

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

PRÁCE S POCITY VLASTNÍ
BEZMOCI U PRACOVNÍKŮ LINEK
DŮVĚRY

EXPERIENCING HELPLESSNESS AMONG CRISIS
HELPLINE WORKERS



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Barbora Janovská**

Vedoucí práce: **doc. PhDr. Matúš Šucha, Ph.D.**

Olomouc

2021

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Práce s pocity vlastní bezmoci u pracovníků linek důvěry“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu doc. PhDr. M. Šuchovi, Ph.D. za jeho vstřícný přístup, podporu a podnětné vedení. Děkuji také své rodině, příteli a nejbližším přátelům, kteří dbali na to, abych při psaní o bezmoci zcela nepropadla bezmoci vlastní. Velmi si vážím jejich pochopení, trpělivosti a podpory. Velké díky samozřejmě patří osloveným vedoucím LD, kteří věnovali čas mému emailu a přeposlali jej svým kolegům. A především děkuji všem pracovníkům LD, kteří se do mého výzkumu rozhodli zapojit, protože bez nich by tato práce vzniknout nemohla. Děkuji.

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
	OBSAH	4
	ÚVOD	5
	TEORETICKÁ ČÁST	6
1	Telefonická krizová intervence	7
	1.1. Krize a krizová intervence	7
	1.2. Specifika telefonické krizové intervence.....	10
	1.3. Linky důvěry v ČR	13
2	Pracovníci Linek důvěry	16
	2.1. Kdo jsou pracovníci LD	16
	2.2. Prožívání náročných situací v rámci TKI.....	18
	2.3. Možné důsledky psychické a emoční zátěže	22
	2.4. Možnosti psychohygieny	24
3	Bezmoc	26
	3.1. Prožívání bezmoci	26
	3.2. Bezmoc v pomáhajících profesích.....	28
4	Bezmoc krizových interventů	30
	4.1. Relevantní soudobé výzkumy a poznatky	30
	VÝZKUMNÁ ČÁST	34
5	Výzkumný problém a cíle	35
6	Metodologický rámec výzkumu	36
	6.1. Metoda získávání dat	36
	6.2. Výzkumný soubor a proces získávání dat	37
	6.2.1 Charakteristika výběrového souboru.....	38
7	Etika výzkumu	40
8	Práce s daty a prezentace výsledků	41
	8.1. Výsledky tematické analýzy	43
	8.2. Odpovědi na výzkumné otázky	60
9	Diskuze	65
10	Závěr	71
11	Souhrn	73
	LITERATURA	76
	PŘÍLOHY	86

ÚVOD

Lidé v krizi mají možnost kontaktovat krizové interventy linky důvěry. Poté, co intervent hovor přijme, očekává se od něj profesionalita a zároveň autentický a lidský projev. Volající na lince hledají bezpečný prostor, podporu, pochopení, ale také by rádi dostali radu, tip na řešení jejich problémů, zkrátka potřebují pomoci v situacích, ve kterých sami tápou. Co když ale situace řešení nemá? Co když ani intervent nevidí žádné reálné možnosti?

Když jsem sama absolvovala výcvik v kompletní krizové intervenci, několikrát se stalo, že jsem nad těmito otázkami přemýšlela. V nácvicích se občas objevovaly obzvláště smutné příběhy a všichni jsme se chvílemi cítili naprosto bezmocně. A to to přitom bylo všechno vlastně jenom jako.

Přemýšlela jsem pak nad tím, jestli ten pocit někdy zmizí, časem nebo zkušenostmi, a co mám dělat do té doby, jak se s vlastní bezmocí v tomto směru vyrovnat? Při pokusu najít odpovědi jsem narazila na to, že se prožívání vlastní bezmoci u krizových interventů nikdo příliš nevěnuje. Hodně se mluví o emocích volajících a jak s nimi mají interventi pracovat, ale o tom, co prožívají a s čím během hovorů bojují sami krizoví interventi, je toho napsáno o poznání méně. O bezmoci krizových interventů se můžeme dočíst jen pár informací v knihách a studiích, které se primárně věnují jiným tématům.

Právě proto jsem se rozhodla, že se ve své diplomové práci budu tomuto tématu věnovat. Jistě by téma vlastní bezmoci bylo možné nalézt u různých pomáhajících profesí, já jsem se však rozhodla zaměřit na již zmíněné krizové interventy, konkrétně tedy na pracovníky českých linek důvěry, kteří s klienty komunikují telefonicky.

Mým cílem je tento fenomén více popsat a stávající skromné poznatky doplnit a propojit. V této práci se především zaměřím na to, v jakých chvílích bezmoc krizoví interventi prožívají, co to pro ně vlastně přesně znamená a jak se svou bezmocí dále pracují.

Přála bych si, aby tato práce nebyla jen odpověďmi na mé vlastní otázky, ale aby v ní našli něco nového a zajímavého také sami krizoví interventi, vedoucí linek důvěry nebo další výzkumníci, kteří by se tématu vlastní bezmoci, ať už u krizových interventů nebo pomáhajících profesí obecně, rádi věnovali.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TELEFONICKÁ KRIZOVÁ INTERVENCE

Teoretickou část této práce jsme se rozhodli uvést kapitolou přibližující telefonickou krizovou intervencí. Začneme ale ještě trochu obecněji a vysvětlíme také pojmy krize a krizová intervence, které jsou klíčové pro představu celého kontextu práce krizového intervenanta – pracovníka linky důvěry.

Pro další části práce je stěžejní poukázat na to, s kým a jak krizoví intervenenti pracují, s jakými typy krizí se setkávají a jaká jsou specifika krizové intervence po telefonu. Závěr kapitoly pak věnujeme bližšímu představení linek důvěry v České republice.

1.1. Krize a krizová intervence

Krize je označením pro situaci, událost či překážku, kterou jedinec vnímá jako negativní a potenciálně ohrožující, nenachází vhodné prostředky pro její zvládnutí, a to zejména proto, že obvyklé způsoby řešení, které při podobných problémech používá, v tomto případě selhávají (Caplan, 1964; Špatenková et al., 2011; Teater, 2010).

Hoskovcová (2009) zdůrazňuje, že krize je záležitostí subjektivní – různí lidé mohou na stejnou situaci reagovat rozdílně. Co může vyvolat krizi u jednoho člověka, nemusí být spouštěčem krize u jiného.

Co se naopak příliš neliší, jsou emoce, které krize v lidech vyvolává. Jedinec v krizi pociťuje nejčastěji úzkost, tenzi, bezradnost a smutek. Sílí potřeba ventilace – ať už ve formě sdílení a vypovídání se, nebo pláče či křiku (Matoušek et al., 2013). Typické je také zúžené vnímání a pocity paniky. Z tělesných prožitků je často přítomna bolest a pocit napětí (Lucká, 2011 in Vodáčková et al., 2012).

Krize můžeme dělit dle různých kritérií. Dle způsobu manifestace rozlišujeme krize zjevné (člověkem uvědomované) a latentní (neuvědomované). Z časového hlediska můžeme hovořit o krizích akutních a chronických (Vodáčková et al., 2012).

Baldwin (1978) krize rozdělil podle závažnosti do šesti kategorií, seřazených dle rostoucí míry stresu. Jeho poznatky stručně shrnujeme v následující tabulce.

Tabulka 1: Baldwinova (1978) typologie krizí

NÁZEV KRIZE	POPIS	PŘÍKLAD
Krize situační	krize pramenící z nepředvídatelné a problematické situace	vyhazov, stěhování, volba VŠ...
Krize tranzitorní	krize odrážející očekávatelné životní změny a přechody	rodičovství, manželství, rozvod...
Krize pramenící z prožitého traumatu	spouštěčem krize je extrémně stresující neočekávaná situace, nad kterou jedinec nemá kontrolu	úmrť v rodině, znásilnění, útok...
Krize zrání/vývojové	krize vycházející z hlubšího a obvykle ohraničeného problému související s dosažením zralosti	krize sexuální identity, konflikt hodnot, intimita...
Krize odrážející psychopatologii	krize pramenící z psychopatologie/krize, která je umocněna již existující psychologií	krize u člověka s hraniční poruchou osobnosti/ závislého/ neurotického...
Akutní neodkladné krize	akutní naléhavé stavy vyžadující rychlý zásah, jedinec je neschopen převzít vlastní odpovědnost	předávkování, započaté suicidium, akutní psychóza

Vnitřním spouštěčem krize může být neschopnost adaptace na požadavky vývoje. Za vnější spouštěče krizí bývají obecně považovány situace změny, ztráty či volby (Thom, 1992 in Matoušek et al., 2013), pokud bychom chtěli být konkrétnější, můžeme nahlédnout do přehledu 42 zátěžových situací Holmese a Raheho (1967), kde zjistíme, že spouštěčem krize může být například úmrť partnera, ztráta zaměstnání, ale také sňatek či stěhování.

Krizovou situaci tedy není nutné považovat za cosi patologického, naopak se často jedná o přirozenou součást lidského života. Pokud je krize včas rozpoznána a dotyčný vyhledá pomoc, stává se krize příležitostí pro růst nebo vytvoření nových a efektivnějších copingových (vyrovnávacích) strategií. Zůstane-li člověk v krizové situaci bez pomoci, může být krize zdrojem ohrožení (Kastová, 2010; Špatenková et al., 2017). Polaritu krize Matoušek a kol. (2013) hezky ilustrují na tom, že čínský znak označující pojem krize je složen ze znaku pro nebezpečí a znaku, který je symbolem pro příležitost.

Kde hledat pomoc v krizi? Začít můžeme u sebe, neboť i svépomoc a naše vlastní vyrovnávací strategie mohou být účinným řešením krize (Baštecká & Goldmann, 2001). Pomoc můžeme najít také u blízkých a přátel, sociální opora je důležitým pilířem při zvládání krizí a náročných životních situací (Baštecká et al., 2013; Paulík, 2017), hovoří se o tzv. nárazníkovém (tlumivém) modelu sociální opory (Křivohlavý, 2001). Tyto druhy pomoci jsou obvykle účinné v první fázi krizového stavu, který je dle Caplana (1964) charakterizován pocitem ohrožení a zvýšenou úzkostí.

Někdy ale laická pomoc nestačí, obvyklé vyrovnávací strategie selhávají a krize se postupně dostává do dalších fází, kdy dotyčný vnímá, že nad svou situací ztrácí kontrolu. Právě v těchto chvílích přichází na řadu odborná krizová pomoc – krizová intervence. (Špatenková et al., 2011; Vodáčková et al., 2012).

Krizová intervence (KI) v sobě zahrnuje různé odborné druhy pomoci člověku v krizi, s cílem tuto krizi eliminovat a dotyčného stabilizovat a směřovat jej k obnovení jeho psychické rovnováhy a adaptačních schopností (Vodáčková et al., 2012). Kastová (2010) připomíná, že krizová intervence má být svým způsobem pomocí ke svépomoci. Špatenková a kol. (2011) vnímají krizovou intervenci jako třífázový (zahájení, realizace, ukončení) proces interakce mezi krizovým interventem a jedincem v krizi. V užším pojetí je na KI nahlíženo jako na techniku, strategii či dovednost pomáhajícího pracovníka (Burgess & Baldwin, 1981).

Kvalitní krizová intervence stojí na čtyřech pilířích: etický přístup, teoretický a koncepční rámec, sebereflexe interventa a dále jeho dovednosti a používané techniky (Hanvey & Philpot, 1994). Důraz je dále kladen na bio-psycho-sociálně-spirituální pojetí problému a eklekticismus. Hojně se využívá reflexe, zrcadlení, parafrázování a rekapitulování. Dle konkrétní situace intervent přechází mezi vedením (direktivnějším pojetím rozhovoru) a provázením (Vodáčková et al., 2012). Do krizové intervence naopak rozhodně nepatří jakékoli bagatelizování a zlehčování klientova problému, plané utěšování nebo moralizování (Špatenková et al., 2011).

Na nejobecnější úrovni můžeme krizovou intervenci rozdělit na formu prezenční (ambulantní, terénní, pobytovou) a distanční (telefonickou, internetovou) pomoc (Špatenková et al., 2011).

Terénní krizová intervence je poskytována přímo na místě, kde se nachází osoba či skupina osob v krizové situaci, která mohla vzniknout působením jiného člověka, případně se může jednat o přírodní katastrofu. Krizovou pomoc nepotřebují jen přímé oběti katastrofy, ale často také přihlížejíci. V mnoha případech vyjíždí na místo krizové události širší tým interventů (Baštecká et al., 2005; Špatenková et al., 2011).

V případě ambulantní a pobytové pomoci je tomu naopak – tedy klient přichází za interventem. Ambulantní krizová intervence probíhá v krizových centrech nebo denních stacionářích a je typická tím, že klient se poté vrací domů. Pobytová krizová pomoc v sobě zahrnuje také pobyt na krizovém lůžku (Vodáčková et al., 2012).

Možnosti distanční krizové intervence rostou spolu s vývojem moderních technologií. Jak už název napovídá, jedná se o krizovou pomoc na dálku. Mezi tuto formu krizové pomoci patří internetová krizová intervence, která může být poskytována přes email (asynchronně) nebo přes chatové platformy (Špatenková et al., 2011).

Prvky krizové intervence přinášejí také mobilní aplikace, které začínají být vyvíjeny především v posledních letech. Tyto aplikace jsou nejčastěji využívány ke zmírnění symptomů úzkostí (Pramana et al., 2014), panické ataky, deprese nebo pro zvládnání sebevražedných myšlenek a tendencí k sebepoškození (Donker et al., 2013; Luxton et al., 2011; McManama O'Brien et al., 2016).

V Českém prostředí byla vyvinuta například aplikace Nepanikař, která poskytuje první psychickou pomoc při depresi, úzkostech, poruchách příjmu potravy, sebevražedných myšlenkách, sebepoškození a nabízí také velmi rozsáhlou mapu pomoci, která zahrnuje kontakty a informace o krizových, psychologických i psychiatrických službách napříč celou republikou (Nepanikař, n.d.).

V neposlední řadě je distanční krizová intervence poskytována telefonicky. Specifikům telefonické intervence a jejímu bližšímu představení se budeme věnovat v následujících podkapitolách.

1.2. Specifika telefonické krizové intervence

Na počátku telefonické krizové intervence stojí kněz Chad Varah, ten v Londýně v roce 1953 zavedl první krizovou linku pro ty, kteří chtěli spáchat sebevraždu. Organizaci dal název Samaritáni¹ a mottem se stala jednoduchá výzva: „*Dříve než si vezmete život, zavolejte mi!*“ (Vodáčková et al., 2012, 206).

Varah vycházel z toho, že dotyčný by možná uvítal, kdyby ho někdo anonymně vyslechl a nemusel by přitom nikam jezdit. Podstata byla dle Varaha naprosto jednoduchá – vytvořil službu, kde byli lidé, kteří byli ochotni poslouchat a krizový telefon, který je mohl spojit s těmi, kteří to potřebují (Samaritans, n.d.; Science Museum, 2018). Varahova myšlenka telefonické krizové pomoci se postupně uchytila napříč celou Evropou. Konkrétně v České republice vznikla první linka důvěry v roce 1964.

¹ Samaritáni fungují i nyní a snaží se reagovat na aktuální potřeby lidí a drží krok s vývojem moderních technologií – vyvíjejí například chatovou platformu, aby se pomoci dostalo i těm, kteří preferují řešit své problémy v psané podobě (Science Museum, 2018).

Důležitým milníkem pro rozvoj telefonické krizové intervence byl rok 1967, kdy za účelem zvýšení prevence sebevražd vznikla International Federation of Telephone Emergency Services (IFOTES). V současné době nezisková organizace IFOTES sdružuje 338 (především evropských) krizových linek, podporuje jejich práci a výměnu zkušeností. Mezi 31 členskými asociacemi najdeme také českou Modrou linku. IFOTES spolupracuje se Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a Mezinárodní asociací prevence sebevražd (IAPS) (IFOTES, n.d.).

IFOTES, IAPS a dále Life Line International, Befrienders Worldwide, De Leo Fun a Lifeline Australia vytvořily dohromady Mezinárodní alianci krizových linek (WACH). Společně vytvářejí mezinárodní síť, v rámci které sdílejí materiály a osvědčené postupy a snaží se zlepšit dostupnost telefonických krizových služeb (IFOTES, n.d.).

Normy, které organizace IFOTES vytvořila, jsou uznávané napříč všemi poskytovateli telefonické krizové pomoci (Vodáčková et al., 2012). Každý volající bez ohledu na věk, pohlaví či náboženskou příslušnost má právo být vyslyšen a respektován. Informace, které klient interventovi sdělí, jsou důvěrné a volající má právo zůstat v anonymitě (IFOTES, n.d.).

Telefonická krizová intervence vychází z podobných principů jako krizová intervence tváří v tvář, přesto má však svá specifika, řadu výhod, ale i limitů a úskalí.

Stejně jako u intervence tváří v tvář má klient možnost ventilovat své emoce a napětí, nalézt u interventa oporu a povzbuzení a v průběhu hovoru rozšiřovat své možnosti (Špatenková et al., 2011). Mezi výhody telefonické krizové intervence řadíme především **bezbariérovost a dostupnost**. Na linku se může obrátit kdokoli, odkudkoli a pomoci se mu dostane v podstatě okamžitě (Špatenková et al., 2011; Vodáčková et al., 2012).

Právě dostupnost a jednoduchost dosažení telefonické krizové pomoci může být zdrojem toho, že klienti následně plně nevyužívají její potenciál (jako příklad uvádí, že se na konzultaci nijak nepřipravují, v intervenci probírané možnosti a změny nezařazují do svého života apod.) (Paterson et al., 2009).

Vzájemná anonymita interventa i klienta může být výhodou i nevýhodou. Anonymní prostředí telefonické krizové intervence může klientovi poskytovat větší pocit bezpečí a snižuje možnost stigmatizace (Rosenbaum & Calhoun, 1977). Pro interventa může být anonymita a vzdálenost ochranou proti klientům, kteří představují potenciální nebezpečí (Paterson et al., 2009).

Intervent ale na druhou stranu může bojovat s tím, že mu anonymita volajícího brání například v dodržení ohlašovací či oznamovací povinnosti, případně efektivnější pomoci klientovi se sebevražednými tendencemi. Intervent tak může čelit mnohým etickým a morálním dilematům (Ciešlarová, 2008).

Mezi specifikum telefonické krizové pomoci patří fakt, že klient i intervent mají k dispozici **pouze verbální a paraverbální projevy**. Mimika, gesta a další neverbální signály zůstávají skryté. Intervent se musí spolehnout pouze na sluch, informace vnímané jinými smysly k dispozici nemá. Náročná může být zejména **absence očního kontaktu** (Mermelstein et al., 2017). Práce s páry či rodinami je v rámci TKI značně omezena (Paterson et al., 2009).

TKI je také **časově flexibilnější**, v tom smyslu, že délka hovoru není fixně stanovena. Existují doporučení pro optimální délku poskytované intervence, ale krizový intervent může délku hovoru upravit potřebám konkrétního klienta (Hoskovcová, 2009). Ve výzkumu Mishary a jeho kolegů byla průměrná délka hovoru okolo 18 minut, pokud však byli volající v akutním ohrožení života, hovor byl delší (Mishara et al., 2007). Vacková (2019) ve svém výzkumu zaznamenala průměrnou dobu hovoru okolo 19 minut (u klientů, kteří volali poprvé), hovory s opakovaně volajícími klienty byly kratší. Špatenková a kol. (2011) tedy jako určitou nevýhodu TKI uvádějí **práci v časovém presu**. Pokud se v prvních minutách nepodaří s klientem navázat dobrý vztah, volající obvykle telefon pokládá. Klient také určuje, kdy a odkud zavolá a kolik informací interventovi svěří (Christogiorgo et al., 2010).

I přes určité odlišnosti a potenciální úskalí je telefonická krizová pomoc oblíbenou, efektivní a hojně využívanou službou. Hlubší zhodnocení efektivity tohoto typu pomoci přesahuje rámec této práce, pro úplnost této kapitoly zde uvedeme alespoň okrajově několik zjištění. Volající po ukončené intervenci udávají snížení úzkostných a depresivních symptomů, zmírnění tendence k sebepoškození (Hoffberg et al., 2020). Výzkumů, které by se touto problematikou kvalitně zabývaly nicméně není mnoho, zhodnocení efektivity telefonické krizové pomoci se navíc obvykle zaměřuje pouze na nespecifické (př. spokojenost volajícího) (Paterson et al., 2009) a bezprostřední ukazatele (Hoffberg et al., 2020).

Ačkoli původní myšlenka založení krizových linek úzce souvisela s prevencí sebevražd, brzy se ukázalo, že se hovory netýkají pouze této tematiky. Postupně tak začalo vznikat stále více a více obecných krizových linek (Paterson et al., 2009).

Pro ilustraci tohoto trendu můžeme srovnat původní Varahovo motto uvedené výše: „*Dříve než si vezmete život, zavolejte mi!*“ (Vodáčková et al., 2012, 206) s nynějším sloganem české Linky první psychické pomoci: „*Volejte dřív, než se ztratíte v nepřehledných situacích, vztazích a emocích!*“ (Linka první psychické pomoci, n.d.).

V České republice poskytují telefonickou krizovou pomoc specializované linky (*hot lines*), které se zaměřují na konkrétní problémy (domácí násilí, drogová problematika...), kontaktní linky krizových či poradenských center a všeobecně zaměřené krizové linky – linky důvěry (Vodáčková et al., 2012).

1.3. Linky důvěry v ČR

Chceme-li v této práci hovořit o pracovních linek důvěry, je jistě důležité představit linky důvěry jako takové. Linky důvěry (LD) jsou zařízení, která poskytují telefonickou krizovou pomoc dle §55 zák. č. 108/2006Sb., o sociálních službách. Nabízejí klientovi nejen možnost ventilovat své pocity a myšlenky, ale také plní funkci edukační a informativní (Česká asociace pracovníků linek důvěry; n.d.).

První Linka důvěry vznikla v ČR v roce 1964, založil ji tehdy Miroslav Plzák při Psychiatrické klinice FLV Univerzity Karlovy v Praze. Až do roku 1989 byly linky důvěry primárně zdravotnickými pracovišti. Teprve v roce 1992 vznikla první nezdravotnická linka důvěry. Zřizovateli linek tak už nebyli pouze státní a zdravotnický orientované instituce, ale také instituce sociální a zřizovateli se stali nestátní celky – nadace, občanská sdružení atd. (Vodáčková et al., 2012).

V současné době je na našem území zhruba 30 těchto pracovišť, některá působí celorepublikově, jiná na regionální úrovni (Česká asociace pracovníků linek důvěry, n.d.). Najdeme mezi nimi linky pro celou populaci, ale i linky, které jsou určeny specifickým skupinám (děti, senioři, oběti domácího násilí...). Na velkou část z nich se lidé dovolají nepřetržitě, některé jsou však časově omezeny. Novinkou posledních let je u některých linek také služba chatové krizové intervence (Vodáčková et al., 2012).

Celkem 18 linek důvěry momentálně sdružuje Česká asociace Linek důvěry (ČAPLD), která vznikla v roce 1995. Jejím hlavním cílem je podpora jednotlivých pracovišť a rozvoj odborného vzdělávání pracovníků. Členský příspěvek činí 1000 Kč ročně, podmínkou pro přijetí je poskytování akreditované telefonické krizové pomoci a respektování etického kodexu a zásad ČAPLD. Rokem 2020 započala užší spolupráce

ČAPLD s Asociací poskytovatelů krizové pomoci (APKP) a Asociací pracovníků intervenčních center (APIC) (Česká asociace pracovníků linek důvěry, n.d.).

Chceme-li zjistit, kdo a s jakým problémem na české linky důvěry nejčastěji volá, můžeme nahlédnout do výročních zpráv jednotlivých linek. Podařilo se nám dohledat aktuální výroční zprávy 13 linek důvěry. Záměrně jsme pro toto srovnání nenahlíželi do výročních zpráv linek se specifickým zaměřením, ale využili jsme pouze statistiky linek pro celou populaci, abychom mohli data lépe srovnávat. Není-li uvedena jako zdroj konkrétní výroční zpráva, vychází informace z výsledku porovnání jednotlivých zpráv. Kompletní seznam prostudovaných výročních zpráv je přiložen v příloze.

Využili jsme nejaktuálnější vydání, což v době psaní této práce byla výroční zpráva pro rok 2019, v případě olomoucké linky důvěry byla nejaktuálnější dohledanou statistikou výroční zpráva z roku 2018.

Vytíženost jednotlivých linek lze porovnávat jen stěží, protože jednotlivé výroční zprávy v celkovém počtu kontaktů započítávají hovory různě. Někdy je celkové číslo uváděno včetně chatů, mailů a kontaktů bez poskytnuté intervence, jindy je specificky uvedeno, kolik proběhlo smysluplných intervencí. Některé linky do této kategorie zahrnují kontakty delší než 15 minut (STŘED, 2019), jiné intervence nad 30 minut (Centrum intervenčních a psychosociálních služeb Libereckého kraje, 2019). Počet kontaktů byl uváděn v rádech tisíců (přibližně 3 000 – 6 000 kontaktů ročně, včetně mailů a chatů).

Nicméně napříč linkami si můžeme povšimnout toho, že smysluplných intervencí je o poznání méně, než kolik je uváděno kontaktů jako takových. Důvodem je fakt, že v mnoha případech se jedná o hovor zneužívající, testovací nebo o omyl. LD České Budějovice například zaznamenala 5 203 smysluplných hovorů, 1015 hovorů zneužívajících a 4531 kontaktů bylo vyhodnoceno jako omyl (Středisko pro rodinu a mezilidské vztahy a Linka důvěry v Českých Budějovicích, 2020). Pražská linka důvěry vyhodnotila kontakt jako smysluplnou intervenci pouze ve 26 % případů (Centrum sociálních služeb Praha, 2020).

V týmu obvykle najdeme 10-20 krizových interventů (viz např: STŘED, 2020; Středisko pro rodinu a mezilidské vztahy a Linka důvěry v Českých Budějovicích, 2020, InternetPoradna.cz, 2019). Tým je multidisciplinární, mezi interventy se objevují psychologové, pedagogové i sociální pracovníci (Povídej, 2020). Pražská linka důvěry v roce 2019 zaznamenala, že kapacita byla mnohdy nedostačující, a to zejména na chatu (Centrum sociálních služeb Praha, 2020). Modrá linka se setkávala s největší vytížeností ve

večerních hodinách mezi 19:00 – 21:00 (Modrá linka, 2020), LD při dětském krizovém centru naopak mezi 8:00 – 16:00 (Dětské krizové centrum, 2020).

Pokud byla ve zprávě uvedena statistika o pohlaví volajících, jednalo se obvykle o velmi vyrovnané rozložení mužů i žen. Někde těsně převážili muži (Centrum intervenčních a psychosociálních služeb Libereckého kraje, 2020; Most k naději, 2020), jindy se projevila těsná převaha žen (Centrum sociálních služeb Praha, 2020; Středisko pro rodinu a mezilidské vztahy a Linka důvěry v Českých Budějovicích, 2020). Typicky na linky volají dospělí spadající do věkové kategorie mezi 27-50 lety (Centrum intervenčních a psychosociálních služeb Libereckého kraje, 2019; Centrum psychologické pomoci, 2020; Most k naději, 2020). Nicméně je potřeba zdůraznit, že v mnoha případech interventi věk volajícího neznají.

Nejčastější témata se mezi jednotlivými pracovišti příliš neliší². Na prvním místě jsou osobní a existenciální problémy, které zahrnují pocity osamělosti, ztrátu smyslu života nebo například sebevražedné myšlenky. Tento výsledek není nijak překvapivý, vezmeme-li v potaz fakt, že osamělost je považovaná za jeden z nejčastějších a nejhlubších spouštěčů duševní krize (Matoušek et al., 2013).

Dále se objevují potíže spojené s psychopatologií a pomyslný žebříček tří nejčastěji řešených oblastí uzavírá vztahová problematika. Klienti neřeší pouze partnerské vztahy, ale také vztahy přátelské, rodinné, pracovní nebo sousedské.

Pokud bychom chtěli situaci porovnat se zahraničními linkami, můžeme na základě rešerše Rekové a Dingera (2016) konstatovat, že nejčastější témata se příliš neliší. Klienti se na krizové linky v Německu, Spojeném království či Austrálii nejvíce obracejí kvůli pocitům deprese, úzkosti a samoty. Dále se stejně jako u nás objevuje vztahová problematika a otázky smrti a umírání.

² Výjimkou je v tomto případě LD při Dětském krizovém centru, ačkoli je tato linka oficiálně prezentovaná jako linka pro celou populaci, projevil se zde nejspíše fakt, že zde volají primárně děti a rodiče. Do popředí tak vystoupila problematika syndromu CAN a rodinné a vrstevnické problémy (Dětské krizové centrum, 2020).

2 PRACOVNÍCI LINEK DŮVĚRY

V předchozí kapitole jsme přiblížili základní poznatky o telefonické krizové intervenci a představili jsme linky důvěry. Víme už tedy, jak a kde krizoví interventi pracují a co je jejich hlavním cílem. Nyní se zaměříme přímo na ně. Jací by měli být? V čem je jejich práce psychicky náročná a co mohou dělat pro udržení své duševní pohody? Na tyto otázky se pokusíme odpovědět na následujících stranách.

2.1. Kdo jsou pracovníci LD

Požadavky na krizového pracovníka vycházejí ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Mezi tyto požadavky patří odborná a zdravotní způsobilost, trestní bezúhonnost a způsobilost k právním úkonům. Pracovníkem linky důvěry může být odborník i laik, a to jak v pozici profesionála, tak dobrovolníka. Zmatek, který v tomto pojmosloví vládnul, se rozhodla vyjasnit Vodáčková. Odborníkem je pracovník s odpovídajícím vzděláním (psycholog, psychiatr, lékař, speciální pedagog, duchovní či sociální pracovník). Laik toto vzdělání nespĺňuje, absolvoval však výcvik v telefonické nebo kompletní krizové intervenci. Absolvování tohoto výcviku je standardem také pro odborníky. Laik i odborník může na lince pracovat jako dobrovolník, který za svou práci nedostává zapláceno, nebo jako profesionál, který placen je (Vodáčková et al., 2012).

Výše jsme zmínili výcvik v krizové intervenci. V současné době jsou pořádány nejen kompletní kurzy v krizové intervenci, ale i výcviky v dílčích technikách. Akreditovány jsou pod Ministerstvem práce a sociálních věcí či Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy. V nabídce je v současné době několik kratších kurzů v řádu 8-60 hodin i několik komplexních dlouhodobých výcviků, jejichž časová dotace se pohybuje okolo 100-200 hodin. Tyto dlouhodobé kurzy organizuje například Remedium, Děčko Liberec, Modrá linka, Linka Bezpečí nebo Moravští lektorři (Česká asociace pracovníků linek důvěry, n.d.).

Struktura komplexního výcviku je napříč organizacemi velmi podobná: obsahuje bloky teorie a praktických nácviků modelových situací, sebezkušenostní techniky a zpětnou vazbu od lektorů. Důraz je kladen na nácvik práce s tichem, pláčem, úzkostí a různými typy klientů. Výcvik je zakončen písemnou a praktickou zkouškou (Vodáčková et al., 2012).

Mezi předpokládané dovednosti a znalosti pracovníka Linky důvěry patří například empatické naslouchání, právní povědomí, znalost návazné psychosociální sítě, práce s klientovou zakázkou, udržení profesních hranic a sebereflexe (Vodáčková et al., 2012).

Tyto dovednosti a znalosti může získat právě ve výše zmíněném výcviku, dále je pak rozvíjí vlastní praxí a zkušenostmi, případně navazujícími kurzy a výcviky. Posouvat se může také v rámci týmových supervizí. Baštecká a Goldmann (2001) také připomínají, že by měl pracovník LD dbát na dodržování etických pravidel a respektovat důvěrnost informací, které mu klient sdělí.

Důležitou roli samozřejmě hraje navázání vztahu s klientem. Vymětal (1995) připomíná, že navázání vztahu, či vůbec prvotního kontaktu s člověkem v krizi, může být velmi náročné, protože dotyčný je často zcela ponořen do své krize a pocitů. Také Kastová (2010) hovoří o tom, že krize člověka úplně pohltí a dojde ke zúžení koncentrace. Na snahy o navázání vztahu ze strany krizového intervenanta se tak dotyčný nedokáže příliš soustředit. V takových chvílích může pomoci, když se interventovi podaří pocity klienta přijmout a pojmenovat je (Vymětal, 1995).

Mimo práci s klientovými emocemi je v KI velmi důležité také aktivní empatické naslouchání, používání pozitivní konotace a kotvení klienta v místě, čase a realitě. Intervent je často spíše posluchačem než rádcem (Mishara & Daigle, 1997). Intervent by měl umět pracovat také se základními relaxačními a zklidňujícími technikami, jakými jsou například práce s dechem či grounding³ (Vodáčková et al., 2012).

Co se týče osobnostních předpokladů pro tuto profesi, pracovník linky důvěry by měl disponovat určitou kognitivní flexibilitou, vzhledem k tomu, že se v rámci svého působení na lince bude setkávat s širokou škálou různorodých témat (Willems et al., 2020).

Mezi další důležité předpoklady můžeme zařadit vřelost a empatii (Mishara et al., 2016; Rosenbaum & Calhoun, 1977). Ve výzkumu spokojenosti volající kladně hodnotili přátelský, starostlivý a nehodnotící přístup interventů a cenili si jejich vstřícnosti a znalostí. Naopak kriticky hodnotili, pokud jim intervent dával nevyžádané rady (Derham & Womersley, 1995 in Bobevski et al., 1997).

³ Technika používaná pro zmírnění paniky a neklidu klienta. Intervent jednoduchými a jasnými pokyny dotyčného vyzve k tomu, aby se opřel, posadil. Do češtiny překládáme jako uzemnění (Vevera et al., 2007; Vodáčková et al., 2012).

2.2. Prožívání náročných situací v rámci TKI

Práce na lince důvěry je v mnoha ohledech velmi náročná. Nejen, že se intervent během směny setkává s velmi širokou paletou naléhavých a těžkých témat, mezi které můžeme zařadit například hovory se sebevražednou tematikou či téma sexuálního zneužití (Willelms et al., 2020), krizový intervent je také vystavován traumatům a silným emocím druhých lidí, zároveň musí během celé služby pracovat také se svými pocity a myšlenkami. Zdroje psychické zátěže vychází i ze samotné podstaty TKI – interventovi často chybí klientova zpětná vazba, některá pracoviště fungují v denním i nočním režimu, objevit se tedy mohou noční služby (Vodáčková et al., 2012).

O tom, že **navázání kontaktu** s člověkem v krizi není jednoduché, už jsme se zmínili v předchozí kapitole. Člověk v krizi je zahlcen svými emocemi a myšlenkami (Kastová, 2010). Pro některé je velmi těžké o svém problému mluvit, případně klient stále váhá, zda se interventovi opravdu chce svěřit. Není proto ničím neobvyklým, pokud hovor s klientem začíná **tichem**. V takovém případě je na místě na klienta nespěchat a dát jeho mlčení prostor (Lester, & Rogers, 2012). Ticho se může z různých důvodů objevit také v průběhu hovoru – klient se může odmlčet, protože přemýšlí, sbírá odvalu, čeká, že nyní něco řekne intervent nebo zaujal odmítavý postoj a nechce dále pokračovat. I v těchto případech je důležité na klienta nespěchat (Špatenková et al., 2011; Vodáčková et al., 2012).

Ačkoli se může zdát, že ticho již trvá nesnesitelně dlouho, je důležité si připomínat, že klientovi v krizi čas ubíhá jinak (Vodáčková et al., 2012). Pracovník LD, který s tichem pracovat neumí, pak bude zkoušet mlčení rychle něčím vyplnit a v případě, že bude klient stále potichu, intervent může začít propadat úzkosti a panice. Elsonová (2001) mluví o léčivé schopnosti ticha, kdy i empatické mlčení může být mnohdy víc, než pokusy o interpretaci nebo rychlá snaha o hledání řešení. Ačkoli může být klientovo dlouhé mlčení zdrojem **úzkostných a frustrujících pocitů** interventa, schopnost setrvat s klientem v tichu a naslouchat mlčení je pro práci s lidmi v krizi velmi důležitá (Scott & Lester, 1998).

V předchozí kapitole jsme uváděli, že počet celkových kontaktů jednotlivých LD je obvykle několikanásobně vyšší než počet skutečných intervencí či smysluplných hovorů. Důvodem je fakt, že na linku nevolají vždy jen lidé v krizi. Někdy je číslo linky vytočeno omylem, jindy však na linku volají lidé s cílem ji zneužít. Do kategorie **zneužívajících hovorů** můžeme zařadit například hovory s účelem sexuálního uspokojení nebo hovory, při kterých si volající problém vymýšlí a snaží se si z interventa vystřelit.

Žertovné hovory mají na svědomí často děti anebo dospívající, tradičně jim proto nejvíce čelí Linka bezpečí (speciální krizová linka určena dětem do 18 let a studentům do 26 let). V roce 2005 zaznamenala přibližně 26 % těchto hovorů (Dalibová, 2006), nicméně z výroční zprávy z roku 2019 vyplývá, že došlo k poklesu četnosti hovorů tohoto typu (Linka bezpečí, 2020). Skýpalová (2007) uvádí, že žertovné hovory dětí se objevují také na lince pro seniory.

Je třeba mít na paměti, že i hovor, který se jeví jako zneužívající, může být hovorem tzv. **testovacím**. Testovací hovor může vypadat jako žertovný hovor, volající se může smát a intervena různě zkoušet. Nicméně jeho cílem není linku zneužít, dotyčný má opravdu nějaký problém, který by rád řešil, a tímto způsobem testuje, zda je linka opravdu vhodným místem (Weatherall et al., 2016).

I přes to, že si interventi uvědomují, že se za žertovným hovorem může skrývat klient se skutečnou zakázkou, jsou tyto testovací hovory pro pracovníky velmi psychicky náročné. Mnohdy je těžké odlišit je od hovorů žertovných, po kterých se u interventů objevuje **zlost, bezmoc i pocity ponížení** (Dalibová, 2006). Pokud takové rozhovory zažívá intervent často, může se stát, že bude pracovník již dopředu očekávat podvod ze strany klienta a bude vůči volajícím více podezřívavý (Weatherall et al., 2016). O tom, že mohou být testovací hovory pro interventy náročné svědčí také fakt, že Linka bezpečí na základě svých zkušeností s tímto fenoménem připravila dvoudílný akreditovaný kurz Práce s testovacími hovory v kontextu krizové linky (Linka bezpečí, n.d.).

Dalším typem zneužívajících hovorů jsou **hovory obscénní, za účelem sexuálního uspokojení**. Zde považujeme za důležité připomenout, že hovory se sexuální tematikou se na lince objevují a je zcela v pořádku, že se s těmito tématy lidé na krizové interventy obracejí. Nicméně objevují se i takové hovory, za kterými se neskrývá jedinec v krizi.

Zneužívající hovory tohoto druhu můžeme rozdělit na tři typy. První jsou **obscénní volající**, jejichž řeč je vulgární až pornografická. Druhým typem jsou **explicitní onanisté**, tedy volající, kteří přímo přiznávají, že při hovoru právě masturbují. Poslední typ je více **skrytý**, jedná se o jedince, kteří předstírají, že skutečně mají nějaký problém, krizi, kterou řeší, ale přitom je jejich primárním účelem sexuální uspokojení. Při hovoru se ukájejí, podněcují intervena k tomu, aby co nejvíce mluvil. Po vyvrcholení hovor obvykle ukončí (Baird et al., 1994).

O myšlenkových pochodech těchto volajících toho příliš nevíme, Warková (1984) se na základě rozhovorů s několika z nich pokusila sestavit typický profil tohoto typu klienta: obvykle se jedná o sexuálně nenaplněné, izolované muže s nízkým sebevědomím a sníženým vhladem na vlastní chování. Také Vodáčková uvádí, že se jedná nejčastěji o heterosexuální muže, ale dodává, že se objevují volající obou pohlaví i všech sexuálních orientací (Vodáčková et al., 2012).

Tyto hovory mohou v interventech vyvolat mnoho negativních emocí, typicky je to **zlost, pocit zneužití, odpor a frustrace**. Především po hovorech, kdy masturbace volajícího nebyla zřejmá hned, pociťují intervenenti vztek sami na sebe, vyčítají si, že měli situaci zvládnout lépe nebo klienta odhalit. Tyto pocity si poté mohou přenést a generalizovat na další klienty, kteří na linku volají s tématem z oblasti sexuality, a mohou za tím opět hledat skrytou snahu uspokojit se (Leising, 1985). Ačkoli bylo vytvořeno několik programů a výcviků, ve kterých by se měl intervent naučit, jak s tímto typem klientů jednat, zdá se, že prozatím žádný z těchto programů nebyl evaluován (Willems et al., 2020).

Pro telefonickou krizovou intervenci je typická a specifická problematika tzv. **opakovaně volajících**. Jedná se o klienty, kteří na linku volají opakovaně se stále stejným tématem, případně témata nelogicky střídají, někdy dokonce ani žádné konkrétní téma k hovoru nemají (Bohatá, Gramppová Janečková & Kotrlová, 2019). Je otázkou, zda se vlastně jedná o klienty v krizi. Vodáčková a kol. (2012) však v této souvislosti připomínají problematiku nedořešených a latentních krizí. Je také důležité zdůraznit, že tito lidé se mnohdy nemají kam jinač obrátit a neměli by proto být ignorováni. Zdá se, že jejich problémy jsou velmi komplexní a často skryté (Lester & Rogers, 2012).

Typicky se u chronických volajících objevují symptomy deprese, úzkostné a panické stavy, poruchy osobnosti či jiné duševní nemoci. Na základě výzkumů opakovaně volajících se zdá, že typickým volajícím je v tomto případě svobodný muž, který již prošel předchozí psychiatrickou léčbou nebo jí právě podstupuje (Middleton et al., 2014). Samozřejmě jsou zde ale i tací, pro které je krizová linka jediným využívaným způsobem pomoci (Sawyer & Jameton, 1979).

Jednotlivá pracoviště poskytující TKI mívají své vlastní databáze těchto klientů, nazývají je kartotéčnými či navázanými klienty. Pracovníci v souvislosti s nimi často pociťují **bezmoc, frustraci a někdy dokonce i odpor**, protože klientova situace nemá řešení a oni jsou přesto nuceni jí věnovat svůj čas, úsilí a energii. Ta jim poté ale může chybět

u následujících volajících. Často také intervent začne pochybovat o vlastní kompetentnosti, protože ať dělá, co dělá, situace klienta se zdá být stále stejná (Bohatá, Gramppová Janečková & Kotrlová, 2019; Middleton et al., 2014). Objevuje se ale také zvýšená starostlivost na straně intervenanta, může se stát, že mu konkrétní opakovaný volající přiroste k srdci (Lester & Rogers, 2012).

Krizoví intervenanti (a linky důvěry obecně), tak zápasí s tím, jak se k tomuto tématu co nejlépe postavit. V ČR se uchytil systém limitace. Kartotéční klienti jsou pracovištěm limitováni a omezováni tak, aby se jejich frekvence volání zcela nevymkla kontrole, linka nebyla vytížena a klient si na ní nepěstoval závislost. Zde je důležité, aby celý tým pracoviště postupoval jednotně – tedy dodržoval nastavené limity a s klientem pracoval ve shodě s ostatními členy týmu (Bohatá, Gramppová Janečková & Kotrlová, 2019).

Náročnou situací v profesi krizového intervenanta na lince důvěry může být také **ukončení hovoru**. Ve výzkumu Kubíčkové (2014) bylo zmíněno, že pro intervenanta je někdy těžké, chce-li klient ukončit rozhovor, který intervent sám ještě za ukončený nepovažuje. Nemá pocit, že klientovi pomohl, že se jeho situace vyřešila a snaží se proto rozhovor ještě chvíli prodloužit. Zde je potřeba neustále reflektovat, že takové počínání již není v zájmu klienta, ale slouží spíše k vlastnímu uklidnění.

Při poskytování TKI může také dojít k **náhlému přerušení spojení**. Může jít o důsledek technického problému, ztráty signálu či vědomého rozhodnutí klienta. Intervent nemůže klientovi zavolat zpátky, neví, co přesně se stalo ani co teď bude s klientem dál. Může tak propadnout myšlenkám, zda něco neudělal špatně a přemýšlet, proč asi klient zavěsil (Vodáčková et al., 2012).

S rozvojem telefonické krizové intervence se postupně začaly objevovat podobné náročné situace a problémoví volající napříč všemi linkami (Scott & Lester, 1998). Lester a Rogers (2012) se nicméně ztotožňují s názorem, že nikdo jako *problémový volající* neexistuje, vždy se jedná o volajícího s problémem, a to by měl mít intervent neustále na paměti. To však může být velmi náročné.

Vodáčková a kol. (2012) v souvislosti s testováním a zneužíváním linky uvádí, že v krizové intervenci intervent často stojí před rozhodnutím, zda zraní sebe (vloží energii a empatii do hovoru, který může být hovorem zneužívajícím) nebo zda zraní klienta (vymezí se a nebude se snažit rozklíčovat případnou skutečnou zakázku, která se za testovacím hovorem může ukrývat). Autorka dále dodává, že v krizové intervenci se obvykle volí první

možnost. Jak ale se svým případným zraněním může intervent pracovat? A jaké mohou být důsledky?

2.3. Možné důsledky psychické a emoční zátěže

Víme již, že jsou pracovníci linek důvěry vystavováni velmi náročným hovorům s komplexní tematikou (sebevražedné myšlenky, traumata, sexuální zneužívání, opakovaně volající) a také hovorům zneužívajícím danou linku (žertovné hovory, hovory s cílem sexuálního uspokojení...) (Willems et al., 2020). Určitou psychickou zátěž s sebou přináší také fakt, že krizová intervence je často jednorázovou záležitostí, do které klient vstupuje anonymně a intervent tak nemá možnost zjistit, zda byla jeho práce úspěšná nebo jak příběh dopadnul. To pak může být zdrojem **bezmoci, frustrace a rozčarování** (Cyr & Dowrick, 1991).

Práce telefonického krizového intervenanta samozřejmě přináší okamžiky radosti z dobře odvedené práce, či potěšení z pomoci druhému (Sundram et al., 2018). Méně se ale mluví o tom, že má tato profese také své stinné stránky, pramenící právě z psychické zátěže – u pracovníků a dobrovolníků se mohou objevovat noční můry, vtíravé myšlenky a další negativní emoce. Zatímco výzkumů zabývajících se duševní pohodou a psychickou zátěží pracovníků pomáhajících profesí existuje celá řada, konkrétně na pracovníky a dobrovolníky krizových linek se zaměřuje jen hrstka (Willems et al., 2020).

Kinzel a Nanson (2000) poukazují na to, že mnoho krizových linek bojuje s odlivem dobrovolníků a důvodem pro jejich odchod je mimo jiné i to, že jsou opakovaně vystavováni náročným a bolestným životním příběhům a cítí se vyčerpaní. Po čase je ztráta elánu a energie vede k rozhodnutí dobrovolnictví na lince ukončit. To je pro pracoviště velmi nepříznivé, protože musí investovat čas a finance do vyškolení a vzdělání nových dobrovolníků. Zároveň to na stávající dobrovolníky klade poměrně velký tlak, neboť musejí pokrýt více směn.

Metaanalýza sedmi studií, které se věnovaly důsledkům psychické zátěže krizových interventů, poukázala na to, že se u pracovníků krizových linek objevuje prožívání tísně, stresu, vyhoření i sekundární traumatický stres (Kitchingman et al., 2018b). Také další metaanalýza, která se zaměřovala na výzkumy týkající se dobrovolníků a pracovníků krizových linek, ukazuje, že tito pomáhající bojují se stresem, syndromem vyhoření a únavou ze soucitu (*compassion fatigue*) (Willems et al., 2020).

Compassion fatigue neboli **únava ze soucitu** je dlouhodobý pocit vyčerpání spojený s pocitem bezmoci a zmatku, který vzniká na základě nadměrné snahy pomoci klientovi a častému vystavování se rozhovorům, kdy je nutné traumatizovanému klientovi empaticky a pozorně naslouchat a soucítit s ním (Figley, 2002; Izzová & Carpelová Millerová, 2019). Figley (1995) hovoří o dani za pomáhání.

Únava ze soucitu se čím dál více objevuje napříč celým spektrem pomáhajících profesí, krizové pracovníky nevyjímaje (Showalter, 2010). O'Sullivan a Whelan (2011) ve svém výzkumu zveřejnili, že 77 % jejich respondentů z řad dobrovolníků na krizové lince vykazovalo symptomy únavy ze soucitu, mezi které patří fyzické i psychické vyčerpání, nespavost, obtížné soustředění se či nezáměr o práci. Tím může být ovlivněna nejen kvalita práce, ale také osobní život a vztahy (Izzová & Carpelová Millerová, 2019).

Vyčerpání ze soucitu bývá někdy udáváno jako jeden ze symptomů **syndromu vyhoření**, který je spojován především s pomáhajícími profesemi a obecně s povoláními, zahrnující práci s lidmi. Křivohlavý (2012) se pokusil analyzovat definice syndromu vyhoření různých autorů a podařilo se mu najít určité společné znaky. Syndrom vyhoření (*burnout*) tedy většina autorů chápe jako stav fyzického, psychického a emočního vyčerpání, které se projevuje negativním postojem k práci, sníženou pracovní morálkou a výkonností. Vyhořelý člověk pociťuje zejména sklíčenost, bezmoc, apatii, únavu, podrážděnost, lhostejnost a cynismus. Objevují se též poruchy spánku, pocity selhání a ztráta zájmu o danou práci (Stock, 2010).

Krizoví intervenenti jsou tímto syndromem také ohroženi, a to především pokud tuto hrozbu nereflektují ani oni sami ani zřizovatel daného pracoviště (Vodáčková et al., 2012; Matoušek et al., 2013). V práci Cyra a Dowricka (1991) uvedlo 54 % dobrovolníků krizové linky, že se alespoň jednou v rámci své profese cítili vyhořelí. Nondková (2008) ve svém výzkumu pracovala se třemi pracovišti telefonické krizové intervence a potvrdila aktuálnost hrozby syndromu vyhoření u krizových interventů. Pětina respondentů se nacházela v hraniční zóně pro vyhoření, okolo 4 % účastníků pak vykazovalo vysokou míru vyhoření. Hawkins a Shohet (2004) zdůrazňují, že zásadní je pracovat s touto problematikou ještě dříve, než k samotnému vyhoření pracovníka dojde.

Rizikovým faktorem pro rozvoj syndromu vyhoření u krizových interventů je fakt, že se neustále setkávají s lidmi zahlcenými silnými emocemi, musejí být vždy připraveni poskytnout pomoc a aktivně naslouchat, často se musejí rychle rozhodovat o dalším postupu

a problematika, se kterou se setkávají, je poměrně široká, a tak nikdy neví, co je během směny čeká, na co se mohou připravit (Špatenková et al., 2011; Vodáčková et al., 2012). Matoušek a kol. (2013) také připomínají, že v pomáhajících profesích se obecně špatně nastavují nějaká kritéria úspěšnosti – pracovníci tedy často nedokáží zhodnotit úspěšnost jejich práce a snažení.

Vzhledem k tomu, že jsou krizoví intervenenti v kontaktu také s lidmi, kteří prožili silný traumatický zážitek, hrozí u nich rozvoj sekundárního traumatického stresu (Izzová & Carpel Millerová, 2019). Koncept zástupné traumatizace (*vicarious traumatisation*) poprvé uvedli McCann a Pearlman (1990). Baštecká (2013,77) v této souvislosti hovoří o tom, že: „pracovník se stává obětí, je traumatizován prožitky lidí, se kterými musí soucítit, aby jim mohl pomoci.“ Kořeny tkví nejspíše v přílišném ztotožnění se s dotyčným na základě silného empatického a soucitného přístupu (Black & Weinreich, 2000).

Sekundární trauma se částečně překrývá s dalšími jevy (již zmíněným syndromem vyhoření či únavou ze soucitu, sdílí také určité charakteristiky s protipřenosem a traumatickým protipřenosem) (Branson, 2019).

2.4. Možnosti psychohygieny

Jak mohou pracovníci zmírnit důsledky psychické zátěže, které ve své profesi čelí? Odpověď můžeme hledat na dvou úrovních – co může dělat sám intervent a co může (mělo by) zajistit pracoviště.

Organizace by se měly snažit minimalizovat nepřehlednosti a nejasnosti, pracovníkům může pomoci, když se v těžkých situacích mohou opřít o jasnou strukturu, cíle a postupy. Je důležité, aby znali svou roli (DeWolfe, 2002). Také Vodáčková a kol. (2012) zdůrazňují důležitost jasného vymezení kompetencí a rovnoměrného rozložení práv a povinností pracovníků.

Nedílnou součástí práce na lince důvěry jsou pravidelné **týmové supervize**. Ty se pojí s pomocí, rozvojem a podporou pracovníků (Vaska & Čavojská, 2012), Matoušek (2003) přidává ještě funkci řídicí a vzdělávací. Úlehla (2005) říká, že to je přesně to, co každý pomáhající pracovník potřebuje – mít někoho, od koho se může něco naučit, dále někoho, komu se může svěřit s tím, co ho trápí a někoho, kdo mu pomůže, když si nebude vědět rady. Supervize s externím supervizorem jsou doplňovány také tzv. **interní supervizí**, kdy se role supervizora ujme obvykle vedoucí daného pracoviště. Kromě týmových

supervizí mají pracovníci možnost využít také **supervize individuální** (Vodáčková et al., 2012).

Důležitou roli hraje také **vzdělávání**. Interventi by měli být edukováni o možných důsledcích práce s jedinci v akutní krizi, symptomech syndromu vyhoření nebo vyčerpání ze soucitu (Kinzel & Nanson, 2000). Matoušek a kol. (2013) ve spojitosti se vzděláváním, nejen krizových interventů, ale obecně pracovníků v sociálních službách, upozorňují na jistý nepříznivý trend: mnoho kurzů a výcviků se zaměřuje na etické aspekty, teoretické koncepce a nácvik dovedností pro práci s určitým typem klientů, ale je potřeba, aby se pracovníci vzdělávali i v tom, jak mají pracovat se svými potřebami a emocemi.

Také intervent samotný by měl dbát o své duševní zdraví. Klíčová je v tomto případě schopnost **sebereflexe**. Intervent by měl být schopen rozpoznat u sebe známky stresu, reflektovat své protipřenosové reakce a zhodnotit svůj psychický stav (DeWolfe, 2002). Dále je důležité, aby uměl pracovat se svými **hranicemi**. Neznamená to být ke klientovi neosobní či nadřazený. Kopřiva (2016) říká, že klíčem je vcítění založené na empatii, nikoli na soucitu. V druhém případě totiž dochází k tzv. splývání a intervent své hranice ztrácí. Hranice je potřeba si hlídat i ve smyslu hranic vlastní kompetentnosti.

Svou roli ve zvládnutí psychické zátěže mají jistě i využívané **copingové strategie**. Za produktivní vyrovnávací strategie můžeme považovat realistická očekávání, již výše zmíněné udržování vlastních hranic, sdílení s kolegy či zájem o zpětnou vazbu (Cyr & Dowrick, 1991). Naopak jako neproduktivní se ukazují sklony k magickému myšlení, sebeobviňování nebo přehlížení problémů (Willems et al., 2020).

V neposlední řadě je důležité, aby pracovník dokázal udržovat rovnováhu mezi pracovním a osobním životem, věnoval čas koníčkům a činnostem, které mu napomáhají udržovat optimismus a nezapomínal ani na dostatečný odpočinek a čas pro relaxaci (Špatenková et al., 2011).

3 BEZMOC

Téma bezmoci se v předchozích kapitolách objevilo hned na několika místech. Krizoví intervenenti pracují s lidmi, kteří často prožívají silnou bezmoc a sami intervenenti se s touto emocí setkávají také – ať už v reakci na konkrétního klienta nebo situace, nebo jako důsledek dlouhodobého působení psychické zátěže. V této kapitole se tedy pokusíme prožívání bezmoci více rozebrat a pokusíme se odhalit zdroje prožívání vlastní bezmoci u pomáhajících profesí.

3.1. Prožívání bezmoci

Kořeny pocitu bezmoci můžeme dle některých autorů hledat v našem dětství. Jakožto novorozenci jsme totiž zcela závislí na pečující osobě (Breggin & Stolzer, 2020). Freud má za to, že už samotný fakt, že dítě není schopné samo uspokojovat své potřeby, vede nevyhnutelně k tomu, že pociťuje svou vlastní bezmocnost, kterou spojuje s úzkostí (Freud, 1926 in Lamothe, 2014). Winicott je v tomto směru opatrnější a tvrdí, že dítě je zaplaveno vlastní bezmocí pouze ve chvíli, kdy pečující osoba selže (Winicott, 1960 in Lamothe, 2014). Také Breggin a Stolzer (2020) zdůrazňují, že je to právě chování pečující osoby, které dále ovlivňuje prožívání bezmoci.

Při definování bezmoci narážíme na problém určité pojmové nejednotnosti. Mezi autory se diskutuje o tom, co to vlastně bezmoc je. Jedná se o emoci, vlastnost, aktuální stav nebo dlouhodobou tendenci (Gelbrich, 2010)? Zdá se, že prožívání bezmoci je do značné míry subjektivní a relativní pojem (Gojová & Glumbíková, 2015).

V češtině používáme dva termíny: bezmoc či bezmocnost. Velký psychologický slovník (Hartl & Hartlová, 2010) definuje bezmocnost ve dvou kategoriích: *learned helplessness a mental helplessness*. Pojem naučená bezmocnost se vztahuje ke konceptu Seligmána a popisuje stav určité pasivity jedince, který na základě předchozích zkušeností nevěří, že by dokázal vlastními silami a schopnostmi uniknout z nepříznivé situace. Druhý konstrukt poukazuje na bezmocnou úzkost, kterou Freud dává do souvislosti například s porodním traumatem (Hartl & Hartlová, 2010).

V angličtině narážíme také na dvě slovíčka, a to *helplessness* a *powerlessness*. Někdy bývají používána jako synonyma, jindy mezi nimi autoři vnímají rozdíl (Ashforth, 1989; Drew, 1990).

Helplessness můžeme přeložit jako bezmocnost či bezradnost ve smyslu absence podpory nebo kontroly, neschopnosti pomoci nebo též nekompetence (Collins Dictionaries, 2018). Nejčastěji je pojem opět uváděn v souvislosti se Seligmanovou koncepcí naučené bezmocnosti (Drew, 1990).

Powerlessness překládáme též jako bezmocnost nebo bezmoc, tentokrát s důrazem na nedostatek síly nebo moci, či v souvislosti s neefektivitou našeho počínání (Collins Dictionaries, 2018). Tento termín se v psychologii používá ve spojitosti s konstruktem Locus of Control (Drew, 1990).

Ashforth (1989) spatřuje hlavní rozdíl v objektivitě tohoto pocitu. *Helplessness* chápe jako subjektivní vnímání a přesvědčení o ztrátě kontroly, *powerlessness* pak spíše poukazuje na objektivní nedostatek moci či autonomie. Gelbrich (2010) také vidí těžiště ve ztrátě kontroly, kdy *powerlessness* souvisí se situacemi, kde jedinec cítí, že za něj kontrolu přejímají druzí. *Helplessness* naproti tomu není spojeno s dalšími osobami, ale spíše s konkrétní situací.

Breggin a Stolzer (2020) ve své práci rozlišují mezi **fyzickou (objektivní) bezmocí** a **bezmocí psychickou**. Psychická bezmoc v sobě zahrnuje dvě komponenty – kognitivní a emocionální. Na kognitivní úrovni se jedná o neschopnost racionálně vyhodnotit svoje možnosti a schopnosti. Na emoční úrovni pak hovoříme o bezmocí v souvislosti se ztrátou kontroly a rezignací.

Dále je ještě potřeba rozlišovat mezi pocitem bezmocí (*sense of helplessness, feeling of helplessness*) a naučenou bezmocností (*learned helplessness*).

Koncept **naučené bezmocnosti** byl poprvé uveden Seligmanem a jeho kolegy (Seligman & Maier, 1967). Při sérii pokusů se psy, které byly původně zaměřeny na Pavlovovo klasické podmiňování, si Seligman všiml něčeho zajímavého. Psům byly opakovaně udělovány elektrošoky, kterým se nemohli vyhnout. Ačkoli se o to nejprve snažili, po čase se o únik pokoušet přestali. A to následně i v situaci, kdy jim útěk umožněn byl. Na základě předchozí zkušenosti, kdy získali pocit, že vlastním počínáním nemohou svou situaci nijak změnit, upadli do pasivity a rezignovali na jakékoli řešení (Baštecká & Goldman, 2001).

Naučená bezmocnost byla dále zkoumaná v souvislosti s člověkem, samozřejmě bez použití elektrošoků. Seligman místo toho zvolil averzivní zvukové podněty. Teorie byla dále revidovaná a obohacená o atribuční teorii, díky tomu se podařilo vysvětlit, proč se u někoho naučená bezmocnost rozvine a u jiného člověka nikoli. Dalším důležitým poznatkem bylo, že naučená bezmocnost má tendenci se generalizovat (Abramson et al., 1978).

Mikulincer (1994) i Peterson (1982) upozorňují na to, že mnoho autorů ve svých pracích používá pojem naučená bezmocnost i v případech, kdy se jedná o bezmoc jako takovou. Naučená bezmocnost je výsledkem delšího procesu a negativních zkušeností, zatímco pocit bezmoci je spíše aktuální reakcí na aktuální špatnou zkušenost nebo situaci (Gelbrich, 2010). Dalo by se tedy říci, že naučená bezmocnost se stává jakýmsi rysem osobnosti, zatímco pocit bezmoci je aktuálním stavem.

Pocit bezmoci tedy člověka zaplavuje tehdy, má-li dojem, že i přes všechnu svou snahu není schopen současnou či budoucí situaci změnit nebo se s ní vyrovnat. Lidé, kteří se cítí bezmocní mohou prožívat ochromení, emoční utrpení a pociťovat neschopnost uniknout z dané situace. Dochází také k limitaci kognitivní flexibility a na základně toho se snižuje schopnost rozhodování a vnímání možností (Breggin & Stolzer, 2020).

Prožívání bezmoci je spojováno s mnohými duševními onemocněními, objevuje se jako symptom například u poruch příjmu potravy, disociativních poruch, schizofrenie, bipolární afektivní poruchy či drogové závislosti. Bezmoc dále hraje stěžejní roli v objasňování deprese, traumatických zážitků a syndromu vyhoření (Breggin & Stolzer, 2020).

3.2. Bezmoc v pomáhajících profesích

Skupina povolání, které bychom mohli označit jako pomáhající profese, je skupinou značně heterogenní a přesahuje hranice jednotlivých univerzitních oborů (Géringová, 2011). Jsou to všechna povolání zahrnující práci s lidmi, často vnímána jako jakýsi druh životního poslání (Jankovský, 2018), jsou zaměřena na potřeby člověka a pomoc druhým (ať už ve formě hledání řešení či podpory (Michalík, 2011)). Mezi tyto profese můžeme zařadit jak povolání zdravotnická (lékaři, sestry), tak také pedagogy, sociální pracovníky či například psychology a terapeuty (Géringová, 2011; Hartl & Hartlová, 2010).

I přes zjevnou nesourodost této skupiny lze vymezit několik znaků, které jsou pro pomáhající profese společné. Géringová (2011) uvádí tyto: vztah s klientem a zapojení vlastní osobnosti do pracovního procesu, dále fakt, že na jedné straně stojí pracovník v roli pomáhajícího a na straně druhé klient/pacient, tedy někdo, komu je třeba pomoci.

Jak už jsme zmínili výše, na pomáhající profese je často pohlíženo jako na životní poslání dotyčného. Veřejnost má v souvislosti s pomáhajícími poměrně jasná očekávání a představy. Géringová (2011) uvádí, že kdykoli svým studentům položí otázku, jak si představují ideálního pomáhajícího pracovníka, dostává vždy velmi podobné odpovědi: Měl by být ochotný, vlídný, vyrovnaný, empatický, zapálený a svou práci by měl mít rád. Počítá se tedy s potlačením jakýchkoli negativních pocitů. Na to autorka rovnou reaguje připomínkou, že taková očekávání mohou pomáhající dostávat do poměrně velkého tlaku a realita vzdělávání pracovníků v pomáhajících profesích je taková, že není dbáno na rozvoj schopnosti zvládat stres, krizové situace nebo předcházet vyhoření (Géringová, 2011). Přitom jsou to právě pomáhající profese, které se pravidelně umisťují na předních pozicích povolání, která mají k rozvoji syndromu vyhoření největší předpoklady (Úlehla, 2005).

Pomáhající s bezmocí pracují u druhých, u kterých ji přijímají a normalizují, u sebe však tuto emoci mají tendenci spíše potlačovat (Schmidbauer, 2000), přitom se zdá, že občasné pocity vlastní bezmoci jsou poměrně běžnou součástí profese pomáhajícího. V pracovníkovi však tato emoce probouzí pocit vlastní neschopnosti a nekompetentnosti, což vede k tomu, že věnují mnoho energie k zakrytí vlastní bezmoci (Jún, 2010).

Setkává-li se pomáhající s bezmocným klientem/pacientem, bezmoc se snadno může přenést i na něho samotného. V této souvislosti popisuje dvě možné reakce pomáhajícího: zvýšenou aktivitu a rezignaci. Bezmoc se na pomáhajícím může projevit jako zvýšená snaha situaci nějak změnit, přestože je jasné, že ji změnit nelze. Nebo se naopak může stáhnout do pasivity, rezignace a vyhybat se danému klientovi/pacientovi (Back et al., 2015).

Bezmoc pomáhajícího může pramenit ze snahy *pomáhat za každou cenu*. Schmidbauer (2000) v této souvislosti hovoří o tzv. *syndromu pomáhajícího*. Pracovník má pocit, že ačkoli pomáhá, je to stále málo a snaží se proto udělat ještě něco navíc. To následně vede k překračování profesních hranic a vystoupení z role dané onou profesí. V případě, že pracovník neuzná existenci problémů, která nemají řešení nebo je jejich řešení dlouhodobé a není v jeho kompetenci, zvyšuje se riziko budoucího rozvoje syndromu vyhoření.

4 BEZMOC KRIZOVÝCH INTERVENTŮ

Závěr teoretické části této práce věnujeme propojení všech tří přecházejících kapitol a pokusíme se shrnout dosavadní poznatky o prožívání pocitů vlastní bezmoci u pracovníků linek důvěry. Vzhledem k tomu, že výzkumů, které by toto téma přibližovaly, je jen hrstka, rozšíříme tuto kapitolu také o širší souvislosti.

4.1. Relevantní soudobé výzkumy a poznatky

Krizoví interventní se v rámci své profese s bezmocí setkávají jak u klienta, tak u sebe samých. **Přesto je tomuto fenoménu věnovaná jen okrajová pozornost a informace můžeme najít spíše ve výzkumech a studiích, jež primárně na bezmoc zaměřeny nejsou.** Z přechozích kapitol již víme, že s bezmocí mohou krizoví interventní bojovat v souvislosti s žertovnými hovory (Dalibová, 2006), opakovaně volajícími navázanými klienty (Middleton, 2014; Špatenková et al., 2011). Dlouhodobé pociťování vlastní bezmoci pak může být jedním ze symptomů syndromu vyhoření (Stock, 2010) či únavy ze soucitu (Figley, 2002).

V obsáhlé a velmi komplexní knize Vodáčkové a kol. (2012) je moci a bezmoci věnovaná jen jedna strana, kde autoři **varují před mocenským chováním vůči klientovi** a shrnují několik situací, v rámci kterých se bezmoc u interventů může objevit. Uváděny jsou nepřehledné a chaotické situace, osobní témata intervenanta, manipulace ze strany klienta a v neposlední řadě také fakt, že v některých situacích je bezmoc zcela adekvátní reakcí na události, se kterými skutečně nic dělat nemůžeme. Dále se můžeme dočíst o tom, že interventovi v těchto chvílích může pomoci práce s vlastním dechem, konzultace s kolegy, připomínání si vlastních hranic a také zkušenost a praxe.

Mezi časté emoce člověka v krizi patří úzkost, strach a panika. Právě panika je emocí velmi nakažlivou a snadno se přenáší z klienta směrem k interventovi. Ten poté začne mít pocit, že je třeba reagovat na situaci velmi rychle a co nejdříve, ideálně hned, situaci nějak vyřešit. Nedaří-li se vhodné řešení rychle najít, intervent může začít pociťovat svou vlastní bezmoc a ještě více se upne na to, že situaci musí nějak zachránit. Často začne hledat řešení, které třeba ani neexistuje nebo o které klient vlastně ani nestojí (Kastová, 2000). Aby minimalizoval vlastní bezmoc, začne přebírat nad klientem kontrolu. Direktivita intervenanta

je v případě klienta v panice sice na místě, ale měla by pouze sloužit k zpřehlednění situace a zvýšení pocitu bezpečí volajícího, nikoli k převzetí zodpovědnosti a iniciativy za klienta (Vodáčková et al., 2012).

Smolíková (2010) se ve své práci zaměřila na nejčastější negativní pocity, které krizoví intervenenti při své práci prožívají. Z rozhovorů se třinácti intervenenty vyplynulo, že se **nejčastěji jedná o vztek, strach, a především o bezmoc**. V souvislosti s tímto zjištěním reflektovala autorka zajímavý poznatek – když si měli respondenti vybavit konkrétní hovor, ve kterém prožili některou ze tří výše zmíněných emocí, tak přestože z výsledků vyplynulo, že nejčastějším negativním pocitem je právě bezmoc, spontánně si vybavili nejprve hovor, ve kterém figuroval jejich vztek.

Handlová (2014) uvedla, že respondenti vnímají jako subjektivně velmi náročné ty hovory, ve kterých se objevuje bezmoc a situace klienta nemá řešení. Také v práci Smolíkové (2010) byla bezmoc interventů nejčastěji spojovaná s **reálně neřešitelnou situací volajícího**. Respondenti reflektovali, že prožívají-li vlastní bezmoc, mají tendenci být více direktivními. Někdy je tedy nutné uznat, že existují problémy, které řešení zkrátka nemají. Dokáže-li si to intervent připustit, sníží tím riziko syndromu vyhoření, a s tím spojeného prožívání vlastní bezmoci (Drzyzgová, 2008). S tím se krizový intervent, jakožto pomáhající, může těžko vyrovnávat.

Specifickou situací, která neposkytuje jasná řešení, je také nynější situace světové pandemie. Jedná se o širokou škálu naléhavých témat, jejichž řešení přesahuje kompetence interventů na krizových linkách. Lidé se dostávají do krizových situací například v souvislosti s vládními restrikcemi. Intervenenti **pocit'ují silnou potřebu volajícímu pomoci, ale nemohou**, protože řešení dalece překračuje jejich limity, cítí se tedy bezmocní a malí (Chen et al., 2020; Joshi et al., 2020). Krizoví intervenenti uvádějí, že je pro ně velmi těžké, když narážejí na své **vlastní limity** a dostávají se do situací, kdy si neví rady a netuší, jak klientovu situaci vyřešit (Handlová, 2014; Tajzlerová, 2020).

Pracovníci norské krizové linky uváděli, že bezmoc pocit'ují zejména ve chvílích, kdy čelí náročnému a komplexnímu tématu a dále také pokud se začnou cítit za klienta zodpovědní, ale zdá se jim, že jejich pomoc dotyčného **nikam neposouvá**. Spolu s bezmocí se pak objevuje také nejistota, zda dělají svou práci dobře (Vattø et al., 2019b).

Právě **nejistota** se objevovala jako příčina pocitů bezmoci intervenenta také v práci Charvátové (2014), která se ve svém výzkumu primárně zaměřovala na problematiku

opakovaně volajících. Respondenti dále zmiňovali pocity bezmoci v souvislosti s manipulativním volajícím a klientem, který se nikam neposouvá. Participanti Honzíkovej (2008) zase zmiňovali bezmoc v souvislosti s **náhlým ukončením hovoru**.

V předchozích kapitolách jsme zmínili, že krizoví interventí také mnohdy netuší, zda byla jejich intervence úspěšná a přemýšlejí nad tím, zda svou práci vlastně odvedli dobře. Bezmoc krizoví interventí pociťují ve chvílích, kdy volajícího musí odkázat na jinou službu, jiného odborníka a nejsou si jisti, zda mu tím pomohli či nikoli (Joshi et al., 2020).

Bezmoc krizových interventů se pojí také s **etickými dilematy**. Jako příklad uvedme volajícího se sebevražednými tendencemi, který na intervenci krizového pracovníka nereaguje a zároveň odmítá vystoupit z anonymity (Vattø et al., 2019b).

Negativní emoční prožívání může být u krizových interventů způsobeno také protipřenosovou reakcí; tedy může se stát, že téma volajícího narazí na předchozí zkušenost či osobní zainteresovanost interventa (Kinzel & Nanson, 2000). Frustrace a pocity nejistoty mohou mít svou příčinu v **nesouladu mezi očekáváním pracovníků a reálnou praxí služby**. V norském výzkumu, ve kterém byly použity čtyři ohniskové skupiny, se ukázalo, že dobrovolníci v rámci svého působení na lince očekávali, že se budou primárně setkávat s lidmi v akutní krizi a s lidmi se sebevražednými tendencemi. Realita je však taková, že se na linky nejčastěji obrací lidé s tématy osamělosti a dlouhodobými táhlými problémy, které se interventům během hovoru nedaří vyřešit (Vattø et al., 2019a).

Respondenti Charvátové (2014) naznačili, že časem a zkušenostmi mohou některé pocity vlastní bezmoci a bezradnosti slábnout. Toto tvrzení podporuje také Vodáčková a kol. (2012). Pomáhá jednotné stanovisko dané organizace a také vzdělávání a školení v oblasti zvládání emocionální tísně (Vattø et al., 2019b). Důraz by měl být kladen také na přijetí limitů pracovníka i krizové linky jako takové, právě proto, aby se snížily interventovy pocity bezmoci a neefektivity (Chen et al., 2020).

Při práci s vlastní bezmocí hraje podstatnou **rolí sebereflexe a supervize**. Důležité také je, aby intervent dokázal zpomalit, nesnažil se hledat rychlá a vše zachraňující řešení, ale spíše si dopřál čas na důkladné zmapování situace (Vodáčková et al., 2012). Kinzel a Nanson (2000) připomínají též vhodnost a důležitost technik debriefingu. Klíčové je také udržování vlastních profesních hranic. Navázání vztahu mezi klientem a interventem je pro úspěšnou krizovou intervenci důležité, ale je nutné si stále zachovat dostatečný odstup a nadhled, právě proto, aby intervent nespádl do klientovy bezmoci (Skládalová, 2014).

Je důležité, aby krizoví intervenenti (a nejen oni, ale pracovníci pomáhajících profesí obecně) dbali na svou psychohygienu a aby byla jejich prožívání věnovaná pozornost. Pracovník prožívající psychickou tíseň nemusí být schopen kvalitně vykonávat svou práci. Je žádoucí, aby se v budoucnu více výzkumů zaměřilo na to, jaké situace u krizových interventů vyvolávají psychickou a emoční tíseň a aby byly tyto poznatky reflektovány ve výcvicích, školeních a supervizích (Kitchingman et al., 2018a).

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE

Pracovníci linek důvěry se v rámci své profese setkávají nejen s bezmocí klienta, ale také musí čelit bezmoci vlastní. Z předchozí části této práce již víme, že pocity vlastní bezmoci jsou pro pomáhající pracovníky náročné. **Komplexnější studie, v jejíž centru by byla právě problematika prožívání vlastní bezmoci, ale prozatím schází.**

O tom, jak konkrétně bezmoc prožívají pracovníci linek důvěry máme jen kusé informace vycházející z výzkumů, které se primárně zabývají jinými tématy (opakovaně volající, hovory se suicidální tematikou...). Tyto informace jsme se pokusili shrnout v poslední kapitole teoretické části. Uvedli jsme několik situací, kde se bezmoc interventů může objevit, dosavadní poznatky jsou však limitovány právě faktem, že se objevily ve výzkumech cílených na odlišné téma a uváděné příklady pak souvisely právě s tématem, jemuž se autor primárně věnoval. Je tedy možné, že mnoho zdrojů bezmoci zůstává stále skryto. Naše práce si **klade za cíl rozšířit a ucelit dosavadní poznatky o tomto tématu.** Cílem je zmapovat a popsat v jakých situacích pracovníci LD bezmoc prožívají a z čeho tyto pocity pramení.

Z předchozích kapitol je také jasné, že psychická pohoda a práce s vlastními emocemi jsou pro zachování kvality pracovního i osobního života interventa velmi důležité. V této práci se tedy budeme zabývat také tím, **jak s vlastní bezmocí interventi pracují a zda se prožívání bezmoci nějak promítá do jejich práce.**

Vzhledem k tomu, že jsme věnovali celou jednu kapitolu teoretické části definicím a operacionalizaci bezmoci, považujeme za důležité v této práci také **popsat, co přesně pro pracovníky prožívání vlastní bezmoci znamená.** Vzhledem k pojmové nejednotnosti a rozdílným pohledům různých autorů se totiž zdá, že bezmoc je vnímána velmi subjektivně.

Na základě výše uvedených cílů jsme formulovali pět výzkumných otázek:

- 1) Jak pracovníci LD prožívají pocity vlastní bezmoci?
- 2) V jakých situacích pracovníci LD pocity vlastní bezmoci prožívají?
- 3) Jak prožívání vlastní bezmoci ovlivňuje práci krizového interventa?
- 4) Jaké bezprostřední zvládací strategie pracovníci LD využívají?
- 5) Jak pracovníci LD s bezmocí pracují z dlouhodobého hlediska?

6 METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

Vzhledem k výše formulovaným cílům a výzkumným otázkám, jsme se rozhodli zvolit **kvalitativní typ výzkumu**, který umožňuje hlubší vhled do zkoumané oblasti. Náš výzkum reaguje na nedostatečnou pozornost věnovanou prožívání pocitů vlastní bezmoci u krizových interventů a absenci výzkumů a studií v této oblasti. Hendl (2005) uvádí, že kvalitativní typ výzkumu je vhodný právě při exploraci fenoménů, kterým dosud příliš nebyla věnovaná pozornost. Konkrétně jsme zvolili formu případové studie.

6.1. Metoda získávání dat

Pro získání dat jsme zvolili metodu **polostrukurovaného interview**. Jedná se o nejvíce využívaný způsob interview, pro který je typické vytvoření základního okruhu otázek (tedy jádra výzkumu), nicméně znění a pořadí jednotlivých otázek je flexibilní a může být tedy vždy přizpůsobeno konkrétnímu respondentovi (Miovský, 2006).

Naše polostrukurované interview bylo tvořeno **čtyřmi základními okruhy**, které jsme si pracovníě pojmenovali jako: informace o respondentovi a pracovišti, prožívání bezmoci, způsoby práce s vlastní bezmocí a prevence prožívání bezmoci. V první části jsme se respondentů ptali na jejich základní demografické údaje, pracovní zkušenosti a organizaci směn na lince. Dále už jsme se věnovali přímo bezmoci, nejprve jsme zařadili okruh otázek, ve kterém jsme se ptali na to, jak respondent vlastní bezmoc prožívá, co přesně to pro něj znamená a v jakých situacích bezmoc pociťuje. Dále, jak už název okruhů napovídá, jsme se věnovali tomu, jak s bezmocí interventi pracují, co jim pomáhá ji zvládat a zda, případně jak, se na ní dá připravit. Osnovu polostrukurovaného interview je možné nalézt v přílohách této práce.

V každém okruhu jsme definovali základní otázky a několik doplňujících podotázek. Kládli jsme důraz na to, aby se v rozhovoru nevyskytovaly návodné otázky. Abychom se vyhnuli chybným interpretacím, pravidelně jsme pomocí doplňujících otázek ověřovali, zda jsme interventovo sdělení správně pochopili, případně jsme jej požádali o dovysvětlení.

6.2. Výzkumný soubor a proces získávání dat

V našem výzkumu jsme se rozhodli zaměřit na pracovníky českých linek důvěry. Výzkumný soubor jsme zúžili pouze na **pracovníky všeobecných linek důvěry** (tedy linek, které se nezaměřují na specifickou problematiku a jsou dostupné celé populaci bez rozdílu věku). V práci se zaměřujeme na **telefonickou krizovou intervenci**, další podmínkou tedy bylo, aby tuto službu daná linka poskytovala. Posledním kritériem bylo **regionální působení linky**, vyřazena tedy byla celorepubliková Linka první psychické pomoci. Tato kritéria jsme si určili proto, abychom zajistili, že naši respondenti napříč linkami budou mít podobný pracovní kontext.

Metodou záměrného výběru jsme na základě těchto kritérií ze seznamu linek důvěry zveřejněném na webu ČAPLD⁴ vybrali 19 linek. Vedoucí těchto linek jsme následně oslovili prostřednictvím emailu, ve kterém jsme náš výzkum krátce představili a požádali jsme je o rozeslání emailu ostatním členům jejich týmu. Součástí emailu byl také odkaz na kontaktní Google formulář, kde si pracovníci opět mohli přečíst informace o výzkumu a v případě, že se do výzkumu chtějí zapojit, byli vyzváni k zanechání emailu, abychom je mohli kontaktovat. Uplatnila se tedy metoda tzv. samovýběru, kterou Miovský popisuje jako metodu založenou na: „principu dobrovolnosti, respektive aktivního projevení zájmu zapojit se do výzkumné studie“ (Miovský, 2006, 133). Kontakt postupně zanechalo 13 pracovníků **ze 4 pracovišť**.

Zájemcům jsme vždy poslali email, ve kterém jsme znovu stručně přiblížili náš výzkum a všechny jeho náležitosti, poděkovali za jejich zájem a navrhli jsme několik termínů pro realizaci rozhovoru. Jeden z účastníků již na tuto nabídku nereagoval, konečný výběrový soubor tak činí **12 respondentů ze čtyř linek důvěry**. S jedenácti respondenty byl následně veden **online rozhovor prostřednictvím programu Skype**, jeden rozhovor byl z důvodu absence internetového připojení veden **telefonicky**. Rozhovor trval průměrně 37 minut (min. 29 minut, max. 54 minut). Rozhovory byly postupně realizovány od poloviny listopadu 2020, poslední rozhovor proběhnul na konci ledna 2021.

⁴ V lednu 2021 došlo na stránkách ČAPLD k aktualizaci tohoto seznamu, některé námi oslovené linky tudíž již v seznamu nenalezneme.

6.2.1 Charakteristika výběrového souboru

Finální výběrový soubor dvanácti respondentů je tvořen jedenácti ženami a jedním mužem. Do výzkumu se zapojili respondenti ve věku od 24 do 54 let, s různou délkou praxe (min. půl roku, max. 23 let). Zapojilo se šest krizových interventů LD Olomouc, čtyři interventi Modré linky, jeden intervent LD STŘED a jeden intervent Pražské linky důvěry.

Mimo práci na lince důvěry se respondenti věnují také jinému zaměstnání nebo studiu. Pouze jeden respondent uvedl, že práce na lince důvěry je v současné době jeho jediným zaměstnáním. Pro jedenáct respondentů je linka, na které působí zároveň první a jedinou linkou, se kterou mají zkušenosti. Jeden respondent uvedl, že má zkušenosti s více pracovišti. Respondenti pracují na lince buďto na dohodu o provedení práce nebo na zkrácené úvazky (uváděny byly úvazky 0,35 či 0,5).

Hovořili jsme se čtyřmi interventy, kteří jsou vzděláni v oblasti **sociální práce**, tři respondenti **vystudovali psychologii** a tři ji **aktuálně studují**, jeden respondent má za sebou studium v oblasti **speciální pedagogiky** a jeden v oblasti **andragogiky**.

Většina uvedla, že pracuje na směně sama, někteří respondenti mají také zkušenost s tím, že byli na směně ve dvou, uváděli, že bylo příjemné mít možnost s někým ihned sdílet své pocity, nicméně většina přesto preferuje, když je na směně sama. Respondenti uváděli nejčastěji zkušenost s 6hodinovými či 12hodinovými směnami.

Tabulka 2: Základní charakteristiky výběrového souboru

KÓD	POHLAVÍ	VĚKOVÁ KATEGORIE	DÉLKA PRAXE	ČASTOST SMĚN	PROŽÍVÁNÍ VLASTNÍ BEZMOCI
R1	Žena	46-56 let	7 a více let	3x měsíčně	často
R2	Žena	24-34 let	0-3 roky	4x měsíčně	často
R3	Žena	24-34 let	0-3 roky	8x měsíčně	občas
R4	Žena	24-34 let	4-6 let	12x měsíčně	zřídka
R5	Žena	24-34 let	0-3 roky	6x měsíčně	často
R6	Žena	24-34 let	0-3 roky	3x měsíčně	občas
R7	Žena	24-34 let	0-3 roky	4x měsíčně	často
R8	Žena	24-34 let	0-3 roky	2x měsíčně	často
R9	Žena	35-45 let	0-3 roky	3x měsíčně	zřídka
R10	Žena	35-45 let	7 a více let	3x měsíčně	občas
R11	Žena	46-56 let	7 a více let	4x měsíčně	zřídka
R12	Muž	24-34 let	0-3 roky	4x měsíčně	zřídka
NŽENY=11 NMUŽI=1		Průměr: 32,67 Medián: 27	Průměr: 5,25 Medián: 2,5	Průměr: 4,67 Medián: 4	NČASTO= 5 NOBČAS= 3 NZŘÍDKA= 4

V tabulce uvádíme základní charakteristiky našeho výběrového souboru. Skutečný věk a délku praxe jsme nicméně zařadili do širších kategorií z důvodu zajištění anonymity respondentů, domníváme se totiž, že na základě kombinace těchto dvou údajů by někteří respondenti mohli být rozpoznáni svými kolegy. Záměrně v tabulce také neuvádíme příslušné pracoviště.

7 ETIKA VÝZKUMU

Při realizaci výzkumu byl kladen důraz na všechny etické zásady. Již v kontaktním formuláři a také v emailu byli účastníci informováni o cílech výzkumu a etických zásadách (dobrovolnost, zachování anonymity, pořízení záznamu rozhovoru). Před samotným rozhovorem byli participanti o těchto zásadách znovu poučeni. Znovu jsme popsali cíle našeho výzkumu, účastníka jsme seznámili s přibližnou strukturou interview a informovali ho o tom, že účast na výzkumu je zcela dobrovolná a může ji tedy kdykoli ukončit. Účastníka jsme dále informovali o tom, že mu bude zachována anonymita a že rozhovor bude nahráván pro účely přepisu dat a následnou analýzu.

Všichni účastníci byli obeznámeni také s tím, že výsledky výzkumu budou zveřejněny v rámci této diplomové práce. Všem participantům bylo umožněno se na cokoli doptat. Rozhovor začal teprve po sdělení všech těchto informací a po získání ústního informovaného souhlasu s nahráváním a zpracováním dat. Struktura informovaného souhlasu je přiložena v přílohách. Záznamy i přepisy rozhovorů byly opatřeny unikátním kódem, podle něhož bylo možné tyto dva dokumenty spárovat, nebylo však možné tyto dokumenty spojit s konkrétním respondentem. V prepisech s neobjevila žádná vlastní jména ani názvy institucí.

8 PRÁCE S DATY A PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Se souhlasem respondentů byl rozhovor nahráván pomocí funkce pro nahrávání v aplikaci Skype. Rozhovor, který byl realizován telefonicky, byl nahráván na diktafon mobilního telefonu. Po skončení rozhovoru byly nahrávky uloženy na bezpečné místo, aby nedošlo k odcizení či ztrátě dat. Každému respondentovi byl přidělen unikátní kód, který sloužil jako název souboru s nahrávkou a poté také jako název souboru s přepisem rozhovoru.

Transkripce dat probíhala v programu *Expres Scribe*, ve kterém lze nastavit rychlost přehrávání záznamu a přepis dále ulehčuje řada klávesových zkratk například pro pozastavení přehrávání nebo opětovné přehrání části záznamu. Zvolili jsme doslovný přepis, abychom neztratili informace o myšlenkových pochodech respondentů a o tom, jak se formulovalo jejich konečné tvrzení. Přepisy byly následně opakovaně pročitány a očištěny od slovní vaty (nadužívání slov *jako, jakoby, tak, takže, prostě...*), která v kontextu sdělení neměla žádný význam a rušila plynulost myšlenky respondenta. Takto přepsané rozhovory byly následně nahrány do programu *Atlas.ti 7*, kde jsme rozhovory znovu pročetli, kódovali a následně také analyzovali.

Pro analýzu dat byla zvolena metoda **tematické analýzy**, která umožňuje v datech nalézt opakující se motivy. Tématem se v tomto případě můžou stát všechny opakující se vzorce, jež v datech nalezneme a jež jsou relevantní vzhledem k výzkumným otázkám. Výsledky tematické analýzy umožňují výzkumníkovi představit čtenářům důležité a převládající motivy, které se napříč celým datovým souborem prolínají, což je vhodné zejména pro přiblížení málo prozkoumaných oblastí (Braun & Clarke, 2006).

Tematická analýza je realizována v 6 krocích:

- 1) seznámení se s daty – transkripce záznamu rozhovoru a opakované pročitání přepisů
- 2) prvotní kódování – kódování zajímavých úseků dat
- 3) hledání témat – sdružování kódů a hledání opakujících se témat
- 4) revize témat – porovnání identifikovaných témat s daty a případné úpravy témat
- 5) definování témat – specifikace jednotlivých témat

- 6) psaní závěrečné zprávy – popsání příběhu a souvislostí, které dané téma zahrnuje, hledání vhodných úryvků z dat pro podložení myšlenek

(Braun & Clarke, 2006, 87).

Při opakovaném pročitání dat vznikalo v rámci prvotního kódování 357 kódů, z nichž mnohé byly kódy typu *in vivo*, tedy kódy, které téměř odpovídaly samotnému úryvku textu. Tyto kódy byly následně opakovaně procházeny, duplicitní kódy byly sloučeny, u jiných kódů došlo naopak k rozdělení. Kódy, jež ve výsledku nenesly žádnou informaci, byly smazány. Pro kódy jsme dále hledali přesnější, vhodnější a obecnější pojmenování. Zredukované kódy jsme následně seskupovali do tematicky podobných kategorií a vznikaly tak první představy o hlavních a dílčích tématech naší analýzy. Nakonec jsme našli **9 hlavních témat** zahrnujících v sobě řadu dalších dílčích témat.

8.1. Výsledky tematické analýzy

V této kapitole představíme výsledky tematické analýzy. Celkem jsme identifikovali **9 témat**, která se napříč rozhovory vyskytovala. Konkrétně se jedná o tato témata:

- Situace vyvolávající bezmoc
- Negativní emoční prožívání bezmoci
- Tělo a bezmoc
- Hranice profesní role
- Způsoby vedení bezmocného hovoru
- Strategie zvládání vlastní bezmoci
- Role času při práci s vlastní bezmoci
- Normalizace bezmoci
- Bezmoc v chatové krizové intervenci

Témata v textu neřadíme dle jejich síly ani abecedně. Jelikož jsou témata mezi sebou provázaná, představíme je čtenáři v takové posloupnosti, abychom na tuto provázanost v konkrétních částech mohli poukázat. Na následujících stranách tedy postupně všechna témata představíme, na vhodných místech je náš popis doplněn také o konkrétní výroky respondentů.

Situace vyvolávající bezmoc

Popis situací vyvolávajících v krizových interventech pocity bezmoci se v našich rozhovorech objevoval nejen u otázek, kdy jsme se na zdroje bezmoci respondentů cíleně ptali, ale účastníci výzkumu o nich spontánně hovořili v různých částech rozhovoru. V tomto tématu jsme rozkryli **čtyři dílčí témata**.

Pocity bezmoci v krizových interventech vyvolávají **objektivně neřešitelné situace** (n=11). Tedy například obzvláště tragické příběhy či příběhy, kde opravdu neexistují žádné možnosti řešení. „*Člověk si fakt řekne: V tomhle má ten klient pravdu, že to může být fakt na houby, v tomhle mu asi nepomůžu...*“ (R11)

Krizový intervent si v takové chvíli uvědomuje, že s klientem může být, soucítit s ním, ale nemá v rukou nic, co by mohlo klientovu situaci vyřešit. Respondentka R5 v této souvislosti uvádí, že se v takových situacích jedná o bezmoc opravdu doslova – vnímá, že **nemá moc se situací cokoli udělat**. „*I kdybych chtěla a přetrhla se, tak už je to prostě o těch okolních věcech, a ne o mně... Není to v mé moci.*“ (R5)

V této souvislosti se v rozhovorech objevovaly také různé konkrétní příklady: úmrtí v rodině, zneužívání, obzvláště tragický životní příběh a například také hovory se seniory.

Dalším potenciálním zdrojem bezmoci jsou hovory, kdy intervent z různých důvodů získává pocit, že **intervence nikam nevede** (n=10). Zde je tedy situace jiná než u předchozího bodu. „*V protipólu tam vidím i příběhy, kde ten klient sice volá nebo píše, jsme v kontaktu, ale po nějaké době poznáte, že vlastně nechce nic řešit.*“ (R1)

V tomto případě intervent často možná řešení vidí, ale bojuje s tím, že klient na ně nereaguje. „*Na rozdíl od těch případů, kde nevidím to východisko, tak tady u těch případů já ho vidím. Vidím, že by s tím šlo pracovat, ale ten jedinec se tomu brání, takže taková jako bezmoc, jak přesvědčit toho člověka, aby k tomu přistoupil nějak, aby mu bylo pomoheno.*“ (R3)

Respondentka R7 v této souvislosti hovoří o chronických stěžovatelích: „*No a pak jsou takoví klienti, kteří jsou docela častí, kteří sice verbalizují, že něco potřebují a něco chtějí řešit, ale vlastně z toho hovoru je mi jasný, že to tak úplně není, že jsou to takoví ti, dejme tomu chroničtí stěžovatelé, přitom to, co řeší, není úplně nějak strašně závažný a já tam vidím několik způsobů, který by byly vhodný, ale ten člověk vlastně je zaseklej v tom, že si prostě jenom stěžuje.*“ (R7)

Zbytečnost a marnost své práce pociťují intervenenti například u opakovaně volajících, klientů s psychiatrickou diagnózou (zejména u poruch osobnosti), dále je to ve chvílích, kdy zjistí, že se jedná o zneužití linky, když mají pocit, že jim klient lže nebo v případě hovorů bez zakázky.

„*Já tam jako vlastně v tu chvíli sedím a dělám jen to, co já vím, vracím toho člověka aspoň trošku do reality, ale kdybych to v konečném důsledku pověsila, to sluchátko, a neseseděla tam a ten člověk se vyventiloval, tak by mu to udělalo úplně stejnou službu, jako když já tam sedím a nějak se snažím. Takže jako já jsem bez energie a přijde mi, že zbytečně, no.*“ (R8)

Hovory, které se nikam neposouvají a stagnují, jsou pro intervenenty náročné zejména tehdy, když klient opakovaně všechny nabízené možnosti či další formy pomoci odmítá. „*V takových chvílích si říkáte: No dobře, takže tys volal, protože jsi chtěl pomoci a teď mi tady všechno neguješ, takže vlastně pomoci nechceš, co jako mám s tebou dělat? Tak to se cítím často ztracená, bezmocná.*“ (R6)

Ačkoli interventi uváděli opakovaně volající jako jeden z příkladů, kdy bezmoc pociťují, neznamenalo to automaticky, že bezmoc prožívají také u kartotéčních/navázaných klientů. Někteří respondenti uvedli, že zde právě naopak bezmoc nepociťují, protože ve chvíli, kdy je klient zařazen do kartotéky, celý tým se radí o následném postupu, klient je jasně limitován. Nejhorší je pro interventy období, kdy klient volá opakovaně, ale zatím není veden jako klient kartotéční/navázaný.

„Ta bezmoc se u nich asi objevuje v určitý fázi a to je taková ta, když se to láme... Tam většinou tu bezmoc prožívám v okamžiku, kdy jsme s něma pracovali jako s běžnejma klientama, s nějakou jako krizí a teď se to překlápí do toho, než vymyslíme nějaký pravidla pro ně, nějaký omezení nebo přístupy práce, aby to bylo pro ně efektivní a nás to třeba jako nezruinovalo.“ (R10)

U sedmi respondentů se jako zdroj vlastní bezmoci objevil také **nedostatek informací**. Někdy se interventům nedaří proniknout do příběhu klienta, situace působí zmateně a chaoticky a intervent má tak v průběhu hovoru pocit, že mu stále něco uniká.

Nedostatek informací uváděli respondenti také ve spojení s podstatou telefonické krizové intervence, pro kterou je vlastně nedostatek některých informací typický. Konkrétně byla zmiňována **absence vizuálních vodítek**. *„Bezmoc asi nejvíce cítím ve vyhocených situacích, kde třeba mám právě málo informací, nebo nevím úplně přesně, co se děje na druhé straně sluchátka. Nemám ani oční kontakt, takže taková nejistota, co se děje na druhé straně...“ (R1)*

V souvislosti s nedostatkem informací šlo dále také o **anonymitu klienta**. Pokud se totiž klient rozhodne z anonymity nevystoupit a nesdělí interventovi žádné své osobní údaje, intervent v některých případech nemůže podniknout potřebné kroky k tomu, aby volajícímu pomohl. *„Je to třeba v případech, kdy volá dítě a naznačí, že je nějakým způsobem buď třeba sexuálně zneužíván nebo tam dochází fakt k nějakému jako týrání, ubližování na zdraví... A vlastně taková ta bezmoc, když s tím dítětem jste nějakou tu hodku a podporujete ho v těch malých krůčcích, že už to vypadá, že řekne tu adresu nebo číslo nebo prostě něco, co by se dalo identifikovat... protože policie taky nespolupracuje pokaždé, že bych jim jen řekla: tady máte telefon a že oni by se z toho roztrhli...“ (R5)*

Bezmoc krizových interventů může také způsobovat **absence zpětné vazby**, krizoví interventi většinou neznají konec klientova příběhu, neví, zda jejich intervence byla úspěšná nebo zda klient využil další návazné druhy pomoci. Jako velmi nepříjemnou popisují také

situaci, kdy volající hovor náhle ukončí. „*Když někdo zavěsí nebo ten hovor nečekaně skončí, tak tam mě napadá, že je taková bezmoc, že si řeknu: A co teď jako?*“ (R9)

Poslední kategorii situací vyvolávajících bezmoc jsme nazvali **ztráta odstupů**. Zmiňovali ji v souvislosti s vlastním prožíváním čtyři respondenti, jedna respondentka o takové situaci hovořila také, nicméně jí samotné se netýká, pouze reflektovala, že to vnímá u svých kolegů. Bezmoc krizových interventů může souviset s tím, že se do příběhu až příliš ponoří. Důvody, proč ke ztrátě odstupů a nadhledu dochází, se různí.

Zmiňovaná byla **osobní témata**, která se interventa citlivě dotýkají. „*No a někdy to je asi i v souvislosti s tím, že se to dotkne nějakých mých témat a člověk začne spíš uvažovat o těch svých věcech a není tam úplně v té roli toho krizovýho interventa nebo se do ní těžko vrací, protože se odehrává něco, co znáte ze svého života.*“ (R1)

Dále byly uváděny situace, kdy **klient překračuje hranice nebo** kdy si sám **intervent není jistý, kde hranici vytyčit**.

„*Cítíte pak takový nátlak, že teď on to nutně potřebuje někomu říct a já jsem tady a jsem jedinej člověk, kterému on to říct může. Ale mně už to bylo fakt nepříjemný, ale zároveň jsem si už potom nebyla jistá, na kolik bych já měla zpracovat ty svoje pocity, a na kolik už to je fakt přes čáru a ani jemu to nepomáhá a měla bych být pevná.... Takže pak ani nevím, kde vytyčit ty hranice. Takže buďto je to teda ta situace, když nevím, kde si je můžu vytyčit nebo kde si je chci vytyčit, a ta druhá je, když si je už vytyčím, ale ten člověk to nerespektuje.*“ (R2)

V neposlední řadě jsou to pak také obzvláště **silné emoce klienta**, do kterých intervent spadne spolu s ním. „*Často je to i o tom, že ten klient prožívá bezmoc a někdy se na mě přenese ta jeho bezmoc, tak někdy jsme v tom oba. No myslím, že je to o tom, že ztrácím odstup, že je to pro mě fakt vtahující ten kontakt.*“ (R4)

Negativní prožívání bezmoci

Pro participanty bylo ze začátku často těžké vyjádřit a popsat, jak vlastně vlastní bezmoc prožívají, co se s nimi děje a jaké další pocity se s tím pojí. Poměrně překvapivým zjištěním bylo to, že se v některých rozhovorech objevilo dělení bezmoci na více druhů. „*To jsou takový dva typy bezmoci, jeden je takový spíš smutnější a takový, že mi to je fakt líto a druhý je takový, že jsem bezmocná, že už fakt tyjo nevím, co s ním.*“ (R2).

Respondentka R3 také vnímá bezmoc různě na základě kontextu: „...a někdy to není, že cítím bezmoc vůči tomu člověku, ale že ji cítím s tím člověkem...“ (R3)

Interventi se nicméně shodují na tom, že se jedná o pocit velmi vyčerpávající a že hovory, při kterých musí s vlastní bezmocí pracovat, patří k těm náročnějším. V rozhovorech jsme mohli nalézt tři vrstvy emocí, které interventi spolu s bezmocí prožívají, případně, které se dle jejich názoru s bezmocí částečně překrývají.

U pasivních klientů, klientů zahlcujících a u těch, kteří na interventa během hovoru příliš nereagují, se spolu s bezmocí objevoval **vztek, naštvání a frustrace** (n=11). Frustrace se objevovala ve vyprávění téměř všech respondentů a často byla dávána do souvislosti i se vztekem. Právě vztek a naštvání vnímali interventi obzvláště negativně až nepatřičně. „*Ted' budu asi vypadat strašně, ale taky je to asi práce s vlastní agresivitou občas, protože je spousta klientů, kteří vás vnitřně budou vytáčet a vy v tu chvíli na sobě nemůžete úplně dát znát.*“ (R6)

Respondentka R10 uvedla, že práce se vztekem je pro ni možná i palčivějším tématem než práce s bezmocí. „*Já se přiznám, že jako víc než s bezmocí, je pro mě taková jako asi větší nabídka k práci nějaká práce s agresí, kdy se setkávám s tím, že mě třeba ti klienti štvou a musím se opravdu hodně soustředit na to, abych to ustála v tom hovoru.*“ (R10)

Do druhé skupiny emocí bychom mohli zařadit **smutek, soucit, lítost a strach** (n=9). Jedná se pocity, které se spolu s bezmocí objevují u tragických příběhů či příběhů, které se interventa nějak osobněji dotýkají. Konkrétně byly uváděny hovory s dětmi nebo hovory s tematikou smrti či nemoci. „*Třeba i cítím trošku takovej ten smutek jako jo, že si říkám, že ten klient je teda fakt jako v blbě situaci a fakt v tom nevidím žádný úplně konstruktivní řešení a jsem z toho smutná.*“ (R7)

Dále se objevovaly pocity **nejistoty, zmatku, paniky, úzkosti a zoufalství** (n=9). Tyto emoce souvisely s tlakem, který na sebe krizový intervent při hovoru kladl ve chvílích, kdy se v situaci klienta nemohl zorientovat nebo když se mu nedařilo přijít na to, co by pro volajícího vlastně mohl udělat, kam dále hovor směřovat... „*Bezmoc, no je to takový zvláštní pocit... Popřemýšlím, jak to vyjádřit. Hodně to souvisí s nejistotou, jestli jste udělali všechno, co jste mohli udělat. No asi jo, asi největší roli tam hraje ta nejistota a vlastně pochybnost sama o sobě.*“ (R6)

Tělo a bezmoc

Dalším tématem, které se napříč rozhovory objevovalo, bylo tělesné prožívání bezmoci a práce s tělem. Oproti předchozím tématům se jedná o téma poměrně úzké a nerozkryli jsme v něm nějaká jasně ohraničená podtémata. Kromě respondentů R11 a R12 se téma vlastního těla objevilo u všech respondentů, a to vždy **hned v několika částech rozhovoru**.

Při rozpoznávání bezmoci hrají tělesné pocity důležitou roli. Často se jedná o první známky toho, že něco není v pořádku. „*První příznaky bezmoci vesměs registruju na těle, než v tý mysli. Najednou třeba zjišťuju, že se mnou něco dělá moje tělo, že mám třeba zpocený ruce nebo mi víc bije srdíčko, nebo jsem celá jako sevřená...*“ (R10). Pocity **svírání** vnímá také respondentka R4. Respondenti R1, R2, R3 a R10 pak dále hovoří také o **tíze bezmoci**, která se projevuje na těle.

Tyto tělesné příznaky popisují respondenti jako nepříjemné a zdůrazňují, že je pro ně důležité být se svým tělem stále v kontaktu. Pokud začnou pociťovat bezmoc, je to právě tělo, se kterým se snaží v první řadě pracovat – **změní polohu**, postaví se, projdou se nebo využijí techniky groundingu. Zmiňovaná též byla **práce s dechem**. „*Většinou si uvědomím, kde je mi nepříjemně a snažím se třeba si to nějak trošku rozdýchat, samozřejmě ne abych funěla do toho telefonu, ale nějak jako snažím se pevně se usadit, dám si pěkně nohy obě dvě na zem, pěkně se uvelebím, narovná se...*“ (R6)

Interventi, kteří o těle v jakékoli souvislosti hovořili, se shodují na tom, že **práce s vlastním tělem a péče o něj je v této profesi velmi důležitá**.

Hranice profesní role

V rozhovorech poměrně silně zaznívala protichůdnost toho, co intervent sám od sebe očekává a co je reálné. Mezi zpovídanými interventy byla mnohokrát zdůrazněná role pomáhajícího a hranice krizové intervence. Objevovalo se přemítání o tom, kde končí zodpovědnost interventa a začíná zodpovědnost klienta.

Zejména ze začátku své praxe pociťovali někteří potřebu pomoci všem a za každou cenu. To se však ukázalo jako nereálná a trvale neudržitelná představa. „*A ze začátku má člověk pocit, že by měl prostě každému pomoci a prostě nemůže zavěsit telefon, nemůže skončit hovor, aniž by tomu druhému člověku bylo dobře. Potom brzo zjistí, že to nejde...*“ (R3)

Podobně své začátky vnímala také respondentka R7: „*Já jsem na začátku prostě měla takovej pocit, že všechno musím vyřešit, že tomu člověku prostě musím pomoci. Když bude ten hovor končit s tím, že má pořád nějaký finanční problémy nebo pořád je v nějakým špatným vztahu nebo tak, tak že to je prostě špatně. Ale samozřejmě vím, že to je iracionální, jo, ale prostě jsem takovej pocit měla, ale pak jsem si řekla: dobrý, tak prostě nemám kouzelnou hůlku, nemůžu zachránit všechny, a to mi hodně pomohlo.*“ (R7)

Interventi mají tendenci hodnotit efektivitu své práce a vlastní kompetentnost na základě toho, zda je na konci klientův problém vyřešen, zda mají pocit, že se mu ulevilo. V případě některých bezmocných hovorů však tato satisfakce nepřichází. A tak se u interventů objevují **pocity viny, nejistoty a myšlenky na to, zda udělali vše, co mohli**. Přitom se zdá, že v mnoha případech volající ani žádné řešení neočekává.

„*Já jsem třeba sama pro sebe byla ale překvapená, jak málo z krizový intervence na lince použiju, protože tam jako těch krizovek není tolik, jak bych vlastně čekala. To má podle mě každá linka asi jinak, ale jako hodně často jsem jen takovej ten posluchač, že se ty lidi potřebují nějak vyventilovat.*“ (R8)

Klienta *jen* poslouchat nebo mu dát *pouze* prostor pro ventilace připadá někdy interventům málo. „*Někdy si člověk připadá, že jako nic neudělal, ale v podstatě udělal hodně. Tak to by možná bylo dobrý, aby to bylo náma reflektovaný - jako lidmi pracujícími v těchhle profesích, abychom si to uvědomili, že to třeba nemusí být vždycky tak, jak si člověk představuje, ale i tak to může zafungovat.*“ (R9)

Právě nejistota a otázky, zda intervent udělal opravdu všechno, pochybnosti o tom, že měl možná udělat ještě něco víc, mohou vést k tomu, že intervent začne zpochybňovat vlastní kompetentnost, případně může mít tendenci hranice své role překračovat.

„*U mě se to fakt hodně pojí s nějakou tou jakoby sebedůvěrou ta bezmoc, že potom začnu zpochybňovat sama sebe. Říkám si, že tohle jsem asi teda měla vědět a tak... Říkám si třeba, že kdybych už za sebou měla dvacetiletou praxi, bylo by to jiné. A pak jsem přemýšlela, že teď chudák ten klient ale zavolal zrovna mně, kdyby zavolal prostě dopoledne, tak má určitě nějakou jako dobrou radu. No, takže jsem si na sebe hrozně brala tu zodpovědnost za to, že teďka mu jako nepomůžu dostatečně, protože prostě zrovna má smůlu, že kápnul na mě.*“ (R2).

Interventi se shodují v tom, že pochyby o sobě samém zmírňuje, když si uvědomí, jaké hranice má krizová intervence: „*Je dobré zjistit, co ten člověk potřebuje a tu potřebu porovnat se svými možnostmi.*“ (R3) a jaká je přesně jejich role v příběhu klienta:

„*Pak si říkám, že ale on má ještě další prostor, ve kterém žije, že to není jenom tak, že vlastně jako všechno musím upracovat já v tu chvíli, ale že on žije v nějaký rodině, v nějakým městě, chodí někam do práce, do školy a že má možná spoustu lidí, který možná teďka v tuhle chvíli nevidí nebo nemůže je oslovit, ale že to není napořád, že vlastně když bude chtít, tak je zasazenej v nějakým jako svým kontextu, v nějakým místě, kde jsou nějaký organizace a kde vlastně může pokračovat ještě něco dál, pokud on se rozhodne s tím něco dělat, takže takové to oprostění od toho, že ten hovor musí vždycky dopadnout dobře. Nemusí. Že vždycky musí klient odcházet s nějakou nadějí. Nemusí. Prostě to tak není, udělám pro to maximum, co se dá, ale nervu to přes další věci, že za každou cenu tam musím vidět nějaký posun anebo nějakou úlevu.*“ (R1)

Mnohým právě toto zvědomení pomáhá při bezmocných hovorech i negativních pocitech a myšlenkách, které se po takovém hovoru mohou objevit. Pro interventy je také důležité připomínat si, že za klienta nenesou zodpovědnost a že za výsledek intervence je zodpovědný právě klient, on sám se rozhodne, zda něco změní či nikoli. Interventi k tomuto náhledu docházejí sami nebo je v jejich kompetentnosti upevní kolegové.

„*Já tu bezmoc asi úplně už tak moc nemám, já to totiž беру tak, že to je vlastně služba, je to něco, k čemu mám výcvik, k čemu mám ty nástroje. Ta služba má nějaká svá omezení, tím, že je telefon, chat nebo ten email, tam ty hranice prostě jsou, s tím já jsem ztotožněna. Vím, co mohu, co nemohu, kam až mohu jít, co mi dovoluje třeba legislativa, nějaké mé vnitřní nastavení, pravidla etická té služby...*“ (R11)

Pro úplnost tohoto tématu považujeme za důležité zdůraznit, že limity a hranice krizové intervence nepůsobí vždy jen pozitivně ve smyslu ohraničení vlastní zodpovědnosti, ale mohou být také zdrojem frustrace a bezmoci (viz téma Situace vyvolávající bezmoc, kde jsme hovořili o nedostatku informací, které se pojí s podstatou práce telefonického krizového intervanta). **Mohou se pak objevit tendence hranice své role překračovat.**

Způsoby vedení bezmocných hovorů

V rámci tohoto tématu jsme našli několik technik a postupů, které v případě pocitů vlastní bezmoci krizoví intervenenti využívají. Když jsme tyto techniky dále analyzovali, podařilo se nám je seskupit do tří kategorií, které můžeme považovat za podtémata této části. Jedná se o strategii **zpomalení hovoru, hledání rychlého řešení a odpojení se od bezmoci**.

Osmdesát respondentů uvedlo, že je pro ně při práci s vlastní bezmocí důležité, aby se na chvíli **zastavili a věnovali čas tomu, co se v nich vlastně děje**. Aby získali více času a lépe se v situaci zorientovali, využívají rekapitulaci, shrnují klientovi dosavadní informace a reflektují možnosti. *„Snažím se chytat toho, že si teda reflektuju, co jsme za ten hovor udělali, kam jsme se posunuli, co už jsem zkoušela nebo se zeptám toho klienta, jako popíšu mu nějak to, co jsme probrali...“* (R2)

Čtyři respondenti na sobě pocítují, že je bezmoc naopak vede spíše **k rychlému jednání a větší direktivitě**. Projevují se tedy tendence mít situaci opět pod kontrolou. Dva z těchto respondentů uvedli, že vždy záleží na konkrétní situaci, někdy se jim povede zajistit si právě výše zmíněný odstup a na chvíli se zastavit, jindy, když jsou do rozhovoru více zataženi, se naopak zcela ponoří do rychlého hledání řešení. O taková řešení, ale klient vlastně stát ani nemusí.

„Mám občas tendenci hledat řešení, i když tam není a trochu jako nějaký copingový strategie, které nejsou asi úplně adaptivní, ale jakože já tu bezmoc nemám ráda, takže většinou ještě hledám, co se dá ještě upracovat a změnit.“ (R3)

Další způsob zvládnání vlastní bezmoci jsme nazvali **odpojení se od bezmoci**. Tato strategie byla popsána třemi respondenty. Intervent se snaží hovor vést co nejvíce profesionálně, staví na hranicích své role (viz téma výše), připomíná si, že není možné, aby pomohl všem. Zároveň intervenenti také připomínali, že ten samotný hovor není o nich, ale o klientovi a že mu tedy pro tuto chvíli musí být oporou. Vlastní bezmoci se pak věnují spíše po hovoru.

„Během toho hovoru prostě se nadechnout, zatnout zuby a jet dál. Tam prostě to nějak jako neovlivníš, nemůžeš si nějak dělat dechový cvičení, takže co nejoborněji pracovat dál. Potom si třeba trochu zanadávám a potom jdu dál.“ (R12)

Strategie zvládání vlastní bezmoci

Každý z respondentů uváděl své vlastní strategie zvládání náročných situací v rámci své profese. **Nikdo z respondentů si nemyslí, že by používal nějaké specifické nástroje pro případ vlastní bezmoci, opírají se o to, co jim obecně pomáhá zvládat napětí, stres a pochybnosti.**

Všichni respondenti se shodují, že je důležité, aby s vlastní bezmocí (a nejen s ní, ale celkově se všemi nepříjemnými stavy) krizoví interventi uměli pracovat a aby dbali na svou psychohygienu. Na otázku, v čem vidí největší riziko, pokud by někdo s vlastní bezmocí nepracoval uváděli, že by mohlo dojít k **poškození klienta** nebo **poškození pracovníka**. Klient by mohl být poškozen přílišným tlakem interventa, případně by intervent nemusel být schopný se na klienta plně naladit. Poškození pracovníka bylo uváděno v souvislosti s rizikem rozvoje syndromu vyhoření, ztráty nadšení pro krizovou intervenci i ovlivněním osobního života.

Jako nejvyužívanější strategie se rozhodnějevilo **sdílení**. Uvedli ho všichni respondenti. Většina preferovala **sdílení zážitků a zkušeností s kolegy**, někteří respondenti však dávali přednost **kontaktu s rodinou nebo supervizory mimo linku důvěry**.

Právě **supervize a intervize** byly zmiňovány jako naprosto stěžejní. Ve všech zúčastněných linkách probíhají v intervalu přibližně jednoho měsíce, což všem respondentům připadalo jako optimální doba. Respondenti velmi oceňovali i možnost zavolat kolegovi hned po náročném hovoru nebo si domluvit individuální supervizi.

V čem jsou supervize pro interventy důležité ve spojitosti s vlastní bezmocí? Odpovědi jsme našli hned několik. Sdílení s kolegy a jejich zpětná vazba utvrzuje interventa v tom, že v bezmocí není sám, dostává se mu potvrzení, že opravdu udělal vše, co mohl a v případě potřeby získává také informace o jiných možnostech vedení hovoru v podobných situacích.

Poměrně zajímavá byla diskuze o tom, zda je téma vlastní bezmoci na supervizích přítomno. Zde se interventi příliš neshodovali a rozdílné názory panovaly i mezi interventy téže linky. Část respondentů má za to, že téma pocitů vlastní bezmoci je běžnou součástí supervizí i intervizí a přinášejí ho nejen začínající pracovníci, ale i interventi s delší praxí. Objevuje se v souvislosti s řešením náročných hovorů nebo konkrétních klientů.

„Na supervizi se to téma určitě objevuje a právě v tom, že tam si přiznáme, že třeba nevíme, co máme dělat, že jsme v tom úplně ztraceni, že s tím člověkem možná třeba máme

nějaký problém, neumíme s ním pracovat a tam si právě říkáme, jak by to šlo líp nebo co můžeme udělat pro sebe.“ (R6)

Někteří respondenti však mají pocit, že supervize a intervize jsou primárně zaměřeny právě jen na konkrétní případy náročných hovorů, nikoli přímo na jejich vlastní emoce a prožívání.

„Málo se to vlastně třeba takhle pojmenuje ta emoce, jakože je to bezmoc... že se furt bavíme o nějakých klientech, nějakých typech klientů, o nějakých situacích a tak, ale málokdy se třeba bavíme o tom, co prožíváme my. To si myslím, že by bylo dobrý, to nějak víc, dejme tomu popsat a nějak si to zvědomit a říct si, jako jasný, že asi všichni to tak nějak prostě máme, no. Tak to by bylo super.“ (R7)

O tom, že mít možnost mluvit s někým o prožívání své vlastní bezmoci je pro interventy důležité a úlevné, svědčí také fakt, že někteří respondenti na konci rozhovoru spontánně přiznali, že pro ně bylo velmi příjemné o tomto tématu hovořit. *„Jsem ráda, že jsme si o tom popovídaly, protože jsem si to sama tak nějak srovnala.*“ (R2)

Ted' přemýšlím, že by to možná mohlo být dobrý téma právě třeba na supervize, že bych to mohla jako nadhodit nebo tak. Že by mě ted' třeba zajímalo, jak to maj ostatní a že by nebylo špatný, se o tom zase takhle pobavit.“ (R7)

Někteří uvedli, že si uvědomili, že to bylo možná úplně poprvé, kdy měli možnost svou bezmoc takto reflektovat. *Bylo to fajn, pro mě tohleto byla možná největší ventilace tý bezmoci za tu celou dobu.*“ (R12)

Dalším důležitým bodem, který souvisel s prací se sebou samým a potažmo také i s bezmocí, bylo **vzdělávání**. Důležitou roli v tomto směru hraje pracoviště, které by interventy mělo v průběžném vzdělávání podporovat. S interventy jsme otevírali zejména téma kurzů a workshopů, literatury a výcviku.

Ptali jsme se respondentů, zda se v tomto ohledu věnuje dostatečná pozornost i tématu vlastní bezmoci. *„Dlouho jsem popravdě neviděla žádný seminář nebo kurz specializovaný jenom na bezmoc, většinou se učí náročný situace nebo se nacvičují různý náročný situace, ale vlastně jsem neviděla v poslední době nějaký specializovaný workshop na práci s bezmocí. A pokud ano, tak obecně jakoby v pomáhající profesi, méně v té krizovce.*“ (R1)

Absenci kurzů a workshopů na toto téma potvrdili také další participanti, někteří však zároveň dodali, že jim i tak přijde, že je tématu věnovaná dostatečná pozornost na supervizích a to, že neexistuje přímo kurz na toto téma, jim nijak nevádí.

Přesto však interventi uváděli, že pokud by dostali možnost zúčastnit se semináře na toto téma, využili by ji. „*Vždycky když přijde nějaký seminář nebo nějaký workshop na téma, které je aktuální, vlastně v té práci, v té pozici, které se tam opakuje, přichází, tak si myslím, že by to určitě mohlo být něco, co by ty pracovníky – i mě samotnou – zajímalo.*“ (R1)

Pro zajímavost uvádíme další témata, ve kterých by se interventi rádi více vzdělávali. Interventi by se rádi věnovali více práci s vlastním vztekem, sociálně-právním otázkám, práci s chybou a technikám psychohygieny. Za přínosné by také považovali větší kontakt a propojení s jinými linkami, aby se jednotlivé týmy mohly vzájemně obohacovat o své zkušenosti a objevil se také nápad na seminář s představiteli služeb, které jsou na linku napojené.

Otevřelo se také téma výcviku, kde mezi respondenty nedošlo ke shodě. Někteří si nedokáží vzpomenout, zda během výcviku prošli také blokem, který by se věnoval jejich emocím a psychohygieně, jiní uvádějí, že toto na výcviku chybělo a objevili se též respondenti, kterým toto téma přišlo na výcviku zahrnuto dostatečně.

Zároveň se interventi neshodli ani v tom, zda by mělo být téma zvládnání vlastní bezmoci zařazeno už do výcviku nebo by se s ním mělo pracovat spíše až v praxi. Uvádíme příklady obou argumentů.

„*Rozhodně si myslím, že v rámci toho výcviku by se mi to líbilo... pro mě třeba taky největší překvapko pak bylo, že čekáš celou dobu, jak to bude namáhavý – a ono to je namáhavý, to beze všeho – ale spíš tam čekáš právě ty věci jako úzkost, učíš se o poruchách osobnosti. Já vím, že je to potřeba, nějak se připravit na každou alternativu, ale taky by bylo fajn se připravit na to, že často si budete připadat zbytečně, protože tam budou volat ty samý lidi, který vlastně pomoc nepotřebujou a ani jim nepomůžete. A myslím si, že by tomu měl být věnovanej aspoň celej jeden výcvikovej blok.*“ (R12)

Zde můžeme připomenout výrok respondentky R8, který jsme uvedli u tématu profesních hranic, kdy také ona refletovala své překvapení z toho, že v praxi se na lince příliš krizových hovorů neobjevuje. Přesto se však domnívá, že práce s vlastní bezmocí by na výcviku nebyla příliš efektivní: „*Myslím si, že na výcviku by mně to vůbec nepomohlo, protože v tu chvíli bych ještě nevěděla, o čem to všechno vůbec je...*“ (R8)

V souvislosti se strategiemi zvládnání vlastní bezmoci jsme již mluvili o **sdílení a vzdělání**. Posledním důležitým dílčím tématem je v tomto případě **individuální psychohygienu**. Zde byla uváděna poměrně široká škála strategií, technik a postupů. Hojně se objevovaly strategie zaměřené na práci s tělem, což nebylo žádným překvapením, vzhledem k tomu, že tělo bylo interventy považováno za důležitý indikátor bezmoci (viz téma Tělo a bezmoc.). Interventi se po těžkých hovorech potřebují projít, protáhnout, změnit polohu, otevřít okno a případně se najíst a napít. Z nápojů byly konkrétně uváděny dva: káva nebo čaj. Jedná se především o strategie používané bezprostředně po hovoru, někdy jsou však služby velmi nabitě a interventi na práci s tělem nemají příliš mnoho času.

„No někdy popravdě s tím člověk po tom, co ukončí ten hovor ani nemůže pracovat, protože nastává další, nebo třeba chat, to je prostě hned za sebou, je to hodně využívané. Takže člověk nemá ani čas jako nějak vydechnout, ale jo, já se třeba jako otřepu a zaliju si kafe.“ (R9)

Přitom je to právě krátká pauza a prostor pro vydechnutí, který interventovi může emoce z náročného hovoru pomoci lépe zpracovat. *„Když to byl fakt hrozně těžkej hovor, tak jsem si vyvěsila telefon a fakt jsem si chvíli nechala, aby mně fakt nikdo nevolal, protože bych věděla, že tomu člověku bych nemohla předat něco dobrýho.“ (R8)*

Z hlediska psychohygieny je pro interventy důležitá i sebereflexe. Interventi přemýšlejí nad tím, jak hovor vedli, reflektují, co mohli udělat jinak a jak se z hovoru případně poučit pro příště. Čas věnovaný reflexi interventům může pomoci lépe si uvědomit hranice své role krizového intervenanta, může však vést také k zesílení pocitu selhání.

„No já si obvykle ten hovor nebo chat přehrávám a říkám si, co jsem možná mohla udělat jinak. Hned po hovoru píšu zápis, takže když ho píšu, tak právě přemýšlím - dobrý, takže tohle bylo fajn a třeba mě napadne něco, co jsem mohla říct nebo co jsem třeba ještě mohla nabídnout nebo jak jsem mohla na něco reagovat jinak. A to jsem jako obvykle ještě víc našťvaná. A řeknu si: Tyjo, to jsem fakt mohla.... tak trošku nechci říct úplně výčitky, ale říkám si, tak tos teda moc nezvládla. Ale taky si pak třeba říkám, že občas mi to pomohlo zase v nějakým následujícím hovoru, že jsem si řekla: Jo aha, tak podobnej hovor už jsem měla a potom jsem si řekla, že bych mohla zkusit tohle a tohle. Že mi z toho nějaký nový věci vplynuly, z takovýho toho máho rozjímání.“ (R7)

Pět respondentů uvedlo, že je pro ně z dlouhodobého hlediska důležité vytvořit si nějaký předěl mezi prací a soukromým životem. Nejvíce se objevovalo, že po náročném

službě, ve které se třeba objeví i bezmocný hovor, preferují interventi pěší cestu z práce domů, během které si vyčistí hlavu.

„Mně pomáhalo jít pěšky domů, udělat tam nějaký předěl, když vlastně zvolíte trochu rychlou chůzi, trochu rychlý tempo, tak sice to tam jako v hlavě je, ale to tělo zase začíná nějak fungovat a můžete to, než dojdete domů, líp opustit.“ (R1)

Zmíněny byly také různé osobní rituály (zhasnutí svíčky po směně, vykouření prostoru vonnou svíčkou, otevření okna a vyvětrání). Jedna respondentka uvedla, že ji v tomto ohledu pomáhá také víra.

„Když je nějaký těžkej hovor nebo i v druhé práci, tam to dělám po každém klientovi, tak si dělám takový jako malý rituálky, že si třeba otevírám okno, vykouřím místnost...“ (R8)

V neposlední řadě respondentka R5 připomíná, že: *„z toho dlouhodobého hlediska je důležité být upřímný sám k sobě, co se týče počtu směn. Že prostě holt může mít člověk náročný měsíc, tak si říct: Teď prostě potřebuju trošku vypadnout tady z toho světa těch problémů, a i když budu mít míň peněz, tak si dám prostě jenom třeba tři směny nebo tak něco.“*

Sedm respondentů nám také sdělilo, že v tomto tématu (psychohygiena a zvládnutí náročných situací) hraje důležitou roli jednak kolektiv kolegů, pracoviště jako takové, ale i širší systém, do kterého linky důvěry spadají. Hezky to v závěru rozhovoru shrnuje respondentka R4:

„Péče o tým mi přijde úplně zásadní. A taky je důležité podporovat, aby se pracovníci pořád vzdělávali a školili, měli osobní supervize, aby nebyli přetěžováni systémově, aby to neleželo na jednom člověku. Taky podpora těch nováčků, zaučování, aby měli zpětnou vazbu. No a pak úplně systémově, ale to už jsme jinde, ale je to tak... třeba i to finanční ohodnocení, jo, různý benefity, dbát na to, že to je psychicky náročná práce a myslím si, že jako podpora i nějakých koníčků nebo nějaký jako benefity formou jako volnočasových aktivit, teambuildingy...“ (R4)

Role času při práci s vlastní bezmocí

Dalším tématem, které se objevovalo napříč všemi rozhovory, byla role času při prožívání vlastní bezmoci. Identifikovali jsme tři dílčí témata: **proměny vlastní bezmoci v čase** (n=11), **práce tady a teď** (n=6) a **klientův čas mimo TKI** (n=4).

Jedenáct respondentů uvedlo, že spolu s časem a zkušenostmi vnímají v prožívání a zvládání vlastní bezmoci změny. Jeden respondent má pocit, že s vlastní bezmocí nikdy příliš nebojoval a že se to v čase nijak nemění.

Respondenti, kteří změnu vnímají, uvedli, že jde především o to, že se s bezmocí **naučili lépe pracovat**, není to tak, že by zcela zmizela. Mnohdy je to dáno hlavně tím, že se naučili lépe zvládat témata a situace, které se s jejich bezmocí pojily. „*Je to určitě tou zkušeností, leccos třeba už vím, že nějak ustojím, takže tou praxí určitě. I když to neznamená, že by mě nic nepřekvapilo, to se vždycky něco najde, ale takhle nějaká větší jistota, i ujištění ze strany supervizora.*“ (R4)

Šest respondentů dále uvedlo, že pro ně čas hraje důležitou roli také během hovoru. Uvědomění, že krizová intervence spočívá **v práci tady a teď**, jim při prožívání bezmoci pomáhá v tom, že si více uvědomují svou roli krizového intervenanta a hranice a limity, které s sebou přináší. Respondenti (n=4) také v souvislosti s časem uváděli, že jim pomáhá, když si uvědomí, že klientův **příběh a příležitosti pro řešení jeho problémů nekončí položením sluchátka**. „*Vlastně my tam nejsme od toho, abychom všechny zachránili a všem pomohli a prostě všechno vyřešili. Prostě jsem tady a teď a mám tady jen ten vymezený čas s tím člověkem na tom telefonu nebo na tom chatu a v té chvíli prostě udělám co můžu, ale pak už jsou prostě jako jiný instituce, organizace...*“ (R7)

Zároveň má každý volající také svou vlastní minulost, má za sebou možná několik pokusů o vyřešení situace. „*Často mi pomáhá si říct, že já vlastně nemůžu a nemusím vyřešit během jednoho hovoru něco, co trvá třeba rok nebo roky.*“ (R5)

Normalizace bezmoci

Ať už intervenenti vlastní bezmoc prožívají v jakékoli intenzitě nebo frekvenci, všichni se shodují na tom, že občasný pocit vlastní bezmoci je **nedílnou součástí profese pracovníka linky důvěry**. „*Kdybychom vždy všechno vyřešili a měli radu, tak asi zmeškáváme tu realitu života, jsou věci, které může člověk jenom přijmout a nelze to vyřešit. Mám pocit, že není dobrý se v tom topit dlouhodobě, ale zároveň občas zažít bezmocné hovory je vlastně fajn.*“ (R3)

Normalizace bezmoci byla interventy zmiňovaná ve třech rovinách: za prvé hovořili o tom, že je důležité, aby **svou bezmoc oni sami přijali jako něco normálního** a do značné míry nevyhnutelného: „*Takže by se to mělo normalizovat, jako všechno ostatní. Jsme třeba zvyklí, že když někdo někomu umře, že pláče, prostě tam takový emoce jsou. A ta bezmoc, ta*

má taky své místo v některých situacích. Tak to prostě je.“ (R5). Zdá se, že interventům se poměrně dobře daří bezmoc před sebou samými normalizovat, ne vždy ale hned během hovoru, někdy potřebují čas nebo ujištění kolegy.

Za druhé byla v této souvislosti zmiňovaná právě **důležitost týmovosti a role pracoviště**. Pokud je v týmu přátelská atmosféra a interventi jsou vedeni ke vzájemnému sdílení a mají pocit, že je pro ně kolektiv kolegů bezpečným místem, pak snadněji přiznávají také své pocity nejistoty a bezmoci.

„Myslím si, že teda u nás funguje skvěle tým, myslím si, že ta mentalita v tom týmu je přesně taková, že to sdílíme a sdílí kolega s 30letou praxí, sdílí klidně se začátečníkem, ale prostě sdílíme a bereme to tak, že se nám dějí věci, bez ohledu na délku praxe a na to, že bychom měli něco zvládat. Že je to prostě přirozený.“ (R4)

Když však důvěra mezi jednotlivými členy chybí nebo tým není zvyklý na sdílení svých pocitů a emocí, může být normalizace bezmoci v rámci týmu problémem.

„Když si to tak promítám v hlavě, tak já si neuvědomuji, jestli vím o nějakým svým kolegovi, jak vlastně tu službu bere, jestli teda tam zažívá bezmoc nebo ne. Já jsem se to nějak asi za celou tu dobu nedozvěděla. Kdyby to probíhalo v těch supervizích, tak bych se to asi dozvěděla, že jo. Ale zase... tam hraje roli hrozně moc proměnných, jestli ten tým je dobře postavený, jestli tam je nějaká důvěra mezi těma lidma, jestli se vlastně navzájem znaj, takže to může být těžký, si myslím.“ (R8)

Třetí rovinou byla problematika **přiznání vlastní bezmoci před klientem**. V tomto případě se názory různily. Interventi zde nejčastěji opět naráželi na svou roli pomáhajícího, který by neměl dát najevo, že si neví rady. Někteří interventi to takto vnímali především na začátku své praxe a dnes jim přiznání vlastní bezmoci problémy nedělá, jiní se s tímto teprve učí pracovat. **Interventi se nicméně shodli v tom, že klientovi nikdy explicitně neverbalizují svou bezmoc slovy: teď jsem bezmocný/bezmocná, ale spíše se zaměřují na pojmenování toho, co se momentálně v hovoru objektivně děje.**

„Já to asi přiznám. Ne, že bych si tam hrála vždycky, že jsem Rambo. Někdy řeknu třeba, že nevím, co bych na tom místě dělala, ale že se pokusíme spolu to nějak zvládnout, ale vyjádřím, že to je náročný. Nevím, jestli to je teda, že vyjádřím úplně bezmoc. Neřeknu: Ježda teď fakt nevím, co mám dělat. To ne.“ (R9)

„Bezmoc rozhodně nepřiznám, ale když třeba nevím, kam dál, tak to řeknu normálně, jakože bych třeba potřeboval nasměrovat, ale to bych neřek, že to znamená, že přiznávám bezmoc.“ (R12)

Na závěr toho tématu ještě přidáváme hezké shrnutí respondentky R2, která hovořila o tom, že přiznání bezmoci či nějakého druhu bezradnosti, může být úlevné nejen pro intervenanta, ale vlastně i pro klienta.

„Já si to představuju tak, že pro toho klienta může být i fajn slyšet něco jako: ty jo, tak teď taky nevím. Protože mně přijde, že kdybych já na něj vysolila deset řešení a všechno bylo v pohodě, tak si řekne: tyjo a já se s tím tady patlám tolik let. Takže, když já řeknu, že já vlastně taky nevím, že je to fakt těžký, tak mi přijde, že to pro toho člověka může být i takový jako: uf, takže nejsem neschopný/neschopná, ale je to v pořádku, nevědět, je to fakt těžký...Takže to klidně přiznám do nějaký míry a pak řeknu: tak pojd'me tam spolu teď nějak dát to, že jsme na to dva, abychom v tom nebyli úplně sami.“ (R2)

Bezmoc v chatové krizové intervence

Ačkoli jsme se v rozhovorech zaměřili na telefonickou krizovou intervenci, **sedm účastníků hovořilo také o vlastní bezmoci, kterou prožívají při chatové intervenci.** Toto téma se tedy jevilo jako důležité, proto jsme se jej na závěr výsledků tematické analýzy také rozhodli zařadit.

Všech sedm respondentů hovořilo zejména o tom, že je pro ně prožívaná bezmoc na chatu intenzivnější. *„Ono se to strašně podobá – jenom je to tam silnější, nebo to tam víc vyznívá.“ (R1).* Uváděny byly situace sebepoškození, dětí v kritických situacích nebo, podobně jako u telefonické intervence, klienti, kteří vlastně nechtějí nic řešit a pouze ventilují.

Mezi interventy se v této souvislosti také objevovalo, že na chatu daleko častěji bojují s tím, zda klient píše opravdu s reálným příběhem. *„A spíš mně tam úplně nejvíc vadí, že člověk potom chodí na ten chat s tím pocitem, že si ten člověk na tom chatu bude vymýšlet, že tam nejde s tím pocitem, že tam bude fakt člověk, který potřebuje pomoci, protože to se stane málokdy, ale nakonec se cítí člověk trochu provinile z toho, že má pocit, že tam vlastně jde a čeká na toho, kdo lže.“ (R12)*

K tomuto názoru se přidává také další respondent. *„Chat mě daleko víc frustruje, protože tam podle mě píše daleko víc těch lidí nebo dětí, který to zkoušej, který si vymýšlí, takže po tom chatu jsem vždycky právě úplně bezmocná a fakt přemýšlím, jestli to má cenu*

vůbec. Ale je tam právě zas ten druhý aspekt, že tím, že tam píšou hodně děti, tak to dává naopak strašně velké smysl, když tam napíše někdo, kdo to fakt potřebuje...“ (R8)

Všechna zmíněná témata, jejich charakteristiky či dílčí témata jsme se pro větší přehlednost a ucelenost rozhodli na závěr této kapitoly shrnout v tabulce.

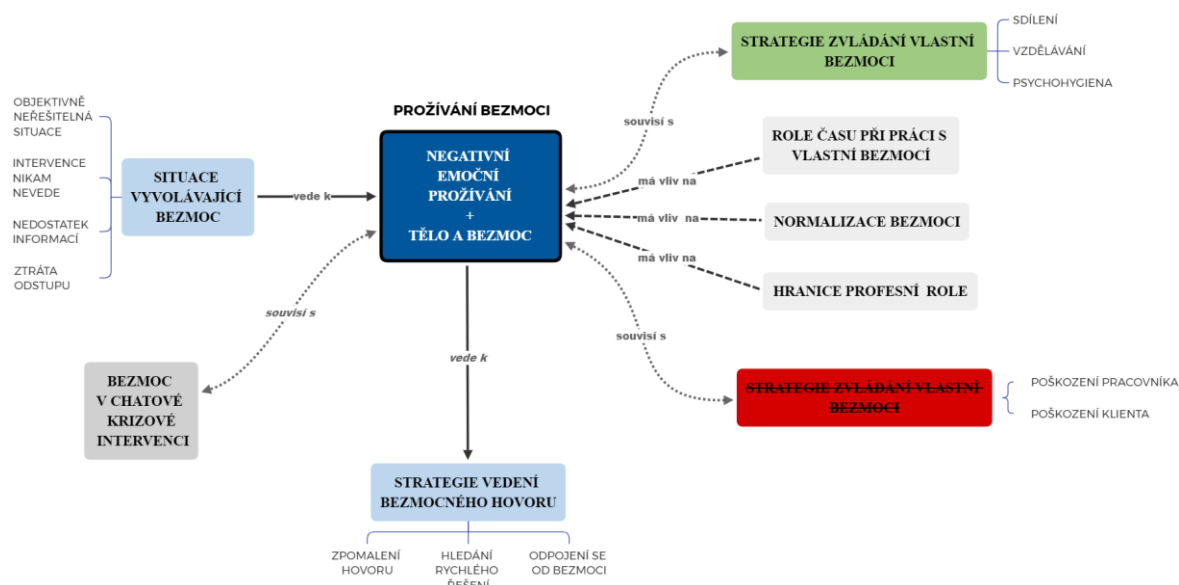
Tabulka 3: Shrnutí hlavních témat a jejich charakteristika

NÁZEV TÉMATU	STRUČNÁ CHARAKTERISITKA TÉMATU/ DÍLČÍ TÉMATA
Situace vyvolávající bezmoc (n=12)	objektivně neřešitelné situace (n=11); intervence nikam nevede (n=10); nedostatek informací (n=7); ztráta odstupů (n=4)
Negativní emoční prožívání bezmoci (n=12)	frustrace, vztek, naštvání (n=11); nejistota, zmatek, panika, úzkost, zoufalství (n=9); smutek, soucit, lítost, strach (n=9)
Tělo a bezmoc (n=10)	prožívání bezmoci v těle (svírání, tíha, pot, zrychlený tep) a práce s tělem (změna polohy, dech, jídlo a pití)
Hranice profesní role (n=12)	představa o sobě samém jakožto pomáhajícím, který musí všem pomoci vs. reálné hranice a možnosti krizové intervence
Způsoby vedení bezmocného hovoru (n=12)	zpomalení hovoru (n=8), hledání rychlého řešení (n=4); odpojení se od bezmoci (=3)
Strategie zvládní vlastní bezmoci (n=12)	bezprostřední strategie (práce s tělem, sebereflexe, psychohygienu), dlouhodobé strategie (sdílení, vzdělávání, psychohygienu)
Role času při práci s vlastní bezmoci (n=12)	proměny vlastní bezmoci v čase (n=11), práce tady a teď (n=6), klientův čas mimo TKI (n=4)
Normalizace bezmoci (n=12)	normalizace bezmoci před sebou samým, v rámci pracoviště, pojmenovávání bezmoci před klientem
Bezmoc v chatové krizové intervenci (n=7)	intenzivnější prožívání bezmoci a frustrace, specifické situace

8.2. Odpovědi na výzkumné otázky

V této podkapitole se na základě devíti výše popsaných témat pokusíme zodpovědět všechny naše výzkumné otázky. Abychom našli relevantní odpovědi, bylo nutné se podívat na to, jak spolu jednotlivá témata souvisejí a jak zapadají do celkového kontextu prožívání vlastní bezmoci. Níže uvádíme jednoduché schéma, jež vzájemnou provázanost témat ilustruje.

Obrázek 1: Schematické naznačení souvislostí mezi jednotlivými tématy



Jak pracovníci LD prožívají pocity vlastní bezmoci?

Prožívání vlastní bezmoci se **různí nejen mezi jednotlivými pracovníky**, ale u pracovníků je konkrétní prožitek bezmoci **ovlivněn i kontextem a situací**. Všichni respondenti se nicméně shodují na tom, že pocit vlastní bezmoci je **nedílnou součástí této profese**, což však nemění nic na tom, že se jedná o **náročný a vyčerpávající stav, vnímaný negativně**.

Bezmoc prožívají interventi na úrovni **emocí, tělesných změn i myšlenek**. Mezi pocity, které spolu s bezmocí interventi obvykle prožívají, můžeme zařadit: **smutek, lítost, frustraci, vztek, nejistotu a paniku**. Právě nejistota se poté následně promítá také do myšlenek interventů. Může se objevit **přemítání o vlastní nekompetentnosti a selhání**. Tyto myšlenky se objevují především tehdy, má-li intervent pocit, že **jakožto pomáhající musí být vždy tím, kdo dokáže situaci klienta vyřešit a pomoci mu**. Na úrovni tělesného prožívání se bezmoc projevuje **potem, bušením srdce, zrychleným tepem, sevřením a pocity tíhy**. Tělesné projevy byly zmiňovány jako prvotní indikátory vlastní bezmoci.

V jakých situacích pracovníci LD pocity vlastní bezmoci prožívají?

Z rozhovorů vyplynuly čtyři kategorie situací, jež mají potenciál v interventovi bezmoc vyvolat. V první řadě jsou to **příběhy volajících, které v danou chvíli reálně neposkytují žádné možnosti řešení**, intervent je tedy bezmocný v tom smyslu, že nemá jak klientovi pomoci, co mu poradit. Tato situace se může objevit v souvislosti s velmi tragickými příběhy, příběhy seniorů nebo v hovorech s tematikou smrti a nemoci. Bezemoc zde

pravděpodobně souvisí s rolí pomáhajícího, kdy intervenenti vnímají, že jejich úkolem je pomáhat a v těchto případech pomoc nabídnout nemohou.

Dále se jedná situace, kdy **intervence nikam nevede** – zde byly konkrétně uváděny hovory s dlouhodobě volajícími, dále s klienty, kteří vlastně nechtějí nic řešit nebo jakékoli nápady negují. Zde bezmoc souvisí s pocity marnosti a zbytečně vydané energie. Třetí kategorií jsou **hovory s nedostatkem informací** – respondentům mohou chybět důležité informace z klientova příběhu, oční kontakt, zpětná vazba po skončení intervence nebo absence osobních údajů, tedy anonymita klienta. Taková situace pak může souviset s panikou a zmatkem. Poslední identifikovanou kategorií jsou hovory, **ve kterých intervenent ztrácí odstup a do příběhu se ponoří více než obvykle**. Emoční vtažení pociťují intervenenti při tématech, která se jich osobně dotýkají, při velmi silných emocích volajícího nebo následkem opakovaného překračování hranic klientem.

Kromě hovorů pociťují krizoví intervenenti vlastní bezmoc také v **rámci chatové krizové intervence**, kde se objevuje v podobných situacích, nicméně může být prožívána intenzivněji.

Jak prožívání vlastní bezmoci ovlivňuje práci krizového intervenenta?

Z vyprávění intervenentů vyplynuly tři strategie, které se v případě pocitů vlastní bezmoci uplatňují ve vedení hovoru. První strategii jsme nazvali **zpomalení rozhovoru. Je to snaha o znovu získání odstupů a zorientování se v situaci**. Intervenenti se snaží získat čas, vnímají vlastní pocity, pojmenovávají situaci a rekapituluji a shrnují to, co bylo řečeno. Objevit se ale také může **tendence hledat rychlá řešení, tendence situace změnit, větší direktivita** a snaha o to, znovu nad situací získat kontrolu. Poslední rozpoznanou strategii jsme nazvali **odpojení se od bezmoci**. Je založena na racionalitě, profesionalitě a uvědomování si hranice role krizového intervenenta. Krizový intervenent během rozhovoru **vlastní bezmoc upozadí nebo zmírní právě připomenutím si vlastních hranic**.

Prožívání vlastní bezmoci může dále práci intervenenta ovlivnit také v tom, že začne pochybovat o vlastní kompetentnosti. Respondenti vnímají rizika dlouhodobého intenzivního působení vlastní bezmoci především v tom, že časem **může dojít k poškození klienta** (pracovník nebude schopen kvalitně naplňovat svou roli krizového intervenenta) **nebo k poškození pracovníka** (rozvoj syndromu vyhoření, ztráta zájmu o práci, ovlivnění osobního života).

Jaké bezprostřední zvládací strategie pracovníci LD využívají?

Žádný z respondentů nemá dojem, že by v případě pocitů vlastní bezmoci používal nějaké specifické bezprostřední zvládací strategie. V průběhu hovoru jsou to již výše zmíněné techniky reflektování a parafrázování, práce s dechem nebo třeba uzemnění. Bezprostředně po hovoru pak využívají těch psychohygienických postupů, které se jim již osvědčily také v jiných náročných situacích. Po náročném hovoru potřebují interventi chvíli pro sebe, **zpracovat emoce** a krátce **zreflektovat hovor**. To dělají například při psaní zápisu. Dále využívají **mnoho strategií, které se pojí s péčí o tělo**: dodají mu tekutiny, nají se, věnují se práci s dechem, změni polohu těla, krátce se projdou... V případě obzvláště náročných hovorů pak volí rychlou konzultaci s kolegy nebo blízkým člověkem. **Sdílení** je pro ně důležité zejména v případech, kdy pochybují o správnosti svého postupu nebo je příběh klienta zasáhl více než je obvyklé.

Jak pracovníci LD s bezmocí pracují z dlouhodobého hlediska?

Pro práci s bezmocí z dlouhodobého hlediska se mezi interventy opět neobjevily žádné specifické postupy a strategie, které by používali pouze v případě bezmoci. Z dlouhodobého hlediska můžeme práci s bezmocí rozdělit na tři části: **sdílení, vzdělávání a vlastní způsoby psychohygieny**. Začneme poslední zmíněnou kategorií, tu jsme již částečně popsali u předchozí výzkumné otázky. Jedná se o pestrou paletu zvládacích kategorií, v rámci které opět najdeme techniky **zaměřené na péči o tělo a sebereflexi**. Pro udržení duševní pohody je pro interventy důležitý **předěl mezi prací a osobním životem**, který si vytvářejí vlastními rituály. Dále je důležité, aby respektovali své možnosti a aktuální stav a dle toho volili také počet směn.

Pro všechny respondenty je důležité, že mají možnost své pocity – včetně vlastní bezmoci – s někým sdílet. Nejčastěji své prožitky a starosti sdílejí individuálně s kolegy nebo týmově na supervizích či intervizích. Zde jsme však narazili na to, že ne všichni interventi jsou si jistí tím, že je toto téma v rámci jejich supervizí otevíráno a vlastně vůbec nevědí, zda ostatní kolegové prožívají stejné pocity. Všichni interventi považují bezmoc za přirozenou součást jejich profese, je pro ně důležité, aby ji dokázali normalizovat nejen sami před sebou, ale právě také v týmu. **Podpora týmovosti se tedy jeví jako klíčová pro dlouhodobou práci s bezmocí.** V neposlední řadě interventi své nejistoty a emoce sdílejí také se svými blízkými.

Třetí rovinou bylo **vzdělávání**. Interventi reflektovali důležitost neustálého vzdělávání. Někteří mají pocit, že je s bezmocí v tomto směru pracováno dostatečně, jiní zde vidí mezery. Nicméně se interveni shodli v tom, že různé kurzy a semináře na aktuální témata vždy vítají. S pocitem a normalizací vlastní bezmoci je možné začít již v samotném výcviku, nicméně interveni se neshodují v názoru na to, zda je efektivní téma otevírat před samotnou praxí na lince důvěry.

Jak již bylo zmíněno, z dlouhodobého hlediska je také důležité to, aby interveni přijali, že pocit bezmoci je v mnoha případech zcela přirozený a je součástí jejich práce. Časem a zkušenostmi se jim bezmoc a s ní spojenou nejistotu daří zvládat lépe, neznamená to však, že bezmoc zcela vymizí.

9 DISKUZE

V této práci jsme se zaměřili na prožívání vlastní bezmoci u pracovníků linek důvěry. Konkrétním cílem práce bylo popsat a zmapovat, jak a v jakých situacích se pracovníci LD s vlastní bezmocí setkávají, jak je ovlivňuje a jak s bezmocí dále pracují a doplnit tak současné neucelené poznatky. V této části práce tyto poznatky porovnáme s našimi zjištěními. Srovnání však bude spíše orientační, protože jsme nenalezli žádnou studii, která by se zabývala stejným tématem, jako naše práce. Tato práce se tematicky nejvíce podobá práci Smolíkové (2010), která se zaměřila na popis negativních pocitů krizových interventů. Podkapitulu o moci a bezmoci pak ve své knize uvádí také Vodáčková a kol. (2012). Na vhodných místech se tedy budeme snažit poukázat na styčné body i odlišnosti našich poznatků nejen vzhledem k výše zmíněným výzkumům, ale i obecnějším souvislostem popsaným v teoretické části práce. Dále se budeme zabývat limity a přínosy našeho výzkumu a závěr kapitoly pak věnujeme doporučením pro případné navazující výzkumy.

Prvním tématem, kterému jsme věnovali pozornost, bylo téma **situací vyvolávajících bezmoc**. V rámci tohoto tématu jsme také našli odpověď na druhou z našich výzkumných otázek, tedy v jakých situacích pracovníci LD pocity vlastní bezmoci prožívají. Z rozhovorů vyplynuly čtyři kategorie situací, jež mají potenciál bezmoc u interventa vyvolat. Porovnáme-li je s informacemi, které ve své knize uvádí Vodáčková a kol. (2012), zjistíme, že námi odhalené kategorie se s nimi z velké části překrývají.

Tabulka 4: Situace vyvolávající bezmoc – srovnání

Vodáčková et al., 2012, 173	Naše práce
<ul style="list-style-type: none">• Chaos a nepřehlednost• Panika	<ul style="list-style-type: none">• Nedostatek informací (absence zpětné vazby, vizuálních vodítek, důležitých informací příběhu, anonymita klienta)
<ul style="list-style-type: none">• Příběh, který zavadil o naše vlastní bolavé, citlivé či znečitlivělé místo• Klient, který s námi manipuloval	<ul style="list-style-type: none">• Ztráta odstupu (vlastní téma interventa, překračování hranic, klient v silných emocích)
<ul style="list-style-type: none">• Skutečnost, že jsme někdy opravdu bezmocní	<ul style="list-style-type: none">• Objektivně neřešitelná situace (tragické příběhy, smrt, nemoc, senioři)
	<ul style="list-style-type: none">• Intervence nikam nevede (opakovaně volající, chroničtí stěžovatelé, klienti, kteří nechťejí pomoci, klienti, kteří vše negují)

Oproti Vodáčkové však stejně jako Vattø a kol. (2019b) doplňujeme navíc **hovory, ve kterých mají interventi pocit, že jejich intervence nikam nevede.**

Jak pracovníci LD prožívají pocity vlastní bezmoci? Odpověď jsme našli především v tématu *Negativní emoční prožívání bezmoci* a dále v tématu *Tělo a bezmoc*. Ve shodě s tvrzením Gojové a Glumbikové (2015) můžeme na základě rozhovorů s interventy konstatovat, že prožívání bezmoci je velmi subjektivní. Rozdílný popis bezmoci jsme však mohli najít nejen mezi jednotlivými interventy, ale ukázalo se, že interventi svou bezmoc vnímají v různém kontextu různě. **Interventi se shodují v tom, že je to emoce velmi náročná, vnímaná převážně negativně, patří však k jejich práci.** Objevovala se široká paleta emocí, které se podle dotazovaných s prožíváním jejich bezmocí pojí.

Uváděny byly pocity smutku, lítosti, strachu, paniky, zoufalství i frustrace a vzteku. Právě pocity hněvu a frustrace vnímali interventi u sebe samých jako něco nepatřičného. **Bezmoc a vztek** byly také v práci Smolíkové (2010) u krizových intervencí identifikovány jako nejčastěji vnímané negativní pocity a byly to právě situace, ve kterých figuroval pocit vlastní frustrace a naštvání, které si interventi ve výzkumu Smolíkové nejnadhěji vybavovali. Zdá se tedy, že práce s tímto typem negativního prožívání je pro interventy aktuálním a důležitým tématem.

Deset z dvanácti našich respondentů také v souvislosti s bezmocí opakovaně hovořilo o **tělesných prožitcích**, síla tohoto tématu byla pro nás poměrně překvapivá, protože v žádném z výzkumů, které byly zmíněné v teoretické části, nebyla tělesnému prožívání věnovaná větší pozornost. Důvod spatřujeme v již mnohokrát zmíněném faktu, že dosavadní výzkumy, ve kterých se bezmoc objevovala, nebyly na toto téma primárně zaměřené, proto prožívání bezmoci nebylo ve výzkumech popsáno do detailů.

Velmi důležité bylo **téma hranic profesní role a normalizace bezmoci**. Ve výpovědích intervencí se potvrdily informace z kapitoly o bezmoci v pomáhajících profesích. Bezmoc byla dávana do souvislosti s **nemožností pomoci a neschopností pomoci**. U intervencí, které nevedou k žádnému řešení, získávají interventi pocit, že nedělají dost, že by měli udělat více. Jenže realita je taková, že klienti vlastně ne vždy o řešení stojí, což vychází i ze samotné podstaty toho, jak jedinec v krizi vnímá okolí a potažmo také interventa, často je zcela ponořen ve svých emocích (Kastová, 2010), na interventovy možnosti nereaguje a velmi silná je u něj potřeba ventilace (Matoušek et al., 2013). Intervencím ale pouhé naslouchání připadá někdy málo. To, že intervent nedokáže

v některých situacích naplnit svou představu role pomáhajícího se ve spojitosti s bezmocí objevovalo také v dalších výzkumech (viz například Chen et al., 2020; Joshi et al., 2020; Smolíková, 2010).

Tento fakt je však na druhé straně vyrovnáván tím, že si **interventi poměrně dobře uvědomují hranice role krizového intervenanta** – dokážou si racionálně obhájit, kde končí hranice krizové intervence a jaký je jejich úkol. Toto ujištění pak snižuje pocity viny a myšlenky o vlastní nekompetentnosti, které se objevují ve spojitosti s nenaplněnou rolí pomáhajícího.

Dovolíme si polemizovat s tím, že by pomáhající – v našem případě tedy krizový intervent – věnoval všechnu svou energii zakrytí a potlačení bezmoci (Jůn, 2012; Schmidbauer, 2000). **V našem výběrovém souboru daleko více zaznívala tendence normalizace vlastní bezmoci a přijetí ji jakožto součást své profese.** Větším tématem v tomto ohledu bylo pro interveny přijetí vlastní frustrace a vzteku. Samozřejmě si uvědomujeme, že jsme mohli hovořit zrovna s respondenty, kteří již mají téma vlastní bezmoci zpracované a uniká nám další část respondentů, pro kterou je přijetí vlastní bezmoci nepředstavitelné. Přesto nám připadá důležité na tento rozpor poukázat. Interventi nehovořili jen o tom, že se snaží bezmoc normalizovat sami před sebou, ale také o **důležitosti dobře nastaveného pracovního kolektivu**, kde je možné své nejistoty a negativní pocity, mezi něž patří právě i bezmoc, sdílet a kde mají jistotu, že nebudou nijak shozeny či zesměšněny.

Charvátová (2014) a Vodáčková a kol. (2012) naznačily, že pocit bezmoci spolu se zkušenostmi slábne. Toto tvrzení bychom na základě našich výsledků upravili tak, že čas a zkušenosti vedou obecně k lepšímu zvládnání bezmoci, a především k lepšímu zvládnání situací, jež s bezmocí u daného respondenta souvisely nebo ji přímo vyvolávaly. Nemusí to však nutně znamenat, že se časem bude snižovat intenzita prožívané bezmoci. Zdá se, že se časem intervent učí s bezmocí lépe pracovat, nedá se ale říci, že by časem bezmoc vymizela úplně.

Dále nás zajímalo, jak bezmoc ovlivňuje práci interventů. O možných pochybnostech a nejistotě jsme zde již hovořili v souvislosti s hranicemi profesní role. Na základě současných informací o prožívání bezmoci jsme očekávali, že nejčastěji se budou objevovat tendence k větší direktivitě v hovoru. Na tyto tendence upozorňovali například Vodáčková a kol. (2012). Také Back a kol. (2015) hovořili o tom, že v pomáhajících profesích jsou typickými strategiemi pro zvládnání bezmoci: 1) zvýšená aktivita, 2) rezignace.

Z našich rozhovorů však vyplynulo, že nejčastější jsou mezi interventy postupy vedoucí ke **zpomalení a zpřehlednění situace** (parafráze, rekapitulace, práce s dechem, zastavení se). Teprve na pomyslném druhém místě se projeví tendence k **hledání řešení a direktivitě** a poslední strategii jsme nazvali **odpojení se od bezmoci**. V posledním případě se do popředí dostávala racionalizace, snaha o udržení profesionality a připomínání si hranic krizové intervence. Strategie, která by odpovídala Backově popisu rezignace, našimi respondenty nebyla zmiňovaná jako strategie vedení bezmocného hovoru, nicméně je pravda, že tři respondenti hovořili o tom, že po prožití bezmocného hovoru měli tendenci se následně vyhnout určitému typu směn na lince (např. službě, která zahrnovala chat).

Chtěli jsme dále vědět, jaké **zvládací strategie respondenti bezprostředně po bezmocném hovoru** používají a jaké strategie volí z hlediska **dlouhodobého zvládnutí vlastní bezmoci**. V obou případech se jedná o postupy, které intervent obecně volí v situacích stresu, tlaku nebo duševní nepohody. Ihned po hovoru krizoví intervenci nejčastěji pracují s tělem, věnují se sebereflexi, případně vyhledávají konzultaci. Co se týče dlouhodobých strategií, zmíněny byly všechny strategie, které jsme popisovali již v teoretické části práce v kapitole o možnostech psychohygieny. Důležitou roli hraje **sdílení** (ať už individuální konzultace, supervize, intervize nebo sdílení mimo práci), **vzdělávání** a **vlastní způsoby psychohygieny**. Zde považujeme za důležité zdůraznit dvě zjištění.

První se týká bezmoci a supervizí. Pro interventy je možnost sdílet s kolektivem pocity vlastní bezmoci důležitá, získávají tak od kolegů rady a informace o možnostech zvládnutí podobných situací a také ujištění, že v tom nejsou sami. Nicméně zajímavým zjištěním bylo, že se intervenci neshodovali v tom, zda se téma bezmoci na jejich supervizích či intervizích otevírá. **To, že se tyto názory různily napříč pracovišti je pochopitelné, ale různé pohledy se objevily také v rámci téhož pracoviště.**

Druhý poznatek, který v souvislosti s dlouhodobým zvládnutím bezmoci považujeme za zajímavý, se týká oblasti vzdělávání. **Všichni intervenci si uvědomují důležitost pravidelného sebezvoje a jakoukoli možnost vzdělání vítají.** Nejsou si vědomi toho, že by v současné době existoval kurz, workshop nebo seminář, který by se problematikou vlastní bezmoci zabýval. Mluvili také o dalších tématech, která by uvítali (práce s vlastní agresí, práce s chybou, nastavení vlastní hranic, sociálně právní problematika...). Na nedostatek kurzů zaměřujících se na emoce, prožívání a potřeby pracovníků pomáhajících profesí ostatně upozorňuje také Matoušek a kol. (2013).

Na tom, zda by bylo vhodné zařadit téma bezmoci již do výcviku, se respondenti neshodli. Výcvik je však často první možností, kdy se budoucí intervent seznamuje s krizovou intervencí a získává prvotní představu o práci na lince důvěry. Někteří naši respondenti hovořili o tom, že je překvapilo, že se na lince objevují spíše klienti, kteří nejsou v akutní krizi a že právě i z toho někdy pramení jejich frustrace, pocity bezmoci a zbytečnosti. K tomuto poznatku došli ve svém výzkumu také Vattø a kol (2019a).

Všechny výsledky našeho výzkumu jsou nicméně **limitovány** tím, že je nelze zobecňovat na celou populaci pracovníků linek důvěry. Výběrový soubor dvanácti respondentů se vzhledem ke kvalitativnímu typu výzkumu jeví jako dostatečný, bylo dbáno na dostatečnou saturaci dat, nicméně vzhledem k tomu, že se ukázalo, že důležitou roli hraje nejen sám intervent, jeho zkušenosti a zvládací strategie, ale také pracoviště a tým, mohou být naše výsledky zkresleny faktem, že ačkoli jsme oslovili 19 linek důvěry, zapojili se respondenti pouze ze čtyř z nich. Je možné, že někteří vedoucí svému týmu náš email nepře poslali, v několika případech nám nicméně pře poslání emailu bylo potvrzeno a projevil se tak spíše nezáměr pracovníků. Svou roli mohla hrát také časová náročnost rozhovoru (uváděli jsme předpokládanou délku hovoru okolo 40 minut). Je tedy možné, že na jiných linkách pracovníci vnímají pocity vlastní bezmoci úplně jinak, například v závislosti na tom, jak moc se o tom v jejich týmu hovoří, do jaké míry je bezmoc mezi kolegy normalizována a jaké mají pracovníci možnosti sdílení v rámci kolektivu.

V našem výběrovém souboru byl pouze jeden muž, na prožívání bezmoci jsme tak získali převážně ženský pohled. Sami naši respondenti však hovořili o tom, že v rámci jejich týmu také zcela jednoznačně převládají ženy. Tudíž převaha žena v našem výběrovém souboru odpovídá reálné převaze žen v této profesi. I přes to by však jistě bylo přínosné hovořit o tomto tématu s dalšími muži.

Jako možné riziko jsme vnímali fakt, že sama autorka prošla kurzem kompletní krizové intervence, kde na pocity vlastní bezmoci narážela a byla to právě vlastní zkušenost, která ji k tomuto tématu přivedla. Autorka však nemá žádnou zkušenost s prací na lince důvěry a neměla tak žádnou bližší představu, jak se s bezmocí pracuje v kontextu daných pracovišť. Přesto jsme samozřejmě dbali na soustavnou sebereflexi autorky, v průběhu rozhovorů jsme se opakovaně doptávali na přesný význam sdělení účastníků tak, abychom minimalizovali riziko zkreslení výsledků subjektivními interpretacemi.

Určité riziko zkreslení s sebou přináší také fakt, že jsme data získávali pouze za použití polostrukturovaného interview. Informace jsou tedy založeny na schopnosti sebereflexe interventů a na tom, co si dokázali v souvislosti s bezmocnými hovory vybavit. Jistě by bylo zajímavé a přínosné doplnit rozhovory také o pozorování a náslechy hovorů a vzhledem k tomu, že se v našem výzkumu ukázala velmi důležitá role celého týmu, vhodným doplněním by také mohla být ohnisková skupina. Vzhledem k současné epidemiologické situaci však tyto možnosti nebyly proveditelné.

Budoucím výzkumníkům v této oblasti bychom mimo doplnění polostrukturovaného interview o další metodu, doporučili zaměřit se na bezmoc prožívanou v rámci chatové krizové intervence. Přestože byl náš výzkum zaměřen na telefonickou krizovou intervenci, intervenenti hojně uváděli také příklady právě z prostředí chatu a naznačili, že v rámci chatové intervence je bezmoc a také frustrace mnohdy silnější než u hovorů. Právě frustrace spolu se vztekem se také jeví jako velmi důležitá a dosud málo prozkoumaná oblast ve světě krizových interventů.

Praktický přínos práce vnímáme v několika rovinách. Krizoví intervenenti zde mohou najít ubezpečí v tom, že v prožívání vlastní bezmoci nejsou sami a že je bezmoc nedílnou součástí jejich profese. Pro vedoucí linek důvěry může být tato práce podnětem pro zařazení tématu vlastní bezmoci do supervizí či intervizí a také připomenutím důležitosti práce s týmem. V naší práci jsme narazili na absenci odborného kurzu nebo semináře, který by se problematice vlastní bezmoci u krizových interventů věnoval. Vzhledem k tomu, že respondenti hovořili o tom, že o své vzdělávání v těchto oblastech mají zájem, do budoucna by jistě bylo přínosné navrhnout, zrealizovat a následně evaluovat vzdělávací seminář či workshop, zabývající se právě tématem vlastní bezmoci. Témata uváděná v této práci pak mohou sloužit jako rámcová osnova právě takového kurzu či semináře. Vzhledem k výše uváděným limitům je ale důležitá realizace dalších, zpřesňujících výzkumů. Budoucím výzkumníkům mohou naše zjištění sloužit jako podklad pro jejich vlastní studii.

10 ZÁVĚR

Tato práce si kladla za cíl popsat a zmapovat problematiku prožívání vlastní bezmoci u pracovníků linek důvěry. Reagujeme tak na neucelené a strohé informace, které jsou v současné době k tomuto tématu k dispozici. Do výzkumu se zapojilo 12 krizových interventů ze 4 linek důvěry. Zvolili jsme kvalitativní typ výzkumu, metodou polostrukturovaného interview jsme zjišťovali, co pro pracovníky linek důvěry pocit vlastní bezmoci znamená, jak a kdy ho prožívají a jak s ním dále pracují. Pro analýzu dat byla zvolena metoda tematické analýzy, na základě které jsme v souvislosti s pocity vlastní bezmoci u našich interventů identifikovali 9 vzájemně provázaných témat. Nalezli jsme odpovědi na všechny naše výzkumné otázky. Hlavní zjištění lze shrnout takto:

- Prožívání, intenzita i četnost pocitů vlastní bezmoci se různí nejen mezi interventy, ale jednotliví interventi vnímají svou bezmoc v různých situacích různě, přičemž bezmoc je prožívána na úrovni emocí, tělesných prožitků i myšlenek.
- Mezi situace s potenciálem vyvolat bezmoc můžeme zařadit hovory, ve kterých neexistují možnosti řešení, intervence, které se nikam neposouvají, hovory s nedostatkem informací a ztrátu odstupů interventa. Specificky je vnímána vlastní bezmoc v chatové intervenci.
- Významnou roli v prožívání bezmoci hraje subjektivní zidealizovaná představa o roli pomáhajícího, která není v praxi trvale udržitelná, u interventů je silná zejména v začátcích jejich praxe. Postupně dokáží více vnímat reálné hranice a cíle krizové intervence.
- Při bezmocném hovoru se snaží interventi v první řadě hovor zpomalit a získat čas a odstup, objevují se také tendence k větší direktivitě a zvýšené aktivitě, některým respondentům pomáhá se po dobu hovoru od vlastní bezmoci úplně oprostit tím, že si opakovaně připomenou hranice a možnosti krizové intervence.
- Interventi se shodují na tom, že je důležité s vlastní bezmocí pracovat, aby intervent předešel vyhoření, ztrátě nadšení nebo aby neupadl do pocitů vlastní nekompetentnosti. Práce s vlastní bezmocí je důležitá také pro kvalitní výkon profese krizového interventa.

- Krizoví intervenenti nevyžívají pro práci s bezmocí bezprostředně po hovoru ani z dlouhodobého hlediska žádné specifické strategie. Využívají toho, co jim obecně při náročných hovorech pomáhá – tedy sdílení, vzdělávání se a vlastní způsoby psychohygieny.
- Velmi důležitá je soustavná normalizace bezmoci nejen samotným interventem ale také pracovištěm a týmem. V tomto směru se projevila důležitost dobrých vztahů v týmu a prostředí důvěry a bezpečí.

11 SOUHRN

Telefonická krizová intervence (TKI) je distanční formou krizové intervence – odborné pomoci jedincům v krizi, pro které jsou typické pocity bezradnosti, paniky a smutku (Špatenková et al., 2011). Jedinec v krizi nevidí řešení svých problémů, strategie, které obvykle v podobných chvílích používá, selhávají. Krizová intervence si klade za cíl klienta stabilizovat a podpořit jeho kompetentnost (Caplan, 1964; Vodáčková et al., 2012). Lidé v krizi pocítují silnou potřebu ventilace (Matoušek et al., 2013). TKI je v České republice realizována prostřednictvím specializovaných linek, všeobecných linek důvěry a také krizových linek, jež jsou zřízeny při poradenských a kontaktních centrech (Vodáčková et al., 2012).

TKI má oproti krizové intervenci tvář v tvář svá specifika, např: anonymitu klienta, absenci očního kontaktu, časovou flexibilitu, která se pojí také s prací v časovém presu (Hoskocová, 2009; Mermelstein et al., 2017; Špatenková et al., 2011). Krizoví intervenenti se setkávají s řadou komplexních témat, na českých linkách důvěry se nejčastěji objevuje téma osobních a existenciálních problémů, otázky psychopatologie a vztahová problematika (viz Seznam prostudovaných výročních zpráv, jež je uveden v přílohách této práce).

Pracovník linky důvěry se v rámci své profese setkává s řadou náročných témat a situací, mezi které můžeme zařadit zneužití linky (Baird et al., 1994; Dalibová, 2006), práci s tichem (Lester & Rogers, 2012), opakovaně volající klienty (Bohatá, Gramppová Janečková & Kotrlová, 2019). V souvislosti s vystavováním se traumatickým příběhům a silným emocím klienta jsou intervenenti vystaveni riziku rozvoje syndromu vyhoření (Stock, 2010), únavy ze soucitu a sekundárního traumatického stresu (Figley, 2002; Izzová & Carpelová Millerová, 2019). Je proto důležité, aby pracovníci dbali o svou duševní pohodu, k čemuž může přispět pracovník sám (sebereflexe, relaxace, vzdělávání se) a o co by se mělo starat také pracoviště (supervize, intervize, vzdělávání) (Špatenková et al., 2011; Vodáčková et al., 2012).

Pracovník LD se během své práce setkává nejen s bezmocí klienta, ale také se svým vlastním prožíváním bezmoci. Bezmoc je mezi autory definovaná různě, panují určité pojmové nejednotnosti, nicméně na nejobecnější úrovni bychom ji mohli popsat jako reakci, stav či emoci vzniklou v situaci objektivní či subjektivní ztráty pocitu kontroly, autonomie

nebo kompetentnosti (Collins Dictionaries, 2018; Drew, 1990; Gelbrich, 2010). Pomáhající profese jsou s tímto pocitem poměrně často konfrontovány, vzhledem k očekáváním, které k sobě mají nejen oni sami, ale také veřejnost (Géringová, 2011). Schmidbauer (2000) upozorňuje na to, že bezmoc může pramenit z tzv. syndromu pomáhajícího – tedy snahy pomoci všem a za každých okolností.

V souvislosti s krizovými interventy byla bezmoci věnovaná jen okrajová pozornost v rámci výzkumu jiných fenoménů. Bezmoc se ve výzkumech nejčastěji objevovala v souvislosti s neřešitelnými situacemi, které přesahují možnosti intervanta (Chen et al., 2020; Handlová, 2014; Joshi et al., 2020; Smolíková, 2010; Vodáčková et al., 2012). Výzkumy se však primárně zabývají jinými tématy. Tematicky nejbližším výzkumem je práce Smolíkové (2010) zaměřená na negativní pocity krizových interventů. Komplexnější, ale poměrně obecné, shrnutí pak najdeme v knize Vodáčkové a kol. (2012), kde je bezmoci a moci věnovaná jedna strana. Kitchingman a kol. (2018a) zdůrazňuje, že pro kvalitní vykonávání práce krizového intervanta je přitom práce s vlastní psychickou a emoční tísní klíčová.

V této práci jsme reagovali právě na nedostatek výzkumů v této oblasti. Cílem práce bylo popsat a zmapovat, jak a kdy interventi vlastní bezmoc prožívají, jak je prožívání bezmoci ovlivňuje a jak s bezmocí pracují bezprostředně po hovoru a také z dlouhodobého hlediska. Odpovědi na tyto výzkumné otázky jsme hledali za pomoci kvalitativního typu výzkumu, metodou polostrukturovaného interview. Na základě námi definovaných kritérií (všeobecné zaměření, regionální působení, poskytování telefonické krizové intervence) jsme oslovili 19 linek důvěry. Na naši výzvu reagovalo 12 respondentů ze 4 různých pracovišť ve věku od 24 do 54 let. Výzkumu se zúčastnilo 11 žen a jeden muž. Rozhovory probíhaly online prostřednictvím programu Skype, jeden rozhovor telefonicky. Při sběru i analýze dat jsme dbali na etické zásady (anonymita, dobrovolnost, informovaný souhlas).

Pro analýzu dat byla zvolena tematická analýza, která probíhala v šesti krocích dle Braunové a Clarkové (2008). Přepisy rozhovorů byly kódovány v programu Atlas.ti 7. Výsledkem tematické analýzy byla identifikace **9 témat** (situace vyvolávající bezmoc; negativní emoční prožívání bezmoci; tělo a bezmoc; hranice profesní role; způsoby vedení bezmocného hovoru; strategie zvládnání vlastní bezmoci; role času; normalizace bezmoci; bezmoc v chatové krizové intervenci). Na základě jednotlivých témat a jejich vzájemné provázanosti jsme byli schopni zodpovědět všech pět našich výzkumných otázek.

Jak pracovníci LD prožívají pocity vlastní bezmoci? Bezmoc je prožívána převážně negativně, v různém kontextu se povaha bezmoci může měnit, objevuje se spolu s emocemi, jakými jsou smutek, lítost, frustrace či nejistota a panika. Na úrovni tělesných prožitků byly popisovány pocity tíhy a svírání. Prožívání bezmoci dále souvisí s přemítáním o vlastní kompetentnosti a možných pochybeních.

V jakých situacích pracovníci LD pocity vlastní bezmoci prožívají? Nejčastěji byly zmiňovány objektivně neřešitelné situace, intervence, které se nikam neposouvají, hovory, při kterých intervent nemá dostatek informací anebo ztratí odstup a nadhled. Intenzivněji se u některých respondentů bezmoc projevuje v chatové intervenci.

Jak prožívání vlastní bezmoci ovlivňuje práci krizového intervenanta? Interventi se především snaží hovor zpomalit, zorientovat se v situaci a reflektovat, co se s nimi děje. Objevují se také tendence k hledání rychlých (a často nevyžádaných) řešení nebo strategie odpojení se od bezmoci. Z dlouhodobějšího hlediska, pokud intervent s bezmocí nepracuje, prožívání bezmoci může vést ke ztrátě sebedůvěry a pocitům viny.

Jaké bezprostřední zvládací strategie pracovníci LD využívají? Interventi po bezmocném hovoru potřebují především chvíli času na sebe, pracují s tělem, reflektují, případně konzultují.

Jak pracovníci LD s bezmocí pracují z dlouhodobého hlediska? Z dlouhodobého hlediska využívají intervenenti nejvíce možnost sdílení (především na supervizích a intervizích), dále bylo zmiňováno vzdělávání a individuální způsoby psychohygieny, především oddělení pracovního a osobního života. Důležitou roli hraje normalizace bezmoci a přijetí občasné bezmoci jako nedílné součásti profese krizového intervenanta

Výsledky našeho výzkumu jsou limitovány tím, že je nelze zobecňovat na celou populaci pracovníků linek důvěry, obzvláště proto, že jsme hovořili s pracovníky pouze čtyř linek důvěry, přičemž se zdá, že pracovní kolektiv hraje v prožívání, a především ve zvládnutí vlastní bezmoci, důležitou roli. Výsledky této práce tak mohou sloužit jako podklad pro další výzkumy v této oblasti a také jako rámcový zdroj informací pro samotné interventy a vedoucí linek důvěry.

LITERATURA

- Abramson L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*(1), 49–74. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.87.1.49>
- Ashforth, B. E. (1989). The experience of powerlessness in organizations. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 43*(2), 207–242. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(89\)90051-4](https://doi.org/10.1016/0749-5978(89)90051-4)
- Back, A. L., Rushton, C. H., Kaszniak, A. W., & Halifax, J. S. (2015). “Why Are We Doing This?”: Clinician Helplessness in the Face of Suffering. *Journal of Palliative Medicine, 18*(1), 26–30. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0115>
- Baird, B. N., Bossett, S. B., & Smith, B. J. (1994). A new technique for handling sexually abusive calls to telephone crisis lines. *Community Mental Health Journal, 30*(1), 55–60. <https://doi.org/10.1007/bf02188875>
- Baldwin, B. A. (1978). A paradigm for the classification of emotional crises: Implications for crisis intervention. *American Journal of Orthopsychiatry, 48*(3), 538–551. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1978.tb01342.x>
- Baštecká, B. (2013). *Psychosociální krizová spolupráce*. Grada Publishing.
- Baštecká, B. et al. (2005). *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Grada Publishing.
- Baštecká, B., & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Portál.
- Black, S., & Weinreich, P. (2000). An exploration of counselling identity in counsellors who deal with trauma. *Traumatology, 6*(1), 25–40. <https://doi.org/10.1177/153476560000600103>
- Bobevski, I., Holgate, A. M., & McLennan, J. (1997). Characteristics of effective telephone counselling skills. *British Journal of Guidance & Counselling, 25*(2), 239–249. <https://doi.org/10.1080/03069889708253805>
- Bohatá, K., Gramppová Janečková, K., & Kotrlová, J. (2019). *Proměny krizové intervence: fenomén dlouhodobě opakovaně volajících v TKI*. Stanislav Juhaňák – Triton.
- Branson, D. C. (2019). Vicarious trauma, themes in research, and terminology: A review of literature. *Traumatology, 25*(1), 2–10. <https://doi.org/10.1037/trm0000161>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

- Breggin, P. R., & Stolzer, J. (2020). Psychological helplessness and feeling undeserving of love: Windows into suffering and healing. *The Humanistic Psychologist*, 48(2), 113–132. <https://doi.org/10.1037/hum0000175>
- Burgess, A. W., & Baldwin, B. A. (1981). *Crisis Intervention Theory and Practice*. Prentice Hall.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books.
- Centrum intervenčních a psychosociálních služeb Libereckého kraje. (2020). *Výroční zpráva 2019 Linka důvěry Liberec*. <http://www.linka-duvery.cz/userFiles/vyrocnizprava-2019.pdf>
- Centrum psychologické pomoci. (2020). *Výroční zpráva 2019*. https://cepp.cz/wp-content/uploads/2020/03/CEPP_VZ2019_web.pdf
- Centrum sociálních služeb Praha. (2020). *Výroční zpráva za rok 2019*. https://www.csspraha.cz/wcd/vyrocnizpravy/vyrocka_2019.pdf
- Ciešlarová, D. (2008). *Etická problematika v práci se suicidálním klientem v telefonické krizové intervenci* [Diplomová práce, Masarykova univerzita]. Informační systém Masarykovy univerzity. <https://is.muni.cz/th/lfe83/>
- Collins Dictionaries. (2018). *Collins English Dictionary Complete and Unabridged*. Collins.
- Cyr, C., & Dowrick, P.W. (1991). Burnout in crisisline volunteers. *Administration and Policy in Mental Health*, 18 (5), 343–354. <https://doi.org/10.1007/BF00707000>
- Česká asociace pracovníků linek důvěry. (n.d). ČAPLD. <https://www.capld.cz/>
- Dalibová, D. (2006). *Testovací hovory dospívajících (Zkušenosti pracovníků linek důvěry se sexuálně zaměřenými imitacemi)*. [Diplomová práce, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář Univerzity Karlovy. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/4531>
- Dětské krizové centrum. (2020). *Výroční zpráva 2019*. <https://www.ditekrize.cz/app/uploads/2020/06/vyrocnizprava2019-kveten-mail.pdf>
- DeWolfe, D. J. (2002). *Terénní příručka pro pracovníky psychosociálních a humanitárních služeb, kteří se angažují při hromadných neštěstích většího rozsahu*. MVČR.
- Donker, T., Petrie, K., Proudfoot, J., Clarke, J., Birch, M.-R., & Christensen, H. (2013). Smartphones for Smarter Delivery of Mental Health Programs: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 15(11), e247. <https://doi.org/10.2196/jmir.2791>

- Drew, B. L. (1990). Differentiation of hopelessness, helplessness, and powerlessness using Erik Erikson's "Roots of virtue." *Archives of Psychiatric Nursing*, 4(5), 332–337. [https://doi.org/10.1016/0883-9417\(90\)90053-n](https://doi.org/10.1016/0883-9417(90)90053-n)
- Drzyzgová, Š. (2008). *Krizová intervence – telefonická a tvář v tvář*. [Bakalářská práce, Masarykova univerzita]. Informační systém Masarykovy univerzity. <https://is.muni.cz/th/ebvf9/>
- Elson, M. (2001). Silence, its use and abuse. *Clinical Social Work Journal*, 29, 351–360. <https://doi.org/10.1023/A:1012215213461>
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Figley, C.R. (Ed.). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Brunner/Mazel.
- Gelbrich, K. (2010). Anger, frustration, and helplessness after service failure: coping strategies and effective informational support. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 38(5), 567–585. <https://doi.org/10.1007/s11747-009-0169-6>
- Géringová, J. (2011). *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Triton.
- Gojová, A. & Glumbíková, K. (2015). (Bezmocná) sociální práce jako zdroj zplnomocnění? *Sociální práce / Sociálna práca*, 15, 52-63.
- Handlová, S. (2014). *Suicidální tematika v kontextu telefonických krizových intervencí*. [Diplomová práce, Masarykova univerzita]. Informační systém Masarykovy univerzity. <https://is.muni.cz/th/wimj6/>
- Hanvey, C. P., & Philpot, T. (1994). *Practising Social Work*. Routledge.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Portál.
- Hawkins, P., & Shohet, R. (2004). *Supervize v pomáhajících profesích*. Portál.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Portál.
- Hoffberg, A. S., Stearns-Yoder, K. A., & Brenner, L. A. (2020). The Effectiveness of Crisis Line Services: A Systematic Review. *Frontiers in Public Health*, 7(399), 1–14. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00399>
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)

- Honzíková, E. (2008). *Linka důvěry – služba sociální prevence z pohledu dobrovolného pracovníka*. [Diplomová práce, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích]. Theses – Vysokoškolské kvalifikační práce. <https://theses.cz/id/qdi5s5/>
- Hoskovcová, S. (2009). *Psychosociální intervence*. Karolinum.
- Charvátová, V. (2014). *Fenomén opakovaně volajících na linku důvěry*. [Bakalářská práce, Univerzita Palackého v Olomouci]. Theses – Vysokoškolské kvalifikační práce. <https://theses.cz/id/op8xo7/>
- Chen, S., Li, F., Lin, C., Han, Y., Nie, X., Portnoy, R. N., & Qiao, Z. (2020). Challenges and recommendations for mental health providers during the COVID-19 pandemic: the experience of China's First University-based mental health team. *Globalization and Health*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00591-2>
- Christogiorgos, S., Vassilopoulou, V., Florou, A., Xydou, V., Douvou, M., Vgenopoulou, S., & Tsiantis, J. (2010). Telephone counselling with adolescents and countertransference phenomena: particularities and challenges. *British Journal of Guidance & Counselling*, 38(3), 313–325. <https://doi.org/10.1080/03069885.2010.482394>
- IFOTES. (n.d.). *About*. <https://www.ifotes.org/en>
- InternetPoradna.cz. (2019). *Výroční zpráva 2018*. https://www.internetporadna.cz/attachments/article/30/IP_vyrocka_2018_final.pdf
- Izzová, E., & Carpelová Millerová, V. C. (2019). *Předané trauma: druhotný traumatický stres, zprostředkovaný šok: jak pomoci sobě a druhým*. Stanislav Juhaňák – Triton.
- Jankovský, J. (2018). *Etika pro pomáhající profese*. Stanislav Juhaňák – Triton.
- Joshi, A., Tammana, S., Babre, T., & Kallianpur, R. (2020). Psychosocial response to COVID-19 pandemic in India: Helpline counsellors' experiences and perspectives. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(1), 19–30. <https://doi.org/10.1002/capr.12378>
- Jůn, H. (2010). *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. Portál.
- Kastová, V. (2010). *Krize a tvořivý přístup k ní: typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. Portál.
- Kinzel, A., & Nanson, J. (2000). Education and Debriefing: Strategies for Preventing Crises in Crisis-Line Volunteers. *Crisis*, 21(3), 126–134. <https://doi.org/10.1027//0227-5910.21.3.126>

- Kitchingman, T. A., Wilson, C. J., Caputi, P., Wilson, I., & Woodward, A. (2018a). Telephone Crisis Support Workers' Intentions to Use Recommended Skills While Experiencing Functional Impairment. *Crisis*, 39(3), 218–223. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000490>
- Kitchingman, T. A., Wilson, C. J., Caputi, P., Wilson, I., & Woodward, A. (2018b). Telephone Crisis Support Workers' Psychological Distress and Impairment. *Crisis*, 39(1), 13–26. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000454>
- Kopřiva, K. (2016). *Lidský vztah jako součást profese*. Portál.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Portál.
- Křivohlavý, J. (2012). *Hořet, ale nevyhořet*. Karmelitánské nakladatelství.
- Kubičková, M. (2014). *Nedokončené rozhovory na lince důvěry*. [Bakalářská práce, Univerzita Karlova]. Theses – Vysokoškolské kvalifikační práce. <https://theses.cz/id/pxwgag/>
- Lamothe, R. (2014). Winnicott and Helplessness: Developmental Theory, Religion, and Personal Life. *The Psychoanalytic Quarterly*, 83(4), 871–896. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2014.00125.x>
- Leising, P. (1985). The negative effects of the obscene telephone caller upon crisis intervention services. *Crisis Intervention*, 14(3), 84–92.
- Lester, D., & Rogers, J. R. (2012). *Crisis Intervention and Counseling by Telephone and the Internet*. Charles C Thomas Pub Ltd.
- Linka bezpečí. (2020). *Výroční zpráva 2019*. https://spolek.linkabezpeci.cz/getattachment/O-nas/Ke-stazeni/Vyrocnizpravy/Vyrocnizprava-2019-_public.pdf.aspx
- Linka bezpečí. (n.d.). *Nabídka vzdělávacích kurzů*. Linka bezpečí. <https://spolek.linkabezpeci.cz/nabidka-kurzu/>
- Linka první psychické pomoci*. (n.d.). <http://linkapsychickepomoci.cz/>
- Luxton, D. D., June, J. D., & Kinn, J. T. (2011). Technology-Based Suicide Prevention: Current Applications and Future Directions. *Telemedicine and E-Health*, 17(1), 50–54. <https://doi.org/10.1089/tmj.2010.0091>
- Matoušek, O. (2003). *Slovník sociální práce*. Portál.
- Matoušek, O. et al. (2013). *Metody a řízení sociální práce*. Portál.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131–149. <https://doi.org/10.1007/bf00975140>

- McManama O'Brien, K. H., LeCloux, M., Ross, A., Gironde, C., & Wharff, E. A. (2016). A Pilot Study of the Acceptability and Usability of a Smartphone Application Intervention for Suicidal Adolescents and Their Parents. *Archives of Suicide Research, 21*(2), 254–264. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1182094>
- Mermelstein, H., Guzman, E., Rabinowitz, T., Krupinski, E., & Hilty, D. (2017). The Application of Technology to Health: The Evolution of Telephone to Telemedicine and Telepsychiatry: A Historical Review and Look at Human Factors. *Journal of Technology in Behavioral Science, 2*(1), 5–20. <https://doi.org/10.1007/s41347-017-0010-x>
- Middleton, A., Gunn, J., Bassilios, B., & Pirkis, J. (2014). Systematic review of research into frequent callers to crisis helplines. *Journal of Telemedicine and Telecare, 20*(2), 89–98. <https://doi.org/10.1177/1357633x14524156>
- Michalík, J. (2011). *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Portál.
- Mikulincer, M. (1994). *The Plenum series in social/clinical psychology. Human learned helplessness: A coping perspective*. Plenum Press. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0936-7>
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada Publishing.
- Mishara, B. L., & Daigle, M. S. (1997). Effects of Different Telephone Intervention Styles with Suicidal Callers at Two Suicide Prevention Centers: An Empirical Investigation. *American Journal of Community Psychology, 25*(6), 861–885. <https://doi.org/10.1023/a:1022269314076>
- Mishara, B. L., Daigle, M., Bardon, C., Chagnon, F., Balan, B., Raymond, S., & Campbell, J. (2016). Comparison of the effects of telephone suicide prevention help by volunteers and professional paid staff: Results from studies in the USA and Quebec, Canada. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 46*(5), 577–587. <https://doi.org/10.1111/sltb.12238>
- Mishara, B. L., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I., Bardon, C., Campbell, J. K., & Berman, A. (2007). Comparing Models of Helper Behavior to Actual Practice in Telephone Crisis Intervention: A Silent Monitoring Study of Calls to the U.S. 1–800-SUICIDE Network. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(3), 291–307. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.291>
- Modrá linka. (2020). *Výroční zpráva 2019*. https://www.modralinka.cz/wp-content/uploads/2020/06/vyrocnizprava-modralinka_2019.pdf

- Most k naději. (2020). *Výroční zpráva 2019*. <http://www.mostknadeji.eu/uploads/atk/mona-vyrocní-zprava-2019-v2-1.pdf>
- Nepanikař. (n.d.). *Nepanikař – web aplikace pro první pomoc při psychických potížích*. <https://nepanikar.eu/>
- Nondková, A. (2008). *Syndrom vyhoření v rámci telefonické krizové intervence*. [Diplomová práce, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář Univerzity Karlovy. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/11922>
- O’Sullivan, J., & Whelan, T. A. (2011). Adversarial growth in telephone counsellors: psychological and environmental influences. *British Journal of Guidance & Counselling*, 39(4), 307–323. <https://doi.org/10.1080/03069885.2011.567326>
- Paterson, H., Reniers, R., & Völm, B. (2009). Personality types and mental health experiences of those who volunteer for helplines. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37(4), 459–471. <https://doi.org/10.1080/03069880903161419>
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti*. Grada.
- Peterson, C. (1982). Learned helplessness and health psychology. *Health Psychology*, 1(2), 153–168. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.1.2.153>
- Povíděj. (2020). *Výroční zpráva za rok 2019*. <http://www.linkaduvery.kh.cz/documents/1585935444.pdf>
- Pramana, G., Parmanto, B., Kendall, P. C., & Silk, J. S. (2014). The SmartCAT: An m-Health Platform for Ecological Momentary Intervention in Child Anxiety Treatment. *Telemedicine and E-Health*, 20(5), 419–427. <https://doi.org/10.1089/tmj.2013.0214>
- Rek, I., & Dinger, U. (2016). Who sits behind the telephone? Interpersonal characteristics of volunteer counselors in telephone emergency services. *Journal of Counseling Psychology*, 63(4), 429–442. <https://doi.org/10.1037/cou0000157>
- Rosenbaum, A., & Calhoun, J.F. (1977). The use of the telephone hotline in crisis intervention: a review. *Journal of Counselling Psychology*, 5(4), 325–339. [https://doi.org/10.1002/1520-6629\(197710\)5:4<325::AID-JCOP2290050405>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/1520-6629(197710)5:4<325::AID-JCOP2290050405>3.0.CO;2-D)
- Samaritans. (n.d.). *About Samaritans*. <https://www.samaritans.org/about-samaritans/>
- Sawyer, J. B. & Jameton E. M. (1979). Chronic callers to a suicide prevention center. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 9(1), 97–104. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1979.tb00434.x>

- Science Museum. (2018). *Telephones save lives: The history of the Samaritans*.
<https://www.sciencemuseum.org.uk/objects-and-stories/telephones-save-lives-history-samaritans>
- Scott, V., & Lester, D. (1998). Listening To Silence. *Crisis*, 19(3), 105–108.
<https://doi.org/10.1027/0227-5910.19.3.105>
- Seligman, M. E., & Maier, S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74(1), 1–9. <https://doi.org/10.1037/h0024514>
- Showalter, S. E. (2010). Compassion Fatigue: What Is It? Why Does It Matter? Recognizing the Symptoms, Acknowledging the Impact, Developing the Tools to Prevent Compassion Fatigue, and Strengthen the Professional Already Suffering From the Effects. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 27(4), 239–242.
<https://doi.org/10.1177/1049909109354096>
- Schmidbauer, W. (2000). *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Portál.
- Skládalová, T. (2014). *Prevence syndromu vyhoření u pracovníků telefonické krizové pomoci*. [Diplomová práce, Masarykova univerzita]. Informační systém Masarykovy univerzity. <https://is.muni.cz/th/usi63/>
- Skýpalová V. (2007). *Specifika telefonické krizové intervence u seniorů*. [Bakalářská práce, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář Univerzity Karlovy. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/14423>
- Smolíková, K. (2010). *Pocity krizového pracovníka spojené s krizovou intervencí*. [Diplomová práce, Pražská vysoká škola psychosociálních studií]. Knihovna PVŠPS. https://www.pvšps.cz/data/2016/12/16/12/smolikova_katerina__bc._-_2010.pdf
- Stock, C. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Grada.
- STŘED. (2020). *Výroční zpráva STŘED, z. ú.*
https://www.stred.info/uploaded/documents/v%C3%BDro%C4%8Dn%C3%AD%20zpr%C3%A1vy/ST%C5%98ED_vyrocn%C3%AD_zprava_2019.pdf
- Středisko pro rodinu a mezilidské vztahy a Linka důvěry v Českých Budějovicích. (2020). *Výroční zpráva*. http://www.rodinnaporadnacb.cz/userFiles/vyrocn%C3%AD_zprava-2019-spramvld.pdf
- Sundram, F., Corattur, T., Dong, C., & Zhong, K. (2018). Motivations, Expectations and Experiences in Being a Mental Health Helplines Volunteer. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), 2123.
<https://doi.org/10.3390/ijerph1510212>

- Špatenková, N. et al. (2011). *Krizová intervence pro praxi*. Grada.
- Špatenková, N. et al. (2017). *Krize a krizová intervence*. Grada.
- Tajzlerová, N. (2020). *Potencionální krizové situace při práci krizového intervenanta a jejich strategie a možnosti zvládnání*. [Diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci]. Theses – Vysokoškolské kvalifikační práce. <https://theses.cz/id/he324u/>
- Teater, B. (2010). *An introduction to applying social work theories and methods*. Open university Press.
- Úlehla, I. (2005). *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Sociologické nakladatelství (SLON).
- Vacková, K. (2019). *Intervenční styly pracovníků telefonické krizové intervence*. [Diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci]. Theses – Vysokoškolské kvalifikační práce. https://theses.cz/id/1oimh1/DP_Vackova.pdf
- Vaska, L. & Čavojská, K. (2012). *Supervízia u začínajúcich profesionálov vo výkone sociálnej práce. Výskumná správa*. IRIS.
- Vattø, I. E., DeMarinis, V., Haug, S. H. K., Lien, L., & Danbolt, L. J. (2019a). Caught Between Expectations and the Practice Field. *Crisis*, 40(5), 340–346. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000573>
- Vattø, I. E., DeMarinis, V., Haug, S. H. K., Lien, L., & Danbolt, L. J. (2019b). Emotional stressors among volunteers operating a diaconal suicide-prevention crisis line in Norway: a qualitative study. *British Journal of Guidance & Counselling*, 48(4), 563–575. <https://doi.org/10.1080/03069885.2019.1646409>
- Vevera J, Jiráček R, Uhrová T, Žukov I, Král P & Tichý V. (2007). Možnosti ovlivnění agitovaného a násilného chování v psychiatrické praxi. *Psychiatrie pro praxi*, 2, 66-71. <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/02/05.pdf>
- Vodáčková, D. et al. (2012). *Krizová intervence: Krize v životě člověka; Formy krizové pomoci a služeb*. Portál.
- Vymětal, J. (1995). *Duševní krize a psychoterapie*. Konfrontace.
- Wark, V. (1984). *The Sex Caller and the Telephone Counseling Center*. Thomas.
- Weatherall, A., Danby, S., Osvaldsson, K., Cromdal, J., & Emmison, M. (2016). Pranking in Children's Helpline Calls. *Australian Journal of Linguistics*, 36(2), 224–238. <https://doi.org/10.1080/07268602.2015.1121532>

Willems, R., Drossaert, C., Vuijk, P., & Bohlmeijer, E. (2020). Impact of Crisis Line Volunteering on Mental Wellbeing and the Associated Factors: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(5), 16–41. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051641>

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Osnova polostrukturovaného interview
2. Seznam prostudovaných aktuálních výročních zpráv
3. Seznam oslovených linek důvěry
4. Kontaktní formulář
5. Struktura informovaného souhlasu
6. Ukázka transkripce interview
7. Abstrakt v českém jazyce
8. Abstrakt v anglickém jazyce

PŘÍLOHA 1: Osnova polostrukturovaného interview

1. INFORMACE O RESPONDENTOVÍ

(ÚVOD, ZÁKLADNÍ INFORMACE O RESPONDENTOVÍ A PRACOVIŠTI)

- Pracoviště, pohlaví, věk
- Na jaké Lince pracujete?
- Jak dlouho pracujete jako telefonický krizový intervent?
- Pracoval/a jste předtím na jiné Lince?
- Jak často míváte směnu? / Je toto vaše jediné zaměstnání? /Co studujete?
- Sloužíte na směně sám/a?

2. PROŽÍVÁNÍ BEZMOCI

(OPERACIONALIZACE BEZMOCI RESPONDENTA)

- **Co pro Vás znamená prožívat bezmoc?**
 - Jak byste popsali pocit bezmoci?
 - Jaká tři přídavná jména byste k bezmoci přiřadili?
 - Co prožíváte, když jste bezmocní?
 - Když se cítíte bezmocní, jakou další emoci spolu s tím obvykle cítíte?
- **Kdy se cítíte bezmocní/kdy zažíváte bezmoc v rámci této práce?**
 - U jakých typů hovoru?
 - S jakým typem klientů?
 - Jak často se cítíte v práci bezmocní?
 - Je pak takový hovor pro vás v něčem jiný? Pokud ano, v čem?
 - Jak vaše bezmoc ovlivní vaši práci?

3. PRÁCE S VLASTNÍ BEZMOCÍ

(BEZPROSTŘEDNÍ A DLOUHODOBÉ STRATEGIE ZVLÁDÁNÍ BEZMOCI)

- **Jak s vlastní bezmocí pracujete bezprostředně po tom/ během toho, co ji prožíváte?**
 - Co děláte v průběhu hovoru, když cítíte, že pocítíte bezmoc?
 - Co děláte těsně po takovém hovoru?
 - Co vám pomáhá zvládnout hovor, při kterém svou bezmoc vnímáte?
 - Přiznáváte svou bezmoc před klientem?
- **Jak s bezmocí pracujete z dlouhodobého hlediska?**
 - Jak s těmito pocity pracujete z dlouhodobého hlediska?
 - Přetrvává ve vás někdy tento pocit i poté, co přijdete domů? (Pokud ano – Jak to vypadá? Co prožíváte? O čem přemýšlíte?)

4. PREVENCE

(PŘEDCHÁZENÍ TĚMTO POCITŮM A PODPORA JEJICH ZVLÁDnutí)

- **Dá se podle vás těmto pocitům nějak předcházet/ dá se na ně připravit?**
- **Máte pravidelné supervize?**
 - Jak často?
 - Mluvíte tam také o bezmoci?
- **Jakou radu byste dali ostatním pracovníkům, kteří s pocity bezmoci bojují?**
 - Co vy sami byste byli rádi, kdybyste věděli dopředu/ kdyby vám někdo dopředu sdělil?
- **Ocenili byste, kdyby se s tímto tématem ve vaší profesi více pracovalo?**
 - Jak?

PŘÍLOHA 2: Seznam prostudovaných výročních zpráv

Linka důvěry Blansko (Oblastní charita Blansko. (2020). <i>Výroční zpráva 2019</i> . https://blansko.charita.cz/res/archive/034/003834.pdf?seek=1590578730)		
Celkem kontaktů: 6923 Z toho hovorů: 4290	Věk: neuvedeno Pohlaví: neuvedeno	Témata: neuvedeno
Linka důvěry České Budějovice (Středisko pro rodinu a mezilidské vztahy a Linka důvěry v Českých Budějovicích. (2020). <i>Výroční zpráva</i> . http://www.rodinnaporadnacb.cz/userFiles/vyrocní-zprava-2019-spramvld.pdf)		
Celkem kontaktů: 5203 Z toho zneužití: 1015 Z toho omylů: 4531	Věk: neuvedeno Pohlaví: 60 % ženy	Témata: osobní problémy, rodinné problémy
Linka důvěry Dětského krizového centra (Dětské krizové centrum. (2020). <i>Výroční zpráva 2019</i> . https://www.ditekrize.cz/app/uploads/2020/06/vyrocní_zprava2019-kveten-mail.pdf)		
Celkem kontaktů: 4742 Z toho hovorů: 2896	Věk: neuvedeno Pohlaví: neuvedeno	Témata: syndrom CAN, rodinné problémy, vrstevnické problémy, osobní problémy
Linka důvěry Karviná (Centrum psychologické pomoci. (2020). <i>Výroční zpráva 2019</i> . https://cepp.cz/wp-content/uploads/2020/03/CEPP_VZ2019_web.pdf)		
Celkem kontaktů: 4315 Z toho hovorů: méně než 2500	Věk: neuvedeno Pohlaví: neuvedeno	Témata: neuvedeno
Linka důvěry Kutná hora: (Povídej. (2020). <i>Výroční zpráva za rok 2019</i> . http://www.linkaduvery.kh.cz/documents/1585935444.pdf)		
Celkem kontaktů: 2682 Z toho hovorů: 1569	Věk: 27-49 (86 %) Pohlaví: 61 % muži	Témata: osobní a existenciální problémy, vztahy, psychopatologie
Linka důvěry Ledovec (Ledovec. (2020). <i>Výroční zpráva ledovce za rok 2019</i> . https://www.ledovec.cz/images/dokumenty/vyrocní_zprava_%20LEDOVEC_2019.pdf)		
Celkem kontaktů: 3854	Věk: neuvedeno Pohlaví: neuvedeno	Témata: neuvedeno
Linka důvěry Liberec (Centrum intervenčních a psychosociálních služeb Libereckého kraje. (2020). <i>Výroční zpráva 2019 Linka důvěry Liberec</i> . http://www.linka-duvery.cz/userFiles/vyrocní-zprava-2019.pdf)		
Celkem kontaktů: 5410 Z toho intervencí: 2681	Věk: 28-49 (29 %), neuvedeno (52 %) Pohlaví: 52 % ženy	Témata: osobní a existenciální, vztahy, zdravotní problematika, sociálně právní otázky

Linka důvěry Olomouc		
(InternetPoradna.cz. (2019). <i>Výroční zpráva 2018</i> . https://www.internetporadna.cz/attachments/article/30/IP_vyrocka_2018_final.pdf)		
Celkem kontaktů: 3125	Věk: nevedeno Pohlaví: nevedeno	Témata: vztahy, domácí násilí, osamělost, smysl života, zdravotní problémy, psychopatologie
Linka důvěry STŘED		
(STŘED. (2020). <i>Výroční zpráva STŘED.z. ú.</i> https://www.stred.info/uploaded/documents/v%C3%BDro%C4%8Dn%C3%AD%20zpr%C3%A1vy/ST%C5%98ED_vyrocn%C3%AD_zprava_2019.pdf)		
Počet hovorů: 2453	Věk: nevedeno Pohlaví: nevedeno	Témata: osobní a existenciální problémy, vztahy, sebevražedné myšlenky, osamělost
Linka důvěry Ústí nad Orlicí		
(Linka důvěry pardubického kraje Ústí nad Orlicí. (2020). <i>Výroční zpráva 2019</i> . https://www.linkaduveruuo.cz/o-nasi-spolecnosti/)		
Celkem kontaktů: 4 708 Z toho hovorů: 3 412	Věk: nevedeno Pohlaví: nevedeno	Témata: osobní a existenciální problémy, osamělost, sebevražedné myšlenky, psychopatologie
Linka duševní tísně		
(Most k naději. (2020). <i>Výroční zpráva 2019</i> . http://www.mostknadeji.eu/uploads/atk/mona-vyrocn%C3%AD_zprava-2019-v2-1.pdf)		
Celkem kontaktů: 9 421	Věk: 27-64 Pohlaví: 69 % muži	Témata: osobní a existenciální problémy, zdravotní témata, psychopatologie
Modrá linka		
(Modrá linka. (2020). <i>Výroční zpráva 2019</i> . https://www.modralinka.cz/wp-content/uploads/2020/06/vyrocnizprava-modralinka_2019.pdf)		
Celkem kontaktů: 4 395 Z toho intervencí: 4 804	Věk: nevedeno Pohlaví: nevedeno	Témata: nevedeno
Pražská linka důvěry		
(Centrum sociálních služeb Praha. (2020). <i>Výroční zpráva za rok 2019</i> . https://www.csspraha.cz/wcd/vyrocn%C3%AD_zpravy/vyrocka_2019.pdf)		
Celkem kontaktů: 14 948 Z toho intervencí: 2 585	Věk: nevedeno Pohlaví: 61 % žen	Témata: nevedeno

PŘÍLOHA 3: Seznam oslovených linek důvěry

Jihomoravský kraj

- Modrá Linka
- LD Blansko

Jihočeský kraj

- LD České Budějovice

Karlovarský Kraj

- LD Karlovy Vary

Kraj Vysočina

- LD Střed

Liberecký kraj

- LD Liberec

Moravskoslezský kraj

- LD Karviná
- LD Ostrava

Olomoucký kraj

- LD Olomouc

Pardubický kraj

- LD Ústí nad Orlicí

Plzeňský kraj

- LD Ledovec

Zlínský kraj

- Linka SOS

Ústecký kraj

- Linka duševní tísně
- Linka pomoci Ústí nad Labem


Praha

- Pražská Linka důvěry
- LD Dětského krizového centra

Středočeský kraj

- LD Kladno
- LD Kutná hora
- LD SOS Mladá Boleslav

PŘÍLOHA 4: Kontaktní formulář



Práce s pocity vlastní bezmoci pracovníků linek důvěry

Dobrý den,

jmenuji se Barbora Janovská a jsem studentkou posledního ročníku navazujícího magisterského studia psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci.

V rámci své diplomové práce bych se ráda věnovala Vám, tedy pracovníkům linek důvěry. Lidé se na linky obracejí, když neví jak dál, cítí se bezmocní a bez možností. Takové pocity ale může při své práci zažívat i krizový intervent. Ráda bych se proto věnovala tomu, v jakých chvílích při práci na lince důvěry tyto pocity prožíváte, a jak s nimi dále pracujete.

Pro svůj výzkum hledám telefonické krizové interventy, kteří by byli ochotni se mnou o tomto tématu mluvit formou online rozhovoru přes Skype. Vaše účast je zcela dobrovolná, všem zúčastněným bude samozřejmě zachována anonymita.

TÉMA: Práce s pocity vlastní bezmoci
DÉLKA HOVORU: cca 40 minut
KDY A JAK: S termínem se přizpůsobím Vašim časovým možnostem, rozhovor proběhne prostřednictvím platformy Skype.

Pokud byste měli zájem, čas a chuť se výzkumu zúčastnit, **NAPIŠTE MI ZDE VÁŠ E-MAIL.**

Já se Vám obratem ozvu a domluvíme se na termínu hovoru, ráda zodpovím všechny Vaše otázky. Vaše účast mi moc pomůže a doufám, že výsledky mé práce pak budou přínosné i pro Vás.

Budu se těšit na hovor s Vámi :)

Barbora Janovská

Rád/a se výzkumu zúčastním *

Zde prosím uveďte svůj E-MAIL

Text dlouhé odpovědi

PŘÍLOHA 5: Struktura informovaného souhlasu před začátkem rozhovoru

SEZNÁMENÍ S VÝZKUMEM

Dobrý den, ještě jednou moc děkuji za Váš čas a chuť se zúčastnit tohoto výzkumu. Jak už víte, pro svou diplomovou práci jsem zvolila téma: *Práce s pocity vlastní bezmoci u pracovníků linek důvěry*. Sama mám za sebou výcvik v kompletní krizové intervenci, kde jsem na toto téma několikrát narazila. Bude mě tedy zajímat, jak bezmoc prožíváte, kdy se s ní v průběhu své práce setkáváte a jak s ní dále pracujete.

Rozhovor bude trvat přibližně 30–40 minut, v první části se budu ptát na Vaše pracovní zkušenosti, linku, na které působíte a na to, jak vypadají Vaše směny. Poté už se budeme věnovat právě bezmoci.

Máte k tomu jakýkoli dotaz? Případně máte nějaký dotaz na mě?

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Rozhovor bude nahráván pro účely snazšího přepisu a následné analýzy dat. Veškerá data budou bezpečně uchována a zpracována dle zásad GDPR a bude Vám samozřejmě zajištěna anonymita. Výsledky budou zveřejněny v mé diplomové práci, kterou Vám v případě zájmu ráda zašlu. Rozhovor můžete kdykoli bez udání důvodu ukončit a z výzkumu odstoupit. Nahrávka rozhovoru se po skončení hovoru automaticky odešle do chatu a bude Vám k dispozici po dobu 30 dní, poté se automaticky smaže.

Máte k tomuto jakýkoli dotaz?

Zeptám se tedy, zda pro vás byly všechny informace srozumitelné a zda souhlasíte se záznamem hovoru a jeho následným zpracováním pro účely diplomové práce na téma: Práce s pocity vlastní bezmoci u pracovníků linek důvěry?

PŘÍLOHA 6: Ukázka transkripce interview

V: Výzkumník

I: Intervent

V: Co pro vás znamená prožívat bezmoc?

I: Asi to znamená...ted' přemýšlím, jak to vzít...situace, která ve mně vzbuzuje bezmoc je situace, kdy je něco tak jak opravdu nechci, aby to bylo, že mi to vadí a zároveň já vnímám, že s tím nemůžu nic dělat. Je to situace, která je nežádoucí, z různých stran a zároveň je to situace, kdy to nemám pod kontrolou. nemůžu to nijak ovlivnit.

V: Dokázala byste ještě nějak víc specifikovat, co při tom prožíváte, třeba jaké emoce to ve vás vyvolává?

I: Já přemýšlím, jestli bezmoc není vlastně emoce, ale asi bych řekla, že frustraci, která může vést i k nějakému hněvu a záleží asi, která bezmoc. Může to taky vést k velkému smutku. Nebo i takovému jako zaražení, takový to zamrznutí, že prostě najednou jako se to musí změnit, ale nejde to změnit.

V: A kdybyste k té bezmoci měla přiřadit nějaké tři přídavná jména, tak jaká by to byla?

I: Já budu přemýšlet chvíli.

V: Určitě, klidně si nechte čas.

I: Musím si vzpomenout, kdy jsem prožívala bezmoc, abych si to nějak oživila, hmm...napadá mě asi těžká, bezmoc ve smyslu tíha, náročná, nevyhnutelná asi...

V: A kdy tu bezmoc zažíváte při práci krizové interventky? Třeba při jakých typech hovorů, klientů, situací...?

I: Jste mi nahrála s těmi klienty, tak asi bezmoc u některých kartotéčních klientů, kdy vlastně ten člověk volá už opakovaně a třeba se to vůbec neposouvá a je to furt dokolečka a člověk už opravdu vyčerpá všechno, co umí a všechny nástroje a začíná mít pocit, že s tím to nic nejde dělat. Takže to je jeden případ. A asi další druh bezmoci, když někdo volá s takovým příběhem, že tam není východisko. Takže to není, že cítím bezmoc vůči tomu člověku, ale že ji cítím s tím člověkem, že by člověk rád něco poradil něco řekl, ale jako vlastně musí přiznat, že to ten člověk jako fakt má na nic v tu chvíli, takový příběhy taky jsou, kdy prostě ten člověk nevidí... takže vlastně ten člověk nevidí východisko a já jako pracovník taky ne, takže to je jako nepříjemné, protože bych jako chtěla, že jo, nabídnout to řešení. A asi další druh bezmoci nebo frustrace je u klientů, kteří nerespektují pravidla a nechťejí si nechat pomoc, to je asi taky taková jako bezmoc, že vlastně... no nevím...

V: A z čeho tam ta bezmoc pramení? Myslím ted' u těch, jak jste říkala, že nerespektují ta pravidla. Z čeho tam pro vás ta bezmoc pramení?

I: Asi z toho vlastně, že na rozdíl od těch případů, kde nevidím to východisko, tak tady u těch případů já ho vidím. Vidím, že s tím šlo pracovat, ale ten jedinec se tomu brání, takže taková jako bezmoc, jak přesvědčit toho člověka, aby k tomu přistoupil nějak, aby mu bylo pomoheno. To je asi ta největší frustrace, když člověk má pocit, že je to možný, že vlastně se to jako nehne nebo neposouvá. Spíš to je bezmoc, frustrace.

V: Když tedy máte nějaký hovor, kdy do té bezmoci začnete trochu propadat, v čem je potom ten hovor pro vás jiný než ty běžné hovory?

I: Když se začínám propadat do bezmoci...Já přemýšlím, jak to vlastně já osobně mám totiž, mám občas tendenci hledat řešení, i když tam není a trochu jako nějaký copingový strategie, které nejsou asi úplně adaptivní, ale jakože já tu bezmoc nemám ráda, takže většinou ještě hledám, co se dá ještě upracovat a změnit...

PŘÍLOHA 7: Abstrakt v českém jazyce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce:

Práce s pocitů vlastní bezmoci u pracovníků linek důvěry

Autor práce:

Bc. Barbora Janovská

Vedoucí práce:

doc. PhDr. Matuš Šucha, Ph.D.

Počet stran a znaků:

85 stran (173 095 znaků)

Počet příloh:

8

Počet titulů použité literatury:

121

Abstrakt:

Diplomová práce si klade za cíl popsat a zmapovat prožívání pocitů vlastní bezmoci u pracovníků linek důvěry, reaguje tak na nedostatečný počet výzkumů v této oblasti. Práce je rozdělena na dvě části: teoretickou a praktickou. Teoretická část pojednává o telefonické krizové intervenci, linkách důvěry a pracovnících těchto linek, dále se věnuje bezmoci jako takové, bezmoci v pomáhajících profesích a bezmoci krizových interventů. Praktická část je věnovaná popisu výzkumu. Zvolen byl kvalitativní design, případová studie. S dvanácti pracovníky ze 4 linek důvěry bylo vedeno polostrukturované interview v průměrné délce 37 minut. Práce se zaměřuje na to, jak a v jakých situacích pracovníci linek důvěry bezmoc prožívají, jak bezmoc ovlivní jejich práci a jak s ní dále pracují. Pro analýzu dat byla zvolena metoda tematické analýzy. Výsledky naznačují, že bezmoc je subjektivním prožitkem, který souvisí s vlastní představou o roli pomáhajícího. Zdá se, že bezmoc je náročnou, ale nedílnou a přirozenou součástí této profese. Ve zvládnutí bezmoci hraje důležitou roli tým a pracoviště.

Klíčová slova:

bezmoc, krizová intervence, linky důvěry, pracovníci linek důvěry

ABSTRACT OF THESIS

Title:

Experiencing helplessness among crisis helpline workers

Author:

Bc. Barbora Janovská

Supervisor:

doc. PhDr. Matúš Šucha, Ph.D.

Number of pages and characters:

85 pages (173 095 characters)

Number of appendices:

8

Number of references:

121

Abstract:

This master thesis aims to describe the experience of helplessness among helpline workers, thus responding to the lack of research in this area. The thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part first deals with telephone crisis intervention, helplines and helpline workers. It also deals with helplessness as such, helplessness of care professionals and helplessness of crisis interventionists. The practical part is devoted to the description of research, for which a qualitative, case-study based design was chosen. A semi-structured interview with an average length of thirty-seven minutes has been conducted with twelve helpline workers from four various helplines. This thesis focuses on how and in what situations helpline workers experience helplessness, how helplessness affects their work and how they handle it. For the data analysis, a thematic analysis method has been chosen. The results suggest that helplessness is a subjective experience related to one's own idea of the role of the helper. Helplessness seems to be a demanding, yet integral part of this profession. Team and workplace play an important role in managing helplessness.

Key words:

helplessness, crisis intervention, helplines, helpline workers