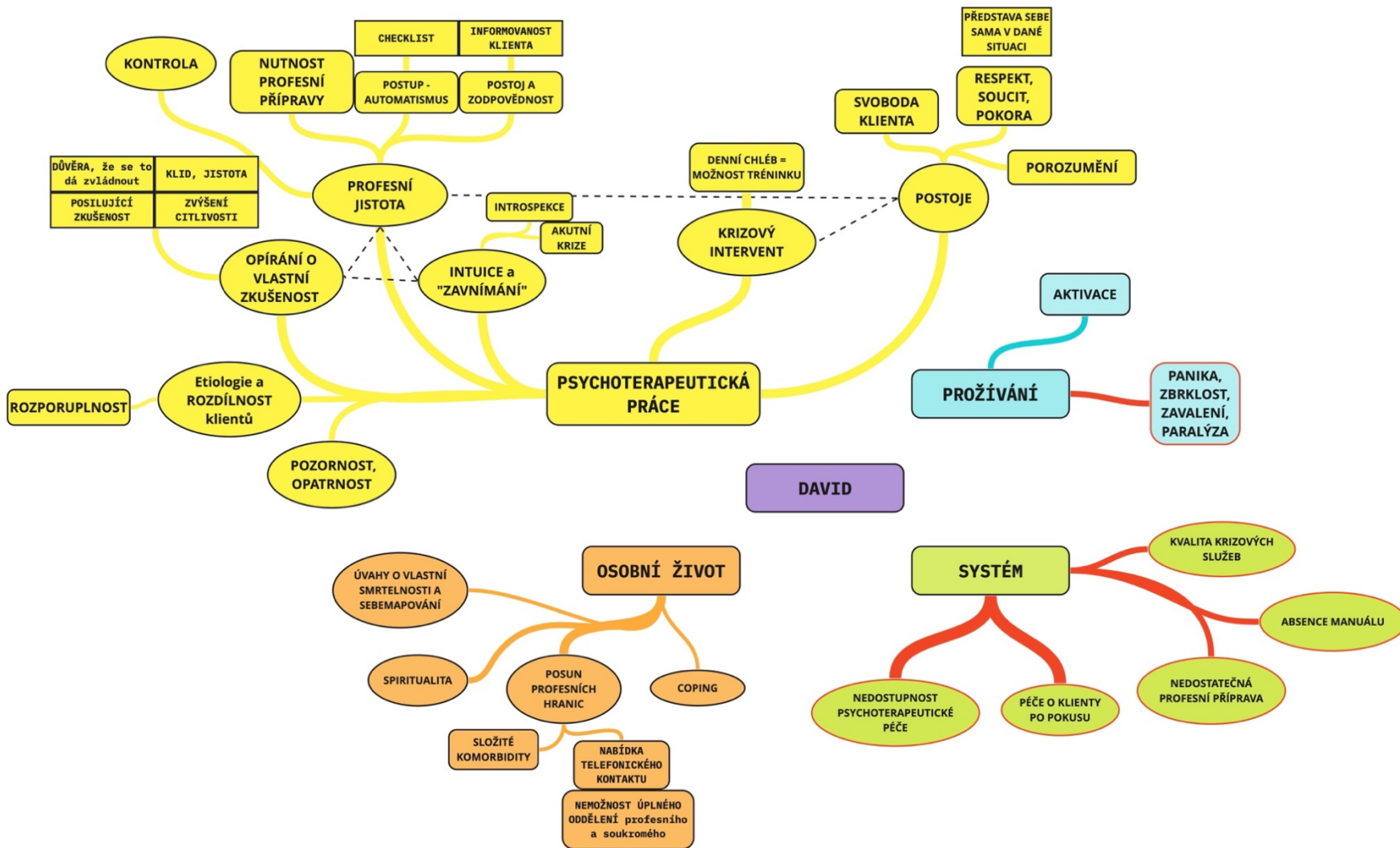
O systému péče o suicidální klienty a profesní přípravy se vyjadřuje **kriticky**. Vysoká škola ho nepřipravila vůbec, kurz krizové intervence pouze částečně. *„Nejvíce mě vybavila praxe v krizové službě, to si myslím, že je alfa a omega, o kterou se nějak opírám.“*

Za hlavní nedostatek považuje **nedostupnost psychoterapeutické péče**, „protože čím dostupnější je, tím je větší pravděpodobnost, že se člověk dostane do dobrých rukou.“ Taktéž se zmiňuje o kvalitě poskytovaných krizových služeb, jež se liší dle jednotlivých pracovišť.

Pozastavuje se taktéž nad **chybějící metodickou podporou** či manuálem pro začínající odborníky. „Asi mi přijde důležité to mít nějak sepsané, mít nějakou příručku, nějaké desatero, když bych to hodně zjednodušil. Ale mít nějaký metodický nástroj je důležité.“

Poslední rezervy spatřuje v péči o klienty po nedokonaném sebevražedném pokusu, jež především zabezpečují zdravotnická zařízení, byť přiznává, že v nich nikdy nepracoval a nemá tak detailní přehled o tom, jaká péče je klientům nabízena.

„Myslím si, že by především tam měla být podpora a péče směřována hodně, intenzivně. Nejenom medikamentózní a zdravotní... Mám představu, že se tam může potkat s nějakým nerespektem nebo odsuzováním od nějaké části personálu. Ta lidská stránka, to terapeutické bádání, co k tomu člověka vedlo, tak tam mi přijde, že zůstává nějaký dluh. A zejména pak nějaká následná péče, když je pak člověk propuštěný z nějaké psychiatrické nemocnice nebo nějaké péče. Je dobře ho pak ještě saturovat další péčí, že to nekončí jenom tím, že je člověk zamedikovaný a de facto zachráněný, že přežil.“



Obr. 4 – Schéma zkušenosti Davida

3.1.5 Eduard

Eduard je klinický psycholog, který pracuje nejen na akutním příjmovém oddělení psychiatrické nemocnice ve velkém městě, ale i v soukromé praxi. Profesi vykonává 10 let a absolvoval rovněž psychoterapeutický výcvik v psychoanalytické psychoterapii. Jeho náplň práce tvoří primárně diagnostika a přibližně 20 % času tvoří psychoterapeutické poradenství, většinou ve skupinové formě. Se suicidálními klienty se setkává velice často, dle svých odhadů pracoval s nižšími stovkami klientů po nedokonaném pokusu o sebevraždu. Zkušenost Eduarda tedy vychází z dlouholeté diagnostické a psychoterapeutické práce s klinickými klienty na příjmovém lůžkovém oddělení.

Psychoterapeutická práce

Eduard od počátku zdůrazňuje **rozdíl mezi nemocniční a soukromou praxí**. Zprvce, práce se suicidálními klienty je na akutním psychiatrickém oddělení „*denním chlebem*“ klinického psychologa. Během krátkého pobytu, který na jeho pracovišti zpravidla nepřesahuje 3-5 dnů, však klienty uvidí pouze jednou až dvakrát, čímž je znemožněna jakákoliv komplexní psychoterapeutická práce. Eduard se tak alespoň snaží o edukaci a zasítování, aby klienti po propuštění věděli, kam se mohou obrátit pro následnou péči. Naopak v soukromé praxi, kde s nimi může dlouhodobě pracovat, klienty se sebevražednými sklony vídá zřídka. Hlavní rozdíl nicméně spatřuje v **rozložené zodpovědnosti a komfortu práce v instituci**, která svým přístupem někdy chrání své pracovníky na úkor prospěchu klientů, což je přirozeným důsledkem přetížení pracoviště, kde na pouhých 5 psychologů připadá až kolem 2 000 příjmů ročně.

„Když máte v soukromé praxi suicidálního klienta, tak je to samozřejmě více zneklidňující a více to dopadá jenom na vás. Když máte někoho v nemocnici, tak víte, že vás kolem něj bylo nebo je 3-20, podle toho, jak to počítáte. Myslím, že v tomhle ta instituce, která má samozřejmě své obrovské limity, je něčím milosrdná, že to na vás tak nedopadne. A myslím, že je to přirozená reakce instituce na to množství suicidálních pacientů, které tu je, protože 20 % příjmů tvoří suicidální pacienti.

...nemůžete mít tolik suicidálních pacientů ve své dlouhodobé péči, to nejde. Myslím si, že je to potom ždímající a zase vám instituce svým přístupem, který je ale zároveň často v neprospěch pacienta, zajistí určitý komfort, aby vás to oproti soukromé praxi neždímalo, a proto jich v instituci snesete mnohem více.“

Rozdíl je patrný i v samotné klientele, neboť soukromou praxi navštěvují movitější, motivovanější a „*vlastně funkční klienti*. Ta práce s nimi je hrozně hezká, zajímavá, ale je to typ člověka, který relativně nějaké zdroje má, když už je schopen vás platit.“

Eduard dále pokládá za důležité, že nemocniční praxe „**zcitlivuje**“ odborníka vůči psychotickým, depresivním a suicidálním projevům a významně posiluje jeho resilienci. „*Jsem i citlivější vůči vágním suicidálním úvahám. Že možná smrt cítím rychleji, než kdybych takovou dobu nebyl na psychiatrii, ale možná mě ta psychiatrie zase deformuje, že bych možná potřeboval cítit více života než smrti (smích).*“ Více si rovněž všímá méně nápadných suicidálních úvah u depresivních klientů, které považuje za rizikovější, neboť je lze oproti dramatickým projevům hystriónsko-hraničních poruch lehce přehlédnout. „*Je to hrubé zjednodušení, nemyslím si, že to jde v linii, že kdo o tom mluví, ten to neudělá.*“ V soukromé praxi si všímá tenké hranice mezi vyhledáváním vzrušení a možným latentním sebevražedným chováním. „*Pokud máte pacienta, který leze bez jištění s tím, že není tak dobrý lezec, tak je vždycky otázka, kolik suicidálního v tom chování je. Někteří lidé se na téhle hraně cítí nejvíce živí, že ji vyhledávají i proto, aby se ujistili, že jsou naživu, ne proto, že se nutně chtějí zabít.*“

Dále upozorňuje, že někteří kolegové, především ti bez předchozího pracovního uplatnění v oblasti klinické psychologie, při sebemenším náznaku suicidálního myšlení odesílají klienta na hospitalizaci, což je z jeho pohledu kontraproduktivní, protože jim systém reálně nemá co nabídnout. „*Bohužel musí člověk s tím klientem ve své praxi vydržet sám.*“ Klid, který je pro práci se suicidálními klienty klíčový, pak taktéž roste s přibývajícimi zkušenostmi. „*Nevím, jestli při prvním suicidálním klientovi může být člověk klidný. Asi nemůže a je v pořádku, že není. Ale nemůžete s tím pacientem bláznit.*“

Další významné téma, které nese název **heterogenita klientů**, emergovalo z vícero vzájemně provázaných výroků. Eduard zdůrazňuje, že „*suicidalitu nejde brát jako univerzální homogenní fenomén.*“ Předně se liší motivace či hlavní příčiny sebevražedného jednání. Někdo vnímá sebevraždu jako ukončení neúnosného trápení (syndrom PTSD), „*že by tady na tom světě i rád byl, ale nenachází způsob,*“ jiný se skrze sebevraždu cíleně mstí blízké osobě nebo bilancuje nad svým životem. Psychotici unikají bludnému nebezpečí a bipolární klienti očekávané depresivní nebo manické fázi. Jinými slovy, Eduard se dotýká hranice mezi sebezabitím a sebevraždou, respektive mezi biickou a patickou sebevraždou, užijeme-li termíny odborné literatury. S tím úzce souvisí **svobodná vůle klientů**, k níž se staví skepticky. S čistě biickými sebevraždami se totiž setkává zřídka.

„*Nemyslím si, že jejich pokusy o sebevraždu jsou výrazem nějaké svobody. Samozřejmě se zabít můžou, ale mně to neseď do toho, že by to byl výraz jejich svobodné vůle. Je to prostě pod tlakem*

velkého utrpení nebo zoufalství a nějakých pocitů bezvýchodnosti. Depresivní pacient, který se zabije, nebo hraniční pacient, který je zoufale opuštěný a zabije se, za mě nevykonal akt svobodné vůle.“

Posléze doplňuje, že biické sebevraždy se dle něho týkají především tělesně nemocných, jelikož u psychicky nemocných je svoboda klienta vždy do určité míry omezena. Heterogenita se promítá i do **prožívání psychoterapeutické práce**. Bipolární a psychotičtí klienti, pro které má dle svých slov slabost, u Eduarda vzbuzují lítost a empatii, hraniční pak vztek, přičemž při jejich opakovaných hospitalizacích se objevuje frustrace. *„Víte, že mu už tady nic nenabídnete a že on venku nějakou péči moc nevyhledal nebo se o ní nepokusil, takže vždycky akorát tou sanitkou jako taxíkem přijede.“* U klientů v soukromé praxi dominuje starost, neboť za ně nese přímou zodpovědnost.

Při své reflexi jde však ještě hlouběji a dotýká se věcí, *„o kterých se asi nemluví.“* Konkrétně přiznává, že některé způsoby sebevraždy ho pobaví, jindy žasne nad jejich sofistikovaností, bizarností či vynalézavostí klientů. Občas se děsí pudu smrti u pacientů, který *„neobrousí vůbec nic.“* Za inspirativní lze pokládat jeho psychoanalytické zamyšlení nad agresí, kterou v nemocničním pracovníkovi suicidální klienti vzbuzují.

*„Dokážu si představit, spíše tedy z té zkušenosti instituce, což se nám stává pravidelně, že si přejeme, aby se někteří pacienti už zabili a abychom je tu už nevidali, protože je to frustrující. Ale myslím, že je to **projektivní identifikace jejich obrovské agrese**, kterou potom vzbuzují v nás. Tak to jo, to si myslím, že je relativně časté a možná se to tak u někoho transformuje do takového sociálně přijatelnějšího: ‚Jemu by se ulevilo, kdyby se zabil.‘ Ale myslím, že ta realita je taková, že já si přeju, aby se zabil, protože už je to neúnosné.“*

Zmíněné pocity se váží k menšině klientů vyznačující se těžkým chronickým průběhem onemocnění. *„Je malý typ pacientů, u kterých tušíte, že se někdy v průběhu života zabijí a že těch možností, jak jim v tom zabránit je velmi málo. Tím nemyslím jenom to, že systém péče je děravý, ale že to jejich konkrétní onemocnění, tak jak u konkrétního člověka probíhá, nenabízí moc světých vyhlídek,“* konstatuje Eduard s nadhledem.

Suicidální klienty však přes svou rozdílnost spojují pocity **tlaku a časové akutnosti**, které v terapeutovi vyvolávají a jež mohou vyústit v překračování jeho profesních hranic. *„Vykopává vás to z psychoterapeutické pozice a občas má potom člověk tendenci dělat nějaké hurá akce, odepisovat večer na SMSky, něco vymýšlet, tak to je blbý. Myslím, že u některých pacientů to spíše věci zhorší.“* Dle Eduarda proto není dobré, aby měl naráz v péči více klientů v akutní suicidální fázi. Na druhou stranu ho tito klienti něčím přitahují.

„Pohybovat se s někým na hraně života a smrti, možnost se podívat z odstupu na různé mrtvé stavy zaživa, to je něčím zajímavé. Člověk pak lépe zahlédne hranici života, nebo co je ještě živý a co už je k nežítí. Někteří ti lidé už mrtví jsou, že jo. A tam teda vůbec nemám nejmenší osten nějaký morální konotace, že nežijí dostatečně a mohli by a měli by to... na tohle moc nevěřím. A někdy, myslím, je zajímavé objevovat formy života na té hraně, že je docela dobrý.“

Tím se dostává k tématu **morálky**, která je dle něho v klinicko-psychologické praxi spíše na škodu. Eduardův základní postoj totiž zní: *„Být na straně života, ale rozumět tomu, že někdo volí smrt.“* Vymezuje se tak vůči kolegům, v jejichž přístupu jsou hodnoty a morálka natolik akcentovány, že se stávají krutými. Jinými slovy, dogmaticky stojí na straně života, aniž by měli respekt ke klientovi, a tak se s ním o sebevraždě odmítají bavit, případně ho konejší slovy: *„Podívejte se, co máte ve svém životě. To byste přeci nikomu neudělal.“*

„Člověk by měl stát na straně života. Ale zároveň tím neotravovat a nemlátit tím toho pacienta po hlavě... musí se s ním do té suicidality občas podívat, byť je to nepříjemný a není to hezké. Vzít na vědomí, že smrt je srozumitelné, legitimní přání a že je v ní mnoho úlevného. Spousta kolegů má takové různé velké morální štíty. A teď zmiňují ty hodnoty a jsou plní vděčnosti a smysluplnosti a teď tím ty pacienty šikají. A to si myslím, že je dobré nedělat, nebo to nedělat moc rychle. Až je to vlastně kruté, že morálka může být užívána krutě a tvrdě. A tak to si myslím, že je nějak důležité to mít v sobě zpracované.“

Vždy je možné pro klienta něco udělat, a proto je i nabádá, aby se nevzdávali: *„Sebevražda tady jako možnost bude vždycky, ale pojďme to odložit.“*

Posledním tématem je **rodina**. Eduarda již několik příbuzných či známých potýkajících se se suicidální ideací kontaktovalo. Duální vztah ze své podstaty neumožňuje psychoterapeutickou léčbu. Přestože se alespoň snaží mobilizovat dostupnou péči, nedovede se ubránit frustraci, která je intenzivnější než v situaci psycholog-klient. *„Nejsložitější je to u příbuzných. Vidíte, že [péče] není optimální, ale lepší než žádná. Nemůžete s tím člověkem jednat jako s pacientem a po 50 minutách to ukončit, ale budete v tom s obavou, nejistotami a přesvědčováním k hospitalizaci pár hodin, takže vás to frustruje mnohem víc. No a zas nemůžete popřít své profesní znalosti a vidět, že to může být průšvih.“* Kromě frustrace se objevuje zneklidnění a úzkost. Zkušenosti ze svého okolí mu nicméně pomáhají uvědomit si o sebevraždě nové souvislosti. *„V jiném kontextu se dozvíte jiné věci.“*

Jednou z nich je často opomíjená práce s příbuznými klienta, jež tvoří druhý aspekt rodiny. Díky zkušenostem z blízkého okolí si uvědomil, že veškerá pozornost je věnována suicidálnímu klientovi, navzdory tomu, že celá situace je náročná i pro jeho blízké, pro něž

má nyní hlubší pochopení. „*Jsou naštvaní, rezignovaní a taky asi mají časté nevědomé přání, ať už se to [pokus] tedy povede a ať už se z toho vysvobodí.*“

Dopady na osobní život

Práce klinického psychologa s sebou přináší jistě **otupění**: „*Po letech to člověka přeci jenom trochu obrousí, není možné si práci tahat domů. Ne že by se člověk aktivně bránil, ale je to prostě rutinní součástí vaší práce.*“ Profesní hranice však nejsou neprostopupné a Eduard později svůj výrok koriguje: „*Nejde nebýt touto prací dotčen, vždyť je to strašně zajímavá a těžká práce. Člověk se jí musí nechat dotknout, jinak by ji nemělo smysl dělat.*“ Nicméně nezaznamenává, že by práce se suicidálními klienty výrazným či neobvyklým způsobem proměňovala jeho soukromý život. Coby psychoanalytický psychoterapeut hlásící se k tradiční pudové větvi je totiž „*nehodnotového vyznání.*“ Jediným tématem, u něhož si všímá posunu, je „*obava že bych nebyl naživu ještě zaživa, ne z toho, že bych se zabil. To je myslím taková hysterická obava, jestli člověk žije nebo nežije dost.*“ Někdy se ke svým klientům navrácí v myšlenkách a obává se, jestli si během týdne něco neudělají, což ho připravuje o část kapacity mysli, kdy by mohl přemýšlet nad jinými věcmi či klienty.

Na dotaz, v čem by měl být psycholog ukotvený, aby ho fenomén sebevraždy nerozrušoval, s nadsázkou odpovídá: „*V jídle a sexu, to je jednoduchý (smích).*“ Opakovaně se navíc popisuje jako **hedonisticky orientovaný** člověk. „*Myslím, že více dionýsovský, než apollónský přístup není v práci se suicidální pacienty na škodu.*“

Jídlo, respektive požitky jako takové, tak lze považovat za jednu z Eduardových **copingových strategií**. Klíčové jsou pro něho blízké vztahy, přičemž významná část přátel vykonává stejnou profesi. „*Ale mluvíme mnohem více o víně, jídle a někteří o duchovních věcech nebo spiritualitě než o pacientech.*“ Jemu však spiritualita nepomáhá a konstatuje, že pro ni jednoduše nemá cit. „*Dokážu si představit, že jsou nějaké dionýsovské formy spirituality, které by mi blízké byly. Přes jídlo a sex by to nějakým způsobem šlo... V tom jsem asi jednoduchý (smích).* Vyhovuje mu mít pestrou praxi a nespécializovat se na konkrétní typ klientů, což je svým způsobem rovněž copingová strategie. „*Mám konzervativisty i liberály, umělce i lidi z korporátu.*“

System

Se systémem péče a profesní přípravy je Eduard značně nespokojen a v jeho vyprávění byla patrná **frustrace**. Dokonce si původně myslel, že celý rozhovor strávíme jeho kritikou. „*Myslel jsem, že si vystačím s nadávkami na systém a nebudu o sobě nic říkat (smích).*“

Předně si stěžuje na **katastrofický stav ambulantních služeb**, jejichž nedostatečné kapacity neumožňují předat klienty do následné péče. „*Jsou tam díry systému. Víte, že klienta nemáte kam poslat. Já mám některé dospívající pacienty, tak tam jste vlastně bez šance, to nikoho neudáte, nikdo vám je nevezme. A to mluvím z pozice velkého města.*“ Zmiňuje se i o přetíženosti dětských psychiatrií vyúsťující v hospitalizaci suicidálních klientů na klasické pediatrii, kde jim nemůže být věnována adekvátní pozornost. Situaci by dle něho zlepšilo rozšíření klinicko-psychologických ambulancí, které by fungovaly obdobným způsobem jako praktičtí lékaři, tedy kliničtí psychologové by vyšetřili klienty a následně se s nimi domluvili na vhodném typu následné péče. Představy o změnách systému si však raději nedělá, „*protože je to hrozně frustrující, snažit se změnit systém je těžké. Myslím, že jsem schopný tak dlouho vydržet v systému, protože ho beru takový, jaký je.*“

System **vysokoškolského studia** psychologie, kdy existuje pouze jeden program pro všechny studenty, ať už se v budoucnu chtějí věnovat kupř. klinické psychologii nebo manželskému poradenství, pokládá za archaický. Na práci se suicidálními klienty ho proto nijak nepřipravilo. „*Ale asi bych to neočekával, je to prostě teoretická disciplína.*“ Nesmlouvavý je i vůči **psychoterapeutickým výcvikům**, „*protože je to podnikatelská aktivita jako každá jiná.*“

„*Je to úplně stejný jako krájet salámy v Albertu, takže třetina prodavaček je nakrájí velice hezky, třetina tak nějak normálně, že to všichni přežijeme, a třetina je děsivá. A myslím si, že u psychoterapeutických lektorů je to stejný, u supervizorů je to stejný, u klinických psychologů je to stejný.*“

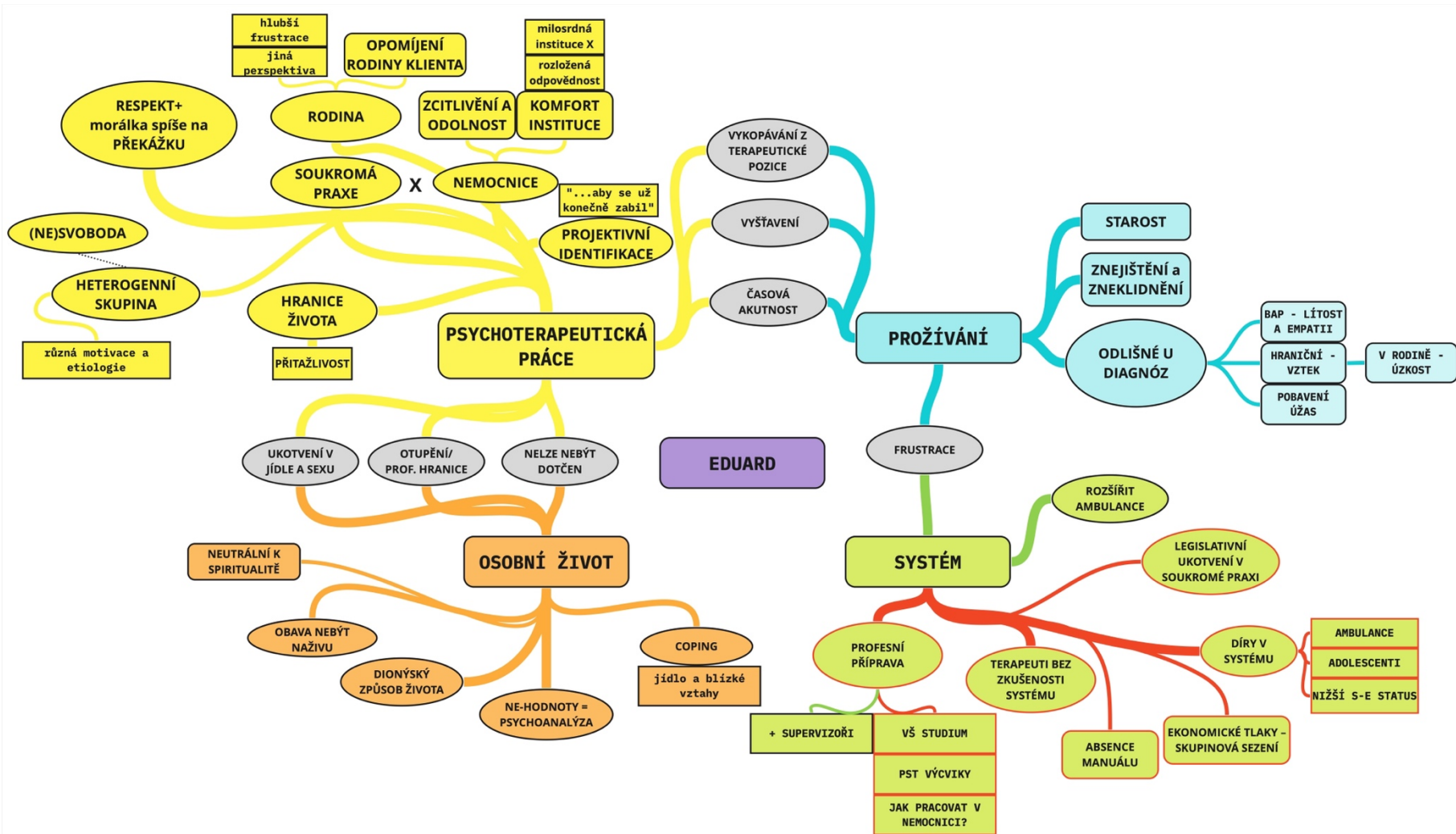
Upozorňuje, že většina lektorů čerpá zkušenosti pouze ze své ambulance či terapií na přímou platbu, což se zákonitě odráží na skladbě jejich klientů. Z jeho pohledu proto není dobré z lektorů dělat idoly, ale naopak reflektovat jejich zázemí s omezenými znalostmi. S tím úzce souvisí již zmíněné téma terapeutů, kteří postrádají znalosti o tom, jak zdravotnický systém funguje.

„*U některých pacientů jsou buď příliš vyděšení a úzkostní a posílají je k hospitalizacím nebo na psychiatrii, ale ta jim nemá moc co nabídnout, což oni nevědí. Nebo jsou naopak velmi odvážní a pracují s a terapeutizují něco, co už je dávno neterapeutizovatelné v ten daný moment. Možná s léky pak jo, ale myslím si, že venku se pohybuje dost psychoterapeutických radikalistů, kteří jsou nebezpeční.*“

Světlou výjimku tvoří část **supervizorů**, s nimiž „*se dají probírat hodně těžcí klienti.*“ Eduard má však dojem, že supervize stále bývá v odborném prostředí neprávem podceňovaná. A to i navzdory **absenci jakéhokoli metodického materiálu** pro práci se suicidálními klienty, který by ve své praxi rozhodně uvítal. Postgraduální kurzy jsou totiž výhradně zaměřeny na krizovou intervenci. „*Kurzů na práci se suicidálním pacientem, kdy je to tak na hraně, je relativně málo. Krizovou intervenci vás učí kdekdo – a končí to happy endem, že ho přesvědčíte, že má jet do nemocnice – ale já už ho v té nemocnici mám a já jsem ta nemocnice (smích). Co teď s tím?*“

Uvítal by finanční podporu psychoterapeutického vzdělávání a supervizí, zaměstnání více kolegů, nebo možnost podívat se na stáž do zahraničí, např. do Skandinávie, Británie nebo Izraele. Oceňuje iniciativu vzdělávat psychiatrické sestry a trend zkracování hospitalizací. Spolu se zřízením center duševního zdraví se jedná o pozitivní změny pro klienty s těžkým chronickým duševním onemocněním. Centřům však vytýká, že „*pracují se zvrácenou ideou, že se [všichni] pacienti zlepšují*“ a řada suicidálních klientů do nich jednoduše charakterem svých problémů nespadá. Kritizuje rovněž **ekonomické tlaky na skupinovou péči**, neboť kvůli nucenému složení skupin „*mnohdy postrádá smysl,*“ a problematické legislativní ukotvení psychoterapie v soukromém sektoru, díky čemuž je práce se suicidálními klienty právně komplikovaná. Zdůrazňuje, že vedle již zmíněných adolescentů, se nedostupnost odborné pomoci týká i nízkopříjmových klientů, za což nese částečnou odpovědnost i sféra sociální práce.

Realitu systému dokresluje Eduardovo povzdychnutí: „*Myslím, že je složitá situace, když víte, že váš kolega psychiatr, a on to o sobě taky ví, je suicidálnější než ti pacienti, které léčí.*“



Obr. 5 – Schéma zkušenosti Eduarda

3.1.6 Františka

Františka je psychologka ve zdravotnictví v předatestační přípravě, která aktuálně pracuje v CDZ a soukromé praxi. Profesi vykonává 12 let a absolvovala rovněž psychoterapeutický výcvik v logoterapii a existenciální analýze. Její náplň práce tvoří primárně psychoterapie, přičemž udává 50 klientů po nedokonaném pokusu o sebevraždu (podíl 19 % klientely) a 157 suicidálních klientů (59 %), což bylo možné určit z podrobných statistik CDZ. Zkušenost Františky proto primárně vychází z dlouholeté psychoterapeutické práce s klinickými klienty se závažnější symptomatologií v ambulantní formě.

Psychoterapeutická práce

Františka začíná své vyprávění **emoční náročností** práce se suicidálními klienty. „*Vždycky se mě to emočně dotkne, vždycky mě to zasáhne.*“ Do popředí vstupuje především strach – o život klientů, z vlastního selhání a následného poškození klientů, projevujícím se skrze pocity viny – a bezmoc: „*V podstatě ať děláte, co děláte, i když se můžete rozkrájet, tak prostě ty psychický propady jsou, přijdou.*“ Františka se označuje za hypersenzitivního člověka se silně vyvinutou empatií, který intenzivně vnímá klientovy emoce, a proto dále uvádí pocity psychické bolesti, tíhy a soucitu s utrpením klientů. „*Do klientů se hodně vcítím. Takže si umím představit, že to, co někdy zažívají, co slyším, to zkrátka nevymyslíte. To jsou takové hrůzy, že ani nechcete věřit, že to jim to ti rodiče mohli dělat, těm dětem. Tohle je pro mě hodně emočně náročný.*“

Zde vyvstává stěžejní téma její zkušenosti, kterým jsou **hranice**, jež rovněž prostupují osobním životem, což bude blíže rozvedeno v příští subkapitole. „*Musím se dost hlídat, abych se do toho emočně nedala příliš vtáhnout, protože by to byla velká zátěž. Umím se do nich vcítit, ale určitě s nimi nepláču, ale naopak musím zůstat ta pevná, aby se měli o koho opřít.*“ Odstup, bazální součást psychoterapeutické práce, se tedy u suicidálních klientů zdá být obtížnější.

Souvisí to s tématem **přebírání zodpovědnosti za klienta a jeho svobody**, představující etickou složku psychoterapeutické práce. Několik týdnů po nahrání rozhovoru mi Františka ze své iniciativy poslala email s následujícím doplňujícím komentářem:

„*Cítím nepříjemnou tendenci přebírat odpovědnost za klienty, kterou na sebe беру někdy až příliš. A to si musím hlídat, protože jsou dospělí, svéprávní. Oni mají zodpovědnost za svůj život. Někdy je však opravdu těžké vystihnout tenkou hranici, kdy je klient ještě schopen sám rozhodovat zodpovědně o svém životě či smrti. Příčí se mi nedobrovolná hospitalizace klienta, ke které někdy přistupují kolegové psychiatři. Vždy jsem se s klientem domluvila a hospitalizace proběhla na dobrovolné bázi.*“

Jinak by to zcela jistě narušilo důvěru v terapeutickém vztahu. Na druhou stranu, kolegyně zažila smrt klienta, který dobrovolně vyhladověl. Nabízí se etická otázka, máme právo bránit někomu v dobrovolném odchodu z tohoto světa? A do jaké míry je rozhodnutí odejít ovlivněno jeho psychickým onemocněním? Ohrožoval ten pacient sám sebe? Chtěl být zachráněn? Na to neumím odpovědět.“

V komentáři je patrná pokora, reflexe a existencialistické smýšlení v podobě limitů lidské svobody v kontextu těžké psychické nemoci. Františka plně respektuje svobodné rozhodnutí klienta dokonat sebevraždu: *„Samozřejmě, že je to jeho právo. Já s tím nemůžu nic udělat, když se rozhodne...“* Nicméně dodává, že *„rozhodně jsem na straně života. Jsem velký optimista a určitě se je snažím vtáhnout do života. Snažím se tomu předcházet krizovým plánem.“* Jinými slovy, udělat co je v mých silách, ale pokud se klient nakonec rozhodne pro sebevraždu, pak jeho rozhodnutí respektovat.

Co tedy může být pro klienta uděláno? Františka v první řadě jakékoliv náznaky nikdy nebere *„na lehkou váhu. Vždycky je vyzpovídám, jestli je to opravdu jenom suicidální myšlenka, nebo jestli hrozí pokus, to nikdy nepominu.“* Můžeme sem zařadit mapování, kontrolu, a především zhodnocení rizika sebevražedného jednání, jež se promítají i do péče o ostatní klienty: *„Více to u klientů hlídám, více se doptávám.“* Na něj nasedá tzv. antisuicidální kontrakt. *„Uzavřeme spolu smlouvu o tom, že když je v terapii, tak po tu dobu neproběhne žádný pokus o sebevraždu. Neuzavírám to písemně, jenom si na to podáme ruku a mluvíme o tom, jak je to důležitý a co by to vlastně pro něj a pro mě znamenalo. Takže se snažím alespoň tímto kontraktem nějak zapůsobit.“* Již zmíněný krizový plán je preventivním nástrojem pro případ zhoršení psychického stavu klienta, který spočívá v zmapování a sumarizaci opor (rodina, kamarádi, psychologové, psychiatři, sociální pracovníci atd.). *„Vždycky je v tom krizovém plánu právě důležité vypíchnout, že na to není sám a na koho se může obrátit.“* Františka si taktéž pochvaluje jeho účinnost: *„Mnohokrát se mi osvědčil. Je dobrý, že si to sepíšeme opravdu spolu. To pomáhá.“*

Kliničtí klienti se závažnějšími psychickými obtížemi se vyznačují relapsy, což významně komplikuje psychoterapeutickou práci. Kupříkladu hospitalizace zapříčiní ukončení docházení na terapeutická sezení a tím pádem i platnost antisuicidálního kontraktu. Pro Františku je pak zvláště nepříjemná absence informací o stavu jejích klientů.

„Když je třeba klient hospitalizovaný, tak mi vlastně nikdo nedá vědět, že se něco takového děje. Je pro mě lepší, a těch případů je méně, když mi ten klient z nemocnice zavolá, nebo mi pošle SMSku, že se mnou potřebuje mluvit a vím to předem a řešíme to.“

Relapsy jsou rovněž podnětem k zpětné reflexi psychoterapeutického procesu a námětem supervizních setkání. „Beru to i tak, že se vracím, dělám sebereflexi, jestli se někde neudělala chyba, jestli jsme při poslední terapii postupovali nějak (špatně)...“

Františka dále vzpomíná na svoje první setkání se suicidální člověkem, který bohužel v budoucnu dokonil sebevraždu. Byť to nebyla její klientka, lituje, že se nezapojila do péče z důvodu subjektivně pocíťovaného nedostatku zkušeností a strachu.

„Přenechávala jsem to zkušenějším kolegům, ale oni na ni neměli tolik času. Ona třeba i toužila po tom, aby s ní mluvilo více lidí. Já jsem se bála, že bych ji nějak poškodila nebo ublížila, ještě jsem se necítila pevná v kramflecích. Tam jsem si mnohokrát říkala, jestli by to třeba nezměnilo to, že bych ukázala lidský zájem o ni. Že by úplně stačilo prostě jenom to, že si na ni ten čas najdu a že si s ní promluví, i když to nebyla moje klientka. Jak se ale říká – po bitvě je každý generál, že jo.“

Postupem času se stává jistější a je vděčná za to, že navzdory „těžkým diagnózám“ nikdo z jejích klientů za 11 let praxe sebevraždu nedokonal. „Určitě mi pomáhá, že mi přibývají zkušenosti, že už se nějak cítím pevná v kramflecích.“ Zkušenosti s problematikou sebevražednosti z vlastního okolí ji nutí zamýšlet se nad jedinečným kontextem každého rozhodnutí ukončit svůj život, ale stále k nim přistupuje primárně coby psycholožka.

„Dívám se na to z hlediska té odbornosti a říkám si, jestli ten člověk nemohl někoho oslovit, nějakého odborníka. Víc jdu po okolnostech, které ho k tomu vedly. Ale dívám se na to tak profesně a hledám v tom asi taky nějakou zkušenost, abych ji v tom získala.“

V závěru se Františka zmiňuje o svých klientech. Dle svých slov si nemůže vybírat, s kým bude pracovat, ale snazší je pro ni spolupráce s úzkostnými či úzkostně-depresivními klienty, naopak terapii silně depresivních a schizofrenních klientů vnímá za náročnější. „Vy nevíte, s čím přijdou. A když už potom máte navázaný vztah, tak teprve potom začnou vybalovat tyhle hrůzy (sebevražedné sklony). Takže to už je vlastně rozjetá terapie a já si nemůžu říct, že s tímhle klientem nechci pracovat, že je to pro mě těžký.“ Co se týče soukromé praxe: „zde mám lehčí klienty... jsou to duševně zdraví lidé v tíživé životní situaci, tady vidím brzy výsledky a je to radostnější práce.“

Nevýhodou práce v CDZ je, že někteří klienti zneužívají téma sebevraždy k manipulaci. „Vytáhne to mezi dveřmi, že chce urvat ještě nějaký čas pro sebe.“ Od Františky to totiž vyžaduje, aby zmapovala, zda se opravdu jedná o pouhou manipulaci, nebo je přítomno reálné riziko.

Na straně druhé si váží **důvěry**, jež v ní klienti mají, a uspokojení z vykonané práce. *„Určitě mi dává dobrý pocit, když přežijí, to je jasný. A ten pocit té důvěry, že tohle je hodně těžký, když to nemůžou říct ani těm svým blízkým a řeknou to mě. Tak si toho cením, že jsem to já, komu se svěří. Anebo jsem první, komu volají nebo píší SMSky. To si myslím, že je hodně důležité.“*

Dopady na osobní život

Bezesporu největší výzvu spatřuje v oddělení profesního a soukromého života, čímž se navracíme k fenoménu **hranic**. *„No, někdy to hodně prožívám a nosím si to i domů,“* byť Františka reflektuje, že to není vhodné. V minulosti dokonce večer přes služební mobil volala klientům, aby je zkontrolovala, což již nadále nedělá. *„Musím doma cíleně udělat psychohygienu, fakt si zakazovat myslet na klienty. Musí se dát ta jasná hranice, aby se ten psycholog ochránil a zregeneroval. To je určitě náročný.“*

Mezi své **copingové strategie** řadí jógu (*„Tam si opravdu pročistím hlavu a uvolním se. Doporučuji ji i klientům.“*), relaxaci, meditaci. Dále jsou to různorodé pohybové aktivity v podobě cyklistiky, horské turistiky a dlouhé procházky do přírody nebo různé sporty či kupř. sjíždění řeky. Rozvíjí své zájmy, chodí s manželem na kulturní akce, čte, sleduje filmy či zpívá s kapelou. *„To je strašně široký spektrum.“* V neposlední řadě vyzdvihuje důležitost rodinného prostředí, přátelství a možnost vzájemné pomoci s manželem, který pracuje ve zdravotnictví. Závěrečným lehce hedonistickým shrnutím se Františka pomalu dostává k dalšímu tématu: *„Já mám pocit, že si ten člověk tak jako naplno užívám... Zažít něco fajn, příjemného, pozitivního, orientovat se na to dobré v životě. Mám ráda dobré jídlo a pití, prostě všechno, co život přináší.“*

Tím jsou životní **hodnoty**, jež práce se suicidálními klienty proměňuje. *„Můžu říct, že jsem si v posledních letech fakt došla k takové lehkosti bytí.“* Svou dřívější potřebu kontroly a preciznosti se naučila „pouštět“ se slovy: *„Když nejde o život, nejde o nic.“* Zároveň se díky střetnutí s utrpením klientů netrápí maličkostmi a záležitostmi, které nemůže ovlivnit. *„Jsem se sebou o hodně víc spokojená než na začátku.“*

Práce s klienty rovněž ve Františce otevírala řadu témat včetně smyslu života nebo vlastní smrtelnosti, což koresponduje s logoterapeutickým a existencialistickým zázemím. K jejich zpracování jí pomohla supervize a obecně individuální část psychotherapeutického výcviku. Posledním identifikovaným fenoménem se pak stává **spiritualita**.

„Terapie mě dovedla k tomu, že je důležité víru mít. Prostě v něco, co nás přesahuje. Vnímám i větší potřebu v něco věřit. Tohle téma mám ráda i u klientů, když to se mnou probírají... Hodně mi to otevřelo obzory.“

System

Vůči vysokoškolskému vzdělání i systému péče o suicidální klienty se vyjadřuje převážně negativně, na druhou stranu však konstatuje, že psychoterapeutický výcvik ji na výkon psychoterapie připravil dostatečně a některé věci jednoduše musí člověk zažít na vlastní kůži.

„Byla jsem vržena a musela jsem se naučit plavat (smích). Jako výcvik mě určitě připravil dobře na terapii, ale to, když se s tím setkáte tváří v tvář, tak je fakt úplně jiné než ta teorie. Musíte si to fakt osahat sám a tu zkušenost získat. To je prostě nepřenosný.“

Přesto by v začátcích ocenila odbornou příručku zaměřenou na práci se suicidálními klienty. *„Určitě, to by bylo fajn, protože jsem si informace a zdroje hledala všude možně. Ať už od kolegů, nebo různě...“* Dle Františky se v problematice sebevraždnosti snažila personál systematicky vzdělávat formou odborných přednášek pouze ředitelka pracoviště.

Kromě vyššího finančního ohodnocení psychologů, jež považuje za neadekvátní (*„Já bych řekla, že tu dělám takovou charitu...“*) by uvítala i možnost proplacených individuálních supervizí, neboť v současné chvíli má bezplatně k dispozici pouze skupinová setkání.

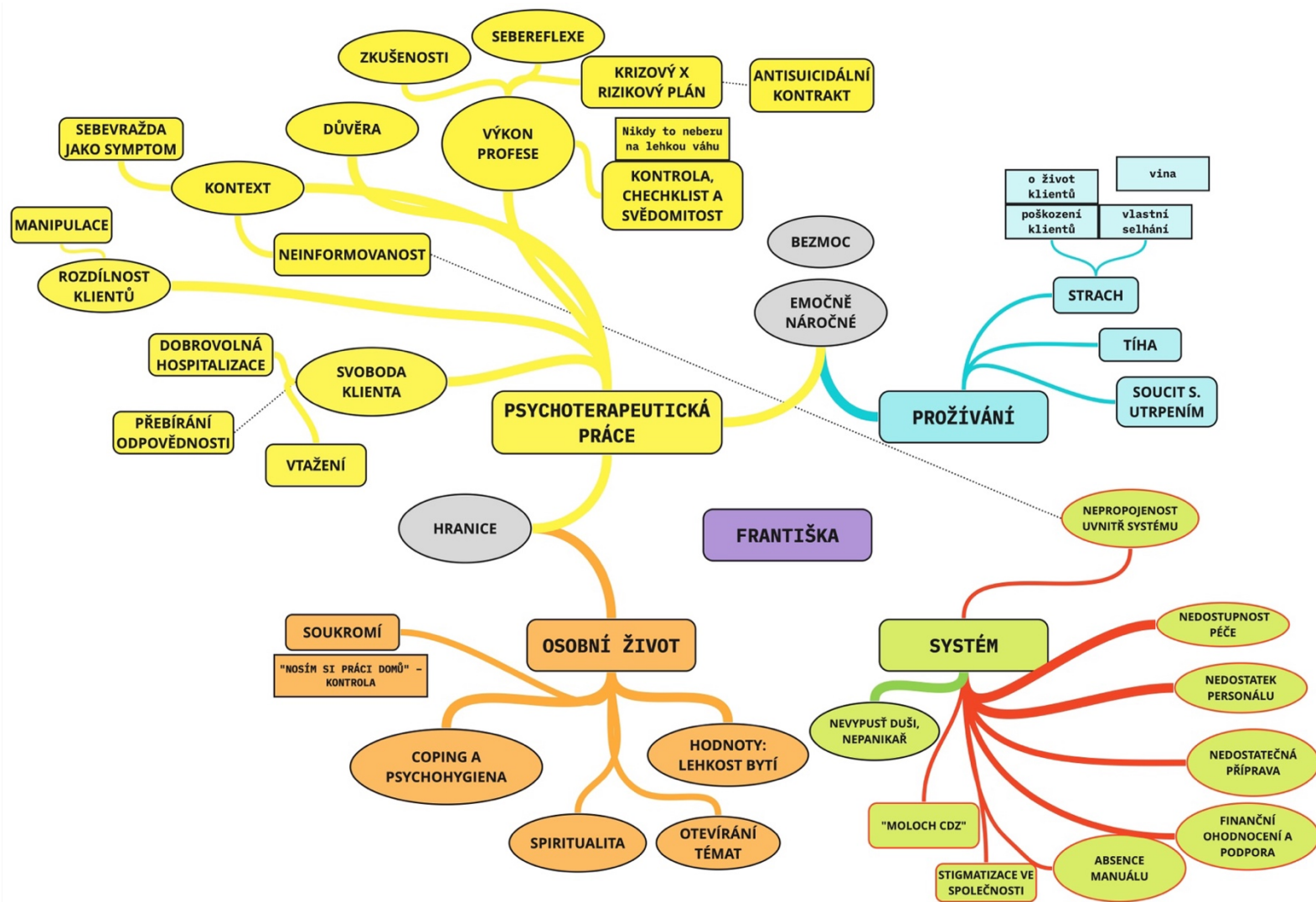
Hlavní slabinu systému péče spatřuje v **nedostatku personálu** a tím pádem i nedostupnosti péče samotné. Rovněž se kriticky staví k aktuálnímu způsobu proplacení úkonů zdravotními pojišťovnami, hradící omezený počet sezení a preferující terapii před krizovou intervencí.

„Máme strašně moc klientů a málo času. Já objednávám klienty jednou za měsíc, to je strašně málo. A vůbec klienty v krizi bych potřebovala vidět minimálně jednou týdně, nebo ideálně i vícrát. Ale pojišťovna zaplatí jednou týdně. Krizové intervence moc platit nechtějí, chtějí spíše terapii. Máme na ně málo času. A psychiatři, to vůbec, tam se dostanou, já nevím, za půl roku, no to je strašný.“

Na druhou stranu však Františka upozorňuje, že i vyšší počet spolupracovníků má jistá úskalí, což dokládá na zkušenosti z CDZ. *„My jsme se vlastně strašným způsobem personálně rozrostli. CDZko je propojení sociálních služeb s psychologii, psychiatrií, adiktologií atd. Je nás už tolik, že si vůbec nestihneme předávat informace. Je to takový moloch, že se v tom nějak necítíme dobře. Když jsme tady začínali a byli jsme tady v ambulanci 3, zatímco teď je nás tady 40.“* Právě již dříve zmíněnou **nepropojenost** všech odborníků i subjektů pečujících o konkrétního klienta pokládá za další slabinu. *„Štve mě, že*

se záchranáři neinformují. Mají třeba našeho klienta po pokusu a vlastně ho hnedka pustí domů. Neptají se nás, nekonzultují to s námi, nechtějí žádné konzilium – s tím jsem se snad setkala jednou nebo dvakrát... Když toho klienta neznají, tak jak si mohou být jisti tím, že to fakt doma nedodělá. Bylo by lepší to zdravotnictví více propojit, ale nevím jak (smích).“

V neposlední řadě nabádá k **destigmatizaci** psychologické a psychiatrické péče ve společnosti, protože „*lidi se často stydí přijít a říct si o pomoc.*“ Pochvaluje si proto existenci různých iniciativ neziskových organizací, ať už informačních letáků od Nevypust' duši nebo mobilní aplikace od Nepanikař, které klientům pomáhají.



Obr. 6 – Schéma zkušenosti Františky

3.2 Témata vyplývající z analýzy

Na základě analýzy dat se vynořila témata, jež prostupují zkušenostmi jednotlivých účastníků a zachycují jádro fenoménu psychoterapeutické práce se suicidálními klienty, čímž se zároveň stávají odpovědí na naši stejnojmennou výzkumnou otázku.

Při zpracovávání dat bylo užito členění na 4 oblasti (Psychoterapeutická práce; Prožívání; Osobní život a Systém péče). Obdobně byl za účelem přehlednosti a schematizace vztahů mezi jednotlivými emergovanými fenomény vytvořen diagram (Obr. 7, s.84).

Jak je patrné, 2 základní fenomény, označené bílou barvou, byly vyčleněny, neboť coby pomyslné „filtry“ významně ovlivňují a vnitřně diferencují zkušenost práce se suicidálními klienty. Jedná se o *Zdravotnictví X soukromá praxe* a *Různorodost klientů*.

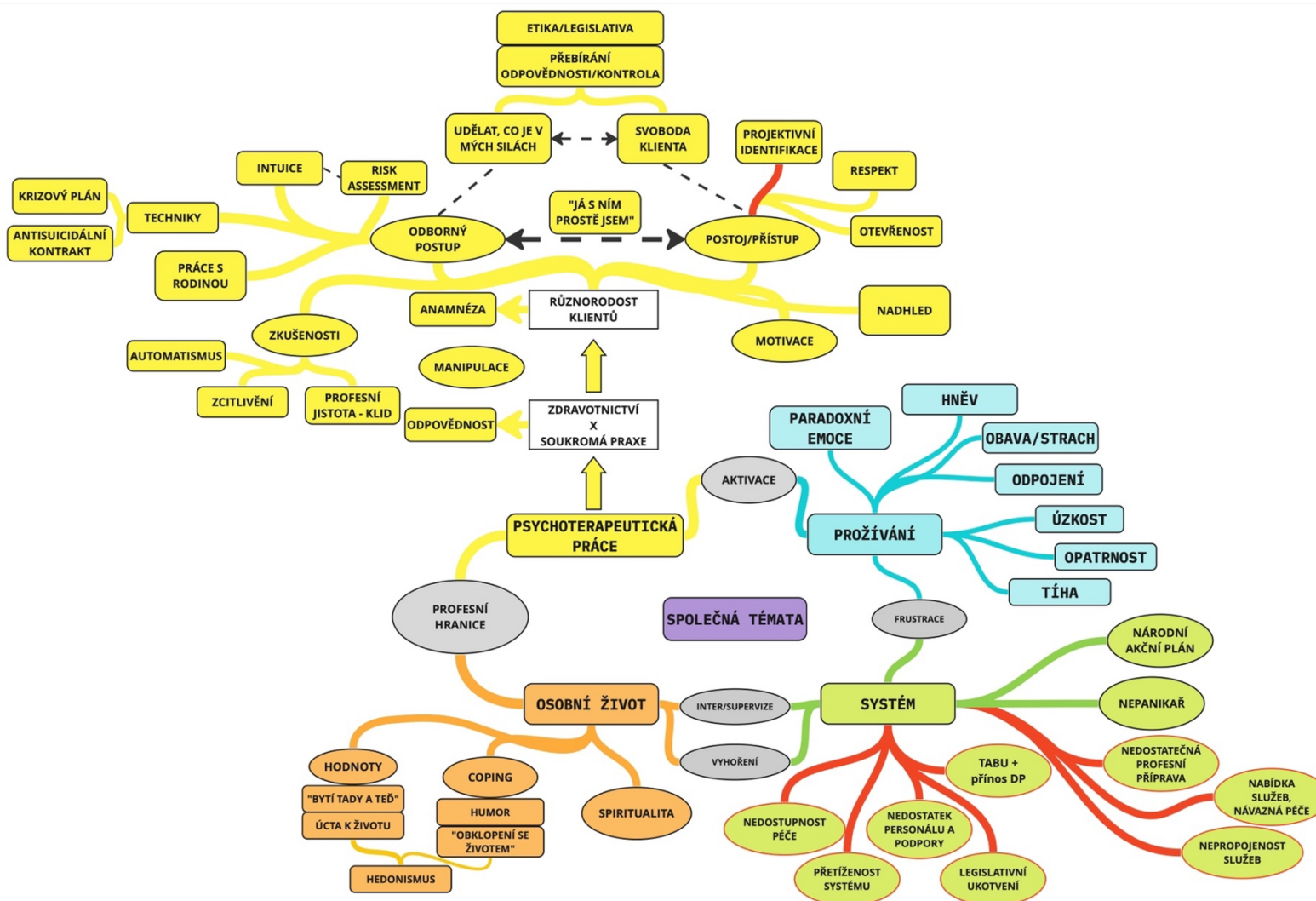
3.2.1 Zdravotnictví X soukromá praxe

Z rozhovorů s informanty vyplývá, že práce ve zdravotnickém zařízení a soukromé praxi se diametrálně odlišují. Zatímco v nemocnicích, potažmo centrech duševního zdraví a krizových službách, představuje problematika sebevraždy „*denní chléb*“, běžný psycholog či terapeut poskytující své služby tzv. na přímou platbu se s ní setká zřídka.

Klíčový rozdíl spočívá v **odpovědnosti**. Při práci v kolektivu je sdílena mezi spolupracovníky, čímž umožňuje jednotlivcům oddělit profesní a osobní život. O klienty se ve svém volnu nemusí obávat, protože na ně dohlíží nemocniční personál. Strach z právních důsledků případné dokonané sebevraždy je pak umenšován záštitou právnické osoby nemocnice a skutečností, že s klientem pracovalo více kolegů, kteří taktéž nerozeznali akutní suicidální ohrožení. Jinými slovy, práce ve zdravotnictví je „*milosrdná*“, jak to označil Eduard, a více odpouští jedincova selhání. Naopak v soukromé praxi je „*osamocení*“ terapeut, mající za klienta osobní zodpovědnost, vystaven tlaku, který mnohdy ústí v překračování profesních hranic, obavy či nutkání přebírat v psychoterapeutickém procesu nadměrnou kontrolu.

Od typu pracoviště se odvíjí možnosti, limity a samotná podoba práce s klienty. Na akutních odděleních stráví pouze několik dní, což umožňuje jejich základní edukaci, vybavení kontakty a mobilizaci zdrojů. Na doléčovacích odděleních či v ambulantních službách již můžeme hovořit o plnohodnotné psychoterapeutické péči. Skupinovou práci s klienty, do níž jsou nepřímo tlačeni zdravotními pojišťovnami skrze aktuální systém úhrad za jednotlivé zdravotní úkony, pokládají účastníci výzkumu za kontraproduktivní a omezující.

Nemohou totiž přímo ovlivnit složení skupiny, která jednoduše není vhodná pro všechny klienty, a tak u některých nutně dochází k dekompenzaci jejich duševních poruch. Navíc se z důvodu přetížení a nedostatku kapacit nemohou klientům věnovat do takové míry, jak by chtěli. Soukromý sektor, který stále postrádá legislativní úpravu poskytování psychoterapeutických služeb, je proto v mnoha ohledech o poznání svobodnější.



Obr. 7 – Schéma zkušenosti psychoterapeutické práce se suicidálními klienty

3.2.2 Různorodost klientů

Druhý bazální fenomén, na němž se ve svých výpovědích shodují všichni informanti, představuje heterogenita klientů. Jinými slovy, termín „suicidální klient“ je v praxi natolik obecný, že jeho užití bez dodatečných informací postrádá svůj význam.

Předně záleží na vývojové fázi a podobě sebevražedných ideací či chování. Intervence i subjektivní prožitek odborníka se odvíjí od toho, zda se jedná o počáteční fázi obecných myšlenek bez konkrétního suicidálního obsahu nebo o akutní krizovou situaci, kdy má klient intenzivní sebevražedné úvahy, pokus již naplánoval, potažmo ho začal konat, anebo zda je problematika sebevražednosti jen součástí anamnézy, přičemž v současné chvíli není přítomno reálné riziko opětovného pokusu.

Následně lze klienty kategorizovat na základě jejich motivů k ukončení svého života. „*Nebýt na obtíž rodině,*“ vysvobodit se z utrpení chronické duševní poruchy nebo nevléčitelné nemoci, to jsou některé z důvodů, které participanti respektují a mají pro ně pochopení. Mnohdy je dokonce donutí k zamyšlení, jak by se na klientově místě zachovali oni sami. Naopak být empatický a udržovat nestrannost vůči klientům, jež se pokouší o sebevraždu navzdory tomu, že jsou součástí fungující rodiny, kterou tímto činem nepochybně dostávají do komplikované situace, bývá náročné. Participanti přímo odsuzují zneužití sebevraždy za účelem manipulace svým okolím, ať už se jedná o vyhrožování partnerovi, touze po pozornosti nebo získání výhod, a považují ji za tu nejodpornější motivaci, která by v některých případech znemožňovala vzájemnou spolupráci.

Další rovinu, kterou je nutné brát v potaz, tvoří psychické poruchy. Zatímco v některých případech mohou být hlavní příčinou suicidálních úvah, jindy jsou pouze přidružené. Vždy však ovlivňují podobu a proces léčby – kupř. úzkostný suicidální klient bude potřebovat jinou podporu nežli ten psychotický. Zároveň participanti reflektují, že s určitými typy diagnóz se jim pracuje velmi obtížně, což se promítá do jejich zvýšené unavitelnosti. Byť se osobní preference liší, nejčastěji byly jmenovány poruchy osobnosti hraničního nebo hystriónského typu a těžké deprese. Do přístupu a prožívání participantů, blíže popsanych v sekcích 3.2.3 a 3.2.4, se promítá i míra patologie, přičemž prevalence závažnějších stavů je logicky vyšší mezi klienty ve zdravotnictví nežli soukromém sektoru. V rozhovorech bylo rovněž opakovaně zdůrazněno, že je potřeba pečlivě rozlišovat, pokud dotyčný postrádá náhled na své sebevražedné chování.

Informanti se tak přirozeně dotýkají a zamýšlí nad rozdíly mezi sebezabitím a sebevraždou, respektive mezi biickou a patickou sebevraždou. Mnohdy se jedná o vsutku tenkou hranici, která se spíše než od jasných parametrů odvíjí od subjektivní interpretace jednotlivých případů odborníkem. A právě tato interpretace se pro výslednou zkušenost psychoterapeutické práce, jak bude dále rozvedeno, stává klíčovou. Eduard klasické členění doplňuje o případy, kdy lidé pro dosažení vzrušení žijí tzv. na hraně, např. když „v zimě v blbých podmínkách jde bez doprovodu a bez adekvátního vybavení někam do hor.“ Zůstává otázkou, do jaké míry jsou adrenalinové sporty a nebezpečné aktivity u konkrétního klienta projevem chuti k životu, kdy se bez strachu ze smrti „na téhle hraně cítí nejvíce živý,“ nebo naopak latentním suicidálním přáním smrti, kdy rezignuje na život či jím přímo pohrdá.

Z výše řečeného vyplývá, že zachytit zkušenost psychoterapeutické práce se suicidálními klienty a vytvořit její univerzálně platné schéma, je prakticky nemožné. Ke každému případu je potřeba přistupovat individuálně, neboť rozdíly mezi intervencemi i prožíváním při práci v rámci zdravotnického zařízení s psychotickými nebo těžce depresivními klienty s akutními suicidálními tendencemi, kteří chtějí ukončit své trápení, a klienty v soukromé praxi, kteří mají pouze bilanční úvahy bez jakýchkoliv přidružených duševních poruch, jsou jednoduše propastné. „Suicidalitu nejde brát jako nějaký univerzální homogenní fenomén,“ potvrzuje Eduard.

Společná emergovaná témata, která představujeme níže, je proto nutné vnímat spíše jako pomyslné lešení nebo škálu, na kterou se promítají rozmanité zkušenosti. Kupříkladu již zmíněný respekt vůči svobodnému rozhodnutí některých klientů má svůj protipól v nepochopení až odsouzení, je-li hlavním motivem manipulace. Jinak řečeno, pro pochopení fenoménů musíme mít vždy na paměti kontext, z něhož vychází, tedy 2 představené „filtry“ – kde (*Zdravotnictví X soukromá praxe*) a s kým (*Různorodost klientů*) odborník pracuje.

3.2.3 Psychoterapeutická práce

Jádro psychoterapeutické práce se suicidálními klienty se skládá ze 2 úzce propojených fenoménů – *Odborného postupu a Přístupu ke klientům*. Nejprve budou představeny samostatně, aby byly následně popsány jejich vztahy k dílčím tématům, jež jsou schematicky znázorněny v diagramu.

Odborný postup

Na první pohled by se dle označení fenoménu mohlo zdát, že existuje formální a standardizovaný postup léčby, který při adekvátním následování zaručuje úspěšný výsledek, tedy záchranu klienta. Je tomu tak pravdou v případě **diagnostického procesu**. Zde mají odborníci přístup ke screeningovým rozhovorům nebo dotazníkům, na jejichž základě vyhodnotí, v jakém stupni vývoje a jak moc nebezpečné suicidální tendence jsou, případně zda je nutné v souladu s legislativou jedince nedobrovolně hospitalizovat. Byť to zní banálně, jedná se dle informantů o nejnáročnější dovednost, jejíž osvojení vyžaduje čas a zkušenosti. Při diagnostické rozvaze je totiž nutné vyhodnotit i méně nápadné projevy suicidálního chování, jedincovy zdroje, jeho možnou snahu manipulovat okolím či zneužívat systém péče apod. Vše probíhá pod tlakem možných právních důsledků, pokud by něco opomenuli a klient se následně pokusil o sebevraždu. Z toho důvodu nikdo nebere jakékoliv náznaky sebevražedného chování, snad jen vyjma pacientů s hraniční poruchou osobnosti, na lehkou váhu. Vždy situaci zmapují a pro svou ochranu dle zákonných povinností zhotoví záznam.

Vytváření krizových plánů, které edukují klienta o možnostech odborné pomoci a cíli na jeho zdroje i zodpovědnost; antisuicidální kontrakty, ať už písemné nebo neformální, v nichž se klienti zavazují, že v průběhu psychoterapie nebudou konat sebevražedné pokusy; behaviorální intervence; motivační rozhovory a řada dalších technik, to jsou všechno užitečné, univerzální a do jisté míry standardizované nástroje, které se participantům při práci se suicidálními klienty osvědčily. Přesto se shodují, že pro dosažení úspěchu v terapii jsou **nejdůležitější všem směrům společné faktory** – psychoterapeutický vztah, empatie, důvěra, otevřenost apod. „*Pokud má u vás (klient) pocit bezpečí a pocit, že mu rozumíte, tak máte na půl vyhráno. A to je to, co těm lidem ulevuje – když mají pocit, že v tom nejsou sami,*“ zdůrazňuje Bernard.

Podíváme-li se optikou obecně účinných faktorů na informanty užívané techniky, můžeme si povšimnout jistých paralel. Kupříkladu antisuicidální kontrakt stojí na důvěře terapeuta, že klient disponuje dostatečnými zdroji a dokáže tak i navzdory psychickým propadům pokračovat v psychoterapii. Zvědavost a ochota bavit se s klientem otevřeně o jeho sebevražedných úvahách, vůbec „*otevřít tomu tématu dveře*“ může být hojivou a často dostačující intervencí. A opět, sdílení jednoho z nejintimnějších témat, kterým úvahy o smrti bezpochyby jsou, vyžaduje značnou důvěru, stabilní vztah a pocit bezpečí. Důraz kladený na klientovy zdroje a snaha zvýšit jeho adaptabilitu pak představuje průnik s hlavními principy

krizové intervence. Důležitější nežli techniky a formalizované postupy je tedy lidská přítomnost psychoterapeuta, označovaná jako „*bytí tady a teď*“, což dokládá výrok Anežky, který byl v různých variacích zmíněn ve všech rozhovorech: „*Já s ním prostě jsem. A to je hodně důležité, to nejdůležitější. Aby věděl, že já zase přijdu a že na to není sám.*“

Neznamená to však, že by psychoterapeuti postupovali čistě intuitivně, bez analytického úsudku či nekriticky. Stále se jedná o vědomý, reflektovaný a cílený odborný postup, v němž pouze není opomenuta klíčová rovina vzájemného vztahu a důvěry. Přesto zde **intuice** hraje podstatnou roli. S přibývajícimi zkušenostmi se odborníci stávají citlivějšími vůči jakýmkoliv suicidálním projevům a s větší přesností dokáží rozlišit, kde již hrozí reálné nebezpečí a kde sebevražedné úvahy nejsou myšleny vážně. Pomáhá jim k tomu právě „*mimosmyslové vnímání*“, které de facto odpovídá psychoanalytickému pojetí protipřenosu. Introspektivně reflektují, co v nich rozhovor a chování klienta vyvolává, a v případě „špatného pocitu“ se navrací k mapování a vyhodnocování rizika. Není to jediný ani primární parametr při diagnostické rozvaze, ale jedná se o významné doplnění čistě racionálního úsudku, jež v hraničních případech dokonce může rozhodnout o nedobrovolné hospitalizaci.

Informanti zmiňují, že řadu z výše zmíněných dovedností si jednoduše nelze osvojit jinak nežli praxí. „*Musíte se v tom naučit plavat.*“ Postupem času se celý diagnostický i psychoterapeutický proces **automatizuje**. Ví, jak a na co se je potřeba zeptat, kde končí jejich zodpovědnost, kdy musí být direktivnější (akutní krize) a kdy se naopak musí stáhnout, aby nepřebírali nad klientem kontrolu (dlouhodobá psychoterapie). Svým způsobem se tak práce se suicidálními klienty, navzdory častému výskytu na hraně života a smrti, stává snazší či přímočařejší, neboť se odborník osvojením jasného postupu má o co opřít. Nejprve klienta vyslechne, zmapuje riziko a rozhodne, zda je nutná nedobrovolná hospitalizace. Pokud ne, edukuje ho o případné krizové pomoci, zvědomuje jeho zdroje, intervenuje, prohlubuje vzájemný vztah atd., to vše skrze empatickou a autentickou komunikaci podporující rozvoj důvěry. Zároveň ho díky získané **profesní jistotě**, kdy „*je pevný v kramflecích*“, opouští prvotní limitující strach, že druhému ublíží. Automatizací se mu rovněž uvolní potřebná kognitivní kapacita.

„*V čem je práce se suicidálními klienty specifická?*“ zněla jedna z předpřipravených otázek zařazených do výzkumného rozhovoru. Získané odpovědi byly rozporuplné. Na jedné straně informanti nic specifického nepozorují, maximálně se vyjadřují na úrovni obecných

tvrzení, že se jedná o jedince, kteří „*mají značnou míru agrese namířenou proti své vlastní osobě,*“ což se promítá do intenzivních protipřenosových pocitů a reakcí. Může to být způsobeno různorodostí klientů spadajících pod problematiku sebevraždy, zmíněnou v kapitole 3.2.2. Ostatně při bližším pohledu na výše popsaný odborný postup si sice můžeme povšimnout zvláštností typu antisuicidálního kontraktu anebo pečlivé diagnostiky suicidální ideace, ale jinak kopíruje standardní proces léčby. Na druhou stranu participanti uvádí, že specifičnost práce s těmito klienty spočívá v tom, že vyžaduje teoretickou přípravu kupříkladu o vývoji suicidálního chování nebo domnělém zlepšení psychického stavu pacientů, pokud si naplánují sebevražedný pokus. „*Faktor, který mi přijde důležitý, je v tom fakt mít nějaké vzdělání, být si v tom jistý. Vůbec vědět, jak na to.*“ Provedeme-li syntézu obou vyjádření, můžeme říci, že práce se suicidálními klienty se řadí mezi náročnější témata (např. smrt blízké osoby, nevyléčitelná nemoc), se kterými se psychoterapeut může ve své praxi setkat, a proto by na ní měl být adekvátně připraven, jelikož při ní nelze spoléhat výhradně na improvizaci. Zároveň však významným způsobem nevybočuje z běžného průběhu psychoterapie a není proto nutné suicidální klienty specificky vyčleňovat a napomáhat tak tabuizaci tohoto tématu.

Neustálé balancování mezi vyhodnocováním rizika, strachem a odborným psychoterapeutickým postupem ilustruje kazuistika ženy, která dochází k Cyrilově kolegyni. Psychoterapeutka se lekla suicidálních projevů klientky a chtěla ji hospitalizovat. Ona to však vnímala jako čirý projev nedůvěry a zklamaně to komentovala slovy: „*Já jsem k Vám přišla s důvěrou a vy jste mě chtěla zavřít.*“ Do doby, než bylo vše uvedeno na pravou míru a klientka pochopila, že jí terapeutka chtěla hospitalizovat především proto, že jí na ni záleží a má o ni skutečný strach, incident narušil psychoterapeutický proces.

Kazuistika slouží rovněž k **shrnutí** podstaty fenoménu odborného postupu, v němž dochází k neustálé vědomé i intuitivní diagnostice suicidálního chování a při psychoterapeutické práci více nežli na konkrétních technikách záleží na důvěře a obecných faktorech sdílených všemi psychoterapeutickými směry. Je nutné zachovat klid, studiem i praxí si vybudovat profesní jistotu, nebát se otevřít tématu sebevraždy v terapii dveře, nepanikařit a při sebemenších projevech suicidálních úvah nenutit klienta do hospitalizace, jelikož ztráta důvěry a pocitu bezpečí významně narušuje, ba přímo znemožňuje pokračování v psychoterapii. A to nejpodstatnější, odborník by měl pracovat s vědomím,

že v takto citlivé oblasti je nemožné pracovat bezchybně. Je proto v hraničních případech lepší klienta hospitalizovat, než aby v psychickém propadu dokončil sebevraždu. „*Holt poškodím terapeutický vztah, ale někdy se nedá neudělat chyba. Mohu z té zkušenosti růst... Kdo nic nedělá, nic nepokazí.*“ Stejně jako v případě zmíněné kazuistiky může nakonec vše dobře dopadnout a stát se námětem pro další psychotherapeutickou práci.

Přístup ke klientům

Druhý pilíř zkušeností informantů představují postoje a přístup ke klientům, respektive k jejich rozhodnutí ukončit svůj život. Postoje jsou značně variabilní a odvíjí se od klientely, s níž psychotherapeut pracuje (viz kapitola 3.2.2).

Shoda panuje na tom, že za jakýchkoliv okolností „*stojí na straně života*“ a „*udělají vše, co je v jejich silách,*“ aby klientovi pomohli. Že je vždy možné něco udělat, minimálně „*být s člověkem tady a teď,*“ bylo nastíněno v předchozí subkapitole. Ať je tedy prognóza sebenepříznivější, participantů na daný případ nikdy nerezignují, sebevraždu neschvalují a klienta v jejím konání nikterak nepodporují. „*Na to bych třeba nikdy nepřistoupil.*“ Maximalizace úsilí má navíc obranný aspekt v případě ne/dokonaného sebevražedného pokusu klienta. Bylo-li totiž ze strany psychotherapeuta učiněno vše, co mu legislativa a pravidla zařízení předepisují a co mu jeho znalosti a schopnosti umožňují, pak si nemusí nic vyčítat. „*Snažím se dělat, co můžu. Víc tam toho asi neudělám (smích)... Neberu to k sobě.*“

S tím úzce souvisí respekt a úcta vůči svobodné vůli člověka. Při hodnocení bilančních sebevražedných pokusů se objevují výroky typu: „*Kdo jsem já, abych tohle soudil? ... Je to lidská záležitost, je to ta hrana té největší svobody, kterou máme.*“ Syntézu obou postojů představuje výpověď Eduarda: „*Takže sice být na straně života, ale rozumět tomu, že tu smrt někdo volí.*“

Respekt se nicméně rychle může změnit až v pohrdání, má-li dotyčný děti a relativně spokojený rodinný život, nebo pokud je sebevražda zneužívána za účelem manipulace svého okolí. „*Je to prostě strašná prasárna... Za mě je to největší manipulativní hnus, který vůbec může být – vyhrožovat sebevraždou a pak ji nějakým způsobem páchat.*“ Nutno podotknout, že ani navzdory negativním pocitům, jež bezpochyby vstupují do psychotherapeutického procesu, na práci s klientem nerezignují. Pomáhá jim k tomu pokora, která prostupovala rozhovory se všemi účastníky výzkumu. „*Je důležité vědět, že je to obtížná situace, a nepovyšovat se stylem: ,Já bych to nikdy neudělal. Já bych si v takové situace nikdy neublížil.*“

Druhým dechem však dodávají, že většinu případů, s nimiž se setkají, tvoří patické suicidální pokusy, kdy je svobodné rozhodování klientů více či méně omezeno povahou jejich duševních poruch a prožívaným utrpením. V takovém případě převládá lítost, soucit s jejich bolestí a pochopení pro sebevražedný čin, což ilustruje výrok Bernarda: „...*možná to zní blbě, ale že to bylo na místě, že to udělal a dokonal. Možná se má líp, možná ne, nevím. Samozřejmě se vás to bytostně dotýká, to není, že bych to řekl s lehkostí.*“ Společensky přijatelné schvalování smrti ze strany odborníků i blízké rodiny, prožívá-li dotyčný značné utrpení, tedy „*jemu by se ulevilo, kdyby se zabil,*“ nicméně obsahuje i stinnou stránku, před níž by se profesionál měl mít na pozoru. Výstižně ji psychoanalytickým slovníkem popisuje Eduard: „*Pravidelně se nám stává, že si přejeme, aby se někteří pacienti už zabili a abychom je tu už nevidali, protože je to frustrující. Ale myslím, že je to projektivní identifikace jejich obrovské agrese, kterou potom vzbuzují v nás.*“

Závěrečným a pro zdravotnictví specifickým postojem je přísnost v situacích, kdy evidentně dochází k zneužívání systému. „*Vždycky akorát tou sanitkou jako taxíkem přijede... To jsem fakt naštvaný. Ale já říkám třikrát a dost.*“ Jedná se nejčastěji o bezdomovce, kteří simulují suicidální úvahy, aby mohli v nemocnici strávit noc, nebo nespolupracující „chronické klienty,“ jež se opakovaně nechávají hospitalizovat, aniž by v minulosti podstoupili či alespoň uvažovali o jakékoliv systematické léčbě. Ráznost zpětné vazby, jak vyplývá z kazuistiky zmíněné Bernardem, není pochybením, je-li její užití důkladně zváženo a vhodně načasováno, neboť může podpořit klienta ve změně smýšlení a návratu k produktivnímu životu. „*Tenhle člověk mi třeba přišel na přednášku a poděkoval, že mu to vlastně hrozně pomohlo.*“

Přebírání odpovědnosti za klienty spjaté s etikou a platnou legislativou

S odborným postupem a postoji úzce souvisí tendence přebírat za klienty odpovědnost. Kupříkladu Františka to popisuje slovy: „*Někdy jakoby cítím nepříjemný přebírání odpovědnosti za ně. A to si musím docela hlídat, protože jsou dospělí, svéprávní.*“ Jedná se o přirozenou reakci na klientovo ohrožení vyplývající z jeho suicidálních myšlenek nebo chování. Čím je vnímané riziko intenzivnější, tím se psychoterapeut stává direktivnějším – krajní případ představuje nedobrovolná hospitalizace. Problém vzniká v momentě, kdy přebírání odpovědnosti za klienta přetrvává navzdory tomu, že bezprostřední riziko sebevraždy již pominulo. Nadměrná kontrola totiž znemožňuje, aby byl klient samostatný

a kompetentní v řešení svých problémů, což je jeden z hlavních cílů psychoterapie. Zároveň vytváří subjektivně nepříjemné vnitřní pnutí, neboť je v rozporu se základním postojem respektu ke svobodě člověka. Psychoterapeut by tedy měl svou tendenci přebírání zodpovědnosti za suicidálního klienta podrobovat sebereflexi nejen z profesních, ale i etických důvodů.

Potenciální třetí motiv kontroly, který sice nebyl informanty explicitně zmíněn, ale vyplývá z několika nepřímých vyjádření, spočívá v legislativním ukotvení práce se suicidálními klienty. Zatímco soukromý sektor ho zcela postrádá, zdravotníci si stěžují, že není jasně definováno, kde jejich zodpovědnost končí. Z toho důvodu mohou nad klienty preventivně přebírat kontrolu, aby se vyhnuli stížnostem, vyšetřování apod. Jinými slovy, neexistuje-li jednoznačný právní výklad a odborník si není jist, kde přesně končí jeho zodpovědnost, čímž nemá plnou kontrolu nad situací a jejími možnými důsledky, přesune svou pozornost ke klientovi, neboť jeho kontrolovat může. Činí tak proto, aby se ochránil.

Nadhled

Fenomén nadhledu reprezentuje smíření se skutečností, že byť se psychoterapeut snaží sebevíc, není v jeho silách zachránit život všech suicidálních klientů. *„Je malý typ pacientů, u kterých tušíte, že se někdy v průběhu života zabijí a že těch možností, jak jim v tom zabránit je velmi málo.“* Představa úplného vymýcení sebevražd ze společnosti je proto iluzorní. Neznamená to rezignaci, neboť odborná obec i politici by se jednoznačně měli snažit o to, aby celkové číslo dokonaných sebevražd bylo co nejnižší. Uvědomění, že úmrtí klienta nemusí být automaticky pochybením psychoterapeuta, však posiluje jeho resilienci a schopnost odstupu. I tak dokonaná sebevražda klienta na Bernarda dopadla a donutila ho k zamyšlení o svém podílu viny na jeho smrti. Po důkladné reflexi psychoterapeutického postupu a zpracování celé události následuje návrat k nadhledu a plnohodnotnému výkonu své profese. *„Mozek má tendenci vybírat to negativní, tak já si pak vzpomínám, kolika lidem jsem pomohl...“*

Práce s rodinou

Většina pozornosti bývá při léčbě věnována suicidálnímu jedinci, což vede k opomíjení jeho rodiny a blízkých, ačkoliv mohou být klientovi značnou oporou a v případě zhoršení jeho psychického stavu coby pomyslní terénní diagnostičtí asistenti kontaktovat příslušného odborníka. Nadto jsou sami ovlivněni suicidálním chováním příbuzného – strachují se o jeho život, neví, jak k němu přistupovat, prožívají zlost, *„taky mají asi časté nevědomé přání,*

at' už se to tedy povede a at' už se z toho vysvobodí.“ Z těchto důvodů považují informanti práci s nimi za stejně důležitou a z vlastní iniciativy rodinné příslušníky podporují a zapojují do léčby. Při edukaci nicméně musí být opatrní: *„...snažíte se jim vysvětlit, co by se mohlo dít, na co mají dávat pozor. Ale na druhou stranu je nesmíte moc vystrašit, aby se toho člověka nezřekli a neřekli, že se na to necítí. Takže tohle je těžký.*“ Stejně tak by adekvátní přístup k psychologické či psychoterapeutické péči měli mít i pozůstalí.

Míru vlivu osobní rodinné zkušenosti s problematikou sebevraždnosti na odborníkovu práci s klienty hodnotí participanti rozporupně. Například pro Cyrila se zážitky sebevraždných myšlenek stávají formativní a stěžejní oporou, protože *„jediné, o co se můžu opřít, je moje zkušenost.*“ Jiní sice zmiňují, že se suicidální chování a dokonané sebevraždy objevily v jejich okolí, ale neregistrují, že by z jejich strany výrazným způsobem vstupovaly do psychoterapeutického procesu. Přesto se shodují, že osobní zkušenosti zvyšují senzitivitu nejen vůči sebevraždným projevům, nýbrž i prožitkům blízkých klienta, v jejichž pozici se sami nachází. *„V jiném kontextu se dozvíte jiné věci, což si myslím, že je vždycky zajímavé.*“ Zdvojení rolí profesionála a příbuzného/kamaráda je pro ně obzvláště nepříjemné. Z podstaty duálního vztahu nemohou druhé léčit, a tak alespoň mobilizují a zprostředkovávají potřebnou péči. *„Nemůžete s tím člověkem jednat jako s pacientem, takže vás to frustruje mnohem víc.*“

Motivace

Za překvapivé zjištění lze považovat relativně nízkou četnost příznaků syndromu vyhoření. Jak bylo nastíněno v předchozích kapitolách, práce se suicidálními klienty je náročná, nelze v ní nedělat chyby a občas vyústí v dokonanou sebevraždu. V pozadí je tedy neustále přítomno riziko profesního selhání. Všichni účastníci výzkumu ale hodnotí práci za smysluplnou a naplňující, což podnítilo rozšíření interview o dodatečnou otázku týkající se motivace psychoterapeutů.

První asociace směřovala k tomu, že je to zkrátka **součást povolání**, jelikož si nemohou vybírat, s kým budou nebo nebudou pracovat. Mnohdy se navíc problematika sebevraždy objeví až v průběhu psychoterapie, kdy vznikne dostatečná důvěra, aby byl klient ochoten takto citlivé téma sdílet. *„Je to už vlastně rozjetá terapie a já si nemůžu říct, že s tímhle klientem nechci pracovat, protože je to pro mě těžký.*“

Dále se objevuje pocit **povinnosti**, který sílí po nabytí zkušeností a s nimi spjatého klidu. „Když už se s tím naučíte pracovat a přestanete se toho víc bát, tak vám přijde blbý v tom ty lidi nechat. A kdo jiný to jako má dělat?“ zamýšlí se psychiatr–psychoterapeut Bernard.

Třetím stěžejním motivem je **přitažlivost bytí na hraně života**. „*Pohybovat se s někým na hraně života a smrti je něčím zajímavé.*“ A co více, záchrana života je oproti pokrokům v psychoterapii s ostatními klienty jaksí hmatatelnější a naděje na úspěch poměrně vysoká. „*Tady máte možnost něco s tím člověkem udělat. Má to řešení, většinou to není beznadějně. Víte, že tam pravděpodobně ten úspěch bude, že nakonec bude v pořádku,*“ shrnuje Anežka výsledný odměňující pocit, jež chrání psychoterapeuta před vyhořením.

Profesní hranice

Na pomezí psychoterapeutické práce a osobního života se nachází fenomén profesních hranic. Zatímco zdravotníkům na lůžkových odděleních se daří striktně oddělovat práci od soukromí, terapeuti s vlastní praxí a do jisté míry i pracovníci ambulantních služeb mají tendenci své profesní hranice posouvat. Suicidálním klientům nabízí, že je v případě zhoršení psychického stavu a zintenzivnění sebevražedných myšlenek mohou kdykoliv, tedy i po pracovní době, telefonicky kontaktovat. „*Tam jim jen vždycky řeknu: ‚Jsem k dispozici. Při zhoršení dejte vědět.‘ Tihle lidi toho nezneužívají.*“ Jindy, zvláště po propuštění z hospitalizace, se oni sami aktivně klientů dotazují, jaký je jejich stav a zda něco nepotřebují. „*Protože vím, že tohle výrazně snižuje procento dalších pokusů.*“ Františka dokonce přiznává, že to v minulosti přeháněla a večer po pracovní době pomocí služebního mobilu své klienty přímo kontrolovala.

V ochotě poskytovat nadstandardní kontakt, byť s sebou přináší řadu nepříjemností, lze spatřovat další dílčí specifikum práce se suicidálními klienty. I zde je však nutné důkladně nastavit pravidla, „*aby se ten psycholog taky ochránil a zregeneroval,*“ komentuje Františka. Eduard přitakává a upozorňuje, že by ani v těchto chvílích neměl odborník podlehnout tlaku krizové situace, ba naopak by měl zachovat chladnou hlavu a vyhodnotit optimální postup. „*Hurá akce, odepisovat večer na SMSky, vymýšlet něco... Myslím, že to u některých pacientů naopak spíše věci zhorší.*“

3.2.4 Prožívání

Za účelem přehlednosti byly nejčastěji zmiňované emoce seskupeny do samostatné kapitoly. Prožitky se odvíjí od osobnosti psychoterapeutů a diagnostikovaných komorbidit klientů,

což potvrzuje vliv bazálního filtrující fenoménu *Různorodost klientů*. Například u bipolárně afektivní poruchy zazněla lítost a vyšší míra empatie, u emočně nestabilní poruchy osobnosti hraniční typu to byl vztek. Cyril zdůrazňuje, že se prožitky liší i dle jádrového přesvědčení a hlavních příčin vedoucích k sebevražednému chování, přičemž zmiňuje mimo jiné zoufalství, bezmoc, bolest, překvapení či agresi. Přesto bylo pomocí analýzy identifikováno několik emocí, jež jsou pro práci se suicidálními klienty charakteristické. Představené emoce se pochopitelně mohou vzájemně prolínat.

Za „vedlejší produkt“ psychoterapie bývá označován **hněv**, jenž je většinou spolu s frustrací a pocity nedostatečnosti důsledkem intenzivního protipřenosu, který problematika sebevražd podněcuje: „*Pracuji s hněvem, který jde až do nasrání.*“ Dále jde o chronické stavy u klientů, které se navzdory úsilí psychoterapeutů nelepší, potažmo dochází k opakování sebevražedného pokusu. Tehdy se může hněv spojit s pocitem bezmoci. Rozhořčení taktéž vyvolává zneužívání systému zdravotní péče a manipulace ze strany klientů, kdy již na oddělení vyhrožují, že ihned po propuštění se opět pokusí ukončit svůj život. „*Ted' ji ani nemůžete pustit, že jo, protože ona udělá nějaké parasuicidium, to proběhne médií... A vidíte ten tlak. Ted' už tu hru musíte hrát, protože vám nic moc jiného nezbyvá, abyste pak z toho neměl problém.*“

Tlak a „časová akutnost“ vedou k zvýšené **aktivaci**, která v krajním případě může přecházet až do paralýzy. „*Je to vždy nějaká míra aktivace, nějaká zvýšená pozornost...; Je to těžší v té časové akutnosti, že se to děje ted'ka a vykopává vás to z té psychoterapeutické pozice.*“ S tím úzce souvisí informanty popisovaná energetická náročnost psychoterapie, „*kdy musí vydávat hodně energie, aby byli ku prospěchu, musí být ti, kteří tu situaci hlídají.*“ Anežka pro popis následně zakoušené únavy užívá sousloví „*depressivní tíha.*“ Nedokázali by tak denně pracovat s více než 2-3 případy, kde se objevuje suicidální problematika. Prožívaná tenze je navíc prostředkem pro intuitivní vyhodnocování úrovně suicidálního rizika. „*Zvyšuje se ve mně nějaká tenze nebo opatrnost? Nebo naopak zachytávám, že je to dobře, že o tom mluvíme, protože to spíše klientovi přináší úlevu a to riziko sebevraždy snižuje?*“

Nedílnou součástí emoční palety jsou rovněž **strach a obavy**, jež mají mnoho podob. Předně je to obava o život klienta, který by si mohl mezi sezeními nebo po propuštění z hospitalizace ublížit. Na počátku kariéry dominuje zahlcující strach z profesního selhání, někdy popisovaný jako úzkost hraničící s panikou, a poškození klienta pramenícího

ze subjektivně nedostatečných znalostí i schopností, anebo možných sankcí, pokud by klient dokonal sebevraždu. V takovém případě se připojuje intenzivní pocit viny. S přibývajícimi zkušenostmi strach ustupuje na úkor klidu a důvěry ve své schopnosti, ale nikdy zcela nezmizí.

Krajní body pomyslné škály tvoří **disociace** na jedné straně a **emoční vtažení** na straně druhé. „*Já se odpojuji od těch věcí, to jinak nejde. Když to slyšíte ve své praxi každý den, tak jako ... (smích) ... to nejde,*“ komentuje Bernard nutnost zachovat si v psychoterapii odstup, aby si udržel nadhled a ochránil své duševní zdraví. „*Musím si to dost hlídat, abych se tam do toho emočně nedala příliš vtáhnout, protože to by byla velká zátěž,*“ reflektuje Františka protichůdné nutkání až příliš soucítit s utrpením klientů.

Drastičnost některých sebevražedných pokusů participanty i po letech **překvapí**. „*Člověk žasne nad jejich vynalézavostí nebo sofistikovaností. Některé ty věci jsou děsivé.*“ Jindy však mohou v psychoterapeutovi vyvolat „**paradoxní emoce**,“ např. jim některé pokusy mohou přijít komické. Obdobně se v jedné kazuistice vyjadřoval Cyril, přičemž zdůrazňoval, že sdílení překvapivých emocí může klientovi pomoci v přerámování celé situace: „*...mi to fakt přijde fakt až k smíchu, že se vám tohle objevuje... Často to zasedne. Prostě ten paradox.*“

Na pomezí kategorií prožívání a systému se nachází **frustrace**, jež má 2 hlavní spouštěče. Jednak jsou to těžké chronické stavy u klientů, kdy psychoterapeuti postupně ztrácí naději na lepší prognózu a mohou prožívat již zmíněnou bezmoc a hněv, někdy přecházející v latentní přání „*aby se někteří pacienti už zabili a abychom je tu už nevidali, protože je to frustrující... Protože se vám opravdu stává, že vidíte pacienta při jeho třicáté hospitalizaci.*“ Druhým spouštěčem jsou nedostatky v systému sociální a zdravotní péče nejen o suicidální klienty, na které v každodenním výkonu své profese naráží a jež budou blíže rozebrány v samostatné kapitole. „*... je to hrozně frustrující a snažit se změnit systém je těžké... Jsou tam díry systému, že víte, že ho (klienta) nemáte kam poslat, nebo že kvalifikovaných lidí je nějak méně,*“ stěžuje si Eduard z pozice klinického psychologa na akutním oddělení.

3.2.5 Osobní život

Vlivu, který má práce se suicidálními klienty na osobní život psychoterapeuta, jsme se již krátce dotkli v subkapitole o profesních hranicích. Nyní bude pozornost věnována především nejčastěji využívaným copingovým strategiím a změnám v hodnotách.

Copingové strategie

Sebevraždám dominuje téma smrti. Není proto překvapivým zjištěním, že se ji psychoterapeuti snaží cíleně kompenzovat tím, že „*se obklopují životem*“, jak to shrnul Cyril. Ať už je to např. setkávání s kamarády, sport nebo jóga, trávení času v přírodě, práce na zahrádce, dovolená anebo kulturní vyžití, vždy jde o to „*vyčistit si tu hlavu a uvolnit se*.“ Ve vyjádřeních byly identifikovány i mírné hedonistické tendence v podobě požitků z dobrého jídla, sexu a zábavy – zkrátka užívat si života. Bernardova zkušenost nicméně upozorňuje na potenciální riziko sklouznutí k nárazovitému pití alkoholu, což byl jeho neproduktivní způsob, jak se na začátku kariéry vyrovnat s profesním stresem.

Dominantní postavení zaujímají **vztahy**. Ty přátelské bývají převážně navazovány s kolegy. „*S roky ale mnohem více mluvíme o víně, jídlu... než o těch pacientech*.“ Rovněž kvalitní rodinné zázemí hraje klíčovou roli v psychoterapeutově resilienci. Na druhou stranu se však může stát signifikantním stresorem v případě, když odborník kvůli únavě způsobené již popisovanou vyšší energetickou náročností práce se suicidálními klienty není schopen splnit všechny rodinné povinnosti. Anežčinu únavu a stres navíc prohlubuje tzv. sendvičová pozice, kdy se vedle svých dětí stará i o rodiče.

Dále vyprávění participantů charakterizuje všudypřítomný **humor**. „*Je to zkrátka uvolnění*.“ Povznesení se nad stres umožňují taktéž rituály, zvykové chování nebo práce se symboly a vlastní představivostí. Davidovi kupříkladu pomáhá místnost „*vyvětrat, očistit, vykouřit*.“ Cyril si několik let píše deník, což ho podporuje ve „*zvědomování a přijímání těch věcí*“, nebo si cíleně kupuje umění, k němuž má vztah, či květiny, které fungují jako „*připomínky*“ jeho základního postoje, že „*život si vždy najde cestu... Jak mám v sobě téma smrti, tak vím, že to mám jako protiváhu*.“

V neposlední řadě lze mezi copingové mechanismy zařadit i spiritualitu bez doprovodu religiozity, potažmo psychedelické zkušenosti. Nejen že pro všechny, s výjimkou Eduarda, představuje spiritualita „*velký zdroj*“, ale zároveň se jedná o podnětné a klienty oceňované téma terapeutických sezení. „*Pro mě je to nějaká důležitá součást té mé profese. Nějak jsem citlivý na to, pokud se tohle téma objeví u klientů*“, zamýšlí se David. Anežka nastiňuje, že modlitba může být vyvrcholením a stvrzením snahy „*udělat vše, co je v mých silách*“, jež posiluje stabilitu psychoterapeuta či omezuje výčitky za klientovy psychické propady a sebevražděné pokusy. „*Ve chvíli, kdy něco nemůžu ovlivnit, se holt o toho člověka pomodlím a odevzdám to Bohu*.“

Je to varianta, kdy jsem udělala tolik, kolik jsem uměla a zbytek už řešit nemůžu. “ Jelikož další roviny víry nemají vztah k výzkumné otázce, nebudou blíže popisovány.

Hodnoty

Práce se suicidálními klienty významně proměňuje životní hodnoty. Participantů si více všímají drobných každodenních radostí a **přítomného okamžiku** neboli „*bytí tady a teď*“. *Mám více radosti z obyčejných věcí, víc si vážím toho, že jsme zdraví. V posledních letech jsem si fakt došla k takové lehkosti bytí.* “ **K životu** mají i díky setkávání se s tématem smrti „*velkou úctu*“. Chtějí ho proto zužitkovat a žít naplno, což však může přecházet v úzkost, zda dotyčný žije dostatečně. Srovnajme výroky Františky a Eduarda: „*Já mám pocit, že si ten život tak jako naplno užívám. X ... je to taková hysterická obava, že bych nebyl naživu ještě zaživa... tedy jestli člověk žije dost, nebo nežije dost.*“

Utrpení, jehož jsou psychoterapeuti svědky, pak **uměňuje jejich osobní starosti** a vede je k **vděčnosti** za to, co v životě mají. „*Když tady vidím utrpení lidí, tak se vlastně netrápím těmi maličkostmi a věcmi, které nemůžu ovlivnit...*“

Do osobního života se rovněž promítá nabytá **svoboda** a odvaha čelit tomu, co život a klienti přinesou. „*To téma smrti a tak mi dává velkou svobodu, to už se pak máločemu můžete vyhnout. Jak v tom dialogu s tím klientem, tak ve vlastním životě.*“

Závěrečnými hodnotami jsou **pokora a skromnost**, jak dokládá výrok Anežky: „*Asi nemám potřebu působit jako něco víc, než jsem.*“

Konfrontace s tématy

Jedna z předpřipravených otázek se zaměřovala na to, zda prací se suicidálními klienty dochází u terapeutů k otevírání témat, u nichž reflektují potřebu jejich hlubšího zpracování. Za stimulační témata, která byla účastníkům výzkumu sdělena po chvíli jejich váhání za účelem pomoci pochopit záměr otázky, byla zvolena vlastní smrtelnost a smysl života.

Výsledky kvůli své rozporupnosti bohužel nelze interpretovat. Samostatně, tedy bez užití stimulačních slov, informanti neidentifikovali žádné specifické téma. Na smrtelnost a smysl života sice reagovali, ale zatímco pro Františku „*to jsou témata, které s člověkem hodně rezonují,*“ ostatní si nevšímají významného vlivu, neboť jejich zpracování proběhlo již v minulosti, např. když se Anežka starala o své umírající babičky nebo když Cyrilovi v dětství

diagnostikovali melanom. Jinými slovy, záleží na tom, s čím se psychoterapeuti během svých životních příběhů setkají. Na základě toho v nich práce s problematikou sebevraždy nebo buďto některá témata otevírá, znovuotevírá nebo pouze připomíná jejich zpracování.

Vyhoření, supervize a intervize

Osobního života psychoterapeutů se bezesporu dotýká riziko rozvoje syndromu vyhoření, který sice byl explicitně pojmenován pouze Bernardem (*„Víte co, přetížení organismu. Já si myslím, že jsem už prošel dvěma fázemi těžkého vyhoření,“*) ale pocity frustrace, vztek a zklamání z aktuálního nastavení systému péče nejen o suicidální klienty ve větší či menší míře prostupovaly všemi rozhovory. Vyhoření nevzniká primárně v důsledku náročnosti psychoterapeutické práce s problematikou sebevraždy, nýbrž kvůli řadě nedostatků systému péče, který jim významně komplikuje výkon profese. Tyto nedostatky budou podrobněji rozebrány v následující kapitole.

Za hlavní protektivní faktor rozvoje syndromu vyhoření účastníci uvedli možnost účastnit se supervizních či intervizních setkání. *„Já vím, že mi pomáhá, když o tom mluvím, když to probíráme s někým dalším a každý v rámci týmu řekne svůj pohled. To mě zklidní,“* podotýká Anežka. Přístup k této formě podpory však není samozřejmostí a odvíjí se především od kompetentnosti vedoucích pracovníků nebo kultury celé organizace. *„Supervize v psychiatrii je nulová,“* vyjadřuje Bernard své rozhořčení a stěžuje si, že si ji musel zařizovat individuálně, protože kolegové se báli, *„že vyleze, co děláme blbě.“* To dokládá, že si mnozí odborníci neuvědomují důležitost supervize nebo intervize, které účastníci výzkumu považují při práci se suicidálními klienty za klíčové.

Přínos diplomové práce

Rozhovor ukončovala otázka, zda byla pro informanty účast na výzkumu v nějakém smyslu přínosná. S ohledem na deklarovanou důležitost supervizí a intervizí není překvapující, že účastníci oceňovali zejména vzácnou možnost sdílet a reflektovat své profesní příběhy. Pro ilustraci připojujeme komentáře Cyrila a Bernarda: *„Já mám o tomto málokdy možnost mluvit. Je příjemné v tomto křesle více mluvit nežli poslouchat...; Víte, proč si vážím té vaší práce? Vy jste druhý, kdo se mě ptá. Já jsem se na rozhovor těšil, protože pro mě je to strašně důležitý.“*

3.2.6 Systém

Závěrečná kapitola je dedikována analýze současného systému psychoterapeutické péče zaměřené na klienty ohrožené sebevraždou z perspektivy osobních zkušeností participantů. S cílem dosáhnout maximální přehlednosti a hloubky porozumění této komplexní problematice bylo téma strukturováno do pěti rovin.

Nedostupnost péče a nabídka služeb

První asociací informantů a zároveň jednoznačně největším problémem systému je nedostupnost odborné péče. Terapeuti se v této věci shodují bez ohledu na typ pracoviště, kde působí. „*Máme strašně moc klientů a málo času... Víím, že musím velmi pečlivě vážit, pokud bych bral někoho nového do psychoterapie.*“ Jinými slovy, čekací doba je často příliš dlouhá a dostane-li se klient konečně do zdravotnického zařízení, typicky psychiatrické nemocnice, personál se mu mnohdy nemůže věnovat do takové míry, jaké by chtěl. Tito klienti mohou v důsledku zhoršení jejich psychického stavu prožívat intenzivní suicidální tendence. Na toto potenciální nebezpečí upozorňuje Anežka: „*Depresivní člověk musí někde dlouho čekat, aby dostal léčbu. Však deprese je v podstatě psychické vyčerpání. A když si představíme že psychicky vyčerpaný člověk musí tohle absolvovat, tak je to dost zatěžující.*“

Ani v případě návazné péče není důvod k optimismu. David připomíná, že propuštění z hospitalizace neznamena, že klient již nepotřebuje odbornou péči, ba naopak: „*Je dobře ho pak ještě saturovat další péčí, že to vlastně nekončí jenom tím, že je člověk zamedikovaný a de facto zachráněný, že přežil...*“ Zabezpečení návazné péče je však mnohdy složité, ne-li přímo nemožné, jak dokládá Eduardova zkušenost: „*Systém péče je děravý. Zvlášt' v té ambulantní složce je šílený. Já mám některé dospívající pacienty, tak tam jste vlastně bez šance, to nikoho neudáte, nikdo vám je nevezme.*“ Omezených možností, kam klienty odkázat, si všimá i Cyril: „*Určitě by mně hrozně pomohlo, kdybych měl větší vějíř možností, co nabídnout. Kdyby prostě bylo kam ty lidi navázat.*“ Kapitoulou samu pro sebe se stává následná péče o příbuzné či blízké osob, jež dokonaly sebevraždu, kdy byla zmíněna pouze společnost Luctus.

Výsledná bilance systému péče nejen o suicidální klienty je tedy značně nelichotivá. Dlouhé čekací doby, absence adekvátní návazné péče a takřka neexistující péče o pozůstalé, to vše je dle účastníků výzkumu smutnou realitou současného stavu, který zoufale vyžaduje změnu.

Nutno podotknout, že dostupnost péče se významně liší v závislosti na místě bydliště a typu klientely, jak potvrzují sami účastníci výzkumu. Obecně platí, že je náročnější nalézt adekvátní péči pro dětské nebo mladistvé klienty a obyvatele menších obcí.

Dalším přidruženým problémem, jenž zdravotníkům komplikuje práci, je **nepropojenost služeb**. Kupříkladu psychologové z CDZ se nemají jak dozvědět, že byl jejich klient hospitalizován. „*Třeba záchranáři se neinformují. Mají třeba našeho klienta po pokusu a vlastně ho hnedka pustí domů. Nekonzultují to s námi. Bylo by lepší to zdravotnictví více propojit,*“ stěžuje si Františka na chybějící registr, který by potenciálně mohl zabránit dodatečným sebevražedným pokusům. Stejně tak nemají přehled o formách péče, které klienti současně čerpají, nebo o tom, zda někdo, s kým v minulosti pracovali, dokonal sebevraždu.

Nedostatek personálu, podpory a přetížení systému

S nedostupností péče úzce souvisí přetíženost systému, který dlouhodobě není schopen uspokojit poptávku. Pracovníci ve zdravotnictví se proto jednohlasně shodují, že by uvítali rozšíření týmu o další kolegy. „*Chtělo by to více personálu a podporu pro tento personál. To by bylo fajn.*“ Přetížení odborníků nejenže limituje jejich schopnost poskytovat efektivní psychoterapeutickou péči, ale také zvyšuje riziko pro rozvoj syndromu vyhoření, které bylo podrobněji diskutováno v předešlé kapitole.

Míra poskytované podpory závisí především na angažovanosti vedoucích pracovníků. Na rozdíl od sféry sociálních služeb totiž není v oblasti zdravotnictví zákonnou povinností absolvovat supervizi. Mezi jednotlivými institucemi tak existují značné rozdíly. Ideální variantu podpory přibližuje Anežka: „*... je to tím, že mám dobrou primárku, kolegyně a možnosti ve vzdělávání. Když se něco stane, tak to prostě probereme. Ale tak tomu není všude.*“

Eduard vidí řešení v rozšíření klinicko-psychologických ambulancí na úrovni okresů, kde by psychologové obdobně jako praktičtí lékaři nejprve provedli odborné vyšetření a následně rozhodli, zda je nutná hospitalizace, případně jaký typ léčby by byl pro klienta nejvhodnější. Od posílení ambulantních služeb si slibuje snížení tlaku na akutní lůžková oddělení. Bernard naopak slovníkem jemu vlastním popisuje konkrétní návrhy podpory pro zdravotnické pracovníky, které by sice významně zlepšily jejich pracovní podmínky, ale bohužel v prostředí podfinancovaného zdravotnictví předem ztroskotávají kvůli své finanční náročnosti. „*Důraz na odpočinek – měsíční lázně, jakože befelem. Důraz na*

vzdělání už v pracovní době, to nejlepší, který je možný. A posledním bodem by bylo více personálu. Takže se vlastně bavíme o prachách (smích).“

Profesní příprava

Důraz, který informanti kladou na postgraduální vzdělávání, nás přivádí k otázce kvality profesní přípravy. Kvůli ambivalentnímu hodnocení budou jednotlivé stupně přípravy popsány samostatně.

Převážně teoreticky zaměřené vysokoškolské vzdělání, ať už v oboru medicíny nebo psychologie, není považováno za dostačující přípravu pro práci se suicidálními klienty. „*Tak vysoká škola vás nijak nepřipraví. Ale asi bych to neočekával, je to prostě teoretická disciplína,*“ vzpomíná Eduard na své studium psychologie.

Naproti tomu psychoterapeutický výcvik nebo komplexní kurz krizové intervence již mohou odborníka vybavit potřebnými informacemi a postupy. Liší se však kvalitou a jejich absolvování nenahradí přímou zkušenost s klientem v akutní krizi, což dokládá vyprávění Františky: „*Výcvik mě určitě připravil dobře na terapii, ale to, když se s tím setkáte tváří v tvář, tak je fakt úplně jiné než ta teorie. Musíte si to fakt osahat sám a tu zkušenost získat. To je prostě nepřenositelné.*“ Metaforicky to přirovnává k situaci, kdy je člověk vržen do proudu řeky a musí se naučit plavat. Nedá se tedy předem připravit na všechno, co práce s problematikou sebevražd obnáší. Teorii musí doplnit praxe. „*To mi říkali kolegové. A měli pravdu (smích).*“

Právě zkušenější kolegové hrají v profesní přípravě hlavní roli. Jakožto školitelé pomáhají psychologům ve zdravotnictví při jejich cestě předatestační přípravou. Tu Anežka pokládá za „*rozumnou. Člověk má mít školitele, ale u něj vždycky záleží na jeho kvalitě.*“ Rovněž si všimá že se postupem času vzdělávání zlepšuje. Přesto se úroveň a přínos přípravy primárně odvíjejí od ochoty a možností školitelů či služebně starších kolegů pomáhat čerstvým absolventům. „*Takže já jsem vůbec nevěděl. A to jsem byl na prestižním pracovišti. A jako jo, když jsem se ptal, tak mi pomohli, ale musel jsem se aktivně dotazovat.*“ Jedná se o důkaz nesystematického či spíše přímo nahodilého systému vzdělávání odborníků v oblasti terapeutické práce se suicidálními klienty, který nutně vede k vytváření diskrepancí mezi jejich znalostmi a dovednostmi.

Z rozhovorů tedy vyplývá, že v současnosti nesystematická profesní příprava primárně závisí na samostudiu a pomoci kolegů, které následně doplňují nenahraditelné praktické zkušenosti. Je to však škoda, neboť kvalitní profesní příprava představuje obranu proti strachu, který práce se

suicidálními klienty, jak již bylo popsáno v kapitole o prožívání, často vyvolává. „*Myslím si, že ucelenější vzdělávání by bylo fajn. Aby se člověk nelekal, aby věděl, co může čekat.*“

Legislativní ukotvení

„*Určitě by mi hrozně pomohlo, kdyby existovalo nějaké legislativní zázemí typu, kde přesně končí moje zodpovědnost, nebo za co vůbec mají mít zdravotníci zodpovědnost.*“ Cyril, který se ve svém studiu mimo jiné zabýval platnými zákony ve zdravotnictví, tím otevírá všeprostupující téma zkušeností informantů, kterým je legislativně nejednoznačně definovaná zodpovědnost za klienty. Ačkoliv o tom již byla řeč, stručně připomeneme základní souvislosti. Nejasné hranice profesní zodpovědnosti vedou ke strachu z možných právních důsledků případného selhání v podobě dalšího suicidálního pokusu klienta. Participanti jsou následně obezřetnější a mají tendenci přebírat za klienta nadměrnou kontrolu. Ve výsledku tak současná legislativa stresuje psychoterapeuty, čímž zároveň negativním způsobem ovlivňuje péči o suicidální klienty. Se stejným problémem se potýkají i pracovníci v sociálních službách a soukromém sektoru, kde legislativní úprava výkonu psychoterapie mimo zdravotnictví zcela chybí. „*Rozhodně by mi to pomohlo. A myslím si, že by to spoustu kolegů odbřemeno, i těch mladších. Vím, jaké to je, když vás furt někdo straší, že vás někdo za něco bude žalovat... Tohle vás ovlivňuje.*“

Tabu a stigmatizace

Závěrečný fenomén se týká celé společnosti, neboť jak konstatuje Cyril: „*Téma sebevražd je v naší společnosti z mnoha důvodů pořád dost velké tabu.*“ Bernard s ním souhlasí a dodává, že v klasických nemocnicích na tuto problematiku rozhodně nejsou dostatečně připraveni, a proto by uvítal, aby pro řešení krizových situací měli v týmu psychologa–interventa. David vidí smysl ve vytvoření metodického podpůrného materiálu, skrze něhož by téma „*šířil mezi pomáhající profesionály, aby to nebylo tabu a lidi byli lépe vybaveni, jistější – alespoň tím praktickým postupem.*“ Tabuizace sebevražd totiž s sebou nese riziko, že se terapeuti nebudou rozhodovat na základě faktů, nýbrž dle svých fantazií a domněnek. To je hlavní důvod, proč Cyril volá po otevřené odborné debatě, kde by bylo možné sdílet profesní zkušenosti, příklady dobré praxe a implementovat do péče nejnovější výzkumné poznatky.

Stigmatizace a předsudky vůči duševním onemocněním zapřičiňují, že lidé, kteří jsou ohroženi sebevražděnými tendencemi, odkládají vyhledání odborné péče. „*Opravdu musíme destigmatizovat tu společnost. Protože oni se ti lidi často stydí přijít a říct si o tu pomoc,*“ nabádá Františka. Ačkoliv si informanti všímají značné snahy o informovanost

a destigmatizaci společnosti, nepropadají v nadšení. Uvědomují si totiž, že ideální stav nejen v oblasti psychologické a psychiatrické péče o suicidální klienty je daleko a jeho dosažení bude vyžadovat ještě značné celospolečenské úsilí.

4 Diskuse

V předložené diplomové práci se věnujeme zkušenosti psychoterapeutické práce se suicidálními klienty. Kromě hlavního zaměření práce byly definovány 2 dílčí cíle. První z nich spočíval v zmapování dopadů práce se suicidálními klienty na osobní život psychoterapeutů. Druhým cílem bylo zhodnocení aktuálního systému péče o suicidální klienty a profesní přípravy psychoterapeutů, spolu s identifikací silných stránek, nedostatků a námětů k reformám tohoto systému.

S ohledem na povahu tématu byl zvolen kvalitativní výzkumný přístup, přičemž pro analýzu dat, získaných prostřednictvím šesti polostrukturovaných rozhovorů, jsme využili interpretativní fenomenologickou analýzu. Na jejím základě jsme identifikovali informantům společná témata, jež představují hlavní zjištění naší studie. V této části zasadíme dosažené výsledky do kontextu dosavadního vědeckého poznání, zmíníme limity práce a představíme doporučení pro praxi i navazující výzkum v oblasti psychoterapie suicidálních klientů. Diskuse byla za účelem přehlednosti rozčleněna do dílčích kapitol dle struktury užitě v diplomové práci.

„Filtrující fenomény“

V rámci analýzy dat vyvstaly 2 fenomény, jež jakožto pomyslné „filtry“ významně proměňují zkušenost psychoterapeutické práce se suicidálními klienty. Jedná se o *Zdravotnictví X soukromá praxe a Různorodost klientů*.

Pro zdravotnický sektor je problematika sebevraždnosti „*denním chlebem*“, díky čemuž si mohou psychoterapeuti práci s nimi natrénovat, osvojit si potřebné kompetence, vybudovat si profesní jistotu a při konfrontaci se suicidálním klientem zachovat potřebný klid. K snazšímu oddělení osobního a profesního života pak přispívá sdílená odpovědnost a ochrana v podobě právnické osoby „*milosrdné*“ zdravotnické instituce, jež odpouští případná psychoterapeutova pochybení. Omezení však představuje systémový tlak na realizaci skupinových terapií, které informanti pokládají za kontraproduktivní, jelikož kvůli nevhodnému složení skupiny, nad níž mají pracovníci pouze omezenou míru kontroly, mnohdy dochází k dekompenzaci duševních poruch klientů. Přestože se psychoterapeut

v soukromé praxi musí vypořádat se zátěží plynoucí z osobní zodpovědnosti, v samotné práci se suicidálním klientem je v mnoha ohledech svobodnější.

Popsané rozdíly potvrzují zjištění Richardsové (2000), dle kterých část terapeutů preferuje při práci se suicidálními klienty institucionální prostředí, jelikož ho považují za bezpečnější nejen pro klienta, ale i pro sebe sama. Odmítnutí osobní odpovědnosti za suicidální chování klienta a možnost neformálních rozhovorů s kolegy, jež práce ve zdravotnickém zařízení nabízí, se navíc na vzorku australských psychologů ukazují být účinnými copingovými strategiemi (Trimble, Jackson & Harvey, 2000).

Odborná diskuze o zařazování suicidálních klientů do skupinové terapie má dlouhou minulost. Zatímco v 70. letech přibližně 50 % terapeutů radilo svým klientům, aby se účastnili skupinových sezení (Gurrister & Kane, 1978), v současnosti jsou aktivní suicidální myšlenky či tendence kontraindikací k terapii v interakční heterogenní skupině (např. Ezhumalai et al., 2018; Yalom & Leszcz, 2016). Z nedávného výzkumu Sullivanové a kolektivu (2021) však vyplývá, že skupinová terapie, explicitně zaměřená na problematiku sebevražd, může být pro většinu těchto klientů přínosná, ale zároveň u necelé pětiny z nich, což je menší část než v případě kontrolního vzorku (23 %), dojde k zhoršení stavu či exacerbaci suicidálního chování. Efektivnost strukturované homogenní skupiny pro terapii klientů s chronickým suicidálním chováním potvrzují i starší výzkumy (Linehan, 1987; Linehan, Heard, & Armstrong, 1993). Dialektická behaviorální terapie se ukazuje být účinná při léčbě chronicky suicidálních klientů i v individuální formě (DeCou, Comtois, & Landes, 2019; Linehan et al., 1991). Případné zařazení suicidálních klientů do skupinové terapie by tedy mělo proběhnout výhradně až po stabilizaci jejich stavu a úvaze odborníka, přičemž by do ní klienti ani ošetřující personál neměli být jakkoliv nuceni, např. prostřednictvím zdravotními pojišťovnami nastaveným systémem úhrad za zdravotní úkony.

Různorodost klientů upozorňuje na nutnost idiografického přístupu ke klientovi, jelikož sebevražednost není „*homogenním fenoménem*.“ Zkušenost psychoterapeutické práce se tak odvíjí od vývojového stupně suicidálního chování, převládajících motivů k sebevraždě (nejčastěji vysvobození z utrpení vs. manipulace okolím), typu duševní poruchy, míry patologie anebo náhledu na suicidální chování. Nejvlivnějším faktorem se zdá být interpretace psychoterapeuta, zda je klientovo suicidální chování patického nebo biického charakteru, neboť významně determinuje fenomén *přístup ke klientům*. Zmíněné diferencující roviny odpovídají

dělení užívanému v české odborné literatuře, jež jsme podrobněji nastínili v teoretické části (kapitola 1.1-1.2). Klasické členění však nezohledňuje mezní případy, kdy se za adrenalinovými a životu nebezpečnými aktivitami skrývá nikoliv touha po vzrušení, nýbrž latentní suicidální přání smrti. Existenci tohoto konceptu podporuje studie provedená mezi americkými adolescenty, dle které je osobnostní rys zvaný sensation seeking rizikovým faktorem pro rozvoj depresivních symptomů a suicidálního chování (Ortin et al., 2012). Tato „náhodná úmrtí“ jedinců, jež systém odborné péče aktuálně není schopen zachytit, se do statistik o sebevraždnosti pochopitelně nepromítnou. Informanti dále považují jedince s poruchou osobnosti hraničního typu nebo těžkou depresí za subjektivně nejnáročnější klientelu, což souzní s výsledky zahraničních výzkumů (Koekkoek, van Meijel & Hutschemaekers, 2006).

Psychoterapeutická práce

Pro výkon psychoterapie je stěžejním fenoménem *odborný postup*. Diagnostika závažnosti suicidálního chování, v angličtině označovaná jakožto *risk assessment*, neprobíhá pouze na vědomé úrovni za použití strukturovaných postupů a formalizovaných nástrojů, nýbrž i pomocí intuice, kdy psychoterapeut introspektivně analyzuje „špatný pocit“ obsažený v protipřenosu. Výzkum Moermanové (2012) na vzorku PCA terapeutů potvrzuje, že instinkt, který vychází z teoretických znalostí o problematice sebevraždnosti, hraje při diagnostické rozvaze podstatnou roli. Obdobně Reeves a Mintzová (2001) uvádí, že risk assessment bývá psychologickými poradci považován spíše za neformální nežli formální proces. Shoda rovněž panuje na tom, že neustálá diagnostika závažnosti suicidálního chování je nejdůležitější, ale zároveň i nejnáročnější součástí psychoterapie suicidálních klientů, neboť jakýkoliv náznak suicidálního chování nesmí být brán na lehkou váhu (Richards, 2000).

Ačkoliv informanti využívají řadu technik, kupř. krizové plány, behaviorální intervence nebo antisuicidální kontrakty, akcentují, že pro dosažení úspěchu v terapii jsou klíčové všem směrům společné faktory, mezi něž patří psychoterapeutický vztah, empatie, důvěra, cílení na zdroje klienta a jeho zplnomocňování, stav „*bytí tady a teď*“ či otevřená komunikace o suicidálním chování klienta. Pozitivní účinek terapeutické aliance a popsaného přístupu terapeuta při léčbě suicidálního chování je v zahraniční literatuře prokázán řadou studií (např. Dunster-Page et al., 2017; Fartacek et al., 2023; Winter et al., 2013). Postupem času se jednotlivé aspekty *odborného postupu* automatizují, čímž se práce se suicidálními klienty stává snazší a přímočařejší. Psychoterapeut si dále buduje *profesní jistotu*, díky níž si i při

krizových situacích zachovává potřebný *klid*. Jinými slovy, nabyté zkušenosti mají pozitivní vliv na prožívaný komfort, sebevědomí a vyšší senzitivitu při práci se suicidálními klienty (Gurrister & Kane, 1978; Mitchell et al., 2020).

Druhý pilíř psychoterapeutické práce tvoří fenomén *přístup ke klientům*. Od Binswangerova (1958) případu dokonané sebevraždy Ellen West je základním a nepopíratelným etickým pravidlem psychoterapeutů „*stát na straně života*.“ Rovněž naši informanti ho pokládají za primární postoj při práci se suicidálními klienty a dodávají, že na poskytování péče nikdy nerezignují, a naopak se vždy snaží *udělat vše, co je v jejich silách*, aby dotyčnému pomohli.

Na druhou stranu však respektují svobodnou vůli člověka a jeho rozhodnutí ukončit svůj život, jak dokládá následující výrok Eduarda: „*Sice být na straně života, ale rozumět tomu, že tu smrt někdo volí*.“ Tento komplexní přístup, tedy „*být na straně života*“, ale přitom respektovat volbu smrti, se zdá být mezi pomáhajícími profesemi rozšířený, jelikož představuje účinnou copingovou strategii v případě dokonané sebevraždy klienta (Gurrister & Kane, 1978; Trimble, Jackson & Harvey, 2000). Jedinec si za předpokladu splnění svých povinností jednoduše nemusí nic vyčítat a brání se tak vůči potenciálním fatalistickým a rezignovaným postojům k prevenci sebevraždnosti (Awenat et al., 2017), neboť sebevražda je v tomto pojetí zodpovědností klienta samotného.

Současná akademická diskuse o tom, do jaké míry je suicidální chování skutečně projevem svobody člověka (Koutek & Kocourková, 2007b; Monestier, 2003), se odráží i v námi získaných datech. Přístup k patickému suicidálnímu chování je mírně odlišný, jelikož převládá lítost, soucit, bolest a při dokonané sebevraždě společensky přijatelné schvalování smrti typu: „*Ulevilo se mu, když to udělal*.“ Podobné výroky však mohou být vedle racionalizace dokonané sebevraždy i projevem projektivní identifikace („*Pravidelně se nám stává, že si přejeme, aby se někteří pacienti už zabili..., protože je to frustrující*.“) v důsledku intenzivního agresivního protipřenosu, jehož mechanismy v práci se suicidálními klienty rozpracovávají Maltzberger a Buie (1974).

Pohrdání, objevující se, je-li suicidální chování užito k manipulaci, má potenciál stát se bariérou v nastolení terapeutického vztahu, jež dokonce může poškodit klienta (Hayes, Gelso & Hummel, 2011). U našich informantů se toto riziko zdá být kompenzováno pokorou a důkladnou sebereflexí. Simulují-li klienti suicidální chování, čímž zneužívají systém péče, okrádají se o sympatie psychoterapeutů (Awenat et al., 2017), kteří k nim pak přistupují s přísností.

Odborný postup a přístup ke klientům doplňuje 5 dílčích fenoménů. Ohrožení života klienta vyplývající ze suicidálního chování a snaha ochránit se před případným vyšetřováním nebo obviněním ze strany pozůstalých představují hlavní zdroje úzkosti psychoterapeutů (Levy et al., 2019) a nutí je k **přebírání odpovědnosti za klienty**. Čím je vnímané riziko intenzivnější, tím direktivnější se psychoterapeut stává. Určitá míra direktivnosti je při práci se suicidálními klienty nezbytná (Berman, Jobes & Silverman, 2006) a v souladu s principy krizové intervence (Vodáčková, 2007). Nutkání nadměrně kontrolovat klienta však může přetrvávat navzdory tomu, že akutní nebezpečí již pominulo, což je v rozporu se svobodou klienta i podstatou psychoterapie.

Nadhled reprezentuje schopnost udržet odstup a smíření se skutečností, že nelze zachránit všechny suicidální klienty. Uvědomění, že úmrtí klienta nemusí automaticky znamenat selhání, zároveň posiluje resilienci psychoterapeuta. I přes tento nadhled ho však může dokonaná sebevražda klienta hluboce zasáhnout a poznamenat až na několik let či ovlivnit průběh terapie budoucích suicidálních klientů (Scupham & Goss, 2020).

Dalším fenoménem je **práce s rodinou**. Informanti upozorňují, že při péči o suicidální klienty bývá jejich rodina a okolí opomíjeny, ačkoliv mohou být pro klienta oporou a pro pečující personál cenným zdrojem informací. Dle dosavadních výzkumů je přítomnost suicidálního chování pro rodinné příslušníky významným zdrojem stresu, zátěže či pocitů bezmoci, studu nebo viny, a proto si i oni zaslouží pozornost a odbornou podporu (McLaughlin et al., 2014; McLaughlin et al., 2016). Odhaduje se, že dokonaná sebevražda může mít dopad až na 135 lidí, z toho u 15-30 osob se jedná o dopad silný (Cerel et al., 2019). Zatímco na práci s pozůstalými se v Česku specializuje několik psychoterapeutů a organizací (Luctus, Vigvam, Asociace poradců pro pozůstalé), byť s ohledem na počet sebevražd lze polemizovat nad tím, zda jsou jejich kapacity dostatečné, psychoterapeuta nebo společnost zabývající se podporou rodin a blízkých, kde se vyskytuje suicidální chování, se nám dohledat nepodařilo. Toto téma evidentně vyžaduje podrobnější zkoumání.

Motivaci psychoterapeuti čerpají ze 3 zdrojů. Práci se suicidálními klienty pokládají za *běžnou součást* jejich povolání, neboť si nemohou vybírat, s kým budou pracovat. Sebevražedné myšlenky navíc klienti sdílí mnohdy až po vytvoření vzájemné důvěry. Tento motiv odpovídá principům odpovědnosti a zájmů klienta etických psychoterapeutických kodexů, který v Česku revidovala ČAP (2023). Po nabytí potřebných zkušeností se dokonce cítí *povinni* těmto klientům

pomoci. Stěžejním motivem však je *přitažlivost bytí na hraně života*, které s klientem zakouší, a relativně vysoké *naděje na hmatatelný terapeutický úspěch*, tj. zlepšení stavu klienta. *Přitažlivost bytí na hraně života* vybočuje z nejčastějších motivů pro výkon psychoterapie uváděných v zahraniční literatuře (Bager-Charleson, 2018). U psychoterapeutů, kteří mají osobní zkušenost se sebevraždností v rodině nebo blízkém okolí, lze zpětně uvažovat o latentní motivaci využít své bolestivé zkušenosti k poskytnutí pomoci druhým, jež by spadala pod koncept *wounded healer* (Barnett, 2007; Zerubavel & Wright, 2012).

V neposlední řadě se psychoterapeutická práce se suicidálními klienty, zvláště v soukromém sektoru nebo ambulantních službách, vyznačuje tendencí nabízet klientům v případě zhoršení jejich stavu možnost nadstandardního kontaktu, nejčastěji skrze telefonický hovor. Dochází tím k *posunu profesních hranic*, který nicméně musí mít jasná pravidla, aby si psychoterapeut odpočinul a oddělil práci od soukromí. Ochrana sebe sama, spočívající mimo jiné právě v nastavování hranic, se ukazuje být při psychoterapii suicidálních klientů nezbytná (Levy et al., 2019). Ačkoliv je tedy posun profesních hranic vzhledem k povaze problému pochopitelný, mělo by k němu být přistupováno obezřetně, jelikož za určitých okolností, jak ostatně informanti podotýkají, může průběh terapie narušit (Richards, 2000). Aktivně kontaktovat klienty po propuštění z hospitalizace se naopak jeví být příkladem dobré praxe a účinnou prevencí budoucích sebevražedných pokusů (Fleischmann et al., 2008; Ghanbari et al., 2016).

Prožívání

Identifikované emoční vzorce v rámci psychoterapie suicidálních klientů lze považovat za typické, neboť se shodují s výsledky řady dosavadních výzkumů (Fogarty et al., 2023; Moerman, 2012; Reeves & Mintz, 2001; Scupham & Goss, 2020; Yaseen et al., 2013). *Hněv* bývá jakožto nejčastější emoce označován za „vedlejší produkt“ psychoterapie s přítomností suicidálního chování. Je důsledkem buďto intenzivního protipřenosu (Maltzberger & Buie, 1974), negativní prognózy u chronických klientů nebo vnímané manipulace v demonstrativním suicidálním jednání. Dále se jedná o *aktivaci*, která v krajním případě může přecházet do paralýzy. Míra prožívané tenze slouží k intuitivnímu vyhodnocování akutnosti suicidálního rizika. Aktivace zároveň úzce souvisí s *energetickou náročností* psychoterapie, která vyžaduje zvýšenou pozornost vůči suicidálním projevům. Objevuje se rovněž *strach a obavy* z toho, že si klient ublíží, z profesního selhání a vlastních

nedostatečných kompetencí, nebo možných žalob. Pociťovaný strach se v návaznosti na kvalitní profesní přípravu a přibývajících zkušeností umenšuje, ale nikdy zcela nezmizí. Protipóly pomyslné škály, jež je bazální součástí jakékoliv terapie, pak tvoří *disociace*, spočívající v udržení si odstupů, a *emoční vtažení*, kdy psychoterapeut až příliš soucítí s utrpením klientů. Časté jsou rovněž pocity frustrace, které se pojí s hněvem u chronických klientů, ale primárně jsou zapříčiněny nedostatky v aktuální podobě systému péče nejen o suicidální klienty, které jim každodenně komplikují výkon práce.

Náš výzkum se od ostatních odlišuje přítomností „*paradoxních emocí*.“ K těm se řadí překvapení z vynalézavosti a děsivosti klienty zvolených prostředků k ukončení života, nebo subjektivně zakoušená směšnost některých případů. Dle informantů může sdílení této paradoxní komičnosti pomoci k přerámování celé situace a posunu v terapii. To koresponduje s logoterapií V. E. Frankla (2015), který uvádí, že humor neslouží pouze k odlehčení situace, ale má potenciál být účinným terapeutickým nástrojem, jenž umožňuje podstoupit od akutního problému a podívat se na něj z nadhledu.

Závěrem je nutné podotknout, že fenomén prožívání je značně variabilní v závislosti na jádrovém přesvědčení a hlavních příčinách vedoucích k suicidálními chování klienta.

Osobní život

Práce se suicidálními klienty negativně ovlivňuje soukromý život psychoterapeutů prostřednictvím popisovaného *posunu profesních hranic a energetické náročnosti*. Rodinné zázemí přitom hraje klíčovou roli v jejich resilienci, avšak kvůli zvýšené únavě nejsou po návratu z práce vždy schopni splnit své rodinné povinnosti. To může vést ke vzniku konfliktů a být zdrojem stresu, jehož úroveň je prokazatelně prohloubena případnou sendvičovou pozicí psychoterapeuta (Rubin & White-Means, 2009).

Mezi copingovými strategiemi, jimiž se informanti vyrovnávají s náročností své profese, zaujímá dominantní postavení „*obklopení se životem*,“ které představuje protipól smrti, tedy jádrového tématu psychoterapie suicidálních klientů. Jedná se o pestrý fenomén, kam patří navazování a udržování vztahů, sportování, jóga, pobyt v přírodě či kulturní vyžití. Vystávají rovněž hedonistické tendence ve formě dobrého jídla, zábavy a sexu, zkrátka užívání si života. Vztahem mezi libidem, respektive Erosem, a pudem smrti, Thanatem, se zabýval již Freud (2015). Yalom (2015, 2020) uvádí, že obavy ze smrti se mohou projevit jakožto zaujetí sexuálními myšlenkami a chováním, jelikož sex je pro mnohé antitezí smrti,

kteřá dokáže neutralizovat úzkost plynoucí z uvědomění konce vlastní existence. Úzkost ze smrti se v některých případech dokonce podílí na rozvoji hypersexuality (Watter, 2018). Z našeho výzkumu vyplývá, že konfrontace se smrtí při práci se suicidálními klienty a z ní vyvstávající uvědomění vlastní smrtelnosti ústí v obecnou snahu „*žít naplno*“, přičemž sex tvoří pouze její dílčí část.

Profesní vztahy jsou pro psychoterapeuty spolu se supervizí a intervizí hlavním protektivním faktorem před vyhořením a nejvýznamnější formou odborné podpory při práci se suicidálními klienty, což potvrzují zahraniční studie (Awenat et al., 2017; Levy et al., 2019; Ting, Jacobson, & Sanders, 2008). Navzdory tomu není, dle zkušeností informantů, přístup ke kvalitní supervizi a intervizi samozřejmostí a mnohdy si je tak musí zařizovat individuálně. Příklady, kdy se kolegové obávají účasti na supervizi, neboť ji pokládají za prostředek kontroly vedení a prostor, kde jim budou vyčítány jejich chyby, jsou důkazem naléhavé potřeby demytizovat tento nástroj podpory.

Další účinnou copingovou strategií se ukazuje být **humor**, mnohdy černý a ve vyprávěních účastníku výzkumu všudypřítomný. Zahraniční literatura dokládá jeho pozitivní vliv na redukci stresu (Abel, 2002; Lefcourt et al., 1995; McCrae & Costa, 1986) a podporuje dříve nastíněnou Franklovu (2015) hypotézu, že humor napomáhá k odstupu od problému i sebe sama. K oddělení práce od osobního života rovněž přispívají rituály nebo sepsání svých myšlenek a pocitů formou deníku či, jak naznačuje britská studie, záznamu ze sezení (Reeves & Mintz, 2001).

V neposlední řadě se mezi pozitivní copingové mechanismy řadí **spiritualita**, která je pro psychoterapeuta „*velkým zdrojem síly*.“ Modlitby, jež s meditací v rámci vzorku sociálních pracovníků představovaly nejčastěji užívaný coping reagující na suicidální chování klienta (Ting, Jacobson, & Sanders, 2008), jsou zároveň stvrzením přístupu *udělat vše, co je v mých silách*, který taktéž, díky ochraně před výčitkami, posiluje psychoterapeutovu resilienci. V psychoterapii suicidálních klientů se navíc musíme zabývat duchovní rovinou člověka, neboť zdravá spiritualita a do určité míry i religiozita jsou protektivními faktory závažnějšího suicidálního chování (Burshtein et al., 2016; Lawrence, Oquendo & Stanley, 2016). Užívání alkoholu, které se v rozhovorech informantů objevilo, je naopak nejčastější negativní, tj. neproduktivní, copingovou strategií (Ting, Jacobson, & Sanders, 2008).

Setkání s problematikou sebevraždy proměňuje životní **hodnoty** psychoterapeutů. Díky této zkušenosti si cení každodenních radostí a přítomného okamžiku, chovají k životu velkou úctu a pociťují v něm větší míru svobody. Utrpení klientů, jehož jsou svědky, pak umenšuje jejich osobní starosti a vede je k vděčnosti, pokoře a skromnosti. V rámci rešerše se nám bohužel nepodařilo dohledat relevantní výzkumy o proměnách terapeutových životních hodnot v důsledku spolupráce se suicidální klientelou. Lze se však domnívat, jak naznačují některé výroky našich informantů, že zmíněný hodnotový vývoj nebude důsledkem práce výhradně se suicidálními, nýbrž všemi klienty, a obdobnou proměnu během své kariéry zažije většina terapeutů, respektive pracovníků v pomáhajících profesích.

System péče a profesního vzdělávání

Největší problém aktuálního systému péče shledávají informanti v *nedostupnosti odborné péče* a s ní spojených dlouhých čekacích dobách. U klientů, jejichž stav v danou chvíli není natolik závažný, aby splňoval podmínky nedobrovolné hospitalizace, tak v průběhu čekání na psychoterapeutickou péči může dojít k rozvoji závažnějších forem suicidálního chování. I když se klient konečně dočká potřebné péče, pracovníci se mu nemohou kvůli přetížení systému věnovat do takové míry, jaké by chtěli. ÚZIS (2023) za rok 2022 eviduje takřka 663 000 léčených pacientů v psychiatrických ambulancích, 31 107 akutních hospitalizací a 25 318 dlouhodobých hospitalizací. Zatímco u počtu dlouhodobých hospitalizací pozorujeme v souladu s reformou psychiatrické péče trvalý pokles, počet pacientů psychiatrických ambulančí a absolvujících akutní hospitalizaci roste. Evidovaných poskytovatelů ambulantních psychiatrických zdravotních služeb sice meziročně přibylo na celkem 1 046, ale tento stav odpovídá roku 2011. Analytická část Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020-2030 uvádí, že v roce 2020 v rámci psychiatrické péče připadalo na 100 000 obyvatel 13,6 psychiatrů a 3 psychologové. Přestože mezitím došlo k navýšení kapacit, v Německu, které je premiantem Evropské Unie, připadá na 100 000 obyvatel 27 psychiatrů (Eurostat, 2020). Při interpretaci těchto údajů ale pochopitelně musí být zohledněny místní specifika systému zdravotní péče, profesní přípravy, úhrad apod. Z veřejně dostupných dat však vyplývá, že na růst poptávky po psychiatrických službách systém nezareagoval odpovídajícím nárůstem nabídky těchto služeb. Přesto má podle ÚZIS (Melicharová et al., 2021) svého ošetřujícího ambulantního psychiatra 95–97 % osob s vážným psychickým onemocněním, kam spadají poruchy psychotické, obsedantně kompulzivní a poruchy nálad. Zároveň existují významné rozdíly v dostupnosti

ambulantní psychiatrické péče mezi kraji, přičemž situace v Praze je dlouhodobě nejlepší. Relevantní data o dostupnosti klinicko-psychologické a psychoterapeutické péče nejsou v době psaní diplomové práce k dispozici.

Velké **nedostatky** účastníci výzkumu spatřují v **návazné ambulantní péči** o suicidální klienty, zvláště jedná-li se o dospívající. Následná péče po propuštění je však zásadní, neboť 8,6 % všech sebevražd proběhlo do 2 měsíců od propuštění klientů s duševním onemocněním z hospitalizace (ČSÚ, 2024). Přibližně čtvrtina osob po nedokonaném pokusu o sebevraždu se o ni znovu pokusí, přičemž v 88 % je tomu do 2 roků od posledního pokusu (Ghanbari et al., 2016; Parra-Uribe, 2017). Je proto šokující, že klienti po nedokonaném pokusu o sebevraždu byli v letech 2010–2019 skupinou se stabilně nejmenším pokrytím návaznou péčí po propuštění z hospitalizace. Až 60 % jedinců není do 30 dnů po propuštění v kontaktu se svým ambulantním psychiatrem (Melicharová et al., 2021). I proto někteří informanti ze své iniciativy po ukončení hospitalizace klienty kontaktují, neboť si uvědomují, že se jedná o účinnou podpůrnou intervenci (Fleischmann, 2008; Ghanbari et al., 2016). Ani současnou nabídku služeb nepokládají za adekvátní a kritizují kupříkladu již zmíněný omezený přístup k odborné pomoci pro pozůstalé nebo blízké, na něž dopadá suicidální chování klienta. Zdravotnickým pracovníkům dále komplikuje práci **nepropojenost služeb** spočívající v absenci centrálního registru, díky němuž by byli informováni, že byl jejich klient hospitalizován, jaké formy péče současně čerpá apod.

Přetíženost systému se kromě klientů dotýká i pracovníků ve zdravotnictví, kteří se jednohlasně shodují, že by uvítali rozšíření týmu o další kolegy. **Nedostatek personálu** je limituje v efektivním poskytování psychoterapeutické péče, protože na jednotlivé klienty nemají čas. Přetěžování navíc v dlouhodobém horizontu vede k silicímú pocitu frustrace, jenž zvyšuje riziko rozvoje syndromu vyhoření. To je dále prohlubováno nesystematickou profesní podporou. Na rozdíl od sociálních služeb, není ve zdravotnictví povinné podstupovat supervizi, jež je zakotvena ve vyhlášce č. 505/2006 Sb. zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a tak se úroveň podpory mezi jednotlivými pracovišti liší. Pracovní podmínky by zlepšila i větší dotace dovolené, aby se pracovníci mohli zregenerovat. Nedostatek personálu, podpory a prostoru pro odpočinek je dle informantů důkazem podfinancování zdravotnického systému. Jedním z návrhů na řešení současné nelichotivé situace bylo rozšíření klinicko-psychologických ambulancí, které by mohly částečně ulevit psychiatrickým nemocnicím.

Profesní příprava je hodnocena rozporuplně. Vysokoškolské vzdělání samo o sobě nepostačuje pro kvalitní práci se suicidálními klienty. Psychoterapeutické výcviky či komplexní kurzy krizové intervence již sice mohou odborníka vybavit potřebnými informacemi a dovednostmi, jejich úroveň a rozsah dedikovaný problematice sebevražednosti se však liší. Zároveň byla identifikována poptávka po odborných kurzech či školeních, které by se zaměřovaly na přímou psychoterapii suicidálních klientů. Zdá se, že většina momentálně nabízených seminářů skutečně klade důraz na teoretické koncepty, edukaci o vývoji suicidálního chování a diagnostiku závažnosti suicidálního chování spolu s přesměrováním klienta na psychiatra či zdravotnické zařízení, případně rozhodnutí o nedobrovolné hospitalizaci, ale nikoliv na praktické nácviky psychoterapeutického procesu s tímto klientem. Systém postgraduálního vzdělávání v problematice sebevražednosti není systematický, ale závisí na osobě školitele či profesně staršího kolegy, což v emailovém vyjádření potvrzuje zástupkyně AKP ČR. Psychoterapie suicidálních klientů sice je součástí sylabu Vzdělávacího programu specializačního vzdělávání v oboru Psycholog ve zdravotnictví – PSYCHOTERAPIE a v rámci katedry psychologie Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (dále jen IPVZ) se téma občas vyskytuje v Cyklu specializačních kurzů v klinické psychologii, věstník (MZČR, 2020) však již dále nestanovuje jaká časová dotace musí být psychoterapii suicidálních klientů při předatestační přípravě věnována. Psycholog ve zdravotnictví, potažmo klinický psycholog se nadto daného specializačního kurzu o sebevražednosti nemusí během své předatestační přípravy zúčastnit, jelikož jeho zákonnou povinností je absolvovat pouze jeden specializační kurz každý semestr a v období mezi 25. 1. 2024 a 20. 6. 2024 se žádný z vypsaných a kapacitou omezených kurzů psychoterapií suicidálních klientů nezabýval. Jinými slovy, zájemci o atestaci je uloženo, co má umět, ale nikoliv postup, jak si to má osvojit. Profesní příprava atestovaného psychoterapeuta v oblasti sebevražednosti se tak teoreticky může skládat pouze ze studia literatury a konzultací se školitelem.

Na druhou stranu informanti zdůrazňují, že se v této oblasti nelze předem připravit na všechno a teorii tak nutně musí doplnit praktické zkušenosti. „... *Musela jsem se naučit plavat (smích)...* *Musíte si to fakt osahat sám a tu zkušenost získat. To je prostě nepřenosný.*“ Přesto by uvítali ucelenější a intenzivnější přípravu zaměřenou na práci se suicidálními klienty, neboť představuje obranu proti strachu, jež negativně ovlivňuje psychoterapii (Henden, 2017; Hendin et al., 2006), významně zvyšuje kompetentnost a subjektivní komfort při práci se suicidálními

klienty (Jahn et al., 2016; Mackelprang et al., 2014) a obecně ulehčuje profesní začátky, kdy jsou negativní dopady na nezkušeného terapeuta nejsilnější a dle studie Richardsové (2000) i nejrizikovější. Rozhodně se však nejedná o specifikum českého systému, neboť přípravu pokládají za nedostatečnou i odborníci v Británii (Awenat et al., 2017; Reeves & Mintz, 2001) nebo USA (Jahn et al., 2016; Schmitz et al., 2012), kde dokonce některé státy zavedly povinnost absolvovat trénink psychoterapeutické práce se suicidálními klienty pro získání licence pomáhajícího pracovníka v oblasti duševního zdraví. Další břemeno představuje současná **legislativa**, která vyžaduje komplexní rozpracování, jak jsme podrobně nastínili v teoretické části (kapitola 1.5). Nejednoznačný právní výklad posiluje strach z případných žalob a vyšetřování psychoterapeuta selhání, který se může manifestovat kupř. v přebírání nadměrné kontroly nad klientem nebo jakožto nedůvěra v sebe sama, jež pak může negativně ovlivnit jejich *clinical efficacy* při práci se suicidálními klienty. Subjektivně nedostatečná příprava a nepřehledné legislativní vymezení tak významně komplikuje profesní začátky psychoterapeuta (Hendin et al., 2000; Levy et al., 2019; Moerman, 2012; Whittinghill et al., 2008).

Účastníci výzkumu reflektují, že v české společnosti je téma sebevražd stále **tabuizované**. Výhrady k systému péče v psychiatrických nemocnicích jsme již zmínili. Ty klasické, soudě dle zkušeností informantů z lektorské nebo konziliární činnosti, na práci se suicidálními klienty připraveny nejsou, jelikož pro řešení krizových situací v týmu většinou postrádají specializovaného psychologa-interventa. Z těchto důvodů by uvítali vznik metodického podpůrného materiálu pro psychoterapeuty i ostatní pomáhající profesionály, aby se v pracovním kontaktu se suicidálním klientem cítili jistěji. Skrze podpůrný metodický materiál by rovněž bylo možné v odborné sféře sdílet příklady dobré praxe či profesní zkušenosti a implementovat do systému péče nejnovější výzkumné poznatky. Přirovnání sebevraždnosti k tabu považujeme za nadsazené, avšak minimální nabídka kurzů či seminářů o práci se suicidálními klienty na českém trhu a skutečnost, že pro řadu psychoterapeutů nebo poradců není práce se suicidálními klienty příjemná, a proto se jí mohou snažit vyhýbat (Awenat et al., 2017; Gurrister & Kane, 1978; Jahn et al., 2016; Levy et al., 2019), jsou důkazem, že by si větší pozornost české odborné obce bezesporu zasloužila.

S tabuizací úzce souvisí **stigmatizace** duševních onemocnění, kvůli níž jedinci odkládají vyhledání odborné péče a kterou WHO (2014) zařadila mezi hlavní sociální rizikové faktory suicidální chování. Ačkoliv si informanti všímají, že v české společnosti došlo díky

destigmatizačním snahám k pokroku, ideální stav je podle nich stále ještě daleko. To potvrzují dostupná data, dle kterých je prevalence stigmatizujícího chování v Česku přinejmenším znepokojující. Zatímco pouze 4 % Britů by nebyla ochotna udržovat přátelství s někým, u koho se projevilo duševní onemocnění, v českém vzorku to bylo více než 25 % osob (Winkler et al., 2015). Přestože mezi lety 2013 a 2019 došlo i díky reformě psychiatrické péče a národní destigmatizační kampani k významnému zlepšení společenských postojů k osobám trpícím duševním onemocněním, stále je u nás vyšší míra stigmatizujícího chování nežli v západních zemích (Winkler et al., 2021). Jedním z možných vysvětlení tohoto společenského rozdílu je komunistická minulost Česka, neboť země střední a východní Evropy patřící do sovětského bloku začaly realizovat edukační a destigmatizační programy v oblasti duševního zdraví teprve začátkem 21. století (Beldie et al., 2012; Winkler et al., 2015).

Limity

Hlavní omezení studie se týkají výzkumného vzorku. Předně v něm chybí psychoterapeuti se zkušeností výhradně ze soukromé praxe, a tak se výsledky více vztahují k zdravotnickému sektoru. Zároveň postrádáme bližší informace o pracovištích informantů a psychoterapeutických výcvicích či dodatečných kurzech, které absolvovali. Představené nedostatky systému péče a profesní přípravy spolu s negativními fenomény psychoterapeutické práce se suicidálními klienty tak mohou být vázány pouze na konkrétní zařízení nebo výcvikové instituty. Na druhou stranu účastníci výzkumu pochází z celé České republiky, a tak je nepravděpodobné, že by se jednalo o specifikum určitého regionu.

V metodologické části jsme nastínili, jak obtížné bylo získat odpovídající výzkumný vzorek. Existuje proto riziko, že se nám do studie přihlásili jedinci, jejichž primárním záměrem bylo sdílet své negativní emoce a rozčarování ze systému, zatímco většině nastavený systém vyhovuje a nemá tak potřebu se k problematice práce se suicidálními klienty vyjadřovat, případně téma nepokládá za důležité, jelikož s nimi ve své praxi nepřichází do kontaktu. Zároveň by však nízký zájem o účast na výzkumu mohl naznačovat, že tématu sebevražd se psychoterapeuti skutečně z různých důvodů raději vyhýbají, nebo jsou přetěžovaní a nezbývá jim na podobné aktivity čas.

Dalším limitem je blízkost autora k logoterapii a ostatním existenciálním směrům, která mohla navzdory důkladné sebereflexi ovlivnit proces sběru dat, kupř. zněním otázek nebo

důrazem na určitá témata, a následnou analýzu rozhovorů. Některé z nich navíc proběhly online, což mohlo zkreslit data, ať už komunikačním šumem nebo neschopností plnohodnotně zaznamenat neverbální komunikaci.

Za poslední omezení považujeme zvolený výzkumný design, jež se jeví být v porovnání s možnostmi a očekávaným rozsahem diplomové práce naddimenzovaný, přestože se do finálního textu například nedostal ani plánovaný rozhovor se supervizorem. Budoucím výzkumným snahám bychom proto doporučili zaměřit se na užší výsek zkušenosti psychoterapeutické práce se suicidálními klienty. Komplexnost zkoumaného jevu rovněž zapříčinila, že předkládaná diplomová práce má spíše deskriptivní nežli interpretativní charakter.

Implikace pro praxi a přínos diplomové práce

Hlavní přínos diplomové práce představuje zmapování tématu, které dosud v České republice nebylo dostatečně rozpracováno, čímž se zároveň stává základem pro další výzkumné snahy v této oblasti. Zjištění rozšiřují klasické členění suicidálního chování o mezní případy, kdy se za adrenalinovými aktivitami může skrývat latentní přání smrti. Dosavadní poznatky o prožívání psychoterapeutické práce se suicidálními klienty obohacujeme o existenci fenoménu „paradoxních emocí.“ Diplomová práce rovněž poukazuje na to, že chceme-li efektivně poskytovat služby jedincům ohroženým suicidálním chováním, nesmíme se zabývat pouze samotnými klienty, ale musíme systematicky zkoumat a poskytovat podporu jejich blízkému okolí a ošetřujícím odborníkům.

Naše studie má několik důležitých klinických implikací pro péči o suicidální klienty i pro vzdělávání psychoterapeutů. Musíme však mít na paměti, že náš vzorek tvořilo pouze 6 informantů, a proto je nutné získaná zjištění ověřit na reprezentativním vzorku. Současné legislativní vymezení práce se suicidálními klienty vyžaduje novelizaci, nebo alespoň vytvoření přehledného metodického materiálu, který by definoval, kde končí psychoterapeutova zodpovědnost a co musí splnit, aby byl ochráněn před případnými žalobami. Měla by proběhnout diskuze o reformě systému péče o suicidální klienty, především o nepropojenosti služeb a registrů, významných nedostacích v pokrytí návaznou péčí a přetížeností systému psychiatrické péče. V rámci profesní přípravy by buďto měla být formálně stanovena povinnost absolvovat semináře s praktickým nácvikem psychoterapie se suicidálními klienty, nebo by alespoň měla být zajištěna větší dostupnost kurzů a nadstavbových výcviků zaměřených na tuto problematiku pod záštitou IPVZ či jiných

relevantních organizací. Komplexní vzdělání totiž výrazně přispívá k vyšší kvalitě poskytované psychoterapeutické péče. Z výsledků výzkumu rovněž vyplývá, že by psychoterapeutům měla být zajištěna větší míra profesní podpory, ať už formou supervizních a intervizních setkání, nebo skrze postgraduální vzdělávání.

Budoucí výzkum

Nabízí se navázat na předloženou kvalitativní studii, výsledky analyzovat se supervizory a realizovat kvantitativní výzkum na reprezentativním vzorku českých psychoterapeutů. Ukázalo-li by se, že se jedná o univerzálně platné fenomény, vyžadovalo by to reformu současného systému péče o suicidální klienty a profesní přípravy těch, kteří s nimi budou pracovat. Potenciál vidíme i v longitudinální studii, která by mapovala vývoj zkušenosti v čase. Jednalo by se o podnětný a soudě dle zahraniční literatury taktéž originální design, jelikož změny v přístupu k suicidálním klientům, typicky rozdíl v přístupu na začátku kariéry a po několika letech praxe, byly ve výzkumech reflektovány výhradně retrospektivně. Ze zahraničí se pak lze inspirovat prozkoumáním dopadů dokonané sebevraždy na psychoterapeuta, zmapování procesu vyrovnávání se s touto událostí a jak takové úmrtí ovlivní psychoterapii ostatních klientů. Pozornost výzkumníků si bezesporu zaslouží i zkušenost blízkých, u jejichž kamaráda nebo příbuzného je přítomné suicidální chování, a pozůstalých. Doufáme, že zjištění těchto navrhovaných budoucích studií přispějí k rozvoji učebních osnov napříč obory a zvýší tak pravděpodobnost, že psychoterapeuti i pracovníci ostatních pomáhajících profesí budou na péči o suicidální klienty lépe připraveni.

Vědecké úsilí by mělo rovněž směřovat ke zkoumání obecné zkušenosti psychoterapeutické práce s klienty, jež je v českém kontextu v porovnání s četností zahraničních zdrojů upozaděno. Každá kultura či systém sociální a zdravotní péče jsou do určité míry jedinečné, a proto nelze zahraniční zjištění generalizovat na naši populaci. Obdobné výzkumy by nám navíc umožnily zmapovat, zda potenciálně neexistuje další oblast, která je v procesu vzdělávání a profesní přípravy psychoterapeutů nedostatečně akcentována. Do úvahy o budoucích výzkumech připadá i problematika náročných klientů, situací a nezdarů v psychoterapii, kterými se již u nás zabýval Jakubů (2010).

Závěr

V rámci diplomové práce byla pomocí fenomenologické interpretativní analýzy zkoumána zkušenost psychoterapeutické práce se suicidálními klienty. Dílčí cíle, jež představovalo zmapování dopadů na osobní život psychoterapeutů a hodnocení současného systému péče o suicidální klienty v České republice, se podařilo uspokojivě naplnit. Identifikované fenomény byly rozčleněny do 4 vzájemně provázaných kategorií (Psychoterapeutická práce; Prožívání; Osobní život; Systém péče). Další 2 nezávislé fenomény (Zdravotnictví X soukromá praxe; Různorodost klientů) představují pomyslné „filtry“, jelikož významně ovlivňují výslednou podobu žité zkušenosti. Výsledky sice nelze kvůli použitému kvalitativnímu přístupu zobecnit, ale nabízí se ověřit jejich platnost prostřednictvím navazujících studií na reprezentativním vzorku psychoterapeutů.

Z analýzy dat vyplývá, že pro psychoterapeutickou práci je kromě odborného postupu, jež kombinuje vědomý a intuitivní risk assessment, stejně důležitý otevřený a empatický přístup ke klientům s důrazem na „bytí tady a teď“. Základní postoj „vždy stát na straně života“ doplňuje respekt ke svobodné vůli klienta ukončit svůj život. Z důvodu nejasného legislativního vymezení a strachu z právních postihů se objevuje tendence nadměrně kontrolovat suicidální klienty.

V oblasti prožívání dominují hněv, strach či obavy, disociace a vyšší míra aktivace, což odpovídá zjištěním zahraničních výzkumů. Naopak s konceptem paradoxních emocí spočívajícím v směšnosti některých aspektů práce se suicidálními klienty odborná literatura nepracuje. Pocity frustrace pak jsou syceny především aktuálním systémem péče o suicidální klienty.

Nejsignifikantnějším dopadem na osobní život psychoterapeuta bylo nutkání posouvat profesní hranice a nabízet klientům nadstandardní možnost kontaktu. Mezi hlavní copingové mechanismy se řadí „obklopení se životem“, jež kompenzuje téma smrti, nebo humor, účast na intervizích či supervizích a spiritualita. Mění se rovněž osobní hodnoty psychoterapeutů, kdy reflektují větší úctu ke svému životu a radosti z přítomného okamžiku.

Na systémové úrovni byly identifikovány nedostatky v oblastech péče o suicidální klienty i profesní přípravy a následné odborné podpory psychoterapeutů spolu s náměty, které by současnou situaci mohly zlepšit. Významným problémem se jeví být nedostupnost návazné péče pro suicidální klienty a přetížení systému, v němž dlouhodobě chybí pracovníci, což vede k vyššímu riziku rozvoje syndromu vyhoření u ošetřujícího personálu.

Zjištění byla konfrontována s výsledky zahraničních výzkumů, které se většinou shodují.

Seznam použitých informačních zdrojů

- Abel, M. H. (2002). Humor, stress, and coping strategies. *Humor: International Journal of Humor Research*, 15(4), 365–381.
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC psychiatry*, 4, 1-11.
- Awenat, Y., Peters, S., Shaw-Nunez, E., Gooding, P., Pratt, D., & Haddock, G. (2017). Staff experiences and perceptions of working with in-patients who are suicidal: qualitative analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 211(2), 103-108.
- Bager-Charleson, S. (2018). *Why therapists choose to become therapists: A practice-based enquiry*. Routledge.
- Bakst, S. S., Braun, T., Zucker, I., Amitai, Z., & Shohat, T. (2016). The accuracy of suicide statistics: are true suicide deaths misclassified?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51, 115-123.
- Barnett, M. (2007). What brings you here? An exploration of the unconscious motivations of those who choose to train and work as psychotherapists and counsellors. *Psychodynamic practice*, 13(3), 257-274.
- Baštecká, B. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Portál.
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World psychiatry*, 1(3), 181.
- Bertolote, J. & Wasserman, D. (2021). Development of definitions of suicidal behaviours: From suicidal thoughts to completed suicides, *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention*, 2, 87-91.
- Binswanger, L., Mendel, W. M., & Lyons, J. T. (1958). The Case of Ellen West: An Anthropological-Clinical Study.
- Burshtein, S., Dohrenwend, B. P., Levav, I., Werbeloff, N., Davidson, M., & Weiser, M. (2016). Religiosity as a protective factor against suicidal behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 133(6), 481-488.
- Camus, A. (1995). *Mýtus o Sisyfovi*. Svoboda.

- Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., Van de Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2019). How many people are exposed to suicide? Not six. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49 (2), 529–534.
- Cutcliffe, J. R., Santos, J., Links, P. S., Zaheer, J., Harder, H. G., Campbell, F., ... & Eynan, R. (Eds.). (2014). *Routledge international handbook of clinical suicide research*. Routledge.
- Česká asociace pro psychoterapii (2023). *Etický kodex*. Dostupné z: https://czap.cz/resources/Documents/kl%C3%ADčové%20dokumenty%20kodex%20a%20zásady/ETICKY_KODEX_ČAP_tisk.pdf
- Český statistický úřad [on-line] (2024). *Veřejná databáze*. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/databaze-registry>
- de Beurs, D. (2021). *Mýty o sebevraždě: Jak o ní přemýšlet a mluvit*. Portál.
- DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behavior therapy*, 50(1), 60-72.
- Dragomirecká, E. (1998). Sebevražda jako jev sociální patologie – hledisko filozofické, sociologické a psychologické. *Ami Report*, 6 (28), 27–28. ISSN 1211-3530.
- Dunster-Page, C., Haddock, G., Wainwright, L., & Berry, K. (2017). The relationship between therapeutic alliance and patient's suicidal thoughts, self-harming behaviours and suicide attempts: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 223, 165-174.
- Eurostat (2020, 6. května). *Number of psychiatrists: how do countries compare?* <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20200506-1>
- Ezhumalai, S., Muralidhar, D., Dhanasekarapandian, R., & Nikketha, B. S. (2018). Group interventions. *Indian journal of psychiatry*, 60 (4), S514.
- Fartacek, C., Kunrath, S., Aichhorn, W., & Plöderl, M. (2023). Therapeutic alliance and change in suicide ideation among psychiatric inpatients at risk for suicide. *Journal of affective disorders*, 323, 793-798.
- Fleischmann, A., Bertolote, J. M., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N. J., ... & Thanh, H. T. T. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide

- attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), 703-709.
- Formánek, T., Kagström, A., Cermakova, P., Csémy, L., Mladá, K., & Winkler, P. (2019). Prevalence of mental disorders and associated disability: Results from the cross-sectional CZEch mental health Study (CZEMS). *European psychiatry*, 60, 1-6.
- Fogarty, B., Houghton, S., Galavan, E., & O'Súilleabháin, P. S. (2023). Clinicians' experience of collaboration in the treatment of suicidal clients within the collaborative assessment and management of suicidality framework. *OMEGA-Journal of death and dying*, 87(2), 424-447.
- Frankl, V. E. (2015). *Lékařská péče o duši*. Cesta.
- Freud, S. (2015). Beyond the pleasure principle. *Psychoanalysis and History*, 17(2), 151-204.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. Routledge.
- Ghanbari, B., Malakouti, S. K., Nojomi, M., Alavi, K., & Khaleghparast, S. (2016). Suicide prevention and follow-up services: a narrative review. *Global journal of health science*, 8(5), 145.
- Gurrister, L., & Kane, R. A. (1978). How therapists perceive and treat suicidal patients. *Community Mental Health Journal*, 14, 3-13.
- Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Portál.
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., & Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy*, 48(1), 88.
- Henden, J. (2017). *Preventing suicide: The solution focused approach*. John Wiley & Sons.
- Hendin, H., Haas, A. P., Maltzberger, J. T., Koestner, B., & Szanto, K. (2006). Problems in psychotherapy with suicidal patients. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 67-72.
- Hendin, H., Lipschitz, A., Maltzberger, J. T., Haas, A. P., & Wynecoop, S. (2000). Therapists' reactions to patients' suicides. *American Journal of Psychiatry*, 157(12), 2022-2027.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Portál.
- Hillman, J. (1997). *Duše a sebevražda*. Sagittarius.

- Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Tigis.
- Hověžáková, P. (2014). *Prožívání psychoterapeutů při práci se sebevražednými klienty*. [Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.] Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/lzzfm/>.
- Jahn, D. R., Quinnett, P., & Ries, R. (2016). The influence of training and experience on mental health practitioners' comfort working with suicidal individuals. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47(2), 130.
- Jakubů, J. (2010). *Nezdar v psychoterapii. Jak psychoterapeuti prožívají nezdar v psychoterapii*. [Dizertační práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta.] Dostupné z: <http://hdl.handle.net/20.500.11956/31580>.
- Katz, C., Bolton, J. & Sareen, J. (2016). The prevalence rates of suicide are likely underestimated worldwide: why it matters. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 51, 125-127.
- Kodrlová, I., & Čermák, I. (2009). *Sebevražedná triáda: Virginia Woolfová, Sylvia Plathová, Sarah Kaneová*. Academia.
- Koekkoek, B., van Meijel, B., & Hutschemaekers, G. (2006). "Difficult patients" in mental health care: a review. *Psychiatric Services*, 57(6), 795-802.
- Kostínková, J. & Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In Řiháček, T. - Čermák, I. - Hytych, R. a kolektiv, *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*, Brno: Masarykova univerzita, s. 9-43.
- Koutek, J., & Kocourková, J. (2007a). Některé charakteristiky suicidálního jednání u dětí a adolescentů. *Československá psychologie*. 51 (1), 72–79.
- Koutek, J., & Kocourková, J. (2007b). *Sebevražedné chování*. Portál.
- Kučerová, H., & Haškovcová, H. (2020). *Sebevraždy*. Galén.
- Látalová, K., Končelíková, D. & Praško, J. (2015). *Suicidialita u psychických poruch*. Grada.
- Lawrence, R. E., Oquendo, M. A., & Stanley, B. (2016). Religion and suicide risk: a systematic review. *Archives of suicide research*, 20(1), 1-21.

- Lefcourt, H. M., Davidson, K., Shepherd, R., Phillips, M., Prkachin, K., & Mills, D. (1995). Perspective-taking humor: Accounting for stress moderation. *Journal of Social and Clinical Psychology, 14*(4), 373-391.
- Levy, R. L., Koehler, A. N., & Hunt, Q. A. (2019). A phenomenological investigation of therapists' experiences when working with suicide. *Journal of feminist family therapy, 31*(4), 147-164.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry, 48*(12), 1060-1064.
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavioral therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality disorders, 1*(4), 328-333.
- Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry, 50*(12), 971-974.
- Mackelprang, J. L., Karle, J., Reihl, K. M., & Cash, R. E. (2014). Suicide intervention skills: Graduate training and exposure to suicide among psychology trainees. *Training and Education in Professional Psychology, 8*(2), 136.
- Maltsberger, J. T., & Buie, D. H. (1974). Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Archives of general psychiatry, 30*(5), 625-633.
- McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of personality, 54*(2), 385-404.
- McLaughlin, C., McGowan, I., O'Neill, S., & Kernohan, G. (2014). The burden of living with and caring for a suicidal family member. *Journal of Mental Health, 23*(5), 236-240.
- McLaughlin, C., McGowan, I., Kernohan, G., & O'Neill, S. (2016). The unmet support needs of family members caring for a suicidal person. *Journal of Mental Health, 25*(3), 212-216.
- Melicharová, H., Soukupová, J., Klímová, L., & Šanca, O. (2021). *Analytická zpráva Indikátory psychiatrické péče: projekt Datová a analytická základna moderního systému péče o duševní zdraví v ČR (Data pro psychiatrii)*. ÚZIS.

- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2020). *Věstník č.1/2020*. Dostupné z:
<https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18425/40113/Vestnik%20MZ1-2020.pdf>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
- Mitchell, S. M., Taylor, N. J., Jahn, D. R., Roush, J. F., Brown, S. L., Ries, R., & Quinnett, P. (2020). Suicide-related training, self-efficacy, and mental health care providers' reactions toward suicidal individuals. *Crisis*.
- Moerman, M. (2012). Working with suicidal clients: The person-centred counsellor's experience and understanding of risk assessment. *Counselling and Psychotherapy Research, 12*(3), 214-223.
- Monestier, M. (2003). *Dějiny sebevražd: dějiny, techniky a zvláštnosti dobrovolné smrti*. Dybbuk.
- NA ROVINU (2019). *MEDIA GUIDE: Informace, data a příběhy na jednom místě* [online]. Dostupné z: <https://narovinu.org/wp-content/uploads/2019/03/mediaguide.pdf>
- Ortin, A., Lake, A. M., Kleinman, M., & Gould, M. S. (2012). Sensation seeking as risk factor for suicidal ideation and suicide attempts in adolescence. *Journal of affective disorders, 143*(1-3), 214-222.
- Paták, A. (2021). *Zkušenost duchovního vývoje: od konvenčního stupně k zralejším podobám víry*. [Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta.] Dostupné z:
<https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/170582>
- Parra-Urbe, I., Blasco-Fontecilla, H., Garcia-Parés, G., Martínez-Naval, L., Valero-Coppin, O., Cebrià-Meca, A., & Palao-Vidal, D. (2017). Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: a survival analysis. *BMC psychiatry, 17*(1), 1-11.
- Praško, J. (2007). Suicidální pacient. In E. Herman, J. Praško & D. Seifertová (Ed.), *Konziliární psychiatrie*. Medical Tribune.
- Raboch, J., Anders, M., Praško, J., & Hellerová, P. (2006) *Doporučené postupy psychiatrické péče II*. Infopharm.
- Reeves, A., & Mintz, R. (2001). Counsellors' experiences of working with suicidal clients: An exploratory study. *Counselling and Psychotherapy Research, 1*(3), 172-176.

- Richards, B. M. (2000). Impact upon therapy and the therapist when working with suicidal patients: Some transference and countertransference aspects. *British Journal of Guidance & Counselling*, 28(3), 325-337.
- Roubal, J., & Řiháček, T. (2016). Therapists' in-session experiences with depressive clients: A grounded theory. *Psychotherapy Research*, 26(2), 206-219.
- Rubin, R. M., & White-Means, S. I. (2009). Informal caregiving: Dilemmas of sandwiched caregivers. *Journal of Family and Economic Issues*, 30, 252-267.
- Schmitz Jr, W. M., Allen, M. H., Feldman, B. N., Gutin, N. J., Jahn, D. R., Kleespies, P. M., ... & Simpson, S. (2012). Preventing suicide through improved training in suicide risk assessment and care: An American Association of Suicidology Task Force report addressing serious gaps in US mental health training. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(3), 292-304.
- Scupham, S., & Goss, S. P. (2020). Working with suicidal clients: Psychotherapists and allied professionals speak about their experiences. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(3), 525-534.
- Shneidman, E. (1972). Foreword. In A. C. Cain (Ed.), *Survivors of suicide*. Springfield.
- Simon, R. I., & Hales, R. E. (Eds.). (2012). *The American Psychiatric Publishing textbook of suicide assessment and management*. American Psychiatric Pub.
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of Interpretative Phenomenological Analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 1(1), 39-54.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. London: SAGE
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (s. 51–80). Sage Publications, Inc.
- Song, Y., Rhee, S. J., Lee, H., Kim, M. J., Shin, D., & Ahn, Y. M. (2020). Comparison of suicide risk by mental illness: a retrospective review of 14-year electronic medical records. *Journal of Korean medical science*, 35(47).

- Sullivan, S. R., Monahan, M. F., Mitchell, E. L., Spears, A. P., Walsh, S., Szeszko, J. R., ... & Goodman, M. (2021). Group treatments for individuals at risk for suicide: A PRISMA scoping review (ScR). *Psychiatry research*, 304, 114108.
- Ting, L., Jacobson, J. M., & Sanders, S. (2008). Available supports and coping behaviors of mental health social workers following fatal and nonfatal client suicidal behavior. *Social work*, 53(3), 211-221.
- Trimble, L., Jackson, K., & Harvey, D. (2000). Client suicidal behaviour: Impact, interventions, and implications for psychologists. *Australian Psychologist*, 35(3), 227-232.
- Tøllefsen, I. M., Helweg-Larsen, K., Thiblin, I., Hem, E., Kastrup, M. C., Nyberg, U., ... & Ekeberg, Ø. (2015). Are suicide deaths under-reported? Nationwide re-evaluations of 1800 deaths in Scandinavia. *BMJ open*, 5(11).
- Tøllefsen, I. M., Hem, E., & Ekeberg, Ø. (2012). The reliability of suicide statistics: a systematic review. *BMC psychiatry*, 12, 1-11.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky [on-line] (2024). *Indikátory psychiatrické péče*. Dostupné z: <https://psychiatrie.uzis.cz/cs/psychiatrie-v-datech/psychiatricka-pece-v-cr/indikatory/#sebevrazdy>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2023). *Psychiatrická ročenka 2022*. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008442/psych2022.pdf>
- Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.
- Viewegh, J. (1996). *Sebevražda a literatura*. Psychologický ústav AV ČR.
- Vodáčková, D. (2007). *Krizová intervence – Krize v životě člověka*. Portál.
- Wasserman, D. (Ed.). (2021). *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention*. Oxford University Press.
- Watter, D. N. (2018). Existential issues in sexual medicine: the relation between death anxiety and hypersexuality. *Sexual medicine reviews*, 6(1), 3-10.
- Whittinghill, D., Bordeau, W. C., Whittaker, T. T., Lusk, S. L., Tyson, L. E., Culbreth, J. R., & Harrington, J. A. (2008). Only I can save my client: Boundary issues for counselors Critical incidents in clinical supervision: Addictions, community, and school counseling. (pp. 77-83). *Alexandria, VA US: American Counseling Association*.

- Winkler, P., Csémy, L., Janoušková, M., Mladá, K., Motlová, L. B., & Evans-Lacko, S. (2015). Reported and intended behaviour towards those with mental health problems in the Czech Republic and England. *European Psychiatry, 30*(6), 801-806.
- Winkler, P., Formánek, T., Mladá, K., & Cermakova, P. (2018). The CZEch Mental health Study (CZEMS): study rationale, design, and methods. *International journal of methods in psychiatric research, 27*(3), e1728.
- Winkler, P., Formánek, T., Mladá, K., & Lacko, S. E. (2021). Development of public stigma toward people with mental health problems in Czechia 2013–2019. *European Psychiatry, 64*(1), e52.
- Winter, D., Bradshaw, S., Bunn, F., & Wellsted, D. (2013). A systematic review of the literature on counselling and psychotherapy for the prevention of suicide: 1. Quantitative outcome and process studies. *Counselling and Psychotherapy Research, 13*(3), 164-183.
- World Health Organization. (2000). *Preventing suicide: A resource for general physicians*.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*.
- World Health Organization. (2019). *Situational Analysis of Suicide Prevention in the Czech Republic*. Dostupné z: https://www.nudz.cz/files/pdf/situation-analysis-of-suicide-prevention-in-the-czech-republic_final_cz.pdf
- World Health Organization (2021a). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*.
- World Health Organization (2021b). *WHO guidance to help the world reach the target of reducing suicide rate by 1/3 by 2030*.
- Yalom, I. D. (2020). *Existenciální psychoterapie*. Portál.
- Yalom, I. D. (2015). *Hovory k sobě: ohlédnutí za terapií*. Portál.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2016). *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Portál.
- Yaseen, Z. S., Briggs, J., Kopeykina, I., Orchard, K. M., Silberlicht, J., Bhingradia, H., & Galynker, I. I. (2013). Distinctive emotional responses of clinicians to suicide-attempting patients-a comparative study. *BMC psychiatry, 13*(1), 1-9.

Zerubavel, N., & Wright, M. O. D. (2012). The dilemma of the wounded healer. *Psychotherapy*, 49(4), 482.

Zákony a vyhlášky

Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci

Vyhláška č. 397/2020 Sb., o vzdělávání v základních kmenech lékařů

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Zákon č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob a řízení proti nim

Seznam použitých zkratk

AKP ČR = Asociace klinických psychologů České republiky

CDZ = Centrum duševního zdraví

ČAP = Česká asociace pro psychoterapii

ČSÚ = Český statistický úřad

IPA = Interpretativní fenomenologická analýza

IPVZ = Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví

MKN = Mezinárodní klasifikace nemocí

NÚDZ = Národní ústav duševního zdraví

WHO = Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

ÚZIS = Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

Seznam příloh

Příloha 1 – Informovaný souhlas

Příloha 2 – Informační list

Příloha 3 – Dotazník

Příloha 4 – Ukázka předpřipravených otázek

Příloha 5 – Doplnující informace získané pomocí dotazníku

Příloha 1 – Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru a osobních informací pro diplomovou práci: Zkušenost psychotherapeutické práce se suicidálními klienty

Držitel souhlasu: Adam Paták; student NMgr. psychologie na PedF UK

Kontakt: [ANONYMIZOVÁNO]

Předmět a provedení: Kvalitativně orientovaný výzkum se zaměřuje na zkušenost osob s absolvováním psychotherapeutickým výcvikem (kliničtí psychologové, psychologové, psychiatři), které mimo jiné pracují se suicidálními klienty, Výzkum bude součástí diplomové práce, kterou autor hodlá obhajovat coby student magisterského studia psychologie na Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Výzkum bude veden formou rozhovoru, který bude nahráván na diktafon, přičemž ze zvukového záznamu bude následně pořízen doslovný přepis, jenž poslouží pro autorovu analýzu a interpretaci. K zaheslovanému zvukovému záznamu bude mít přístup pouze Adam Paták a po obhajobě diplomové práce jej smaže.

Anonymizovaná data, zaručující ochranu osobních údajů respondentů, budou součástí příloh diplomové práce a doslovné citace rozhovorů se mohou objevit v praktické části diplomové práce.

Vaše spolupráce na projektu je dobrovolná a od výzkumné aktivity můžete odstoupit i v průběhu rozhovoru. Zároveň nemusíte odpovídat na pro Vás citlivé či nepříjemné otázky.

Řešitel projektu se zavazuje:

- a) Anonymizovat identitu a osobní údaje účastníků výzkumu, aby je nebylo možné na základě přepisu rozhovoru identifikovat. Jejich jména budou nahrazeny fiktivními a další případné identifikující údaje budou buďto pozměněny, nebo odstraněny. Anonymizaci rovněž podléhají jména osob (kupříkladu klientů), která budou během rozhovoru zmíněna.
- b) Po přepsání rozhovorů poskytnout text k autorizaci účastníkům výzkumu, aby měli možnost, v případě jejich zájmu, se k textu vyjádřit a upravit jej.
- c) Zachovat mlčenlivost k osobním údajům účastníků výzkumu.
- d) Umožnit účastníkům kdykoli výzkum přerušit či od výzkumných aktivit zcela odstoupit.

Svůj souhlas s podmínkami účasti na výzkumu stvrdíte na začátku rozhovoru, kdy spustíme nahrávání.

V případě jakýchkoli doplňujících dotazů se můžete pomocí emailu obrátit na řešitele projektu.

Děkuji Vám za pozornost věnovanou textu a Vaší účasti na výzkumu.

Příloha 2 – Informační list

Informační list pro účast na výzkumu

Téma: *Zkušenost psychoterapeutické práce se suicidálními klienty*

Vážené psychoterapeutky, Vážení psychoterapeuti,

rád bych Vám ještě jednou srdečně poděkoval za Vaši účast na kvalitativním výzkumu, který tvoří základ mé diplomové práce. Velice si vážím Vaší vstřícnosti a zájmu, který jste o výzkum projevíli. Pokud bych Vám v budoucnu mohl Vaši laskavost jakkoli oplátit, neváhejte se na mě obrátit.

V rozhovoru budeme společně probírat Vaši profesní zkušenost se suicidálními klienty. Rozhovor bude nahráván na diktafon, následně dojde k jeho anonymizaci a doslovnému přepisu viz informovaný souhlas.

Budeme se zaměřovat na **3 základní oblasti:**

1. Jak zkušenost s těmito klienty **ovlivňuje Váš profesní život?**
2. Jak zkušenost s těmito klienty **vstupuje do Vašeho osobního života?**
3. Jak vnímáte **aktuální systém péče o tyto klienty a vzdělávání odborníků**, kteří s nimi pracují? **Je dostatečné a co je z Vašeho úhlu pohledu nutné zlepšit?**

Příklady konkrétních otázek naleznete v závěru textu.

Průběh rozhovoru:

První polovina rozhovoru bude patřit jen a jen Vám, jelikož nás zajímá Vaše osobní zkušenost a prožívání. Můžete se svobodně vyjádřit k čemukoli, co Vás k výše popsaným oblastem napadá, případně přidat vlastní téma, které v souvislosti se suicidálními klienty pokládáte za důležité. Chcete-li, máte možnost si před rozhovorem sepsat klíčové body, abyste na žádný nezapomněli.

Ve druhé polovině rozhovoru se Vás již budu konkrétně doptávat a budeme rozvádět dosud vyřčené, či využiji předem připravených otázek.

Příloha 3 – Dotazník

Prosím Vás, abyste před samotným rozhovorem vyplnili následující dotazník, který oběma stranám ušetří čas a neměl by Vám zabrat více než 5 minut. Stačí stručné – pár-slovné odpovědi.

DOTAZNÍK PRO RESPONDENTY:

1. Věk:
2. Vzdělání (*psychologické, medicínské...*):
3. Profese (*psychiatr, klinický psycholog, terapeut...*):
4. Místo výkonu profese (*nemocnice, specializované pracoviště, vlastní praxe...*):
5. Počet let v praxi:
6. Absolvovaný psychoterapeutický výcvik (*směr*):
7. Specializujete se na některý typ klientů? (*věk; určité diagnózy; specifická problematika typu krizové intervence, mezilidské vztahy...*) Pokud ano, na který?
8. Jak vypadá váš běžný pracovní den/ jaký typ práce nejčastěji vykonáváte (*diagnostika; psychoterapie/terapie; psychologické poradenství*):
9. **Počet klientů po nedokonaném pokusu o sebevraždu** (odhadem):
10. **Počet suicidálních klientů/klientů ohrožených sebevražedným jednáním** – sem zahrnujeme veškeré suicidální projevy (uvažování, myšlenky, vytvořený plán apod.), které však nevyústily v ne/dokonaný pokus o sebevraždu. (opět odhadem):
11. **Jaký podíl tvoří ve vaší praxi suicidální klienti** (*klienti uvedení v otázkách 9 a 10*) (uveďte odhadem v %)?
Alternativa: Jak často se ve své praxi setkáváte s klienty po nedokonaném pokusu o sebevraždu a suicidálními klienty? (na stupnici výjimečně-občas-pravidelně-velice často):
12. Máte zkušenost s tím, že některý z klientů, které jste měl/a v péči, dokonale sebevraždu? Pokud ano, uveďte prosím počet klientů:
13. Přibližte mi prosím suicidální klienty, se kterými pracujete/pracoval/a jste (*děti/dospělí; diagnostikovaná psychická porucha/bez diagnózy...*):
14. Jaké byly hlavní motivy Vašich klientů pro pokus o sebevraždu?
15. Účastníte se supervize a za jak důležitou ji v práci se suicidálními klienty považujete?
16. Dotýká se Vás problematika sebevražednosti i jinak nežli profesně (*projevy suicidálního chování u sebe, příbuzných, kamarádů, známých...*)?

BONUS: Napadlo vás v této části něco, co se váže k dané problematice považujete to za důležité?

Příloha 4 – Ukázka předpřipravených otázek

PŘÍKLADY OTÁZEK PRO ROZHOVOR:

Oblast profesního života:

- Jaká je zkušenost terapeutické práce se suicidálními klienty? (Jak prožíváte t. práci...)
- Přibližte mi pocity vůči klientům, sobě i terapeutickému procesu, které během terapie zažíváte.
- V čem je práce s touto klientelou specifická? Je pro vás práce s nimi náročnější?
- Jak zkušenost t. práce s těmito klienty proměnila/vstoupila do terapie ostatních klientů?
- Co vám při práci s klienty nejvíce pomáhá? Co se vám při práci s klienty nejvíce osvědčilo?
- Bojíte se, že se klienti opět pokusí o sebevraždu?

Osobní život:

- Jaký dopad má t. práce na váš osobní život? Otevírá ve vás t. práce nové otázky/témata?
- Dopadá na vás práce se suicidálními klienty v porovnání s ostatními klienty více?
- Jaké copingové strategie využíváte, aby váš osobní život nebyl prací dotčen?

Systém:

- Připravilo vás vysokoškolské studium a psychoterapeutický výcvik dostatečně na práci se suicidálními klienty?
- Je aktuálně systém péče o klienty ohrožené suicidálním chováním nastaven správně? A co by šlo zlepšit?
- Co by vám ve vaší práci s klienty nejvíce pomohlo? (metodická podpora; dodatečné vzdělávání a výcvik)
- Pozorujete v systému změny k lepšímu, nebo naopak?

Tímto Vám ještě jednou děkuji za Váš zájem a čas, které věnujete tomuto výzkumu!

Těším se na vzájemné shledání. Mějte se krásně a užívejte jara.

S pozdravem, úctou a přáním hezkého dne Adam Paták

Příloha 5 – Doplnující informace získané pomocí dotazníku

	Anežka	Bernard	Cyril	David	Eduard	Františka
Máte zkušenost s tím, že některý z klientů, které jste měl/a v péči, dokonale sebevraždu?	Ano, 1 klientka cca ½ roku po propuštění z hospitalizace	Ano, 5	X	Ne	Ano, 4	Ne
Přibližte mi prosím suicidální klienty, se kterými pracujete/ jste pracoval/a:	Deprese, organická porucha s bludy, psychotické poruchy nebo závislosti	Deprese, BAP, schizofrenie a bludy, hraniční porucha osobnosti a alk. závislost	Celé spektrum	Intaktní dospělí jedinci	Dominantně dospělí s dg. poruch osobnosti, psychóz a afektivních poruch	Dospělí s poruchou osobnosti
Jaké byly hlavní motivy Vašich klientů pro pokus o sebevraždu?	Bilanční, samota či izolace, deprese, obavy z ohrožení	Rozpad vztahů, pocit osamění a psychotická motivace	Ztráta opory a pocit bezvýchodnosti	Nesnesitelné pocity, výčitky, kumulace problémů	Psychotické motivace, deprese, pocity prázdnoty, pokusy upoutat pozornost, "vyřešit" vztahovou situaci, neschopnost snášet chronické symptomy	Prožité trauma – CAN, deprese, neschop. navazovat zdravé vztahy, pocit vlastní zbytečnosti, nesmyslnosti
Účastníte se supervize a za jak důležitou ji v práci se suicid. klienty považujete?	Ne oficiálně, ale využívám intervize nebo terapeutický seminář dle potřeby	Ano, tyto klienty mám tendenci řešit	Ano, je důležitá bez ohledu na kontext	Ano	Ano, ale suicidalita není jejím hlavním předmětem. Považuji ji za důležitou u ambulantních klientů.	Ano. účastním se pravidelně. Považuji ji za velmi důležitou.

