

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2013

Markéta Míková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Diplomová práce

ZTRÁTA SMYSLU ŽIVOTA

ÚLOHA A ODPOVĚDNOST PRACOVNÍKA POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ
PŘI PRÁCI S KLIENTEM, KTERÝ ZTRATIL SMYSL ŽIVOTA

Vedoucí práce: Ing. Dr. Alois Křišťan, Th.D.

Autor práce: Bc. Markéta Míková

Studijní obor: Etika v sociální práci, kombinované studium

Ročník: Čtvrtý

2013

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamech citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě (v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Teologickou fakultou) elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

30. 3. 2013

Děkuji vedoucímu diplomové práce Ing. Dr. Aloisi Křišťanovi, Th.D. a PhDr. Ing. Marii Lhotové, Ph.D. za věnovaný čas, cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

OBSAH

ÚVOD.....	6
1. VYMEZENÍ POJMŮ.....	8
1.1 Smysl.....	8
1.1.1 Stupně smyslu života.....	8
1.1.2 Aspekty smyslu.....	11
1.1.3 Cesta ke smyslu.....	13
1.1.4 Pomíjivost lidského bytí a smysl života.....	15
1.2. Existencialismus v sociální práci.....	17
1.2.1 Vliv vývoje společnosti na existenciální zakotvenost jedince.....	18
1.2.2 Odkaz Viktora Frankla.....	20
1.2.2.1 Tvorba V. E. Frankla.....	21
1.2.3 Frankl a psychosomatika.....	22
1.2.4 Noogenní poruchy.....	23
1.2.4.1 Existenciální vakuum a existenciální frustrace.....	23
1.2.5 Logoterapie.....	24
1.2.6 Existenciální analýza.....	26
1.2.7 Franklovi následovatelé.....	26
1.2.7.1 Alfred Längle.....	27
1.2.7.2 Elisabeth Lukasová.....	28
2. ZTRÁTA SMYSLU ŽIVOTA V RŮZNÝCH ŽIVOTNÍCH SITUACÍCH.....	29
2.1 Existenciálně – osobnostní motivace.....	30
2.2 Náročné životní situace.....	31
2.2.1 Osobnostní pozadí vyrovnávání se s novou realitou.....	32
2.2.2 Hlavní typy náročných situací.....	35
2.2.3 Chování v náročných životních situacích.....	36
2.2.4 Bezprostřední reakce.....	36
2.2.5 Obranné mechanismy.....	37
2.3 Ztráta smyslu života z hlediska vývoje.....	40
2.3.1 Dětství.....	40
2.3.2 Pubescence.....	40
2.3.3 Adolescence.....	40
2.3.4 Mladí dospělí.....	41
2.3.5 Krize středního věku.....	41
2.3.6 Staří lidé.....	43
2.4 Ztráta smyslu života z hlediska psychopatologie.....	43
2.4.1 Deprese.....	44
2.4.2 Schizofrenie.....	47
2.4.3 Úzkostné poruchy.....	47
2.4.4 Závislosti.....	47

2.4.5 Poruchy osobnosti.....	48
3. SEBEVRAŽEDNÉ JEDNÁNÍ JAKO RIZIKO ZTRÁTY SMYSLU ŽIVOTA..	51
3.1 Definice sebevraždy.....	51
3.1.1 Druhy sebevražedného jednání.....	52
3.1.2 Suicidium, svobodné rozhodnutí či duševní choroba?.....	53
3.2 Práce se sebevražedným jedincem.....	55
3.2.1 Zásady komunikace.....	55
3.2.2 Práce se sebevražedným jedincem v přímém kontaktu.....	56
3.2.3 Práce se sebevražedným jedincem po telefonu.....	56
3.2.4 První pomoc při suicidálních myšlenkách a tendencích.....	57
3.2.5 První pomoc při akutně hrozícím suicidálním jednání.....	57
3.2.6 První pomoc po suicidálním pokusu.....	57
3.2.7 Krizová intervence.....	58
3.2.8 Specifika péče o sebevražedného jedince na psychiatrickém oddělení.....	59
3.3 Praktické ověření.....	60
4. ÚLOHA A ODPOVĚDNOST PRACOVNÍKA POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ PŘI PRÁCI S KLIENTEM, KTERÝ ZTRATIL SMYSL ŽIVOTA.....	62
4.1 Odpovědnost pracovníka pomáhajících profesí při práci s klientem, Který ztratil smysl života.....	62
4.1.1 Svědomí v úsudku pracovníka pomáhající profese.....	63
4.1.2 Odpovědnost sociálního pracovníka za konečný výsledek své činnosti při práci s uživatelem služby.....	65
4.1.3 Zákonem dané povinnosti.....	67
4.1.3.1 Důvěrné informace, mlčenlivost, ohlašovací povinnosti.....	67
4.1.3.2 Trestně právní odpovědnost v pomáhajících profesích...	67
4.1.3.3 Trestní odpovědnost v souvislosti se sebevražedným klientem.....	68
4.1.3.4 Nedobrovolná hospitalizace.....	68
4.2 Úloha pomáhajícího pracovníka při práci s klientem, který ztratil smysl života.....	70
ZÁVĚR.....	73
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	75
SEZNAM PŘÍLOH.....	80
PŘÍLOHY.....	82
ABSTRAKT.....	97

ÚVOD

V průběhu života prochází člověk většími či menšími krizemi a životními dramaty, které se společně s utrpením a nemocemi stávají důležitým katalyzátorem. Dokáží náš život zakotvit ve smyslu. Životní krize jsou pro člověka nutné a - stejně tak jako některým životním situacím - není možné se jim vyhnout. Nevyhneme se například různým náročným situacím v rámci naší ontogeneze, takzvaným tranzitorním krizím, zcela neovlivníme ani přítomnost choroby.

Každá nepříjemná životní zkušenost (bolest, utrpení) sehraává v našem životě svou nezaměnitelnou roli a - mnohdy velmi bolestně – ovlivňuje jeho kvalitu. Člověk se díky těmto překonaným krizím duševně rozvíjí, dotváří svůj hodnotový systém a naučí se lépe rozlišovat mezi věcmi významnými a nevýznamnými.¹

Některé krize je možné předpokládat a pomáhající se na ně může v určitém směru připravit. V našem životě však mohou přijít i takzvané zlomové, katastrofické krize, se kterými nikdo z nás nepočítá.

Pracuji sedmým rokem jako socioterapeut denního stacionáře psychiatrického oddělení. S pacienty, kteří prožívají ztrátu smyslu svého života, se v průběhu své praxe setkávám často. Na své osobní neštěstí tito pacienti reagují zoufalstvím. Toto prožívání popisují jako velmi bolestné a dlouhodobě neúnosné. Celkové oslabení klienta v důsledku vyčerpanosti pak ústí do depresivního prožívání. Klient se stává apatickým, zůstávají jen úzkostné pocity, objevuje se sebeobviňování, výčitky, agrese a v mnoha případech i suicidální jednání.

Suicidální jednání v řešení existenciálních problémů se v posledních letech objevuje stále častěji. Právě pacienti, kteří prožívají zlomovou krizi ve svém životě a ztrátu jeho smyslu, mne inspirovali k výběru tématu mé diplomové práce. Domnívám se, že pokud danému problému rozumíme, máme dostatek informací a jsme schopni ho pochopit, daleko lépe jsme také schopni kvalitně pomoci.

Cílem mé práce je popsat úlohu a odpovědnost pracovníka pomáhajících profesí v rámci práce s klientem, který ztratil smysl života. Práce zodpovídá otázky, jaké znalosti tohoto tématu by měl mít pomáhající, aby byl schopen poskytnout kvalitní a odbornou péči klientovi. Popisují zde životní situace, kde lze ztrátu smyslu života předpokládat, zhodnocuji, jaká jsou rizika ztráty smyslu života, a jakou roli a odpovědnost má v této situaci pracovník pomáhající profese. Vycházím především z literatury existenciálně smýšlejících autorů a pak z odborné literatury zaměřené na psychologii, psychiatrii, sociální práci a etiku.

V první kapitole své práce vysvětlím základní pojmy, kterým je v rámci uvedení do problematiky smyslu života a existencialismu v sociální práci potřeba porozumět.

Ztrátou smyslu života v různých životních situacích se zabývám v druhé kapitole. Pomáhající by měl mít povědomí o této problematice, aby nebyl při práci

¹ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 128.

s klientem překvapen jeho chováním, a mohl mu tak poskytnout kvalitní odbornou pomoc. Ta má za cíl předejít tomu největšímu riziku, pramenícímu z prožívání ztráty smyslu života klientem - sebevraždě. Pocit ztráty smyslu života může klient zažívat z mnoha různých důvodů. Může se jednat o reakci na náročnou životní situaci. V jiném případě může jít o životní krizi, jíž si přirozeně prochází každý člověk. V posledním případě se jedná o ztrátu smyslu, nebo i ztrátu schopnosti smysl prožívat, v důsledku působení nějaké choroby či poruchy. Ztrátu smyslu života z hlediska vývoje a z hlediska psychopatologie zde popisují podrobněji v samostatných podkapitolách.

Právě výše zmiňované sebevražedné jednání jako největší riziko ztráty smyslu života je tématem třetí kapitoly. Abych mohla odpovědět na otázku, jakou odpovědnost a roli má pomáhající v práci s klientem, který ztratil smysl života, věnuji pozornost specifickým praxím se sebevražedným klientem. Pomáhající by měl v rámci poskytování krizové intervence sebevražednému klientovi vědět o možnostech řešení této krajní situace, proto se v této kapitole zmiňuji i o nedobrovolné hospitalizaci klienta na psychiatrickém oddělení. Toto téma jsem zkoumala i prakticky ve výzkumu uveřejněném v příloze, výsledky zkoumání jsou popsány v podkapitole 3.3.

V poslední kapitole se (s ohledem na cíl práce, kterým je zjistit, jakou úlohu a odpovědnost má pracovník pomáhající profese při práci s klientem, který ztratil smysl života) věnuji i problematice svědomí. To proto, že v úsudku pracovníka pomáhající profese hraje svědomí důležitou roli. V samostatných podkapitolách věnovaných úloze a odpovědnosti pomáhajícího vůči klientovi, který ztratil smysl života, společnosti i sobě, se naplňuje cíl mé práce. Součástí této kapitoly jsou rovněž zákonem dané povinnosti, které by měl sociální pracovník dodržovat.

1. Vymezení pojmů

Matoušek píše, že sociální práce je charakterizována schopností využívat znalosti z různých oborů ve snaze pomáhat lidem.² Protože se má práce zabývat ztrátou smyslu života, je na místě nejdříve vymežit základní pojmy.

V první části této kapitoly se za pomoci odborné literatury snažím o vysvětlení pojmů „smysl“ a „smysluplnost“. Snažím se čtenáři přiblížit jejich nejčastější pojetí, vývoj a popsat možnosti nalezení smyslu života.

V druhé části kapitoly se věnuji existencialismu v sociální práci, protože předpokládám, že kontakt s klientem, který ztratil smysl života, vyžaduje po pomáhajícím, aby tuto teorii znal a uměl nabyté poznatky efektivně uplatnit.

1.1 Smysl

Ústředním tématem mé práce je smysl života, a proto se v této kapitole pokusím nejprve popsat význam slova smysl.

Význam slova „smysl“ a „smysluplnost“ je mnohostranný. V lingvistice se slovem smysl rozumí „myšlenkový obsah slova nebo věty“. Jindy se tak vyjadřuje chápání a pochopení určitého výroku. Bližší psychologickému pojetí smysluplnosti je vyjádření jeho účelu, případně důvodu jednání. Dostáváme se tak k významu slova smysl a smysluplnost coby výrazu z oblasti psychologie lidské motivace, lidských záměrů, a vůle. Cíle, k nimž se zaměřuje aktivita člověka, dělí psychologie na cíle krátkodobé a celoživotní. Jsou vymezovány základním směřováním člověka a vyjadřují to nejhlubší a nejzákladnější, čím je daný jedinec charakterizován – to, oč mu v životě jde.³ Tyto cíle lze v podstatě chápat jako dílčí smysly života. V souvislosti s tématem práce můžeme „smysl“ života a „cíl“ života považovat za synonyma, a to i přes to, že „smysl“ a „cíl“ mají odlišné významy.

Yalom uvádí, že „smysl“ je obecný pojem pro to, co je zamýšleno nějakým vyjádřením. „Cíl“ se vztahuje k záměru, účelu, funkci. Přesto tyto slova považuje za synonyma, neboť si je vědom, že v běžné mluvě se pojmy „smysl“ a „cíl“ života používají ve stejném významu.⁴

1.1.1 Stupně smyslu života

Předmětem této kapitoly je pojetí smyslu života. Popíši tři stupně smyslu dle Anzenbachera od základních cílů člověka, uspokojování pudů, až po nalezení cesty ke smyslu života, v němž člověk objevuje a přijímá sám sebe jako duchovní bytost. Pro

² Srov. MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*, s. 193.

³ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Smysluplnost*. In BAŠTECKÁ, B. et al. *Psychologická encyklopedie – aplikovaná psychologie*. Praha: Portál, 2009, s. 351.

⁴ Srov. YALOM, I. D. *Existenční psychoterapie*, s. 428.

celkové pochopení pojmu „smysl života“ by měl být pomáhající pracovník s tímto pojetím tří stupňů seznámen.

Anzenbacher popisuje tři stupně smyslu a tvoří tím přechod od fundamentální etiky k různým oblastem praxe etiky speciální. Vykládá smysl jako zaměřenost na nějaký cíl a očekává perspektivu smyslu. Analýzou obecné perspektivy smyslu lidské praxe rozlišuje stupně smyslu. Na těchto stupních pak určuje jednotlivé cílové orientace. Mluvíme zde o třech stupních smyslu, na nichž se vůle může motivovat. Stupeň animality, humanity a víry.⁵

Nejdříve se budeme zabývat prvním stupněm, stupněm animality, kde je základní motivací člověka pocit libosti a nelibosti.

Stupeň, jímž se svoboda, chování a rozhodování motivuje z přírody, tzn. přirozenými pudy, podněty a zájmy, lze označit právě přírodní animalitou. Klade důraz na smyslově animální skutečnost člověka, kdy stupeň animality je zásadně ovládan motivací libosti a nelibosti. V tomto smyslu je tedy určován hédonisticky. Tato analýza se opírá o Aristotelovy úvahy, teorie Tomáše Akvinského nebo o Kantovo rozlišování v nauce o ctnostech. Nezprostředkovaný hédonismus vidí cíl praxe v tom, že člověk maximalizuje sumu bezprostředních prožitků libosti. Bohužel tento typ hedónismu vždy ztroskotává na negativní bilanci libosti a nelibosti. Zjednodušeně lze toto ztroskotání vysvětlit tak, že dlouhodobé uspokojování nahromaděných potřeb v zásadě nevede k pocitu štěstí. Pohodlí a potěšení života sice mohou zkrášlit a obohatit naši existenci, ale tyto radosti nejsou s to naplnit lidskou perspektivu smyslu.⁶

Aristoteles, ale i představitel moderní logoterapie V. E. Frankl, o jehož myšlenky se má práce v mnoha případech opírá, jsou toho názoru, že princip slasti ztroskotává sám o sobě.

Čím více jde člověku o slast, tím více mu slast uniká. Vzniká tak jakýsi paradox hédonismu⁷, jenž spočívá v tom, že lidé, kteří usilují o štěstí kvůli štěstí samotnému, se s ním často minou, zatímco jiní ho nalézají při činnosti zaměřené na zcela jiné cíle. Zprostředkovaný hédonismus spočívá v schopnosti smířit se s krátkodobou nelibostí, abychom dosáhli dlouhodobých cílů. Podstatou zprostředkovaného hedónismu je dlouhodobá perspektiva smyslu. Na této rovině můžeme rozlišit mnoho cílových orientací, jako například udržení vlastního zdraví, blahobyt, sláva a v neposlední řadě moc.⁸

Teprve na stupni humanity, jenž je popsán níže, se cílové orientace vztahují k mravním dobrům.

Anzenbacher uvádí, že na rovině morality staneme jedině v případě, motivuje-li nás kategoricky člověk jako účel o sobě, bere-li tyto cílové orientace do svých služeb a tím nás pozvedá na jiný, ne už hédonistický stupeň, na stupeň humanity. V první řadě se cílem stává rozvíjení vlastní schopnosti vypracovat se ze surového stavu své

⁵ Srov. ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*, s. 148-155.

⁶ Srov. Tamtéž, s. 148-155.

⁷ Kdy hédonismem rozumíme stupeň animality

⁸ Srov. ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*, s. 148-155.

přirozenosti, a to rozvíjením vlastních schopností stanovit si cíle a tím se posouvat výše. Jde zde o formování vášní, afektů, citů a náklonností, aby odpovídaly rozumu ve smyslu procesu mravní výchovy. Cílové orientace související s povinnostmi vůči sobě samému tak splňují požadavek mravní dokonalosti, který je spojen s požadavky, v nichž jde o blaho druhých lidí. Toto angažování se však vždy může zvrátit v hédonisticko-egoistickou motivaci. Nejen v ochotě pomoci bližnímu svému, udržování přátelských vztahů, manželství, rodině, ale především v činnosti v kultuře, právu a politice někdy nejsou určujícími důvody blaho druhých lidí, nýbrž vlastní prospěch ve smyslu libosti, zdraví, blahobytu, moci a slávy. To pak neodkladně vede jen k deficitu a ke krizi smyslu. Jsou-li štěstí a smysl dosažitelné jen moralitou, stává se mravní praxe požadavkem principu sebelásky. Anzenbacher píše, že Aristoteles rozlišuje dva druhy sebelásky. Rozdíl mezi nimi je určen především tím, co v praktickém životě pro sebe požadujeme. V prvním případě jde o sebelásku na hédonistickém stupni, tedy o sebelásku egoistů, na straně druhé jde o sebelásku, jež je motivována úsilím o pravé dobro pro sebe sama a pro druhé, tedy na stupni humanity. Jde především o dobro a o hodnoty, které před nás staví jako objektivně nutné rozum jakožto svědomí. V zásadě tedy lze říci, že je-li motivace člověka na stupni hédonistickém, sleduje-li člověk jen svoje subjektivní výhody, smysl a štěstí ho pak zákonitě mine.⁹

Moralitu a humanitu je dle Anzenbachera možné chápat jako konečný stupeň smyslu, ale v lidské kultuře je hluboce zakořeněn i stupeň třetí. Tento stupeň sice uznává absolutní nárok morality, ale smysl transcendentuje na absolutno jiné povahy. Je to stupeň víry.¹⁰

Člověk se přirozeně ptá po smyslu svého bytí, když vystoupí z koloběhu svého každodenního života, když je uveden v situaci, jež ho posune tam, kde nahlíží na vše kolem sebe z jiné perspektivy. Odpověď na otázku, proč se máme řídit svým morálním poznáním, a proč vůbec máme být mravní, můžeme nalézt jen tehdy, oprostíme-li se od pouhého racionalismu.

Jean Lacroix ve své knize *Smysl člověka* mimo jiné pojednává i o tom, jak omezeně vnímá racionalismus cestu víry, když stále jen vyžaduje nějaké důkazy. Souhlasí zde s Kantem, který definuje nejvyšší dobro a poslední smysl praxe jako jednotu svrchované dokonalosti (svrchované dobro) a (jí umírněné) štěstí. Lacroix upozorňuje na to, že víra pramení z osobnosti člověka, a že věřit znamená být zaangažovaný celý, být v totálním souladu se sebou samým, s druhými, se světem, s Bohem. Osobní zaangažovanost nelze redukovat na mechanismus důkazu. Znamená to, že nejvyšší kritérium víry je řádu vyššího než logického, totiž řádu eticko – náboženského.¹¹

⁹ Srov. ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*, s. 148-155.

¹⁰ Srov. Tamtéž, s. 148-155.

¹¹ Srov. LACROIX, J. *Smysl života*, s. 232-233.

Proto není náhodou, že etika a morálka se v kultuře formovala ruku v ruce s náboženstvím, a že útoky kritiků náboženství vždy zpochybňovaly absolutnost morality.

Motivující odpovědí na otázku, proč se máme řídit svým morálním poznáním a proč vůbec máme být mravní, by mohla být právě výše uvedená možnost překonání krize smyslu života skrze spásu a osvobození se pro nové rozpětí své morality.

V této kapitole byly objasněny stupně smyslu života, jejichž teoretickou znalostí by měl být, při práci s klientem, který ztratil smysl života, vybaven každý pomáhající pracovník.

1.1.2 Aspekty smyslu

V kapitole 1.1.1 jsme se seznámili s pojetím smyslu dle Anzenbachera, v této kapitole se budeme věnovat pojetí smyslu podle Yaloma. Yalom v podstatě Anzenbacherovi stupně (viz kapitola 1.1.1) redukuje do dvou, kdy stupeň víry spadá do smyslu kosmického a zbylé dva do smyslu pozemského (sekulárního). Informace uvedené v této i předchozí kapitole přinášejí poznatky důležité pro naplnění cíle mé práce. Tím je popsat úlohu a odpovědnost pracovníka pomáhající profese při práci s klientem, který ztratil smysl života.

Yalom rozlišuje dva základní smysly života, a sice smysl kosmický a smysl pozemský. V případě kosmického smyslu si člověk klade otázku, zda život obecně, nebo alespoň lidský život, zapadá do nějakého celkového soudržného vzorce. Ptá se tedy na to, jaký je smysl života. „Jaký je smysl mého života?“ je otázkou po tom, jakou má život konkrétního jedince funkci či účel, který lze naplnit, je otázkou po prvořadém cíli, o jehož naplnění je možné usilovat. Zde se jedná o sekulární (pozemský) smysl.

Yalom píše, že kosmický smysl předpokládá obsah nějakého plánu, jenž existuje mimo a nad člověkem a nutně poukazuje na tajemné nebo duchovní uspořádání vesmíru. V rámci západního světa poskytuje židovsko-křesťanská tradice ucelené významové schéma, založené na předpokladu, že svět a lidský život jsou součástí Bohem ustanoveného plánu. Kosmický smysl předpokládaný náboženským světonázorem umožňuje celou řadu výkladů životního cíle člověka.

Pojetí smyslu Pierrem Teilhardem de Chardin se s Yalomovým kosmickým smyslem, který předpokládá obsah nějakého plánu, shoduje. Tento teolog 20. století zformuloval takzvanou evoluční syntézu. Veškerá evoluce je podle Teilharda předurčeným procesem, jehož součástí je i předurčený cíl, a to stav absolutní lásky a duchovní jednoty člověka.¹²

V nesčetných variantách Teilhard opakuje, že vesmír a příroda vůbec nejsou člověku něčím cizím, a že člověk najde sám sebe právě jen jako organickou součást vesmírné dynamiky. Ukazuje takový model vesmíru, v němž člověk není „ztracen“ v nekonečných, jej tou nekonečností zavalujících vzdálenostech, tím, že vytváření duševna probíhá právě v něm. Člověk je osou vesmíru, není netypickým, nahodilým

¹² Srov. YALOM, I, D. *Existencionální psychoterapie*, s. 428-430.

projevem něčeho okrajového. Tielhard ovšem předpokládá i existenci Boha, a to nejen jako imanentního vesmíru (takového „Boha“ by mohl přijmout i materialista), ale i jako princip mimo a nad vesmírem. V tomto směru zůstává stoupencem tradičního teismu.¹³ Sekulární smysl lze chápat jako smysl vytvořený bez duchovní pomoci.

Yalom uvádí, že současní sekulární lidé mají nevýhodu v tom, že musí najít nějaký životní směr bez pomoci vnějšího majáku. Na otázku, jak má člověk vytvořit svůj vlastní smysl, který by byl dostatečně pevný, aby se o něj dal opřít celý jeho život, odpovídá nastíněním myšlenek Alberta Camuse a Jeana-Paula Sartra. Ti zastávají tvrzení, že je dobré a správné ponořit se do proudu života. Yalom uvádí aktivity, které se zdají správné, které jsou vnitřně uspokojující a nemusí se zdůvodňovat žádnou jinou motivací. Přesvědčení, že je dobré dávat, být druhým užitečný a zkrášlovat druhým svět, je mocným zdrojem smyslu.¹⁴

Z uvedeného plyne, že přesvědčení, že lidé by se měli snažit realizovat, že by se měli zaměřit na uskutečnění svého vrozeného potenciálu, je zdrojem sekulárního smyslu.

Pojem seberealizace definuje psychologický slovník jako naplnění, rozvoj, plné využití schopností a vloh člověka. Dále odkazuje na A. Maslowa a jeho hierarchii vyšších sociálních potřeb.¹⁵

Zmíněný sekulární smysl obsahuje dva rozdílné pohledy. Jedním z nich je zaměření seberealizace na člověka, neboli zabývání se jen vlastním já. Tím druhým je zapálení se pro věc a tvořivost, které odrážejí základní touhu překonat vlastní zájmy a směřovat k něčemu nebo někomu mimo či „nad“. A tímto se dostáváme k pojmu sebetranscendence.

Yalom cituje v souvislosti se sebetranscendencí M. Bubra, který tvrdí, že přes to, že by člověk měl začít u sebe (zpytovat své vlastní srdce, usilovat o celistvost a hledat svůj konkrétní smysl), neměl by u sebe skončit. Člověk začíná sám u sebe, aby na sebe zapomněl, a aby se vnořil do světa. Buberova významná myšlenka je, že lidé mají mnohem zásadnější smysl života, než spásu své individuální duše. Jde o to, že pokud se člověk nadměrně zabývá tím, jak získat výhodné místo na věčnosti, může toto místo ztratit.¹⁶

Viktor Frankl přichází k podobnému závěru a vyjadřuje silné výhrady proti současnému důrazu na seberealizaci. V knize *Vůle ke smyslu* píše, že lidské bytí poukazuje na sebe sama, odkazuje na něco, čím samo není, na smysl, který má být naplněn, nebo na jiné lidské bytí, s nímž se setkáváme, na věc, již sloužíme, nebo na osobu, kterou milujeme. A lidské bytí je narušeno v té míře, v níž tuto sebetranscendenci neuskutečňuje nebo neprožívá. Toto tvrzení objasňuje pomocí paradoxu, přirovnáním k lidskému oku. Schopnost oka vnímat svět mimo sebe samo je narušena v té míře, v níž oko být jen minimálně vnímá sebe samo, popřípadě něco

¹³ Srov. TEILHARD DE CHARDIN, P. *Místo člověka v přírodě*, s. 171.

¹⁴ Srov. YALOM, I, D. *Existenční psychoterapie*, s. 436.

¹⁵ Srov. HARTL, P. HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*, s. 524.

¹⁶ Srov. YALOM, I, D. *Existenční psychoterapie*, s. 444.

uvnitř sebe sama. Jinak řečeno, lidské oko vidí sebe nebo něco v sobě (nějaký předmět v čočce nebo ve sklivci) pouze tehdy, pokud nemůže vidět ven. Také naše schopnost vidění je sebetranscendentní.¹⁷

Schopnost sebetranscendence, jak uvádí Yalom, souvisí s životním cyklem. Odkazuje na teorii Erika Eriksona, když tvrdí, že aktivity, které poskytují smysl, se v žádném případě vzájemně nevylučují. Většina lidí získává smysl z několika z nich naráz a k samotnému postupnému vývoji smyslu dospívají právě v průběhu životního cyklu člověka.

Pro cíl práce bylo zjištěno, že člověk se může v souvislosti se smyslem života nalézat na několika různých úrovních jeho pojetí. Proto je pro pomáhajícího při kontaktu s klientem, který ztratil smysl života, dobré, aby se v těchto stupních uměl orientovat, a mohl tak klientovi lépe porozumět.

1.1.3 Cesta ke smyslu

Možnosti nalezení nové cesty ke smyslu jsou pro klienta, který ztratil smysl života, cennými perspektivami. Pomáhající se v práci s takovýmto klientem stává jeho průvodcem a díky znalostem těchto perspektiv může klienta efektivně odklonit od negativismu, který klient prožívá v důsledku ztráty smyslu svého života. Proto považují za důležité uvést, je v této podkapitole.

Vondráček a Holub píše o tom, že každý člověk si utváří své schéma hodnot, jež je z velké části odrazem vnějšího světa. Je dáno prostředím, celou kulturní a civilizační situací, výchovou, agitací a propagandou, mezilidskými vztahy, osobními prožitky, emočními stavy a vytvářením spojů, genotypem a konstitucí subjektu. Co nemá hodnotu, o to není zájem.¹⁸

Längle uvádí, že v životě člověka může být mnoho hodnotného, a tak klade otázku, jak se člověk může v tomto množství zorientovat a dospět tak ke smysluplnému žití. Längle odkazuje na Franklovy Hlavní cesty ke smyslu, v nichž jsou shrnuty ony možnosti, které svou hodnotou mohou být zdrojem smyslu.¹⁹

Frankl rozlišil tři druhy hodnot, tři směry, v nichž lze nalézat naplnění vůle ke smyslu. Jsou to hodnoty tvůrčí, zážitkové a postojové. Jako první uvedeme hodnoty tvůrčí, jejichž uskutečňování spočívá v tom, co dobrého člověk vytváří pro svět.

Konkrétní život může nabývat smysluplnosti tím, že člověk vykoná hodnotný čin, že tvoří hodnotné dílo. Příležitostí k uskutečňování těchto hodnot je především práce nebo umělecká tvorba.²⁰

Frankl uvádí, že je na místě v rámci možností a schopností konkrétního člověka pokládat za nejvyšší výkon třeba to, když někdo vychovává dítě, vykonává svědomitě podle svých schopností zaměstnání, živí rodinu, stará se o domácnost, pečuje

¹⁷ Srov. FRANKL, V, E. *Vůle ke smyslu*, 1994, s. 109.

¹⁸ Srov. VORÁČEK, V. HOLUB, F. *Fantastické a magické-z hlediska psychiatrie*, s. 269.

¹⁹ Srov. LÄNGLE, A. *Smysluplně žít. Aplikovaná existenciální analýza*, s. 31.

²⁰ Srov. VYMĚTAL, J. *Obecná psychoterapie, 2. rozšířené a přepracované vydání*, s. 260.

o nemocného, zvládá svůj život. V lidském životě nejde ani tak o velkolepost výtvaru, jako spíš o angažovanost tvůrce. Všichni tvoříme svá díla den po dni, v práci i ve volném čase. Největším dílem, na kterém stále pracujeme, je zvládnutí svého života. Svou angažovaností pro něco či pro někoho slouží člověk dobru a také sám bývá tímto dobrem naplněn.²¹

Hodnoty zážitkové jsou takové hodnoty, jejichž uskutečňování spočívá v tom, že člověk vstupuje do životně významných vztahů a skutečností. Život může získat smysluplnost tím, že člověk něco či někoho opravdově prožívá a v tomto vztahu se stává součástí širšího celku.²²

Längle uvádí, že zážitky nám může poskytovat příroda, sport, technika, umění, věda, ale k nejhlubším zážitkovým hodnotám řadí setkávání s druhými lidmi. Může probíhat při rozhovoru, v práci, při oslavách, při tanci a zvláště v lásce k druhému „Ty“, v níž je uchopujeme v jedinečnosti bytí. Smysluplné zážitky získávají svůj ráz v posledku skrze osobní utváření, vnitřní uskutečnění, „pro-žití“. Zážitkové hodnoty jsou důležité v několika aspektech. Jejich prostřednictvím zakoušíme původní krásu života a získáváme své duchovní síly, s jejichž pomocí pak zas můžeme smysluplně utvářet svůj život v jiných oblastech.²³

Lukasová o tvůrčím pojetí hodnot Frankla píše, že jsou obsažené v každé aktivní činnosti a jednání, v manuální či duševní práci, kreativitě idejí, činů a různých děl. Zážitkové hodnoty se oproti tomu vztahují na emocionální záchvěvy v určité situaci a na její interpretace. Tím není míněno jen vnímání přírody, krásy, hudby, ale také splynutí s nějakým „Ty“ v lásce a odevzdání se nebo předtucha věčnosti v hloubce modlitby.²⁴

Co si ale počít, když se v životě člověka objeví tragédie, nemoc a člověk se touto událostí stane neschopným získávat výše uvedené hodnoty? Kde je pak ještě možné nalézt smysl?

Postojové hodnoty, jak píše Kratochvíl ve své kapitole o existenciální a humanistické psychoterapii, nabývají zvláštního významu u lidí zbavených v důsledku těžkých nevy léčitelných chorob možností i naděje na realizaci hodnot tvůrčích i zážitkových a u lidí odsouzených k utrpení. Vyjadřují klientův postoj k bolesti a zoufalství, způsob, jakým situaci přijímá. Klient uskutečňuje tyto hodnoty tím, že bere osudové utrpení na sebe a příkladně je nese.²⁵

Uskutečňování postojových hodnot, spočívá v tom, jak se člověk staví k osudovým danostem, které nemůže změnit.²⁶

Längle to shrnuje v myšlence o svobodě, kdy píše, že i přes to, že člověka o vnější svobodu osud připravil, vždy mu zůstává jedna svoboda. Totiž svoboda postavit

²¹ Srov. LÄNGLE, A. *Smysluplně žít. Aplikovaná existenciální analýza*, s. 33.

²² Srov. VYMĚTAL, J. *Obecná psychoterapie, 2. rozšířené a přepracované vydání*, s. 260.

²³ Srov. LÄNGLE, A. *Smysluplně žít. Aplikovaná existenciální analýza*, s. 32.

²⁴ Srov. LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl-logoterapeutická útěcha v krizi*, s. 72.

²⁵ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*, s. 91.

²⁶ Srov. VYMĚTAL, J. *Obecná psychoterapie, 2. rozšířené a přepracované vydání*, s. 261.

se osudu tak či onak. Buď se mu vydáme na pospas, či se z jeho vlivu vyprostíme. I tím se člověk může zcela nově osobnostně rozvíjet, i když to třeba druzí nevidí.²⁷

Franklovy tři směry, v nichž lze nalézat naplnění vůle ke smyslu, rozšířil Längle v metodě, která pomáhá při vedení lidí k prožívání smyslu. Tuto metodu odvodil Längle ze své mnohaleté zkušenosti s pacienty, která obsahuje důležité prvky Franklovy teorie smyslu, člení do čtyř kroků.

Helen Drexlerová tyto Länglovy čtyři kroky uvádí v kapitole Kroky ke smyslu následovně. První krok je nazván vnímání. V obvyklých každodenních situacích, stejně jako při obtížných rozhodováních, nebo dokonce tehdy, kdy už člověk nevidí žádnou cestu a vše ztrácí smysl, je prvním krokem, který může vést k novým možnostem, vnímání situace. A v tomto prvním kroku se často ukáže, jak je nesnadné oprostít se od zkreslení vnímání vlastními životními zkušenostmi, traumaty nebo již strnule strukturovanými představami a omezit se jen na to, co člověk opravdu vnímá. Druhým krokem je hodnocení, které spočívá v ujasnění si, zda některá vnímaná možnost může být vskutku možností smyslu. Hodnotu určité možnosti lze zjistit pomocí citové odezvy, díky níž rozpoznáme význam nějaké věci ve spontánně a reflektovaně se dostavujícím citu. Podpůrné otázky k tomuto kroku jsou: co při tom pociťujete? Jak to prožíváte? Jak to na vás působí? Když nyní člověk cítí různé možnosti smyslu v jejich rozdílné hodnotě, a tak svým citem spatřuje v dané konkrétní situaci tu nejlepší možnost, je třeba dalšího kroku a tím je rozhodování. Je zapotřebí vyslovit „ano“, zaujmout postoj k možnosti, kterou rozpoznal jako správnou. Otázky ke kroku rozhodování zní: souhlasím s tím? Chci se takto rozhodnout? Posledním krokem by se pak logicky mělo stát vykonání, avšak jsou situace, kdy krok od rozhodnutí k činu nenásleduje plynule, je tomu tak především v obtížných situacích, jako jsou výpověď, rozvod, vytrvání v abstinenci a tak podobně. V těchto případech slouží čtvrtý krok metody vystižení smyslu k nalezení prostředků a způsobů, jak podpořit uskutečnění zvolené cesty. Drexlerová ještě podotýká, že čtyři kroky lze také pro snazší zapamatování označit jako „4V“: 1. Vnímání, 2. Vycítění hodnoty, 3. Volba, 4. Vykonání.²⁸

V této kapitole bylo přiblíženo Franklovo schéma hodnot, jimiž může pomáhající motivovat klienta na cestě k znovunalezení smyslu života.

1.1.4 Pomíjivost lidského bytí a smysl života

V předchozích kapitolách jsem seznámila čtenáře s pojetím smyslu života od hedonismu přes humanismus až po stupeň víry. Nastínila jsem, jaké teoretické znalosti by měl mít pomáhající v oblasti nalezení nové cesty ke smyslu. Otázka smrti a pomíjivosti lidské existence je u člověka, který ztratil smysl života často zmiňována, proto v této kapitole okrajově popisují problematiku otázky smyslu života v souvislosti s pojetím času a pomíjivosti lidské existence. Když klient ztratí svůj žebříček hodnot, něco, na čem dlouho pracoval a co pro něj bylo v životě důležité, přijde mu pak

²⁷Srov. LÄNGLE, A. *Smysluplně žít. Aplikovaná existenciální analýza*, s. 37.

²⁸Srov. LÄNGLE, S. SULZ, M. *Žít svůj vlastní život. Úvod do existenciální analýzy*, s. 66-67.

zbytečné, nebo nemožné usilovat o nějaké jiné cíle, nové hodnoty. Často se cítí být svázán minulostí, která mu brání, aby o nový cíl usiloval. Představa smrti se pro klienta v této chvíli plně utrpení stává vysvobozením. Proto by pomáhající měl znát tyto úvahy svého klienta a měl by být schopen předpokládat, že se u klienta s pocitem marnosti vlastní existence může setkat. Pomáhající tak může například předejít destruktivnímu chování, kterého by se mohl klient vůči sobě dopustit.

V situaci, kdy klient ztrácí svůj smysl života, klade si otázku, proč dále o něco usilovat, k čemu bude má další snaha, když vše nakonec zmaří smrt. Je-li motivace založená na subjektu, hrozí zde riziko ztráty síly a vlivu motivace vzhledem k chybějícímu vztahu k transcenci. Situaci, kdy se ani při nejlepší vůli a při nejčistším úmyslu nedaří, může člověk vnímat jako neschopnost dosažení dovršeného dobra. Smysluplnost lidství v mravním úsilí na stupni humanity je zřejmé a může částečně transcendovat naši smrt. Heroické přijetí absurdní existence ovšem vede ke ztroskotání vzhledem k totožnosti celosti a už-nebytí ve smrti. Absurdní se tím ukazuje moralita.

Yalom píše, že lidská potřeba celkového rámce a systému hodnot, o něž můžeme opřít jednání jedince, spolu tvoří důvody, proč člověk hledá v životě smysl. Otázka po smyslu se neobjevuje izolovaně, jsou na ni navázány další otázky. „Má život člověka nějaký smysl, takový, který nepomine smrtí, jež člověka nevyhnutelně čeká?“ nebo „Vše, co vytvořím, cokoli udělám, bude dříve či později zapomenuto a já budu pryč. Proč se tedy čímkoli obtěžovat?“ Tyto otázky se netýkají přímo smyslu, ale meta-smyslu, a točí se kolem otázky pomíjivosti. Touha zanechat po sobě něco, na čem by záleželo, co by bylo přínosem pro svět, je tedy výrazem úsilí o překonání smrti. Člověk svým životem touží zanechat stopu, něco změnit. Pocit člověka, že část sebe zanechal pro potomstvo, se zdá odvozený od přání nezaniknout.²⁹

Anzenbacher předpokládá, že v morálně relevantní praxi lze něčemu dát smysl jedině tehdy, je-li to pojato do smyslu, který není v naší moci, protože závisí na tajemství transcence. Dále uvádí myšlenky Kanta, který tuto otázku řeší postulátem Boží existence, očekává příchod Božího království, jehož podstata je více než všechno, co se člověku na dovršeném dobru nitrosvětsky zdaří či nezdaří.³⁰

Elisabeth Lukasová píše, že kdo zaujme v souvislosti s nezměnitelným osudem stanovisko, že už nic nemá smysl, ten se pohybuje na tenkém ledě.³¹

Myslím si, že v takové to chvíli je nutné nevěnovat pozornost minulosti, ale zamyslet se nad tím, co se děje nyní, tady a teď. Každou uběhlou minutou současnosti utváříme svou minulost a tím v podstatě můžeme svou minulost cíleně utvářet. Neboli to, co udělám teď, bude vzápětí naše minulost.

²⁹ Srov. YALOM, I, D. *Existencionální psychoterapie*, s. 470.

³⁰ Srov. ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*, s. 148-155.

³¹ Srov. LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl-logoterapeutická útěcha v krizi*, s. 72.

Yalom uvažuje nad tím, zda prožitky přecházejí do paměti a pak natrvalo mizí. Co to znamená pro smysl? Odpovídá, že takový bývá osud prožitků. Prožitky jsou časové a člověk nemůže existovat mimo čas. Když jsou pryč, jsou pryč a nic se s tím nedá dělat. Dál Yalom k tomuto tématu cituje úvahu Frankla, který tvrdí, že minulost je nejen reálná, ale i trvalá. Frankl zde lituje pesimistu, který propadá zoufalství, když vidí, jak se mu každý den s odtrženým listem ztenčuje kalendář, a obdivuje člověka, který si každý další list uschová a s radostí vzpomíná na bohatství prožitků ve dnech, které jsou v těch lístcích kalendáře zachyceny.³²

Člověk hledající smysl bytí, trpící výčitkami svědomí, často chybuje právě v tom, že chápe minulost jako danou realitu. Přijímá vše jako definitivní, nenapravitelné, rezignuje na snahu něco změnit.

Lacroix ve své knize *Smysl člověka* k tomuto tématu podotýká, že v životě člověka není nic definitivního, hotového, nic, přes co by se mohl udělat škrt, nic minulého. Co bylo uděláno, může v každém okamžiku nabýt nového smyslu. Zastává názor, že minulost člověku nevládne, ani ho nemusí tížit, ale je tu naopak pro člověka. Odmítá tvrzení, že jsme otroci minulosti, tvrdí, že minulost nás osvobozuje tím, že jí můžeme vytvářet stále znovu. Proto také, na rozdíl od moralizujících výčitek svědomí, které se neustále obracejí k bezvýhodné minulosti a do nekonečna ji litují, chápe Lacroix pokání jako cit metafyzický, který může naopak vzít celou minulost na sebe i s vinou, jako cit přesahující čas odvolávající se k věčnosti.³³

Zajímavý je také Yalomův pohled na ztrátu smyslu života, který tvrdí, že se za absenci smyslu často maskuje úzkost ze smrti.³⁴

Abych mohla určit úlohu pomáhajícího pracovníka při práci s klientem, který ztratil smysl života, předpokládám, že má pomáhající dostatek znalostí z oblasti dané problematiky. Že dokáže pojem smyslu uchopit z několika z výše zmiňovaných perspektiv a umí je v kontaktu s klientem použít.

1.2. Existencialismus v sociální práci

Při práci s klientem, který ztratil smysl života, můžeme často pozorovat, že se chová tak, jako by jeho možnosti byly omezenější, než ve skutečnosti jsou.

Matoušek píše, že existenciální sociální práce poskytuje možnosti, jak klientovi pomoci, aby situaci čelil. Tvrdí, že úloha pomáhajícího spočívá v pomoci klientovi řešit životní situace, na které sám nestačí, ale například i v pomoci vyrovnat se s prožitkem ztráty hodnot. Od pomáhajícího pracovníka se očekává, že chápe širší společenské a politické souvislosti problémů svých klientů.³⁵

Proto se následující kapitoly věnují tématům, jako je existencialismus v sociální práci a převážně pak odkazu Viktora E. Frankla.

³² Srov. YALOM, I, D. *Existenciální psychoterapie*, s. 470.

³³ Srov. LACROIX, J. *Smysl života*, s. 89.

³⁴ Srov. YALOM, I, D. *Existenciální psychoterapie*, s. 471.

³⁵ Srov. MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*, s. 208.

Wikipedia uvádí, že existencialismus lze rozlišit do několika základních proudů. Tyto proudy se prolínají v některých společných myšlenkách a cílech, ale nelze o nich tvrdit, že by byly vykládány jednoznačně. Východiskem existencialismu byl člověk jako jedinec oddělený od společnosti, člověk bez vazeb, a to i kulturních, soustředěný na svoje ego, plný úzkosti, pocitu nesmyslnosti existence a vědomí nesklonitelnosti přirozené smrti, odcizení a naprosté osamělosti. Člověk se pak pokouší překonat své zoufalství, dobírá se sebepoznání, volí si svými činy své bytí jako svobodu, protože člověk je takový, jakého sám sebe chce mít a jakým se činí.³⁶

Otázkami smysluplnosti se zabývali existencialisticky orientovaní filosofové jako F. Nietzsche, A. Schopenhauer, S. A. Kierkegaard, J. P. Sartre a M. Heidegger.³⁷

V. E. Frankl otevřel v psychologické praxi otázky, které byly do té doby rozpracovány právě především na poli filosofie a teologie, např. otázku utrpení z nesmyslnosti existence, otázku odpovědnosti a svobody člověka. Franklovo chápání člověka a světa vychází z klasické západní filosofické tradice (Platón, Aristoteles), z filosofie existence a fenomenologie (zejména M. Scheler, K. Jaspers, E. Husserl, M. Heidegger, M. Buber). Odkaz V. E. Frankla podnítl zájem o otázky smysluplnosti u řady dalších psychologů. Můžeme upozornit na práce Abrahama Maslowa, Irvina D. Yaloma, Garyho T. Reker, Paula P. T. Wonga, Milтона Rokeache, Alfrieda Längleho, Elisabeth Lukasové, Otto Zsoka, Roberta A. Emmonse, Kazimierza Popielského aj. V České republice se smyslem a smysluplností zabývali Karel Balcar, Vladimír Smékal, Jaro Křivohlavý, a na Slovensku Damián Kováč, Michal Stříženec, Peter Halama aj.³⁸

1.2.1 Vliv vývoje společnosti na existenciální ukotvenost jedince

Pracovníci pomáhajících profesí se dnes musí vypořádat s měnícím se obrazem společenské situace, která je nutí k zamyšlení se nad stávajícími východisky a postupy jejich práce. V tomto textu se budeme okrajově zabývat změnami souvisejícími s postmodernou a nad jejich důsledky pro sociální práci.

Navrátil a Navrátilová ve svém článku uvádějí, že sociologové sice nejsou zajedno v otázce, kdy a zda vůbec došlo k transformaci tradičního uspořádání a jeho přerodu do moderní společnosti.³⁹ Přesto, více než kdy jindy, se pomáhající profese v rámci své odbornosti musí zabývat otázkou, jak reagovat na naléhavé existenciální otázky, které se vynořují jako základní charakteristika potřeb klientů. Vzhledem k rozsahu a časové omezenosti nebudu podrobně popisovat společenské změny.

³⁶ Srov. WIKIPEDIE – *otevřená encyklopedie*: existencialismus [online].

³⁷ Srov. WAGENKNECHT, M. *Logoterapie*. In BAŠTECKÁ, B. et al. *Psychologická encyklopedie – aplikovaná psychologie*. Praha: Portál, 2009, s. 168.

³⁸ Srov. KŘIVOHLAVÝ, J. *Smysluplnost*. In BAŠTECKÁ, B. et al. *Psychologická encyklopedie – aplikovaná psychologie*. Praha: Portál, 2009, s. 352.

³⁹ Srov. NAVRÁTIL, P. NAVRÁTILOVÁ, J. Postmodernita jako prostor pro existenciálně citlivou sociální práci. In *Sociální práce. Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci – duchovní dimenze sociální práce*. [online].

Wolfgang Sievers se ve třetí kapitole své diplomové práce mimo jiné zabývá otázkou smyslu v kontextu s vývojem společnosti a vysvětluje tím, proč se v současnosti lékaři, sociální pracovníci apod. u klientů tak často setkávají s noogenními poruchami. Uvádí, že v tradičních společnostech existovala určitá záchytná síť, která poskytovala člověku oporu a také mu pomáhala nacházet odpovědi v oblasti duchovních otázek. Člověk byl podporován v otázkách smyslu i ve své náboženské obci. V důsledku rozvoje moderní průmyslové společnosti dochází v těchto strukturách ke změnám. Jedinec přichází o záchytnou síť, která ho dříve ochránila před pádem do nicoty. Moderní člověk se stává samostatnou jednotkou fungující ve společnosti, která je tvořena z takřka identických segmentů, jež mezi sebou nekomunikují. Anonymita a prostor, jež dnes poskytují velká průmyslová města, způsobují, že se jedinec zajímá převážně jen o svůj život. Otázku po smyslu života nastoluje až ve chvíli, kdy je jeho život náhle ochromen chorobou, smrtí, ztrátou blízké osoby a podobně. Člověk je dnes při řešení této situace odkázán jen na své zkušenosti, protože instinkty mu, tak jako je tomu u zvířat, již neradí, jak se zachovat.⁴⁰

Navrátil a Navrátilová citují Holdna, který tvrdí, že ztráta tradic přesouvá náboženství do soukromé sféry, v níž se stalo projevem individuálního vztahu k Bohu. Náboženství se změnilo z původního kolektivního uctívání Boha především na hledání osobního smyslu. Přínosem procesu detradicionalizace je otevření dveří náboženskému pluralismu. Jedinec se tak může rozhodnout, jaký aspekt víry je pro něj skutečně významný či podstatný. Ale i v tomto případě se může setkat s pocitem existenciální nejistoty, která je způsobena možností volby a svobodou v dimenzi života, která byla dříve zdrojem ukotvení osobní identity.⁴¹

Protože současná společnost nabízí velké množství výkladů smyslu života, stává se jedinec v otázce pojetí vlastní existence dezorientovaný. V minulosti by takový člověk navštívil svého duchovního, kněze, pastora či šamana a společně s ním hledal odpovědi na své otázky. V současné době nahrazuje tohoto duchovního většinou odborný poradce, psycholog, psychiatr nebo sociální pracovník. Od těchto profesí se dnes očekává, že dokáže člověka prožívajícího ztrátu smyslu svého života profesionálně ošetřit a poskytnout mu útěchu. Psychiatři, psychologové, terapeuti a sociální pracovníci tak tvoří záchytnou síť, která předchází tomu, aby klient hledal alternativní cestu k otázce smyslu například ztotožněním se s idejemi nějaké rizikově chovající se skupiny.⁴²

Na uvedené společenské změny upozorňuje řada autorů (v zahraničí např. Giddens, 1992, 1994, 2003, Bauman, 1995, Beck, 2004, Ferguson, 2004, v domácí produkci Musil, 2004, Chytil, 2007a, 2007b, Keller, 2007). Pro lepší pochopení

⁴⁰ Srov. SIEVERS, W. Otázka smyslu – předmět sociální práce. *Diplomová práce* [online].

⁴¹ NAVRÁTIL, P. NAVRÁTILOVÁ, J. Postmodernita jako prostor pro existenciálně citlivou sociální práci. In *Sociální práce. Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci – duchovní dimenze sociální práce*. [online].

⁴² SIEVERS, W. Die Frage nach dem Sinn - eine Aufgabe der Sozialarbeit. Otázka smyslu – předmět sociální práce. *Diplomová práce* [online].

kontextu vývoje společnosti a existenciálních otázek doporučuji seznámení se s jejich pojetím.

1.2.2 Odkaz Viktora E. Frankla

Krizová intervence při práci s klientem, který ztratil smysl života, v mnoha směrech využívá metod a přístupů Franklovy logoterapie. Protože kromě Frankla ve své kariéře udržovalo trvalý zájem o téma úlohy smyslu jen několik výše uvedených odborníků, budu se nyní věnovat převážně Franklově tvorbě.

Frankl od počátku své kariéry soustředil odborný zájem výlučně na úlohu smyslu v psychopatologii a terapii. Sebetranscendence je hlavním bodem přístupu Viktora Frankla k otázce smyslu. Dříve, než začnu probírat Franklovy příspěvky v dalších kapitolách, je na místě uvést několik informací o jeho životě a tvorbě.

Viktor Frankl se narodil 26. března 1905 ve Vídni, kam se krátce před jeho narozením rodina přestěhovala z Pohořenic u Brna. Frankl pochází z vídeňské židovské rodiny s českými kořeny, ovšem na rozdíl od svých rodičů a své první ženy přežil holocaust. Před druhou světovou válkou se ve Vídni zabýval terapií žen se sebevražednými úmysly, osobně se znal s S. Freudem i A. Adlerem a jejich myšlenky uznával; odchýlil se svým důrazem k duchovnímu rozměru člověka, k jeho vůli ke smyslu.⁴³

Vystudoval medicínu (neurolog, psychiatr) ve Vídni. Zpočátku byl ovlivněn Freudem, potom existenciálními filozofy. Principy své existenciální analýzy a logoterapie promyslel ještě před válkou. V letech 1942-1945 byl vězněn v koncentračních táborech v Terezíně, Osvětimi a Dachau, kde spolu se svými spoluvězni prožíval hraniční situace lidského bytí, což dalo zvláštní váhu jeho úvahám o životním smyslu. Tuto problematiku popsal v knize „Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager“ (1949).⁴⁴

Yalom vysvětluje, že právě Franklovy osobní zkušenosti z pobytu v koncentračních táborech vyžadovaly, aby hluboce přemýšlel o vztahu mezi smyslem a utrpením, mezi bolestí a smrtí. Přežití v extrémních podmínkách záleží na tom, jestli člověk dokáže najít ve svém utrpení smysl. Frankl se pokouší nalézt způsoby, jak dát smysl svému utrpení a utrpení ostatních, kteří se - stejně jako on - nacházejí na pokraji smrti a zoufalství. Došel k názoru, že jeho bolesti může dát smysl pouze přežití a dokončení jeho práce. Franklův pocit, že dokáže napsat knihu, která ukazuje na úlohu smyslu v psychoterapii, byl, podle jeho tvrzení, hlavním faktorem, jenž mu umožnil vydržet a přežít Osvětim.⁴⁵

⁴³ Srov. BAŠTECKÁ, B. et al. *Psychologická encyklopedie – aplikovaná psychologie*. Praha: Portál, 2009, s. 465.

⁴⁴ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*, s. 90.

⁴⁵ Srov. YALOM, I, D. *Existenciální psychoterapie*, s. 451.

V souvislosti s Franklovým vztahem k naší zemi a kultuře stojí za zmínku jeho veřejné prohlášení, že si velice váží charakterního chování a statečnosti českých lidí, kteří byli spolu s ním vězněni během let 1942 až 1945 v Terezíně.

1.2.2.1 Tvorba V. E. Frankla

Frankl je autorem nejméně 30 knih, které vyšly ve dvaadvaceti jazycích včetně japonštiny a čínštiny. Lékařská péče o duši je základním dílem logoterapie. Logoterapie je zde také nejsystematičtější a nejinstruktivnější vyložena v obecném i specifickém plánu. Kniha je v tomto smyslu nejlepším pracovním úvodem do logoterapie.⁴⁶

Některé z Franklových knih byly přeloženy do češtiny. Jako nejznámější uvádím knihy „Člověk hledá smysl. Úvod do logoterapie“ (1994), „...a přesto říci životu ano“ (1996), které obsahují zprávu o zkušenostech z koncentračních táborů, dále soubor vybraných Franklových přednášek „Vůle ke smyslu“ (1994, 1997), monografii „Lékařská péče o duši“ (1995) apod.

Česká odborná veřejnost měla možnost se osobně seznámit s V. E. Franklem na přednáškách počátkem 30. let, ve druhé polovině 60. let a opět na počátku 90. Let 20. století. Franklovy knihy *Člověk hledá smysl* a *Lékařská péče o duši* vyšly v samizdatovém vydání a po r. 1989 byly předtištěny v Psychoterapeutických sešitech spolu s přehledným Balcarovým zpracováním Franklova díla. O šíření logoterapie a existenciální analýzy se v Čechách a na Moravě zasloužil především K. Balcar, H. Junová, J. Křivohlavý a V. Smékal. V roce 1994 byla v Brně založena Českomoravská společnost pro logoterapii a existenciální analýzu, hlásící se k myšlenkovému odkazu V. E. Frankla (viz pojetí E. Lukasové), o pět let později vznikla v Praze Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu, navazující na pojetí Längleho, která u nás pořádá odborné akreditované výcviky v logoterapii a existenciální analýze.⁴⁷

Yalom se domnívá, že V. E. Frankl nezískal od akademické obce takové uznání, jaké by si zasluhoval. I přes Franklovu bohatou publikační činnost a významný psychoterapeutický přínos, není příliš přijímán ostatními psychoterapeutickými směry. O příčině této nepopularity lze spekulovat. Yalom se domnívá, že důvodem jsou právě Franklovy myšlenky. Mnoho badatelů považuje Franklovy metody za urážející. Frankl se mnohdy odvolává na city, přesvědčuje, často se opakuje, je příliš hlasitý a často si protirečí. Přesto, že je zřejmé, že Franklův přístup ke smyslu je v zásadě náboženský, on sám říká, že jako lékař, který složil Hippokratovu přísahu, je povinen rozvíjet léčebné metody, které jsou použitelné pro všechny pacienty, ateisty i nevěřící.⁴⁸

Při čtení Franklovy tvorby může vážné čtenáře znervózňovat přítomnost nespočtu odboček, sebelichotivých připomínek ve formě vlastních citací.⁴⁹

⁴⁶ Srov. FRANK, E, V. *Lékařská péče o duši*, 1994, s. 234-235.

⁴⁷ Srov. WAGENKNECHT, M. *Logoterapie*, In BAŠTECKÁ, B. et al. *Psychologická encyklopedie – aplikovaná psychologie*. Praha: Portál, 2009, s. 167-171.

⁴⁸ Srov. YALOM, I, D. *Existenciální psychoterapie*, s. 447.

⁴⁹ Srov. Tamtéž. s. 447.

Lze připustit, že Franklova tvorba se může zdát někdy až únavná, podstatné však je, že Franklův přínos má na poli psychoterapie významné místo. A to především proto, že staví terapeuta tváří v tvář otázce po smyslu a vede ho tak, aby byl schopen klienta v těchto situacích podpořit, pochopit a ošetřit.

1.2.3 Frankl a psychosomatika

Pomáhající je při posuzování stavu klienta ovlivněn jeho projevem, ve kterém se často stírá psychické s fyzickým. Klient mnohdy o svých potížích nedokáže mluvit, nedokáže je pojmenovat a jeho potíže jsou spíše tělesného charakteru. I v práci s klientem, který prožívá ztrátu smyslu, se může pomáhající setkat s psychosomatikou.

Psychosomatický model, jak popisuje psychologický slovník, vzniká na počátku 20. století a znamená nárok či uznání přirozené jednoty psychického s tělesným. Tělo a duše tvoří jednotu. Když onemocní duše, projeví se to na těle a naopak. Psychologický slovník také definuje chorobu psychosomatickou a to jako vegetativní reakci na emocionální konflikt. Vzniká v důsledku škodlivých psychických vlivů. Dále uvádí tělesné poruchy a nemoci psychogenního původu, jako jsou žaludeční a dvanáctníkové vředy, vyrážky, poruchy trávení apod.⁵⁰

Nejen psychosomatická medicína brala v úvahu vnitřní vztahy mezi tělesným a duševním děním. Ovšem nesmíme nic přehánět a předpokládat, že by každé onemocnění tělesného původu muselo mít v pozadí odpovídající zážitek. Zásadou psychosomatické medicíny je, že nemocný je ten, kdo se souží.⁵¹

Frankl ale s teorií, že zásadou psychosomatické medicíny by mělo být soužení nemocného, nesouhlasí. Na příkladu diagnózy anginy pectoris ukazuje, že někdy vědomě, někdy nevědomě, má původ v úzkostném rozčilení. Je však třeba upozornit také na to, že nejen úzkostné rozčilení je schopno vyvolat srdeční příhodu, ale že ji může vyvolat také radostné pohnutí. Aby se mohl lidský duch plně rozvinout, potřebuje jako základní podmínku funkčně zdatný organismus, je na něj odkázán a je na něm plně závislý. V případě léčby depresí pomocí elektrokonvulzivní terapie také nelze tvrdit, že nová životní radost je totožná s elektřinou, stejně tak jako nelze tvrdit, že osobnost člověka, jeho Já, není „nic jiného“ než nadledvinkový hormon.⁵²

Frankl připouští, že tělo člověka je zrcadlem jeho duše. Ale i přes to, že má zrcadlo kazy, může být duše, která se v něm odráží, normální. Upřesňuje, že tělesné dění není v žádném případě vždycky výrazem duševních prožitků a tělesná nemoc nemusí být v žádném případě znamením, že také duše nemocného nějak není v pořádku. Je tedy zřejmé, že mnoho somatických onemocnění má vliv na duševní obraz člověka a je možné je úspěšně léčit ruku v ruce.⁵³

⁵⁰ Srov. HARTL, P. HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*, s. 323.

⁵¹ Srov. FRANKL, V. E. *Psychoterapie pro laiky*, s. 118.

⁵² Srov. Tamtéž, s. 119.

⁵³ Srov. Tamtéž, s. 119.

1.2.4 Noogenní poruchy

Kromě psychosomatických poruch, které byly zmíněny v předešlé kapitole, se pomáhající v rámci práce s klientem, který postrádá smysl života, setkává s dalším možným následkem tohoto stavu, noologickou poruchou.

V literatuře se uvádí, že člověk ve své duchovní dimenzi nemůže onemocnět. Noologická porušenost člověka se projevuje ztrátou smyslu v současném životě. Tento stav však není chorobou, nýbrž stav duchovní nouze. Od patologických jednotek (onemocnění a jiných poruch), které mají převažující příčiny v oblasti tělesné nebo v oblasti duševní, je třeba odlišit převážně noogenní poruchy, a to prokazatelnou přítomností přetrvávající existenciální frustrace, kdy vzniká existenciální vakuum. Následkem této frustrace je především vznik noogenní neurózy nebo deprese se suicidálními tendencemi. Oba tyto termíny (existenciální frustrace a existenciální vakuum) budou popsány v následující kapitole 1.2.4.1.⁵⁴

1.2.4.1 Existenciální frustrace a existenciální vakuum

Vedle Freudovy „touhy po slasti“ a Adlerovy „touhy po moci“ označil Frankl třetí základní lidskou potřebu, „touhu po smyslu“. Když se člověku nedaří tuto touhu uspokojit, stává se existenciálně frustrovaným.⁵⁵

Frankl tvrdí, že otázka po smyslu života je otázkou specificky lidskou. Prožívání ztráty smyslu života nelze vnímat jako výraz duševní choroby. Naopak je to spíše specifický výraz lidské existence. Jen člověku jako takovému je předurčeno prožívat svou existenci jako problematickou.⁵⁶

Psychologický slovník definuje existenciální frustraci jako uvědomování si bezcílnosti a prázdnoty smyslu života a vlastní existence.⁵⁷

Existenciální neuróza se vyskytuje zejména v rozvinuté konzumní společnosti a je projevem „existenciálního vakuu“. Jednou z forem noogenní neurózy je víkendová deprese, která se objevuje, když se člověk po pracovním týdnu zastaví a člověku začnou do vědomí pronikat myšlenky o prázdnotě a nesmyslnosti jeho života.⁵⁸

Jak bylo již uvedeno výše, existenciální frustrace se podílí na vzniku noogenních neuróz. Noogenní se nazývá duševní a tělesná porušenost a onemocnění projevující se poruchami lidského organismu a osobnosti. Noogenní porucha vzniká v důsledku ztráty životního smyslu a bývá provázána úzkostnými stavy.⁵⁹

Literatura nejčastěji hovoří o noogenních neurózách (úzkostných a fobických, vtíravých a nutkavých, depresivních a konverzních) a o noogenních psychosomatózách (poruchách v oblasti vegetativně řízených tělesných funkcí – spánku, sexuality a

⁵⁴ Srov. VYMĚTAL, J. *Speciální psychoterapie, 2. přepracované a rozšířené vydání*, s. 258.

⁵⁵ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*, s. 89.

⁵⁶ Srov. FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*, 1994, s. 43.

⁵⁷ Srov. HARTLH, P. HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*, s. 137.

⁵⁸ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*, s. 89.

⁵⁹ Srov. VYMĚTAL, J. *Speciální psychoterapie, 2. přepracované a rozšířené vydání*, s. 154.

dalších). Existenciální frustrace se stále výrazněji podílí i na vzniku noogenní sociopatie.⁶⁰

Frankl popisuje noogenní neurózu jako následek existenciální prázdnoty, která pochází z pocitů nesmyslnosti, z pochybností o smyslu v životě, popřípadě ze ztráty naděje, že takový smysl vůbec existuje. V minulosti lidé v této situaci vyhledali kněze, ale současným trendem je v případě životní nouze vyhledat zkušeného odborníka. Tím se již nestává kněz ani filozof, ale lékař, terapeut, sociální pracovník, který je stavěn před úkol, aby v psychoterapii sám přebral úlohu duchovního. Toto odvracení západního člověka od duchovního k neduchovním odborníkům přináší hrozbu, že tito pomáhající pochybí při diferenciální diagnostice mezi tím, co je skutečně patologické, jako třeba neuróza, a tím, co je zcela lidské, jako třeba existenciální krize. Nejen lékař, ale i terapeut či sociální pracovník pak může dospět k nesprávnému posouzení zdravotního stavu člověka, např. k diagnóze duševní nemoci tam, kde ve skutečnosti jde o něco podstatně jiného, o duchovní stav nouze.⁶¹

Yalom píše, že u více než 50 procent Franklových pacientů ve vídeňské léčebně se vyskytuje krize z absence smyslu, která doposud nevykrytalizovala do jasného neurotického symptomatického obrazu („existenciální krize“). Frankl došel k závěru, že ztráta smyslu je zjevně hlavním existenciálním stresem. Pro něj je existenciální neuróza synonymem pro krizi ze ztráty smyslu.⁶²

Lidé, kteří ve svém životě postrádají smysl, trpí tím, co logoterapie nazývá existenciální vakuum (prázdnota). Vznik existenciálního vakua vysvětluje Frankl poukázáním na tento fakt: Na rozdíl od zvířete neříkají člověku žádné instinkty, co musí; a člověku dneška už neříkají žádné tradice, co je jeho povinností; a často se zdá, že už neví, co vlastně chce. Jde o ztrátu instinktivní jistoty. Člověk dnes není veden instinkty a usměřován tradicemi a je třeba předpokládat, že jednoho dne už nebude vědět, co chce. Frankl se domnívá, že následkem těchto ztrát se stane to, že člověk bude tím více chtít, co mají jiní, nebo dělat, co jiní chtějí.⁶³

1.2.5 Logoterapie

Logoterapie vnesla do psychoterapie dimenzi existenciálního naplnění, otázky smysluplnosti jednotlivých životních situací a životního směřování vůbec. Oproti tradičním směrům psychoterapie poukázala na opomíjené „specificky lidské stránky života“, jako jsou vůle ke smyslu, schopnost sebepřesahu, svoboda volby a odpovědnost. Největší účinnosti dosahuje logoterapie v zacházení s postoji a hodnotami, proto našla široké uplatnění v rámci různých pomáhajících profesí (především ve výchově, poradenství, krizové intervenci, ošetřovatelství, pastoraci atp.), a proto se jí v této kapitole zabývám. Na druhé straně, jako specifická terapie má

⁶⁰ Srov. VYMĚTAL, J. *Obecná psychoterapie, 2. Rozšířené a přepracované vydání*, s. 258.

⁶¹ Srov. FRANKL, V, E. *Teorie a terapie neuros*, s. 97.

⁶² Srov. YALOM, I, D. *Existenciální psychoterapie*, s. 426.

⁶³ Srov. FRANK, V, E. *Vůle ke smyslu*, s. 98.

logoterapie poměrně úzkou oblast indikace a nelze ji použít u všech druhů duševních a psychosomatických poruch. Účinná je v oblasti noogenních neuróz, když chybí vztažnost k hodnotám a člověk zažívá pocit smysluprázdnosti, není schopen vnímat výzvy situace (mysl), prožívá bezradnost v zacílení jednání (proč konat).⁶⁴

Jako logoterapeutické metody Frankl označil paradoxní intenci, dereflexi a postojovou změnu. Protože popis těchto metod by nebyl pro tuto práci přínosem, odkazují tak na odbornou literaturu, jako je např. *Obecná psychoterapie* od J. Vymětala, nebo *Základy psychoterapie* od S. Kratochvíla.

Franklova logoterapie bývá označována jako třetí vídeňský psychoterapeutický směr, vedle psychoanalýzy Sigmunda Freuda a Individuální psychologie Alfreda Adlera.

Logoterapie je terapeutický přístup orientovaný na problematiku smyslu (řec. logos) v životě. Poukazuje na lidskou potřebu žít smysluplně a soustřeďuje se na hledání a uskutečňování tohoto smyslu v konkrétních podmínkách života jedince. Termín logoterapie poprvé užil Frankl v r. 1926. Frankl sice uznával platnost Freudovy „vůle ke slasti“ i Adlerovy „vůle k moci“, tvrdil však, že nemohou být nejzazší motivací lidského života. Tu spatřoval ve „vůli ke smyslu“.⁶⁵

Další Franklovo námitkou, kterou vznáší proti pohledu na lidskou motivaci z hlediska netrascendentního principu slasti, je to, že je vždy sebedestruktivní. Yalom jeho myšlenku v souvislosti s motivací chápe tak, že slast není konečným cílem, ale vedlejším produktem při hledání smyslu.⁶⁶

Cesta, kterou psychoterapie ušla od Freuda, ukazuje se jakoby vyznačena dvěma etapami: první krok vedl od automaticnosti k existenci, druhý od autonomie k transcenci.⁶⁷

Logoterapie byla v původním Franklově pojetí doplněním psychoanalýzy a individuální psychologie, specifickou léčbou noogenních neuróz (neboli neuróz ze ztráty smyslu – z řec. *nous* – rozum). Později vnímal V. E. Frankl logoterapii spíše jako obecný příspěvek k péči o duši, rehumanizaci společenských věd a pomáhajících profesí.⁶⁸

Ve své knize *Lékařská péče o duši* Frankl vysvětluje rozdíl mezi psychoanalýzou a logoterapií, kdy uvádí, že ve své specifikaci jako psychoanalýza se psychoterapie snaží o to, aby se duševní stalo vědomým. Logoterapie se naproti tomu snaží, aby se vědomé stalo duchovním. Přitom se ve své specifikaci jako existenciální

⁶⁴ Srov. WAGENKNECHT, M. *Logoterapie*, In BAŠTECKÁ, B. et al. *Psychologická encyklopedie – aplikovaná psychologie*. Praha: Portál, 2009, s. 167-171.

⁶⁵ Srov. WAGENKNECHT, M. *Logoterapie*, In BAŠTECKÁ, B. ed al. *Psychologická encyklopedie – aplikovaná psychologie*. Praha: Portál, 2009, s. 167-171.

⁶⁶ Srov. YALOM, I, D. *Existenciální psychoterapie*, s. 449.

⁶⁷ Srov. FRANKL, V, E. *Vůle ke smyslu*, s. 87.

⁶⁸ Srov. WAGENKNECHT, M. *Logoterapie*, In BAŠTECKÁ, B. et al. *Psychologická encyklopedie – aplikovaná psychologie*. Praha: Portál, 2009, s. 167-171.

analýza snaží o to, přivést člověka zvláště k vědomí odpovědnosti – jako substanciálního základu lidské existence.⁶⁹

Logoterapie je tedy terapeutickým přístupem zaměřeným na duchovní stránku lidské existence. Ta se v životě projevuje svobodou v osobních volbách, odpovědností za ně a prožíváním jejich smysluplnosti či nesmyslnosti vzhledem k rozpoznávaným životním hodnotám.⁷⁰

Logoterapie pomáhá pacientovi najít východiska z jeho existenciální frustrace. Logoterapie zde neznamena slovo, nýbrž smysl a „duchovnost“. Logoterapie nechce pacientovi vnutit životní smysl zvenčí podle představ terapeuta, nýbrž mu chce pomoci najít jeho vlastní osobní životní smysl souladu s jeho osobností. Člověk může dát svému životu smysl uskutečňováním hodnot. Proto logoterapie rozšiřuje pacientovi především jeho obzor pro hodnoty.⁷¹

1.2.6 Existenciální analýza

Frankl v životě člověka spatřuje nejen pouhé „bytí“, nýbrž i jeho – pro člověka příznačnou – svobodnou a odpovědnou reflexi. Ta činí jeho život „existencí“ (lat. existo – vystupuji z); podle toho nazval svůj přístup existenciální analýza. „Existenční analýza“ je mu pohledem na člověka „zevnitř“, z hlediska vlastní smysl hledající existence, zatímco „logoterapií“ rozumí více terapeutický přístup „zvenčí“, z hlediska objektivních hodnot, jejichž uskutečňováním činí člověk svůj každodenní život smysluplným a hodnotným. Frankl zdůrazňoval, že logoterapie není směrem, který by měl jiné psychoterapeutické přístupy překonat a nahradit, má jen dosavadní psychoterapii svým zvláštním zaměřením doplnit o tento svérázně lidský a zásadně neopominutelný rozměr existence.⁷²

1.2.7 Franklovi následovatelé

I když je Franklovo poselství často přijímáno jako doplněk jiných přístupů, má Frankl také žáky, kteří se hlásí k jeho škole, rozvíjejí jeho učení a zajišťují výcvik v logoterapeutickém přístupu. Ještě za Franklova života došlo k vývoji dvou rozdílných přístupů k logoterapii, z nichž se počátkem 90. l. 20. stol. vyvinuly dva svébytné směry. Jejich hlavními představiteli jsou Elisabeth Lukasová a Alfried Längle. Na ně navazují další osobnosti, odborné společnosti a vzdělávací instituty v mnoha zemích světa. Rozdílné tendence se projevily především v otázce vztahu logoterapie k psychoterapii. Ke zkoumání životního smyslu a existenciální frustrace vytvořila Lukasová kvalitativní „Logo – test“ a Crumbaugh a Maholick psychometrický „Test životního smyslu“.⁷³

⁶⁹ Srov. FRANKL, V, E. *Lékařská péče o duši*, s. 43.

⁷⁰ Srov. VYMĚTAL, J. *Obecná psychoterapie, 2. Rozšířené a přepracované vydání*, s. 255-256.

⁷¹ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*, s. 90-92.

⁷² Srov. VYMĚTAL, J. *Obecná psychoterapie, 2. Rozšířené a přepracované vydání*, s. 255-256.

⁷³ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*, s. 89-92

Yalom píše, že v roce 1964 tito psychologové, Crumbaugh a Maholick, publikovali psychometrický nástroj určený k měření životního cíle. Tento test životního cíle (PIL, Purpose in Life Test) se hodně používal. V souvislosti s nástroji určenými k výzkumu životního smyslu si ještě dovoluji zmínit Index úcty k životu (Life Regard Index) Johna Battisty a Richarda Almonda. Yalom tento index sice hodnotí jako koncepčně promyšlenější než test životního cíle, dále však nebyl používán.⁷⁴

V případě hlubšího zájmu o výzkumné výsledky Crumbaugh a Maholicka, Battisty a Almonda, odkazují na Yalomovu knihu *Existenciální terapie*, kde je celá problematika podrobně popsána.

1.2.7.1 Alfred Längle

Rakouský psychoterapeut, narozen v roce 1951. Vystudoval lékařskou fakultu v Innsbrucku, v Římě, v Toulouse a ve Vídni. Je lékařem pro všeobecné lékařství a lékařskou psychoterapii, klinický psycholog, psychoterapeut, výcvikový terapeut, vyučující na universitách ve Vídni a v Innsbrucku. Je předsedou Společnosti pro logoterapii a existenciální analýzu, kterou založil v r. 1985, a generálním tajemníkem Mezinárodní společnosti pro psychoterapii.

Jeho manželka Silvie, která vystudovala teoretickou fyziku a teorii vědy v Innsbrucku, v Mnichově a ve Vídni, působí jako psychoterapeutka v soukromé praxi a jako šéfredaktorka rakouského časopisu *Existenzanalyse*. V roce 2005 publikovala ve spolupráci s editorkou Marthou Schulzovou knihu „Žít svůj vlastní život - Úvod do existenciální analýzy“.⁷⁵

Úzce spolupracoval s V. E. Franklem, oddělili se v r. 1991, neboť Längle logoterapii dále rozpracoval.⁷⁶

Franklovo pojetí systematizoval a dále rozpracoval ve svébytné psychoterapeutické koncepci, která se nesoustřeďuje jen na tematiku smyslu, ale především na podmínky umožňující naplněný život. Franklův původní termín použil v širším smyslu: označuje jím komplexní psychoterapeutickou metodu, která propojuje filosofické základy existence člověka s konkrétními terapeutickými postupy. V 90. letech 20. století se Frankl od tohoto rozšířeného pojetí distancoval, protože jej již nepovažoval za logoterapii. V této době byla existenciální analýza uznána jako samostatný psychoterapeutický směr, jehož součástí je i logoterapeutické poradenství. Logoterapie je v rámci Längleho existenciální analýzy pojímána jako poradenská metoda pomáhající při hledání smyslu resp. při frustraci touhy po smyslu.⁷⁷

Existenciální analýza má jako teoretický podklad koncept základních motivací. Pro potřeby poradenské činnosti můžeme říci, že těžiště nalézání smyslu tkví v nalézání hodnot. Franklovo pojetí souhlasí s novějším učením o motivaci.

⁷⁴ Srov. YALOM, I, D. *Existenciální psychoterapie* Praha. S. 461.

⁷⁵ Srov. LÄNGLE, S. SULZ, M. ed al. *Žít svůj vlastní život. Úvod do existenciální analýzy*, s. 178.

⁷⁶ Srov. BAŠTECKÁ, B. *Aplikovaná psychologie – psychologická encyklopedie*, s. 474.

⁷⁷ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*“ s. 89-92

Literatura uvádí, že existenciální analýza je na tom co do výsledku na stejné úrovni jako systematická terapie, individuální psychologie a nespecifická psychoterapie.⁷⁸

Proto se budu Länglovými motivy ke smyslu hlouběji zabývat v samostatné kapitole, viz níže.

1.2.7.2 Elisabeth Lukasová

Rakouská psychoterapeutka a klinická psycholožka, vedoucí Jihoněmeckého ústavu pro logoterapii a autorka více než 15 knih s tematickým zaměřením na životní smysl a logoterapii. Narodila se v roce 1942. Řadu let žila v Německu, kde spoluzaložila Jihoněmecký institut pro logoterapii, který do svého návratu do Rakouska (2003) vedla a rozvíjela v něm „autentickou logoterapii“.⁷⁹ E. Lukasová důsledně dbá na tradici „péče o duši“ ve smyslu původní Franklovy koncepce, svůj přístup pak nazývá „originální logoterapií podle V. E. Frankla“. V případě potřeby logoterapii kombinuje s dalším psychoterapeutickými a poradenskými přístupy.

⁷⁸ Srov. VYBÍRAL, Z. ROUBAL, J. ed al. *Současná psychoterapie*, s. 325.

⁷⁹ Srov. KARTOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*, s. 89-92.

2. Ztráta smyslu života v různých životních situacích

Literatura uvádí mnoho situací, kdy člověk může být konfrontován se ztrátou smyslu svého života. Člověk prožívající náročnou životní situaci, životní krizi, nebo člověk trpící duševní chorobu, je ztrátou smyslu ohrožen. Se všemi těmito jedinci se může pomáhající ve své praxi potkat, věnuji jim tudíž celou následující kapitolu.

Absence smyslu se zřídka zmiňuje jako klinická jednotka, protože se všeobecně považuje za projev nějakého jiného, primárního a závažnějšího klinického syndromu. Yalom cituje Freuda, který jednou prohlásil: „V okamžiku, kdy člověk zpochybní smysl života, je nemocen... Položením této otázky člověk pouze vpouští do zásobárny neuspokojeného libida, jemuž se muselo něco přihodit, jistý kvas, jenž vede ke smutku a depresi.“⁸⁰

Aby mohl pomáhající efektivně pomoci klientovi, musí se umět zorientovat v jeho situaci a umět odhadnout její vážnost a rizika. To, jaký „terapeutický“ postup zvolíme, závisí vždy na tom, pro který výklad v rámci čistě psychologické roviny víceznačného faktu se rozhodneme.

Frankl varuje před odbýváním duchovní problematiky nějakého člověka jako „symptomu“, a to především u těch, kteří ztratili svou duševní rovnováhu z čistě vnějších důvodů. Do tohoto druhu lidí Frankl počítá pacienty, kteří po ztrátě obzvlášť milovaného rodinného příslušníka, jehož službě zasvětili svůj život, jen velmi nejistě snášejí otázku, zda jejich vlastní život má ještě nějaký smysl.⁸¹

Yalom uvádí argument Maddiho, že určitá část hospitalizovaných pacientů s diagnózami schizofrenie či deprese, má tuto diagnózu jen proto, že musí být nějakou oficiální nosologickou diagnózou označeni. Vhodnějším shledává pojmenování těchto pacientů, nacházejících se ve vegetativní formě ztráty smyslu, za existenciálně nemocné.⁸²

Frankl několikrát poukázal na to, že laici mají právě v psychiatrických otázkách nesprávné představy. K těm otázkám náleží především dotaz, kudy vedou hranice mezi oblastí jedinců ještě duševně zdravých na jedné straně a oblastí duševně nemocných na straně druhé. Ukazuje se, že laik nejen zapomíná, že tato hranice je pohyblivá, nýbrž představuje si, že odborník, psychiatr, tyto hranice může libovolně stanovit. A to znamená, že by psychiatr dovedl za chorobné označit a pozorovat něco, co by laik ještě pokládal za úplně normální. Ve skutečnosti je tomu právě naopak: psychiatr se snaží tyto hranice patologie a nemoci vymežit úzce, vždy přísněji, než laik.⁸³

⁸⁰ Srov. YALOM, I, D. *Existenciální psychoterapie*, s. 453.

⁸¹ Srov. FRANKL, V, E. *Lékařská péče o duši*, s. 46.

⁸² Srov. YALOM, I, D. *Existenciální psychoterapie*, s. 456.

⁸³ Srov. FRANKL, V, E. *Psychoterapie pro laiky*, s. 141.

Krizi nebo absenci smyslu můžeme považovat nejen za příznak, ale i za příčinu vzniku nějaké důležité choroby, skryté poruchy, a to počínaje například pouze nízkým sebevědomím, přes krizi identity, zneužívání omamných látek, až po chronický ethilismus vedoucí k samotné depresi či jiné interní chorobě.

Z toho důvodu věnuji pozornost ztrátě smyslu života v souvislosti s psychopatologií, nastíním oblast ztráty smyslu života z pohledu vývoje jedince, analyzuji jednání jedince v náročných životních situacích, ale nejdříve popíši čtyři základní lidské podmínky, předpoklady lidské existence.

2.1 Existenciálně – osobní motivace

Existenciální analýza je definována jako fenomenologická psychoterapie s cílem dovést člověka ke svobodnému prožívání, k zodpovědnému zacházení se sebou samým a se světem, ve kterém se člověk nachází, a se kterým je v neustálém dialogu.⁸⁴

V tomto dialogu si člověk odpovídá na výzvy bytí. Prostředí, v němž se existence uskutečňuje, je dialogická otevřenost a dialogická interakce s vlastním a vnějším světem.⁸⁵

Literatura uvádí, že existenciální analýza považuje za čtyři základní kategorie existence za vzniku základních podmínek naplnění existence vztah ke světu, k životu, k sobě a k budoucnu. Tyto základní podmínky naplněné existence představují model současné existenciální analýzy a slouží také jako základ pro diagnostiku, terapii a nozologii. Schopnost pomáhajícího určit, v jakém stavu klient je, je pro následný terapeutický plán stěžejní. V této kapitole se tedy budeme věnovat nauce o čtyřech osobně-existenciálních motivacích, kterými je člověk veden. Budeme se zabývat tím, v jaké míře se klient vypořádává s důležitými duchovními obsahy jednotlivých existenciálních rovin motivace, které mají povahu potřeby. V případě motivace mluvíme o čtyřech základních kategoriích existence: ontologickou (vztah ke světu), vitálně axiologickou (vztah k životu), etickou (vztah k sobě) a praktickou (vztah k budoucnu). Mohou-li být tyto základní podmínky žity a prožívány, splňují tak podmínky existence.⁸⁶

Längle uvádí, že pomineme-li tělesné a duševní motivační síly, je osoba vedena čtyřmi základními motivacemi. Popisuje čtyři základní lidské podmínky, předpoklady plné existence.⁸⁷

Teorie základních osobnostních motivací může sloužit pomáhajícímu pro pochopení toho, za jakých podmínek dochází k změnám v chování klienta v souvislosti se schopností umět se vypořádat s důležitými duchovními obsahy jednotlivých existenciálních rovin motivace, které mají povahu potřeby.

Tyto čtyři kategorie se teď pokusím vyložit.

⁸⁴ Srov. VYBÍRAL, Z. ROUBAL, J. ed at. *Současná psychoterapie*, s. 324.

⁸⁵ Srov. LÄNGLE, S. SULZ. M, ed at. *Žít svůj vlastní život*, s. 40.

⁸⁶ Srov. VYBÍRAL, Z. ROUBAL, J. ed at. *Současná psychoterapie*, s. 325.

⁸⁷ Srov. LÄNGLE, A. *Nalézt přitakání životu*, časopis *PROPSY* [online].

Längle k první rovině říká, že člověk je hnán základní otázkou existence, a ta se pojí s daností bytí ve světě. Tato otázka zní: Mohu zde vůbec být?⁸⁸ Tedy, zda a na kolik klient přijímá danost, fakticitu svého bytí a světa, podmínky a možnosti svého bytí zde. Představuje ji touha po bezpečí, jistotě, ochraně, prostoru.

Žiji, ale chci vlastně býtí? Toto je dle Längla druhá základní otázka, otázka života.⁸⁹ Tato rovina se vztahuje k emocionální kvalitě života, náklonnosti ke svému bytí jako hodnotě. Otázkou je, nakolik a jak klient prožívá základní aspekty svého života, zda může říci, že je v konečném důsledku rád, že se narodil, a že žije. Znázorňuje potřebu po vztahu, blízkosti, vřelosti.

Längle tvrdí, že člověkem hýbe základní otázka osoby. Tou je také třetí rovina, rovina etická, kde si člověk klade otázku, zda smí být takový, jaký je. Díky tomu, že jedinec cítí, že je brán vážně, je pak schopen uznávat i druhé lidi.⁹⁰ Tato rovina se zabývá tím, jak si klient sám sebe cení. Představuje potřebu samostatnosti, nezávislosti, touhu po ocenění a respektu.

Poslední otázku, kterou je člověk hnán, zmiňuje Längle jako otázku smyslu existence. Tato rovina se již neváže jen na osobu, ale vztahuje se k okolnímu světu. Jde o to, na kolik cítí klient svou úlohu ve svém životě, a zda je ji schopen uskutečňovat.⁹¹ Zde je tato otázka představována jako potřeba smyslu, touha po radosti a naplnění.

Jsou-li tyto základní podmínky, jež jsou nezbytně nutné k tomu, aby byl člověk schopen vyrovnat se s důležitými duchovními obsahy jednotlivých existenciálních rovin motivace, blokovány, neutvoří se dostatečně odpovídající základní zkušenosti, schopnosti, dovednosti a postoje osoby k vnějšímu a vnitřnímu světu. Dochází tak k omezení existence, chování člověka přestává být svobodné a je zajišťováno psychodynamicky, například obrannými mechanismy, viz kapitola 2.2.5. Míra poškození, resp. nenaplnění jednotlivých obsahů existenciálních rovin, potom odkazuje na míru patologie poruchy, viz kapitola 2.4. Sahá od mírných somatomorfních či neurotických reakcí přes psychosomatické nebo neurotické onemocnění až po poruchy osobnosti či psychózy.

2.2 Náročná životní situace

Jedinec uskutečňuje svoji existenci ve stálé interakci s okolím. V důsledku různých životních situací se periodicky porušuje jeho dynamická rovnováha. Je tomu tak proto, že každá taková situace klade na organismus určité, někdy menší, jindy vyšší, požadavky či nároky. Můžeme říci, že pro člověka představuje určitou zátěž. Podle míry

⁸⁸ Srov. Tamtéž.

⁸⁹ Srov. LÄNGLE, A. *Nalézt přitakání životu*, časopis *PROPSY* [online].

⁹⁰ Srov. Tamtéž.

⁹¹ Srov. Tamtéž.

nároků na organismus rozlišujeme zátěž běžnou, případně zvýšenou, a to v situacích, které se jinému člověku mohou zdát každodenními a zcela běžnými.⁹²

Reakce na náročné životní situace s výraznou zátěží jsou dočasné a ustupují s obnovením rovnováhy za pomoci vypětí všech psychických sil jedince. Jejich negativní důsledky na jeho psychiku by však neměly být podceňovány, protože právě takzvané patogenní situace jsou charakterizovány extrémní zátěží, při které dochází jedinci síly k tomu, aby uskutečňoval úspěšnou interakci s prostředím. Plně pak podléhá tlaku situace a selhává. V těchto podmínkách se mohou následně objevit závažné poruchy chování, narušení osobnosti člověka, psychopatologické projevy.⁹³

Krizí, na rozdíl od náročné životní situace, rozumíme takovou situaci, která zapříčiní změnu v navyklém způsobu života, vyvolává pocit ohrožení, nejistoty a stresu. Přesahuje adaptační schopnosti jedince i jeho zdroje obranných mechanismů. Špatně překonaná krize může vyústit v psychickou labilitu, poruchu zdraví a sociální dezorientaci, negativně ohrožuje kvalitu života i základní jistoty a hodnoty jedince. Schopnost jedince vyrovnat se s krizí a to, jaký na něj bude mít krize dopad, ovlivňuje mnoho faktorů. To je hlavní příčinou toho, že na přibližně stejný zátěžový podnět se u různých lidí můžeme setkat s celou škálou různých odpovědí. Co je pro jednoho řešitelné, na co reaguje koncentrací a řeší svou krizi konstruktivně, pro druhého znamená podnět ke kolapsu, nekonstruktivnímu nebo destruktivnímu jednání.⁹⁴

2.2.1 Osobnostní pozadí vyrovnávání se s novou realitou

Mikšík upozorňuje na to, jak události, jejichž mezníky byly spojené s roky 1914, 1918, 1938, 1945, 1968 a 1989, závažně zasáhly do osudů, podmínek a okolností životní existence mnoha lidí, a výrazně tak determinovaly proces utváření, rozvíjení či desintegrace jejich osobnosti. Svou povahou a svými důsledky znamenaly tyto roky pro mnoho lidí výsledek jejich úsilí či snah o změnu životních podmínek a vznik základních předpokladů pro sebeuplatnění, realizaci jejich představ o smyslu a náplni života. Pro dynamické jedince to byla možnost chopit se nově vzniklých možností a nabízejícího se prostoru a příležitostí k seberealizaci, pro jiné to byla výrazná ztráta životních jistot a perspektiv, destrukce všeho toho, na čem stavěli a v čem spatřovali smysl života. Pro nastupující generaci znamenaly tyto události realitu pro utváření a rozvíjení životních, pracovních i sociálních orientací, možností a perspektiv „zakotvení“ ve společnosti.⁹⁵

Bartuška tvrdí, že existuje různá míra tolerance v různých oblastech téže osobnosti vzhledem k různým podnětům a situacím. Snížená odolnost v úzce vymezené oblasti odpovídá citlivým místům či patogenním komplexům. Odolnost, či také snášenlivost organismu k náročným situacím, k zátěži, nespočívá pouze v netečnosti

⁹² Srov. BARTOŠ, L. *Anomální chování osobnosti*, s. 25.

⁹³ Srov. BARTOŠ, L. *Anomální chování osobnosti*, s. 26

⁹⁴ Srov. MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*, s. 120.

⁹⁵ Srov. MIKŠÍK, O. *Psychika osobnosti v období závažných životních a společenských změn*, s. 267.

k nim, ve schopnosti snášet je po celou dobu. Podstatnou složkou odolnosti je i schopnost odporu vůči nim, výzbroj organismu pro střetnutí se s obtížemi a překážkami.

Podle Mikšíka lze základní postoje k životu interpretovat jako výraz či vyústění výrazných limitací (sociálně ekonomické, zdravotní, vztahové, rasové, národnostní či jiné povahy) do možnosti se za vzniklých kontextů adekvátně uplatnit a realizovat. Jedná se o postoje, které jsou příznačné pro specificky, v určitém směru zdravotně či sociálně handicapované soubory jedinců, či pro ty, kdo z rozmanitých důvodů ztratili své životní, pracovní ekonomické či sociální opory. Oblast a míra vykazovaného indexu nespokojenosti až frustrace závisí na tom, v čem spočívá podstata jejich handicapu a na subjektivním přístupu k závažnosti prodělané životní situace. Popisuje výzkum, který se zabývá otázkou, nakolik souvisí postoje k základním podmínkám a okolnostem života se strukturou subjektivně příznačných psychických stavů osobnosti. Za ukazatele tohoto výzkumu psychického komfortu při jeho aplikaci považujeme prožitek psychické pohody a činorodosti. Psychický dyskomfort je prezentován mírou prožitků sklíčenosti, úzkostností, stavy psychické deprese, rozladou a impulzivní reaktivitou. Jejich vzájemná relace pak určuje převládající psychický stav u dané osobnosti.⁹⁶

Z výše popisovaného výzkumu vyplývá, že čím výrazněji je manifestována nespokojenost se základními životními kontexty, tím výrazněji je přesun od komponent znamenajících prožitky a stavy psychického komfortu (psychická pohoda, činorodost, aktivita) k celkovému dyskomfortu (sklíčenost, deprese, psychická rozlada, anticipační úzkost).

Člověk s optimistickým přístupem k realitě má i na základě jemu vlastních povahových vlastností sklon posuzovat tytéž reálné kontexty z jiného „hodnotícího a postojového spektra“, než životní a situační pesimista či škarohlíd. Mikšík však upozorňuje, že tento závěr nelze brát jako jednoznačný, vždy se musí brát v potaz vzájemná interakční souvislost mezi životními kontexty a přístupem k jejich posuzování.⁹⁷

Dalším výzkumem Mikšík přichází s rozdělením jedinců do dvou skupin, a to podle specifických systémů interakcí s realitou. Zástupci první skupiny jsou ti, kteří se vzhledem ke své specifické osobnostní struktuře (povahovým vlastnostem a schopnostem) obtížně vyrovnávají s novou životní realitou a při narušení či ztrátě dřívějších jistot a perspektiv rozvíjejí maladaptivní struktury interakcí (většinou s důrazem na vnější příčiny a potřebu pomoci od druhých). Do druhé skupiny Mikšík řadí takové jedince, kteří se na základě pro ně příznačné osobnostní struktury v nově vzniklé realitě spontánně a pohotově orientují a rozvíjejí interakční aktivity, bezprostředně směřující k využití nově vzniklých okolností, možností, prostoru a příležitosti k seberealizaci (s důrazem na své vlastní předpoklady, na své „já“).⁹⁸

⁹⁶ Srov. MIKŠÍK, O. *Psychika osobnosti v období závažných životních a společenských změn*, s. 230-243.

⁹⁷ Srov. Tamtéž, s. 244-245.

⁹⁸ Srov. Tamtéž, s. 269.

Předmětem našeho zájmu jsou ovšem případy selhání, neadekvátního přizpůsobování a s tím souvisejícího anomálního chování osob v náročných situacích, v takových situacích, jejichž vliv na člověka může být patogenní. Proto věnuji pozornost právě první skupině, která byla výše popsána. Můžeme v ní rozlišit jedince, kteří jsou emocionálně stabilní a emocionálně exponovaní.

U emocionálně stabilních jedinců se objevují dvě varianty projevů psychické desintegrace osobnosti. Jejich společným jmenovatelem je nízká interakční hybnost a nepřizpůsobivost. Sem patří na jedné straně bystré a cílesměrné osobnosti vyžadujícího a sebeprosazujícího typu, které si rigidním způsobem jednání vybudovaly životní kariéru, na straně druhé rigidní a do sebe uzavřené, respektive „stažené“ osobnosti s obtížně ovlivnitelnými postoji, přístupy a schémata chování. U emocionálně stabilních typů se „sebestředným“ přístupem k realitě (sklon přizpůsobovat okolí a okolnosti sobě a nikoli aktivně se do nových kontextů vpravovat, přizpůsobovat se) vystupují do popředí jiné struktury a problémy rigidity v interakcích. Ve všech případech však jde o svérázný „úhel pohledu“ na vztah „já a situace“, který nedovoluje orientovat se na aktivní restrukturalizaci interakčních systémů za nových „osudových okolností“. Zřejmě sem spadá to, co Frankl spojuje s problematikou rozvoje nové klientely, když uvádí, že asi 20% neuróz je podmíněno existenciálním vakuem, existenciální frustrací, kdy tradice (doplňujeme dosavadní životní zkušenost) člověku již neříká, co má, má pocit bezsmyslnosti, zoufá si nad životem a potřebuje pomoc v nacházení smyslu života.⁹⁹

U prožitkově exponovaných a přitom interakčně utlumených typů osobnosti lze v závislosti na kognitivní hybnosti rovněž postihnout dvě možné varianty osobnosti, a to osobnosti úzkostné, s tendencí vnímat a hodnotit životní kontexty a jejich aktuální či potenciální změny se základní orientací na možné negativní dopady či důsledky, což ústí do rozvoje anticipačních tenzí, a na osoby s nízkou schopností orientovat se ve vzniklé situaci (respektive emotivně blokováným vzhledem do životních kontextů). U těch (v konstelaci s ostatními osobnostními komponentami) vystupují do popředí prožitky a projevy situačně determinované deprese a depresivity. S emocionálně exponovanými variantami se standardně setkáváme v ordinacích praktických lékařů a zvláště pak v psychiatrických ambulancích, kde hledají pomoc, jak se novou životní realitou vyrovnat.¹⁰⁰

Je těžké přesně odpovědět na otázku, proč někdo reaguje v podobné situaci rezignací a depresí, jiný agresivitou vůči ostatním, další izolací nebo jiným způsobem.

Bartoš předpokládá, že každá osobnost reaguje prostředky, které má k dispozici, a které nejsou bez vztahu k jejím relativně stálým vlastnostem a zvláštnostem.¹⁰¹

Mikšík odkazuje na výzkumy, jež ukázaly, že zjištěný vztah mezi subjektivně příznačnou strukturou bazální psychické autoregulace a systémem či způsobem interakční odezvy na životní realitu má obecnější platnost. Neprosazuje se jen jako

⁹⁹ Srov. MIKŠÍK, O. *Psychika osobnosti v období závažných životních a společenských změn*, s. 270.

¹⁰⁰ Srov. Tamtéž, s. 270.

¹⁰¹ Srov. BARTOŠ, L. *Anomální chování osobnosti*, s. 31.

způsob vyrovnávání se s nově vzniklými životními okolnostmi, ale determinuje povahu (nikoli obsah) prožitků a projevů daného jedince v průběhu jeho života. Rozhoduje o tom, zda u daného jedince dominuje buď prožitkový, nebo řešitelský (adaptivně či průbojně orientovaný) přístup k interakci s aktualizovanými (či předpokládanými) životními (ať již situačními, pracovními, sociálními či jinými) kontexty.¹⁰²

2.2.2 Hlavní typy náročných situací

Podle Bartoše subjektivní posuzování náročnosti (zátěže) závisí na řadě okolností, zejména na neočekávanosti objevení se podnětu (situace), jeho bezprostřední intenzitě, dále na subjektivním významu hodnot, které se zdají být ohroženy. Význam zde má i zkušenost se zvládnutím náročných situací podobného charakteru, vzrušivost emocionality (včetně její racionální kontroly), sociálních okolností, za nichž situace vznikla, a odolnost k zátěži.¹⁰³

Šopek rozlišuje pět typů svízelných situací, a to z hlediska vzájemného vztahu mezi vybavením jedince pro zvládnutí situace a požadavky, které tato situace klade. První typ je situace obsahující nepřiměřené požadavky a úkoly. Tyto situace charakterizuje rozpor mezi tlakem situace (množství úkolů, míra a kvalita požadavků na výkon člověka) a rozsahem tělesných a duševních sil člověka. Mívají za následek únavu, vyčerpání a obvykle se říká, že „úkoly jsou nad jeho síly“. Nepřiměřenost úkolů má několik základních variant. Patří sem nároky nepřiměřeně velké vzhledem k silám jedince, úkoly s nepřiměřeně nízkou hladinou požadavků a nepřiměřené úkoly z hlediska zákonitostí činnosti psychiky a lidského organismu (monotonie, stereotypie, nedostatek podnětů a podobně).¹⁰⁴

Druhý případ, kdy jsou určité situace chápány jako náročné, související s jejich novostí (originalitou) nebo neočekávaností výskytu – vše posuzováno samozřejmě ze subjektivního hlediska - nazýváme tyto situace jako problémové.¹⁰⁵

Tento typ situací se neváže ke kvantitě nároků, ale k jejich struktuře a struktuře podmínek, v nichž jsou plněny, takže je dosavadními osvědčenými způsoby chování nelze řešit. Jsou to situace nové, náročné svojí originalitou, novostí nebo neočekávaností, a situace složité, pro které není člověk vyzbrojen dosavadními zkušenostmi, situace, ve kterých vystupuje do popředí rozhodovací proces.¹⁰⁶

Třetí typ náročných situací nazývá Bartoš jako situace frustrační. Pro ně je charakteristická existence překážky, která zabraňuje jedinci dosáhnout cíle (uspokojení potřeby, zájmu a podobně).¹⁰⁷

¹⁰² Srov. MIKŠÍK, O. *Psychika osobnosti v období závažných životních a společenských změn*, s. 272.

¹⁰³ Srov. BARTOŠ, L. *Anomální chování osobnosti*, s. 27.

¹⁰⁴ Srov. ŠOPEK, J. *Základy psychologie, 2. díl*, s. 98.

¹⁰⁵ Srov. BARTOŠ, L. *Anomální chování osobnosti*, s. 29.

¹⁰⁶ Srov. ŠOPEK, J. *Základy psychologie, 2. díl*, s. 99.

¹⁰⁷ Srov. BARTOŠ, L. *Anomální chování osobnosti*, s. 29.

Potřeba může být blokována fyzickou překážkou nebo akcí jiné osoby, konfliktními vlastnostmi člověka samotného (hubnutí a současně chuť na čokoládu) nebo nepřítomností cílových objektů (žízňivý na poušti).¹⁰⁸

V rámci frustračních situací bývají rozlišovány ještě podkapitoly zmaření, oddálení, konflikt, deprivace.

Konfliktní situace pak vycházejí z předpokladu střetu sil na cestě k cíli, přičemž tyto síly jsou přibližně stejně silné. Můžeme rozlišit konflikt vnější (střet dítě - rodič) a konflikt vnitřní (morální dilema).¹⁰⁹

Posledním významným druhem náročných životních situací jsou situace stresové. Jde o situace, v nichž na člověka působí nějaká rušivá okolnost, která mu ztěžuje plnění úkolů, uspokojování potřeb, dosažení cíle.¹¹⁰

Za stresovou situaci lze považovat takovou, kdy je i při silné motivaci adaptace těžká nebo nemožná. Typický průběh stresové odpovědi je takový, že nejdříve vzroste celková aktivita jednání, ale postupně se zhoršuje kvalita výkonu a přechází od chování zaměřeného na dosažení cíle k chování zaměřenému na ochranu sebe, dochází k emočním odpovědím, dezorganizaci chování a konečně ke stavu vylučujícímu efektivní reagování na okolí. Od frustrace se liší tím, že nejde o totální zmaření dosažení cíle, ale o ztížení celé cesty. Stres se vyznačuje spíše pocitem úzkosti a nejistoty, kdežto frustrace spíše pocitem nelibosti ze zklamání. Příčina stresu se nazývá stresor.¹¹¹

2.2.3 Chování v náročných životních situacích

Většina reakcí (projevů, chování, technik) může být použita adekvátně i neadekvátně. Je proto třeba seznámit se s větším počtem forem chování, které se vyskytují jako reakce v náročných situacích, neboť kterákoliv z nich se může objevit jako projev nepřiměřený, anomální. Můžeme přitom rozlišit bezprostřední reakce a formy chování, takzvané symptomy náročné situace, od návykových technik vyrovnávání se s těmito situacemi, které jsou také známy jako obranné mechanismy a techniky. Bartoš upozorňuje, že i toto dělení je jen orientační, protože některé formy chování se mohou vyskytovat v obou skupinách (například agrese jako bezprostřední reakce a agresivita jako návyková technika, obdobně jako únik a izolace).¹¹²

2.2.4 Bezprostřední reakce

Jednou z nejčastějších reakcí na náročné situace je agrese, a to v nejrozmanitějších formách. Od hrubého fyzického násilí a záchvatů vzteku, přes výhrůžky gestikulací a mimikou, slovní vyhrožování, urážky, sarkasmus, ironii.

¹⁰⁸ Srov. ŠOPEK, J. *Základy psychologie, 2. díl*, s. 99.

¹⁰⁹ Srov. Tamtéž, s. 99.

¹¹⁰ Srov. BARTOŠ, L. *Anomální chování osobnosti*, s. 30.

¹¹¹ Srov. ŠOPEK, J. *Základy psychologie, 2. díl*, s. 100

¹¹² Srov. BARTOŠ, L. *Anomální chování osobnosti*, s. 31.

Rozlišujeme přímou agresi (ničení, bití, nadávky), přenesenou agresi (například z člověka, vůči kterému si nemůžeme agresi dovolit na jiného, agrese může být přenesena i na věci (ničení, vandalismus) a v nejhorším případě může být přenesena i na vlastní osobu jako autoagrese. Únik patří spolu s agresivitou k nejranějším a nejčastěji se vyskytujícím projevům neadaptivního chování. Nejčastější druhy úniku jsou reálně fyzický útěk, ústup. Dál verbální únik (výmluva, únik gestikulací a mimikou), únik do fantazie, denní snění, vypůjčení fantazie, únik do literatury, filmu, na základě ztotožnění s hrdinou, únik od skutečnosti narkotizací sebe sama (drogy, alkohol), útěk do nemoci, únik mající podobu oddálení (teď ne, až někdy jindy...) a v poslední řadě i nejtragičtější forma úniku, sebevražda.¹¹³

Úniku je příbuzná regrese. U osob vystavených vysoce náročným situacím můžeme pozorovat změny chování, které znamenají návrat (útěk) k vývojově nižším způsobům adaptace, k dřívější taktice dosahování cílů, která v minulosti vedla obvykle k úspěchu.¹¹⁴

Věkový regres se vyskytuje u dětí například jako důsledek nemoci a pobytu v léčebném zařízení, může se projevat v řeči, v chování, v návycích. Regres v hierarchii motivů se projevuje se zaměřením na elementární úroveň uspokojování potřeb. Jestliže se reakce charakteristické pro nižší věk či dřívější vývojové stadium nepružně přenesou do situací nových, hovoříme o fixaci. Fixace je ustrnutím, zastavení vývoje. K překonání fixace v mezilidském chování může pomoci takzvaná korekční zkušenost, při níž člověk pozná, že všichni lidé nemusí reagovat tak, jak očekává.¹¹⁵

Stručně se zmíníme ještě o jedné reakci na náročné životní situace, rezignaci. Rezignace je pasivní, lhostejný, apatický vztah k zátěži, doprovázený často depresivními pocity bezmocnosti. Právě masivní stavy rezignace, doprovázené pocity hluboké deprese a ztrátou smyslu života, takzvané existenciální frustrace, mohou v krajním případě vyústit v suicidálním pokusu.¹¹⁶

2.2.5 Obranné mechanismy

Bartoš obranné mechanismy nazývá obrannými proto, že brání pocit vlastní hodnoty jedince, brání ho před přílišným napětím a úzkostí, které mohou v průběhu dlouhodobě působící zátěže vzniknout. Kladným cílem funkce těchto obranných mechanismů je udržení či zvýšení hodnoty vlastní osobnosti. Negativním cílem se stává vyhýbání se úzkosti a obrana před ní.¹¹⁷

K nejdůležitějším obranným mechanismům patří racionalizace, projekce, identifikace, represe, opačné reagování, disociace, substituce, izolace, egocentričnost a negativismus. Následně se budeme věnovat každému typu těchto obranných mechanismů trochu hlouběji.

¹¹³ Srov. ŠOPEK, J. *Základy psychologie*, 2. díl, s. 100.

¹¹⁴ Srov. BARTOŠ, L. *Anomální chování osobnosti*, s. 35.

¹¹⁵ Srov. ŠOPEK, J. *Základy psychologie*, 2. díl, s. 100.

¹¹⁶ Srov. BARTOŠ, L. *Anomální chování osobnosti*, s. 36.

¹¹⁷ Srov. Tamtéž, 37.

Racionalizace je dodatečné motivování původně impulsivního jednání člověka, vědomé či nevědomé nahrazování původních nepřipustných pohnutek přípustnými, často společensky oceňovanými motivy. Lze ho vysvětlit tak, že jedná-li člověk impulsivně nebo pod vlivem takových motivů, které chce před jinými a často i sám před sebou skrýt, vysvětluje své jednání tak, aby se zdálo, že postupoval racionálně.¹¹⁸ Bartoš spatřuje v racionalizaci, tedy jen v případě, že nemá tato racionalizace sociálně nežádoucí následky, v podstatě kladnou úlohu, a to tím, že uklidňuje člověka, který nemá možnost nebo síly změnit objektivní situaci, sebe sama, či obojí.¹¹⁹

Další obranný mechanismus, mechanismus projekce, spočívá v přisuzování vlastních rysů, motivů, tendencí, názorů a myšlenek jiným osobám. Lze to vnímat tak, že člověk projikuje své vlastnosti jiným. Čili podle sebe soudím tebe.¹²⁰ Projekce snižuje pocit neúspěchu nebo viny, ovšem tak, že více nebo méně zkresluje skutečnost. Usnadní tak dočasné řešení náročné životní situace, později však často vede k hrubému narušování vztahu jedince k okolí a stává se anomálním způsobem jednání.¹²¹

Zatímco při projekci připisujeme svoje vlastnosti druhým osobám, při identifikaci si přisvojujeme žádoucí vlastnosti ostatních lidí nebo skupin. Mechanismy identifikace hrají významnou roli ve vývoji osobnosti a v procesu socializace jedince. Ve chvíli, kdy své vlastnosti, hodnoty a postoje nahrazujeme tím, že si je zprostředkujeme formou identifikace, může se stát toto chování anomálním. Může zde dojít například k extrémní identifikaci sportovních fanoušků s jejich klubem, která často vede k agresivním výbuchům či depresivním stavům. Při výslovně patologické formě identifikace může docházet až k bludnému jednání. Člověk se tak může ztotožnit s reálnými i fiktivními postavami a identifikace může probíhat buď na úrovni fantazie, nebo na úrovni jednání. Dochází k identifikaci nejen s osobami, ale i se společenskými institucemi, ideami, dokonce také s předměty. Mechanismus identifikace posiluje sebevědomí a prestiž jedince, snižuje pocity nejistoty a méněcennosti. Ztráta takového objektu, se kterým se jedinec identifikoval, pro něj může mít tragické následky.¹²²

Represe neboli potlačení, je v podstatě únikem „do zapomenutí“. Nejde však o zapomínání ve vlastním slova smyslu, neboť zapomínáme nezajímavé a nedůležité, ale potlačujeme nepříjemné a trýznivé, to, co nějakým způsobem ohrožuje náš sebecit. Potlačujeme myšlenky, tendence, představy, které jsou v rozporu s obecně uznávanými hodnotami a s vlastním svědomím. S potlačením souvisí i další mechanismus, mechanismus opačného reagování. Ten se projevuje v zesíleném odporu proti potlačené tendenci, což je v jistém smyslu paradoxní. Jako příklad Šopek uvádí případ potlačené sexuální tendence, který nachází výraz v moralizátorství a puritánstvím. Upozorňuje

¹¹⁸ Srov. ŠOPEK, J. *Základy psychologie*, 2. díl, s. 103.

¹¹⁹ Srov. BARTOŠ, L. *Anomální chování osobnosti*, s. 38.

¹²⁰ Srov. ŠOPEK, J. *Základy psychologie*, 2. díl, s. 102.

¹²¹ Srov. BARTOŠ, L. *Anomální chování osobnosti*, s. 39.

¹²² Srov. Tamtéž, s. 40.

také na to, že v souvislosti s existencí tohoto mechanismu musíme být obzvlášť opatrní, abychom neodůvodněně nezlehčovali eticky hodnotnou motivaci potřebných skutků.¹²³

Bartoš uvádí, že za určitých okolností naše pocity, myšlení a jednání spolu přímo souvisí a vystupují jednotně. V náročných životních situacích může dojít k tomu, že se tyto souvislosti vytrácejí, jednota se porušuje. Tento rozpad bývá nazýván disociace.¹²⁴ Z mnoha forem disociace jsou nejznámější nutkavé jednání a nadměrné teoretizování. Nutkavé jednání je charakterizováno odtržením od přítomného obsahu našeho vědomí, svým obsahem neodpovídá myšlení jedince a nelze je vysvětlit na základě jeho emocionální reaktivity, je to rituální, magická obrana, mající redukovat úzkost. Nadměrné teoretizování, kdy mluvení nebo přemýšlení je jen náhražkou reálného jednání, má umožnit jedinci vyhnout se pocitům méněcennosti, které by se mohly vyvinout jako důsledek neschopnosti k určité činnosti. Ten, kdo neumí tančit, dokáže například o tanci hodiny mluvit.¹²⁵

Dalším obranným mechanismem je substituce. Jedná se o mechanismus, který plní svoji funkci snad nejlépe. Napomáhá řešení problémů, které před člověka staví náročné životní situace, a redukuje jeho napětí takovým způsobem, že to neškodí ani jemu, ani společnosti. Substituce znamená nahrazování neschvalovaných cílů cíli přijatelnými, vykonávání činů, které můžeme úspěšně dokončit, místo jednání, při kterém nás čeká selhání. Substituce se rozděluje obvykle na dvě formy, žádná z nich není zcela objasněna, obě však představují závažné typy chování.¹²⁶

Sublimaci popisuje Šopek jako techniku, při které nepřijatelné motivy najdou svůj výraz v sociálně schvalovaných aktivitách, člověk například ze zlosti naštipá dřevo. Druhá forma, nazývaná kompenzace, je snahou nahradit nedostatečnou schopnost schopností jinou. Kompenzace se může uskutečnit ve stejné oblasti, ve které se nachází skutečný či domnělý nedostatek.¹²⁷

Pro úplnost se zmíním ještě o jedné formě substituce, za kterou bývá někdy považována takzvaná somatizace. Rozumí se jí odvedení duševního napětí do tělesného dění. Emocionální napětí se tedy přesouvá vegetativním systémem k určitým tělesným orgánům.¹²⁸

Mezi obranné mechanismy patří i negativismus, kdy člověk dělá opak toho, co se po něm požaduje, a egocentrismus, kdy se člověk zaměřuje na své problémy a přání a nemá pochopení pro problémy druhých.

¹²³ Srov. ŠOPEK, J. *Základy psychologie*, 2. díl, s. 102.

¹²⁴ Srov. BARTOŠ, L. *Anomální chování osobnosti*, s. 41.

¹²⁵ Srov. ŠOPEK, J. *Základy psychologie*, 2. díl, s. 102.

¹²⁶ Srov. BARTOŠ, L. *Anomální chování osobnosti*, s. 43.

¹²⁷ Srov. ŠOPEK, J. *Základy psychologie*, 2. díl, s. 103.

¹²⁸ Srov. BARTOŠ, L. *Anomální chování osobnosti*, s. 43.

2.3 Ztráta smyslu života z hlediska vývoje

V následujících podkapitolách se budeme zabývat krizí zrání a tranzitorní krizí, které jsou součástí vývoje jedince. Na tyto vývojové fáze bude nahlíženo v souvislosti se ztrátou smyslu života a následným sebevražedným jednáním, které je jedním z rizik při nezvládnutí jednotlivých krizí.

2.3.1 Dětství

V souvislosti s dětskými sebevraždami se setkáváme se symptomem ztráty smyslu života převážně jen v oblasti depresivního onemocnění.

Množství suicidálních pokusů u dětí narůstá dvakrát do roka, a to vždy v době vysvědčení. Děti někdy sebevraždou reagují na rodinné rozpory a hádky, mají tendenci brát na sebe vinu za konflikty rodičů, někdy mohou být z konfliktů i přímo obviněny a označeny za jejich příčinu. Někdy se dítě nachází v neúnosné situaci týrání a zneužívání, z níž touží uniknout, jindy se jedná o nepoznanou depresi. Právě deprese je diagnostikována u řady dětí po neúspěšném sebevražedném pokusu.¹²⁹

Roli zde hraje také vývojová změna myšlení, schopnost uvažovat na úrovni pouhé možnosti. Dětská vázanost na realitu omezuje možnost vidět jakoukoliv jinou realitu, než tu aktuálně existující. Příčinou dětských sebevražd bývají často zkratkovité reakce.¹³⁰

2.3.2 Pubescence

Pubescence je bouřlivé období, kdy tělo reaguje na hormonální proměny. Je to období prvních lásek, pubescenti neznají kompromisy a vyznávají absolutno, a tak je nezáměr zbožňovaného člověka obvykle důvodem k zoufalství, které může vyústit až v sebevraždu.¹³¹ Motivem tohoto činu je tedy sebevražda z nešťastné lásky, nelze však ještě hovořit o prožívání ztráty smyslu života, nýbrž o emotivní stav, se kterým se pubescent musí naučit pracovat.

2.3.3 Adolescence

Krizový vývoj adolescentů se často týká hledání smyslu života, hledání vlastního místa na tomto světě. K tomuto období patří i specifické přístupy k otázce smrti. Adolescenti často o smrti přemýšlejí, zamýšlejí se nad tím, co bude po smrti. Zabývají se finalitou života a jeho smyslem. Hledání vlastní identity a hodnoty vlastního života je výrazně spjato se skupinovou identifikací a zvnitřněním hodnot. Značný vliv na postoje ke smrti mají sdělovací prostředky a specifická adolescentní kultura. Idealizace a obdiv

¹²⁹ Srov. VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*, s. 492.

¹³⁰ Srov. VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*, s. 292.

¹³¹ Srov. Tamtéž, s. 292.

k rizikovému chování představují živnou půdu nejen pro agresivní, ale i pro suicidální chování.¹³²

Příznaky, které předcházejí sebevraždě u adolescenta, jsou většinou zaobalená oznámení typu „už ode mne budete mít pokoj“, někdy se objeví otevřená hrozba sebevraždou, třeba ve školní práci, dávání různých záležitostí do pořádku, vracení vypůjčených předmětů a urovnávání konfliktů, rozdávání emočně významných věcí, uzavřený jedinec se odbrzdí, komunikativní člověk se uzavírá a izoluje. Adolescenti se v krizové situaci často chovají riskantně, mají sklon k zneužívání drog, alkoholu a k pohlavní promiskuitě.¹³³

U adolescentů již lze označit ztrátu smyslu života za společný symptom suicidálního jednání, a to převážně v situaci, kdy dojde například k odcizení vrstevnické skupiny, sekty či gangu, jež jsou pro adolescenta významné.

Dítě, pubescent či adolescent by v případě, že vyhledá pomoc krizového centra, měl dostat zpětnou odezvu, utvrzení v tom, že udělal dobře, že se rozhodl přijít a o svých problémech mluvit. Rozhodně by měl pocítit, že není se svými bolestmi sám, že se má o koho opřít. Když bude vědět, že je chápán a přijímán, snáze pak přijme nabídku další podpory a pomoci, kterou může dostat už v úplné konkrétní podobě.

2.3.4 Mladí dospělí

Havránková uvádí, že právě mladí dospělí procházejí různými druhy krizí, ať už tranzitorními, čili krizemi z očekávaných životních změn, nebo traumatickými. Oba typy krizí mohou mít suicidální vývoj, avšak toto období není typické suicidálním jednáním. Může být způsobeno například nemocí, která přetne linii života, rozchod s milovanou osobou, smrt někoho blízkého.¹³⁴

Roli zde může hrát i takzvaný pozitivní stres, jako např. změna pracovního místa (i ve smyslu povýšení). Říčan popisuje situaci, kdy dostane mladý, plně kvalifikovaný odborník příležitost k samostatné, odpovědné práci. Často mívá pocit kluka, který si sedl za volant bez řidičského průkazu. Rozumem sice ví, že se ve své práci plně vyzná, ale připadá mu neuvěřitelné, že stačí na úkol, na jehož splnění závisí bezpečnost lidí, či zisk nebo ztráta velkých materiálních hodnot.¹³⁵

Podobně může působit i velká zátěž odpovědnosti za děti. Smyslem života se tedy v tomto období stává budování jistoty a zázemí. Ohrožení jedince nastává, když o tyto hodnoty přichází.

2.3.5 Krize středního věku

Krize středního věku je čas hodnocení dosavadního života. Lidé pochybují o tom, co dříve jejich životy naplňovalo. Je to období bilancování, hledání nového smyslu

¹³² Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 49.

¹³³ Srov. VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*, s. 493

¹³⁴ Srov. VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*, s. 493.

¹³⁵ Srov. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*, s. 253.

života, když ten předešlý odezněl. Dochází k opouštění některých snů, které už nepůjdou uskutečnit.¹³⁶

Říčan tvrdí, že být dospělý znamená umět snést ztrátu iluzí a nepropadnout přitom beznaději. Musíme se naučit rozpoznávat různé falešné ideály a naučit se jich zbavovat. Tyto očistné lázně nazývá Říčan krizí druhého břehu. Jedinec si v tomto období uvědomuje dohlednost smrti, to, že budoucnost není širokým oceánem, ale docela malým jezírkem, kde druhý břeh už je v dohlednu. Je to období, kdy všechna „poprvé“ jsou za námi, žádné neodvolatelné „naposled“ není ještě aktuální. Všechno už můžeme a smíme a současně skoro všechno také ještě můžeme a smíme. Je dokonce možné začít budovat novou kariéru například zahájením dálkového studia na vysoké škole. Krize přichází někdy mezi 35. a 45. rokem života. Jako protest proti rutině a její jednotvárnosti vyvstává otázka smyslu: K čemu to všechno? Pozice jsou v podstatě vybudovány, existence zabezpečena. Existenciální otázka se rozšiřuje i na děti: V čem ony najdou smysl života? Tuto otázku je také nutno pojmut do bilance první poloviny života, před kterou stojí pětatřicátník. Podle Říčana si člověk nemusí tyto otázky výslovně klást, může však svůj život cítit jako problematický a může se z vnitřní potřeby měnit, přestože ho nikdo neučil, že existují existenciální otázky. Cítí je, není-li duchovně tupý a je-li v kontaktu s kulturou.¹³⁷

Riziko úpadku do krize středního věku také hrozí, pokud se nedokážeme postavit proti hromadění majetku a úspěchu žádnou jinou hodnotou. I přesto, že smrt není bezprostřední hrozbou jedince v tomto období, je krize středního věku spojená s touto myšlenkou.

Říčan uvádí, že například Jaques vnímá smrt jako celoživotní téma, jež bylo dosud odsouváno do pozadí, nebo do nevědomí, právě oním rozmachem mládí, neustálým vzestupem – v realitě, v naději nebo v iluzi.¹³⁸

U této teze se na chvíli zastavíme. Myšlenka dospělého na smrt bývá často podbarvena emočním zážitkem, hrůzou, která představu smrti v dětství provázela. Proto se člověk přirozeně brání myšlence na smrt.

Obrana podle Říčana spočívá v mladistvém optimismu, který ovšem musí být stále popírán úspěchy dokazujícími mládí nebo aspoň iluzemi těchto úspěchů. Obrana je stále obtížnější, namáhavější, a proto i křečovitější. Cestou kupředu je kapitulace, přestat se bránit tématu smrti a prodělat konfrontaci s oním dětským chaosem. Dětská hrůza se „rozpouští“ v dospělém smutku. Je třeba oželeť iluzi nesmrtelnosti, iluzi trvajících mládí, iluzi „mě se nemůže nic stát“. V dětství jsme si osvojili také iluzi, kterou nás přesvědčovali rodiče. Budu-li žít, jak mi přikazují rodiče, všechno zlé mě mine nebo se obrátí v dobré. I tuto iluzi je nutno oželeť. Je možné bránit se ještě dlouho. Jedinec se může soustředit na pěstování vlastní dokonalosti a úspěšnosti, pečovat o všechny kolem sebe a tak dokazovat svou důležitost. Je možno utápět se v horečné

¹³⁶ Srov. VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*, s. 493.

¹³⁷ Srov. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*, s. 302-307.

¹³⁸ Srov. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*, 307.

pracovní aktivitě, nebo také v alkoholu, spávat se stále mladšími milenci či milenkami. Je možné ignorovat vlastní tvář v zrcadle – vidět ji a zároveň nevidět, jak mládí nezadržitelně odchází.¹³⁹

Výraznou roli zde hraje celková situace člověka, kvalita jeho vztahů, zázemí, ekonomická úroveň, zdravotní stav.¹⁴⁰

V krizi středu, jak uvádí Říčan, skutečně něco umírá, končí - a něco nového vzniká, rodí se. Jde o diskontinuitu, o konec a nový začátek. Krize středního věku, i když proběhne optimálně, nekončí dosažením ideální zralosti, konečné životní moudrosti. Spíše můžeme pozitivní výsledek přirovnat k sociální reformě, kdy se vyhlásil nový program, a přijmou se lepší zákony. Proto se s hlavními tématy krize středního věku setkáváme i v následujících životních obdobích.¹⁴¹

V tomto období nebývají sebevraždy jako důsledek impulzivního jednání, ale již promyšleným činem.¹⁴²

Lidé, kteří krizová pracoviště kontaktují, často naléhavě mluví o všem, co ztratilo smysl. Tito lidé potřebují, aby jim byl nabídnut protitvar rezignace, což je naděje, a také vnímavá pozornost krizového pracovníka.

2.3.6 Staří lidé

V tomto věku dochází ke ztrátám blízkých osob a partnerů. Starý člověk se často cítí ohrožen ztrátou soběstačnosti nebo pobytem v nějakém zařízení, k němuž nemá důvěru, nebo kde má nastat nějaká změna, na kterou už nestačí. Za těchto okolností se snadno ztrácí smysl života a sebevražda se tak stává jediným řešením situace.¹⁴³

Ve stáří je počet dokonaných sebevražd pětikrát až desetkrát vyšší než ve středním věku. Starý člověk je stále více ohrožen somatickým onemocněním, odchodem do důchodu ztrácí pocit potřebnosti a sociální jistoty.¹⁴⁴

Ve stáří bývají častější bilanční sebevraždy, které jsou hodnocením vlastní životní situace a ztráty naděje pro budoucí život.¹⁴⁵

2.4 Ztráta smyslu života z hlediska psychopatologie

Tato kapitola podává vhled do problematiky ztráty smyslu života v oblasti psychopatologie. Nejdříve se však pokusíme odpovědět na otázku, zda již samotné suicidium svědčí o duševní poruše.

Duševní onemocnění, se kterým je sebevražda nejčastěji spojována, je deprese. Ovšem nejen u této choroby se setkáme s prožíváním ztráty smyslu života. V následující kapitole ji popisují podrobněji.

¹³⁹ Srov. Tamtéž, s. 307.

¹⁴⁰ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 234.

¹⁴¹ Srov. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*, s. 313.

¹⁴² Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 234.

¹⁴³ Srov. VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*, s. 493.

¹⁴⁴ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 234.

¹⁴⁵ Srov. Tamtéž, s. 234.

2.4.1 Deprese

Etiopatogeneze neboli příčina poruch nálady není známá, ovšem známe faktory, způsobující sklony k depresím. Lze je rozdělit na faktory biologické, genetické a psychosociální. Často zde působí více příčin, za určitých okolností může propadnout depresi každý z nás. Náchylnost k depresi determinují podmínky, jako jsou geny, pohlaví, rodinné prostředí, osobnost a celkové modely myšlení, schopnost zvládnání „osudu“, stresu, tíživých životních situací, tělesná choroba ale i nedostatek světla.¹⁴⁶

Stísněná nálada, ztráta smyslu života a s tím spojené zoufalství, úzkost, strach či pocity prázdnoty jsou častými průvodními jevy deprese. U postiženého jedince dochází ke zpomalení a útlumu psychických funkcí, nebo také k úzkostnému vystupňování neklidu jedince. Dále se vyskytuje zhoršení koncentrace pozornosti a následné poruchy paměti. Deprese vede k bezcílnému, neproduktivnímu a nutkavému myšlení, které může být odtrženo od reality a nabývat bludného charakteru, kdy se nemocný nereálně podceňuje, nic pro něj nemá smysl, obviňuje se za to, co nemohl reálně způsobit. Obvykle se vyskytují i somatické příznaky jako nechutenství, nespavost či nadměrné spaní, bolesti hlavy, pocity tlaku na hrudi, zažívací potíže. Pro depresivní prožívání jsou typické pocity smutku, viny a úzkosti.¹⁴⁷

Deprese je duševní onemocnění, se kterým je sebevražda spojována nejčastěji. Depresivní pacient vidí svou budoucnost naplněnou pouze utrpením, bez vyhlídky na úlevu a nevěří ve své uzdravení. Sebevražda se mu jeví jako rozumný čin, který ukončí jeho utrpení.¹⁴⁸

Pracovník pomáhající profesi by při práci s klientem měl znát některé příznaky v klinickém obraze deprese, které ho mohou varovat před rizikem suicidálního jednání klienta. Jsou to především agitovanost, celkový neklid, podrážděnost, výrazná nespavost, sebeobviňování, strach z vážné choroby. Největší riziko je na začátku a na konci depresivní fáze.¹⁴⁹

Sebevražedné činy u nemocných depresí bývají často nedemonstrativní a dokonané. S rozvojem depresivního syndromu je možné pozorovat pozvolný rozvoj suicidální aktivity, která se zprvu projevuje jen formou myšlenek na sebevraždu. Nemocný se z počátku snaží od těchto myšlenek odklonit, brání se jim. V další fázi se již objevují sebevražedné sklony. Nemocný s myšlenkami již nebojuje, ale nemá dostatek odvahy je realizovat. Postupně se začínají objevovat sebevražedné úvahy, nemocný začíná přemýšlet o způsobu realizace, až dospěje k rozhodnutí sebevraždu spáchat. Při tomto rozhodnutí zpravidla dojde k ústupu tenze a nemocný tak vidí

¹⁴⁶ Srov. MCKENZIE, K. *Deprese, informace a rady lékaře*, s. 22.

¹⁴⁷ Srov. VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*, s. 410.

¹⁴⁸ Srov. BECK, A, T. *Kognitivní terapie a emoční poruchy*, s. 214.

¹⁴⁹ Srov. SMEJKAL, J. *Sebevražedné jednání*. In.: *Po stopách psychiatrického ošetřovatelství*, 2003, s. 38-44.

sebevraždu jako jediné možné řešení. Po této fázi dochází k realizaci naplánovaného sebevražedného pokusu.¹⁵⁰

V současné 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí nacházíme depresi v rámci afektivních poruch jako lehkou, střední či těžkou depresivní fázi, nebo jako depresivní fázi v rámci bipolární afektivní poruchy.

V případě lehké deprese platí, že jak špatná nálada přichází, tak zase odchází. Choroba zde bývá spuštěna určitou stresovou událostí. Pacient pociťuje úzkost a necítí se dobře. Ke zvládnutí této deprese odborníci doporučují změnu životního stylu, není zatím potřeba lékařské pomoci. Ve střední fázi deprese již špatná nálada přetrvává a nemocný má kromě uvedených příznaků již somatické potíže, které mohou být u každého jiné. Změna životního stylu nezabírá a je zde nutná lékařská pomoc. Těžká depresivní fáze se stává životu nebezpečným onemocněním, které má intenzivní symptomy jako bludy a vidiny, a proto je důležité, aby postižený co nejdříve vyhledal pomoc odborníka.¹⁵¹

K pojmenování deprese se ve společnosti i lékařské praxi požívá mnoho variant, z nichž uvádím ty nejznámější.

Exogenní nebo také reaktivní se mnohdy označuje deprese krátkodobá, způsobená stresovou událostí. Může se jednat o hůře probíhající reakci na stres. Stresová událost ovšem může spustit mnohem těžší depresi. Dojde-li k tomu u člověka, jenž trpěl depresí v minulosti, je pak obtížné rozhodnout, zda je deprese skutečně jen reakcí na stres.¹⁵²

U exogenní deprese je přítomno psychologické vysvětlení obtíží. U endogenní deprese je předpokladem přítomnost jakési biologické vlohy, jenž způsobuje depresivní psychopatologii bez ohledu na vnější okolnosti.¹⁵³

Potíže bývají často intenzivní, trvají delší dobu. Jsou to příznaky jako ztráta chuti k jídlu, úbytek hmotnosti, ranní pesima, časné vstávání, ztráta libida. Zde je ovšem nutné poukázat na fakt, že i když není aktuálně zřejmá žádná stresová situace, která by chorobu mohla vyvolat, neznamená to, že taková událost vůbec nenastala.¹⁵⁴

U neurotické deprese je předpokladem vzniku choroby účinek dlouhodobé zátěže a frustrace.¹⁵⁵

Tato deprese se vyznačuje kolísáním dobrých a špatných dnů, objevují se více večerní a odpolední pesima, horší usínání, časté buzení, nadměrná spavost, únava, vyčerpání, popudlivost.

¹⁵⁰ Srov. LUKEŠ, V. VOSTOUPILOVÁ, J. CHROUDTOVÁ, M. *Některé psychologické pohledy na příčiny suicidia, 2. část, in Kontakt*. 1999, roč.1, č.4, s.11-16.

¹⁵¹ Srov. MCKENZIE, K. *Deprese, informace a rady lékaře*, s. 31.

¹⁵² Srov. Tamtéž, s. 33.

¹⁵³ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 59.

¹⁵⁴ Srov. MCKENZIE, K. *Deprese, informace a rady lékaře*, s. 33.

¹⁵⁵ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 59.

Psychotické deprese patří mezi těžké deprese, při kterých pacient ztrácí kontakt s realitou, podléhá bludům a halucinacím. Zde je bezpodmínečně nutná léčba psychiatrem.¹⁵⁶

Bipolární deprese je jiné označení pro maniodepresivní typ choroby, kdy nemocný zažívá střídání nálad. Deprese zde mohou sahát až k hlubokým fázím onemocnění.¹⁵⁷

Označení dysthymia se vztahuje na slabou, ale dlouhodobou depresi. Hlavním jejím příznakem je nerozhodnost a ztráta sebeúcty. U této choroby lépe působí psychoterapie než farmakoterapie.¹⁵⁸

Anselm Grün ve své knize *Deprese jako šance* přichází s dalším pojmenování deprese, a to deprese z úspěchu. Příčinou této deprese je buď přehnané úsilí o úspěch, kterým se jedinec snaží potlačit již v minulosti prožívané depresivní pocity, které se ale dostaví okamžitě ve chvíli dosažení cíle, nebo deprese zasáhne jedince ve chvíli, kdy už není ochoten usilovat. Odkazuje na bibli a její vyprávění o proroku Eliášovi, jenž upadl do hluboké sklíčenosti, právě když byl na vrcholu úspěchu. Výklad jeho příběhu nastiňuje postup terapie. Stěžejním bodem jeho myšlenky je vydat se na další cestu, ovšem ne cestu dalšího úspěchu, nebo stoupání po stupních kariéry. Tvrdí, že zde je nyní potřeba spíše vnitřní, duchovní cíl.¹⁵⁹

Je patrné, že Grün vlastně popisuje jeden z druhů exogenní deprese, který je způsoben stresem, takzvaným pozitivním stresem.

Podobně se vyjadřuje k exogenní depresi i Kratochvíl, kdy uvádí, že bude-li depresivní porucha pramenit z existenciální frustrace, tj. ztráty smyslu života, budeme považovat za indikovanou racionální psychoterapii zaměřenou na problematiku hodnot s hledáním nových perspektiv.¹⁶⁰

Právě Franklova logoterapie, zmiňovaná v předchozích kapitolách, pomáhá depresivním pacientům hledat a nacházet vlastní životní smysl.¹⁶¹

Kratochvíl dále uvádí, že bude-li deprese důsledkem řešitelné situace, můžeme se pokusit napomoci nemocnému, aby ji změnil, bude-li důsledkem situace neřešitelné, povedeme jej k adaptaci pasivní a pomůžeme mu i relaxačními technikami, aby záležitost ztratila alespoň zčásti svou emoční naléhavost.¹⁶²

V své praxi se bohužel nesetkávám s tím, že by lékař ordinoval nemocnému s depresí relaxační cvičení či nějaký druh psychoterapie, mnohem častěji se zde lékaři přiklánějí k užívání farmak. Důvodem je pravděpodobně nedostatek kvalifikovaného

¹⁵⁶ Srov. MCKENZIE, K. *Deprese, informace a rady lékaře*, s. 33.

¹⁵⁷ Srov. Tamtéž, s. 33.

¹⁵⁸ Srov. MCKENZIE, K. *Deprese, informace a rady lékaře*, s. 33.

¹⁵⁹ Srov. GRÜN, A. *Deprese jako šance, spirituální impulzy*, s. 76.

¹⁶⁰ Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*, s. 294

¹⁶¹ Srov. SVOBODA, M. ed at, ČEŠKOVÁ, E. KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie pro psychologii a pedagogii*, s. 221.

¹⁶² Srov. KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*, s. 294.

personálu v oblasti psychoterapie a vytížení klinických psychologů psychiatrického oddělení diagnostickými posudky pacientů.

2.4.2 Schizofrenie

Psychotická onemocnění jsou závažná duševní onemocnění, která se vyznačují poruchami myšlení, vnímání, jednání a emotivity. V praxi se nejčastěji setkáváme se schizofrenií, schizoafektivní poruchou a maniodepresivní psychózou. Typickým a diagnosticky podstatným příznakem je ztráta kontroly reality, nemocný vnímá své halucinace a bludy jako skutečnost a reaguje na ni také svým chováním. Dojde-li pacient ve své psychóze k závěru, že už jeho život nemá smysl, mohou být již zmíněné bludy a halucinace příčinou suicidálního jednání, a proto je toto jednání potřeba oddělit od vlastního suicidálního jednání s rozhodnutím zemřít.

Studie uvádí, že až 60 % psychotiků je více či méně trpí depresí. Onemocnění samo o sobě i jeho další následky velmi často přinášejí jeho nositeli takové subjektivní utrpení, že může v sebevraždě vidět jediné východisko. Dokonaná sebevražda je přítomna u 2-13 % psychoticky nemocných.¹⁶³

2.4.3 Úzkostné poruchy

Různé formy neurotických poruch, somatoformních poruch a poruch způsobených stresem patří mezi poruchy související s psychickými příčinami. Oproti jiným diagnostickým skupinám je proto důležitá identifikace psychologických aspektů.

Jedná se o fobické úzkostné poruchy, jiné úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy, reakce na závažný stres, poruchy přizpůsobení, asociativní poruchy, somatoformní poruchy a jiné neurotické poruchy.¹⁶⁴

Nemocný prožívá v podstatně intenzivnější míře to, co za určitých okolností prožívá každý člověk. Může to být například strach před zkouškou, pocity úzkosti a napětí, smutek při ztrátě blízké osoby. Často jsou tyto poruchy kombinovány s depresivní symptomatikou, a proto se i u těchto poruch můžeme setkat se suicidálním jednáním.¹⁶⁵

2.4.4 Závislosti

Mezi suicidálním jednáním a problematikou závislosti je velmi úzká souvislost. V naší populaci je nejrozšířenější drogou alkohol. Dlouhodobé užívání alkoholu vede k alkoholismu a ten pak k depresivní symptomatologii. Studie uvádí, že až 15% závislých na alkoholu spáchá sebevraždu. Avšak v mnoha případech hraje alkohol v sebevražedném pokusu pouze roli spouštěče, který snižuje schopnost realisticky uvažovat. Kombinace alkoholu s depresivním laděním, a to aniž by jedinec měl

¹⁶³ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 62.

¹⁶⁴ Srov. SVOBODA, M. ed at, ČEŠKOVÁ, E. KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie pro psychologii a pedagogii*, s. 226.

¹⁶⁵ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 67.

v předchozí anamnéze abúzus alkoholu, může vést k úvahám o sebevraždě. Statistika sebevražd zjišťuje přítomnost alkoholu u 6,27%.¹⁶⁶

V posledních letech můžeme ovšem zaznamenat nárůst suicidálního jednání také v souvislosti s drogovou problematikou. Sama drogová závislost s možností vzniku následných abstinčních stavů z odnětí drogy představuje významný rizikový faktor pro suicidální jednání. Podle odhadů až 18% závislých na drogách spáchá dokonanou sebevraždu. Je ovšem velmi obtížné rozlišit, zda šlo o sebevraždu či o předávkování, často se právě užitou látkou pro sebevraždu stává samotná zneužívaná droga.¹⁶⁷

Dalším obdobím, kdy se jedinec závislý na drogách může setkat se suicidální myšlenkou, je období abstinence, přesněji chvíle, kdy se musí konfrontovat a vyrovnat se škodami, které v období svého „života s drogou“ způsobil sobě a svým blízkým. Časté zoufalství nad „zkaženým životem“, jehož je pacient schopen právě díky své současné střízlivosti a absenci omamných účinků drog“, se může stát tak tíživým, že z něj může hledat únik jediným známým směrem, směrem zpět k droze, nebo k sebevraždě.¹⁶⁸

Dle názorů některých autorů lze již samotné užívání drog považovat za sebedestruktivní a má blízko k protrahovanému suicidálnímu chování.¹⁶⁹

I v problematice závislostí odborníci doporučují dokonat tuto fázi léčby pomocí logoterapeutických přístupů, které vedou ke znovuoživení a naplňování smyslu života odpovědným vyrovnáním se s jeho realitou. Děje se tak navzdory vině a utrpeným škodám, a to zpravidla nalezením smysluplného pokračování v naplňování hodnotných možností, které jsou i v této situaci obsaženy. Člověk se učí, jak své schopnosti a zkušenosti - včetně zkušeností s vlastní závislostí - prospěšně uplatnit v životním prostoru, který se člověku po osvobození z návyku opět široce otevírá.¹⁷⁰

2.4.5 Poruchy osobnosti

Podle Vágnerové funguje osobnost člověka jako integrovaný celek, který je individuálně typický a ve svých charakteristických rysech i relativně stabilní.¹⁷¹

Praško uvádí, že poruchy osobnosti jsou variantou charakterových a temperamentních rysů, které se významně odchyľují od charakteristických rysů u většiny společnosti. K těmto rysům patří hluboce zakořeněné a přetrvávající vzorce chování, projevující se jako stereotypní reakce na široký rozsah osobních a sociálních situací. Specifické projevy poruchy osobnosti tedy nejsou omezeny jen na určitý „spouštěcí podnět“, ale projevují se v širším okruhu osobnostních i sociálních situací. Podle klasifikace MKN-10 (1992) se poruchy osobnosti projevují charakteristickou a

¹⁶⁶ Srov. Tamtéž, s. 64.

¹⁶⁷ Srov. Tamtéž, s. 65.

¹⁶⁸ Srov. LANGMEIERL, J. BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*, s. 398.

¹⁶⁹ Srov. LUKEŠ, V. VOSTOUPILOVÁ, J. CHROUDTOVÁ, M. *Některé psychologické pohledy na příčiny suicidia, 2. část, in Kontakt*. 1999, roč. 1, č. 4, s. 11-16S.

¹⁷⁰ Srov. LANGMEIERL, J. BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*, s. 398.

¹⁷¹ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 511.

trvalou vnitřní strukturou a projevy chování jedince, které jsou jako celek zřetelně odchylné od očekávaného přijatelného chování dané společnosti (nebo od normy). Tyto odlišnosti se musí projevovat v několika oblastech. První oblastí je poznávání, způsoby vnímání a interpretace věcí, lidí a událostí, formování přístupu k sobě a ostatním. Druhou oblastí je emotivita, její rozsah, intenzita a přiměřenost emočního vznětu a odpověď. Třetí oblast zahrnuje ovládnutí impulzů a uspokojování potřeby. Poslední oblast tvoří způsob chování k ostatním a zvládnutí interpersonálních potřeb. Tyto vzorce chování, stejně jako pohled na sebe, druhé a svět, jsou zpravidla pro nositele přijatelné a egosyntonní, ale vedou ke konfliktům s ostatními. Abnormální vzorec chování je trvalý, dlouhodobý a není omezen na epizody duševního onemocnění.¹⁷²

Podobně shrnuje kritéria pro hodnocení poruch osobnosti Vágnerová. Prvním kritériem je, že musí jít o trvalý stav, který s určitými výkyvy přetrvává po celý život, dále, se projevuje podivným, maladaptivním, eventuelně až hrubě rušivým chováním, jehož důsledky v nestejně míře trpí sám jedinec i jeho okolí a které zvyšuje riziko nejrůznějších konfliktů. Dalším kritériem je snížená tolerance k zátěži, což se projevuje snadným navozením neadekvátních reakcí. Náhled na nepřiměřenost vlastního chování, názorů a postojů je nedostatečný a jedinec je celkově rezistentní, je neschopný se poučit ze své zkušenosti.¹⁷³

Porucha osobnosti snižuje adaptabilitu svého nositele a každá svým vlastním způsobem ztěžuje zapojení do společnosti. Se suicidálním jednáním mohou být spojené osobnostní rysy disociální, histriónské, anxiózní a především emočně nestabilní. Asociální rysy osobnosti se projevují nízkou frustrační tolerancí a nízkým prahem pro agresivní chování, včetně násilí. Ačkoliv tato agrese je nejčastěji obrácena ven, může se někdy obrátit dovnitř ve formě suicidálního jednání nebo sebepoškození bez úmyslu zemřít.

Histriónské osobnostní rysy jsou charakterizovány mělkou a labilní emotivitou a tendencí k drammatizaci a teatralitě. U tohoto rysu osobnosti se můžeme setkat s opakovanými suicidálními pokusy, i když ani dokonané suicidium nelze vyloučit. K letálnímu konci může dojít i bez jednoznačného úmyslu zemřít. U anxiózní neboli úzkostné poruchy jsou přítomny pocity napětí, obav, nejistoty a nedostačivosti. Přítomna je zvýšená citlivost vůči kritice a odmítnutí. Z těchto pocitů pak mohou pramenit suicidální tendence. Nejčastěji je však suicidální jednání spojeno s emočně nestabilní strukturou osobnosti, proto se v následujícím textu budu převážně věnovat této poruše.¹⁷⁴

Praško k emočně nestabilní poruše uvádí, že se projevuje výraznou afektivní nestálostí a tendencí jednat impulzivně bez uvážení následků. Postižení nemají schopnost plánovat, jejich silné výbuchy zlosti mohou vést k násilí. Nesnášejí kritiku. Rozlišujeme typ impulzivní, kde převažuje právě emoční nestálost a nedostatečná

¹⁷² Srov. PRAŠKO, J. *Poruchy osobnosti*, s. 16.

¹⁷³ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 514.

¹⁷⁴ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 68.

kontrola impulzivity. U hraničního typu má pacient nejasné a narušené sebepojetí, mívá chronické pocity prázdnoty, které střídají prudké změny efektivity a sebehodnocení. Pacienti s hraniční poruchou osobnosti mohou být i velmi bystří lidé, kteří se dobře verbálně vyjadřují. Často vyjadřují pocity ztráty jakési vnitřní konzistence. Bývají iritabilní, k druhým nadměrně kritičtí. Jejich emocionální potřeby jsou téměř nenasytitelné. Další tendencí je nadměrná simplifikace řešení problémů v životě, která neodpovídá intelektu. K problémům se postižení často staví bezmocně a vynucují si pomoc, nebo je řeší zkratkovitě. Jednotlivé problémy pro ně znamenají „krizi“. Život se podobá dramaticky napsanému televiznímu seriálu. Interpersonální vztahy bývají intenzivní, nespokojené, často velmi divoké. Druhé lidi vnímají buď jako dobré, nebo jako zlé. Přetrvává takzvané černobílé vidění.¹⁷⁵ V jednu chvíli se zdá vše pohádkové, vzápětí vše ztrácí smysl.

U této poruchy se kromě jednoznačně sebevražedných aktů můžeme setkat i s výraznými sebepoškozujícími tendencemi. U nich sice není přítomen úmysl zemřít, ovšem svou intenzitou a hlavně trvalostí mohou vést k poškození zdraví.¹⁷⁶

Tyto excesivní pokusy vyhnout se opuštěnosti, které pramení z nestálých interpersonálních vztahů, mohou vést k sebevražedným výhrůžkám nebo sebepoškozování.¹⁷⁷

¹⁷⁵ Srov. PRAŠKO, J. *Poruchy osobnosti*, s. 242.

¹⁷⁶ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 68.

¹⁷⁷ Srov. PRAŠKO, J. *Poruchy osobnosti*, s. 242.

3. Sebevražedné jednání jako největší riziko ztráty smyslu života

Frankl uvádí, že v naprosté většině je základem motivace k sebevraždě ztráta smyslu života.¹⁷⁸ Tuto problematiku nyní přibližuji v následujících podkapitolách.

Nejen psychopatologické projevy deprese, poruch chování či závislosti jsou vždy spojeny s vysokým rizikem sebevražedného jednání. Patří sem špatná adaptace na tíživé životní události a životní krize. Pro tuto práci je podstatný jeden společný jmenovatel těchto projevů, a tím je ztráta smyslu života. Tento symptom se objevuje ve všech zmiňovaných psychopatologiích, buď jako příčina, nebo jako následek.

Klientovi, který ztratil smysl života, a který uvažuje nad tím, že spáchá sebevraždu, lze poskytnout první pomoc, krizovou intervenci a konečně i systematickou léčbu. Protože krizovou intervenci by měl poskytovat odborník, pracovník pomáhajících profesí, je jeho orientace v této problematice přímo nutností. Léčba, která následuje po suicidálním pokusu, je již závislá na odborném posouzení psychiatra. Proto se této tématice ve své práci nebudu hlouběji věnovat. V této kapitole charakterizují sebevraždu a rozlišují specifika práce se suicidálním klientem.

3.1 Definice sebevraždy

Sebevraždu můžeme vnímat jako vědomé a úmyslné ukončení vlastního života. Spadá mezi poruchy sebezáchovy, protože jedinec obrací akt násilí vůči sobě samému a pud sebezáchovy je tak narušen přímo ve své podstatě. U „nepsychiatrické“ populace jde často o zkratkovité jednání, jinak se jedná převážně o pacienty ze schizofrenního nebo depresivního okruhu chorob.¹⁷⁹

Pro odlišnost od jiných forem autodestruktivního jednání, jako je například náhodné, nechtěné sebezabití či ukončení života v rámci sebeobětování, je tedy rozhodující přání zemřít a volba prostředků, jimiž lze tento čin uskutečnit. Sebevražedné jednání je výrazem hlubokého zoufalství člověka, který neumí, nemůže nebo už nechce hledat jiné řešení své situace, který už nevidí jinou možnost, jiné východisko.

Tentamen suicidii, čili sebevražedný pokus je nedokonaná sebevražda, kdy v průběhu byl přítomný úmysl skutečně zemřít, avšak čin se nezdařil, častěji nebyl úmysl přítomen, okolí mělo být sebevražedným jednáním vystrašeno. Toto chování lze interpretovat jako vydírání a označujeme ho jako demonstrativní tentamen suicidii.¹⁸⁰

¹⁷⁸ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 499.

¹⁷⁹ Srov. SVOBODA, M. ed at, ČEŠKOVÁ, E. KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie pro psychologii a pedagogii*, s. 110.

¹⁸⁰ Srov. Tamtéž, s. 110.

Sebevražda se téměř nikdy nestane bez varování. Člověk se suicidálními úmysly často naznačuje, co plánuje, vysílá varovné signály, které však mohou zůstat nevslyšeny. Častokrát jsou zjistitelné jenom zpětně. Tyto varovné signály mohou být rozdávání majetku, poznámky o budoucnosti „beze mne“, zájem o smrt, o umírání, depresivní nálada.¹⁸¹

Vídeňský profesor E. Ringel zformuloval tzv. presuicidální syndrom, který každému sebevražednému jednání předchází. Tento syndrom tedy definuje zúžení subjektivního prostoru, kdy narůstající zúžení v oblasti situační, dynamické, v oblasti hodnot, ale i zúžení ve vztahové rovině, zažene člověka do kouta. Poté nastává fáze obrácení agresivity proti sobě. Člověk se nachází ve stavu, kdy je přesvědčen o tom, že se ve své situaci nachází z důvodu vlastní neschopnosti, z nedostatku kvalit. Nenalézá východisko ze své situace, a tak rostoucí hněv obrací proti sobě. Poté se objevuje třetí znak presuicidálního syndromu, suicidální fantazie.¹⁸²

3.1.1 Druhy sebevražedného jednání

Většina sebevražd je impulzivním činem. Jsou výsledkem akutně probíhající krize, která se bezesporu mohla dlouhé roky připravovat, postupně se vršily nevyřešené záležitosti, bolesti a zklamání.¹⁸³

Jak bylo řečeno výše, impulzivní sebevražedné jednání je stimulováno afektivně, náhlým rozhodnutím. Zkratkovité jednání lze charakterizovat jako takové jednání, které vede co nejrychleji ke stanovenému cíli, bez jakýchkoliv odboček, bez zamýšlení se nad jinou možností, výhodami nebo nevýhodami zvoleného řešení.¹⁸⁴

Když člověk jedná pod vlivem okamžitého impulzu, neuvažuje o prostředcích, a tak volí cokoliv, co je v daném okamžiku dosažitelné. Obyčejně však nejde o vážný úmysl zemřít. Často lze takový pokus interpretovat jako volání o pomoc, jako krajní prostředek dosažení nějakého cíle. Motivem bývají problémy v mezilidských vztazích, jako jsou např. bouřlivé hádky či rozchody. Děti mohou takto reagovat při obdržení špatné známky. Do této kategorie lze zařadit také různá vyhrožování sebezabitím, která ve skutečnosti nejsou myšlena vážně.¹⁸⁵

Impulzivních sebevražd je asi čtyřikrát více, než bilančních. Tyto zmiňované bilanční sebevraždy přicházejí po rozvažování a vyhodnocování osobní situace, ze které není možné najít východisko.¹⁸⁶

Bilanční sebevraždy jsou výsledkem dlouhodobého působení subjektivně závažných motivů, které převážně vyplývají z rozumové úvahy. Člověk takto jednající si skutečně přeje zemřít, sebevraždu si připravuje, dopředu o ní přemýšlí, snaží se přijít i na vhodný způsob jejího provedení. Tento druh sebevražd bývá velmi často dokonáný.

¹⁸¹ Srov. ŠPATÉNKOVÁ, N. *Krizová intervence pro praxi*, s. 46.

¹⁸² Srov. VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*, s. 488.

¹⁸³ Srov. Tamtéž, s. 488.

¹⁸⁴ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 31.

¹⁸⁵ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 284.

¹⁸⁶ Srov. VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*, s. 488.

Jednají tak například lidé s těžkou nevléčitelnou chorobou, nebo lidé, kteří jsou osamocení, kteří se cítí nepotřební, lidé, kteří ztratili smysl života. S tímto typem sebevraždy se můžeme setkat u starších lidí, nebo u lidí s dlouhodobým interpersonálním konfliktem. Tomu je blízká biická sebevražda, která vždy vychází z reality. Příčinou jednání je často reakce na nějaký stres, životní situaci jako je ztráta, vážná nemoc, finanční krach a podobně.¹⁸⁷

Při určování těchto forem sebevražd však musíme rozlišovat ještě motivy patologické, protože i při jednoznačně patických sebevraždách, které mají původ v psychopatologickém obsahu a v patologické motivaci, nacházíme bilancování, hodnocení situace a podobně.¹⁸⁸

Nejčastější příčinou sebevraždy jsou onemocnění schizofrenního okruhu, deprese, panické poruchy, závislosti na alkoholu a drogách, poruchy osobnosti. Jedním z typů patické sebevraždy je rozšířená sebevražda. Má jednoznačně patologický podklad. Jde o případy, kdy duševně nemocný člověk pod vlivem halucinací nebo bludů zabije nejprve někoho ze svého okolí a potom teprve sebe. Motivem může být například nesnesitelnost žití pro něj a v jeho představách i pro jeho blízkého.¹⁸⁹

Nebo naopak, k usmrcení druhého člověka může dojít pod vlivem paranoidních představ a motivací zde může být strach o vlastní život či život jeho blízkých. Pacient se rozhodne po činu usmrtit i sebe, aby svou existencí neohrožoval své okolí.

Dalším typem sebevraždy je sebevražda skupinová a znamená sebevražedné jednání více osob. Je zde nutné rozlišit, který člověk byl iniciátorem, a kdo byl primárně pasivní, i když takové rozhodnutí mohl nakonec dobrovolně akceptovat. Velmi častým příkladem tohoto typu sebevražd jsou členové různých sekt, kteří se společně pod vedením svého vůdce rozhodnou ukončit svůj život. Motivem bývá snaha o dosažení něčeho hodnotnějšího, lepšího, než byla jejich současná existence.¹⁹⁰

3.1.2 Suicidium, svobodné rozhodnutí nebo duševní porucha?

Mezi odborníky zabývajícími se lidskou psychikou se již dlouhodobě odehrává diskuse, zda každé suicidální jednání představuje samo o sobě duševní poruchu či nikoli. V této kapitole se tuto otázku pokusím objasnit.

Jsou tací, kteří vnímají suicidium jako poruchu základního sebezáchovného pudu, a považují toto jednání vždy za projev duševní poruchy. Protipólem jsou jim ti odborníci, již hovoří o absolutní svobodě, tedy i o svobodě zvolit si čas a způsob smrti. Z jejich pohledu nemusí být na suicidálním jednání nic patologického.

¹⁸⁷ Srov. SMEJKAL, J. *Sebevražedné jednání*. In: *Po stopách psychiatrického ošetřovatelství*, Čas, 2003, s. 38- 44.

¹⁸⁸ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 31.

¹⁸⁹ Srov. SMEJKAL, J. *Sebevražedné jednání*. In: *Po stopách psychiatrického ošetřovatelství*, Čas, 2003, s. 38-44.

¹⁹⁰ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, s. 284.

Jean Améry se v pěti kapitolách svého pojednání o sebevraždě téměř naprosto vyhýbá obvyklým přístupům k tomuto veskrze lidskému činu, jak jej znázorňuje například psychologie či sociologie. Jeho rozprava začíná tam, kde moudrost těchto věd končí. Uvažujeme-li totiž o dobrovolné smrti, což je termín, jemuž Améry dává přednost před slovem sebevražda, musíme se pokusit myslet nemyslitelné, neboť opouštíme logiku života.

Améry tvrdí, že právě společnost spatřuje v suicidérovi blázna, nebo alespoň polovičního blázna, protože nechce vstoupit do jeho uzavřeného světa. Je toho názoru, že vědy zvané psychologie a psychiatrie se nejspíše domnívají, že vědí mnohé o chorobných (pro ně chorobných) stavech nevolnosti ze světa a o krachu. Ve skutečnosti však znají jen způsoby chování. Hranice mezi psychickým (a mimochodem i fyzickým) zdravím a nemocí je pokaždé vedena libovolně s právě platným systémem vztahů ve společnosti. Améry klade otázku, jak moc byli nemocní vizionáři, mystikové, extatikové, či jak moc je nemocný on sám jen pro to, že si nedokáže odříct požitky tabáku, který mu byl lékaři zakázán? Jak moc je nemocný, když se vprostřed života chce nechat dobrovolně lapit smrtí? Staví tak absurdní logiku smrti na stejnou úroveň s absurdní logikou člověka.¹⁹¹ Stručný životopis Jeana Améry pro zajímavost uvádím v příloze 3.

Realitě nejpravděpodobněji odpovídá kompromis, kdy lze v části suicidálního jednání spatřovat psychiatrickou poruchu. Tento kompromis však připouští i suicidium bez patologického podkladu, výše zmiňovanou biickou či bilanční sebevraždu.

Statistika z roku 2000 ovšem uvádí, že nejčastější duševní porucha, uvedená v souvislosti s dokonanou sebevraždou, byla afektivní porucha, která byla konstatována v 7,19 % všech případů.¹⁹²

Češková uvádí, že základní charakteristikou poruch nálady je porucha nálady anebo afektu ve smyslu plus nebo minus. Základními komponentami jsou depresivní, manické epizody a smíšené epizody. Jednotlivé formy dle klasifikace MKN-10 jsou manická epizoda, bipolární afektivní porucha, depresivní porucha, rekurentní depresivní porucha a trvalé poruchy nálad.¹⁹³

Nicméně duševní porucha nabyla zjištěna v 74,06 %. Je tedy možné, že duševní porucha přítomna byla, ale nebylo pro to dost informací a důkazů. Ve statistice se můžeme také setkat s termínem „bez psychické alterace“ v 8,54 % případů. Ve statistice z roku 1989 je v souvislosti se suicidálním chováním duševní porucha uvedena v 72 % případů. V této době byly uváděny diagnózy podle nomenklatury, 9. revize mezinárodní klasifikace nemocí a jednalo se o poruchy osobnosti a sexuální úchytky (11,2 %), neurózy a poruchy chování v dětství (8,3 %) a psychózy nikoli na organickém podkladě (7,9 %).¹⁹⁴

¹⁹¹ Srov. AMÉRY, J. *Vztáhnout na sebe ruku – rozprava o dobrovolné smrti*, s. 72-74.

¹⁹² Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 59.

¹⁹³ Srov. SVOBODA, M. ed at, ČEŠKOVÁ, E. KUČEROVÁ, H. *Psychopatologie a psychiatrie pro psychologii a pedagogii*, s. 201.

¹⁹⁴ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 59.

V průběhu mé sedmileté praxe jsem se setkala s několika případy sebevražedných pokusů. V mnoha případech nedokonaných. Bohužel v roce 2012 spáchaly pravděpodobně biickou či bilanční sebevraždu dva, toho času hospitalizovaní pacienti psychiatrického oddělení. Žádná z těchto sebevražd se ovšem neudála v nemocničním zařízení, pacienti čin spáchali v době, kdy se nacházeli na propustce schválené ošetřujícím lékařem.¹⁹⁵

Přestože by jednotlivé kazuistiky těchto pacientů byly pro mou práci velkým přínosem, nemohu je zde z důvodu povinné mlčenlivosti bez souhlasu pacienta či jeho rodinných příslušníků uvést. V samostatné kapitole uvádím případové studie – komplexní kazuistiky pacientů, kteří se o suicidium neúspěšně pokusili, s jejich následnou analýzou.

Zvolský uvádí, že sama sebevražednost není vlastně diagnózou v užším slova smyslu, může být ale symptomem čehosi velmi závažného. Je definována událostmi a prožitky, které jedinec nedokáže racionálně zpracovat a tím vzniká předpoklad k psychopatologickému vývoji jedince.¹⁹⁶

3.2 Práce se sebevražedným jedincem

V této kapitole jsou popsána specifika práce se sebevražedným jedincem, zásady komunikace, krizová intervence, ale i některé právní aspekty, vztahující se k sebevražednému jednání.

3.2.1 Zásady komunikace

V první řadě se ovšem seznámíme s podmínkami komunikace se sebevražedným jedincem. Při pohledu na jedince, který se rozhodl k sebevraždě, můžeme sledovat určitá specifika v jeho chování. Můžeme vidět zpomalení v pohybech či zpomalený dech. Jedinec přemýšlí pomalu, vyjadřuje se pomalu, dostává celkově do jiné časové dimenze. Toto celkové zpomalení a jakési zklidnění je způsobeno konečným rozhodnutím o svém činu, cítí úlevu a apatii. Sebevraždu má již naplánovanou, vše si již důkladně připravil.

Tomuto tempu se musíme při rozhovoru přizpůsobit. Zásadně nesmíme dávat najevo netrpělivost, nesmíme nabízet slova, která člověk v sebevražedné krizi obtížně hledá. Důležité je nespěchat, protože pomlky, které v rozhovoru nastanou, mohou mít velký význam. Podstatná je také emoční angažovanost a vstřícnost člověka vyslechnout. Celou situaci krizové intervence pozitivně utváříme interakcí. Mluvíme pomalu, zřetelně, jednoduchým jazykem. Prostá sdělení můžeme vícekrát opakovat. Není nutné se obávat, že nás nenapadnou ta nejpřiléhavější slova, není důležité, co říkáme, ale jak

¹⁹⁵ Ústní sdělení: MUDr. Prim. PhDr. Jan Tuček 7.1.2013, publikováno se svolením citovaného.

¹⁹⁶ Srov. ZVOLSKÝ, P. *Obecná psychiatrie*, s. 64.

to říkáme. Ovšem neuchylujeme se k frázi. Klidný hlas v nižší tónině zajistí, abychom nezvyšovali rozčilení své ani klientovo.¹⁹⁷

Jestliže se někdo chce zabít, stalo se mu něco zlého, nebo se něco zlého děje. Nelze tedy očekávat ze strany klienta vstřícnost, dobrou náladu, vděčnost. Zlobit se, urazit se, vracet agresi, takové chování je krajně neprofesionální a může mít pro klienta fatální následky. Případné vlastní zranění doporučují odborníci řešit v supervizi nebo intervizi, v kontaktu s klientem musíme udržet rovnováhu. Bohužel v rámci mé praxe nemám možnost supervizi vyhledat, což shledávám jako velký nedostatek.

3.2.2 Práce se sebevražedným jedincem v přímém kontaktu

V krizové intervenci tváří v tvář má sociální pracovník nejen větší podíl odpovědnosti za přicházejícího člověka, ale i více prostoru podporovat, chránit a přesvědčit. Pro klienta je snazší v zoufalství položit sluchátko, než se zvednout z křesla a odejít. Ze své praxe vím, že když klient dorazí do místa odborné pomoci, a přestože tvrdí, že je o sebevraždě přesvědčen, a že nestojí o žádnou intervenci, v podstatě doufá, že bude zastaven a bude mu podána pomocná ruka. Nakonec vděčně přijímá možnost hospitalizace na psychiatrickém oddělení i přes to, že rozměr krize třeba zrovna nepřamení z psychopatologie.

Pro práci se sebevražedným klientem v přímém kontaktu je nutné dodržovat pravidla nejen zaměřená na slovní projev, ale také na řeč těla. Pracovník musí samozřejmě respektovat klienta, ponechat mu kompetenci za jeho život v jeho rukou.¹⁹⁸

Protože s klientem jednáme tváří v tvář, místo pro tak závažný rozhovor by mělo být příjemné, klidné a nerušené. Klient by měl mít možnost vybrat si místo, kam se posadí. Necháme klienta, aby si dal židli do pro něj přijatelné vzdálenosti od krizového pracovníka, klientovi by měl být dán i prostor uhnout s pohledem jinam.

Po ruce by při takovémto rozhovoru neměla chybět krabička s papírovými kapesníčky a sklenice vody, abychom podpořili důvěrnou atmosféru a také později nemuseli přerušovat rozhovor.

3.2.3 Práce se sebevražedným jedincem po telefonu

Potencionální sebevrazi málokdy chtějí, aby za nimi někdo přišel, zato často mají intenzivní potřebu s někým mluvit, protože jim vyhovuje anonymita. Díky krizové lince tak může pracovník navázat dobrý kontakt a získat čas. Během rozhovoru je nutné, aby pracovník využíval celé škály dovedností aktivního naslouchání. Zde opět poukazují na nutnost proškolení sociálního pracovníka v této oblasti.

Někdy může na lince důvěry nastat situace, že někdo umírá v následku sebevražedného činu. Tento člověk volá jen za tím záměrem, aby v takové těžké chvíli nebyl sám. Havránková v takové chvíli, kdy už pro nic jiného není prostor, vnímá tento úkol jako údel pracovníka, kdy nezbyvá nic jiného, než jej přijmout a rozhodnutí

¹⁹⁷ Srov. VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*, s. 494.

¹⁹⁸ Srov. VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*, s. 496.

člověka o sebevraždě prostě respektovat. Je třeba uvědomit si, že kdyby klientovi zůstala jen malá naděje pro další život, řekl by si o ni.¹⁹⁹

3.2.4 První pomoc při suicidálních myšlenkách a tendencích

V tomto případě bývají přítomny skryté či otevřené suicidální výroky a výhrůžky. Verbalizace suicidálních myšlenek a úvah je důkazem toho, že tyto tendence jsou obsahem psychiky. Proto je důležité tyto projevy nepodceňovat. Pro odborné posouzení stavu pacienta je zpravidla nezbytné psychiatrické vyšetření, protože pokud je riziko suicidálního jednání významné, je nutné pacienta hospitalizovat. Jindy postačí využít sítě krizových center. V této situaci je opět důležitá zkušenost, praxe a vzdělání sociálního pracovníka v oblasti psychiatrie. Sociální pracovník by měl umět rozeznat, zda se jedná či nejedná o případ závažného psychiatrického onemocnění. Pokud se ovšem jedná o závažné psychiatrické onemocnění a akutní suicidální nebezpečí naplňuje kritéria nebezpečnosti sobě, je nutné, aby se pracovník rozhodl pro pobyt nemocného ve zdravotnickém zařízení bez jeho souhlasu. Tato problematika a její podmínky jsou popsány v následující kapitole o nedobrovolné hospitalizaci.

Sociální pracovník musí při poskytování první pomoci počítat s možnou nespoluprací či disimulací ze strany pacienta. U dětí a dospívajících musíme spolupracovat s rodiči, i když klient má právo na naši mlčenlivost. Na druhé straně je zde zákonná odpovědnost rodičů za nezletilého do 18 let.

Koutek doporučuje tyto situace posuzovat individuálně, avšak na prvním místě je třeba mít na paměti záchranu lidského života. Sociální pracovník může také zvážit spolupráci s orgány péče o dítě.²⁰⁰

3.2.5 První pomoc při akutně hrozícím suicidálním jednání

Při psaní této teze jsem zjistila, že neexistuje jednoduchý a jednoznačný návod, jak zasáhnout při akutně hrozícím suicidálním jednání. Základem je navázání kontaktu s postiženým a rychlé zmapování situace. Na místě je zde maximální využití schopnosti empatie. Opět je zde podstatné zachovat klidný postoj a direktivnost při podpoře adaptivních strategií řešení životních problémů a zamezení řešením neadaptivním. Cílem sociálního pracovníka je dostat pacienta do bezpečí a zamezit tím sebepoškozujícímu jednání. Pak bych doporučila odborné vyšetření psychiatrem, který rozhodne, zda pro další péči a bezpečí pacienta bude postačovat ambulantní péče, nebo zda stav vyžaduje hospitalizaci.

3.2.6 První pomoc po suicidálním pokusu

Po suicidálním pokusu zasahuje podle aktuální situace nejdříve lékař z některého ze somatických oborů, a teprve když pomine přímé ohrožení života, je povolán psychiatr a psycholog. Samotné vyšetření se zabývá několika okruhy problémů. Prvním

¹⁹⁹ Srov. Tamtéž, s. 496.

²⁰⁰ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 95.

je vážnost úmyslu zemřít, přítomnost psychiatrické poruchy, motiv sebevražedného pokusu, nebezpečí opakování a terapeutický postup.

To, jakým způsobem je sebevražda provedena, určuje i její závažnost. Významný je také dopis na rozloučenou, závěť, provedení činu s omezením možnosti záchrany. Všechny tyto faktory je ovšem nutné hodnotit individuálně, a to s ohledem na to, zda mohl postižený chápat nebezpečnost použité metody. Při hodnocení eventuality opakování sebevražedného jednání je důležité připustit i možnost disimulace. V žádném případě bychom neměli vyšetření provést bez získání objektivních údajů od rodiny či kolegů, v případě nezletilých i spolužáků či učitelů, protože pohled odborníka na další řešení se může po rozhovoru změnit. Pokud považujeme riziko opakování za významné, je nutná hospitalizace, ať již v krizovém centru, nebo v závažnějších případech v psychiatrickém lůžkovém zařízení.²⁰¹

V mé běžné praxi na psychiatrickém oddělení se užívá standardního postupu takzvané zvýšené péče, kdy je v případě propustek či vycházek pacienta podmínkou stálá přítomnost rodinného příslušníka. Ten dohlíží na pacienta po dobu propustky a může pak i průběh propustky objektivně reflektovat lékaři. Specifikum péče o sebevražedného jedince na mém pracovišti, psychiatrickém oddělení, se budu věnovat v samostatné podkapitole.

3.2.7 Krizová intervence

Krizovou intervencí rozumíme odbornou metodu práce s klientem v určité životní situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Činnost pracovníka při krizové intervenci spočívá v zpráhlednění a strukturaci klientova prožívání a ve snaze zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v klientově chování. Je zaměřená na prvky klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací.

V souvislosti se suicidálním chováním by měla krizová intervence zvládnout následující úkoly: zabránit akutně hrozícímu jednání, diagnostikovat případnou duševní poruchu a zajistit psychiatrickou nebo psychologickou péči.

Přístup krizové intervence se samozřejmě liší podle individuálního posouzení každého případu. Někdy může být tento přístup spíše podpůrný, jindy interpretující.

Koutek v této situaci poukazuje na to, že je nutné mít na paměti, že i takzvané demonstrativní nebo účelové suicidální jednání není bez nebezpečí. Vždy se musíme zamýšlet nad tím, jak by bylo možno tento problém řešit, i když například delikventovi nemůžeme pomoci vyhnout se vězení.²⁰²

Krizová intervence v případě demonstrativních sebevražedných pokusů by měla být zaměřena na oživení a pročištění komunikace zúčastněných osob, ale také na podporu pevných limitů, hranic, které není za žádných okolností dovoleno překračovat.

²⁰¹ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 96.

²⁰² Srov. Tamtéž, s. 96.

Jednotlivé přístupy krizové intervence byly již okrajově uvedeny v předchozích kapitolách.

Dalším úkolem pracovníka poskytujícího krizovou intervenci je zvážit, zda klientovi postačí ambulantní léčba, nebo zda bude nutná hospitalizace na lůžku. Někdy pro menší hrozbu stigmatizace může postačit pobyt v krizovém centru, ovšem toto řešení lze doporučit jen při krátkodobé životní krizi. Ale i v této situaci je nutno zprostředkovat klientovi diagnostické vyšetření psychologem a psychiatrem pro vyloučení eventuální duševní poruchy.

Každý sociální pracovník by se v metodách krizové intervence měl dobře orientovat, ale pro úplnost uvedu ještě několik psychoterapeutických zásad krizové intervence, souvisejících se suicidálním jednáním.

První zásadou je navázání kontaktu a jeho následné rozvíjení, protože je potřeba udržet komunikaci. Další zásadou je schopnost empatie, kterou by měl dávat najevo, ovšem ne tak, aby vyzněla jako souhlas se sebevražedným jednáním. Je potřeba snažit se porozumět suicidálnímu jednání jako volání o pomoc a navázat tak hledáním jiného řešení problémů nejen pro současnost, ale i pro budoucnost. V případě duševní poruchy při hrozícím opakování sebevražedného jednání je nutné zajištění následné péče.²⁰³

3.2.8 Specifika péče o sebevražedného jedince na psychiatrickém oddělení

Vstup na psychiatrické oddělení je náročnou životní situací nejen pro nemocného, ale i pro jeho rodinu. Často pouze klidný, profesionální přístup a dostatek informací podaných vhodnou formou významně přispěje ke zvládnutí celé situace. Už jen proto, aby mohl pracovník na specifika péče psychiatrického oddělení připravit rodinného příslušníka postiženého, hospitalizovaného pro suicidální jednání, zabývám se jimi v této podkapitole.

K prevenci rizik pomáhá nejen to, že oddělení je uzavřené a střežené kamerovým systémem, ale i přísné vnitřní předpisy. Při vstupu na oddělení personál požádá o společnou prohlídku věcí, které si pacient nechává u sebe. Předměty, jako jsou léky, nástroje, nůžky, nože, holení, šňůry, skleněné a porcelánové předměty a podobně, jsou uloženy na místo k tomu určené a pacient je používá pouze pod dohledem personálu. Péče na psychiatrickém oddělení tak někdy vyžaduje postupy, které narušují intimitu a soukromí pacienta.

Je nutné mít nepřetržitý dohled nad pacientem, personál musí neustále vědět, kde se pacient pohybuje, pokud navštíví koupelnu nebo toaletu, je nutné monitorovat, zda tyto prostory bezpečně opustil. Při podávání léků je důležité dohlédnout na to, aby pacient léky skutečně požil, protože jejich shromažďování by mohlo být významným příznakem plánování suicidálního pokusu.²⁰⁴

²⁰³ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 96.

²⁰⁴ Srov. MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M. BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 67.

Soustavné kontrolování není příjemné pro pacienta, ale ani pro personál. Vždyť už jenom hospitalizace na uzavřeném oddělení je velmi omezující. Při nesouhlasu pacienta s hospitalizací se navíc jedná o pobyt nedobrovolný.

3.3. Praktické ověření

V literatuře se píše, že ztráta smyslu života často vede k úvahám o siucidálním jednáním.²⁰⁵ Protože jsem zaměstnaná na psychiatrickém oddělení, rozhodla jsem se podpořit cíl práce výzkumem. Abych mohla popsat úlohu pracovníka v pomáhajících profesích při práci s klienty, kteří ztratili smysl života, a kteří svou existenciální krizi řešili sebevraždou, rozhodla jsem se s některými z těchto klientů vést rozhovor, a ten jsem pak zpracovala do kazuistiky. Cílem výzkumu bylo především zjistit, zda je u klientů se sebevražedným jednáním přítomno prožívání ztráty smyslu života. Tento výzkum mi pomohl získat vhled do prožívání těchto klientů a odhalil mi skutečnosti, které mohou člověka dovést až do situace, kdy uvažuje o sebevraždě.

Abych čtenáře nezahltala jeho výsledky v teoretické části, rozhodla jsem se ho umístit do části práce věnované přílohám.²⁰⁶

Formou polostrukturovaného rozhovoru jsem se dotazovala pacientů, kteří byli z důvodu siucidálního jednání hospitalizováni na psychiatrickém oddělení. Následnou analýzou získaných dat ve formě kazuistik, které jsou s celým výzkumem uveřejněné v přílohách, jsem došla k těmto závěrům.

Některé skutečnosti se vyskytovaly u všech zkoumaných pacientů. Konkrétně to byl právě pocit ztráty smyslu života předcházející siucidálnímu jednání a tíživá životní situace celkově, která současně byla příčinou siucidálního pokusu.

Jiné skutečnosti byly spíše specifické, jako např. rozpadající se partnerský vztah, nebo zdravotní potíže před siucidálním pokusem. U osmi respondentů se jednalo o první sebevražedný pokus, polovina respondentů uvádí teprve první kontakt s oborem. Problémy v sociálním zázemí uvádí šest z deseti dotazovaných, rozpadající se partnerský vztah byl přítomen u čtyř respondentů. U pěti respondentů byly přítomny zdravotní potíže před siucidálním pokusem a u dvou se vyskytly zdravotní potíže po spáchání siucidálního pokusu. Psychická zátěž v rodinné anamnéze byla zjištěna u pěti respondentů.

Lítost nad provedeným siucidálním pokusem projevilo sedm dotazovaných, změněný postoj k životu a svým hodnotám po siucidiu připouští pouze čtyři respondenti. Přetrvávající pocit ztráty smyslu života po siucidálním pokusu uvádí jen polovina respondentů, stejný počet respondentů také kladně odpovídá na dotaz, zda plánují budoucnost. Přetrvávající sebevražedné myšlenky po siucidálním pokusu připouští pět dotazovaných. Tři z deseti dotazovaných kladně odpověděli na dotaz, zda

²⁰⁵ Srov. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. s. 499.

²⁰⁶ Viz. Příloha I.

jsou nějakého vyznání a z těchto tří pouze dva uvedli lítost nad provedeným suicidálním pokusem.

Jsem si vědoma, že vzhledem k malému vzorku cílové skupiny je permanentní slabinou případových studií problém zevšeobecnování výsledků na širší rámec populace,²⁰⁷ ale z výzkumu vyplývá, že k řešení krizové situace suicidiem se přiklání věřící i pacienti bez vyznání. Protože se u případových studií v mé práci jedná o intenzivní a často nejmenší detaily zachycené výzkumem, považuji množství respondentů za dostačující. Právě tím, že je případová studie často intenzivní a zachycuje podrobné detaily výzkumu, může vést k objevení nových, doposud přehlížených skutečností a k formulování nových cílů.

²⁰⁷ Srov. FEREJNČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*, s. 133.

4. Odpovědnost a úloha pracovníka pomáhajících profesí při práci s klientem, který ztratil smysl života

V předchozích kapitolách byly nejdříve vymezeny některé základní pojmy související s tématem smyslu života, v druhé kapitole byly popsány různé životní situace, ve kterých se může pomáhající setkat se ztrátou smyslu, ve třetí kapitole je řešena problematika sebevraždy jako největší riziko při ztrátě smyslu života. V této čtvrté, poslední kapitole se již dostáváme k naplnění cíle mé práce, kterým je popsat odpovědnost a úlohu pracovníka pomáhajících profesí při práci s klientem, který ztratil smysl života. Tato čtvrtá kapitola je rozdělena na dvě podkapitoly. První podkapitola je věnována otázce odpovědnosti pracovníka pomáhající profese při práci s klientem, který ztratil smysl života, v druhé podkapitole se dostávám, pomocí odkazů na předchozí kapitoly, k popsání úlohy pracovníka pomáhající profese při práci s klientem, který ztratil smysl života.

4.1 Odpovědnost pracovníka pomáhajících profesí při práci s klientem, který ztratil smysl života

V této podkapitole se dostávám k plnění první části cíle mé diplomové práce, kde popisuji, jakou odpovědnost má pomáhající při práci s klientem, který ztratil smysl života. Na toto téma, nahlížím z několika úhlů. Nejdříve se věnuji otázce svědomí, pak se odpovědnosti pomáhajícího za konečný výsledek své činnosti s klientem a na konec zmiňuji zákonem dané povinnosti.

V literatuře se uvádí, že za vhodných okolností jsou někteří lidé schopni pomáhat druhým zvládnout úkoly, které před ně život klade. Toto přesvědčení bylo posléze institucionalizováno v mnoha pomáhajících profesích. Od poradců, psychiatrů, psychologů a sociálních pracovníků se očekává, že jsou schopni pomáhat lidem zvládat jejich sociální a emoční problémy. Profesionální pomoc například definoval Úlehla ve své knize *Umění pomáhat*, kde se pomoc stává dojednaným způsobem práce, kterou si klient přeje. Zahájí se tím, že ji pracovník nabídne a klient si ji zvolí. Klient tedy většinou přichází s objednávkou a pracovník mu pak učiní nabídku. Následně se dohodnou o pomoci a vzniká tak zakázka. Zde by měl být ideálně počátek rovnocenného partnerského vztahu mezi klientem a sociálním pracovníkem.²⁰⁸

Spaeman zdůrazňuje, že pomoc by měla být směřovat k tomu, aby byl klient jako člověk schopen dosáhnout zdařilosti ve svém životě. Základem je jednání, které je

²⁰⁸ Srov. ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat – učebnice metod sociální práce*, s 47.

založené na vůli k dobru, jednání, kterým přicházíme na pomoc tomu, kdo ji potřebuje.²⁰⁹

4.1.1 Svědomí v úsudku pracovníka pomáhající profese

Vykonává-li pracovník pomáhajících profesí svou práci, poskytuje-li službu klientovi, předpokládáme, že jedná v souladu se svým vědomým a svědomím, a že si svá rozhodnutí dokáže zodpovědět. Z toho vyplývá, že svědomí hraje v úsudku pracovníka pomáhajících profesí významnou roli a považují za důležité se o něm v souvislosti s odpovědností zmínit. V této kapitole vysvětlím pojem svědomí podle výkladu odborné literatury.

Svědomí definuje psychologický slovník Hartla a Hartlové jako formu prožívání morálního hodnocení vlastních činů, motivů a citů. Věřící svědomí ztotožňovali s hlasem božím, jiní ho vnímají jako součást lidské přirozenosti. Freud charakterizuje svědomí jako část superega, která převádí příkazy a výtky na ego. Současná psychologie považuje svědomí za složku osobnosti, kulturně a sociálně podmíněnou a osvojenou učením.²¹⁰

Kromě Freuda věnoval svědomí mimořádnou pozornost i C. G. Jung. Byl Freudem ovlivněn, odmítá však jeho hypotézu o sexuální determinaci libida a nevědomí chápe spíše ve smyslu tvořivé součásti lidské psychiky a ne jako nějaký reservoár potlačených potřeb. Svědomí vnímá jako zakotvené hluboko v duši člověka, vrozené a vlastní jádro jeho pojetí pak tvoří Jungovy známé tzv. archetypy.²¹¹

Jankovský hodnotí svědomí jako pozoruhodný fenomén lidského vědomí, které je samo o sobě zcela výjimečným jevem a nemůže být redukováno pouze na psychiku. Staví se tak proti pojetí svědomí v současné psychologii. Svědomí vnímá jako daleko komplexnější záležitost a jako velmi důležitý ukazatel při výkonu pomáhajících profesí. Zdravé a dobře vyvinuté svědomí určuje úroveň profesionality pracovníka a současně je i citlivým barometrem spokojenosti s výkonem pomáhajícího povolání. Jednat mravně není obtížné pro člověka se zralou a integrovanou osobností, jenž má k výkonu svého povolání odpovídající osobnostní dispozice. Zdravé svědomí se stává člověku výzvou k pozornosti, aby byl schopen postřehnout, jaké má jeho jednání celková hlediska (souvislosti), a zda je v tomto kontextu v souladu s jeho svědomím, jinými slovy, je-li mravné. Naopak pro rozpačité, úzkostné a nerozhodné jedince může být jejich svědomí zdrojem nejrůznějších frustrací, komplexu méněcennosti, případně i tzv. syndromu vyhoření.²¹²

Příkaský uvádí, že o svědomí mluví už Sokrates (399 př. Kr.), když popisuje své daimonion: božský hlas neviditelný v nitru člověka, vynášející soud o to, co se nesmí

²⁰⁹ Srov. SPAEMAN, R. *Štěstí a vůle k dobru*, s. 34.

²¹⁰ Srov. HARTL, P. HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*, s. 577.

²¹¹ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 33.

²¹² Srov. Tamtéž, s. 31.

dělat. Na svého učitele navazuje Platón (347 př. Kr.), jenž navíc učí, že lidský život musí být řízen rozumem. Základ k pochopení svědomí ovšem v podstatě položil Aristoteles, který vychází z rozlišení teoretického a praktického rozumu. Tvrdí, že teoretický rozum poznává pravdu pro ni samotnou, cílem jeho poznání je „nazírání“ pravdy. Pravda se nepodřizuje nějakému praktickému účelu. Jinak řečeno: jedná se o skutečnost rozumu jako takového a jeho možnosti. Praktický rozum je zaměřen k poznání, které pomáhá nalézt odpověď na otázku: Co mám dělat, jak mám něco vytvořit? Praktický rozum navazuje na teoretický. Vzájemné ovlivňování teoretického a praktického rozumu, které se projevuje prostřednictvím svědomí, probíhá v našem nitru téměř nepostřehnutelně. My sami si spíš všímáme výsledků, tedy buď „čistého“ svědomí, nebo výčitek. Svědomí může vyslovovat soudy jen v první osobě. Vztahuje se výlučně na mé vlastní činy. Mé svědomí neurčuje, co by měl dělat druhý. Můžeme druhému radit, ale rozhodnout se musí každý sám.²¹³

Jankovský rozlišuje u svědomí jeho polohy a jeho vlastnosti. Svědomí před činem, které je pro mravní hodnotu jednání rozhodující, a svědomí po činu. Následné svědomí může naše chování schvalovat, hájit, omlouvat, nebo v případě, kdy jsme jednali špatně, se v nás po činu ozývají výčitky, jejichž intenzita je závislá na citlivosti svědomí. Vlastnosti svědomí rozděluje do dvou krajností, mezi nimiž však může být ještě dosti široká škála odstínů. Jsou to laxnost a rigidita. V jednoduchosti přiblížím pojem laxní svědomí, které se vyznačuje malou citlivostí pro podněty svědomí. Příčiny můžeme hledat pravděpodobně v pochybení ve výchově, převážně v období utváření charakteru. Opačným příkladem je rigidní, skrupulózní svědomí, kdy je člověk sám na sebe až příliš náročný a přísný.

Frankl ve své knize psychoterapie náboženství v kapitole existenciální analýza svědomí, označuje svědomí jako instinktivní jev. V protikladu k „praktickému rozumu“ se stává etickým instinktem. Zatímco zvíře je tu a tam svým životním instinktem oklamáno, je člověk tu a tam oklamán právě etickým rozumem, zatímco teprve etický instinkt, totiž svědomí, jej uschopňuje, aby vůbec viděl „to jedno, co je nutné“.²¹⁴

Jankovský uvádí, že z pohledu současné filosofické antropologie se v souvislosti se svědomím dostává do popředí především odpovědnost člověka (lidské být znamená být odpovědným), přičemž je svědomí stále více chápáno jako funkce celé osobnosti. Ve své knize *Etika pro pomáhající profese* cituje Heideggera, podle kterého se ve svědomí projevuje jednak prožitek nejvyšší osobní intenzity, ale současně i dimenze, která člověka přesahuje. Je to zážitek, jenž se člověku vnucuje, nemůže ho nemít, jsme mu vydáni, protože hlas svědomí vychází z člověka a zároveň jej přesahuje.²¹⁵

Chceme-li někoho považovat odpovědného za jeho jednání, pak to znamená, že od něho očekáváme, že může rozumně odpovědět na otázku, proč jednal takto a ne jinak. Jednání člověka schvalujeme tehdy, vidíme-li, že mohou být rozumově

²¹³ Srov. PŘÍKASKÝ, J, V. *Učebnice základů etiky*, s. 41- 43.

²¹⁴ Srov. FRANKL, V, E. *Psychoterapie a náboženství. Hledání nejvyššího smyslu*, s. 20.

²¹⁵ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 32.

ospravedlněny, tj. je-li odůvodnění, jež jednající podává, zřejmé a pochopitelné. Tento aspekt odpovědnosti obsahuje dvě hlediska. První hledisko ukazuje na naše přesvědčení, že otázka, co je dobré a co je zlé, může být předmětem diskursu. O této otázce spolu můžeme rozumně hovořit. Předpokládáme tedy, že určování dobra a zla se ani nemá dít zcela iracionálně, ani není prostě věcí libovolného, pouze soukromého názoru, nýbrž odkazuje na racionální argumentaci. Druhé hledisko ukazuje, že to, co je špatné, nemorální, má vždycky nějak charakter něčeho, co je proti rozumu. Nedá se to rozumně ospravedlnit. Konáme to „proti lepšímu vědomí a svědomí“, a proto nemůžeme zodpovědět.²¹⁶

Jankovský k tématu svědomí ještě doplňuje, že právě morálka hodnotí lidské chování z hlediska dobra a zla v porovnání s lidským svědomím. Morální neboli mravně dobré se tedy stává to jednání, jež je ve schodě se svědomím jednajícího. V tomto smyslu ovšem již nehovoříme o morálce, ale o mravnosti konkrétního člověka.²¹⁷

4.1.2 Odpovědnost pomáhajícího za konečný výsledek své činnosti při práci s klientem, který ztratil smysl života

V této kapitole se pokusím popsat, do jaké míry jsou pracovníci pomáhajících profesí ve své profesi odpovědní za to, jak se situace jejich klienta bude vyvíjet.

Obecně se základní hodnoty a cíle sociální práce shodují s obecnými cíli člověka žijícího ve společnosti. To znamená zajistit naplnění svých hlavních potřeb (potrava, pocit bezpečí) a také regulovat chování. Současná sociální práce považuje za svou klientelu v podstatě celou společnost – tento přístup vyznává, že každý člen společnosti se v určitém období svého života může stát znevýhodněným.²¹⁸

Cílem pomáhajícího obecně je stabilizovat stav klienta takovým způsobem, aby se mohl adekvátně rozhodnout, jak bude situaci řešit.

To, jakou pomoc a v jaké míře poskytovat, je jedním ze základních etických problémů v sociální práci. Jde o to, kolik pomoci poskytnout, aby stimulovala klienta nejvíce ke změně postojů a odpovědnému jednání a nevedla k jejímu zneužití.²¹⁹

Je nutné podotknout, že to, jaký vztah vznikne mezi sociálním pracovníkem a klientem, je otázkou svobodného aktu, který je identický s vůlí k dobru, tedy směřování k prospěšnosti.²²⁰

Janebová a Musil se otázkou přejímání odpovědnosti za pacienta zabývají a tvrdí, že v případě respektování jedné ze základních hodnot sociální práce, kterou je právo klienta na seburčení, nezbyvá než konstatovat, že pokud nechceme klientům upírat právo volby, měli by to být právě oni, kdo má největší vliv na to, jak situace dopadne. Klientská zodpovědnost se váže k volbě řešení, zatímco pracovníci

²¹⁶ Srov. ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*, s. 13.

²¹⁷ Srov. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*, s. 24-25.

²¹⁸ Srov. ETICKÝ KODEX sociálních pracovníků v ČR, vydán společností sociálních pracovníků 19. 5. 2006 [online]

²¹⁹ Srov. Tamtéž.

²²⁰ Srov. SPAEMAN, R. *Štěstí a vůle k dobru*. s. 36.

pomáhajících profesí zodpovídají za kvalitu procesu pomoci. Odpovědnost pomáhajícího se váže k tomu, že přijímá a akceptuje klienta a vytváří s ním pozitivní pracovní vztah a poskytne klientovi náhled na jeho situaci.²²¹

Při práci s klientem mohou nastat situace, kdy se převzetí odpovědnosti pomáhajícím stává legitimním. Je tomu jednak u těch, kteří se nemohou sami chránit. Týká se to především dětí, lidí s mentálním postižením či seniorů s demencí. Dále se tato výjimka vztahuje na duševně nemocné v akutním stádiu onemocnění, sem patří nejčastěji psychotické a depresivní stavy. Dalšími, za které může sociální pracovník legitimně přijmout odpovědnost, jsou jedinci, kteří nejsou sociálně odpovědní. To se vztahuje především na jedince, u kterých pomáhající předpokládá riziko suicidálního jednání, nebo sem patří ti, kteří odmítají respektovat práva druhých, nebo svým jednáním ohrožují sebe či ostatní.

Janebová a Musil uvádí, že pomáhající musí v těchto případech pomáhající dvě primární hodnoty sociální práce, „právo klienta na sebeurčení“ a „sociální odpovědnost za ohrožené“. Zda pomáhající převezme odpovědnost za klienta či nikoliv, závisí na kompetencích samotných klientů. Kompetenci lze vymezit jako schopnost se v dané situaci podle okolností s nadhledem rozhodnout.²²²

Janebová a Musil v časopise pro teorii a vzdělávání v sociální práci navrhuji zkoumat tři typy kompetencí. Zaprvé kompetenci klientů popsat situaci, respektive posuzovat fakta či „pravdu“. To znamená, že pokud je klient schopen vymezit svou situaci, zamýšlet se nad jejími příčinami a zvažovat další vývoj situace, má tzv. „instrumentální“ kompetenci. Druhá, „sociální“ kompetence zahrnuje především schopnost formulovat, jak by se situace měla vyvíjet, „jak by to mělo být správně“. Ovšem to, že klient popisuje situaci a své představy o změně jiným způsobem než pomáhající, neznamená, že obě kompetence nemá. Naopak, pokud je schopen o situaci diskutovat, byť s jinými představami než pomáhající, jedná se o kompetentní osobu. Někdy mohou být obě kompetence narušeny sníženým intelektem jedince, jindy se mohou podřizovat panujícím strukturám vztahů např. v rodině. Třetí kompetence zahrnuje schopnost autenticity, tedy potenciálu navázat dobrý vztah s pomáhajícím, protože v řadě případů klienti nedůvěřují pomáhajícím nebo se s nimi pokouší manipulovat a pak nelze posuzovat ani první dvě kompetence, protože jsou ovlivněny malou věrohodností klienta. Pokud klienti zmíněné kompetence mají, je třeba ponechat odpovědnost za volbu na nich, pokud nikoliv, odpovědnost by měli uvážlivě přebírat sociální pracovníci. Janebová a Musil ještě upozorňují na to, že v případě, kdy sociální pracovník dospěje k názoru, že klient není kompetentní, nemělo by to znamenat definitivní převzetí odpovědnosti. Naopak, pokud je to možné, mělo by být cílem pracovat spolu s ním na vytvoření či obnovení chybějících schopností.²²³

²²¹ Srov. JANEBOVÁ, R. MUSIL, L. Mýty o roli sociálních pracovníků a pracovníků. In *Sociální práce. Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci – Role sociálního pracovníka*. [online].

²²² Srov. JANEBOVÁ, R. MUSIL, L. Mýty o roli sociálních pracovníků a pracovníků. In *Sociální práce. Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci – Role sociálního pracovníka*. [online].

²²³ Srov. Tamtéž.

I Frankl ve své knize *Vůle ke smyslu* zdůrazňuje nutnost vychovávat pacienta k jeho vlastní odpovědnosti. Pro sociálního pracovníka tento úkol není jednoduchý, protože člověk se neustále snaží své odpovědnosti uniknout. Místo zodpovídání se před společností, vlastním svědomím, nebo dokonce před vlastním Bohem, se snaží omlouvat.²²⁴

4.1.3 Zákonem dané povinnosti

Každý pracovník v pomáhající profesi, ať už se jedná o poradce, terapeuta, sociálního pracovníka, lékaře či krizového intervenanta, je s problematikou právního postavení konfrontován. Do jaké míry je zavazující slib, který klientovi dal o důvěrnosti jím sdělených informací, pokud jsou tyto skutečnosti například v rozporu se zákonem? Je-li naším cílem udělat pro klienta „to nejlepší“ a ochránit ho, je otázkou, do jaké míry je vlastně pomáhající schopen objektivně stav klienta posoudit. Pracovník v pomáhajících profesích může být volán k odpovědnosti trestněprávní, občanskoprávní, pracovněprávní, správněprávní.²²⁵

Vzhledem k tématu mé diplomové práce se pokusím nastínit, jaké má pomáhající zákonem dané povinnosti a východiska, když je konfrontován s úmyslem sebevražděného jednání ze strany klienta, který ztratil smysl života. Dalším předmětem této kapitoly je zjistit, jaká je obecně trestní odpovědnost v souvislosti se sebevražděným jednáním.

4.1.3.1 Důvěrné informace, mlčenlivost, ohlašovací povinnost

V případě sociálních pracovníků, zaměstnanců poraden pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy upravuje mlčenlivost vyhláška MPSV ČR č. 182/91 (§90). Oprávněnost vyžadovat informace o fyzických osobách je pro různé orgány zakotvena v řadě předpisů (např. v občanském soudním řádu a trest. řádu). V podstatě, zjednodušeně řečeno, máme povinnost mlčet o všem, co nám klient sdělí, pouze ve výjimečných případech ne, a to v případě oznamovací povinnosti u zákonem vymezených trestných činů, nebo máme-li písemný souhlas klienta (týká se např. podávání zpráv jiným institucím, lékařům, soudům atp.). V této souvislosti upozorňuji na požadování zpráv (podle § 8 odst. 1 trest. řádu) od orgánu činných v trestním řízení, což je vyšetřovatel, státní zástupce, soud a policie.²²⁶

4.1.3.2 Trestně právní odpovědnost v pomáhajících profesích

Vycházíme-li z předpokladu, že pomáhající profese – např. krizová intervence - je veřejná, odborná služba a krizový intervenant není úřední osobou, pak má pomáhající povinnosti jako každý jiný občan. Jeho úkol je však náročnější, protože z hlediska své

²²⁴ Srov. FRANKL, V, E. *Vůle ke smyslu*, s. 31-32.

²²⁵ Srov. VONDRÁČEK, L. LUDVÍK, M. *Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi I. České ošetrovatelství, praktická příručka pro sestry 12*, s. 14 - 16.

²²⁶ Srov. VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*, s. 184-189.

profese může denně přicházet do styku s informacemi o uskutečněných či připravovaných trestných činech. Přesto výklad práva není vždy jednoznačný.

Sociální práce stejně jako jakákoliv činnost ve společnosti je a musí být upravena a regulována řadou obecně závazných norem různé síly. Jsou to zejména normy právní, morální a etické, a tak se v řadě případů právo, morálka i etika vzájemně prolínají a doplňují. Tyto předpisy zavazují sociální pracovníky bez ohledu na jejich pracovní či jiné zařazení.

Normy používáme pro běžné posuzování toho, co je dobré a zlé. V takových případech se mluví o etických nebo mravních normách. Normy, které jsou společensky prospěšné, mohou získat podobu zákona.²²⁷

Právní postavení sociálního pracovníka se však dotýká i ustanovení jiných právních předpisů. Mám na mysli nejen práva a povinnosti vyplývající ze zákona a pracovně-právních vztahů, ale i občanskoprávní odpovědnosti zaměstnance, resp. zaměstnavatele. Výše uvedené informace zdůrazňují nutnost vypracování kvalitních, podrobných a obsažných dokumentů, vztahujících se k provozování organizace, tedy nejen pracovních smluv a jiných kontraktů, ale i provozních a organizačních řádů zahrnujících i „krizová“ řešení nenadálých situací. Viz například standardy kvality sociálních služeb Ministerstva práce a sociálních věcí ČR.²²⁸

4.1.3.3 Trestní odpovědnost v souvislosti se sebevražedným klientem

Sebevražedné jednání jako takové není trestným činem. Trestná ovšem je odpovědnost další osoby, která se na sebevražedném jednání nějakým způsobem podílela. § 230 trestního zákona ho definuje jako účast na sebevraždě a je ho možné vyložit tak, že jestliže někdo jiného k sebevraždě nabádá, se sebevraždou mu pomáhá, již se jedná o trestný čin. Pomocí lze rozumět jak fyzickou, kdy jiná osoba zajišťuje prostředky k takovému jednání, tak psychickou, kdy dochází k udílení rad, jak má jiný sebevraždou provést, nebo ho v sebevražedném úmyslu utvrzuje. Dalším trestným činem je neposkytnutí pomoci osobě, která je ohrožena na životě v souvislosti se sebevražedným jednáním a kde došlo k vážné poruše zdraví.²²⁹

4.1.3.4 Nedobrovolná hospitalizace

Sebevražedné jednání může ve všech svých formách přinášet situace, v nichž je nutné využít právní vědy. Jedná se nejen o zasahování do práv pacienta v případě, kdy jde o převzetí a držení člověka v ústavní zdravotní péči bez jeho souhlasu, takzvaný nedobrovolný pobyt, ale i o eventuální trestní odpovědnost jiné osoby v souvislosti se suicidálním jednáním.

Zákon, konkrétně § 23, odstavec 4 zákona ČNR č. 86/1992 Sb., v platném znění vymezuje indikace, ve kterých je možno zadržet pacienta bez jeho souhlasu. Mimo jiné

²²⁷ Srov. PŘÍKASKÝ, J, V. *Učebnice základů etiky*, s. 40-41.

²²⁸ Srov. VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*, s. 184-189.

²²⁹ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 115.

je to i indikace, kdy osoba jeví známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí.²³⁰

Dalším důvodem nedobrovolné hospitalizace může být případ, kdy pacient v suicidálním pokusu natolik poškodil své zdraví, že je v bezvědomí a nelze souhlas s hospitalizací vyžádat.²³¹

Osoba, která je takto zadržena, ovšem nepozbývá právní ochrany. Podle § 24 výše uvedeného zákona musí být do 24 hodin písemně ohlášeno zadržení bez souhlasu příslušného soudu v místě sídla zdravotnického zařízení.²³²

Pacienta a jeho ošetřujícího lékaře pak vyslechne pověřený pracovník soudu, který případně zohlední i další důkazy podle svého uvážení. Výsledek je pak podkladem rozhodnutí soudu, jímž je zadržení buď povoleno, a to vždy na dobu určitou, nebo zamítnuto. V druhém případě musí být pacient propuštěn, pokud jeho nesouhlas s pobytem trvá.²³³

Tento postup se týká dospělých, zatímco u dětí a dospívajících do 18 let rozhodují jejich zákonní zástupci. Může však nastat situace, kdy zákonný zástupce s hospitalizací nesouhlasí. Pokud by tato situace splňovala kritérium nebezpečnosti sobě nebo okolí, nebylo by nemocné dítě propuštěno a situace by byla stejným způsobem hlášena soudu. Vážnější situace by byla, kdyby rodiče odmítali léčbu ještě před převzetím do zdravotnického zařízení. Takovou situaci je nutno řešit ve spolupráci s orgány péče o děti, které mohou soudu navrhnout, aby taková léčba byla soudně nařízena.²³⁴

Nelze absolutně vyloučit chybné jednání ze strany pomáhajícího, lze je pouze omezit na minimum, tím že posuzování pomáhajících bude co nejotevřenější a bude odpovídat kontextu situace. Pomáhající tedy nikdy nemůže dosáhnout stoprocentní jistoty v rozhodování, lze se jí pouze přiblížit, a to je jeho úkolem. Nicméně k tomu, aby se pojetí role sociálních pracovníků více přiklonilo k ideálu profesionála, nepostačí apely na sociální pracovníky. Vyjasňování identity sociální práce je součástí celkové ontogeneze tohoto oboru v České Republice. K té za posledních deset let přispěl především vznik etického kodexu, tvorba minimálního standardu vzdělávání v sociální práci, vznik profesních asociací, rozvoj teorií a metodik sociální práce a také určitá kontrola nad vstupem do profese, kterou garantuje zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Na druhou stranu zde chybí shoda o definici sociální práce, reálně nefunguje zastřešující profesní asociace, která by hájila zájmy všech sociálních pracovníků, chybí standardy výkonu sociální práce, a jak bylo uvedeno výše, etický kodex pojatý tak, aby se mohl stát oporou sociálních pracovníků při řešení etických dilemat. Rozpracování kodexu a standardů výkonu, které by na jedné straně pracovníky

²³⁰ Srov. Tamtéž, s. 113.

²³¹ Srov. DUŠEK, K. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *První pomoc v psychiatrii*, s. 89.

²³² Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 114.

²³³ Srov. BAŠTECKÁ, B. *Klinická psychologie v praxi*, s. 345.

²³⁴ Srov. KOUTEK, J. KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*, s. 114.

orientovaly při rozhodování a na straně druhé by zároveň sloužily jako kontrolní mechanismus kvality práce, by mohlo výrazným způsobem přispět ke změně ideálů, o něž se u nás pojetí role sociálních pracovníků opírá.²³⁵

4.2 Úloha pracovníka pomáhající profese při práci s klientem, který ztratil smysl života

V této kapitole se pokusím odpovědět, jaká je úloha pomáhajícího při práci s klientem, který se nachází v existenciální krizi.

V kapitole 1.2.1 bylo nastíněno, jak život jedince v postmoderní době přináší pro pomáhající profese nový pohled a klade na pracovníky nové nároky. Pokusme se nyní shrnout a připomenout, jaké důsledky přinesla individualizace jedince ve společnosti pro život člověka z aspektu jeho zvládnání a co to znamená pro popsání úlohy pracovníka pomáhající profese při práci s klientem, který ztratil smysl života.

Navrátil a Navrátilová ve svém článku uvádějí typologii Markuse Schroera, který provedl zhodnocení tří možných pojetí moderního individualismu. První pojetí připouští ztrátu tradičních pout společnosti, která byla nahrazena novou sociální strukturou. Negativem je, že se jednotlivec stává nástrojem pro dosahování cílů skrytých struktur. Druhá interpretace vnímá individualismus jako nebezpečí, které ohrožuje jednak celistvost sociálního systému, ale i jednotlivce ztrátou hodnotové orientace. Třetí interpretace má k individualizaci ambivalentní postoj. Pozitivně vnímá autonomii jednotlivce, rizikem ovšem shledává tlak, který je na jedince vyvinut při samostatném zvládnání života a utváření vlastní identity.²³⁶

Tento zmiňovaný tlak nejsou schopni unést všichni jedinci. A zde se začíná otevírat prostor pro nové pojetí úlohy pomáhajícího.

Navrátil a Navrátilová k tomuto tématu citují Giddense, podle něhož jde v novém pohledu na úlohu pracovníka pomáhající profese o to, aby lidé, kteří se cítí znejistěni, mohli čelit otázkám smyslu života, smrti, intimity a osobních vztahů. Úkolem takové sociální práce je zmocnění lidí k tomu, aby mohli převzít odpovědnost za svůj život a jeho vedení. Tento proces znamená harmonizaci současných zájmů a budoucích projektů s psychologickým dědictvím z minulosti.²³⁷

Frankl uvádí, že při práci s klientem, který postrádá svůj smysl života, je důležité, aby s ním pomáhající uměl mluvit. Apeluje na to, aby se pomáhající naučili vstoupit do diskuse a dokázali vést boj adekvátními prostředky, tj. duchovními

²³⁵ Srov. JANEBOVÁ, R. MUSIL, L. Mýty o roli sociálních pracovníků a pracovníků. In *Sociální práce. Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci – Role sociálního pracovníka*. [online].

²³⁶ Srov. NAVRÁTIL, P. NAVRÁTILOVÁ, J. Postmodernita jako prostor pro existenciálně citlivou sociální práci. In *Sociální práce. Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci – duchovní dimenze sociální práce*. [online]

²³⁷ Srov. Tamtéž.

zbraněmi, argumenty logoterapie. V první řadě je ale podle Frankla důležité poukázat na to, že ztráta smyslu, vyčerpání sil k životu je pouze pocit, a pocity nelze shledávat jako argumenty. Podle Frankla hledá klient v sebevraždě něco, čeho se mu nikdy nedostane: řešení problému. Člověku, který se rozhodl pro sebevraždu, musíme stále připomínat, že sebevražda žádný problém neřeší. Frankl navrhuje přirovnat klientovu situaci k šachové hře. Klient stojí před složitým tahem, ale místo uvažování nad strategií raději šachy smete ze stolu. K řešení hráč nedojede stejně tak, jako sebevraždou nevyřeší žádný problém. Klient porušil smetením figurek pravidla hry, sebevraždou pak pravidla života. Frankl píše, že pravidla šachové hry stejně jako život nevyžadují, aby člověk za každou cenu vyhrál, ale aby nikdy úsilí o její dokončení nikdy nevzdával.²³⁸

Navrátil a Navrátilová uvádějí, že pracovník pomáhající profese se v rámci svého úkolu stává průvodcem v rozvoji identity a biografie člověka, který s ním bude moci sdílet více intimity svého života, než bylo obvyklé v řádu prosté modernity.²³⁹

Karel Šimr, evangelický farář a sociální pracovník v jedné osobě, v rozhovoru s Pavlem Bajerem v článku pro časopis Sociální práce uvádí, že každá ztráta je pro nás velkou duchovní výzvou. Když ztratíme blízkého člověka, je to úkol na dlouhou dobu, někdy na celý život. Když ztratíme při povodni střechu nad hlavou, je to ztráta, která se dá do určité míry nahradit, a její vyrovnání přijde zpravidla s novým domovem. Ale některé ztráty mohou zůstat: například ztráta důvěry, že svět je bezpečné místo, ztráta smyslu, ztráta víry... Když v jednu chvíli klient přijde o své nejbližší, není možné, aby nekladl otázky: Co s nimi teď je? Proč se to stalo? Proč právě jim (mně)? Mohu se s nimi nějak setkat? A to jsou duchovní otázky. Na ty Karel Šimr reaguje tak, že si je klademe všichni a nemusíme na ně najít náboženské odpovědi, ale nějaké své. V tomhle případě neshledává svou roli jako duchovního obracet toho člověka „na pravou víru“, ale spíše mu pomoci otevřít okno do pro něj neznámého duchovního světa, ujistit ho, že duchovní hledání k neštěstím patří.²⁴⁰ Kombinace sociálního pracovníka a duchovního se v tomto ohledu může zdát jako ideální, ale bohužel není tak častá. Proto shledávám jako dobrou cestu k uspokojení potřeby klienta v rámci existenciálních otázek, absolvování logoterapeutického výcviku.

Šimr sám uvádí, že Frankla a jeho metody a přístup krizové intervence občas rád využívá, ale skutečnost je podle něj mnohem prozaičtější. Za důležitější považuje podpořit slovo nějakým symbolickým konáním, rituálem, které v dnešní společnosti často chybějí. Právě rituály totiž pomáhají rámovat čas při vyrovnávání se se ztrátou. A

²³⁸ Srov. FRANKL, V, E. *Lékařská péče o duši*, 1994, s. 67.

²³⁹ Srov. NAVRÁTIL, P. NAVRÁTILOVÁ, J. Postmodernita jako prostor pro existenciálně citlivou sociální práci. In *Sociální práce. Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci – duchovní dimenze sociální práce*. [online].

²⁴⁰ Srov. BAJER, P. Zážitek neštěstí, ztráty blízkého vzbuzuje duchovní potřeby u každého člověka. In *Sociální práce. Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci – duchovní dimenze sociální práce*. [online].

tady se jak uvádí, asi také nejvíc potkává jeho profese duchovního a sociálního pracovníka.²⁴¹

Z výše uvedených informací čerpaných z odborné literatury lze konstatovat, že při vzdělávání těchto pracovníků vzrůstá potřeba posílit důraz na témata, která souvisejí s připraveností sociálních pracovníků reagovat na existenciální témata, s nimiž klienti stále častěji přicházejí. Jde například o rozvíjení schopnosti utvářet intimní pomáhající vztah s klienty, být reflexivní. Dále je třeba rozvíjet schopnosti pracovníka podporovat klienta při životním rozhodování a zvládnutí, s důrazem na vnímavost vůči hodnotám a etickým dilematům, které klient může ve své životní situaci prožívat.²⁴²

Podle Frankla je právě logoterapie, psychoterapie vycházející z duchovna, metodicky legitimována k tomu, aby se pustila do věcné debaty o duchovní strážní duševně strádajícího člověka. Logoterapie však nemůže a nesmí přirozeně psychoterapii suplovat, nýbrž ji jen doplňuje, a to jen v určitých případech.²⁴³

²⁴¹ Srov. Tamtéž.

²⁴² Srov. NAVRÁTIL, P. NAVRÁTILOVÁ, J. Postmodernita jako prostor pro existenciálně citlivou sociální práci. In *Sociální práce. Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci – duchovní dimenze sociální práce*. [online].

²⁴³ Srov. FRANKL, V, E. *Lékařská péče o duši*, 1994, s. 31.

ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo odpovědět na otázku, jaká je úloha a odpovědnost pracovníka pomáhajících profesí v práci s klientem, který ztratil smysl života. Na tuto otázku není rozhodně jednoduché najít jednoznačnou odpověď. V podstatě se jedná o dvě otázky a dvě odpovědi, které byly popsány ve 4. kapitole.

V kapitole 4.1 jsem se zabývala otázkou odpovědnosti pracovníka pomáhajících profesí při práci s klientem, který ztratil smysl života. Janebová a Musil uvádí, že velkým problémem pro pomáhajícího je absence absolutních pravidel a kritérií, podle kterých by měl postupovat, formulace zákonů jsou zdrojem množství individuálního prostoru v rozhodování, některé oblasti působení pomáhajících nejsou vůbec pokryty žádnou legislativou.²⁴⁴

V činnosti je pomáhajícím oporou etický kodex, ten ovšem poskytuje jen rámcový návod a nepřináší řešení konkrétních dilematických a problémových situací. Pomáhající tedy nikdy nemůže dosáhnout stoprocentní jistoty v rozhodování, lze se jí pouze přiblížit, a právě to je jeho úkolem.

Od pomáhajícího se nemůže očekávat, že dokáže klientovi pomoci sám, měl by ale umět klienta odkázat na místa, kde mu bude poskytnuta taková pomoc, jakou jeho stav vyžaduje. Jeho úlohou je především stabilizovat stav klienta a motivovat ho k tomu, aby mobilizoval všechny své síly a svou situaci konstruktivně řešil.

Proto je pomáhající při rozhodování o převzetí odpovědnosti za klienta, který se ocitl v existenciální krizi, odkázán na své svědomí (viz. kapitola 4.1.1), teoretickou výbavu (kapitola 1-3) a na schopnost ji uplatnit v praxi.

Předmětem kapitoly 4. 2 byla úloha pracovníka pomáhajících profesí při práci s klientem, který ztratil smysl života. Tato úloha spočívá především ve stabilizaci situace klienta tak, aby nebyl akutně ohrožen na životě. Pomáhající by měl být schopen zajistit klientovi odbornou pomoc odpovídající jeho aktuálnímu psychickému (deprese, psychosa) i fyzickému stavu (akutní intoxikace, poranění). Ve 3. kapitole jsme se riziku sebevraždy v souvislosti se ztrátou smyslu života věnovali podrobně a také byla v této souvislosti zmiňována možnost nedobrovolné hospitalizace na psychiatrickém oddělení (viz. kapitola 4.1.3.4.).

V případě, že pracovník shledá klienta schopným o sobě adekvátně rozhodnout (viz. kapitola 4.1), snaží se pomáhající o mobilizaci komunitních zdrojů a také zdrojů klienta. Dodává klientovi informace o zdrojích, službách a institucích, využívá všechny své profesionální znalosti a dovednosti, stimuluje klienta ke změně postojů a odpovědnému jednání.

Frankl k tomuto tématu uvádí, že úkolem pracovníka v pomáhajících profesích při takto orientované sociální práci je poskytovat profesionální pomoc lidem zejména v sebereflexi i v reflexi životních podmínek, v odhalování významů, které pro ně

²⁴⁴ Srov. JANEBOVÁ, R. MUSIL, L. Mýty o roli sociálních pracovníků a pracovníc. In *Sociální práce. Časopis pro*

teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci – Role sociálního pracovníka. [online].

prožívaná životní situace může mít, v podpoře při porozumění, jak životní situace i její interpretace na sebe vzájemně působí a v podpoře při rozhodování a utváření reflexivních životních trajektorií s důrazem na hodnoty, které člověk poznal jako cenné a nosné pro svůj život.²⁴⁵

Přestože jsou kapitoly mé práce obsáhlejšího a možná i tématicky rozvětveného charakteru, myslím si, že pro pochopení problematiky prožívání lidí suicidiálně jednajících v souvislosti se ztrátou smyslu svého života a pro nalezení odpovědí na otázku, jakou má odpovědnost a úlohu pracovník pomáhající profese při práci s nimi, by bylo zapotřebí ještě nastudovat mnoho materiálu, což mi prostor a časová omezenost pro splnění těchto cílů neumožňuje.

Závěrem mohu říci, že psaní této práce mi bylo přínosem. Obohatilo mě jednak o hlubší porozumění a cenné zkušenosti získané nejen studiem odborné literatury z oblasti existenciálně zaměřených autorů, psychologie, psychiatrie, etiky i sociální práce, ale také o možnost osobního rozhovoru s klientem prožívajícím ztrátu smyslu života, který byl součástí výzkumu uveřejněného v kapitole 3. 3.²⁴⁶ Tento výzkum mi poskytl vhled do prožívání pacientů, kteří ztratili smysl života. Pomohl mi uvědomit si, že suicidální jednání bývá v životě člověka, který ztratil smysl života, jen pouhý pokus o ukončení vlastního trápení. Naopak, v případě, že se klientovi pokus nepovede, stává se suicidální pokus zlomovým bodem při nacházení jiné cesty k řešení své tíživé situace.

Výzkum provedený v této práci dává podklad dalším vědeckým studiím, jejichž tématem by například mohla být role pomáhajícího v následné péči o klienta po suicidálním pokusu, hodnotová situace klienta po suicidálním pokusu, otázky víry, motivace k životu, přijetí společností a podobně.

²⁴⁵ Srov. FRANKL, V, E. Léčebná péče o duši, 1994, s. 27 – 31.

²⁴⁶ Viz. příloha I.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Monografie

1. ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. 1. vyd. Praha. České katolické nakladatelství Zvon, 2004. 292s. ISBN 80-7113-111-3.
2. AMÉRY, A. *Vztáhnout na sebe ruku – Rozprava o dobrovolné smrti*. 1. vyd. Praha. Prostor. 2010. 192s. ISBN 978-80-7260-230-8.
3. BARTOŠ, L. *Anomální chování osobnosti*. 2. vyd. Brno. Ústav pro vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně. 1971. 50s. V.č. 695/71.
4. BECK, A. T. *Kognitivní terapie a emoční poruchy*. 1. vyd. Praha. Portál. 2005. 256s. ISBN 80-7367-032-1.
5. ČERMÁK, I, MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí*. 1. Vyd. Tišov. Vydalo sdružení SCAN. 2002. 122s. ISBN 80-86620-03-4
6. DUŠEK, K, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *První pomoc v psychiatrii*. 1. Vyd. Praha. Grada. 2005. 176s. ISBN 80-247-0197-9.
7. FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu – jak zkoumat lidskou duši*. 1. Vyd. Praha. Portál. 2000. 256s. ISBN 80-7178- 367-6
8. FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši*. 1. Vyd. Brno. Cesta. 1994. 314s. ISBN 80-85139-29-2.
9. FRANKL, V. E. *Psychoterapie a náboženství – Hledání nejvyššího smyslu*. 8. Vyd. Brno. Cesta. 2006. 87s. ISBN 80-7295-088-6.
10. FRANKL, V. E. *Psychoterapie pro laiky*. 2. Vyd. Brno. Cesta. 1998. 158s. ISBN 80-85319-80-2.
11. FRANKL, V. E. *Teorie a terapie neuros*. 1. Vyd. Praha. Grada. 1999. 172s. ISBN 80-7169-779-6.
12. FRANKL, V. E. *Vůle ke smyslu*. 1. Vyd. Brno. Cesta. 1994. 212s. ISBN 80-85139-29-2.
13. GRÜN, A. *Deprese jako šance – spirituální impulzy*. 1. Vyd. Praha. Portál. 2009. 136s. ISBN 978-80-7367-608-7.

14. HARTL. P, HARTLOVÁ. H, *Psychologický slovník*. 1. Vyd. Praha. Portál. 2003. 776s. ISBN 80-7178-303-X.
15. HENDL. J, *Kvalitativní výzkum – Základy metodologie a aplikace*. 1. Vyd. Praha. Portál. 2001. 407s. ISBN 80-7367-040-2.
16. JANKOVSKÝ. J, *Etika pro pomáhající profese*. 1. Vyd. Praha. Triton. 2003. 233s. ISBN 80-7254-329-6.
17. KOUTEK. J, KOCOURKOVÁ, J. *Sebevražedné chování*. 1. Vyd. Praha. Portál. 2003. 128s. ISBN 80-7178-732-9.
18. KRATOCHVÍL. S, *Základy psychoterapie*. 5. Vyd. Praha. Portál. 2006. 384s. ISBN 80-7367-122-0.
19. KŘIVOHLAVÝ. J, *Smysluplnost*. In *Aplikovaná psychologie*. In Baštecká. B. a kol. *Aplikovaná psychologie – psychologická encyklopedie*. Praha. Portál. 2009. 520s. ISBN 978-7367-470-0.
20. LACROIX. J, *Smysl života*. 1. Vyd. Praha. Vyšehrad. 1970. 254s. ISBN 33-283-70.
21. LANGMEIER. J, BALCAR. K, ŠPITZ. J, *Dětská psychoterapie*. 3. Vyd. Praha. Portál. 2010. 432s. ISBN 978-80-7367-710-7.
22. LÄNGLE. A, *Smysluplně žít – Aplikovaná existenciální analýza*. 1. Vyd. Brno. Cesta. 2002. 79s. ISBN 80-7295-037-1.
23. LÄNGLE. S, SULZ. M, ed al. *Žít svůj vlastní život – Úvod do existenciální analýzy*. 1. Vyd. Praha. Portál. 2007. 181s. ISBN 978-80-7367-220-1.
24. LUKASOVÁ. E, *I tvoje utrpení má smysl – Logoterapeutická útěcha v krizi*. 1. Vyd. Brno. Cesta. 2006. 191s. ISBN 80-85319-79-9.
25. LUKEŠ. V, VOSTOUPILOVÁ. J, CHROUDTOVÁ. M, *Některé psychologické pohledy na příčiny suicida, 2. část*. České Budějovice. In: *Časopis Kontakt*. 1999. Roč. 1, č. 4. Str.:11-16. ISSN 1212-4117
26. MARKOVÁ. E, VENGLÁŘOVÁ. M, BABIAKOVÁ. M, *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. Vyd. Praha. Grada. 2006. 352s. ISBN 80-247-1151-6.

27. MATOUŠEK. O, a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 2. Vyd. Praha. Portál. 2008. 384s. ISBN 978-80-7367-502-8.
28. MATOUŠEK. O, a kol. *Základy sociální práce*. 1. Vyd. Praha. Portál. 2001. 312s. ISBN 80-7178-473-7.
29. MCKENZIE. K, *Deprese, informace a rady lékaře*. 1. Vyd. Praha. Grada. 2001. 96s. ISBN 80-247-0093-X.
30. MIKŠÍK. O, *Psychika osobnosti v období závažných životních a společenských změn*. 1. Vyd. Praha. Karolinum. 2009. 301s. ISBN 978-80-264-1600-1.
31. MIOVSKÝ. M, *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. Vyd. Praha. Grada. 2006. 332s. ISBN 80-247-1362-4.
32. PRAŠKO. J, a kol. *Poruchy osobnosti*. 1. Vyd. Praha. Portál. 2003. 360s. ISBN 80-7178-737-X.
33. PŘÍKLASKÝ. J, *Učebnice základů etiky*. 1. Vyd. Vydří: Karmelínské nakladatelství Kostelní. 2000. 345s. ISBN 80-7192-505-5.
34. ŘÍČAN. P, *Cesta životem*. 1. Vyd. Praha. Panorama. 1990. 440s. ISBN 80-7038-078-0.
35. SMEJKAL. J, *Sebevražedné jednání*. Praha. In: po stopách psychiatrického ošetřovatelství. Čas. 2003
36. SVOBODA. M, ČEŠKOVÁ. E, KUČEROVÁ. H, *Psychopatologie a psychiatrie pro psychology a pedagogy*. 1. Vyd. Praha. Portál. 2006. 320s. ISBN 80-7367-154-9.
37. SPAEMAN. R, *Štěstí a vůle k dobru*. 1. Vyd. Praha. Oikoymenh. 1998. 219. ISBN 80-86005-01-0.
38. ŠOPEK. J, a kol. *Základy psychologie. Druhý díl*. Dotisk. Brno. Ústav pro vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně. 1980. 200s. TZ 57-865-79.
39. ŠPATÉNKOVÁ. N, a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 1. Vyd. Praha. Grada. 2004. 197s. ISBN 80-247-0586-9.

40. TEILHARD DE CHARDIIN. P, *Místo člověka v přírodě*. 1. Vyd. Praha. Svoboda. 1967. 186s. ISBN 25-095-67.
41. ÚLEHLA. I, *Umění pomáhat-Učebnice metod sociální práce*. 2. Vyd. Praha. Slon. 2005. 128s. ISBN 978-80-86429-36-6.
42. VÁGNEROVÁ. M, *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. Vyd. Praha. Portál. 1999. 444s. ISBN 80-7178-214-9.
43. VODÁČKOVÁ. D, a kol. *Krizová intervence*. 1. Vyd. Praha. Portál. 2002. 543s. ISBN 80-7178-696-9.
44. VONDRÁČEK. L, LUDVÍK. M, *Zdravotnické právo v ošetrovatelské praxi I.- České ošetrovatelství, praktická příručka pro sestry č. 12*. Brno. Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. 2003. 78s. ISBN 80-7013-376-7.
45. VORÁČEK. V, HOLUB. F, *Fantastické a magické z hlediska psychiatrie*. 1. Vyd. Praha. Columbus. 2012. 431s. ISBN 978-80-87588-04-8.
46. VYMĚTAL. J, a kol. *Obecná psychoterapie, 2*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha. Grada. 2009. 339s. ISBN 80-247-0723-3.
47. VYBÍRAL. Z, ROUBAL, ed al. *Současná psychoterapie*. Praha. Portál. 2010. 744s. ISBN 978-80-7367-682-7.
48. VYMĚTAL. J, a kol. *Speciální psychoterapie, 2*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha. Grada. 2007. 396s. ISBN 978-80-247-1315-1.
49. WAGENKNECHT, M. *Logoterapie*, In. Baštecká. B. a kol. *Aplikovaná psychologie – psychologická encyklopedie*. Praha. Portál. 2009. 520s. ISBN 978-7367-470-0.
50. YALOM. I. D, *Existencionální psychoterapie*. 1. Vyd. Praha. Portál. 2006. 528s. ISBN 80-7367-147-6.
51. ZVOLSKÝ. P, a kol. *Obecná psychiatrie*. 1. Vyd. Praha. Karolinum. 192s. ISBN 80-7184-690-2.

Elektronické dokumenty

1. BAJER, P. Zážitek neštěstí, ztráty blízkého vzbuzuje duchovní potřeby u každého člověka. In *Sociální práce. Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci – duchovní dimenze sociální práce*. [online]. 2008. č. 8. [cit. 2012-04-13]. Dostupné na WWW:< <http://www.socialniprace.cz/soubory/2008-4-130102145743.pdf>>.
2. ETICKÝ KODEX sociálních pracovníků v ČR, vydán společností sociálních pracovníků 19. 5. 2006 [online]. [cit. 2011-02-05]. Dostupné na WWW: < <http://socialnipracovnici.cz/sekce-socialnich-pracovniku/article/ke-stazeni>>.
3. JANEBOVÁ, R. MUSIL, L. Mýty o roli sociálních pracovníků a pracovníc. In *Sociální práce. Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci – Role sociálního pracovníka*. [online]. 2007. č. 1. [cit. 2012-05-23]. Dostupné na WWW:<http://www.socialniprace.cz/soubory/1-2007_rolsocialnihopracovnika-120116134909.pdf>.
4. LÄNGLE, A. Nalézt přitakání životu, časopis *PROPSY* [online] 1997. Č. 2. s. 9-11. [cit. 2012-03-05]. Dostupné na WWW: < <http://www.slea.cz/index.php?page=al2>>.
5. NAVRÁTIL, P. NAVRÁTILOVÁ, J. Postmodernita jako prostor pro existenciálně citlivou sociální práci. In *Sociální práce. Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci – duchovní dimenze sociální práce*. [online]. 2008. č. 8. [cit. 2012-04-13]. Dostupné na WWW:<<http://www.socialniprace.cz/soubory/2008-4-130102145743.pdf>>.
6. SIEVERS, W. Die Frage nach dem Sinn – eine Aufgabe der Sozialarbeit. Otázka smyslu – předmět sociální práce. *Diplomová práce* [online]. Posl. Aktualizace 17. 11. 2006 [cit. 2013-01-13]. Dostupné na WWW: <http://www.muenster.de/~wosi/Start_sui.htm>.
7. WIKIPEDIE – *otevřená encyklopedie*: existencialismus [online]. Posl. Aktualizace 21. 2. 2013 [cit. 2013-01-05]. Dostupné na WWW: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Existencialismus>>.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha I. Praktické ověření
- Příloha II. Okruhy sběru dat nestrukturovaného rozhovoru
- Příloha III. Záznam o souhlasu s poskytováním informací za účelem zpracování případové studie

KLÍČOVÁ SLOVA

Existencialismus

Odpovědnost

Sebevražedné jednání

Smysl života

Sociální práce

Úloha pracovníka

Ztráta smyslu života

PŘÍLOHY

Příloha I.

Praktické ověření

V literatuře se uvádí, že ztráta smyslu života úzce souvisí se suicidálním jednáním.²⁴⁷ Toto téma 3. kapitoly jsem se pokusila zkoumat prakticky formou výzkumu. Abych čtenáře nezahltila jeho výsledky v teoretické části, rozhodla jsem se ho umístit do části práce věnované přílohám.

Cíle výzkumu

Cíl 1 : Zjistit, zda je u klientů se sebevražedným jednáním přítomno prožívání ztráty smyslu života

Výzkumné otázky k polostrukturovanému rozhovoru:

Jaké životní situace klienta nejčastěji vedou k pocitům ztráty smyslu života?

Má prožívání ztráty smyslu života souvislost se sebevražedným jednáním?

Je pacientova schopnost prožívat či znovunalezat smysl života po suicidálním pokusu nějak ovlivněna?

²⁴⁷ Srov. VÁGNEROVÁ, M, *Psychopatologie pro pomáhající profese*. s. 499.

Metodika

Použitá metoda

Kvalitativní, explorační výzkum prováděný pomocí polostrukturovaného rozhovoru.²⁴⁸

Polostrukturovaný rozhovor dokáže řešit mnoho nevýhod jak strukturovaného, tak plně strukturovaného interview.²⁴⁹ Pro rozhovor byly vytvořeny rámcově okruhy otázek (viz. příloha I.).

V rámci přípravy výzkumu se ukázalo jako vhodné formulovat okruhy pro polostrukturovaný rozhovor, přičemž byly zohledněny literární poznatky i vlastní klinická zkušenost. Některé informace byly čerpány ze studie zdravotnické dokumentace daného pacienta.

Informace jsou zpracovány ve formě případových studií – komplexních kazuistik a následnou analýzou získaných dat.²⁵⁰

Ferjenčík k případové studii uvádí, že se jedná o intenzivní a obvykle i dlouhodobější výzkum jedné vybrané osoby. Tento intenzivní výzkum má vést k porozumění vnitřní a často neopakovatelné dynamice vývoje jedince, vývoji a průběhu jeho onemocnění, léčby, vývoje jeho interakce s prostředím a podobně. Právě tím, že jde o intenzivní, často nejmenšími detaily zahrnující výzkum, může vést k objevení nových, doposud přehlížených skutečností a k formulování nových hypotéz.²⁵¹

Charakter zkoumaného souboru

Výzkum byl prováděn na Psychiatrickém oddělení Nemocnice České Budějovice a.s. Respondenty byli dospělí pacienti tohoto oddělení, kteří byli hospitalizováni pro sebevražedné jednání. Kritérii pro výběr pacientů byl celkový zdravotní a psychický stav pacienta, schopnost a ochota spolupracovat. Vylučovacím kritériem byly psychotické příznaky, bludy a halucinace, které podstatnou měrou ovlivňují myšlení a jednání jedince.

Rozhovor byl realizován s odstupem času minimálně dvou týdnů po sebevražedném pokusu. Rozhovory byly uskutečněny v letech 2011-2012.

Výzkum byl prováděn celkem u dvaceti osob, ovšem celkový počet respondentů zveřejněných v mé práci se zmenšil na šest žen a čtyři muže. K redukci respondentů došlo většinou z toho důvodu, že pacient nemohl rozhovor dokončit. Důvodem přerušení spolupráce byl například překlad či propuštění pacienta, nebo zhoršení jeho zdravotního stavu. Respondenti potvrdili účast a souhlas s výzkumem podepsáním informovaného souhlasu (viz. příloha III.).

²⁴⁸ Srov. ČERMÁK, I, MIOVSKÝ, M, *Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí*. s. 56.

²⁴⁹ Srov. MIOVSKÝ, M, *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. s. 46.

²⁵⁰ Srov. HENDL, J, *Kvalitativní výzkum – Základní metody a aplikace*. s. 246.

²⁵¹ Srov. FERJENČÍK, J, *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. s. 133.

Výsledky

Kazuistika 1

Pacientka, 35 let, přijata na psychiatrické oddělení po pokusu o sebevraždu otravou léky. Jedná se o její první pokus o sebevraždu. Rozhovor byl uskutečněn pět týdnů po suicidálním pokusu.

Pacientka má pouze základní vzdělání a zaměstnána je v oblasti zemědělství. Vzdělání si rozšířit nikdy nezkoušela. V zaměstnání je spokojená, zejména pro finanční ohodnocení, ale stěžuje si na časové vytížení. Pacientka se ve volném čase ráda věnuje domácím pracím a ráda vaří. Pracuje na směny včetně svátků a víkendů. Pacientka je bez vyznání.

Je osm let vdaná, společně s manželem má dvě dcery (10 a 6 let). Žijí v rodinném domku na okraji většího města. Otec pacientky byl alkoholik, zemřel při autonehodě před narozením její první dcery. Nehodu zapříčinil pod vlivem alkoholu. Matka se léčí s hypertenzí, ale jinak vážněji nestonala, v současné době je ve starobním důchodu. Své dětství vnímá jako komplikované, často byla nespravedlivě a nepřiměřeně trestána opilým otcem.

Manžel pacientky je po pracovním úrazu (pád z lešení) upoután na invalidní vozík. Své manželství hodnotí jako zpočátku harmonické, ale po narození druhé dcery, která přišla na svět několik týdnů před úrazem manžela, se začaly častěji mezi manželi objevovat konflikty. Manžel je v plném invalidním důchodu, který není vysoký, trpí inkontinencí, intimním životem manželé od doby úrazu manžela nežijí. Manžel je náladový, uzavřený do sebe, často ji uráží, obviňuje. Veškerá péče o děti, manžela a domácnost zůstala na pacientce. Svá trápení pacientka začala utápět v alkoholu, pila tajně doma, tento stav trvá již dva roky. Manželovi se s problémem svěřit nechce, dcery si ovšem již všimly, že se s matkou něco děje. Pacientka začala výrazně selhávat v běžných věcech, zapomíná kontrolovat domácí úkoly, plánovat nákupy a podobně.

Další problém plynoucí z pacientčina selhávání spočívá v tom, že starší dcera má problémy ve škole. Zhoršení prospěchu a dceřiny neomluvené hodiny již byly pacientce oznámeny ze školy písemnou formou. Druhá dcera zatím do první třídy nenastoupila.

Protože jsou rodiče manžela již po smrti a matka pacientky žije více než sto kilometrů daleko, zůstala všechna zátěž na pacientce, která začala cítit, že situaci nezvládá. Obviňovala sebe sama, cítila se nezodpovědná, neschopná. Na sebevraždu již pomyslela v minulosti, ale nikdy neuvažovala o způsobu provedení. V opilosti pak spolykala dvacet tablet léků tlumících bolest, které užíval manžel. V bezvědomí ji našel manžel, který zavolal sanitku.

Pacientka se po suicidálním pokusu zotavila bez následného zdravotního postižení. Při zpětném hodnocení svého činu pacientka lituje, že opět selhala. Na svůj čin hledí jako na bezvýhodnou situaci, kdy odvahu k činu dodal právě alkohol. Jediným pozitivním následkem suicidálního jednání shledává pacientka své odhodlání nastoupit protialkoholní ústavní léčbu, obává se totiž, že by mohla přijít o děti. Sociální sestra pacientce poskytla informace o možnostech řešení péče o manžela, ta se však

obává jeho odmítnutí a následného konfliktu s ním. Pacientka uvažuje o rozvodu, ale s touto myšlenkou přicházejí výrazné úzkosti a obavy z budoucnosti.

Životní postoj pacientky se po sebevražedném pokusu změnil, původní hodnota úplné rodiny se po úrazu manžela a rozpadu jejich vztahu vytrácí, pacientka se nyní soustředí více na potřeby dětí. Děti se stávají hlavní motivací k léčbě závislosti na alkoholu. O děti v době hospitalizace pečuje sestra pacientky, která je činem své sestry zděšena. Sestra má však sama náročné povolání a tři děti, nemohla být sestře v těžkostech oprou. Manžel je zajištěn místní pečovatelskou službou.

Smyslem pacientčina života se nyní stávají především její dvě dcery, ovšem se ztrátou manžela a možným rozpadem manželství se bude vyrovnávat jen těžko. Aby předešla dalším suicidálním pokusům, chce po absolvování protialkoholní léčby dále navštěvovat psychologa.

Kazuistika 2

Pacient, 63 let, přijat na psychiatrické oddělení pro intenzivní myšlenky na sebevraždu. Rozhovor byl uskutečněn osm týdnů po přijetí a pět týdnů po sebevražedném pokusu.

Pacient je středoškolsky vzdělaný a podniká v oboru stavebnictví. Jeho zájmy tvoří především sport a turistika s přáteli. Nevěřící, ale v dětství křtěný.

Vdovec, žena zahynula před deseti lety pádem z výšky, uzavřeno jako nešťastná náhoda. Žije v dvougeneračním rodinném domku na vesnici. Má jednoho syna, 34 let, který žije v nájemním bytě v centru nedalekého města. Rodiče pacienta již nežijí, otec zemřel na komplikace při zápalu plic, matka na následky plicní embolie. Vztah s rodiči hodnotí jako dobrý, nebyl nepřiměřeně trestán, ovšem výchovu rodičů shledává jako důslednou a přísnou. Má sestru, 56 let, se kterou není mnoho let v kontaktu. Jako důvod odcizení uvádí konflikt, který vnikl mezi sourozenci při vypořádávání dědictví.

První kontakt s oborem proběhl po úmrtí manželky. Býval v té době uzavřený, odmítal kontakt s přáteli. Hovoří o pocitech nepohody, nejistoty, napětí. I přes přítomnost syna se cítil osaměle. Trpěl poruchy spánku, nesoustředěností. Byl stále unavený, nesportoval, z ničeho se netěšil. Cítil, jako by po smrti manželky vše ztrácelo smysl. Navštívil ambulantního psychiatra, který ordinoval antidepresiva. Pro nezlepšení stavu byla pacientovi doporučena hospitalizace na psychiatrickém oddělení. Po několika týdnech se stav pacienta zlepšil, vrátil se do zaměstnání a ve svém volném čase spolu se synem začali pracovat na přestavbě domu.

Pacientův stav byl stabilizovaný do chvíle, než se synovi zhroutila firma, kterou po otci převzal a jejich dům byl zastavěn v exekučním řízení. Obává se o svou, ale především o synovu budoucnost. Pacient byl pro zhoršení stavu opět přijat na psychiatrické oddělení. Při přijetí byl pacient výrazně depresivní, úzkostný a neodklonitelný od svých potíží, ale sebevražedné myšlenky popíral.

Během léčby došlo k ustoupení depresivní symptomatologie, pacient se dobře zapojoval do aktivit denního stacionáře, kde se nestranil kolektivu, ochotně navazoval

kontakt, aktivně spolupracoval, nebyl již zahlcen obavami. První propustka proběhla dle subjektivního hodnocení pacientem dobře. Objektivně hodnocení pacienta potvrdil i syn, kdy se mu otec během propustky jevil nedeprimovaný, připravený čelit nepříjemnostem, které oba dva v nejbližší době čekají.

Druhá víkendová propustka ovšem dopadla málem tragicky. Pacient se v během první noci po návratu domů pokusil o sebevraždu. Jednalo se o pokus o sebevraždu oběšením. Naštěstí ho objevil syn, poskytl mu první pomoc a zavolal záchrannou službu. Byl ošetřen na traumatologii a poté převezen na psychiatrické oddělení. Jevil se opět těžce depresivní a o sebevražedném pokusu odmítal s ošetřujícím lékařem mluvit. Byl pesimisticky laděný, úzkostný, odmítal terapii na denním stacionáři. Během dvou týdnů docházelo postupně k úpravě těchto příznaků. Později pacient přiznal, že ho sebevražedné myšlenky napadaly již na minulou propustce, ale dokázal se jim ubránit. Na druhé propustce bohužel objevil dopis týkající se exekučního řízení a byl natolik rozrušen, že se rozhodl pro sebevraždu.

Pacientův stav se během několika následujících týdnů stabilizoval. Pacient sděluje, že není smířen s tím, že přicházejí o dům, který se synem budovali. Subdepresivní ladění u pacienta přetrvává. Syn se obával, že péči o otce doma nezvládne, že ho nedokáže ohlídat před možným dalším suicidálním pokusem. Pacient tedy souhlasil s překladem do psychiatrické léčebny.

Pacient popisoval trvající pocity beznaděje a obav z budoucnosti. Domnívá se, že ho v životě nečeká již nic hezkého. Další možný sebevražedný pokus nevyklučuje.

Kazuistika 3

Pacientka 58 let, přijata na psychiatrické oddělení pro reakci na těžký stres. První sebevražedný pokus proběhl tři měsíce před hospitalizací. V minulosti léčena pro úzkostné stavy.

Vzdělání středoškolské s maturitou, vždy s výborným prospěchem, v minulosti zaměstnaná ve zdravotnictví, kde ze zdravotních důvodů podala výpověď. Popisuje problémy v personálních vztazích, především s nadřízeným, kde situaci přirovnává k šikaně. Společně s manželem také podnikali v pohostinství. Následně evidována na úřadě práce, v současné době již z evidence vyřazená. Ateistka.

Pacientka žije sama v bytě, je rozvedená, z prvního manželství dvě dcery (25 a 32 let). Manžel pacientku opakovaně fyzicky napadal, podléhal alkoholu, žárlil, konfliktní i vůči dceři. V současné době kontakt s manželem minimální. Po rozvodu měla pacientka několikaletý vztah, aktuálně je bez partnera.

Matka 65 let, v minulosti dva pokusy o sebevraždu, otec pacientky zemřel ve 24 letech na vrozenou srdeční vadu. Dva sourozenci, matka se po druhé vdala, otčím je těžce somaticky nemocný, vycházeli spolu dobře.

Před třemi měsíci od přijetí spáchala pokus o sebevraždu aplikací inzulínu, pokus se nezdařil, pacientka se druhý den ráno probudila. Nikomu o tom neřekla. Pro nezvladatelné pocity úzkosti jí dcera donutila vyhledat odbornou pomoc.

Pacientka se nyní cítí být zklamaná životem, hovoří o tom, že jí nic nevyšlo, popisuje výchovné problémy se starší dcerou, manžel před lety dceru vyhodil, ale ona myslela, že odešla sama, kontakt po letech obnovily, dcera dokonce dočasně bydlela u pacientky, která jí i vnuka finančně podporovala. Ve chvíli, kdy pacientce došly finanční prostředky, dcera se odstěhovala, vnuka tak vidá mnohem méně. S druhou dcerou vztah bezproblémový, ale připouští, že se vůči ní cítí nepotřebná. K vnukovi (4 roky) si utvořila silné pouto, jeho přítomnost jí pomáhá odklonit se od sebevražedných myšlenek.

Po čtyřech týdnech hospitalizace se stav pacientky stabilizuje, výkyvy nálad a úzkosti ustupují, nálada je ovšem stále pokleslá, zapojená do terapie na denním stacionáři, ovšem nevykonná, rychle unavitelná, kontakt nevyhledává, ale ochotně naváže. Při rozhovoru sděluje, že ve svém životě nespátříje žádnou budoucnost, na kterou by se mohla těšit. Kvůli dceři je zadlužená, na muže zanevřela, přítel jí po čtyřech letech opustil pro jinou ženu. Samotu snáší těžce. Často se ptá sebe, proč tady je. Další sebevražedný pokus v budoucnosti nevyklučuje.

Kazuistika 4

Pacientka, 54 let, na psychiatrickém oddělení přijata po sebevražedném pokusu. Rozhovor s pacientkou byl uskutečněn 38 den po pokusu.

Pacientka vystudovala gymnázium, studium na vysoké škole nejprve přerušila v období těhotenství, ale nakonec nedokončila. Později úspěšně podnikla. Práce ji bavila, často pracovala přes noc. Pacientka připouští sympatie s některým z druhů východoasijského náboženství.

Pacientka je osm let rozvedená, první manželství, má dvě děti, dceru (31 let) a syna (34 let). Matka pacientky (86 let) zdráva, otec pacientky ve svých 58 letech suicidoval skokem z okna. Jinak se v rodinné anamnéze psychiatrická zátěž nevyskytuje.

Před třemi lety matka pacientky onemocněla a pacientka si ji vzala do péče. Ve firmě jí zastupovala podřízená. Toto období shledává pacientka jako počátek svých obtíží, cítila se osamocená, přestala zvládat chod firmy. Postupně firma zkrachovala, pacientka se cítila stále hůře, začala si uvědomovat, že stárne, děti se osamostatnily. Péče o matku ji neuspokojovala, protože byla k pacientce nevlídná, despotická a neustále jí zasahovala do života. Dcera o matku pečovala ve svém bytě, věnovala jí mnoho času, a tak mezi nimi začalo docházet k častým konfliktům. Po hádce se pacientka cítila provinile za to, že byla na matku hrubá. V té době se začali u pacientky objevovat poruchy spánku. Budila se pár hodin po usnutí a pak již neusnula. Cítila se vyčerpaná, unavená, podrážděná. Často v té době přemýšlela o tom, že život již nemá smysl, že takhle nemůže dál. Nejdříve vyhledávala pomoc u různých alternativních léčitelů, ale neúspěšně. Pacientka se rozhodla k sebevraždě požitím množství léčiv, našla ji matka. Po ošetření na interním oddělení byla pacientka převezena na psychiatrické oddělení. Zde byla zahájena farmakoterapie. Po čase se pacientka účastní

pracovní terapie, kde je zapojená, komunikuje s ostatními pacienty. Nálada se stabilizuje, pacientka začíná plánovat budoucnost. Za pomoci sociální sestry zprostředkovává matce ošetřovatelku, aby nebyla na vše sama.

Nyní hodnotí pacientka svůj čin jako něco, čeho velmi lituje. Mrzí ji, že ji nenapadlo požádat někoho o pomoc při péči o matku. Vyčítá si svoje chování i vůči dětem, uvědomuje si, že by se jich její smrt hluboce dotkla. Pacientka své životní hodnoty po pokusu nezměnila, naopak tvrdí, že ji obohatila o zkušenost, že se nemusí stydět říci si o pomoc. Hovoří i o tom, že se díky tomuto činu i upravil vztah s matkou, kdy ji matka v nemocnici opakovaně navštívila. Smyslem pacientčina života se nyní stává možnost opět se zapojit do pracovního procesu, do společnosti a urovnání vztahu s matkou.

Kazuistika 5

Pacientka (27 let) přijata na psychiatrické oddělení po sebevražedném pokusu pořezáním na zápěstí horních končetin. Přeložena po ošetření na úrazové chirurgii. Rozhovor byl proveden 26 den po sebevražedném pokusu.

Pacientka je vyučená v oboru kuchař-číšník, v oboru pracovala devět let, z toho čtyři roky v zahraničí. Následkem úrazu při autonehodě musela zaměstnání opustit. V současné době je zaměstnána jako telefonní operátorka. Práce ji netěší. Bez vyznání.

Pacientka je svobodná a bezdětná. Matka pacientky (57let) pracuje jako dělnice, otec (63let) pracuje jako seřizovač strojů. Oba rodiče pacientka popisuje jako velmi hodné, důvěřivé. Bratr pacientky (31 let), má pouze základní vzdělání, v současné době nezaměstnaný, s mnoha záznamy v trestném rejstříku. Vztah s bratrem popisuje jako konfliktní, bratr vůči ní byl od dětství agresivní, často ji urážel a ponižoval, psychicky týrá i rodiče.

Pacientka od dětství trpí obezitou, má zvýšený tlak. Před dvěma lety přestala kouřit.

Alkohol pije jen příležitostně na oslavách či na silvestra, drogy nikdy nezkusila. První kontakt s oborem se uskutečnil již před patnácti lety, kdy byla léčena dětským ambulantním psychiatrem pro sociální fobii a poruchu příjmu potravy, deset let pak paralelně navštěvuje psychologa. Toto je pacientčina první hospitalizace v psychiatrickém zařízení. Pacientka se zajímá o sportovní střelbu a zbraně, je členem střeleckého klubu, kde má okruh svých přátel. Zatím neměla vážný vztah, kontakt s muži za tímto účelem nevyhledává, trpí komplexy méněcennosti, stydí se za svou postavu.

K sebevražednému činu se rozhodla krátce po konfliktu s bratrem, který v opilosti napadl matku, otec toho času nebyl doma a tak matku bránila sama. Matka ovšem toto napadení chtěla před otcem utajit, prý se ho vždy zastávala a nechtěla, aby ho otec vyhodil. Bratr ji opět urážel, řekl jí, že je k ničemu, že ji nenávidí a hrozil jí fyzickou likvidací. Pacientka přiznává sebevražedné myšlenky i v minulosti a to

většinou po konfliktu s bratrem. Dceru našla matka, která pak zavolala záchrannou službu.

Po čtyřech týdnech od pokusu pacientka uvádí lítost nad svým zoufalým činem, měla možnost nad situací přemýšlet a po rozhovoru s rodiči došla k názoru, že se musí odstěhovat. Mrzí ji, že bude muset nechat rodiče s bratrem samotné, ale rozhodla se konečně myslet na sebe. Pacientčina nálada se stabilizuje, v rámci léčby dochází na denní stacionář. Zde často vyhledává kontakt s terapeutem a za jeho pomoci se snaží postupně plánovat kroky k osamostatnění.

Začala si více vážit života, uvědomuje si, že pokud by jí sebevražedný pokus vyšel, přišla by úplně o vše, ublížila by rodičům a přátelům z klubu. Největší obavy má z reakce bratra, očekává, že bude nyní opět terčem výsměchu a urážek. Rodiče na její čin nahlíží jako na něco nepochopitelného, ale odmítají, že by to byla jen vina jejího bratra.

Jako smysl svého života nyní pacientka vidí v možnosti se osamostatnit a začít nový život bez despotického bratra, uvažuje i o změně zaměstnání, chtěla by si otevřít obchod se zbraněmi, obává se však, že její pobyt na psychiatrii jí to zkomplikuje.

Kazuistika 6

Pacient (79 let) přijat na psychiatrické oddělení pro pokus o sebevraždu pořezáním na pravém předloktí. Rozhovor byl proveden 25 dní po sebevražedném pokusu.

Vzdělání pacienta je vysokoškolské, pracoval jako profesor na zemědělské fakultě. V současné době je již ve starobním důchodu, jeho zájmy jsou především péče o své sady a dále četba. Věřící, křtěný.

Je vdovec, manželka (73 let) zemřela po dlouhé nemoci měsíc před přijetím pacienta na psychiatrické oddělení. Vztah hodnotí jako harmonický, měli společné zájmy a přátele. O manželku v době její nemoci čtyři roky pečoval. Má dva syny, starší syn (46 let) žije v Kanadě, vídají se jen o svátcích, svobodný, ale má přítelkyni a s ní dvě děti. Mladší syn (40 let) žije s rodinou v severních Čechách, vídají se jedenkrát měsíčně, denně si telefonují. Se starším synem bývaly v minulosti problémy ohledně financí, půjčoval si peníze a pacient s manželkou pak museli dluhy vyplácet, aby nepřišli o svůj domek, který společně vybudovali. V současnosti hodnotí pacient vztah k oběma synům jako vřelý.

Pacient ani nikdo z rodiny nebyl v minulosti psychiatricky léčen, pacient trpí ischemickou chorobou srdeční a léčí se s hypertenzí.

Důvodem sebevražedného jednání uvádí pacient právě úmrtí manželky. Nebyl schopný tuto situaci přijmout, neuměl si představit život bez ní. Přiznává, že na ní byl v mnoha směrech závislý, je si vědom toho, že nyní bude muset v mnoha věcech žádat o pomoc ostatní. Nechtěl být na obtíž dětem, neviděl již žádný smysl svého života. Při pokusu se pacient těžce poranil a hybnost pravé končetiny zůstala výrazně omezena.

Svůj čin hodnotí jako útěk před bolestí ze ztráty, jako cestu ze zoufalství. Sebevraždu plánoval jen několik dní, neustále ho tížila myšlenka na život bez manželky. Neměl promyšlený žádný plán, jen ho několikrát napadlo, že by bylo lepší zde nebýt. Sebevražedný pokus provedl v době prvních myšlenek, o variantách nepřemýšlel. V současné době si uvědomuje, že sebevražda nebyla řešení, ale nadále si nedokáže představit, jak to bude dál. Je zapojen do terapie na denním stacionáři, trénuje sebekpěči, ale stále se cítí unavený, nevykonný. Kontakt nevyhledává, straní se kolektivu. Při rozhovoru přiznává, že mu syn nabídl, aby se nastěhoval k jeho rodině na sever Čech, ale že on neví, zda by si tam zvykl, zde má ještě několik přátel, sad a domek, kterého se nechce jen tak vzdát.

Jeho hodnoty a postoj k životu se výrazně změnily, již v nich nenalézá smysl, ztratil schopnost radovat se. Sebevražedné úmysly v budoucnu vylučuje, doufá, že mu alespoň vnoučata navrátí chuť k životu.

Kazuistika 7

Pacient (58 let), přijat na psychiatrické oddělení po sebevražedném pokusu skokem z okna. Přeložen z rehabilitačního oddělení. V současné době ochrnut na spodní část těla. Rozhovor proveden osm týdnů po pokusu.

Pacient vyučen jako instalatér. Podnikal v oboru, se společníkem založil firmu. Bez vyznání.

Je 23 let ženatý, v posledních třech letech vztah ochladl. Pacient to připisuje na vrub jeho pozdním příchodům domů, pracoval dlouho do noci a poslední dva roky pečoval o svou nemocnou matku (87let). S ženou (47 let) má jednu dceru (26 let). Dcera je svobodná matka pečující o jedno dítě (2 roky). Vnuk je těžce postižen po dětské mozkové obrně. V rodinné anamnéze se neobjevuje žádná psychická zátěž. Vlastního otce pacient neznal, otčím ho často nepřiměřeně trestal, bezdůvodně bil, přetěžoval nadměrnou fyzickou zátěží. Bylo mu osm let, v té době se začal v noci pomočovat. Vlastní matka se ho nezastala, navíc ho „podvedla“, když v době, kdy o ní pečoval, převedla svůj majetek na jeho nevlastní sestru ze strany otčima.

Pacient žije společně s manželkou, dcerou a vnukem v rodinném domku na malé vesnici. Pacient se před několika týdny dozvěděl o nevěře své ženy, následně byl obviněn za řízení pod vlivem alkoholu a veřejné ohrožování. Všichni na vesnici o tom mluví, všichni se mu smějí. Pacientovi se opět vrací vzpomínky z mládí, začal se pomočovat. Častěji se objevovaly myšlenky na sebevraždu, později se rozhodl, že nic nemá smysl, vyskočil z okna pátého patra. Pak už si vybavuje až pobyt v nemocnici.

Po osmi týdnech se stav pacienta nemění, i přes medikaci se jeví stále depresivní, těžko sklonitelný od svých starostí. Zájem o činnost nemá, nabízené možnosti jako četbu, sledování televize a podobně odmítá. Trpí nechutenstvím.

Pacient svého činu nelituje, nyní, když je upoután na invalidní vozík si neumí život představit už vůbec, dcera se na něj pro jeho čin zlobí. Pacient si uvědomuje, kolik starostí jí tím ještě přidělal. Přesto za ním pravidelně dochází a má zájem o jeho

zdravotní stav. V nemocnici se pacient cítí v bezpečí, obává se, že v domácím prostředí by se mu sebevražedné myšlenky vracely. Obává se také reakcí sousedů. Má strach z možného rozchodu s manželkou, z budoucnosti s postižením.

Postoj pacienta k životu se v postatě nemění, zdá se stejný jako před pokusem. Život mu přijde zbytečný, vidí v budoucnost jen utrpení, závislost na ostatních, samotu.

Kazuistika 8

Pacientka (68 let), přeložena na psychiatrické oddělení z interního oddělení po intoxikaci léky, jedná se o třetí pobyt na psychiatrickém oddělení. Rozhovor proveden šest týdnů po posledním sebevražedném pokusu.

Pacientka vystudovala střední zemědělskou školu, pracovala v ekonomickém úseku u českých drah. V současné době již ve starobním důchodu. Celý život se potýká s finančními problémy, manžel (78) pracoval jako traktorista, oba měli nízké platy. Dodnes splácí hypotéku na dům. Věřící, křtěná.

S manželem má čtyři děti, tři syny (49, 45,42, let) a dceru (38 let). Bydlí v rodinném domku na venkově s manželem a nejmladší dcerou. Ostatní děti mají své rodiny. Nejstarší syn v minulosti podnikal a rodinu zadlužil, manžel pacientky se s ním mnohokrát pohádal, nikdy však peníze, které mu půjčili, nezískali zpět. Další sourozenci na rodiče zanevřeli, vadí jim, že syna upřednostňují, že vždy podlehnou jeho nátlaku.

Pacientka je již patnáct let léčena pro depresivní poruchu. Vždy se její stav zhorší v souvislosti s finančními problémy a konflikty s rodinnými příslušníky. V minulosti měla často několik zaměstnání najednou, aby uplatila splátky, cítila se vyčerpaná, nemohla si dovolit žádnou radost. Situace se zdála neřešitelná, často jim hrozili odstřihnutím energií, nebo neměli na jídlo. Po zaléčení medikamenty a zahájení řešení finančních problémů s dluhovými poradci se stav stabilizoval.

K nynější hospitalizaci došlo poté, co se pacientka pokusila o sebevraždu otravou léky. V jejím životě se jednalo o druhý suicidální pokus. Důvody k tomuto činu byly v postatě stejné, jako u pokusu prvního. Nedostatek financí, ztráta zájmu, sebeobviňující tendence, nesklonitelnost od svých problémů. Sebevražedný pokus plánovala, shromažďovala léky, napsala dopis na rozloučenou. Pokus uskutečnila, když byla doma sama. Pacientku v bezvědomí našla dcera.

Po šesti týdnech se stav pacientky nemění, sporadicky se zapojuje do terapie na denním stacionáři, nálada stále kolísá, sděluje večerní pesima, často se budí, nevidí smysl svého života. Pacientka uvádí, že měla v úmyslu zemřít, lituje, že se jí to nepovedlo. V sebevraždě vidí způsob řešení, nedůvěřuje léčbě, která již několikrát selhala. Za svůj čin se nestydí, myslí si, že o svém životě může rozhodovat sama. Uvědomuje si, že sebevražedným pokusem způsobila velkou bolest své rodině, ale myšlenky na sebevraždu nedokázala překonat. Cítí se nepotřebná a neschopná, protože nedokáže unést tíživé životní situace. Po sebevražedném pokusu nedošlo v hierarchii hodnot pacientky k žádným změnám, na první místo řadí rodinu, děti a vnoučata, ale

nevěří, že se její život ještě někdy posune správným směrem. Pacientka nemá přátele, manžel tráví většinu času mimo domov, děti již odrostly a vnoučata žijí daleko. Další sebevražedné myšlenky nepopírá.

Kazuistika 9

Pacient (56 let), přijata na psychiatrické oddělení po pokusu o sebevraždu otravou léky. Jedná se o první hospitalizaci na tomto oddělení. Rozhovor byl proveden 24 dní po pokusu o sebevraždu.

Pacient je středoškolsky vzdělaný, pracoval jako řidič autobusu cestovní kanceláře. Nyní je 2 roky nezaměstnaný. Pracovní poměr ukončil, protože dostal lepší nabídku v zahraničí. Práce v cizině nevyšla a do původního zaměstnání už se nemohl vrátit. Jeho finanční situace je tíživá, peníze mu nestačí na živobytí, je finančně závislý na manželce. Nevěřící.

Ženatý 32 let, své manželství hodnotí jako dobré, konflikty vždy společně vyřešili. Manželka ale poslední roky není ve vztahu spokojená, požádala o rozvod. Obviňuje pacienta z neschopnosti a lenosti. Pacient má dvě děti, syna (23 let) a dceru (26 let), kteří s nimi ještě žijí v panelovém bytě ve městě. Děti přispívají na domácnost, ale i v tomto případě to nestačí. Pacient měl také podezření, že je mu manželka nevěrná. Její chování tomu dle pacienta plně odpovídá. Děti se klaní na stranu matky a podporují ji v rozhodnutí.

Poprvé ho myšlenky na sebevraždu napadly v den, kdy mu manželka oznámila její úmysl dát se rozvést. Z počátku se daly myšlenky odklánět, ale postupně, když viděl bezvýchodnost situace, rozhodl se dobrovolně ukončit svůj život. Suicidální pokus plánoval, rozhodl se pro otravu léky v kombinaci s alkoholem.

Pacienta našla manželka a přivolala záchrannou službu. Po stabilizaci životních funkcí byl pacient předán na jednotku intenzivní péče interního oddělení a po dvou dnech byl přeložen na psychiatrické oddělení. Zpočátku si od činu slíboval, že tím ženě dokáže, jak moc ji miluje, ale postupem času, kdy ho manželka během pobytu ani jednou nekontaktovala, pochopil, že situace se nezměnila. Manželka pacienta si dokonce ani nepřála, aby se po propuštění vrátil domů. Sbalila mu věci a odstěhovala ho na jejich chalupu. Pacient se po této zprávě zhroutil, odmítal jíst, komunikovat, užívat léky. Tento stav trval zhruba týden.

Postupně se pacient začal zapojovat do terapie na denním stacionáři, během několika dní se přestal stranit kolektivu a navázal kontakt s ostatními pacienty. Při činnosti v dílně mužů se aktivně zapojoval, hovořil o tom, že kutilství byl vždy jeho koníček. S manželkou se za pomoci právníka domlouvá na rozdělení majetku. Čtyři týdny po sebevražedném pokusu nahlíží pacient na svůj čin jinak. Stále je rád, že sebevražedný pokus přežil, uvědomil si, že tím nic nevyřeší.

Myslí si, že se jeho postoj k životu v zásadě nezměnil, nemůže říci, že by si života více vážil, bere to jako možnost začít znovu. Zatím svou budoucnost vidí jako velmi nejistou, obává se soudních řízení kolem rozvodu, ale již má zájem o hledání

řešení. Smyslem života se nyní stává vyhlídka na urovnání vztahů se dětmi a možnost nastoupit do nového zaměstnání, které si v průběhu hospitalizace zprostředkoval. Za pomoci sociální sestry hledá východisko z finančních problémů.

Kazuistika 10

Pacientka (24 let), přijata na psychiatrické oddělení pro intenzivní myšlenky na sebevraždu. Rozhovor realizován dva týdny po přijetí.

Pacientka pracuje ve zdravotnictví jako střední ošetřující personál. Vzdělání středoškolské s maturitou. Vysokou školu pro pracovní vytížení nedokončila. Ateistka.

Matka pacientky (53 let) se léčí pro bipolární poruchu, otec v 36 letech suicidoval strangulací. Motiv sebevraždy se nikdy neobjasnil. Sourozence nemá. Vztah s matkou popisuje jako komplikovaný, ve stavech deprese se o matku často bála, v mánii byla matka vůči pacientce často velmi agresivní. Když byla dcera dospělá, matka ji přesvědčila, aby si vzala úvěr, jinak že přijdou o dům, ve kterém spolu žijí. Pacientka matce vyhověla, ale nyní úvěr splácí sama. Splátka je vysoká, pacientce nezbyvají finance na živobytí.

Dalším problémem je pacientčin přítel, který se v poslední době mění, ztratil práci, je agresivní a pije. Pacientka se ho opakovaně pokoušela opustit, ale pokaždé ho vzala zpět. Bála se, že si něco udělá. Pacientka se začala cítit pod tlakem a hledal únik před realitou. V posledních třech měsících se pokoušela uvolnit pomocí pervitinu, ale užívání se jí vymklo z rukou. V zaměstnání si začali všimnout změn, pacientka hubla, byla podrážděná, nevykonná. Začala mít potíže s bolestmi zad, nedovolila si na bolest stěžovat. Prý proto, že kolegyně jsou mnohdy starší a taky si nestěžují. Věděla, že si stejně nemůže dovolit nastoupit do pracovní neschopnosti. K sebevražedným myšlenkám došlo až ve chvíli, kdy pacientku oslovila nadřízená. Pacientka se nadřízené svěřila a ta jí záhy odvezla na psychiatrické oddělení.

Po dvou týdnech hospitalizace se stav pacientky stabilizuje, pacientka si uvědomuje všechna rizika spojená s užíváním drog. Se sociální sestrou zařizuje žádost o vyhlášení osobního bankrotu. Aktivně se zapojuje do terapie na denním stacionáři. Mrzí ji, že situace zašla tak daleko, bojí se stigmatizace feťáčky, má strach, že jí už nadřízená nebude věřit. Matka pacientky byla jejím stavem vystrašena, bojí se o ni a slíbila, že dceři vrátí peníze tak, že na ni převede vlastnictví domu.

Pacientka je ráda, že se dostala na oddělení dříve, než se pokusila o sebevraždu, věří, že by jí byla schopna spáchat. V době hospitalizace se rozešla s přítelem, obává se však, aby ji po propuštění nepronásledoval. Uvědomuje si, že sebevražda není řešením, ráda by jednou měla normální vztah a rodinu. Svůj smysl života nedokáže definovat, ale další sebevražedné myšlenky popírá a pokus vylučuje.

Analýza kazuistik:

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	CELKEM ANO
První sebevražedný pokus	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	8
Přetrvávající sebevražedné myšlenky po suicidálním pokusu	ANO	ANO	ANO	NE	NE	NE	ANO	ANO	NE	NE	5
První kontakt S psychiatrickým oborem	ANO	NE	ANO	NE	NE	ANO	NE	NE	ANO	ANO	5
Těžká životní Situace	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	10
Těžká životní situace jako příčina suicidia	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	10
Problémy v sociálním zázemí	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	NE	NE	NE	ANO	6
Rozpadající se partnerský vztah	ANO	NE	NE	NE	NE	NE	ANO	NE	ANO	ANO	4
Zdravotní potíže nebo zdravotní postižení před suicidálním pokusem	NE	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	NE	NE	NE	ANO	5
Zdravotní potíže nebo zdravotní postižení kdy příčinou bylo spáchání suicidálního pokusu	NE	ANO	NE	NE	NE	NE	ANO	NE	NE	NE	3
Psychická zátěž v rodinné anamnéze	ANO	NE	NE	ANO	ANO	NE	ANO	NE	NE	ANO	5
Vyznání	NE	NE	NE	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE	NE	3
Pocit ztráty smyslu života před suicidálním pokusem	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	10
Pocit ztráty smyslu života po suicidálním pokusu	NE	ANO	ANO	NE	NE	ANO	ANO	ANO	NE	NE	5
Projev lítosti nad provedeným suicidálním pokusem	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	NE	NE	ANO	ANO	ANO	7
Změněný postoj k životu a svým hodnotám po suicidiu	ANO	NE	NE	NE	ANO	NE	NE	NE	ANO	ANO	4
Plánování budoucnosti po suicidiu	ANO	NE	NE	ANO	ANO	NE	NE	NE	ANO	ANO	5

Z analýzy případových studií vplynuly jednotlivé proměnné, jejichž incidence je uvedena v tabulce a výsledky jsou interpretovány v kapitole 3.3.

Cíl výzkumu, zjistit, zda je u klientů se sebevražedným jednáním přítomno prožívání ztráty smyslu života, byl splněn. U všech dotazovaných sebevražedné jednání souviselo s prožíváním ztráty smyslu života.

Příloha II.

Okruhy sběru dat nestrukturovaného rozhovoru

Okruh 1: Anamnestické údaje

Okruh 2: Příčina sebevražedného jednání

Okruh 3: Způsob provedení sebevražedného pokusu

Okruh 4: Pacientův náhled na čin

Okruh 5: Změny v postoji k životu a hodnotám po sebevražedném jednání

Okruh 6: Vyznání

(zdroj vlastní)

Příloha III.

Záznam o souhlasu s poskytováním informací za účelem zpracování případové studie

- Souhlasím s poskytováním informací studentce formou rozhovoru pro zpracování případové studie. Zpracované kazuistiky budou interpretovány (v anonymní podobě) v rámci diplomové práce. Výše uvedená osoba je povinna o skutečnostech, o nichž se dozvěděla z rozhovoru, zachovávat mlčenlivost.
- Souhlasím, aby studentka získala doplňující informace pro zpracování případové studie nahlédnutím do mé zdravotnické dokumentace. Výše uvedená osoba je povinna o skutečnostech, o nichž se dozvěděla ze zdravotnické dokumentace, zachovávat mlčenlivost.
- Souhlasím se zveřejněním získaných (zdravotnická dokumentace a rozhovor) údajů v rámci diplomové práce (v anonymní podobě), které byly v průběhu případové studie získány.
- Byl(a) jsem seznámen(a) se zpracovávaným tématem diplomové práce, jejíž součástí bude i kazuistika o mé osobě (v anonymní podobě).
- Byl(a) jsem poučen(a), že mám právo nahlédnout do zpracované kazuistiky, vedené o mé osobě.
- Prohlašuji, že mi byly studentkou výše uvedené body sděleny a vysvětleny, plně jsem jim porozuměl(a) a měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly studentkou zodpovězeny.

V Českých Budějovicích dne.....

Podpis pacienta:.....

Podpis a identifikace studenta zpracovávající případovou studii:

Bc. Markéta Míková

České Budějovice, Průběžná 5

(zdroj vlastní)

ABSTRAKT

MÍKOVÁ, M. *Ztráta smyslu života. Úloha a odpovědnost pracovníka pomáhajících profesí při práci s klientem, který ztratil smysl života*. České Budějovice 2013. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce A. Kříšťan.

Klíčová slova: existencialismus, odpovědnost, pomáhající profese, sebevražedné jednání, smysl života, sociální práce, úloha pracovníka, ztráta smyslu života

Práce se zabývá tím, jakou úlohu a odpovědnost má v současné době pracovník pomáhajících profesí při práci s klientem, který ztratil smysl života. Práce odpovídá na otázky, jaké okruhy znalostí by měl pomáhající o této problematice mít, aby mohl poskytnout klientovi kvalitní a odbornou péči. Jsou zde zmíněny životní situace, kde lze ztrátu smyslu života předpokládat, zhodnocena rizika ztráty smyslu života a nastíněno, jakou roli a odpovědnost má v této situaci pracovník pomáhající profese. Vycházím především z literatury existenciálně smýšlejících autorů a pak z odborné literatury zaměřené na psychologii, psychiatrii, sociální práci a etiku.

ABSTRACT

Loss of Meaning of Life. Role and Responsibility of Workers in Helping Professions at Work with a Client, who Lost their Meaning of Life.

Keywords: existentialism, responsibility, helping profession, suicidal actions, meaning of life, social work, worker's role, loss of meaning of life

The work deals with the aspects of the role and responsibility of a worker in helping professions at work with a client who lost their meaning of life. The work answers the questions on what sphere of knowledge the helper is supposed to have to be able to provide a high-quality and expert care. Life situations are mentioned here, which presuppose the loss of meaning of life as well as the risks of loss of meaning of life are evaluated. Also the role and responsibility of the worker in helping profession is outlined. The work was based primarily on literature by existential-minded authors and on professional literature focused on psychology, psychiatry, social work and ethics.