

Univerzita Palackého v Olomouci
Katedra psychologie Filosofické fakulty

MOŽNOSTI EVALUACE EFEKTIVITY SUICIDÁLNÍ INTERVENCE



Diplomová práce

(Evaluation possibilities of suicide intervention effectiveness)

Autor: **Ondřej Horský**

Vedoucí práce: **Mgr. David Dohnal**

Olomouc

2009

Děkuji Mgr. Davidu Dohnalovi, za hodnotné připomínky, vstřícnost a trpělivost při vedení této práce. Jsem vděčný prof. R.A. Neimeyerovi, který svolil k užití jeho metody v tomto výzkumu. Mé poděkování směřuje také k PhDr. Olze Havránkové, PhDr. Naděždě Špatenkové a PhDr. Daniele Vodáčkové za podnětné setkání a podílení se na výzkumu v rámci expertní skupiny. Stejný dík směřuje i ke všem účastníkům výzkumu, ať už z řad pracovníků linek důvěry, ale i ostatním. Rád bych také poděkoval Mgr. Štěpánu Klenovi za přínosnou korespondenci. Děkuji také Ondřeji Molnárovi, Martině Vackové a Mgr. Evě Špičkové za pomoc při překladu metody.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a všechny uvedené prameny řádně citoval a uvedl.

V Olomouci dne 31. března

Úvod.....	7
Teoretická část	7
Kontextové informace.....	7
1 Krize.....	7
1.1 Psychologický fenomén krize	8
1.2 Definice pojmu krize.....	8
1.3 Příčiny vzniku krize	9
1.4 Stres, coping a krize	11
1.5 Typologie krizí a dynamika krize	11
1.5.1 Baldwinova typologie krizí.....	11
1.5.2 Dynamika krize podle Caplana.....	13
2 Krizová intervence	15
2.1 Formy krizové intervence	15
2.2 Definice pojmu krizová intervence.....	16
2.3 Charakteristiky krizové intervence	16
2.3.1 Krizová intervence versus psychoterapie.....	17
2.3.2 Vztahové jevy v krizové intervenci	18
2.4 Modely krizové intervence	19
2.4.1 Model krizové intervence tváří v tvář dle Vodáčkové.....	19
2.4.2 Zahraniční modely krizové intervence tváří v tvář.....	21
2.4.3 Modely telefonické krizové intervence a její specifika	22
2.5 Techniky užívané v krizové intervenci	25
2.5.1 Pacing and leading	26
2.5.2 Neverbální a paraverbální techniky ??.....	26
2.5.3 Verbální techniky aktivního naslouchání.....	27
2.5.4 Práce s emocemi	28
3 Suicidium	29
3.1 Definice pojmu suicidium.....	29
3.2 Formy a způsoby suicidálního jednání	30
3.2.1 Formy suicidálního jednání.....	31
3.2.2 Způsoby suicidálního chování	34
3.3 Rozšířené mýty o sebevraždě.....	34
3.4 Epidemiologie suicidálního jednání.....	36
3.5 Rizikové faktory suicidálního chování	38
3.6 Některé psychologické aspekty suicidálního chování	39
3.6.1 Psychologické teorie suicidálního chování.....	40
3.6.2 Suicidální chování a psychopatologie.....	44
3.6.3 Spouštěče, motivy a hlubší příčiny	47
3.6.4 Vývoj a charakteristika suicidálního prožívání.....	49
4 Suicidální intervence.....	51
4.1 Formy suicidální intervence.....	51
4.2 Charakteristiky suicidální intervence.....	52
4.3 Základní dovednosti neverbální a paraverbální komunikace v suicidální intervenci ...	55
4.4 Obecné zásady komunikace s klientem vykazujícím depresivní symptomatiku	56
4.5 Suicidální intervent	57
4.6 Modely suicidální intervence	59
4.6.1 Leenaarsův model suicidální intervence.....	60

4.6.2	Model suicidální intervence dle Špatenkové	62
4.6.3	Ostatní modely suicidální intervence	63
4.7	Styl suicidální intervence	64
4.8	Evaluace efektivity suicidální intervence	65
	Výzkumná část	67
5	Výzkumný problém a cíl práce	68
6	Metodologický rámec výzkumu	69
7	Výzkumná metoda	69
7.1	Suicide Intervention Response Inventory (SIRI)	70
7.1.1	Validita SIRI	72
7.1.2	Reliabilita SIRI	74
7.1.3	SIRI a proměnná věku, pohlaví a délky praxe v krizové intervenci	74
7.1.4	Výhody a nevýhody SIRI	75
7.2	Suicide Intervention Response Inventory II (SIRI-II)	76
0	– ani vhodná, ale ani nevhodná odpověď	76
7.2.1	Validita SIRI-II	77
7.2.2	Reliabilita SIRI-II	78
7.2.3	SIRI a proměnná věku, pohlaví a další faktory	78
7.2.4	Výhody a nevýhody SIRI-II	79
7.3	vztah SIRI-I a SIRI-II	79
7.4	česká verze SIRI	79
7.4.1	Lingvistická validizace české verze SIRI	80
7.4.2	Expertní skupina v české verzi SIRI-II	81
8	Stanovení hypotéz	82
8.1	Hypotézy pro českou verzi SIRI-I	83
8.2	Hypotézy pro českou verzi SIRI-II	84
8.3	Hypotéza pro obě české verze SIRI	85
8.4	Výzkumný Soubor a etický rozměr výzkumu	85
8.5	Metoda a průběh sběru dat	86
8.6	Etický rozměr výzkumu	88
9	Práce s daty a užití statistické metody	88
10	Výsledky	89
10.1	Ověření hypotéz	89
10.1.1	Reliabilita české verze SIRI-I a české verze SIRI-II	97
	Diskuse	97
	Závěr	104
	Souhrn	105
	Seznam použité literatury	109

Úvod

V této práci se budeme zabývat možnostmi měření efektivity suicidální intervence. Suicidální intervence je oblast, kde není místo pro rychlá řešení „buď- anebo“. Nelze zde pracovat bez znalosti základních teoretických východisek, zkušeností a adekvátního výcviku. Přestože se jedná o odbornou činnost velmi závažné povahy, v současné době v naší zemi neexistuje nástroj, který by umožnil evaluovat dovednosti užívané v suicidální intervenci. V zahraničních odborných periodikách jsme našli evaluační nástroj, jímž bychom mohli naznačit směr, kterým se vydat k zaplnění zmíněné mezery.

V této práci se chceme se čtenářem podělit o informace, které jsme získali v prvotní studii validity a reliability Inventáře suicidální intervence.

Teoretická část

Kontextové informace

Suicidalita představuje celosvětový problém. Podle statistik Světové zdravotnické organizace v roce 2000 spáchalo sebevraždu přibližně 1 000 000 lidí. Přepočítáme-li toto číslo na čas, dojdeme k jedné sebevraždě za čtyřicet vteřin. V důsledku suicidia zemře odhadem třikrát více jedinců, než ve válkách. Alarmující je také skutečnost, že ve věkové skupině mezi 15ti a 44ti lety patří sebevražda mezi tři nejčastější příčiny úmrtí (WHO, 2007).

Suicidální intervence představuje metodu sekundární prevence, která by mohla pomoci při záchraně životů budoucích suicidantů. V současné době u nás absentuje metoda, která by měřila dovednost suicidální intervence, a to i přesto, že se jedná o tak závažnou problematiku, kde by je vhodné přispět jakýmkoli způsobem ke zvýšení její efektivity.

1 Krize

Chceme-li provádět evaluaci efektivity jakéhokoli procesu nebo dovedností jeho účastníků, je nejprve vhodné jej náležitě popsat, což vyžaduje rozčlenění na menší jednotky a poukázání na kauzální souvislosti mezi nimi. Jestliže tedy budeme chápat suicidální intervenci jako určitý modul intervence krizové a suicidální krizi jako jakési vyvrcholení krize psychické, pak je jasné, že nejprve je třeba analyzovat všechny prvky systému. Existuje i další důvod proč

je třeba hovořit o teorii psychické krize a krizové intervence. Neimeyer a Pfeifferová (1997) poukazují na fakt, že položky *Suicide Intervention Response Inventory* jsou koncipovány dle obecné teorie krizové intervence (viz kapitola *Suicide Intervention Response Inventory (SIRI)*)

V úvodu teoretické části se pozastavíme u psychického jevu, který v drtivé většině případů bývá v podloží celého suicidálního procesu.

Cílem této práce je poukázat na možnosti, jak evaluovat dovednosti užívané při suicidální intervenci. V praktické části práce pak budeme popisovat nástroj, s nímž je taková evaluace možná. Zvládnutí dovedností potřebných v krizové intervenci jedinci usnadňuje dosažení vyššího skóru v Dotazníku suicidální intervence (viz výzkumná část). Tato skutečnost, jako jeden z výstupů naší studie, podporuje tvrzení, že suicidální intervence vychází z intervence krizové. Proto se druhou jmenovanou budeme podrobněji zabývat na následujících řádcích, hned po popsání psychologického fenoménu krize.

1.1 Psychologický fenomén krize

V průběhu suicidální intervence komunikuje intervent, v drtivém množství případů, s člověkem, který prožívá nějaký druh psychické krize. Tato krize mohla vzniknout náhle, spíše ovšem bývá výsledkem delšího vývoje. Budeme se snažit psychologické fenomén krize definovat, sledovat příčiny jejího zrodu, určit různé typy krizí s jejich.

Dle Špatenkové (2004, str. 11) je „krize v současné době ve společenských vědách, a především pak v psychologii a sociologii, velmi frekventovaným pojmem.“ V následující pasáži se ji budeme snažit pojmově vymezit, uvést jednotlivé typy krizí a nastínit její dynamiku. Je důležité si uvědomit, že do krize se může dostat úplně každý. Může to být jedinec „zdravý, bez vážnější duševní poruchy, duševního či tělesného zdraví či člověk, jehož krize má přímý či nepřímý vztah k jeho onemocnění“ (Vodáčková 2002, str.59). Jak uvádí Brownová a Rainer (2006, str. 953) „za určitých stresových či traumatických okolností může každý shledat, že jeho copingové mechanismy nedokáží udržet psychickou rovnováhu.“

1.2 Definice pojmu krize

Pojem krize má mnoho významů. Víme, že může existovat krize společenská, krize hospodářská nebo krize manželská. My se ji však budeme snažit vymezit z pohledu psychologie, a to pokud možno, co nejpřesněji.

V tomto kontextu Špatenková (2004, str.15) definuje krizi jako „přechodný stav vnitřní nerovnováhy, způsobený kritickými událostmi nebo takovými životními událostmi, které vyžadují zásadní změny a řešení“. Zmíněná vnitřní nerovnováha musí být, podle Kastové

(2000), těžká, časově ohraničená a vlastními regulačními mechanismy nezvládnutelná. Vymětal (1995, str. 13) při definování krize neopomíná časovou a sociální rovinu, když míní, že do krize se dostáváme, „střetneme-li se s překážkou, kterou nejsme schopni vlastními silami, eventuelně za pomoci nám blízkých lidí zvládnout v přijatelném čase a navyklým způsobem“. Sociální kontext zdůrazňuje také Frankovský (in Výrost&Slaměník et al. 2001, str.), když mluví o náročných životních situacích, jež chápe jako „situace, které jsou subjektivně vnímané jako kritické, ale zároveň je položený zvýšený důraz na přítomnost vzájemných vztahů sociálních objektů (osob, skupin, sociálních objektů), takže se akcentuje sociální rozměr těchto situací“. Noesner a Webster (1997,) v krátkosti shrnují, že krize přesahuje obvyklé psychologické a biologické copingové mechanismy jedince.

Samotné slovo krize pochází z latinského „crisis“, což znamená „rozdělení, svár, rozhodování, rozsudek“ (Kastová 2000, str. 15). Ve smyslu rozhodování jej pojímalo řecké drama, kde krize představovala „rozhodný obrat a vyvrcholení děje“ (Vodáčková, 2002, str. 28). Číňané mají pro krizi výraz WEI-JI, který lze přeložit slovním spojením *nebezpečí-příležitost* (Vymětal, 1995). Oba dva exkursy do kulturních významů slova krize lze v podstatě shrnout do tvrzení, že krize skýtá příležitost k obratu k progresivnímu zdravému psychologickému vývoji, ale zároveň v sobě obsahuje určité nebezpečí, že tento obrat může také vyústit ve směru patologického chování a prožívání.

1.3 Příčiny vzniku krize

Budeme-li zjišťovat, jak jednotliví autoři vysvětlují vznik krize, uvědomíme si, kolik různých přístupů a směrů humanitních věd (a nejen jich) přispělo k objasnění vzniku krize. Ať už je to etologie, různé psychologické směry, fyzika (reprezentovaná René Thomem a jeho teorií katastrof), každý z těchto oborů lidského vědění nám může pomoci při utváření komplexního pohledu na tuto problematiku. Krátce tedy přiblížíme některé z výše uvedených přístupů a jejich teorie.

Thom (in Špatenková, 2004, str. 19) diferencuje mezi vnějšími a vnitřními příčinami krize. K vnějším příčinám řadí situace, kdy je „buďto subjektu odnímán nějaký objekt, nebo naopak se mu nabízí objektů více. V prvním případě je příčinou krize ztráta, ve druhém volba“. Za třetí možnou vnitřní příčinu krize považuje Thom jakoukoliv změnu vnějších podmínek, jež vede k oslabení efektivity regulativních mechanismů subjektu (in Špatenková, 2004). K vnitřním příčinám řadí Thom jednak neschopnost jedince vyhovět požadavkům vlastního vývoje, nárokům a zodpovědnosti, a dále také jev, jenž označuje *náhradní opatření*. Jedná se o řešení problému, které má ovšem omezenou časovou platnost (in Vodáčková, 2002).

Vymětal (1995) upozorňuje, že etologie přispívá k pochopení vzniku krize *principem dvojí kvantifikace*. „K určité reakci organismu dochází teprve po dosažení jisté kvality vyladěnosti organismu spolu s vnějším spouštěčem. Tyto vztahy jsou nepřímo úměrné“ (Vymětal 1995, str.16-17). Čím více je tedy člověk psychicky odolný, tím větší zátěže je třeba, aby se ocitl v situaci, kterou by subjektivně považoval za krizi.

Z hlediska psychodynamického přístupu ke vzniku krize významně přispívá „reaktivace osobního citlivého místa“ (Vymětal 1995, str. 17). Během svého vývoje jedinec řeší určité vývojové úkoly (problémy) v jednotlivých etapách růstu. Jestliže byl nějaký vývojový úkol nedořešen, nebo byl-li zvládnut pouze nouzově, přenášejí se tyto problémy dále a působí v pozdější době komplikace (Vymětal, 1995). Vznikají tak osobní citlivá místa. V tomto smyslu se k této problematice vyjadřuje Kastová (2000, str.63-64), když v procesu suicidální intervence vidí, jako jeden ze dvou hlavních úkolů, „nalezení centrálního zranění a zjištění jeho významu podle odpovídajících pocitů“. Henseler v této souvislosti mluví o tom, že situace, vyvolávající suicidální krize, mívají společného jmenovatele, který souvisí s traumatickými situacemi v osobní historii dotyčného jedince (in Kastová, 2000).

Rogersovsky orientovaní psychologové v souvislosti s krizí zmiňují pojem inkongruence. Vymětal (1996, str. 53) hovoří o sekundární inkongruenci, již označuje jako „rozpory mezi sebezpojetím a zkušenostmi, jdoucími z vnějšího světa či z organismu“. Inkongruence může vést k vnitřní tenzi, oslabení identity a destabilizaci (Vymětal, 1995).

Doposud jsme uvažovali nad tím, jak jednotlivé směry v rámci psychologie, či obecněji vědy, nahlízejí na příčiny vzniku krize. V roce 1964 se Holmes a Rahe pokusili sestavit inventář životních událostí, jež se mohou stát příčinou krize (Špatenková 2004). Jednotlivé události byly ohodnoceny body dle úrovně závažnosti (100 bodů je maximum). Špatenková (2004, str.108) ovšem upozorňuje, že „autoři nesestavovali klasifikaci životních událostí ve vztahu ke krizím, nýbrž ve vztahu k nemoci. Akumulace bodově vyjádřených jednotek životních změn, událostí a krizí v určitém časovém úseku znamená zvýšení zátěže nad hranici únosnosti a následné poruchy zdravotního stavu“. Dle Holmese a Raheho vedlo dosažení tří seti bodů u 79 % osob z výzkumného vzorku k iniciaci vážného onemocnění (Špatenková 2004). Realeová (1987) kritizuje Holmes-Rahehovu škálu, zejména kvůli jejímu opomíjení subjektivního prožívání krize. V tom s ní souhlasí i Špatenková (2004, str. 21) a poznamenává, že „potenciální zdroj krize tedy spočívá v subjektivním hodnocení životní události a vlastních možností – nikoliv v události samotné“. Realeová (1987) podává další zajímavý argument proti této škále. Dle ní je totiž inventář orientovaný na muže středního věku, živitele rodiny, a nemusí být relevantní pro jiné skupiny obyvatel – například pro studenty, starší lidi či nejnižší sociální vrstvu.

1.4 *Stres, coping a krize*

Zabývali jsme se příčinami vzniku krize. V této souvislosti je nutné, alespoň krátce, definovat pojmy stres a coping a uvést jejich vztah ke vzniku krize. Selye definuje stres jako „nespecifickou odpověď organismu na působení jakéhokoli činitele“ (Špatenková 2002, str. 17). Tato definice se může zdát jako široká, ovšem ponechává prostor další operace s tímto pojmem (např. rozlišení eustresu a distresu). Špatenková míní, že „pojem stres odpovídá českému výrazu zátěž.“ Jak Baumgartner (2000) poznamenává, definic stresu v odborné literatuře nalezneme mnoho (viz. například Křivohlavý, 1994). Proto se dále problémem definice stresu zabývat nebudeme.

Coping lze přeložit do češtiny pojmem zvládání. Lazarus a Folkmanová jej vymezují (1986, str. 572, cit. Výrost&Slaměník 2000, str.195) jako behaviorální, kognitivní anebo sociální odpověď vztahující se na úsilí osoby „regulovat (ve významu minimalizovat) vnitřní nebo vnější tlaky, napětí vyplývající z interakce jedince a prostředí“. Lazarus dělí copingové strategie do dvou kategorií. Do první kategorie řadíme na problém zaměřené strategie, do druhé kategorie spadají copingové strategie zaměřené na emoce (Brownová, Shiangová, Bongar 2003). První typ copingových strategií představuje působení na zdroj problému a jeho řešení, druhý se soustřeďuje na redukci negativních emocí, spojených s problémem, například expresí emocí, reinterpetací jevů, přijetím situace nebo popíráním (Výrost&Slaměník, 2000). Copingové strategie zaměřené na problém lidé používají, jsou-li přesvědčeni, že mohou ovlivnit zdroj stresu. Na emoce zaměřené copingové strategie převažují, tehdy, kdy subjekt cítí, že musí situaci vydržet (Brownová, Shiangová, Bongar 2003).

Pakliže je určitá událost vnímána jako hrozba (vyvolává tedy stres), obvyklé copingové strategie jsou neefektivní, nebo je jedinec nemůže použít, a alternativní strategie zvládání nezná, může situace vyústit do krize (Brownová, Shiangová, Bongar, 2003).

1.5 *Typologie krizí a dynamika krize*

Krizi jsme definovali z pohledu psychologie. Ale i v rámci tohoto zúžení existuje určitá rozmanitost fenoménu krize. Přestože bychom vždy měli brát na zřetel jejich individuální aspekt, můžeme dojít k závěru, že některé krize mají shodné rysy. Mnozí autoři se pokusili tuto lidskou zkušenost zobecnit a vytvořili tak různé typologie krizí. My se zaměříme na klasifikaci, která zahrnuje i krizi z pohledu kontinuity lidského života nejzávažnější, tedy suicidální. .

1.5.1 Baldwinova typologie krizí

Baldwinova typologie krizí nabízí ucelený systém, ve kterém jsou jednotlivé kategorie odstupňovány dle závažnosti situace (Vodáčková, 2002). „Jak se zvyšuje závažnost

psychopatologie (čím vyšší třída tím vyšší stupeň psychopatologie), mění se příčiny krize od vnitřních k vnějším a mění se také pochopitelně přístup krizového intervenanta“ (Špatenková 2004, str. 28). Z tohoto důvodu se na tento systém zaměříme. Jelikož se mírně překrývá s taxonomií, kterou uvádí Špatenková, budeme se již jednou popsaným kategoriím věnovat méně. Nyní už k samotným kategoriím (řazeným od nejmenšího stupně psychopatologie):

- 1) *Situační krize*. Dle Vodáčkové (2002) a Špatenkové (2004) je vyvolána především vnějšími precipitory, resp. ztrátou nebo hrozbou ztráty, změnou či předvídáním změny a volbou – viz také kapitola *Příčiny vzniku krize*. Tyto situace vyvolávají v jedinci pocit tísně.
- 2) *Tranzitorní krize*. Neboli krize z očekávaných životních změn při přechodu z jedné vývojové fáze do druhé. Můžeme je také vymezit jako „předvídatelné procesy růstu a vývoje, které se rozvíjejí v určitém časovém období“ (Vodáčková 2002, str.34). Důležité je, že jedinec je může očekávat a může se na ně jistým způsobem připravovat. Když přijdou, vyžadují změnu a adaptaci (Špatenková 2004).
- 3) *Traumatické krize*. Pramení z náhlého traumatizujícího stresoru. Tyto stresory jsou mocné a přicházejí neočekávaně, přičemž člověk nad nimi nemá kontrolu. Jedinec na ně nemá vytvořeny adekvátní vyrovnávací strategie a je událostí zdrcen (Špatenková 2004). Dle Vodáčkové (2002) sem lze například řadit hromadná neštěstí a katastrofy. Vymětal (1995) tvrdí, že tyto krize jsou spojeny nejčastěji se závažnými životními událostmi, resp. s událostmi, které subjekt vnímá jako závažné a mohou se promítat i do funkce imunitního systému a podílet se tak na propuknutí somatické nemoci.
- 4) *Vývojové krize*. Pakliže se nevyřeší tranzitorní krize žádoucím způsobem, jedinec si nese určitý vývojový deficit, který může vyústit do vývojové krize (Vodáčková 2002). Tento proces souvisí s Thomovým pojmem *náhradní opatření*, o němž jsme pojednávali výše (viz kapitola *Příčiny vzniku krize*). Subjekt se v minulosti pokoušel neúčinně řešit v kontextu mezilidských vztahů základní vývojové otázky (např. závislost, moc, důvěra, intimita, atd.) a výsledkem této neúspěšné snahy pak může být opakování vzorce problémů v dalších mezilidských interakcích a vztazích, v důsledku čehož se manifestuje krize (Špatenková 2004).
- 5) *Psychopatologické krize*. Jedinci s dispozicí k duševnímu onemocnění jsou obecně více zranitelní a také hůře snášejí zátěž, takže u nich precipitory jako změna, ztráta, volba či vývojové nároky snadněji vyvolají krizový stav. Z diagnostického pohledu se může jednat o jedince s poruchou osobnosti (např. hraniční porucha osobnosti), vulnerabilnější jsou také lidé se závažnými neurotickými obtížemi, klienti závislí na alkoholu či na

jiných návykových látkách, jedinci trpící endogenní depresí, apod. (Vodáčková, 2002). Tito lidé mají často zkušenost s psychiatrickou léčbou. Vodáčková (2002) míní, že z psychodynamického hlediska tyto krize pramení často z neřešených vývojových otázek tak jako předchozí typ krize. Na rozdíl od nich, však, dle stejné autorky (Vodáčková 2002, str. 37) je „pravděpodobné, že kořeny obtíží budou směřovat patrně do ranějších vývojových stadií jedince“. Vodáčková (2002) dále upozorňuje na to, že při intervenci by nás měl zajímat více než diagnóza klienta jeho problém, kvůli kterému se na nás obrací. Zároveň bychom však měli zachytit signály, které by mohly nasvědčovat pro duševní poruchu. K problému patologizování se velmi zajímavě vyjadřuje Hillman (1997) když tvrdí, že zaměřuje-li se odborník na duševní zdraví jen na příznaky nemoci, vzdaluje je se klientovi jako člověku a přestává vnímat pacientův subjektivní význam nemoci.

- 6) *Krize vyžadující okamžitou psychiatrickou pomoc.* Jedná se o neodkladné krizové stavy, které mají vysoký potenciál naléhavosti. Lze říci, že sem patří akutní psychotické stavy, alkoholové či drogové intoxikace, dále pak problémy spojené s kontrolou impulsů, které představuje sebevražedné nebo vražedné chování a nekontrolovaná zlost a agrese. Do této kategorie můžeme také řadit panickou úzkost, některé druhy disociativních stavů, různé typy volnému jednání nepodléhajícího automatického či dokonce dezorganizovaného chování a stavy spojené s extrémním psychickým vypětím, jako například projevy akutní stresové reakce, jež se mohou manifestovat jak na psychické tak na somatické úrovni (Vodáčková 2002). Pro klientovo percepční pole je dle Vodáčkové (2002) typické zúžení. O zúžení prožívání a jeho důsledcích (například v sociální rovině) budeme mluvit později v souvislosti s Ringelovým presuicidálním syndromem. K němu Kastová (2000, str. 60) dodává, že výše zmíněný jev zužování „představuje něco, co sice evidentně postihuje suicidální jedince, co je však obsaženo v každé krizi. Jde o charakteristický znak krize a zároveň o projev obrovské úzkosti.“

1.5.2 Dynamika krize podle Caplana

Jestliže můžeme registrovat snahu o popis jednotlivých typů krizí, stejně tomu tak je i při popisu její dynamiky. Existuje autor, který ji náležitě popsal a jehož pohled na problematiku je široce respektován. Pozornost tedy nyní budeme věnovat Caplanovu pojetí krize, neboť, jak praví O'Hagan (1986, str. 17), Caplan „vytvořil teorii krize, na kterou ve skutečnosti berou ohled všechny modely krizové intervence.“ Dle Caplana (1964, in O'Hagan 1986) je v jádru každé krize problém, jenž lze definovat jako narušení rovnováhy, které vyvolá působení sil majících za

úkol znovuoobnovení ekvilibria. K narušení rovnováhy může dojít působením jiného individua, nebo síly působící na systém, anebo situací, jež změnila svůj původní význam. Obvykle je problém řešitelný, zvláště, když už se s ním jedinec setkal v minulosti. V takovém případě v jedinci vyvolá snesitelnou tenzi, jež vede ke snaze problém řešit. Situaci lze definovat jako krizi, jestliže strategie, obvykle vedoucí k řešení problému, selhávají. To vyvolává v subjektu vzrůstající napětí, které může ústít v úzkost, strach, vinu, stud či dokonce pocit bezmocnosti (O'Hagan 1986).

Dle Caplana krize probíhá ve čtyřech fázích:

- 1) *První fáze.* Objevuje se podnět představující problém (narušení ekvilibria), což vyvolá v subjektu tenzi (O'Hagan 1986). Tento vnitřní stav vede k aktivaci obvyklých vyrovnávacích strategií. Nedojde-li pak k vyřešení problému, nastává druhá fáze (Vodáčková 2002). Vodáčková (2002) uvádí, že první fáze se může odehrávat v horizontu minut až hodin, maximálně několika dnů.
- 2) *Druhá fáze.* Jelikož problém zůstává nevyřešen, napětí vzrůstá (O'Hagan 1986). To vede k pocitu zranitelnosti a nedostatku kontroly nad situací. Subjekt se také cítí ochromen, nebo zkouší situaci vyřešit náhodným způsobem. Nevedou-li tyto pokusy k řešení problému, subjekt vstupuje do další fáze (Vodáčková 2002). Tato fáze trvá obvykle několik hodin až několik dnů.
- 3) *Třetí fáze.* Další nárůst tenze nutí subjekt, aby se ze všech sil snažil vyřešit problém. Může zkoušet krizi predefinovat, použít nové řešení problému místo neefektivních obvyklých copingových strategií, setkáváme se se snahou zkoumat dosud přehlížené aspekty situace, někdy jedinec rezignuje na vyřešení úplně celého problému (O'Hagan 1986). Jedinec je schopen si připustit pocity a následně dělat rozhodnutí. Dle Vodáčkové (2002, str. 39) je subjekt v této fázi „nejpřístupnější pomoci a krizová intervence jako metoda péče je zde plně dostačující, pokud krize neohlašovala hlubší problém, k němuž se konečně otevřela cesta“. Špatenková (2004) uvádí, že tato fáze může mít tři výstupy. V ideálním případě jedinec krizi vyřeší. Pokud ale problém přetrvává, pak může dojít k odmítnutí existujícího problému, a tak vzniká nebezpečí, že krize vyústí do chronického stavu. V některých případech může dojít k rozvoji deprese (Brownová, Shiangová, Bongar 2003). Třetí možností je přechod do další fáze krize. Třetí fáze může trvat od několika hodin po několik dnů (Vodáčková, 2002).
- 4) *Čtvrtá fáze.* V této fázi se dostavuje psychologická dezorganizace s dalšími závažnými důsledky (O'Hagan 1986). Vodáčková (2002) píše, že se objevují hluboké kognitivní, emocionální a psychologické změny. Jedinec zakouší zúžení prožívání a někdy nemá ani

sílu vyhledat příslušnou pomoc. V této fázi se může ukázat krizová intervence nezbytná, někdy je nutná další péče psychoterapeuta (Vodáčková 2002). Špatenková (2004, str. 24) upozorňuje, že subjekt „může vykazovat takové formy chování, které vedou k ventilaci negativních emocí (např. předrážděnost, sebevražedné tendence, abúzus alkoholu apod.)“ Není-li problém vyřešen alespoň částečně, může dojít k psychickému zhroucení (Brownová&Shiangová&Bongar 2003).

Caplan také (O'Hagan 1986) soudí, že nehledě bolest a utrpení, kterou přináší krize, je takové období v životě člověka velkou šancí nesoucí terapeutický potenciál, neboť jedinec v krizi je přístupný pomoci zvenčí.

2 Krizová intervence

Abychom pochopili proces suicidální intervence, je třeba ho nejdříve zasadit do širšího rámce, z něž vychází, tedy do kontextu krizové intervence. Tu si ostatně, dle Kastové, (2000, str. 49) „řada lidí spojuje především s odvrácením nebezpečí sebevraždy“. Krizovou intervencí lze ovšem použít jako metodu práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou a ohrožující, na mnohem širší spektrum lidských obtíží (Vodáčková, 2002). Nejprve budeme definovat pojem krizová intervence. Poté se zaměříme na historii krizové intervence, dále popíšeme její modely a různé techniky používané v rámci krizové intervence..

2.1 Formy krizové intervence

Než se pustíme do popisování krizové intervence a jejich dílčích aspektů, je třeba vymezit její formy. V zásadě můžeme krizovou intervencí dělit na telefonickou a formu tváří v tvář. Obě mají svá specifika. Jak uvidíme v praktické části, náš výzkum se zaměřil na populaci telefonických krizových interventů. Autoři hlavní výzkumné metody ovšem přesně nspecifikovali pro kterou formu krizové, resp. suicidální intervence je vymezena, drží se obecnějšího tvrzení, tedy že metoda měří schopnost rozeznat vhodnou odpověď suicidálnímu klientovi (Neimeyer & Bonnelle 1997; Neimeyer & Pfeifferová 1994). Proto stručně nastíníme obě formy, uvedeme modely pro obě možnosti. Ve výzkumné části se potom budeme dále zabývat specifikami užití Inventáře suicidální intervence pro různé skupiny

Nejprve vymezíme pojem krizové intervence a uvedeme některé charakteristiky společné pro obě formy a až poté zaměříme pozornost směrem k popisu modelů pro obě varianty.

2.2 Definice pojmu krizová intervence

V první části jsme porozuměli fenoménu krize, takže chápeme její definici a psychologický význam. Slovu intervence bychom v našem kontextu mohli rozumět jako rychlému a okamžitému zásahu (Vodáčková 2002).

Krizovou intervenci tedy můžeme vymezit jako „specializovanou pomoc osobám, které se ocitly v krizi“ (Špatenková, 2004, str.15). Regini (2004) hovoří o krizové intervenci jako o krátkodobé psychologické intervenci, užívané k pomoci zvládnutí velmi silných emocí jedincům, kteří je prožívají.

Kastová (2000, str.25) chápe krizovou intervenci „jako terapeutický postup, kterým se dotyčný člověk dostává – prostřednictvím vztahu k druhému člověku, sebeotevřením – do kontaktu se svojí krizí, takže je schopen vnímat tvořivý obrat a uskutečnit potenciál, který je v krizi obsažen“. Při krizové intervenci je důležité pracovat s úzkostí, protože často kvůli ní jedinec není schopen využít tvořivý potenciál krize.

Vodáčková (2002, str.60) uvádí rozsáhlou, vyčerpávající definici, když píše, že „krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky klientovy minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisejí s jeho krizovou situací. Krizový pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své vlastní síly a využít potenciálu přirozených vztahů. Krizová intervence se odehrává v rovině řešení klientova problému a překonávání konkrétních překážek“. Toto vymezení uvádíme kvůli jeho stručnému zachycení většiny důležitých principů krizové intervence.

2.3 Charakteristiky krizové intervence

Krizová intervence se poněkud liší od jiných druhů psychologické pomoci. Proto ji vymezíme ve vztahu k psychoterapii. Poté obrátíme pozornost na některé vztahové fenomény, které se mohou v průběhu intervence vyskytnout. Nejprve však uvedeme některé obecné charakteristiky krizové intervence.

Přestože existuje řada modelů krizové intervence, všechny sdílejí dvě společné charakteristiky. První společnou vlastnost představuje časová omezenost krizové intervence a druhou je snaha pomoci subjektu, aby se vrátil alespoň na úroveň předkrizového fungování (Brownová&Shiangová&Bongar, 2003). Většina autorů uvádí jedno až tři sezení pro krizovou intervenci tváří v tvář (Vodáčková, 2002; Brownová&Shiangová&Bongar, 2003). Vodáčková

(2002) však upozorňuje, že hranice tří sezení nemusí být striktně dodržena, ovšem krizový pracovník by měl znát hranice svých možností a vědět, kdy je čas předat klienta do další péče.

Jedním z hlavních cílů krizové intervence je posílení klientovy kompetence tak, aby svou situaci mohl zvládat co možná nejvíce vlastním přičiněním (Vodáčková, 2002). S tímto tématem úzce souvisí problematika stylu vedení intervence. Myers a Conte (2006) míní, že čím je klientův stav závažnější, tím direktivnější postup je třeba použít. Vodáčková (2002) připomíná, že ti, kdo vyhledali krizovou pomoc, se často nacházejí v napětí, bývají zmatení, někdy i v panickém stavu. Proto se krizový pracovník snaží vnést do jejich prožívání strukturu a sám je klientovi oporou. Direktivní jsou potom dle Vodáčkové (2002, str. 61) ty postupy, „při nichž konzultant má rozhovor pevně v rukou, drží bezpečně rámeček konzultace, vede, řídí, pojmenovává a strukturuje“. Navíc může doporučovat, odrazovat od vyložené kontraproduktivních aktivit, konfrontovat. Cílem takového přístupu je poskytnout klientovi bezpečný rámeček, v němž ale klient může být stále aktivní. Je žádoucí nechat jedinci v krizi dostatečný prostor pro jeho vlastní individuální cestu (Vodáčková, 2002). Vodáčková (2002, str. 61) zakončuje tuto problematiku velmi výstižným přirovnáním, když říká, že „není nutné nabízet invalidní vozík někomu, kdo umí chodit“.

Další obecnou charakteristikou krizové intervence je eklekticismus. Vodáčková (2002, str.62) píše, že krizová intervence „integruje prvky různých psychoterapeutických škol“. Využívají se obvykle prvky dynamické psychoterapie, systemické terapie, rogersovské terapie, ale také systémy a techniky spočívající v práci s tělem, jako je autogenní trénink, Jacobsonova progresivní relaxace, apod. (Vodáčková, 2002). Přestože se některé prvky psychoterapeutických škol v postupech krizové intervence vyskytují, je důležité si uvědomit rozdíly mezi nimi a psychoterapií.

Brownová, Shiangová a Bongar (2003) uvádějí, že v krizové intervenci jde především o to, jak klient chápe svoji situaci. To, jaký smysl jí přisuzuje, ovlivňuje jeho odpověď na situaci, například komu nebo čemu bude dávat vinu za incident. Po pochopení tohoto subjektivního významu se může intervent pokusit jej přerámovat tak, aby klientovi pomohl zmírnit utrpení a posílil copingové mechanismy jedince (Brownová&Shiangová&Bongar, 2003).

2.3.1 Krizová intervence versus psychoterapie

Některé postuláty krizové intervence formulovali psychoterapeuti. Je však nadmíru jasné, že, už jenom kvůli rozdílnému časovému horizontu, se obě metody musí lišit. Na tomto srovnání lépe pochopíme některé principy krizové intervence.

Výše jsme uvedli, že krizová intervence tváří v tvář probíhá obvykle v jednom až třech

sezeních. Telefonická krizová intervence se uskutečňuje v komunikačním prostoru obvykle vymezeným počátkem a koncem telefonického hovoru. Dlouhodobá psychoterapie může probíhat i několik let (Vodáčková, 2002). Obě metody se liší hlavně šíří svého záběru. V krizové intervenci jde spíše o práci s akutním problémem a jeho odezvou v psychice subjektu, než o dlouhodobou změnu osobnosti nebo léčbu duševní choroby (to bývá cílem psychoterapie). Jedna z důležitých premis metody krizové intervence je nahlížení na klientovy symptomy ne jako na manifestaci duševní choroby, ale spíše jako na projev toho, že se klient nachází v přechodném období (krizi), jež je pro něj obtížné a zatěžující (Brownová, Shiangová, Bongar 2003). Baštecká (2003, str.340) píše, že „metoda krizové intervence je jednou z cest depsychiatrizace. Neusiluje o léčbu, nýbrž o podporu člověka, který se dostal do obtížné situace“. Dle Vodáčkové (2002, str. 64) při krizové intervenci pracujeme „s tím, co je v dané chvíli akutní, nejzřetelnější, nejpotřebnější a nejviditelnější“. Z hlediska času se zajímáme o spouštěč krize, tedy o blízkou minulost, a pak také o výhled do nejbližší budoucnosti. Brown, Pullen a Scott (1992, str.124) jednoduše shrnují, že krizová intervence je „pomocí člověku s problémy, spíše než léčbou nemocného“.

Brownová, Shiangová a Bongar (2003) popisují další rozdíly mezi krizovou intervencí a psychoterapií. Intervent užívá mnohdy aktivní a direktivní přístup. Terapeut léčí metodou určitého psychoterapeutického směru, ale v zásadě můžeme říci, že je spíše kooperativní. Krizová intervence bývá poskytována všude tam, kde je třeba. Můžeme se s jejím praktikováním setkat v mnohých prostředích, například v blízkosti stresoru. Psychoterapie se většinou odehrává v klidném, bezpečném místě.

2.3.2 Vztahové jevy v krizové intervenci

Vztahové jevy v krizové intervenci můžeme dělit na ty, které prožívá klient směrem k interventovi a na ty, které vnímá intervent vůči klientovi (Vodáčková, 2002). V žargonu psychoterapie jde v prvním případě o přenos, v druhém o protipřenos.

Vodáčková (2002, str.69) se domnívá, že „není jasné, kolik toho dokáže klient v krizi zachytit ve vztahu ke krizovému pracovníkovi“. Je tomu tak kvůli omezenému časovému rámci krizové intervence. Stejná autorka však hned na to dodává (Vodáčková, 2002), že nemůžeme popřít existenci tohoto jevu, klient může projíkovat své vnitřní obsahy do krizového pracovníka, avšak nemusí tak činit zcela otevřeně. Intervent by měl umět s těmito pocity klienta pracovat.

Pozornost bychom však měli věnovat i prožitkům interventa vůči klientovi. Kastová (2000, str.10) v této souvislosti míní, že určité krizové situace mohou v interventovi vyvolat různé reakce a že tyto reakce „zčásti rozhodují o tom, zda se krizová intervence zdaří, či nezdaří,

a také o metodickém přístupu k příslušné krizi“. Obecně může člověk v krizi vyvolávat v ostatních konkrétní „krizové“ pocity, například paniku. Setkání s člověkem v krizi také může jedince přimět k naprosté koncentraci, neboť cítí naléhavost situace. Někdy se dostávají obranné reakce typu popírání faktu, že druhý je v krizi. To, jak bude subjekt (intervent) reagovat, do jisté míry závisí na tom, jaký je jeho obecný postoj ke krizím a jaké subjektivní významy přiřazuje (ať už vědomě či nevědomě) ke konkrétnímu typu krize či konkrétní situaci (Kastová 2002). Vodáčková (2002) navrhuje, aby se krizoví pracovníci učili být v kontaktu se sebou samým a být vnímavější ke svým slepým místům z důvodu minimalizace projekce. Dále také varuje před kognitivními stereotypy (Vodáčková 2002). Dle Kastové (2002) mohou však interventovy pocity docela přesně odpovídat pocitům klienta a představovat tak předpoklad vzájemného empatického porozumění.

2.4 Modely krizové intervence

Přestože každá krize je, ze subjektivního hlediska toho, kdo ji prožívá, jedinečná, viděli jsme, že je možné vytvořit určité obecné kategorie krizí. Stejně tak každý proces krizové intervence je unikátní. Lze ovšem popsat obecné postupy, jak pomoci jedinci v krizi a mnoho autorů se o to skutečně pokusilo. My se budeme zabývat modely krizové intervence tváří v tvář, uvedeme i schémata telefonické krizové intervence.

Modelů krizové intervence existuje celá řada. Za všechny vybíráme jeden domácí model krizové intervence, jak jej popisuje Vodáčková (2002, str.74-89) a dále jen v krátkosti představíme některé zahraniční modely.

Během popisování jednotlivých modelů narazíme na techniky užívané v rámci krizové intervence. Těm se budeme věnovat níže v samostatné kapitole. V souvislosti s Inventářem suicidální intervence pro nás mají klíčový význam.

2.4.1 Model krizové intervence tváří v tvář dle Vodáčkové

Vodáčková popisuje model krizové intervence tváří v tvář tak, jak by mohl být použit v krizovém centru. Tento model zahrnuje i další setkání, jemuž se ale z výše uvedených důvodů věnovat nebudeme.

Model krizové intervence tváří v tvář dle Vodáčkové (2002, str.74-89) je složen z těchto kroků:

- 1) *Příprava konzultace, zabezpečení základních potřeb klienta.* Vodáčková (2002) neopomíná důležitost prostředí, ve kterém se klient setkává s krizovým pracovníkem. Je třeba zajistit příjemné zázemí, ve kterém mohou být uspokojeny klientovy základní fyziologické potřeby. Vhodné je poskytnout adekvátní informace.

- 2) *Úvod konzultace.* Krizový pracovník by se měl představit, ale nevyžadovat to samé od klienta. Dále by jedinci v krizi mělo být nabídnuto místo k usazení (pokud si ho klient nevybral už sám), kde by se klient mohl cítit bezpečně. Vodáčková (2002) píše, že by mělo být chráněné a nemělo by být daleko od dveří. Tyto informace, týkající se fyzického rozmístění, se mohou zdát banální, ale spoluvytvářejí bezpečný rámec. Po klientovy by neměly být vyžadovány údaje o jeho identitě. Vodáčková (2002) připomíná, že by měl být s klientem uzavřen kontrakt, jehož součástí je informace o délce sezení a další podrobnosti. V této fázi je vhodná příležitost zhodnotit klientův emoční stav (o možnosti hodnocení více v kapitole *Možnosti hodnocení psychického stavu jedince v krizi*).
- 3) *Započetí rozhovoru a základní orientace v situaci.* Intervent zahajuje rozhovor, nechává klienta mluvit a snaží se zjistit základní informace o klientově problému a některé podstatné údaje o klientovi (věk, rodinný stav, soc.situace, zaměstnání, apod.) Přiměřenou spontánní produkci se nedoporučuje přerušovat pokud není příliš dlouhá (pak je vhodné vnést do rozhovoru strukturu). Brown, Pullen a Scott (1992) navrhují vyslechnout i nepodstatné informace, mají svůj význam a intervent prokáže ochotu naslouchat. Krizový pracovník by se také měl zaměřit na precipitující faktory krize, tedy co její průběh urychlilo. Vodáčková (2002, str.77) upozorňuje, že „neděláme klasickou anamnézu, ptáme se v kontextu klientova příběhu a vstupujeme s otázkami průběžně, tak jak to vyžaduje emoční stav klienta“. Intervent by se také měl přizpůsobit jazyku klienta, klást otevřené otázky a umět vhodně pochválit (Vodáčková, 2002).
- 4) *Očekávání a zakázka.* Klient většinou v rozhovoru sleduje nějaký cíl, chce něco konkrétního vyřešit, něco se dozvědět či získat. Vodáčková (2002) tedy považuje za důležité se na to klienta zeptat. Jestliže už klient už svoji zakázku vyslovil, je třeba ji zrekapitulovat. V případě, že váhá, nebo se vyjádřil neurčitě, měl by krizový pracovník usnadnit klientovu orientaci nabídnutím několika možností. Někdy se během vyslovení zakázky dostanou na povrch důležité souvislosti (Vodáčková, 2002). Nevyřčením zakázky vzrůstá riziko, že rozhovor nebude mít kýžený efekt, a bude plynout bez struktury a cíle.
- 5) *Katastrofický scénář.* V této fázi intervence krizový pracovník konfrontuje klienta s nejhorší možnou variantou krize. Klient tedy musí čelit představě potenciálního nebezpečí, jež je hypoteticky obsaženo v krizové situaci. Vodáčková (2002) uvádí, že projití takového scénáře způsobuje u klienta často úlevu. V této fázi je důležité,

aby se krizový pracovník neobával mluvit o případných suicidálních myšlenkách. Rozhodně by neměl od tohoto tématu odbíhat, naopak by měl vytvořit bezpečný rámec, v němž je možné o suicidiu mluvit (Vodáčková, 2002). Thomas a Leitner (2005) identifikovali únikový typ suicidální intervence, kdy se terapeut záměrně snaží tématu sebevraždy vyhnout. O tom však více v části suicidální intervence, resp. v kapitole *Styl suicidální intervence*.

- 6) *Zkušenosti s podobnou situací v minulosti*. Intervent se snaží zjistit, zda-li klient prožil podobnou událost v minulosti, případně jaké vyrovnávací strategie využil. Může se však jednat i například o vyslovené patologické mechanismy.
- 7) *Psychodynamické souvislosti*. Intervent by měl osvětlit to, co je v nejdostupnějším podloží klientova problému. Jde o zprostředkování souvislostí, které dávají krizové situaci smysl. Není tedy vhodné zatěžovat klienta hlubokou analýzou. Žádoucí je, alespoň částečně, odhalit vztahový rámec krizového příběhu (Vodáčková, 2002).
- 8) *Kontrakt s klientem a závěr rozhovoru*. Na klientovi lze pozorovat úlevu a rozhovor se chýlí k závěru. Doporučuje se umožnit, nebo navrhnout jasný a konkrétní splnitelný postup, týkající nejbližší klientovy budoucnosti a uzavřít o ní s klientem kontrakt, případně je domluvena další schůzka. Také by měly být klientovi poskytnuty kontakty na krizové pracoviště a na linku důvěry.

2.4.2 Zahraniční modely krizové intervence tváří v tvář

Představili jsme model, který můžeme najít v naší odborné literatuře. Existují však i další modely, jichž je, zejména v zámořské literatuře, značné množství. Velmi krátce se podíváme na dva z nich.

Roberts navrhl sedmistupňový model krizové intervence, sestávající z těchto kroků: a) zhodnocení suicidality a nebezpečí, jenž klient představuje pro ostatní b) navázání rozhovoru a vytvoření raportu, c) identifikace hlavního problému a precipitorů krize, d) práce s klientovými pocity a poskytnutí podpory, e) vytváření a prozkoumání možných alternativ, f) asistence při formulování akčního plánu, g) zprostředkování/plánování kontinuity péče (Roberts, Ottens 2005). Calvertová a Palmerová (2003) píše, že Roberts tento postup vyvinul integrací modelů Caplana, Rappaporta, Baldwina, Golana, Aguilera a Messicka.

James a Gilliland vytvořili akčně orientovanou, a na situaci založenou metodu krizové intervence, obsahující šest kroků: a) definování problému, b) zajištění klientovy bezpečnosti, c) poskytnutí podpory, d) zkoumání alternativ, e) vytvoření plánu, f) uzavření dohody o pozitivních krocích. V rámci tohoto postupu by měl intervent zhodnotit 1) závažnost krize, 2) klientův

emoční stav, 3) alternativy, copingové mechanismy klienta, sociální oporu a další zdroje 4) suicidalitu a nebezpečí, jež klient představuje pro ostatní (in Brownová, Shiangová, Bongar 2003)

Brownová, Shiangová a Bongar (2003) se domnívají, že přestože se různí autoři, co se týče modelu krizové intervence rozcházejí v termínech a počtu kroků, shodují se na tom, že určité prvky jsou základní a nezbytné. Proto Brownová, Shiangová a Bongar (2003) navrhují metamodel, jenž tyto prvky identifikuje: 1) vytvoření raportu pomocí otevřených otázek, empatie, podpory vyjadřování emocí, 2) pomoci klientovi identifikovat problém a nacházet pro něj řešení, 3) pomoci klientovi najít zdroje k řešení problému, ať už se jedná o copingové strategie, nebo zdroje pomoci, 4) vytvoření plánu, sestávajícího se z časově omezených kroků, s ohledem na individuální, sociální a kulturní kontext, 5) realizace plánu a zpětná vazba, případné nasměrování klienta k další pomoci.

2.4.3 Modely telefonické krizové intervence a její specifika

Za otce krizových linek bývá považován reverend Chad Varah, který založil první linku důvěry při kostele Sv. Štěpána v Londýně (Vodáčková, 2002). K tomuto činu ho podnítilo vysoké procento sebevražd v Londýně, a tak na reverendův popud vyšel v místních novinách inzerát: „Dříve než si vezmete život, zavolejte mi!“ (Vodáčková, 2002, str. 206). U nás byla založena první linka důvěry v roce 1964 při psychiatrické klinice FVL UK tehdejším primářem kliniky Miroslavem Plzákem. Dnes najdeme pracoviště linky důvěry v každém větším městě. Telefonická krize má, oproti formě tváří v tvář, svá specifika, zejména absenci určitých komunikačních kanálů a z toho vyplývajících jevů a nároků na interventa (Vodáčková 2002).

Telefonická krizová intervence, v našich podmínkách provozovaná různými krizovými linkami, má oproti variantě tváří v tvář svá specifika a z toho plynoucí výhody a nevýhody.

Dle Špatenkové (2004a) k jejím výhodám patří okamžitá a snadná dostupnost. Klient v akutní krizi může vyhledat pomoc bez jakéhokoli prodlení, které by jinak mohlo u jedince v krizi zapříčinit fixování neefektivních obranných mechanismů (únik do alkoholu, suicidální tendence, apod.), pomoc je aktuálně k dispozici tehdy, kdy klient sám cítí její nutnost. Dalším nesporným přínosem je bezbariérovost, a to jak geografická, tak interpersonální. Pro některé klienty je důležitý pocit bezpečí a vlastní kontroly nad hovorem. Je to právě volající, kdo může hovor okamžitě ukončit, což je jistě snazší, než odchod z centra sociálních služeb. Nemusí se také bát cizího prostředí. Garantovaná anonymita je pro určitou část klientů výhodou, nemusejí odhalit svou identitu, takže odpadají pocity možného zesměšnění, odsouzení, případně zenužití

informací. Anonymita interventa otevírá klientovi prostor pro jeho vlastní projekci, může si vykonstruovat takového interventa, jakého potřebuje, což podpořit pocit bezpečí, úvěry a jistoty. Snižuje se i riziko nezdravého navázání klienta na interventa (Špatenková 2004a).

To, co může v telefonické krizové intervenci z určitého pohledu působit jako výhoda, se může z jiné perspektivy jevit jako nevýhoda. Absence osobního kontaktu tak může působit i negativně, zejména kvůli neexistenci vizuálního klíče, který v komunikaci poskytuje velké procento údajů o druhém účastníku interakčního procesu. Intervent pak po telefonu nemá k dispozici nonverbální charakteristiky klienta, což mu znesnadňuje odhad emocionálního stavu klienta, dále nemá k dispozici (pokud to sám klient nevyjeví) informace o sociálním postavení klienta a další charakteristiky usuzovatelné z vizuálních informací. K dalším úskalím telefonické krizové intervence patří časový stres. V alternativě tváří v tvář se dle Špatenkové (2004a) málokdy stává, aby klient přerušil osobní setkání po prvních dvou minutách. Při provádění krizové intervence prostřednictvím telefonu je situace diametrálně odlišná. Nepodaří-li se rychlé navázání kontaktu a vybudování jistého stupně důvěry, stoupá pravděpodobnost, že klient zavěsí. První dvě minuty jsou proto považovány za kritické, což může být způsobeno i faktem, že volající klienti bývají často úzkostní a emočně vypjatí, a pokud vnímají, že se jim nedostalo očekávané odezvy, mají tendenci hovor ukončit. Kontakt může být přerušen i v důsledku technických obtíží, atd. Po skončení hovoru pak intervent obvykle nemá zpětnou vazbu o klientovi, jeho dalším osudu. Toto všechno na interventa klade vysoké nároky, může být zdrojem stresu a dalších obtíží. Také proto se uvádí, že telefonická krizová intervence je v mnoha ohledech náročnější, než jiné formy pomoci (Špatenková, 2004a).

Nyní zaměříme pozornost na jednotlivé modely telefonické intervence. Podrobněji se budeme věnovat modelu Špatenkové (2004a, str.30-35), vzhledem k podobné struktuře již méně podrobně uvedeme model Vodáčkové (2002, str.91-112).

Špatenková (2004a, str.30-35) uvádí model telefonické intervence o osmi krocích, nebo lépe osmi složkách:

- 1) *Navázání kontaktu s klientem.* Dle autorky jsou důležitá již úvodní slova, která klient slyší jako první, resp. způsob jak jsou podávána. Při dalším navazování vztahu je totiž důležitý i paraverbální doprovod tohoto kontaktu. V ideálním případě následuje verbální produkce klienta, v opačném případě je na místě postupovat dalším krokem.
- 2) *Komplikace při navázání kontaktu.* Klient může vůči pomoci projevovat ambivalentní pocity, může pociťovat stud, vyjadřovat emoce, jež nelze bez dalších informací jednoznačně interpretovat. Například smích, ale i pláč mohou mít více významů, vyjadřovat různé psychické stavy, intenzita pláče nemusí nutně souhlasit s hloubkem

prožívaného smutku, atd. Pláč může způsobovat, že klientův projev je trhaný, nesrozumitelný. Jak dále uvidíme v kapitole Práce s emocemi, v krizové intervenci není cílem zastavit abreaktivní reakci jako je pláč, tendence je přesně opačná, mělo by dojít k ventilaci emocí. Proto je vhodné, aby intervent klienta zrcadlil, verbálně refletoval emoční projev klienta. Samostatnou kapitolou je práce interventa s klientovým mlčením na počátku hovoru. Takováto produkce klienta může mít specifický význam, může to být projev vnitřní nejistoty, sbírání odvahy k otevírání náročného tématu, atd. Takové mlčení může intervent vyplnit tím, že “reflektuje situaci a referuje o tom, co mu během mlčení běželo hlavou a jakými pocity byly jeho myšlenky provázeny” (Špatenková 2004a, str.31). Klient pak často na tuto produkci interventa reaguje a interakce pokračuje v plynulejší průběh.

- 3) *Aktivní naslouchání.* Intervent užívá technik aktivního naslouchání (popisujeme je v kapitole Verbální techniky aktivního naslouchání), reflektuje klientovu produkci. Intervent dává volajícímu najevo zúčastněný zájem, umožňuje ventilaci emocí, tad.
- 4) *Identifikace zakázky a očekávání klienta.* Podobně jako v předchozím modelu, i ve variantně telefonické je třeba zjistit, co klient od hovoru očekává. V některých případech klient sleduje konkrétní problém, jindy jde spíše o ventilaci emocí. Určení základního směru hovoru pak napomáhá při objasňování klientových vnitřních obsahů a hledání alternativ řešení.
- 5) *Dotazování.* Pokládání různých druhů otázek může sloužit k zjištění pocitů a reakcí klienta, odkrývání základních souvislostí, atd. Špatenková (2004a, str.33) nedoporučuje užívání otázek typu “PROČ?”, taková otázka “v běžném životě většinou implikuje pochybnost, výtku, nechť k tomu, na co se ptáme”. Nevhodné jsou i sugestivní otázky, dále ty, které vedou k jednoslovným odpovědím typu ANO-NE. Zajímavou alternativou k výše uvedeným nedoporučovaným typům otázek jsou otázky konstruktivní. Jejich položením podněcujeme klienta k uvažování nad svou situací, klient tak konstruuje vlastní významy.
- 6) *Respektování individuálních potřeb klienta.* V souladu s důležitostí respektování individuálního významu krize je nutné přizpůsobit intervenci potřebám každého klienta. V některých případech je vhodnější spíše aktivní naslouchání, jindy se hodí více direktivní přístup.
- 7) *Řešení klientova problému.* Špatenková (2004a) míní, že rychlé nabízení řešení situace není v souladu s posilováním klientovy kompetence zvládat problém z dostupných zdrojů. Takový způsob komunikace může klienta naopak utvrdit v přesném opaku.

- 8) *Ukončení hovoru.* V případě, že klient spontánně signalizuje, že hovor může být ukončen, může intervent přistoupit k rekapitulaci a ukončení hovoru s nabídnutou možností, že se klient může na linku důvěry obrátit kdykoli znovu. V některých případech klient odmítá ukončit rozhovor. Tehdy je možné dotázat se, zda-li bylo probráno téma, které potřeboval zpracovat, tedy vrátit se k původní zakázce. Poté intervent může poskytnout kontakt na další, navazující péči (Špatenková 2004a)

Vodáčková (2002) popisuje model telefonické krizové intervence, jenž se zčásti shoduje s již uvedeným. Proto zde rozvedeme pouze odlišnosti, doplníme některé možnosti, jež se nakýtají interventovi. Při zjišťování základních souvislostí tato autorka doporučuje zjistit nejen co se stalo, ale i explorovat podobnou zkušenost v minulosti. Podobně jako u jejího modelu pro variantu tváří v tvář, i zde je vhodné ptát se po tzv. Katastrofickém scénáři (viz výše). Opomenuta by neměla být ani dotaz zjišťující existenci suicidálních úvah jedince, což jak uvidíme dále je jeden ze základních stavebních kamenů suicidální intervence a má úzkou souvislost i s námi představovanou hlavní výzkumnou metodou. Vodáčková (2002) také nabízí užití techniky pozitivní přeznačení (přeznačkování – viz dále), jako nástroj vedoucí k řešení a změně. Stejná autorka šířeji rozvádí eventualitu, kdy klient nechce hovor ukončit. Kromě výše naznačených možností dle ní existuje situace, kdy klient volá na linku důvěry opakovaně, má velké požadavky na interventa a odmítá hovor ukončit. To může u pracovníka linky vzbudit pocity zneužití. Jako jedno z možných řešení situace se pak nabízí jasně vymezit pevný rámec dalšího kontaktu s klientem, kde svou roli hraje zejména časové omezení kontaktu (Vodáčková 2002).

2.5 *Techniky užívané v krizové intervenci*

Při popisování modelů krizové intervence jsme narazili na určité techniky a metody, které mají různé úlohy v celém procesu. Některé slouží k získávání klientovy důvěry a budování rapportu, jiné kupříkladu k poskytování zpětné vazby. Některé techniky bývají souhrnně označovány jako metody aktivního naslouchání. Mnohdy pracují jak s verbální, tak i s neverbální složkou komunikace (například technika zrcadlení). Existují však metody čistě neverbální, užívají se při alternativě tváří v tvář. Budeme se jim věnovat hned po ohlédnutí za vedením a provázením. Na závěr se podíváme na práci s emocemi. Suicidální intervence vychází z postupů a technik intervence krizové, takže bychom tuto kapitolu mohli zařadit i do části o suicidální intervenci. V komunikaci s jedincem, demonstrujícím úmysl sebevraždy, můžeme tedy některé z níže popisovaných technik úspěšně použít.

Vhled do významu a způsobu užití jednotlivých technik nás přiblíží k chápání souvislostí

Inventáře suicidální intervence, neboť řada jeho položek je dle Neimeyera a Bonnelové (1997) zaměřena právě na rozpoznání adekvátní reakce formou reflektování klientových negativních pocitů

2.5.1 Pacing and leading

Než se pustíme do popisu jednotlivých technik, objasníme pojmy *pacing* a *leading*. Techniku *pacing* (provázení) a *leading* (vedení) původně popsal M.H.Erickson. Dnes tuto problematiku objasňuje i neurolingvistické programování. V našem kontextu provázení znamená verbální i neverbální následování klientova chování, tedy „držet s klientem krok, jít obrazně vedle něj jeho tempem, jeho rytmem, až získá dobrý kontakt a důvěru“ (Vodáčková, 2002, str.98). Lze například užít podobného jazyka jako klient nebo dokonce napodobit rytmus dýchání. Jedním z druhů provázení je zrcadlení. Jde o synchronizaci fyzických pohybů a verbální aktivity s klientem (Sommers-Flanagan, 2003). Toto napodobení může být buď částečné, nebo úplné a můžeme napodobovat i paraverbální složku – hlasitost, modulaci, tempo řeči, apod. Jeho cílem je projevit porozumění klientovi (Vodáčková, 2002). Sommers Flanagan (2003) však varuje, že příliš křečovitě zrcadlení může klienta rozčlílit a působit tak kontraproduktivně. Úspěšné provázení vede k vybudování rapportu. Je-li dosaženo rapportu, můžeme přejít k vedení. (O'Connor, 1998). O'Connor (1998, str.21) píše, že potom „můžete začít měnit své chování a nejspíš budete následováni“. Intervent tedy nejdříve ve fázi provázení přizpůsoboval své prvky svého projevu klientovi. Ten získal pocit souladu, a když pak následně intervent změnil své chování (fáze vedení), klient nechce tento soulad ztratit, takže se přizpůsobí. Vodáčková (2002) uvádí v souvislosti s vedením tyto techniky: rekapitulace, parafráze, kotvení a zhodnocující formulace.

2.5.2 Neverbální a paraverbální techniky

Špatenková (2004) se domnívá, že k vytvoření vztahu s klientem nám, mimo jiné, pomáhají vhodné neverbální projevy, mezi které patří správný oční kontakt, řeč těla, vyjadřující zájem a pozornost a správný paraverbální projev. „Konkrétně se jedná o používání tlumeného, uklidňujícího hlasu, zainteresovaný výraz ve tváři, uvolněný postoj, naklonění se ke klientovi, udržování očního kontaktu a určité fyzické blízkosti a kongruence“ (Špatenková, 2004, str.40). Takovéto projevy považuje Sommers-Flanagan (2003) za složku pozitivního zúčastněného chování, které otevírá další komunikaci a povzbuzuje klientova k expresi emocí.

Při naslouchání klientovi se doporučuje navazovat více konstantní oční kontakt, když hovoříme, tak méně. Přílišný oční kontakt však může působit jako zastrašování a přílišné zkoumání druhé osoby. Hlas by měl být mírný, ale zároveň pevný a vyjadřovat tak citlivost i sílu

(Sommers-Flanagan, 2003). Intervent může také efektivně využívat pomlku, pokud chce, aby klient svoji verbální produkci dále rozvedl. Lidé totiž projevují, dle Noesnera a Webstera (1997), tendenci takovéto chvíle ticha vyplňovat verbální produkcí.

Za kotvení považujeme zpevnění odpovědi klienta. Lze použít slov „aha“ nebo „hm“ a podobně (Vodáčková, 2002). Je třeba je používat na správných místech a hlavně s rozmyslem. Do jejich nadužívání podle Sommers-Flanagana (2003) mohou sklouznout jak nováčkové, tak i profesionálové.

2.5.3 Verbální techniky aktivního naslouchání

Do této kategorie můžeme řadit techniky aktivního naslouchání. Pro efektivitu tohoto přístupu nasvědčuje i fakt, že dle Noesnera a Webstera (1997) je používán vyjednávači FBI.

Podíváme-li se do literatury, zabývající se krizovou intervencí, zjistíme, že různí autoři mají různé představy o tom, co patří do metod aktivního naslouchání. Pro zpřehlednění se budeme držet systematizace uváděné Vodáčkovou a doplníme ji dalšími autory.

Při užití rekapitulace intervent vyjadřuje vlastními slovy klientovy základní myšlenky a fakta. Touto technikou krizový pracovník dokáže, že klientovi naslouchá a rozumí. Může si také ověřit, zda správně chápe a interpretuje význam klientových slov a v neposlední řadě může takto ukotvit vyřčený obsah a posunout rozhovor dál (Vodáčková, 2002).

Parafrazováním, narozdíl od rekapitulace, intervent zapojuje více vlastních myšlenek a může tak klientovi ukázat problematiku trochu z jiného úhlu. Dává klientovi zpětnou vazbu a nabízí trochu jiný pohled na problém (Vodáčková, 2002).

Reflexe pocitů představuje poskytnutí klientovi zpětné vazby ohledně jeho emocí. Špatenková (2004, str.42) se domnívá, že „technika reflexe napomáhá tomu, že se klient cítí pochopen“. Intervent vysloví své přesvědčení o tom, co klient právě cítí a ten buď souhlasí a rozvede své pocity, nebo interventovo tvrzení koriguje. V obou případech se krizový pracovník dozví relevantní informace (Noesner a Webster, 1997). Romano (2002, str.16) uvádí, že tato technika „pomáhá identifikovat neuspokojené potřeby motivující chování osoby“.

Zhodnucující formulace má za úkol utvrdit klienta v tom, že jeho sdělení má váhu, že je podstatné (Vodáčková, 2002).

„Já“ sdělení se, dle Noesnera a Webstera (1997), užívá v případě, když se chce intervent (v tomto případě spíše vyjednávač) klientovi ukázat v trochu jiné roli, než ho jedinec (pachatel) v daném okamžiku vnímá. Tito autoři tuto techniku vysvětlují v kontextu zásahu vyjednávačů FBI, kdy se vyjednávač snaží skrz „já“ sdělení vzbudit v pachateli dojem, že se z role policisty posunul do role obyčejného člověka a zmíněné tvrzení reprezentuje jeho samotného a ne policii.

Při použití „já“ sdělení by se však vyjednávač nikdy neměl nechat zatáhnout do hádky (Noesner a Webster 1997).

Přeformulaci, nebo jinak také přerámování, můžeme chápat „jako redefinování situace jinak, než ji definuje klient“ (Špatenková 2004, str.45). Cílem je změna vnímání problému na straně klienta. Everstinová (1983) navrhuje, aby intervent při přeformulaci důmyslně využil hodnotového systému klienta. „Když například být silný a mužný je významnou částí jedincova vnímání sama sebe, pak sebeovládání a sebekontrola mohou být přerámovány jako mužné, a agresivní chování může být přerámováno jako dětinské a ne příliš mužné“ (Everstinová, 1983, str.47). Vodáčková (2002) tuto techniku označuje jako pozitivní přeznačení (konotace).

2.5.4 Práce s emocemi

Pojednávali jsme o modelech a technikách krizové intervence, díky kterým jedinec v krizi může, mimo jiné, vyjádřit emoce. V této kapitole se budeme zabývat prací s nimi. Vodáčková (2002) podotýká, že je žádoucí nejen, aby klient ventiloval své emoce, ale aby na ně intervent správně zareagoval a umožnil je klientovi náležitě uchopit. V emočně nabitém rozhovoru se může klient ztrácet. Proto je třeba s ním později zrekapitulovat, co se odehrálo. Nyní obrátíme pozornost na jednotlivé emoce a práci s nimi.

Pláč slouží jako ventilace napětí. Kolem pláče jsou soustředěny mnohé mýty, které souvisejí s kognitivními stereotypy a tradičními sociálními normami (například v souvislosti s genderovými rolemi). Můžeme tedy slyšet názor, že správný muž nesmí plakat, kdo pláče je rozmazlený, pláč je projev slabosti, je správné utišit plakajícího co nejrychleji nebo projevit účast frází „neplač.“ Tyto mýty mohou také souviset s evolučně psychologickým jevem, kdy malé plačící dítě vyjadřuje frustraci potřeby, což v rodičích vzbuzuje nepříjemné pocity. Ty je motivují k činu. V kontextu krizové intervence je třeba dát plačícímu klientovi prostor, neutěšovat jej, a podpořit jej například výrokem: „Tady se může plakat“ (Vodáčková, 2002).

Vyazuje-li klient znaky strachu nebo úzkosti, měl by krizový pracovník při kontaktu tvář v tvář být v stabilní pozici, v takové vzdálenosti od klienta, aby jeho emoční stav nepotencoval. Vodáčková (2002) dále doporučuje, aby si krizový pracovník našel ve svém těle opěrný bod, těžiště. Úzkostný klient bude lépe reagovat na interventa, který se nachází ve vstřícné, stabilní a otevřené fyzické pozici. Klient by měl mít možnost mluvit o svých pocitech. Také se doporučuje strukturování času a provedení katastrofickým scénářem (Vodáčková, 2002).

Hněv je důležitou emocí, neboť pomáhá mobilizovat proti nebezpečí, překonávat překážky, stanovuje hranice, dává pocítit vlastní individuality (Vodáčková, 2002). Intervent může na hněv reagovat jeho verbálním zrcadlením, někdy může dokonce klienta podněcovat

k jeho vyjádření. Je také třeba mít na paměti, že zlost může klient prožívat jako jednu z fází vyrovnávání se s velkou ztrátou či při zjištění vlastní závažné nemoci. Depresivní klienti mohou vykazovat i neuvědomované tendence vyjadřování hněvu. Prožívá-li klient zlost, krizový pracovník by neměl navazovat intenzivní oční kontakt. Mohlo by to působit konfrontačním dojmem (Vodáčková, 2002).

Při práci s klientem zažívajícím silné emoce je vhodné v první řadě znát a zvládat vlastní emoce (Vodáčková, 2002).

3 Suicidium

Během suicidální intervence dochází k interakci mezi interventem a sebevrahem. Chceme-li náležitě popsat tento proces, musíme se nejprve věnovat fenoménu sebevraždy, respektive suicidálnímu chování (jehož výstup nemusí být nutně fatální). Pro objasnění tohoto behaviorálního projevu je nutné pokusit se pochopit prožívání suicidálního jedince, jeho motivaci a další příčiny, jež precipitují suicidální průběh. V našem zkoumání sebevražedného chování budeme postupovat od objektivně pozorovatelných jevů, jako je epidemiologie suicidálního jednání, přes popis forem, způsobů a rizikových faktorů sebevražedného chování, až se plně dostaneme na výše zmíněnou psychologickou rovinu suicidia. V ní narazíme na souvislost s krizí (ve smyslu první části této práce). Neopomeneme také uvést mýty, tradičně spojované se sebevraždou.

Frankel a Kranzová (1998, str.7) se domnívají, že „pravděpodobně nejbolestivější je na sebevraždě ta okolnost, že je velmi obtížné jejím důvodům porozumět. Zanechává za sebou stovky otázek, ale žádné odpovědi“. Odhalit konkrétní důvody na subjektivní rovině je asi nemožné. Výše zmínění autoři (Frankel&Kranzová, 1998, str.8) dodávají, že „nikdo nemůže vysvětlit tak závažné a konečné rozhodnutí, kromě toho, kdo takové rozhodnutí udělá“. Můžeme se však snažit pochopit sebevražedné chování na obecné rovině, o čemž se snažily různé vědní obory.

Budeme pohlížet na suicidium z hlediska psychologie, zaměříme se na prožívání a motivy člověka v suicidálním ohrožení. Neopomeneme však i další kategorie znalostí o sebevraždě, k nimž sociologie a statistika významně přispěly (např. epidemiologie suicidálního chování).

3.1 Definice pojmu suicidium

Slovo suicidium pochází ze spojení latinského výrazu *suus*, *sui* znamenající *svůj* a slovesa *caedo*, které můžeme přeložit českým ekvivalentem *zabíjet* (Baštecká, 2003). Jak jsme

viděli, definovat pojem suicidium z etymologického hlediska nebylo obtížné. Jiná situace však nastává, pokud jej chceme definovat význam tohoto slova. Musíme si uvědomit, že suicidologie představuje multidisciplinární obor, ve kterém panuje relativně značná teoretická různorodost. Podle Holingera a kol. (1994), kořeny suicidologie sahají až ke Durkheimovi. Rozmach této vědy se uskutečnil v šedesátých letech a je spojen se jmény badatelů jako byli Schneidman, Litman nebo Farberow. Výzkumy pokračují dodnes. Je tedy jasné, že jednotné definice ústředních pojmů se nedočkáme. Vybereme proto jen některé pokusy o vymezení pojmu suicidium.

Durkheim definuje sebevraždu jako „každý případ úmrtí, který je přímým nebo nepřímým výsledkem činu nebo opomenutí spáchaného jedincem, o němž věděl, že vede ke smrti“ (In Koutek, 2003, str.12). Viewegh (1996, str.19) podává psychologickou definici, když říká, že za sebevraždu označujeme „takový způsob autodestruktivního jednání, který zřetelně vyjadřuje úmysl jedince dobrovolně ukončit vlastní život a cílevědomou snahu zvolit k tomuto účelu prostředky, u nichž možno předpokládat, že k zániku života povedou“. V tomto vymezení je kladen důraz na subjektivní postoj ke smrti (Viewegh, 1996). Stále jsme však ještě neobsáhli nejistý výstup sebevražedného chování. Koutek (2003, str.12) uvádí Stengelovu definici, dle které lze suicidální jednání charakterizovat jako „záměrný a sebepoškozující akt, při němž si osoba, která se ho dopouští, nemůže být jista, zda jej přežije“. Toto vymezení pokrývá jak vědomý úmysl zemřít, tak vědomé nebo nevědomé ambivalence ke smrti, a také nejistotu ve výsledku tohoto aktu (Koutek, 2003).

Doposud jsme používali termíny sebevražda a suicidální chování. Co všechno ale tyto pojmy mohou zaštiťovat? Na tuto otázku se pokusíme odpovědět v příští kapitole.

3.2 *Formy a způsoby suicidálního jednání*

V minulé kapitole jsme naznačili, že suicidologie je značně různorodý obor. Viděli jsme, že ani okolo definice samotného suicidia nepanuje jednotný názor. Vymezování forem suicidálního jednání představuje ještě větší problém, kvůli značné nejednotnosti, která mezi suicidologickými autory panuje. Dokonce jsou zaměňovány slova forma a způsob. Za formu suicidálního chování budeme považovat suicidální myšlenky, suicidální pokus a suicidium, které lze dále členit do určitých kategorií. Způsobem rozumíme praktické provedení suicidia (tedy jaký prostředek použil jedinec ve snaze ukončit svůj život). Kvůli přehlednosti této kapitoly se budeme řídit Koutkovým (2003) členěním, neboť je přehledné a rozlišuje v rámci bilanční sebevraždy biické suicidium (viz dále).

3.2.1 Formy suicidálního jednání

Do forem suicidálního chování Koutek (2003) řadí suicidální myšlenky, suicidální pokus a suicidium. Dlouho řešenou otázkou zůstává, zda-li jsou tyto tři formy odlišné pouze kvantitativně, nebo jestli se jedná o rozdíl kvalitativní (Koutek, 2003; Viewegh, 1996). První případ vysvětluje Koutek (2003, str.27) tak, že by toto „chování leželo na kontinuální jedné přímce a rozdíl by byl pouze v intenzitě suicidálních tendencí a v pevnosti rozhodnutí zemřít“. Jestliže by toto rozhodnutí nebylo jednoznačné, zůstalo by pouze u suicidálních myšlenek. Při silnější intenzitě by jedinec prožíval suicidální tendence spojené s plánováním suicidia. Nejsilnější forma těchto tendencí by vedla k sebevražednému pokusu, případně k dokonanému suicidu (Koutek, 2003). Ve světle druhé teorie, která hovoří o kvalitativních rozdílech, má každá ze tří forem suicidálního chování jiný význam. Viewegh (1996) udává čtyři Stengelovy argumenty pro tuto teorii. Obě skupiny (sebevražedné pokusy a dokonané suicidium) jsou početně různě velké. Další rozdíl můžeme pozorovat ve složení těchto skupin z hlediska věku a pohlaví. U jedinců, kteří se pokusili o sebevraždu sice existuje větší riziko suicidia, ale na druhou stranu tendence členů skupiny sebevražedných pokusů dokonat suicidium je přesto relativně malá. Pokus o suicidium hraje v životě jedince obvykle nějakou důležitou roli, směřuje do sociálního prostředí. Dokonanou sebevraždou však život končí, sociální vazby jsou přetnuty (In Viewegh, 1996).

3.2.1.1 Suicidální myšlenky

Myšlenky o vlastním nebytí a smrti ve svém životě, dle Koutka (2003), zažívá téměř každý a často se vyskytují v dospívání. Přesto však obvykle chybí tendence k jejich naplnění. Suicidální myšlenky lze rozlišit na egosyntonní, ty subjekt považuje za své, a egodystonní, které se vracejí, přestože byla snaha je zaplašit (Koutek, 2003). I když mohou mít myšlenky na vlastní konec zprvu nezávazný charakter, například „filozofování“ o smrti, mohou, dle Viewegha (1996), později přejít do skutečného suicidálního vývoje. Je-li již jedinec v takovém vývoji dokonce tak daleko, že promýšlí a plánuje samotné suicidium, mluvíme o suicidálních tendencích (Koutek, 2003). Frankel a Kranzová (1998, str.96) podávají několik příkladů suicidálních myšlenek: „nezasloužím si žít, nenávidím úplně všechno a nejraději bych všechno zničil, chci přestat trpět, nejsem k ničemu, nikdo neví, kdo jsem, chci se pořezat a nechat ze sebe vyplavit tu špínu“, atd.

3.2.1.2 Suicidální pokus

Výše na pomyslné stupnici závažnosti sebevražedných projevů se nachází suicidální pokus. Koutek (2003, str.28) jej definuje jako „každý život ohrožující akt s úmyslem zemřít,

avšak nikoli s letálním koncem“. Někteří autoři, dle Viewegha (1996), nahlízejí na sebevražedný pokus jako na volání o pomoc, kdy se suicidální jedinec snaží vyvolat takové změny ve svém okolí, které by jeho život učinily subjektivně snesitelnějším. Může jít o změny v oblasti interpersonálních vztahů, ale i jiné (Viewegh, 1996). To samozřejmě vyvolává otázku, na kterou jsme již jednou hledali odpověď. Existuje kvalitativní rozdíl mezi suicidálním pokusem a dokonaným suicidiem? Uvedeme některé rozdíly mezi sebevražedným pokusem a suicidiem, jenž by mohly naznačovat odpověď.

Suicidální pokus je registrován častěji u žen, suicidium dokonají častěji muži. Sebevražedný pokus dominuje v první polovině života, sebevražda v druhé. Další rozdíl spočívá ve způsobu provedení život končícího aktu. Pro suicidální pokus bývají voleny tzv. měkké metody (např. intoxikace), u dokonané sebevraždy můžeme zaznamenat užití tvrdých metod (např. oběšení, viz kapitola *Způsoby suicidálního chování*). Z hlediska motivace také existuje diference. U suicidálního pokusu jsou typické motivy z oblasti interpersonálních vztahů, kdežto u sebevraždy bývají motivy z oblasti intrapsychické a také z problémů ohrožení. Suicidium bývá delší dobu plánováno, suicidální pokus naopak vyplývá ze spontánního, ne příliš promyšleného rozhodnutí (Koutek, 2003).

3.2.1.3 Suicidium a jeho formy

Suicidium jsme již definoval, nyní se podíváme, jak jej lze členit. Kvůli přehlednosti se budeme v této podkapitole striktně držet Koutkovy taxonomie. Pramenů popisujících různé modalitě suicidálního chování je sice dosti, ale naší snaze uvést ucelený systém, brání jejich značná různorodost.

Suicidium je, dle Koutka (2003), časově ohraničený akt, trvající od několika minut, hodin, nanejvýše dnů. Můžeme se však setkat s protažovaným suicidálním jednáním, kdy dochází během delšího časového úseku (řádově jde o dny) opakovaně k činu, jenž má vést k sebevraždě. Důvodem opakování sebepoškozujícího aktu může být špatné odhadnutí použitých prostředků, například polknutí nedostatečné dávky léků. Také lze uvažovat o ambivalenci postojů k vlastní smrti, či rovnou o nerozhodnosti zemřít.

Koutek (2003, str.31) definuje *bilanční sebevraždu* jako „suicidium dokonané na základě předchozího bilancování, kdy postižený dojde k závěru, že jeho stávající situace je pro další život neúnosná“. K takovém rozhodnutí ovšem může dojít v psychickém stavu, vykazujícím psychopatologické symptomy. Subjekt pak není schopen správně vyhodnotit realitu. Například člověk v hluboké depresi vidí situaci zbytečně beznadějně, dochází u něj k realitou nepodložené autoakuzací a jako jediné východisko vidí vlastní smrt. Stejný autor (Koutek, 2003) v rámci

bilančního suicidia ještě vyčleňuje tzv. bílou sebevraždu. K ní jedinec dospívá také bilancováním, ale děje se tak v normálním duševním stavu, kdy jsou motivy pevně zakotveny v realitě.

Za *účelové suicidální jednání* považuje Koutek (2003, str.31) takové chování, „jehož cílem není smrt, ale vyřešení jinak svízelné situace“. Cíl je však sledován nevědomě, na rozdíl od *demonstrativního suicidálního jednání*, kdy je stejného cíle dosahováno naprosto vědomě. Bohužel, však i takové jednání může ale skončit smrtí (Koutek, 2003). Viewegh (1996) pak, poukazujíc na takové případy, kritizuje nespolehlivost stanovování příčiny (a motivu) suicidia, čímž, dle něj, dochází ke zkreslování statistik.

Zejména v tíživých situacích se někdy vyskytuje *zkratkovité suicidální jednání*. Zkratkovité jednání můžeme definovat jako „takové jednání, které jde co nejrychleji ke stanovenému cíli, bez jakýchkoli odboček, bez zamyšlení nad jinými možnostmi a výhodami či nevýhodami zvoleného řešení“ (Koutek, 2003). Jedinec tedy vyřeší situaci suicidiem, aniž by rozvažoval nad jinými alternativami či nad důsledkem svého činu.

Specifickou formou suicidálního chování je tzv. *suicidální dohoda*. V rámci takové dohody se dva nebo více lidí společně usnese, že všichni spáchají sebevraždu. Často takový návrh pochází od jedince, který může být duševně nemocný a přeneše své symptomy na blízkého, který podléhá vlivu induktora. Takové jevy se objevovaly u některých náboženských sekt a vedly k hromadným sebevraždám (Koutek, 2003). Je třeba dodat, že napomáhání k sebevraždě je u nás považováno za trestní čin (viz kapitola *Suicidium a legislativa ČR v rámci trestního práva* části Suicidální intervence)

Rozšířená sebevražda má, dle Koutka (2003), jednoznačně psychopatologický podklad. V tomto případě duševně nemocný před tím, než spáchá sebevraždu, usmrtí někoho ze svých blízkých. Aby byla naplněna podstata rozšířené sebevraždy, musí být přítomna psychotická motivace. Jinak se jedná z psychologického, ale hlavně z právního hlediska, o vraždu a následnou sebevraždu (Koutek, 2003).

Na závěr Koutek hovoří o behaviorálních projevech, které jsou buď na pomezí suicidálního chování, anebo do něj, i přes podobný charakter, nepatří. Hovoří například o rizikovém chování, které ohrožuje život. Sem patří abúsus alkoholu a jiných návykových látek, nebo také některé poruchy příjmu potravy. Dle Koutka (2003) je v těchto aktivitách přítomna složka autoagresivní suicidální motivace. Frankel a Kranzová (1998) hovoří, v souvislosti s výše zmíněným rizikovým chováním, o maskované depresi (a jak dále uvidíme, deprese je považována za rizikový faktor suicidálního chování). Maskovaná deprese se obvykle projevuje neklidem, vztekem, rvačkami. U starších dospívajících může být deprese maskována

vystupňovanou sexuální aktivitou (střídáním partnerů, vyhledávání riskantních sexuálních situací) nebo rizikovým a hazardním chováním (řízení pod vlivem drog nebo alkoholu, nebezpečné řízení a bezhlavé nápady vůbec)“ (Frankel&Kranzová, 1998). Dále Koutek (2003) uvádí, že automutilace nepatří do suicidálního chování, protože zde chybí úmysl zemřít. Nakonec stejný autor zmiňuje sebezabití, u nějž také chybí touha zemřít, a dokonce i snaha o sebepoškození.

3.2.2 Způsoby suicidálního chování

Při popisování rozdílů mezi sebevražedným pokusem a dokonaným suicidiem jsme pro způsoby suicidálního chování použili termínů tvrdé a měkké metody. Takto se tradičně rozlišují konkrétní metody, užití k ukončení vlastního života. K měkkým metodám patří otrava pevnou nebo tekutou látkou (obvykle léky), skok z nízké výšky a mělké pořezání (Koutek, 2003). Jde o způsoby, které nevedou okamžitě ke smrti a existuje zde naděje na možnost záchran. Dle Koutka (2003) můžeme u těchto metod uvažovat o významnosti vědomých či nevědomých tendencích přežít suicidální pokus. A právě u sebevražedných pokusů převládají měkké způsoby. Bývají také používány k demonstrativnímu a účelovému suicidálnímu chování. Statistika suicidálních pokusů u nás přestala být vedena v roce 1989. V tomto roce se otrávil pevnou nebo tekutou látkou 71,9% případů (u žen dokonce 84%), na dalším místě bylo pořezání s 18,2% (Koutek, 2003).

Do tvrdých metod zahrnujeme striangulaci, skok z velké výšky, použití střelné zbraně. Vedou k velmi rychlé smrti a jsou tedy častější u dokonaných sebevražd. Ty převažují v druhé polovině života. Podle Českého statistického úřadu nejvíce lidí v období 2001 – 2002 dokonalo sebevraždu pomocí metody oběšení (58,1%). Následovalo zastřelení, celkově 11,3%, ovšem tento způsob je spíše obvyklý pro muže, ženy jej použily pouze v 2,9%. Třetí nejčastěji užitou metodou byl skok z výše – 8,6% (In Monestier, 2003).

3.3 Rozšířené mýty o sebevraždě

Každý potenciální intervent během svého života získal nějakou životní zkušenost prostřednictvím vlivu kultury, výchovy a díky svým vlastním zážitkům. Naše společnost nám však v souvislosti se suicidálním jednáním zprostředkovává řadu informací, které se nezakládají na pravdě a mohou způsobit mnoho škody. Dle teorie sociálního učení může být sebevražedné chování posíleno řadou environmentálních faktorů, například kulturními vzorci, pozorováním chování druhých lidí (zejména blízkých), genderovými rolemi a vlivem médií (Leenaars, 2004). Havránková (2002, str. 483) proto míní, že „zcela nezbytné pro práci s člověkem v suicidální

situaci je zbavit se předsudků a mýtů o sebevraždách“. Budeme se tedy věnovat některým všeobecně známým nepravdám, které kolují okolo suicidia, neboť „téma sebevraždy je třeba odtabuizovat“ (Havránková, 2002, str. 483)

Prvním vžitým mýtem, který uvedeme, je přesvědčení, že sebevražda je záležitostí slabých, slabošských, duševně nemocných, něčím poznamenaných a divných jedinců (Havránková, 2002). Nebo jednoduše, že sebevrazi jsou prostě „blázni“ (Frankel&Kranzová, 1998; Špatenková, 2004a; Leenaars, 2004). Leenaars (2004) uvádí, že výzkumy a zkušenosti ukazují, že přestože lidé před spácháním sebevraždy byli extrémně nešťastní, nemusí to znamenat, že byli duševně nemocní. Špatenková (2004a) poukazuje, že jen asi každá pátá sebevražda přímo souvisí s psychickou poruchou. „Naprostá většina sebevrahů nemá v anamnéze žádnou psychiatrickou diagnózu, řada z nich vedla doposud naprosto normální život, než se ocitli v nenormální situaci, kterou nebyli schopni řešit jiným způsobem“ (Špatenková, 2004a, str.140). O sebevraždu se může pokusit i takový člověk, který býval pro druhé oporou, pomáhal lidem kolem sebe překonávat těžkosti (Havránková, 2004). Vztahem psychopatologie a suicidia, včetně problému patologizace, se budeme věnovat v části *Suicidální chování a psychopatologie*.

Další rozšířenou nepravdu představuje domněnka, že ten, kdo o sebevraždě mluví, ji nikdy nespáchá (Frankel&Kranzová, 1998). Špatenková (2004a) upozorňuje, že 8 z 10 jedinců, kteří později spáchají sebevraždu, dávají svému okolí najevo, co prožívají a co zamýšlí. Bohužel, ale tyto varovné signály nebývají zpravidla vyslyšeny (Špatenková, 2004a). Dle Frankela a Kranzové (1998) takový jedinec může mluvit o svých představách o existenci po smrti, může žertovat o sebevraždě, nebo může vážně, či lhostejně hovořit o někom, kdo suicidium spáchal. „Každému, kdo mluví o sebevraždě, by se mělo pozorně naslouchat, zvláště, když se jedná o někoho, kdo je v depresi, nebo kdo zažil v nedávné době nějakou ztrátu nebo zklamání“ (Frankel&Kranzová, 1998, str.30-31).

Další mýtus může mít přímý vliv na zahájení intervence. Někdy je možné slyšet názor, že rozhovorem o sebevraždě s někým, kdo je v depresi, jej může k suicidiu podnítit, případně takovou myšlenku vnuknout (Frankel&Kranzová, 1998). Koutek (2003) uvádí, že je mylné se domnívat, že bychom hovorem o sebevraždě mohli tento nápad vnuknout někomu, kdo suicidální není. Pokud však osoba o suicidiu přemýšlí a zabývá se jím, může takový rozhovor posloužit k ventilaci emocí a ke snaze vyhledat další pomoc (Špatenková, 2004a). Frankel a Kranzová (1998, str.31) doporučují takového jedince oslovit frází typu „dělá mi starosti, když tě slyším takhle mluvit. Vypadá to, jako bys uvažoval o tom, že se zabiješ, nebo něco takového.“

Jedním z mýtů, který se někdy traduje, je ten, že sebevražda je obvykle náhlé, impulzivní

rozhodnutí. Ve skutečnosti však člověk, který později suiciduje, se jen zřídka rozhodne vzít si život, bez předchozího přemýšlení a plánování (Frankel&Kranzová, 1998). Koutek (2003, str. 15) poznamenává, že u suicidálního jedince „můžeme pozorovat dosti dlouhou dobu různé známky psychického napětí, poruchy spánku, tělesné obtíže apod.“ Více o presuicidálním syndromu v části *Prožívání suicidálního jedince*.

Existuje jedna nebezpečná mýlka v oblasti suicidálního vývoje, o které je třeba se zmínit. Tou je, že když je někdo po dlouhé depresi veselejší, je to dobré znamení a nebezpečí už opadlo. Je tomu však přesně naopak. Rozhodnutí se zabít, které přichází po období vnitřního rozvažování plného bolesti a ambivalence, paradoxně přináší úlevu (Špatenková, 2004a). Tato úleva se navenek projevuje zklidněním (Raboch, Zvolský et al., 2001).

V souvislosti se suicidální intervencí je třeba vyvrátit mýtus o nezvratném rozhodnutí spáchat sebevraždu. Někteří lidé se totiž domnívají, že když se někdo rozhodl suicidovat, nelze mu v tom již zabránit. Koutek (2003) uvádí tento omyl na pravou míru tvrzením, že suicidální jedinec často prožívá značnou ambivalenci ve svých pocitech a myšlenkách o konečném odchodu ze života. Lavírují mezi touhou žít a nutkáním zemřít. Když se ale suicidálnímu jedinci dostane včasné pomoci a adekvátní léčby, je možné suicidální vývoj zvrátit (Koutek, 2003). Frankel a Kranzová (1998, str.38) komentují eventualitu nezdařené suicidální intervence slovy, že „nikdo by si neměl dávat za vinu, že nezabránil sebevraždě, která se už stala. Každý by měl věřit tomu, že může pomoci v budoucnu sebevraždě zabránit“. O dopadu takové události na psychiku interventa budeme mluvit v části *Suicidální intervent*.

K dalším mýtům patří tvrzení, že sebevražda je dědičná, je častější mezi bohatými, nebo nejchudšími vrstvami a že nejvíce sebevražd je uskutečněno koncem roku a kolem Vánoc. Leenaars (2004) upozorňuje, že suicidální chování není dědičné, jedná se o individuální jev. Frankel a Kranzová (1998) uvádějí, že sebevraždy se objevují ve všech společenských vrstvách, nezávisle na rase či pohlaví. K vrcholu ve výskytu dokonaných suicidií dochází na jaře, respektive v dubnu. O Vánocích naopak statistiky registrují nejméně sebevražd (2004a). Někdy je možné slyšet názor, že suicidální jedinci zpravidla nehledají pomoc. Koutek této domněnce oponuje a píše, že většina z těchto lidí vyhledala v posledním půl roce lékařskou pomoc a svému okolí tito jedinci vysílali signály o svých tendencích. „V každém suicidálním aktu je obsaženo volání o pomoc“ (Koutek, 2003, str. 15).

3.4 Epidemiologie suicidálního jednání

Suicidální chování je fenomén, jímž je třeba se zabývat multidisciplinárně. Velmi určité a jasné výsledky se snaží podávat statistiky sebevražedného chování. Asi nejnámější a velmi

často citovanou statistiku pravidelně předkládá Světová zdravotnická organizace (WHO). Dále se budeme opírat od údaje Českého statistického úřadu

Monestier (2003) uvádí, že čísla ve statistikách suicidií bývají, dle samotných statistiků, podhodnocená. V zemích, kde tradice nedovoluje vést statistiky jinak než řádně, jsou počty sebevražd podhodnocené asi o 20 – 25%, jinde se realita od statistik může lišit o 100 až 200%.

Nejprve se budeme zabývat statistikou dokonaných suicidií. Podle statistiky WHO v roce 2000 zemřelo přibližně 1 000 000 lidí v důsledku sebevraždy, což čítá 16 jedinců na 100 000 obyvatel. Přepočteno na čas, každých 40 sekund dochází k sebevraždě. Míra suicidality se globálně zvyšuje, za posledních 45 let byl registrován 60% nárůst dokonaných sebevražd. Ve věkové skupině 15-44 let patří suicidium mezi tři nejčastější příčiny smrti. (WHO, 2007) Starší statistika WHO nám prozrazuje, že v roce 1990 zemřelo 856 000 lidí v důsledku autonehod, 818 000 suicidovalo a ve válkách přišlo o život 322 000 lidí (In Koutek, 2003).

V České republice počet sebevražd dosáhl největší míry v třicátých letech dvacátého století (3799 dokonaných suicidií pro období 1930 – 1937). Po druhé světové válce sebevraždnost kulminovala v šedesátých letech (2551 jedinců si vzalo život) a od té doby pozvolna klesá (Český statistický úřad, In Monestier, 2003). V roce 2004 bylo zaznamenáno 1583 suicidií. Vyjádřeno v přepočtu na 100 000 obyvatel, v roce 1986 činil tento údaj 20,9 a v roce 2004 potom 15,5. V těchto smutných statistikách muži vysoce převyšují ženy (25,9 muži a 5,7 ženy v roce 2004). Z ontogenetického hlediska suicidalita v průběhu života pozvolně stoupá (9,0 ve věku 15-24, 22,4 pro období 25-34) a prvního vrcholu dosahuje mezi 45tým a 54tým rokem – 26,1 dokonaných suicidií na 100 000 obyvatel. Poté sebevraždnost dále s věkem klesá, až nakonec se opět vyhoupne a vrcholí po 75tém roce života – 29,5 v roce 2004 (WHO, 2006). Pokud bychom se ptali na sociální složení sebevrahů, tak, dle Knoppové (1997), nejohroženější skupinou v roce 1995 byli nezaměstnaní (604 suicidií), následováni dělníky - 222 dokonaných sebevražd (In Frankel&Kranzová, 1998).

V oblasti statistických pokusů panuje složitá situace. Jestliže jsme uváděli, že statistika suicidií může být zkreslená, u suicidálních pokusů to platí dvojnásob. Koutek (2003, str.18) poznamenává, že „statistika suicidálních pokusů je značně nepřesná a lze se opírat spíše jen o dohady“. Stejný autor dále píše, že dle statistických údajů evropské unie připadne 16 pokusů na jednu dokonanou sebevraždu (Koutek, 2003). Jiné prameny uvádějí rozpětí 10ti až 20ti pokusů na jedno suicidium (Koutek, 2003).

V České republice bylo do roku 1989 povinností každého lékaře úředně zaznamenávat každý suicidální pokus, s nímž se ve své praxi setkal. Tato statistika, byť podle Koutka (2003) trpěla neduhy zkreslení údajů, vyjadřuje vztah mezi pokusem o sebevraždu a suicidiem

poměrem 1:2. Pro rok 1989 udává 32,2 suicidií na 100 000 obyvatel, přičemž u mužů byl poměr suicidia a pokusů menší než u žen.

3.5 Rizikové faktory suicidálního chování

Než se v příští kapitole pustíme do rozboru některých psychologických aspektů suicidálního chování, uvedeme některé rizikové faktory tohoto jednání. Některé faktory mohou být biologické povahy, jiné psychologické, další pak sociální. Nelze je však takto ostře členit. Na příkladu předcházejícího suicidálního chování v rodině Koutek (2003, str.39) demonstruje nedělitelnost jednotlivých rovin, když píše, že v tomto případě můžeme „uvažovat o biologicky podmíněné hereditární dispoziici, o možnosti identifikace a nápodoby, o vzorcích v rodině, apod.“ O některých faktorech můžeme říci, že působí nespécificky, tedy nemají přímý, adresný účinek směrem k suicidálnímu chování. Sem řadíme například nepříznivou situaci v rodině (Koutek, 2003). Nyní již k samotným rizikovým faktorům.

Za významný rizikový faktor je považován předchozí suicidální pokus (Špatenková, 2004a). Dle Koutka (2003) v 36% případů se suicidální jednání po prvním pokusu opakuje, u dětí a adolescentů hrozí nebezpečí v 25% případů. Rizikový faktor také představuje suicidium v rodinné anamnéze (Holinger et al., 1994). Koutek (2003) píše o Schlesingerově studii, ve které byly sledován výskyt suicidálního chování u biologických a adoptivních příbuzných. Byl zjištěn vliv dědičnosti tohoto chování, zároveň však také vliv dědičnosti duševních poruch. Koutek (2003) dodává, že důležitá je i nápodoba suicidálních vzorců chování v rodině, respektive určitých modelů řešení krizových situací. V souvislosti se suicidálním jednáním se často uvádí jako rizikový faktor psychická nemoc, například deprese, bipolární afektivní porucha nebo schizofrenie (Holinger a kol., 1994). O vztahu duševní choroby a sebevraždy více v kapitole *Suicidální chování a psychopatologie*. Ovšem i závažné onemocnění somatické může zvyšovat riziko sebevraždy (Špatenková, 2004a). Podíváme-li se na statistiky suicidality (viz předchozí kapitola), zjistíme, že výskyt sebevražd vrcholí po sedmdesátém pátém roce života. Takže je třeba brát v úvahu vyšší věk jako rizikový faktor. Starší lidé navíc užívají k odchodu ze světa efektivnějších metod, než-li mladší populace (Plante, 2005) Nicméně i v dětství a adolescenci může závažné somatické onemocnění představovat rizikový faktor suicidality. Taková nemoc může být spojena s poruchou přizpůsobení, depresivním prožíváním a dalšími psychickými obtížemi. Navíc, v adolescenci jedinec může pociťovat větší nesnáze při navazování sociálních kontaktů (Koutek, 2003). Další rizikový faktor představuje závislost na alkoholu či jiných návykových látkách (Koutek, 2003). Havránková (2002) připomíná, že taková závislost se pojí s pocity viny a bezmoci, nedostatku vůle se závislosti zbavit. „Nejedna

sebevražda člověka závislého na alkoholu vypadá jako nešťastná náhoda, nejedna smrt předávkováním jinou drogou byla úmyslným krokem“ (Havránková, 2002, str. 491). Osamělost a samota působí také jako rizikový faktor. Zvláště u jedinců, kteří nemají dostatečné zdroje nebo se neumí vypořádat se situací, kdy osamějí. Negativní sociální jevy mohou také zvyšovat riziko suicidia. Dobrým příkladem, na který jsme už narazili v minulé kapitole v našem statistickém přehledu, je nezaměstnanost. Marná snaha najít zaměstnání může v člověku vyvolat pocit, že je bezcenný, že už nic nemá smysl a že se jeho blízkým ulevím, když navždy odejde (Havránková, 2002). K rizikovým intrapsychickým prožitkům také patří ztráta blízkého, kterou jedinec zažije v útlém dětství (Špatenková, 2004a). McKenzie (2001) mezi rizikové faktory trefně uvádí mužské pohlaví, neboť muži bývají v sebevražedném konání efektivnější, jak jsme mohli vidět v minulé kapitole (ve všech státech kromě Číny vykazují muži větší suicidalitu). V pasáži věnované mýtům jsme pojednávali o tom, že většina budoucích sebevrahů dává svému okolí najevo svůj úmysl. McKenzie (2001) k rizikovým faktorům suicidálního chování přidává též verbální produkci, která navenek vyjadřuje suicidální myšlenky (viz výše stejnojmenná kapitola).

3.6 Některé psychologické aspekty suicidálního chování

V prvním oddíle této práce jsme se věnovali fenoménu krize. Popsali jsme její průběh, uvedli jsme některé typy krizí. Právě znalost psychické krize a její dynamiky nám nyní může pomoci k pochopení té nejhlubší krize, kdy život svádí zápas se smrtí. Dle Havránkové (2002, str.483) „je nutno mít na paměti, že sebevražda je projevem krize a jako taková se může přihodit kterémukoli normálnímu jedinci v nenormální situaci“. Vymětal (1995, str.47) vyjadřuje jasně souvislost krize a suicidia, když říká, že „u člověka, který se nalézá ve vážnější životní krizi, jež je provázena depresivními rozladami, je třeba pomýšlet na možnost sebevražedného jednání“. Stejný autor (Vymětal, 1995, str.46-47) dále dodává, že „při déletrvajících trýznivých pocitech osamělosti, bezvýchodnosti, bezmoci, únavy a beznaděje pak přicházejí myšlenky na ukončení života jako únikové řešení zbavující jedince subjektivní pocit bolesti a navozují v očekávání vytoužený klid“. Z pohledu výše popsané dynamiky krize se suicidální chování objevuje ve čtvrté fázi Caplanova modelu, jako ventilace negativních emocí (Špatenková, 2004a).

V této kapitole se pozastavíme u vztahu psychopatologie a suicidálního chování. Tato problematika je značně složitá a zahrnuje dilema, zda-li nahlížet na suicidálního jedince striktně z hlediska psychopatologie, nebo spíše z pohledu krizové intervence, kdy je hlavním úkolem podpořit či znovu obnovit vyrovnávací strategie klienta tak, aby situaci zvládal sám. Dále stručně vysvětlíme, co jsou to spouštěče, budeme se věnovat motivům sebevražedného jednání a

také naznačíme jeho hlubší příčiny. Nakonec se zaměříme na prožívání suicidálního jedince, neboť jeho znalost je jedna z klíčových při suicidální intervenci. Nejprve však krátce ohlédneme za psychologickými teoriemi suicidia.

3.6.1 Psychologické teorie suicidálního chování

Na poli psychologie můžeme registrovat seriózní snahy vysvětlit sebevražedné jednání už od dob Freuda. Jelikož by podrobná analýza psychologických teorií suicidia přesahovala rámec této práce, omezíme se pouze na stručnou charakteristiku problematiky z pohledu psychoanalýzy, sociálního učení, kognitivně behaviorálního přístupu a neopomeneme ani multidimensionální přístup Ervina Schneidmana. Zmíníme i interakční význam suicidia.

Ke snaze psychologie objasnit suicidální tematiku je nutné dodat, že, dle Viewegha (1996), nebyly spolehlivě nalezeny konkrétní vlastnosti, které by jedince predisponovaly k sebevraždě a ty, které by mohly být za ně považovány, nejsou specifické pouze pro suicidium. Sám Viewegh (1996) se domnívá, že místo hledání takových vlastností je pro porozumění suicidia lepší znalost předchozí životní historie sebevraha, která může objasnit dynamicko vývojovou stránku suicidálního chování.

3.6.1.1 Psychoanalytické teorie suicidia

Otec psychoanalýzy, Sigmund Freud, spojoval autodestruktivní chování, jako projev obrácení pudu smrti proti sobě, s ranou ztrátou důležité osoby, vůči které jedinec zažíval ambivalentní city. Může jít také o osobu, která jedince odmítla. (Leenaars, 2004). Subjekt se ztotožní se ztraceným objektem protichůdných citů, a tím dojde k přesunu agrese z původního objektu ambivalentních pocitů na vlastní osobu (Viewegh, 1996). „Čin, který se jeví jako sebevražda, je tedy – podle Freuda – v podstatě vraždou, neboť úmysl zabít platí někdejšímu objektu lásky, se kterým se pachatel podvědomě identifikoval“ (Viewegh, 1996, str.58). Na Freudovy myšlenky navázal Karl Menninger, když formuloval tři hlavní agresivní tendence suicidálního chování. Jsou jimi přání zemřít, přání být zabit a přání zabít. Menninger tvrdil, že potenciální suicidant akumuluje nevědomou hostilitu směřující ven (přání zabít), která se pak obrací proti náhradnímu objektu – proti svému původci, a tak může dojít k substituční vraždě (sama sebe) (Everstinová, 1983). Menninger pojímal sebevražedné chování široce a zahrnoval do něj i takové sebepoškozující jednání, jako je různé antisociální chování, alkoholismus, těžké neurotické poruchy, automutilaci a dokonce i askezi, kterou považoval za formu chronické sebevraždy (Viewegh, 1996). Další psychoanalyticky zaměřeni autoři považovali za důležité příčiny suicidálního jednání signifikantní ztrátu v dětství či jiné nepříznivé zážitky v tomto období a nacházeli u suicidálních osob ve velké míře nepřátelský postoj vůči druhým lidem a

neschopnost milovat (Viewegh, 1996).

3.6.1.2 kognitivně behaviorálního teorie suicidálního chování

Kognitivně behaviorální přístup je spojen se jmény Aarona T. Becka, Alberta Ellise, George Kellyho, Dona Meichenbauma. Leenaars (2004) uvádí následující příspěvek tohoto směru k vysvětlení sebevražedného chování. Jedná se o výbor převážně z Beckova díla.

Suicidium je obvykle spojeno s depresí. Pojítka mezi nimi představuje beznaděj, kterou lze definovat v termínech vysoce negativního očekávání. Dochází k zúžení kognitivních procesů, kdy subjekt vidí jediné řešení svých problémů ve spáchání sebevraždy. Budoucnost si jedinec představuje značně nerealisticky, plnou utrpení, strádání, deprivace. Sám se vnímá taktéž nerealisticky, zažívá pocity bezmoci a inkompetence, často také vinu, lítost. Sebehodnocení je tedy velmi nízké. Subjektivně pociťuje citovou, ale někdy i hmotnou deprivaci. Toto své uvažování subjekt považuje za reálné a nevidí jinou možnost řešení. Myšlení suicidanta, jež má často automatický charakter a nepodléhá vůli, vykazuje mnohá chybná zkreslení, jako například zaujatost, překrucování, přehánění, nebo naopak banalizování problému, selektivní abstrakce, nálepkování. Afektivní reakce jedince odpovídá jeho subjektivnímu vnímání situace, bez ohledu na její skutečný význam. Afektivita značně ovlivňuje kognitivní procesy (Leenaars, 2004). Tento styl myšlení, spolu s charakterem propojení kognitivní a afektivní složky, nápadně připomíná bludný kruh deprese tak, jak jej popisuje Praško (2003). Viz také kapitola *Deprese*. Suicidální osoba již dále nechce snášet subjektivně nesnesitelné utrpení a touží uniknout. Smrt je potom pro ni více žádoucí než život (Leenaars, 2004).

3.6.1.3 Teorie sociálního učení a sebevražda

Jako význačný teoretik sociálního učení je znám Albert Bandura. Leenaars (2004) nabízí následující charakteristiky tohoto pohledu na suicidium.

Sebevražda je naučené chování, které je specifickým způsobem posilováno v dětství. Pozdější suicidální vývoj precipituje určitý výchovný styl, resp. trestání, tedy pokud se v jeho důsledku dítě naučilo inhibovat agresi směrem ven, a místo toho ji obrací proti sobě. Deprese a obzvláště její kognitivní komponenta je silně spojena se suicidiem. Deprese může být způsobena naučenou bezmocností nebo také nedostatkem zpevňování. Jak bylo uvedeno, sebevražda je naučené chování, a tak je možné toto chování posílit, či naopak. Suicidantovo očekávání hraje důležitou roli, protože on nebo ona čeká odměnu (posílení) za své chování. Suicidální osoba není dostatečně socializována, zejména dostatečně nezvnitřnila společenské hodnoty, týkající se života a smrti. Suicidální chování může být posilováno vlivem prostředí, například již zmíněnými kulturními normami, potom také vlivem médií, tradičními mužskými a ženskými

rolemi, vzory v dětství (Leenaars, 2004). Jako příklad vlivu kulturního díla na sebevražedné chování můžeme uvést uveřejnění Goethova románu Utrpení mladého Werthera v roce 1774. Dílo vyvolalo u mládeže jak kopírování módního stylu hlavního představitele románu, tak, bohužel, i napodobování jeho sebevraždy. Sám Goethe byl takovým vývojem zaskočen a dotčen (Viewegh, 1996). V osmdesátých letech minulého století zkoumali sociologové vliv médií na zvýšení výskytu sebevražd. Výsledky různých studií přinesly protichůdné závěry. Zatímco například studie Gouldové a Shaffera z roku 1984 potvrdila vliv televizního vysílání na nárůst sebevražd v období dvou týdnů po kritickém vysílání, pozdější Phillipsova práce neprokázala žádnou souvislost mezi oběma jevy (In Frankel&Kranzová, 1998).

3.6.1.4 Multidimensionální přístup k suicidálnímu chování

Za představitele multidimensionálního přístupu můžeme považovat Edwina Schneidmana, který je v suicidologických kruzích považován za jednu z vedoucích postav tohoto oboru. V následujícím textu krátce představíme některé z hlavních principů multidimensionálního přístupu.

Suicidální osoba zažívá subjektivně nesnesitelnou psychickou bolest a nevidí jiné řešení, než jí uniknout. Potenciální sebevrah prožívá obvykle traumatickou situaci, například při špatném zdraví, nebo v interpersonální oblasti (odmítnutí partnerem, apod.), kdy jsou některé jeho nebo její potřeby frustrovány (Leenaars, 2004). Havránková (2002) dodává, že jsou-li tyto potřeby identifikovány a dosycovány, nemusí dojít k sebevraždě. Objevuje se myšlenka na skončení mučivých obtíží, na smrt, věčný spánek jako řešení problému, krize (Leenaars, 2004). Sebevražda tedy není náhodný počin, nýbrž má svou pointu, ve které jde o snahu vyprostit se z tíživé situace. S tím souvisí touha ukončit veškeré vědomé procesy, zastavit uvědomování krize. Suicidant zažívá pocity studu, viny, odmítnutí, nedostatku výkonnosti, zklamání ze vztahů, které se jeví jako příčina k ukončení života. Havránková (2002, str.490) uvádí, že „pod tím vším se skrývají pocity slabosti a nemohoucnosti, které spolu s bolestí vedou k přesvědčení, že nic kromě sebevraždy udělat nejde“. Prožívání suicidální osoby je však ještě složitější. Je totiž značně ambivaletní. Všichni někdy zažíváme protichůdné pocity, ovšem v mysli sebevraha zápasí touha žít a tendence zemřít. Havránková (2002, str.490) tento jev komentuje slovy, že „člověk si podřízne hrdlo a zároveň volá o pomoc, obojí je opravdové“. Koutek (2003) k nejednoznačnosti postoje postojů dodává, že je obvyklá hlavně u adolescentů. Ti někdy udávají, že to jen zkoušeli, kdyby bývali zemřeli, bylo by to dobré, ale skutečnost, že žijí, je také dobrá. Viewegh (1996, str.78) shrnuje téma ambivalence, když píše, že „boj protichůdných tendencí – zemřít, nebo zůstat naživu – je patrně obsahem suicidantových prožitků až do

posledních chvil“. Další typickou charakteristikou prožívání suicidanta je zúžení (Leenaars, 2004). Zdrucující emoce ovlivňují kognitivní složku a jedinec přestává brát v úvahu rozmanitá řešení svého problému a konstruuje dvě krajní možnosti – buď se vše vyřeší, nebo vše skončí. Až 80% potenciálních sebevrahů dává najevo svůj záměr zabít se. Často vyjadřují svou bezmoc a doufají v záchranu (Havránková, 2002). Potenciální sebevrazi mohou být někdy charakterističtí určitými specifickými strategiemi zvládnání některých typů situací. Může jít o tendenci řešit situace „buď, anebo“, nebo k únikům. V minulém životě takového jedince se pak vyskytuje například odchod ze zaměstnání spíše než propuštění, únik z manželství místo rozvodu, apod. (Havránková, 2002). Suicidální jedinec také vykazuje určitou nevědomou dynamiku. Leenaars (2004) dodává, že subjekt si je v momentě konečného rozhodování vědom pouze zlomku důvodů, jež ho nakonec vedou k sebevraždě.

Dle Schneidmana výše žádná z výše uvedených charakteristik suicidálního chování nevede k finálnímu činu sama o sobě, avšak dohromady tvoří smrtelnou kombinaci (In Havránková, 2002).

3.6.1.5 Interakční význam suicidálního jednání

V kapitole *Suicidální pokus* jsme mluvili o tom, že tentamen může vyjadřovat snahu ovlivnit své okolí, takže sebevražedný pokus může mít interakční funkci. Dle Everstinové (1983) může být sebepoškozující akt chápán jako zpráva, která je někomu určena. Slzy člověka v depresi, ale stejně tak pořezané zápěstí jedince, který se pravidelně pokouší o sebevraždu, pak mohou představovat pokus o komunikaci. Everstinová (1983) píše, že taková interakce funguje na třech základních principech. Sebevražda představuje zprávu, kterou suicidant směřuje jiné osobě. Existuje konkrétní osoba, pro kterou je tato „zpráva“ vytvořena. Primárním obsahem této „zprávy“ je hněv. V představách suicidanta figuruje domněnka, že taková „zpráva“ bude mít na adresáta drtivý dopad. Nevědomou touhou může dokonce být snaha symbolicky zabít druhého takovým činem, nebo jej alespoň „potrestat“. Zbořilová (2006) upozorňuje, že když se suicidantovi nepodaří dokonat svůj čin dříve, než si toho někdo všimne, nemusí to vůbec znamenat, že dotyčný sebevraždu pouze „demonstruje“. Může to být důsledek ambivalentních postojů vůči smrti, v subjektu se může odehrávat tuhý vnitřní boj mezi touhou žít a tendencí zemřít. Na druhou stranu však existují lidé, kteří tímto způsobem volají o pomoc, nebo se snaží někým druhým manipulovat (Zbořilová, 2006).

Frankel a Kranzová (1998) popisují interakční funkci suicidálního chování v souvislosti s iluzivním myšlením sebevraha, při kterém je realita zkreslována tak, aby vyhovovala přáním subjektu. Toto vnitřní rozvažování se může týkat významu suicidia pro nejbližší sociální okolí.

V některých suicidantových úvahách můžeme pozorovat agresivní prvky směřující k určitým osobám. Jako příklad uvádí Frankel a Kranzová (1998) suicidantovo přesvědčení, že všichni budou jeho činu litovat. Jde o akt pomsty, ve kterém může být, kromě snahy potrestat své okolí, také snaha změnit v něm určité poměry. Toto přesvědčení vychází z dětského chápání smrti, kdy ještě není zcela pochopena ireverzibilita smrti (Frankel&Kranzová, 1998).

3.6.2 Suicidální chování a psychopatologie

V předcházejícím textu jsme uvedli, že suicidální chování je důsledkem krize, kterou může prožít každý člověk v nenormální situaci. Jelikož se toto tvrzení nachází v renomované publikaci o krizové intervenci, mohli bychom jej považovat za perspektivu právě krizové intervence. Medicína, resp. psychiatrie nahlíží na suicidium jako na patologii (Viewegh, 1996). Skrz rekapitulaci pohledů jednotlivých autorů a výsledků jejich studií se pokusíme tento konflikt lépe nastínit.

V názoru na souvislost duševní choroby a suicidálního chování se autoři značně liší. Vymětal (2003) ve svém díle Lékařská psychologie popisuje sebevražedné chování v kapitole nazvané „dobrovolně nedobrovolný odchod ze života“, čímž jasně naznačuje svůj postoj. Vymětal (2003, str.248) totiž tvrdí, že „sebevražedné jednání je v naprosté většině případů jevem z oblasti psychopatologie a jen ve zcela výjimečných případech se jedná o dobrovolnou smrt v pravém slova smyslu (např. při obětování se za druhého, nebo v případě bilanční sebevraždy)“. Höschl, Libiger, Švestka (2002) ve známém díle Psychiatrie uvádějí, že sebevražda je obvykle nejzávažnější komplikací duševních chorob, jako jsou například velké deprese, schizofrenie a závislosti na návykových látkách. Zároveň však dodávají, že „ačkoliv se veřejnost domnívá, že sebevražda je výhradně komplikací různých duševních onemocnění, k sebevražednému jednání může dojít i u osob bez známek duševního onemocnění“ (Höschl&Libiger&Švestka, 2002, str.638). Zahrnují sem některé případy bilančních sebevražd, sebeobětování a biická suicidia. Podobně se vyjadřuje i Koutek (2003) a demonstruje nepatologickou motivaci suicidia na příkladu Československých parašutistů, kteří spáchali atentát na Heydricha. Dle Koutka (2003) byl jejich čin důkazem síly ducha a ne projev duševní nemoci. Koutek (2003) také upozorňuje na to, že sebevražedné jednání nepředstavuje samostatnou psychiatrickou nozologickou jednotku a není tedy ani v MKN-10. Viewegh (1996) se domnívá, že za rozšířeným názorem veřejnosti na sebevražedné chování stojí medicínský pohled na suicidium, který jej dlouhou dobu považoval výhradně za příznak patologie. Viewegh (1996) ovšem dále dodává, že stále větší počet psychiatrů (jak jsme mohli vidět výše) připouští možnost, že suicidální jednání se vyskytuje i u jedinců bez patrných známek symptomů duševní či tělesné nemoci. „Přesto však stále ještě

panují tendence považovat suicidální jednání a priori za patologický proces, náležející proto především do sféry psychiatrie (Viewegh, 1996, str.48).

Baštecká (2003), která je, mimo jiné, autorkou námi citovaného výroku, že krizová intervence by mohla být cestou depsychiatrizace, uvádí poněkud opatrnější čísla v souvislosti suicidia a duševní choroby. Tato autorka (Baštecká, 2003, str.174) píše, že „údaje, jaké procento sebevražd způsobují duševní nemoci, se pohybují od 30 do 90 % podle postojů autora“.

Zbořilová (2006) uvádí, že ti, kteří se pokusí o sebevraždu, většinou nejsou duševně nemocní, ale zažívají dlouhodobé utrpení, silně stresující události nebo těžké ztráty a sebevražda má jejich bolest ukončit.

Rihmer, Jekkelová a Kartezsi (2006) zkoumali 100 osob, které přežili pokus o sebevraždu. Z 96% šlo o předávkování léky. Pomocí psychiatrického vyšetření byla u 92% jedinců zjištěna nějaká psychiatrická diagnóza, alespoň dle jedné osy DSM-IV. U 87% šlo o některý typ depresivní poruchy, 46% procent vykazovalo úzkostnou poruchu, v 27% případů byly zjištěny poruchy spojené s návykovými látkami a 2% probandů trpěla některou psychotickou poruchou. Často byla zjištěna kombinace depresivní a úzkostné symptomatiky, někdy i spolu se závislostí na návykových látkách. Přestože výzkumný soubor měl své specifické charakteristiky, tento maďarský výzkum, dle jeho autorů, může podporovat domněnku, že 90% suicidantů trpí v době spáchání pokusu nějakou duševní nemocí (Rihmer&Jekkelová&Kartezsi, 2006).

Mohli jsme tedy vidět, jak se různí autoři přou o to, do jaké míry souvisí suicidium a psychopatologie. Jak uvidíme dále, ani jeden z modelů suicidální intervence neobsahuje krok typu diagnostika patologie. Linehanová (2008) k tomu trefně dodává, že žádný publikovaný výzkum neprokázal vyšší efektivitu intervence vedené v pojetí suicidality jako symptomu duševní nemoci. Protože nás ale v těchto souvislostech dosti zajímá prožívání jedince, je třeba se zmínit o tom, že prožívání zasažené duševní nemocí má své zákonitosti. V následující kapitole tedy mimo jiné nastíníme prožívání u jedinců trpících skupinou poruch, jež suicidální chování doprovází nejčastěji.

3.6.2.1 Poruchy nálady a suicidální chování a prožívání

Jak jsme mohli vidět v minulé kapitole, suicidální chování bývá často spojováno s depresivní poruchou, nebo minimálně s depresivní symptomatikou. Z hlediska suicidální intervence nás bude zajímat prožívání jedince s depresivní poruchou. Nejprve však uvedeme některé souvislosti deprese a suicidia.

Dle Leenaarse (2004) okolo 60ti % suicidálních jedinců trpí afektivní poruchou. Toto

číslo může být však ještě vyšší (viz minulá kapitola). Raboch, Zvolský et al. (2001) udávají, že 10-15% depresivních jedinců suiciduje a asi dvě třetiny depresivních klientů mají suicidální myšlenky. Častý je také výskyt autodestruktivního chování. O něco vyšší riziko suicidia registrujeme u bipolární afektivní poruchy, asi 19 % těchto lidí s tímto onemocněním spáchá sebevraždu (Raboch&Zvolský et al., 2001).

Koutek (2003, str.60) problematiku výskytu deprese u sebevražedného jednání shrnuje, když tvrdí, že „jsou dlouhodobě depresivní pacienti, kteří nemají v anamnéze suicidální chování, a rovněž existují suicidální osoby, u nichž není žádná depresivní symptomatika zjištěna.

Nás bude více, než popis jednotlivých typů depresivních poruch, zajímat prožívání jedince v depresi. Deprese je, dle Boučka (2006, str.97), „charakterizována fázemi chorobného smutku, projevy sklíčené nálady, často neodklonitelné, která působí nemocnému velkou duševní trýzeň a bolest“. Na tyto obtíže se váže ztráta sebedůvěry, snížené sebevědomí, autoakuzace. Deprese se dále projevuje sníženým zájmem o činnosti a záliby a neschopností se radovat ze zážitků, které měl dříve jedinec v oblíbenosti (Bouček, 2006). Již při popisování kognitivně behaviorálního přístupu k suicidiu jsme zmiňovali souvislost kognitivní a afektivní složky, respektive, jak se pocity bezmocnosti a beznaděje podílejí na zkreslení myšlení. K tomuto tématu se vyjadřuje Praško (2003), když popisuje bludný kruh deprese a depresivní omyly v myšlení.

Depresi je podle Praška (2003, str.57) možné pochopit jako „následek buldného kruhu negativního myšlení, pasivního a vyhýbavého chování a tělesných příznaků deprese“. Automatické depresivní myšlenky negativně ovlivňují náladu a opačně. S afektivní složkou úzce souvisí tělesné prožitky, které se pak v tomto případě subjektivně zdají nepříjemné. Všechny tyto tři dimenze působí na behaviorální projev. Pasivní a vyhýbavé chování potom zpětně vyvolává depresivní myšlenky, takže kruh se uzavírá. Taková cirkulace je nesmírně vyčerpávající, takže subjekt pociťuje úbytek sil (Praško, 2003).

Kvůli vysokému výskytu depresivní symptomatiky u suicidálního chování je pro krizového intervenanta žádoucí rámcově znát některé aspekty depresivního myšlení. Dle Praška (2003) lidé s depresivní poruchou zpravidla myslí negativním způsobem. Tyto jejich vnitřní obsahy se týkají sebehodnocení, mentálních reprezentací okolního světa, výhledu do budoucnosti. Takové myšlenky bývají automatické (jedinec je přijímá, aniž by posuzoval jejich platnost), jsou zkreslené, zhoršují náladu, jsou sugestivní a rigidní (Praško, 2003). Podle Schwartzovy studie z roku 1997 však není pravda, že by depresivní jedinec prožíval pouze negativní myšlenky. Objevuje se i pozitivní smýšlení, avšak je ho přibližně dvakrát méně, než negativního (In Power, 2004). Kaskády automatických negativních myšlenek jsou způsobeny

určitými kognitivními omyly, což jsou „automatické, opakující se chyby v myšlení, úsudku nebo myšlenkovém hodnocení situací, např. vybíráním si určitého detailu a ignorováním jiných důležitých věcí nebo nelogickým zpracováním vnímané události“ (Praško, 2003, str.125). Pomocí těchto omylů, z nichž některé uvedeme, si jedinec udržuje špatnou náladu a negativní postoj k sobě (Praško, 2003).

Jedním z kognitivních omylů je přehánění a katastrofizování. Jedná se o tendenci nalézt co nejhorší vysvětlení, někdy až katastrofické, např. „nedokážu se soustředit na četbu – nemám mozek v pořádku – je to demence“ (Praško, 2003, str. 127). Dalším vzorcem mylného smýšlení je nadměrné zevšeobecňování. Praško (2003) ho charakterizuje jako zobecnění závěru z několika izolovaných zážitků a implikace tohoto omylu na situace, které s původním zážitkem souvisejí minimálně nebo vůbec. Například po malém nezdaru dojde osoba v depresi k závěru, že je k ničemu. Extrémní formou zevšeobecňování je nálepkování. Při něm dochází k ohodnocení člověka na základě velmi mála informací, například vyzdvižením jedné negativní. Diskvalifikace pozitivního představuje přehlížení kladných a příjemných aspektů reality. V důsledku toho je pak každá událost viděna z negativní perspektivy (Praško, 2003). Při selektivní abstrakci vybírá jedinec z celku izolované údaje, v tomto případě negativní, a přikládá jim důležitost. Negativní věštby se týkají tendence anticipovat tu nejhorší, i když málo pravděpodobnou, možnost. Vztahuje-li si jedinec události k sobě, přestože takový vztah neexistuje, jde o kognitivní omyl zvaný personalizace. V rámci interakce s druhými se někdy depresivní jedinec dopouští kognitivního omylu „čtení myšlenek“. Subjekt, na základě toho, jak se druhý tváří, chová, vyvozuje negativní závěry (Praško, 2003).

3.6.3 Spouštěče, motivy a hlubší příčiny

Již v úvodu jsme spolu s Frankelem a Kranzovou konstatovali, že pro pozůstalé je na sebevraždě bolestivá ta skutečnost, že je obtížné porozumět důvodům pro její spáchání. Nyní se pokusíme alespoň nastínit některé motivy a souvislosti vedoucí k svévolnému ukončení života.

Zjistit skutečnou sebevražednou motivaci může být obtížné. Ať už je zjišťována motivace u dokonáního suicidia, nebo skrz exploraci pokusu přeživšího jedince, častokrát se lze dozvědět pouze jednu z příčin, tu, která byla onou pověstnou „poslední kapkou“ (Koutek, 2003). Frankel a Kranzová (1998) ji nazývají jako spouštěcí moment. Statistiky většinou pracují právě s tímto udaným důvodem suicidia. Zaměření se pouze na objektivně pozorovatelný suicidální čin spadá, dle Viewegha (1996), do aktualistického pojetí sebevraždy. Do opozice k tomuto přístupu řadí stejný autor dynamické pojetí sebevraždy, dle kterého jedinec prochází dlouhodobým suicidálním vývojem, jenž je podmíněný složitou suicidální motivací. Většina autorů se přiklání

spíše k druhé variantě (srov. Havránková, 2002; Hillmann, 1997; Kastová, 2000; Koutek, 2003; Leenaars, 2004; Špatenková 2004a). Koutek (2003, str. 36) navrhuje posuzovat celé suicidální jednání komplexně a nespolehat se pouze na jednu zjištěnou příčinu, protože „velmi často je motivů takového jednání více, ty se mohou různě doplňovat a vzájemně umocňovat“. Tyto motivy si pacient nemusí plně uvědomovat (Koutek, 2003).

Abychom osvětlili charakter spouštěcí události, vraťme se na začátek práce do kapitoly *Příčiny vzniku krize*. Můžeme vzpomenout Thomovy vnitřní a vnější příčiny krize a také Homes-Raheovu škálu náročných životních událostí. Dle Frankela a Kranzové (1998) je možno hledat spouštěcí moment například právě v ní, zvláště, když kumuluje s dalšími zraňujícími událostmi, nejen z této škály. „Sejde-li se v krátké době příliš mnoho nepříznivých událostí za sebou, naše obrana je oslabena a síly mohou být vyčerpány. V takové situaci může událost, která by se jindy zdála malicherná, způsobit velké neštěstí. Skutečná tragédie se pak může zdát být prakticky nesnesitelná“ (Frankel&Kranzová, 1998). Připomeneme-li si pak výše popsany, Vymětalem (1995) prezentovaný, princip dvojí kvantifikace a dáme-li si ho do souvislosti s depresí či jiným duševním onemocněním, bude nám vznik suicidální krize jasnější. U jedinců se sníženou psychickou odolností, ať už duševní chorobou nebo jiným vlivem, pak může negativně vnímaná životní událost vyvolat suicidální krizi (Frankel&Kranzová, 1998). Souvislost najdeme též v kapitole 2.4.4 Baldwinova typologie krizí. Frankel a Kranzová (1998, str. 53) uvádějí, že „spouštěcím momentem může být i hluboká deprese, která sebevražedné pocity vyvolá“. Příčinou suicidálního chování tedy může být i onemocnění samo.

Dokonané suicidium a sebevražedný pokus se liší charakterem motivů pro tyto činy. U pokusů se obvykle nacházejí motivy z oblasti interpersonálních vztahů, dokonaných sebevražd potom z oblasti intrapsychické a z pocitů ohrožení. Existují též rozdíly v suicidální motivaci různých věkových skupin. U dětí a dospívajících převažují rodinné a interpersonální problémy, opomenout nelze ani obtíže ve škole (Koutek, 2003). Koutek a kol. v období 1995-1999 našli u souboru 127 pacientů hospitalizovaných na Dětské psychiatrické klinice FN Motol tyto motivy: 33% konflikt s rodiči, 31% školní problémy, 18% kombinace obou těchto motivů, 8% partnerský konflikt a v 5% tělesné onemocnění (Koutek, 2003). U dospělých uvádí Špatenková (2004a) jako motivy partnerské krize, rozvody, rozchody, stav sociální nouze. U seniorů se, dle stejné autorky, vyskytují motivy jako osamělost, nemoc, zhoršující se psychický a fyzický stav, smrt životního partnera, ztráta smyslu života a nečinnost (Špatenková, 2004a).

Frankel a Kranzová (1998) se zamýšlejí nad hlubšími příčinám suicidálního chování a předkládají různé studie, ve kterých byly zjišťovány hlubší okolnosti suicidálního pokusu u mladistvých. Můžeme uvést například výzkum Garfinkela, který studoval 505 dětí a

mladistvých, kteří přežili pokus o sebevraždu a srovnával je s kontrolní skupinou jejich vrstevníků, kteří se o suicidium nikdy nepokusili. Došel k závěru, že se pokusy nejčastěji vyskytly v rodinách, které označil za „dezintegrované“, což jsou rodiny poznamenané zdravotním problémem, duševní nemocí, problémy s alkoholem nebo drogami, nezaměstnaností, a v těchto rodinách byl 8x větší výskyt sebevražd a suicidálních pokusů než v kontrolním vzorku (In Frankel&Kranzová, 1998). Frankel a Kranzová (1998) poté uvádějí, že ohroženější jsou jedinci z těch rodin, kde dochází k fyzickému týrání dětí, pohlavnímu zneužívání potomků, citovému zneužívání. Dále v těch rodinách, kde byly přítomny matoucí signály v komunikaci (dvojná vazba), tam, kde byli rodiče závislí na dětech a tam, kde si děti intepretovaly chování rodičů tak, že jsou nechtěné (Frankel&Kranzová, 1998).

3.6.4 Vývoj a charakteristika suicidálního prožívání

Intervent se setkává se suicidálním jedincem, který prožívá své individuální obsahy. Takové prožívání však, dle různých autorů, přes svou jedinečnost, vykazuje určité typické rysy a charakteristický vývoj. Proto je pro suicidálního intervenanta žádoucí znát tyto modely vnitřní dynamiky, minimálně alespoň Ringelův presuicidální syndrom.

3.6.4.1 Ringelův presuicidální syndrom

Vídeňský psychiatr E. Ringel popsal již v roce 1953 presuicidální syndrom, který je dnes možné nalézt prakticky ve skoro každé domácí publikaci, jež se nějak dotýká suicidální tematiky. Tento syndrom předchází každému sebevražednému chování a je definován třemi znaky: 1) zúžením subjektivního prostoru, 2) zablokovanou nebo proti sobě zaměřenou agresivitou a 3) nálehavými sebevražednými fantaziemi (Havránková, 2002). Nyní si popíšeme jednotlivé fáze.

- 1) *Zúžení*. Suicidální jedinec se stává na různých úrovních prožívání, ale i chování, stále omezenějším. Existují čtyři druhy zúžení. Situační, dynamické, vztahové a hodnotové. Situační zúžení se projevuje v omezenosti vnímání různých možností, které se doposud nabízely (Kastová, 2000). Jedinec nabývá přesvědčení, že je ohrožen vnějšími okolnostmi, na které nemá vliv, cítí se jimi zahlcen, ohrožen (Špatenková, 2004a). K tomu se navíc přidává dynamické zúžení. Havránková (2002, str.488) k tomuto jevu uvádí, že „emoce směřují jedním směrem, kterým je zoufalství, beznaděj, úzkost, strach a bezmoc“. Jedinec přestává být schopen regulovat negativní emoce, které pak vedou k pesimismu, depresivnímu prožívání nebo apatii (Špatenková, 2004a). Převládají dva obranné mechanismy: popření a idealizace. Dále dochází ke vztahovému zúžení. To se může projevit úplnou, či částečnou sociální izolací, nebo také znehodnocením stávajících vztahů. Poslední

jev může být pro jedince skrytý, kdy navenek vztah idealizuje, při důkladnější exploraci se však ukáže, že se v něm cítí stále osamělejší a znevažuje jej (Kastová, 2000). Hodnotové zúžení se, dle Špatenkové (2004a, str.142-143), „projevuje narušením hierarchie hodnot, nedostatkem smyslu pro hodnoty, přikládáním menší důležitosti dříve uznávaným hodnotám nebo přijetím takového systému hodnot, který je jiný než všeobecně přijímaný v naší společnosti, už neexistuje žádná hodnota, o jejíž dosažení má smysl usilovat“. Kastová (2000) k zúžení dodává, že je sice možno jej registrovat u suicidálních jedinců, ovšem v podstatě je obsaženo v každé krizi.

- 2) *Zablokovaná nebo proti sobě zaměřená agresivita.* Pokud nedojde k ventilaci agresivity, která původně směřovala směrem ven (například na ty co jí vyvolali), může dojít k obrácení této agrese směrem dovnitř, proti osobě, která ji cítí (Špatenková, 2004a). V jedinci narůstá přesvědčení, že za bezvýchodnou situaci si může sám, vlastní inkompetencí, znevažuje se, což přerůstá až v sebenenávist. Není schopen prolomit bludný kruh negativních myšlenek (Havránková, 2002).
- 3) *Naléhavé sebevražedné fantazie.* Představování si vlastní smrti může přinášet úlevu, osvobození, a také způsob řešení problémů a ukončení utrpení. Nakonec vidí jedinec v sebevraždě jediné východisko. Odtud je již blízko k suicidiu (Havránková, 2002). Kastová (2000) dodává, že právě poslední fáze nejvíce odlišuje ostatní krize od té nejhlubší, suicidální.

3.6.4.2 Ostatní koncepce suicidálního vývoje

Již jsme mluvili o hlubších příčinách suicidia u mladistvých a nyní uvedeme model presuicidálního vývoje právě pro tuto skupinu. Poustka spojuje suicidální jednání mladistvých s dlouhotrvající intenzivní traumatizací, jež vede k neurotickému životnímu nastavení. To zahrnuje poruchu sociálních kontaktů a egocentričnost. Dostane-li se pak mladistvý do krize, dojde k omezení všech stránek života a prožívání pocitů méněcennosti. Poté následují agresivní představy, které následně přejdou v suicidální fantazie. Konečným krokem je potom sebevražedné jednání. Poeldinger popsal suicidální vývoj ve třech fázích: 1) úvaha, 2) ambivalence, 3) rozhodnutí. Psychický fenomén suicidálních myšlenek a úvah, stejně tak ambivalenci v prožívání suicidanta, jsme již popisovali. Rozhodnutí se pojí s, též již popsanou, úlevou, kterou lze na sebevražedném jedinci pozorovat. Po tomto rozhodnutí obvykle následuje samotné sebevražedné jednání (Bouček, 2003).

4 Suicidální intervence

V předcházejících částech jsme se probírali zrodem a průběhem psychologické krize, která, jak jsme následně viděli, může eskalovat do nejhlubší, tedy suicidální krize. Také jsme se seznámili s metodou krizové intervence, pomocí níž se pracuje s jedinci v krizi. Nyní uvidíme, že tyto znalosti nám pomohou k pochopení možností psychologické intervence do suicidálního jednání.

Suicidální intervencí rozumíme, podobně jako Špatenková (2004a), ale také i Leenaars (2004) a další autoři, krizovou intervencí v případě suicidálního jednání. Dle Špatenkové (2004a, str. 146) je obvykle chápána „jako odvrácení rizika hrozící sebevraždy“. Leenaars (2004) tvrdí, že krizová intervence se suicidálními jedinci se liší od jiných metod, například od psychoterapie (viz také kapitola *Krizová intervence versus psychoterapie*). V rámci suicidální intervence je, dle stejného autora, třeba být více direktivnější, jelikož hlavním úkolem je pomoci druhé osobě tak, aby zůstala naživu. Leenaars to přirovnává k činnosti kardiologa na pohotovosti, která má jistě poněkud jiný charakter než běžná návštěva v ordinaci lékaře. Jak uvidíme později, někteří autoři polemizují s tímto direktivním přístupem (Thomas&Leitner, 2005).

V minulé kapitole jsme uvedli, že sebevražednému jednání předchází Ringelův suicidální syndrom. Dle Špatenkové (2004a, str.146) potom „v případě identifikace Ringelova presuicidálního syndromu je cílem krizové intervence zvrácení tohoto syndromu, nastartování jeho zpětného chodu“. Na následujících stranách uvidíme, že tohoto úkolu je dosahováno technikami vycházejícími z krizové intervence, i když samotné modely suicidální intervence jsou specifické, uzpůsobené svému poslání.

4.1 Formy suicidální intervence

Formy suicidální intervence můžeme členit dle toho, kdy a s kým intervent pracuje, ale také podle kritéria formy samotné komunikace, tedy zda-li probíhá tváří v tvář nebo telefonicky.

Krizová intervence se tedy může provádět v situaci ohrožení suicidálním pokusem, respektive při započatí suicidia. Touto variantou se zabýváme v této práci. Dále lze intervenovat po neúspěšném suicidálním pokusu, pokud možno bezprostředně potom, co sebevrah nabude vědomí a je schopen komunikovat. V tomto období bývají tito klienti otevření intervenci, postupem času se jejich otevřenost snižuje. Je-li čin dokonán, může být pomozeno pozůstalým (Špatenková, 2004a).

Z hlediska komunikačních kanálů, skrz které se suicidální intervence realizuje, ji můžeme dělit na intervenci telefonickou a tváří v tvář. Telefonická intervence v případě

suicidálního jednání má svá specifika, což je způsobeno absencí určitých komunikačních rovin, nemožností fyzicky zasáhnout a, v neposlední řadě, také tato forma poskytuje určitou anonymitu volajícímu. Kvůli posledně jmenovanému aspektu dávají, dle Havránkové (2002), klienti přednost právě této variantě. Z dalších výhod této formy jmenuje Špatenková (2004a) okamžitou dostupnost, překonání geografických a interpersonálních bariér. Pro intervenanta však skýtá jisté obtíže, s nimiž se musí vyrovnat. Krizový pracovník totiž nemůže, narozdíl od formy tváří v tvář, nijak okamžitě fyzicky zasáhnout a také musí počítat s tím, že klient ukončí rozhovor. Také může nastat situace, kdy bylo suicidium již započato a nelze jej efektivně zvrátit. Pak nezbyvá, než klienta doprovázet v jeho posledních okamžicích (Havránková, 2002).

4.2 Charakteristiky suicidální intervence

V úvodu této části jsme mluvili o tom, že jeden z hlavních úkolů krizové intervence v případě suicidálního jednání představuje zvrácení Ringelova presuicidálního syndromu u sebevražedného jedince. Než se pustíme do popisu konkrétních kroků, které mohou vést k zvrácení presuicidálního syndromu, je třeba uvést některé obecné charakteristiky suicidální intervence.

Výše jsme uvedli, že v první fázi Ringelova presuicidálního syndromu, dochází k vícevrstvému zúžení subjektivního prostoru jedince. Jedna z dimenzí tohoto zúžení, konkrétně oblast mezilidských vztahů, je, dle Špatenkové (2004a), přerušena, naváže-li suicidální klient emocionální kontakt s interventem. S tím souhlasí i Havránková (2002), když zdůrazňuje důležitost emoční angažovanosti. „Lidé v krizi jsou velmi vnímaví a citliví na lidskou účast, ostatně to je právě to, co od nás potřebují. Celou situaci krizové intervence pozitivně utváříme interakcí“ (Havránková, 2002, str. 495). A můžeme tak činit například technikami aktivního naslouchání - viz kapitola *Verbální techniky aktivního naslouchání* v části o krizové intervenci (srov. Lukeš, 2006). Leenaars (2004) míní, že u suicidálních jedinců je třeba specifického vztahu, který je charakterizován nesoudícím přístupem a autentickým zájmem o subjekt v krizi. Takový vztah je pak, dle tohoto autora, klíčem ke snížení pocitu nezvladatelného subjektivního utrpení. Vymětal (1995, str.49) shrnuje předcházející tvrzení, když uvádí, že „blízký mezosobní vztah se stává vztahem zachraňujícím a životodárným“.

V části o Suicidiu jsme se mnohokrát dotkli faktu, že za suicidálním chováním může stát potlačená agrese. Proto je žádoucí, v bezpečném rámci výše popsaného vztahu, vytvořit prostor pro ventilaci agresivních pocitů. (Leenaars, 2004; Havránková, 2002; Špatenková, 2004a). Kastová však varuje před příliš silným podporováním klienta v expresi vzteku vůči druhým lidem (původcům zranění), protože to pak může u suicidálního jedince vyvolat silné pocity viny,

což způsobí další újmu. I další autoři se však shodují na důležitosti adekvátní exprese agresivních pocitů (Frankel&Kranzová, 1998). To, co platí pro agresi, platí i pro ostatní pocity. Exprese emocí snižuje napětí a dává prostor pro další kroky v suicidální intervenci. „Propojení s vlastními emocemi člověka oživí, jejich exprese přinese uvolnění, hladina rozbouřených emocí přinese uvolnění“ (Havránková, 2002, str.486).

Další charakteristiku suicidální intervence představuje, dle Špatenkové (2004a), prolomení pesimismu, apatie či depresivního prožívání, čehož lze dosáhnout také vyčleněním problémů, které jsou řešitelné, a následnou pomocí při hledání řešení těchto problémů. To je další příklad rozšiřování zúženého percepčního pole. Pro začátek Sommers-Flanagan (2003) navrhuje klienta ubezpečit, že sebevraždu může zvolit jako řešení kdykoli poté, co si bude jistý, že zvážil všechny ostatní varianty. Tato jednoduchá technika může odstartovat proces situačního rozšiřování. Následně stejný autor doporučuje povzbudit klienta v produkci jiných řešení, například Schneidmanovou metodou jejich sepsání a evaluací subjektivní přitažlivosti každého možného řešení. „Stále zde existuje možnost, že klient zvolí sebevraždu jako nejlepší volbu (v tento moment jste získali velmi důležitou informaci pro další hodnocení klientova stavu). Na druhou stranu je velmi překvapivé, jak často suicidální klient nalezne jinou, vhodnější alternativu, skrz tuto Schneidmanovu metodu“ (Sommers-Flanagan, 2003, str.263). Suicidální intervence je, dle Leenaarse (2004), metoda zaměřena na řešení problému spíše než na hledání příčiny suicidálního chování někde hluboko v psychice klienta. To přenechává psychoterapii.

Již jsme se zmiňovali o tom, že suicidální intervence je charakteristická tím, že využívá techniky běžně užívané v krizové intervenci v širším pojetí. Příkladem takové techniky může být přerámování (reframing, viz také kapitola *Verbální techniky aktivního naslouchání*). Tu může intervent použít, když pomáhá klientovi zvládat jeho psychickou bolest. Jednou z variant užití v tomto případě představuje poskytnutí náhledu, že ve skutečnosti to je právě psychická bolest, a ne vlastní život, čeho se chce klient zbavit (Sommers-Flanagan, 2003).

Charakterizujeme-li krizovou intervenci v případě suicidálního jednání, je třeba také uvést to, co by se v ní objevit nemělo. V žádném případě by se intervent neměl s klientem hádat, například o tom, zda-li je suicidium ta správná volba. Místo toho je vhodné užít jiných technik k rozšíření zúženého subjektivního pole (Sommers-Flanagan, 2003). Krizový pracovník by také neměl klientovy problémy bagatelizovat. Již jsme popisovali důležitost exprese emocí (Havránková, 2002). V suicidální intervenci také není místo pro odsuzování a moralizování, klient potřebuje zažít přijetí v rámci výše popsaného vztahu (Špatenková, 2004a). Havránková (2002, str.495) k této tématice dodává, že u klienta „nemůžeme očekávat pozitivní ladění, vstřícnost, vděčnost. Zlobit se, urazit se, vracet agrese, to si v roli profesionála nesmíme

dovolit“.

Hovoříme-li se o komunikačním procesu suicidální intervence, je žádoucí zmínit jeden etický, ale také praktický problém. Tím je otázka lhaní, byť třeba instrumentálního, kdy se intervent snaží zvrátit nastartovaný proces letální sebedestrukce všemi prostředky. Lukeš (2006) zdůrazňuje nutnost poskytovat přesné informace, pravdivé a faktograficky přesné. Při suicidální intervenci v rámci zásahu jednotek IZS existuje totiž riziko, že při vystřídání vyjednavče může druhý intervent podat jiné informace než jeho předchůdce. „Potom by mohlo dojít k znejistění suicidanta či odvrácení jeho zájmu o komunikaci“ (Lukeš, 2006, str.13). Lukeš (2006) ale připouští možnost zamlčení informací odpovědí typu „nevím“, „nemohu říci“ v případě, že by takové informace naprosto jednoznačně přitížily stavu suicidanta. Vybíral (2003, str.22) označuje takový postup jako polopravdu a definuje ji, když míní, že „při polopravdivém informování mluvčí neprozradí vše, co by pro příslušnou promluvu v dané chvíli a daném kontextu – a to hlavně z hlediska adresáta, resp. adresátovy informovanosti – bylo potřeba“. Dle Lukeše (2006) je však taková polopravda lepším řešením než užití otevřené lži. Burke a Francis (1995) upozorňují na jeden závažný důsledek lhaní v rámci krizového vyjednávání. Pokud totiž příslušník police (ale i zástupce kterékoli jiné instituce či organizace) suicidantovi nebo pachateli lže, tak hrozí riziko, že pokud se stejná osoba dostane opět do kontaktu s policií (či jinou institucí nebo organizací), nebude již zástupci zákona důvěřovat a vyjednávání bude obtížné. To by v našich souvislostech mohl být problém zejména u opakujících se demonstrativních pokusů o sebevraždu. Burke a Francis (1995) však připouštějí lhaní jako variantu komunikace, pakliže by takový čin byl nezbytný k záchraně života.

Další charakteristikou suicidální intervence je práce s některými mylnými přesvědčeními suicidanta. Již jsme zmiňovali sebevrahovu domněnku, že se svým činem všem pomstí, která vychází z nezralého pojetí smrti, kdy si jedinec plně neuvědomuje, že bude mrtev a tudíž mu pomsta nepřinese uspokojení. Jinou variantou takového myšlení může být snaha svým činem manipulovat ostatní. Je sice možné, že suicidantovo okolí by jeho finálním činem bylo ovlivněno, ovšem nemusí to tak být, ale hlavně sebevrah již bude po smrti. Takže tento omyl opět vychází z dětského pojetí smrti (Frankel&Kranzová, 1998). Kastová (2000) navrhuje aplikovat imaginativní techniku „cesta časem“. Ta spočívá v tom, že intervent vede suicidanta k tomu, aby si představil, co by mohlo nastat během půl roku, roku nebo pěti let. Dle Kastové (2000, str.67) totiž „k podstatným rysům krize patří, že člověk, který v ní uvízl, má pocit, jako by realita plynoucího času vůbec neexistovala. Pokud se cesta časem podaří, pak si člověk, který prožívá krizi, může znovu uvědomit časovou dimenzi, a tím zruší ono zúžení“. K mylným závěrům mohou také dojít jedinci, kteří mají pocit, že jsou závislí na ostatních. Někteří tito lidé

mohou dojít k závěru, že jejich vlastní život je to jediné, nad čím mají kontrolu. Opět je ovšem potřeba konfrontovat s finalitou suicidia (Frankel&Kranzová,1998).

V části o suicidiu jsme hledali souvislost mezi psychopatologií a sebevraždou. Zjistili jsme, že určité spojení tu je, a také, že různí autoři se velmi liší v názoru na tuto problematiku. Kapitulu jsme ukončili konstatováním, že v současné době neexistuje empirická studie, která by potvrdila vyšší efektivitu suicidální intervence a prevence realizované v souladu s patologizujícími postoji . Takové stanovisko podporuje Lukeš (2006, str.5), když píše, že „v prvním kontaktu s osobou, vykazující symptomy suicidia, není nutné pátrat po předcích ani hledat duševní poruchu, ale je nutné okamžitě komunikovat a zjišťovat stav a důvody aktuální“.

V úvodu části suicidální intervence jsme předložili tvrzení Špatenkové, že v suicidální intervenci jde o zvrácení Ringelem definovaného presuicidálního syndromu. Dle Kastové (2000) existuje ještě jeden důležitý úkol v suicidální intervenci. Tato autorka navazuje na Henselerovo pojetí presuicidálního vývoje a tvrdí, že krizová intervence v případě sebevražedného jednání spočívá nejen ve zvrácení Ringelova presuicidálního syndromu, ale také „v nalezení centrálního zranění a ve zjištění jeho významu podle odpovídajících pocitů“ (Kastová, 2000, str.63-64).

4.3 Základní dovednosti neverbální a paraverbální komunikace v suicidální intervenci

Většina odborníků na lidskou komunikaci se shoduje v názoru, že neverbální složka komunikace tvoří velmi důležitou část celého sdělení. Proto v této kapitole lehce nastíníme vhodné způsoby užití neverbálních komunikačních kanálů v tak specifické situaci, jakou suicidální intervence bezesporu je.

V kontaktu tváří v tvář by měl intervent ovládat svůj hlas, ale i řeč těla. Je žádoucí, aby působil navenek klidně, i v případě, že uvnitř klidný není (Koutek, 2003). Dle Havránkové (2002) suicidální jedinec může vykazovat výrazné zpomalení psychomotorického tempa, které je třeba respektovat. Zvláště nevhodné je dávat najevo svou netrpělivost. Lukeš (2006) považuje za vhodné mluvit pomalu, zřetelně, jednoduchým jazykem, bez nevhodných neverbálních doprovodů. Havránková (2002) doporučuje zaujmout otevřenou, uvolněnou polohu těla, uklidňující klienta, který se může reflexně přizpůsobit, uklidnit se a otevřít. Lukeš (2006) uvádí, že probíhá-li komunikace ve stoje, není vhodné stát čelem proti suicidantovi mužského pohlaví, spíše je lepší nenápadným úkrokem dostat se na boční postoj. U suicidální ženy by měl intervent volit spíše čelní postoj. Lukeš (2006) varuje před vstupem do osobní zóny, která se nachází přibližně 50 až 100 cm kolem jedince. „Pokud narušíte svým chováním či přístupem tuto zónu, můžete vyvolat pocity nejistoty či ohrožení člověka a následné agresivní projevy, případně

zintenzivnění suicidálních aktivit“ (Lukeš, 2006, str.10). Intervent by měl udržovat oční kontakt se suicidantem, ovšem nedoporučuje se upřený pohled, jelikož působí agresivně. Pohled do očí by měl být po 4-7 sekundách přerušen a poté znovu obnoven (Lukeš, 2006). Lukeš (2006) tak uvádí význam směru odklonění pohledu. Odklonění do strany, dle něj, znamená nezájem, odklon dolů je interpretován jako projev ochoty, submise, přátelství. Odklon nahoru může uvést druhou osobu do stavu napětí. Odehrává-li se komunikace ve fyzickém kontaktu, doporučuje Lukeš (2006) zahájit intervenci podáním ruky. Ten může mít též různé významy. Pro vyjádření ochoty akceptovat, může intervent podat ruku malíkovou hranou nahoru (dlaň dolů je interpretována jako submisivní projev, opačně jako dominance). Stisk je vhodný držet asi 4-5 sekund (delší je považován za vyjádření dominance), vhodný je doprovod krátkého pohledu do očí (Lukeš, 2006).

4.4 Obecné zásady komunikace s klientem vykazujícím depresivní symptomatiku

Vzhledem k relativně vysokému výskytu depresivní poruchy u suicidálních jedinců uvedeme některé zásady komunikace s takovými lidmi. Výše jsme pojednávali o tom, že depresivní prožívání má své charakteristiky a svou vnitřní logiku, byť na první pohled se může zdát nesmyslná. S tím se pojí i určitá specifika v komunikaci.

Depresivní nálada a chování vyvolávají určité reakce ve svém okolí. Nejčastější a adekvátní reakcí je soucit. Praško (2003) však varuje před přeháněním projevů soucitu, neboť to může působit značně kontraproduktivně. Přehnaný soucit totiž může vést k automatickým negativním myšlenkám, v nichž figuruje klientovo přesvědčení, že všichni vidí, jak je mu špatně a že jeho stav musí být opravdu hrozný, když reagují takto silně. A jak víme, na automatické negativní myšlenky se váže afektivní složka, na tu zase behaviorální dimenze, takže bludný kruh deprese se prohlubuje.

Jiný typem destruktivní reakce je agrese. Spočívá v nadávání, nucení, aby se postižený vzchopil. Je jasné, že takové chování depresivní příznaky jen zhoršuje. Čeho se však lidé v kontaktu s depresivním jedincem dopouští nejčastěji, je falešné posilování, kdy se snaží depresivního jedince ujistit, že mu zase bude dobře, že se z to co nevidět „dostane“. Reakce tohoto typu svědčí o nepochopení závažnosti a hloubky depresivního onemocnění a rozhodně nepomáhají (Praško, 2003). Za škodlivé se také považují snahy člověka v depresi násilně rozveselit. Depresivní jedinec si pak ještě více uvědomí, že není schopen se z ničeho radovat a být šťastný jako ostatní lidé (Anders, 2001).

Za efektivní je naopak považován trpělivý, empatický postoj. Praško (2003, str.71) píše,

že „pochopení mobilizuje aktivitu postiženého“. Ohled by měl být brán také na to, že jedinec, stížený depresí, se může projevat poněkud zpomaleným tempem myšlení a chování, což je třeba respektovat (McKenzie, 2001).

4.5 Suicidální intervent

Dalo by se říci, že celou část o suicidiu jsme věnovali popisu objasnění suicidálního chování, tedy lidem, kteří jej vykazují. Nyní je na čase poukázat na některé psychologické skutečnosti spojené s druhým účastníkem procesu suicidální intervence, tedy s interventem. Podíváme-li se do odborné literatury, zjistíme, že suicidálnímu interventovi je věnována nesrovnatelně menší pozornost narozdíl od druhého účastníka celého procesu. A přitom právě na umění a schopnostech interventa často závisí lidský život. Toto je jeden z hlavních argumentů pro badatelskou činnost v oblasti vývoje evaluačních nástrojů dovednosti suicidální intervence.

V této kapitole se nebudeme snažit o podrobnou charakteristiku osobnosti suicidálního interventa, spíše uvedeme některé zajímavé jevy a souvislosti, spojené s lidmi, kteří provádějí krizovou intervenci v případě suicidálního jednání.

Již jsme mluvili o tom, že při provádění krizové intervence, by měl krizový pracovník znát svá slabá místa. U práce se suicidálními jedinci to platí dvojnásob. Dle Havránkové (2002) by měl každý adept na roli suicidálního interventa nejprve reflektovat své vlastní suicidální tendence a dobře znát svůj vnitřní obraz smrti. „Pokud všechno, co v nás samých souvisí se sebevraždou, odmítáme, zaháníme a potlačujeme, pokud se snažíme vyhnout zdroji úzkosti a strachu sami v sobě, můžeme si být jistí, že nás strach a úzkost budou věrně doprovázet“ (Havránková, 2002, str. 483). Kastová (2000) upozorňuje, že pokud osoba, která pracuje se suicidálním jedincem, příliš potlačuje svou suicidální tematiku, může hrozit, že ji bude v rámci protipřenosu projikovat do sebevražděného jedince a ten ho svými tendencemi může vydírat. S tím souvisí stanovení hranic vztahu mezi klientem a interventem. Dle Reginiho (2004) zkouší někdy suicidální jedinci s interventem manipulovat. To by však krizový pracovník neměl dopustit už proto, že v takových podmínkách je obtížné vytvořit raport. Místo toho by měl citlivě vyjádřit skutečnost, že klient je za své jednání sám zodpovědný. Kastová (2000) v takové situaci také doporučuje zdůraznit klientovi jeho vlastní odpovědnost za své činy, navíc je však, dle ní, třeba klienta konfrontovat s finalitou sebevraždy.

V souvislosti s hranicemi vztahu Kastová (2000) hovoří o zajímavé, ale naléhavé a palčivé otázce, jestli můžeme akceptovat, že se někdo chce zabít, nebo musíme život chránit za každou cenu. Dle Kastové (2000, str.52) existují dva extrémní – autoři, kteří hovoří o záchraně za

každou cenu a pak ti, kteří zastávají názor, že „sebevražedné úmysly je třeba chápat jako symptom nebo jako symbol, že je třeba reflektovat význam tohoto symptomu a zpracovat psychickou situaci“. Někteří zastánci druhého názoru potom míní, že bychom klienty v jejich přání zemřít mohli doprovázet (Kastová, 2000). Pakliže, dle Kastové, (2000) člověk pracuje se suicidálními jedinci častěji, je těžké smířit se s pouhým doprovázením. Kastová se tedy kloní k ochraně lidského života, avšak zároveň dodává, že je nesmyslné požadovat, aby suicidální tendence u klienta náhle zmizely. Je třeba s nimi počítat. Kastová (2000) celou problematiku uzavírá slovy, že „když si je suicidální jedinec vědom, že mu terapeut nechává otevřenou možnost volby mezi dalším životem a smrtí, bude volit spíše život“.

Co se však stane, když suicidant svůj čin dokoná? Jaký psychologický dopad může mít taková událost na intervenanta? Na tuto otázku se snažilo najít odpověď relativně malé množství badatelů. V této souvislosti uvedeme kvalitativní výzkum Tingové, Sandersové, Jacobsonové a Powera publikovaný v roce 2006. Tito autoři zkoumali jaký dopad má na sociálního pracovníka skutečnost, že jeho klient dokoná suicidium. Výzkum byl prováděn metodou polostrukturovaného interview na souboru 25ti subjektů. Autoři identifikovali dvanáct hlavních témat. Prvním z nich bylo popření a neochota uvěřit skutku jejich klienta. V této souvislosti účastníci výzkumu uváděli, že prožívali také šokovou reakci. Dalším zjištěným tématem byl smutek a pocit ztráty. Probandi uváděli pocity hlubokého smutku, depresivní stavy. Někteří dokonce trpěli velmi nepříjemnými tělesnými symptomy. Další téma, které výzkumníci odhalili, byl hněv. Ten byl směřován buď na zemřelého klienta, nebo na zaměstnavatele či širší společnost. Někteří sociální pracovníci se cítili zesnulým klientem odmítnuti, protože se domnívali, že nedůvěřoval jejich schopnostem. Jiní byli rozhořčeni, protože klient opustil svou rodinu. Sebevražedné počínání bylo někdy označováno za sobecké a manipulativní. Někteří účastníci výzkumu mínili, že zaměstnavatel je dostatečně nepřípravil na takovou událost, nebo že se jim následně nedostalo dostatečné opory. Jako další téma vyčlenili autoři výzkumu sebeobviňování a pocity viny. Probandi často pochybovali o správnosti svých kroků před osudným činem jejich klienta. Další vymezenou společnou kategorií vnitřních obsahů byly pochyby o vlastní profesionální kompetenci. Někteří sociální pracovníci, zejména ti, kterým se nedostalo následné supervize, se cítili izolováni se svým problémem. Naproti tomu pracovníci, kteří využili kvalitní supervize, pocity izolace vykazovali méně. Určitá část probandů projevovala po tragické události snahu vyhybat se dalším potenciálně suicidálním klientem. Sociální pracovníci také zažívali vtíravé pocity úzkosti a strachu, týkající se psychického stavu jejich dalších klientů a možnosti znovuoživení suicidia v jejich kariéře. Někteří z probandů uváděli, že vtíravá vzpomínka na sebevraždu jejich klienta je bude provázet celý život. Účastníci

výzkumu také udávali změny v jejich profesionálním chování, několik z nich dokonce registrovali posun v jejich chování v osobním životě. Předposlední výzkumem odhalené téma spočívalo v ospravedlňování celé situace. Někteří sociální pracovníci totiž tvrdili, že klientovi nabídli všechnu možnou péči, on se však přesto sám ze své vůle rozhodl suicidovat. Posledním, a dalo by se říci klíčovým tématem, identifikovaným výzkumníky, bylo přijetí tragické události. Dle výpovědí zúčastněných sociálních pracovníků přijetí suicidia klienta záviselo z velké části na podpoře ze strany jak spolupracovníků a zaměstnavatele, tak i dalšího sociálního okolí. Další faktor precipitující přijetí tragické události spočíval v uvědomění si hranic vlastní kompetence (Tingová&Sandersová&Jacobsonová&Power, 2006).

Autoři tohoto výzkumu dodávají, že podobná témata a reakce byly nalezeny i v jiných studiích, kde výzkumný soubor tvořili psychologové a psychiatři pracující se suicidálními klienty. Výše zmíněné negativní pocity byly lépe zvládnuty, jestliže bylo provedeno objektivní přezkoumání klientova případu a jako efektivní se také ukázaly skupinové debriefingy (Tingová&Sandersová&Jacobsonová&Power, 2006).

Jiný výzkum, týkající se profesionálů, kteří pracují se suicidálními jedinci, je z oblasti osobnostních předpokladů pro tuto náročnou činnost. Brownová a Rangeová (2005) na vzorku 279ti vysokoškoláků zkoumaly, zda rys úzkostnosti znesnadňuje, či naopak ulehčuje práci se suicidálními klienty. Výzkumnou metodou byla SIRI-II, jejíž česká verze je předmětem naší práce. Vraťme se však k výzkumu Brownové a Rangeové. Studie ukázala, že rys úzkostnosti pozitivně koreluje s lepšími výsledky v SIRI-II, což lze interpretovat tak, že rys úzkostnosti může zvyšovat míru schopnosti vykonávat efektivně suicidální intervenci. Nesmí být ovšem přítomna úzkost ze smrti (resp.strach ze smrti). Ta totiž koreluje negativně s dobrými výsledky v SIRI-II (Brownová&Rangeová, 2005).

S výskytem úzkosti během krizové intervence v případě sebevražedného jednání může souviset i znalost, či neznalost obecného postupu v tomto procesu (Leenaars, 2004). V následující kapitole budeme hovořit o modelech suicidální intervence.

4.6 Modely suicidální intervence

Již v první části, věnované krizi, jsme uváděli, že nikdy nesmíme opomíjet individuální charakter každé duševní krize. Přesto jsme však viděli, že je možné v rámci krizové intervence pracovat s jedincem, zakoušejícím krizi, dle určitého modelu. Stejně tomu je i v oblasti suicidální intervence. Podle Leenaarse (1994) je model poskytující rámec suicidální intervenci nezbytný. Intervent postupuje racionálně a systematicky a zároveň znalost takového modelu může snižovat úzkost krizového pracovníka. Stejný autor však neopomíjí jedinečnost každé

suicidální krize, když dodává, že krizový intervent si musí být vědom toho, že neexistuje žádný přesný návod, jak pracovat se suicidálním jedincem (Leenaars, 1994).

Nejprve rozebereme model výše zmíněného autora. Poté obrátíme pozornost směrem k naší odborné literatuře, když popíšeme model uváděný Špatenkovou. Nakonec se budeme stručně věnovat některým dalším modelům suicidální intervence.

4.6.1 Leenaarsův model suicidální intervence

Nyní se již budeme zabývat konkrétním modelem, který vytvořil Leenaars. Sám autor k němu poznamenává, že není nijak výjimečný, tvoří rámec, vycházející z obecných znalostí suicidální intervence. Leenaars (2004) také dodává, že krizový intervent by jej měl umět pružně přizpůsobit jedinečnosti konkrétní situace, nemusí se jej tedy absolutně držet za každou cenu. Vždyť rigidita myšlení je jedním z příznaků zúžení subjektivního prostoru suicidanta, a to by krizový intervent neměl nikdy napodobovat, jestliže on má být ten, kdo pomáhá najít cestu z krize ven (Leenaars, 2004)

Leenaars (1994, str. 341-360; 2004, str. 197-207) vytvořil model obsahující pět fází: 1) vytvoření rapportu, 2) prozkoumání, 3) zaměření, 4) vytváření možností a plánování činnosti, 5) ukončení. K jednotlivým fázím:

- 1) *Vytvoření rapportu.* Krizová intervence začíná při prvním kontaktu s jedincem v krizi. Tehdy je třeba, aby se začal utvářet aktivní a nesoudící vztah mezi oběma účastníky celého procesu. Intervent může tohoto úkolu dosahovat pomocí empatického projevení zájmu o klienta. Pro zmenšení suicidálního rizika je třeba zmírnit mučivé vnitřní obsahy suicidálního jedince, které zahrnují beznaděj a zoufalství. A právě vztah je klíčem k cíli tohoto procesu. V něm je možné ventilovat a interpretovat tíživé emoce, probírat reálné možnosti řešení krize, apod. (Leenaars, 2004).
- 2) *Prozkoumání.* V této fázi je třeba explarovat klientovy individuální významy situace. Leenaars (2004) poznamenává, že je velmi překvapivé, jaké různorodé situace mohou vyústit v suicidální krizi. Intervent tedy musí umět nahlédnout situaci z klientova pohledu. To však neznamená, že by akceptoval jeho řešení. Naopak, je žádoucí, aby rozšiřoval suicidantovu zúženou percepci situace. Intervent tak může činit pomocí techniky přerámování (přeformulace, refarming, viz také kapitola *Verbální techniky aktivního naslouchání*). Cílem této snahy je poskytnout klientovi náhled, že jeho problém sice skýtá bolest, ale lze jej unést (je zvladatelný). Leenaars (2004) se také vyjadřuje k problému přebírání zodpovědnosti za klienta. Dle jeho názoru by intervent rozhodně neměl plně převzít odpovědnost za suicidantova rozhodnutí výrokem typu „nebojte,

nedopustím abyste si ublížil“. Takový výrok může mít tragické následky. Nicméně v počátečních fázích je někdy třeba klienta stimulovat k akci, směřující k zachování života. Ve fázi explorace je třeba mít na paměti, že suicidantova psychická bolest je často podmíněna některou blokovanou, či frustrovanou potřebou, která subjektem vnímána jako důležitá (Leenaars, 2004). Další důležitá skutečnost, kterou by si měl intervent uvědomovat, je ambivalence v suicidantově prožívání. Je nutné, aby se intervent přidal na stranu života v tomto rozporu (Leenaars, 1994).

- 3) *Zaměření.* Po prozkoumání klientových významů se intervent a klient zaměří na hlavní problém, na nejvíce bolestivé pocity. Téma je třeba specifikovat, neboť jedinec v suicidální krizi bývá často příliš zahlcen vlastní bolestí, než aby se dokázal soustředit. Leenaars poznamenává, že krizi intervent rozhodně nezhorší tím, že o ní s klientem mluví. Suicidant ji už stejně prožívá naplno, zakouší pocity beznaděje, zoufalství či hněvu. V této fázi dochází k ventilaci a interpretaci nejvíce bolestivých emocí, což může vést k uvolnění a zlepšení psychického stavu klienta (Leenaars, 2004).
- 4) *Vytváření možností a plánování činnosti.* Suicidální jedinec trpí zúžením subjektivního pole. Většinou vnímá pouze dvě možnosti – buď úplné vyřešení situace, nebo ukončení bolesti skrz suicidium. Ve fázi vytváření možností a plánování činností se intervent snaží rozšířit zúženou perspektivu suicidanta. Jak víme, krizová intervence si neklade za cíl změnu klientovy osobnosti, ale jejím posláním je pomoci klientovi, aby lépe zvládal svůj problém. V suicidální intervenci by proto intervent neměl analyzovat proč klient chce spáchat sebevraždu, ale místo toho mu pomoci při hledání jiných, konstruktivních řešení situace. Mohou být diskutovány zcela konkrétní témata a věci reálného života. I to pomáhá zmírnit suicidální tendence. Efektivní je také již zmíněná identifikace frustrovaných potřeb a hledání způsobů jejich, alespoň částečné, saturace (Leenaars, 2004). Jako důležité se jeví interpersonální vztahy. Proto Leenaars (2004) doporučuje, aby intervent povzbuzoval klienta v hledání zdrojů z této oblasti, aby se snažil nalézt způsoby, jak pozitivně zapojit své blízké do krize, kterou prožívá. Leenaars také (1994) navrhuje, aby intervent konfrontoval suicidanta se skutečností, že suicidium může spáchat kdykoli, nemusí to být nutně v době intervence. Poté může aplikovat Schneidmanovu techniku vytvoření seznamu řešení a ohodnocení jejich přitažlivosti (viz výše, kapitola *Charakteristiky suicidální intervence*). Tato technika může klienta uklidnit a hlavně rozšiřuje jeho zúženou percepci problému. Po další diskusi o možných řešení situace a o zdrojích z oblasti interpersonálních vztahů nastává okamžik, kdy se intervent klienta zeptá, co se chystá v blízké době udělat. Pakliže jedinec v krizi vyprodukuje

odpověď pasivního charakteru, je třeba se vrátit k první fázi tohoto modelu. V případě odpovědi aktivního charakteru lze pokračovat k dalšímu kroku (Leenaars, 2004).

- 5) *Ukončení*. Před samotnou terminací suicidální intervence Leenaars (1994) považuje za důležité shrnout s klientem celý proces a odkázat ho na další péči, kterou by mohl potřebovat. Poté by měl být klient dotázán na to, zda se domnívá, že se mu dostalo toho, co potřeboval. Odpoví-li záporně, intervent se vrací do druhé fáze modelu (Leenaars, 2004).

4.6.2 Model suicidální intervence dle Špatenkové

Špatenková (2004a, str.146-147) nabízí model, který zahrnuje větší množství konkrétních kroků. Dle této autorky tedy krizová intervence v případě suicidálního jednání může probíhat následovně:

- 1) *Navázání kontaktu s klientem*.
- 2) *Zachovat klid*. Intervent by neměl být zahlcen kritickou situací.
- 3) *Krátké zhodnocení situace*. I když situace nasvědčuje suicidálním úmyslům klienta, je třeba se otevřeně zeptat, zda se klient chystá spáchat sebevraždu. Při kladné odpovědi je vhodné se zeptat na konkrétní plán. Další možná otázka může směřovat na předchozí suicidální myšlenky. Špatenková (2004a) uvádí, že pokud se jimi klient zabýval v předchozích dvou letech, lze identifikovat Ringelův presuicidální syndrom. Případně lze explarovat minulé efektivní copingové strategie.
- 4) *Zhodnocení nebezpečí*. Intervent zjišťuje akutní ohrožení života – jestli má klient v ruce zbraň, jak je daleko od okraje střechy, apod.
- 5) *Okamžitá redukce nebezpečí*. Intervent by se měl snažit odrazovat klienta od další konzumace alkoholu, přimět ho, aby odložil zbraň z dosahu, apod.
- 6) *Odpustit si hlubokou analýzu příčin*. Stejně jako Leenaars (2004), i Špatenková (2004a) se domnívá, že je lepší zaměřit se na aktuální podněty a problémy, než zjišťování psychologických příčin suicidálního jednání.
- 7) *Vyjádřit opravdový zájem*.
- 8) *Identifikovat záchytný bod*. Intervent se zaměřuje na zúžení klientových hodnot v rámci Ringelova presuicidálního syndromu, respektive hledá zbylé relevantní hodnoty.
- 9) *Určit motivující faktor*. Krizový intervent zjišťuje, čeho chce sebevrah svým jednáním dosáhnout, zda je přítomna interpersonální tematika, volání o pomoc, atd.

- 10) *Nabídnout jinou alternativu.* Tento krok představuje nabídnutí vzhledu klienta do skutečnosti, že sebevražda je pouze jedno z mnohých řešení situace. Také je vhodné klienta konfrontovat s finalitou suicidia.
- 11) *Nabídnout specifický plán.* V tomto kroku Špatenková (2003a, str. 147) doporučuje „nabídnout možné spektrum řešení problémů a realisticky spolu s klientem vyhodnotit jiné možné řešení jeho problému, než sebevraždou.
- 12) *Nabídnout možnosti pomoci.* Intervent v této fázi nabízí kontakty na další pomoc, kterou si klientův stav žádá.
- 13) *Nepřemlouvát, aby nespáchal sebevraždu.* Dle Špatenkové (2004a) by měl intervent dát klientovi najevo jeho svobodu volby, ale také to, že stojí na straně života.
- 14) *Uzavřít kontrakt o nespáchání sebevraždy.* V tomto místě Špatenková (2004a) doporučuje uzavřít s klientem smlouvu o přežití. Tyto smlouvy představují dohodu s klientem o tom, co bude dělat v případě, že jej znovu budou tížit silné suicidální tendence. Klient se v nich zavazuje, že si v určitém časovém úseku nezpůsobí újmu na zdraví. Trvání takové smlouvy bývá obvykle stanoveno tak, aby její konec byl spojen s další návštěvou krizového centra či terapeuta. O podobě a efektivitě smluv o přežití se vedou teoretické spory, v zásadě se ale autoři shodují, že by tyto kontrakty neměly být chápány jako příliš silná záruka. Nemohou tedy nahradit adekvátní péči a přístup ke klientovi (Rangeová&Campbellová&Kovac&Marion-Jonesová&Aldridgeová&Holly&Kogos et al., 2002).. Zbořilová (2006) však smlouvu o přežití modifikuje na dobu samotné suicidální intervence. Pak by ji bylo možné aplikovat v rámci jediného setkání.

4.6.3 Ostatní modely suicidální intervence

O vytvoření modelů krizové intervence se samozřejmě pokusilo více autorů, než dva již zmínění. My, v krátkosti, uvedeme model nabízený Koutkem (2003). Můžeme si všimnout, že přes rozličný počet kroků a jiné pojmenování jednotlivých fází, můžeme najít jisté společné aspekty zobecněných konstruktů komunikace se suicidálními jedinci. Podíváme-li se zpět do části věnované suicidiu, zjistíme, že existují určité společné charakteristiky suicidálního prožívání a tudíž je jasné, proč můžeme mezi jednotlivými modely nalézt určité podobnosti.

Koutek (2003, str.96) nabízí tyto zásady krizové intervence, jež je ovšem možné chápat také jako postup: 1) je nutné navázat s postiženým kontakt a ten dále rozvíjet, 2) je třeba udržet komunikaci, 3) dále je vhodné dát najevo svou empatii, což ovšem neznamená souhlas s klientovým jednáním, 4) je nutné porozumět suicidálnímu jednání jako volání o pomoc, 5) je

třeba společného hledání alternativních řešení problémů, 6) je třeba hledat alternativy i pro budoucnost, pro řešení budoucích krizí, 7) v případě duševní poruchy při hrozícím opakování sebevražedného jednání je nutné zajištění další péče.

Koutek (2003) dodává, že každá intervence by měla být přizpůsobena potřebám individuální situace. „Jiný bude náš postup u těžce depresivního pacienta se závažnými suicidálními tendencemi, jiný u účelového suicidálního pokusu. V prvním případě bude náš přístup spíše podpůrný, v druhém interpretující“ (Koutek, 2003, str.96).

4.7 Styl suicidální intervence

Popisovali jsme jednotlivé modely suicidální intervence. Jak ale v praxi probíhá jejich užívání? Existují rozdíly mezi styly jejich použití? A který styl se zdá být pro klienty nejvhodnější? Jako možnou inspiraci pro odpověď na tuto otázku uvedeme výzkum Thomase a Leitnera publikovaného v roce 2005.

Thomas a Leitner (2005) míní, že dnešní přístup ke krizové intervenci v USA vychází z teoretického modelu z konce padesátých let. Většinou jsou takové modely interpretovány prakticky krizové intervencí tak, že intervent má být asertivní, aktivní, až agresivní (ve smyslu přebírání zodpovědnosti za klienta). Tento přístup byl výše zmíněnými autory identifikován jako „útočný“. Útočný styl suicidální intervence zahrnuje, dle Thomase a Leitnera (2005), užití síly a klamání, což lze charakterizovat jako akce proti klientově vůli učiněné v přesvědčení, že bylo jednáno ve prospěch jedince v krizi. Tento styl zahrnuje také boj o moc mezi klientem a interventem, nedobrovolnou hospitalizaci, naznačování, že suicidium je nemorální řešení, informování rodiny navzdory nesouhlasu klienta, intervent podniká kroky bez předchozí rady s klientem o nich. Druhý ze tří identifikovaných stylů suicidální intervence byl autory nazván jako „únikový“. Při něm se intervent nechce v suicidální intervenci příliš angažovat, chce z ní uniknout. Intervent se takto může chovat kvůli tomu, že není sám schopen čelit klientovu utrpení. Může například pokládat sugestivní otázky, typu „ale nepřemýšlíte o tom, že byste si ublížil, že?“ V krajním případě dochází k vyhýbání se tématu sebevraždy. Třetím, a dle autorů studie, nejvhodnějším přístupem je „ideální“ styl. Jde o nesoudící a empatický přístup, kdy se místo patologizování suicidálního chování hledá jeho smysl a význam. Avšak nezahrnuje akceptování klientovy touhy zemřít. Vztah mezi interventem a klientem lze popsat jako spolupráci plnou respektu. Intervent potvrzuje klientovy pocity, ale zároveň je pomáhá oddělit od těch, které vedou k sebedestruktivnímu chování. Jestliže se klient dostane do situace, kdy je potřeba užít donucovacích metod, aby se zabránilo suicidiu, klient bude i tak vnímat interventův opravdový zájem o něj později, až se situace zklidní (Thomas&Leitner, 2005).

Thomas a Leitner (2005) se snažili zjistit, jakým stylem krizoví intervenenti skutečně pracují a jaký styl považují za nejlepší klienti v rámci přesvědčení, vycházejícího z humanistické psychologie, že klienti jsou nejlepšími odborníky na své vlastní problémy. V první části užíli autoři metodu polostrukturovaného rozhovoru aplikovanou na soubor 48 profesionálů, provozujících krizovou intervenci i v případě suicidálního jednání. Výstupy jednotlivých intervíí byli hodnoceny hypotézy neznalými odborníky, kteří je přiřazovali do tří výše uvedených stylů (byly možné i kombinace stylů). Výsledky ukázaly, že přestože by se intervenenti rádi prezentovali v ideálním stylu, většinou by se jejich přístup dal označit za „útočný“. Na škále od 0 do 10ti dosahovala průměrná hodnota útočného stylu 5,2; ideálního 3,9 a únikového 1,6. V druhé části studie bylo použito polostrukturovaného rozhovoru na soubor jedinců, u kterých se v posledních šesti měsících objevilo suicidální chování, kvůli kterému pak byli léčeni. Studie ukázala, že 80% těchto klientů preferuje ideální styl, 15% útočný styl a zbylých 5% únikový. To by, dle Thomase a Leitnera (2005), mohlo znamenat, že krizoví intervenenti neposkytují to, co preferují jejich klienti.

Autoři této studie dodávají, že výzkumný soubor vykazoval určitá specifika (klienti a profesionálové byly rekrutováni z center komunitní péče) a výsledky pravděpodobně není úplně možné generalizovat na zbytek populace (Thomas&Leitner, 2005).

4.8 *Evaluace efektivity suicidální intervence*

Možnosti evaluace efektivity suicidální intervence zdaleka nepředstavuje pouze námi zkoumaná metoda SIRI.

Neimeyer a Pfeifferová (1994) hovoří o genezi způsobů evaluace efektivity procesu suicidální intervence. Krizová intervence má své počátky na konci padesátých let. V Británii založil Chad Varah první linku důvěry (viz výše). Druhým proudem je tradice založena Los Angelským krizovým centrem v roce 1957. Stoupenci tohoto proudu užívají poněkud jiné pojetí krizové intervence, jsou více direktivní, zaměřeni na klientův problém než na jeho emoce. Na konci sedmdesátých let došlo v USA k boomeru krizových center. Začaly první pokusy o hodnocení efektivity.

První z metod užívá spíše sociodemografických poznatků, kdy sleduje míru sebevražednosti v regionech, kde krizová centra jsou a kde ne. Tato metoda však není zcela spolehlivá, podléhá určitým zkreslením, jako všechny studie podobného typu (Neimeyer a Pfeifferová 1994).

Druhou metodou bylo sledování spokojenosti suicidálních jedinců volajících do krizového centra. Od některých klientů byl zjištěn kontakt a bylo jim zavoláno například dva měsíce poté, co v suicidální krizi zvolili jako pomoc krizovou linku. V následném interview výzkumník zjišťoval spokojenost probanda. Velkým problémem těchto výzkumů bylo subjektivní zkreslení informací, vyhasínání vzpomínek (Neimeyer a Pfeifferová 1994).

Další z metod užívaných již na mikroúrovni jsou dodnes postupy typu hraní rolí, kde se modelují určité typické situace, v tomto případě jedne subjekt simuluje suicidálního klienta, druhý intervenuje. Vznikla řada vyhodnocovacích škál, které měly tento proces standardizovat. Problémem této metody byla její personální, časová a finanční náročnost na každé opakování (Neimeyer a Pfeifferová 1994).

K hodnocení subjektivních dovedností v suicidální intervenci Neimeyer a MacInnes v roce 1981 vyvinuli metodu *Suicide Intervention Response Inventory (SIRI)*. Jedná se o nástroj, který měří schopnost rozeznání vhodné odpovědi potenciálně suicidálnímu jedinci. Skládá se z pětadvaceti položek. Každá položka je uvedena klientovým výrokem, který popisuje jeho situaci. Následují dvě možné odpovědi interventa, jedna z perspektivy suicidální intervence pomáhající, druhá neutrální či škodlivá (Neimeyer & Bonnellová, 1997).

Naši hlavní výzkumnou metodu představíme v následující části.

Výzkumná část

5 Výzkumný problém a cíl práce

Suicidální intervence si klade za cíl odvrácení rizika sebevraždy u osob, které demonstrují úmysl suicidia, potýkají se s naléhavými intrapsychickými suicidálními obsahy, nebo již započaly sebevražedný pokus. Tato metoda práce s klientem zahrnuje určitý soubor postupů a technik, které primárně vycházejí z krizové intervence. Pohybujeme se v oblasti, kde není místo pro provádění intervence bez adekvátního výcviku, znalostí a dovedností. V této souvislosti je velmi zarážející, že v našich podmínkách doposud neexistují standardizované metody, které by rámcově dokázaly měřit alespoň některé z dovedností potřebných při výkonu tak závažné činnosti.

Cíl této práce úzce souvisí s výzkumným problémem naší studie. Chceme totiž demonstrovat možnosti výše naznačené evaluace dovedností potřebných v suicidální intervenci. Činíme tak skrz identifikaci vhodného evaluačního nástroje, který u nás absentuje, jeho překladem do českého jazyka, resp. lingvistickou validizací a prvotním ověřením jeho validity.

V závěru teoretické části jsme pojednávali o možnostech evaluace efektivity dovednosti suicidální intervence a vybrali jsme původní metodu ze Spojených států amerických, *Suicide Intervention Response Inventory*, vytvořenou v roce 1981 autory R. A. Neimeyerem. a W. D. MacInnesem. Tento nástroj prošel dlouholetým vývojem, byly vyvinuty dvě formy inventáře, verze I a verze II. Pracujeme s oběma, jelikož jak jsme mohli registrovat a dále uvidíme, každá z nich má své přednosti. U obou verzí metody byla ověřena její validita a reliabilita (Neimeyer&Bonnelová 1997), s čímž souvisí i náš výzkum.

Výzkumný problém tedy spočívá v tom, zda-li naše studie empirickými důkazy přispěje či nepřispěje k ověření validity českého překladu původní metody *Suicide Intervention Response Inventory* (dále SIRI) v obou verzích. Takto formulovaný výzkumný problém svádí k postavení výzkumné hypotézy ve smyslu, zda-li je česká verze zmiňované metody konstruktově validní. Jsme si však dobře vědomi toho, že ověřování validity je dlouhodobý proces a že v žádném případě nelze vysoudit obecně platný závěr z porovnávání vnějšího kritéria či konstruktů s výsledkem testu v rámci jednoho výzkumu, který má navíc jistá omezení. Náš výzkum je pouze jakýmsi prvním přispěním v této oblasti, s čímž se pojí řada nevýhod, například absence standardizované metody, která by mohla být stanovena jako vnější kritérium.

Proto se omezíme na dílčí hypotézy, jež jsou postaveny dle obecných kritérií výzkumů, které zkoumají validitu psychometrických metod. (viz např. Ferjenčík, 2000 nebo Rust&Golomboková, 1992). Primárně budeme sledovat, zda-li bude existovat rozdíl ve výkonu v Inventáři suicidální intervence mezi dvěma skupinami, tj. mezi skupinou pracovníků linek důvěry a jedinci, kteří se krizovou intervencí nikdy nezabývali, ani v ní nemají výcvik. Jinými

slovy budeme ověřovat stanovený konstrukt, čtenář jej nalezne v kapitole *Stanovení hypotéz*. Budeme také přispívat k ověření reliability obou verzí českého překladu původní metody.

6 Metodologický rámec výzkumu

Výše jsme uvedli, že v současné době v našich podmínkách neexistuje standardizovaný nástroj, jenž by měřil dovednosti užívané v suicidální intervenci. Na základě analýzy zahraniční literatury jsme určili vhodnou metodu, která by mohla toto slepé místo zaplnit. Jelikož v naší republice neexistuje standardizovaná metoda měřící schopnost rozeznat adekvátní odpověď suicidálnímu jedinci, museli jsme této skutečnosti uzpůsobit design výzkumu. Z této situace vyplývá, že nemůžeme ověřovat empirickou validitu naší výzkumné metody klasickým způsobem, tj. korelovat v ní dosažené výsledky s vnějším kritériem představovaným již validizovanou testovou metodu, nebo dokonce metodami. Nacházíme se tedy v poněkud nelehké pozici, z níž může vést cesta ověřováním konstruktové validity. Jak uvidíme při popisu hlavní výzkumné metody, autoři SIRI se vydali právě tímto směrem. My jsme se zčásti inspirovali jejich postupem, proto budeme v tomto duchu přispívat k osvětlení alespoň jednoho aspektu konstruktové validity Inventáře suicidální intervence. Budeme tedy ověřovat konstrukt autorů metody v našich podmínkách, stanovený konstrukt uvedeme v kapitole věnované hypotézám.

Pokud bychom chtěli náš výzkum klasifikovat z perspektivy Ferjenčíkem (2000) uváděné taxonomie vědeckých prací, tak vzhledem k charakteru hypotéz a designu výzkumu lze uvažovat o neexperimentálním výzkumném plánu s prvky diferenciačního přehledu a korelační studie. Nahlíženo z pohledu hlavního cíle práce ale můžeme mluvit spíše o předběžné studii validity.

Vzhledem k charakteru naší studie považujeme za užitečné nejprve pojednat o hlavní výzkumné metodě.

7 Výzkumná metoda

Hlavní výzkumnou metodu v naší studii představuje český překlad původní metody *Suicide Intervention Response Inventory (SIRI)*. Vzhledem k tomu, že jsme v našich podmínkách první, kdo jí ve výzkumu užívá, považujeme za nutné věnovat její originální verzi značnou pozornost. Hned v úvodu této kapitoly je třeba jasně vymežit dvě formy, resp. verze Inventáře odpovědí suicidální intervence. Existují dvě verze metody, liší se systémem skórování odpovědí. V první verzi proband určuje vhodnost odpovědí systémem správná a špatná odpověď. Druhá verze užívá likertovy sedmistupňové škály. V našem výzkumu užíváme obě verze metody, nyní

je budeme obsírněji charakterizovat, uvedeme jejich psychometrické parametry. Poté se budeme věnovat českému překladu metody.

7.1 Suicide Intervention Response Inventory (SIRI)

Absence vhodného nástroje měření efektivity dovedností potřebných v suicidální intervenci nepředstavoval problém pouze v naší zemi. V kapitole *Evaluace efektivity suicidální intervence* jsme uváděli, že se stejnými obtížemi se potýkaly krizová centra v USA. Tato centra neměla k dispozici vhodný nástroj k hodnocení efektivity dovedností svých zaměstnanců, resp. metodu, která by byla široce aplikovatelná v podmínkách krizových center. Existují sice evaluační metody založené na principu hraní rolí (viz výše), jsou ale metodologicky, personálně a časově náročné, takže jich je využíváno spíše vzácně (Neimeyer & Pfeifferová, 1994). Systematická evaluace kompetencí pracovníků krizových center byla velmi nedostačivá, což může dle Neimeyera a Pfeifferové (1994, str.143) zvyšovat pravděpodobnost, že „některé interakce mezi klientem a interventem mohou být ve skutečnosti škodlivé, spíše než pomáhající nebo jen neutrální“. Neexistence vhodné evaluační metody může mít dopad i v jiné oblasti. Vzdělávacích a výcvikových programů v oblasti suicidality, natož pak v suicidální intervenci je nedostatek. Navíc efektivita takových programů byla měřena jen velmi vzácně, z části právě kvůli absenci evaluačního nástroje (Neimeyer & Bonnellová, 1997).

Ve snaze vyřešit problém chybějící evaluační metody v oblasti suicidální intervence, Neimeyer a MacInnes v roce 1981 vyvinuli metodu *Suicide Intervention Response Inventory (SIRI)*. Jde o nástroj, který měří schopnost rozeznání vhodné odpovědi potenciálně suicidálnímu jedinci. Skládá se z pětadvaceti položek. Každá položka je uvedena klientovým výrokem, který popisuje jeho situaci. Následují dvě možné odpovědi interventa, jedna z perspektivy suicidální intervence pomáhající, druhá neutrální či škodlivá (Neimeyer & Bonnellová, 1997). Neimeyer a Pfeifferová (1994) na jiném místě udávají, že odpovědi jsou konstruovány z pohledu teorie krizové intervence. V této verzi proband označuje vhodnější z obou odpovědí. Celkový skóre potom tvoří počet správných odpovědí.

Pro ilustraci uvádíme překlad jedné z položek (celou metodu čtenář nalezne v přílohách):

6. klient: Od doby, co mi před čtyřmi lety zemřela moje žena Ema, nestojí můj život za nic. Děti už dospěly a provdaly se. Pracoval jsem u železnice, ale před nějakou dobou jsem odešel do důchodu. Případně mi, že by mi bylo lépe, kdybych byl mrtvý.

... Intervent A: Snažte se myslet na to, co by vám přála Ema. Chtěla by, abyste vedl produktivní život, že ano?

... Intervent B: Zdá se, že se Vám zhroutil celý svět, když Ema zemřela. Ale co se Vám v poslední době přihodilo, co vše ještě přihoršilo a vy se nyní domníváte, že jediným řešením je zemřít?

Jeden z autorů metody Neimeyer spolu s Pfeifferovou (1994) píše, že obsah položek SIRI je zaměřen na úkoly a výzvy s nimiž se během krizové intervence lze setkat. Zmínění autoři sem řadí tyto jevy:

- 1) konfrontace klientových skrytých obsahů komunikace
- 2) projevení empatie jako reakce na klientův hněv místo defensivní odpovědi
- 3) identifikace událostí, které sloužily jako precipitor krize v komunikaci, v níž si klient dlouze a nejasně stěžuje na svou životní situaci
- 4) práce s mlčícím, avšak zoufalým klientem, napomáhání k ventilaci vnitřních obsahů
- 5) usnadnění exprese bolestivých emocí
- 6) reakce přijetím zejména v případě klientova pocitu stigmatizace
- 7) uzavření tzv. smlouvy o přežití
- 8) minimalizace rizika sebepoškození klienta v aktuální situaci – snaha o distancování klienta od smrtícího nástroje/zbraně
- 9) prozkoumání potenciálních zdrojů podpůrné sociální sítě klienta

O drtivé většině těchto jevů, nebo lépe o facilitačních faktorech krizové a suicidální intervence, jsme pojednávali v teoretické části, zejm. v kapitole *Krize a Krizová intervence* a v kapitole *Suicidální intervence*, proto je zde dále rozvádět nebudeme.

V souvislosti s obsahem položek Neimeyer a Hartley (1981, in Neimeyer & Bonnellová, 1997) provedli faktorovou analýzu SIRI, i když tento nástroj nebyl primárně vyvíjen jako multidimensionální test suicidálního poradenství/intervence. Byly identifikovány čtyři faktory: 1) reflexe negativních pocitů, 2) zpracování klientových stížností/nářků, 3) explorace suicidality, 4) angažovanost interventa. V jiné studii však tyto faktory byly potvrzeny jen zčásti (Cotton & Rangeová, 1992 in Neimeyer & Bonnellová, 1997).

Metoda byla užita k evaluaci dovedností suicidální intervence u různých profesních a poloprofesionálních skupin. Cotton a Range a mnozí další evaluovali skupinu dobrovolníků provádějících suicidální intervenci, stejní autoři zkoumali v roce 1992 skupinu pedagogů, Neimeyer a Oppenheimer roku 1983 provedli hodnocení skupiny profesionálních pracovníků krizových linek, Inman a další zkoumali v roce 1984 skupinu studentů zdravotních škol, totéž bylo provedeno na vzorku studentů medicíny Neimeyerem a Diamondem roku 1983. Kvůli

zvýšenému zájmu o suicidalitu mladistvých byly provedeny i studie na populaci středních a vysokých škol (in Neimeyer & Bonnellová, 1997). Metoda se užívá k různým druhům výzkumů, můžeme například poukázat na studii, jež zkoumala vztah mezi dovednostmi suicidální intervence a rysem úzkostnosti (Brownová&Rangeová, 2005), dále na výzkum týkající vztahu profesních a osobnostních faktor k dovednosti suicidální intervence (Neimeyer&Fortner&Melby, 2001), existují i studie zkoumající vztah mezi znalostmi z oblasti suicidality a dovednostmi pracovat se suicidálním klientem, viz teoretická část práce.

Popis SIRI lze nalézt i v odborných přehledových článcích sumarizujících psychometrické metody v oblasti suicidality. Můžeme jmenovat práci Browna (2009), kterou lze najít na oficiálních internetových stránkách Americké suicidologické asociace (American Suicidology Association). Jinou takovou přehledovou studií je článek Rangeové a Knottové (1997). My se později v této části budeme soustředit hlavně na výzkumy ověřující validitu a reliabilitu metody.

Jak jsme mohli vidět, metoda SIRI neunikla pozornosti výzkumníků, nicméně nezůstalo jen u uplatnění v akademickém světě. Více než sto krizových center ve spojených státech ji pozitivně přijalo a využívá. Bývá uplatňována například při náboru dobrovolníků, nebo při evaluaci efektivity výcvikových programů (Neimeyer & Pfeifferová, 1994). Jako metoda hodnocení efektivity vzdělávacích a výcvikových programů v oblasti suicidality bývá využívána i v jiných typech zařízení. Fenwick, Vassilas, Carterová a Sayeed (2004) užíli SIRI jako jeden z nástrojů hodnocení efektivity výcvikového kurzu v zhodnocení suicidálního rizika pro zdravotnický personál.

7.1.1 Validita SIRI

Autoři původní metody SIRI ověřovali konstruktovou validitu dvěma způsoby. Jednak užíli metodu komparace známých skupin, dále postup skrz experimentální manipulaci proměnné s využitím vytvořeného konstruktů (in Neimeyer & Bonnellová, 1997).

V prvním případě autoři metody, Neimeyer a MacInnes, demonstrovali diskriminační schopnost metody na třech skupinách, kde byla předpokládána rozdílná dovednost rozeznání vhodné odpovědi suicidálnímu klientovi. První skupinu tvořili zkušení krizoví interventi, v druhé byli méně zkušení dobrovolníci vykonávající krizovou intervenci, v třetí potom studenti psychologie bez výcviku. V souladu s očekáváním, zkušení krizoví interventi dosahovali v SIRI signifikantně vyššího skóru než méně zkušení dobrovolní krizoví interventi, a ti zase dosahovali signifikantně vyššího skóru než studenti psychologie bez výcviku v krizové intervenci (Neimeyer & Bonnellová, 1997). Stejného postupu bylo využito vícekrát, můžeme uvést studii

Neimeyera a Diamonda (1983, in Neimeyr & Pfeifferová, 1994), v níž byly porovnávána skupina studentů medicíny prvního ročníku a skupina studentů téhož oboru o dva roky výše. Druhá skupina již absolvovala intenzivní praxi v psychiatrii. Výsledky potvrdili výchozí předpoklad, a tak druhá skupina dosáhla signifikantně vyššího skóru než první. Na závěr doplníme ještě studii Cottona a Rangeové (1992, in Brown, 2009), kteří zjistili signifikantní rozdíl mezi méně zkušenými a více zkušenými krizovými poradci.

Druhá strategie ověřování konstruktové validity spočívá v měření prováděných na stejných jedincích po experimentálním zásahu, jenž je šířeji v souladu se vytvořeným konstruktem. V případě studie autorů metody z roku 1981 šlo administraci SIRI novým poloprofesionálním krizovým intervencím před tříměsíčním výcvikem a po něm. V souladu se stanoveným předpokladem došlo k signifikantnímu růstu skóru v SIRI u jedinců, kteří prošli výcvikem. Naproti tomu v kontrolní skupině, kde probandi nebyli vystaveni tříměsíčnímu výcviku, k signifikantnímu nárůstu nedošlo (Neimeyer & Bonnellová, 1997).

Při hledání konvergentních důkazů o konstruktové validitě autoři SIRI zvolili jako kritérium souvislost mezi výkonem v SIRI a v testu *Counseling Skills Evaluation* (CSE), což je valorizovaný nástroj měřící schopnosti v psychologickém poradenství. Pokud dovednosti v suicidální intervenci představují podskupinu obecných dovedností v psychologickém poradenství, pak by výkon v SIRI měl mírně korelovat s výkonem v CSE. Oba testy byly administrovány frekventantům výcviku krizové intervence na začátku a na konci výcviku. V obou případech se prokázal původní předpoklad (v prvním $r = 0,58$, $p < 0,01$; v druhém $r = 0,66$, $p < 0,002$). Velmi podobného výsledku bylo dosaženo ve studii Neimeyera a Oppenheimera z roku 1983, kde byly oba testy administrovány skupině pracovníků krizové linky ($r = 0,60$, $p < 0,001$). Tyto výsledky naznačují, že postulovaná souvislost existuje (Neimeyer & Bonnellová, 1997).

Tvůrci metody SIRI hledali i divergentní důkazy konstruktové validity. Zde byl postulován předpoklad, že pouze teoretické znalosti z oblasti suicidality nesouvisí s dovedností suicidální intervence a tedy s výkonem v SIRI. Ten byl srovnáván s výkonem v testu *Lethality Scale*¹, který měří znalost rizikových faktorů suicidality. I zde byla premisa naplněna, nebyla zaznamenána signifikantní významná souvislost (Neimeyer & Pfeifferová, 1994).

¹ Nejedná se o Beckovy škály letality (Lethality scales), viz také Brown, 2009.

7.1.2 Reliabilita SIRI

Reliabilita SIRI byla autory metody prověřována dvěma základními strategiemi. Neimeyer a MacInnes (1981, in Neimeyer & Bonnellová, 1997) jí testovali jednak analýzou vnitřní konzistence, kde Cronbachova alfa dosáhla hodnoty 0,84. Potvrdila jí i pozdější studie Cottona a Rangeové z roku 1992, Cronbachova alfa se rovnala hodnotě 0,83 (in Rangeová & Knottová, 1997).

Metoda testového opakování přinesla také uspokojivé výsledky. Test-retestová reliabilita v původní studii autorů ukázala hodnotu $r = 0,86$. Byla ověřována za podmínek, kdy mezi měřeními nebyl experimentální zásah, tedy výcvik v oblasti krizové intervence (in Brown, 2009).

7.1.3 SIRI a proměnná věku, pohlaví a délky praxe v krizové intervenci

Studie pojednávající o vlivu demografických proměnných na výkon v SIRI přinášejí poněkud zajímavé výsledky. Zatímco se neprokázala signifikantně významná souvislost věku, náboženské orientace a manželského stavu (svobodný x ženatý) s výkonem v SIRI, souvislost s proměnnou pohlaví prokázána byla. Neimeyer a Diamond a stejně tak později Norton zjistili, že ženy dosahují lepšího výsledky v SIRI než muži (in Neimeyer & Pfeifferová, 1994). Na druhou stranu další studie (Neimeyer & Bonnellová, 1997) toto zjištění nepodpořila.

Délka praxe v krizové intervenci a poradenství se také projevila jako signifikantně významná proměnná. V kapitole pojednávající o validitě jsme citovali studie, ze kterých vyplývá, že zkušenější interventí a krizoví poradci skórují lépe, než jejich méně zkušené kolegyně. Podpořil to i novější výzkum Neimeyera & Fortnera a Melbyové (2001), který zkoumal profesní a osobnostní faktory v souvislosti s výkonem v SIRI. Tento výzkum přinesl i další zajímavé zjištění. Ukázal, že s výkonem v SIRI negativně koreluje suicidální minulost jedince a postoj k sebevraždě v duchu, že suicidium je výsostné právo jedince. U zkušených profesionálů byla ověřena ještě užší souvislost s vlastní suicidální minulostí, než u zbytku výzkumného souboru. Dodáme ještě jedno zjištění této studie. Regresní analýza ukázala, že existuje souvislost rostoucího počtu suicidálních klientů, se kterými intervent pracoval s lepším výkonem v SIRI (Neimeyer & Fortner a Melbyová, 2001).

Nakonec ještě zmíníme rozlišné vzorce odpovědí u dvou skupin, které by i v našich podmínkách zasloužili pozornost badatelů. Jde o zdravotnický personál v kontrastu s těmi, kdo pracují v poradenství a krizové intervenci. Neimeyer a Pfeifferová v roce 1994 s publikovali studii s příznačným názvem „Deset nejobvyklejších chyb suicidálních interventů“, v níž uvádějí, že zdravotnický personál měl tendenci v SIRI odpovídat více defensivně, více volili možnosti

obsahující dávání přímých rad, ve větší míře se od klienta distancovali². Na druhou stranu skupina poradců a krizových interventů více volila odpovědi pasivního charakteru a charakter jejich chybového profilu naznačoval, že by dokázali méně strukturovat rozhovor se suicidálním klientem (in Neimeyer&Pfeifferová, 1994).

7.1.4 Výhody a nevýhody SIRI

Přestože SIRI bylo a stále je považováno za inovativní metodu dobře využitelnou v praxi, což dokládá i její užívání ve více než sto krizových centrech v USA, *Suicide Intervention Response inventory* ve své původní verzi trpí i jistými nedostatky.

Hlavní, limitující nevýhodou SIRI je fakt, že tato metoda trpí efektem stropu. Dobře to dokládá studie autorů metody Neimeyera a MacInnse z roku 1981, kteří porovnávali výkon SIRI u tří skupin. V první byli studenti psychologie bez výcviku, v druhé začínající pracovníci krizové linky (dobrovolníci), ve třetí zkušení krizoví interventi. První skupina dosáhla průměru 72 % správných odpovědí, druhá 83 % a třetí 97 % korektních odpovědí. Podobných výsledků bylo dosaženo i v dalších studiích (in Neimeyer & Bonnellová, 1997).

Tyto empirické důkazy naznačují, že evaluační metoda SIRI dobře diskriminuje nezkušené pomáhající jedince bez výcviku od těch, kteří mají lepší výcvik. Na druhou stranu rozlišovací schopnost nástroje klesá se zvyšující se úrovní zkušeností a dovedností interventa, což by mohlo mít negativní dopad například při evaluaci výcviku v oblasti suicidální intervence určeného zkušenějším krizovým pracovníkům (Neimeyer & Bonnellová, 1997).

Původní nástroj SIRI však má oproti svému následovníku, o kterém bude řeč dále, jednu nespornou výhodu. Tou je snadná administrace „tužka, papír“, k vyhodnocení není třeba užít výpočetní techniky, spočítání správných odpovědí je velmi rychlé. Lze ji užít při screeningu neprofesionálních a poloprofesionálních skupin, u kterých se předpokládá menší úroveň sledované dovednosti, zejména tehdy, kdy administrátoři a probandi ocení snadnou administraci (Neimeyer & Fortner a Melbyová, 2001)..

Jak jsme mohli registrovat, i samotní autoři sebekriticky hovoří o nevýhodách jejich nástroje. V návaznosti na tuto reflexi vyvinuli druhou verzi *Suicide Intervention Response Inventory* s cílem, aby byla prosta efektu stropu a lépe diferencovala na vyšší úrovni sledované dovednosti.

² V této souvislosti jen připomeneme, že faktorová analýza SIRI identifikovala čtyři faktory, jednímž z nich je angažovanost, resp. zúčastněný postoj interventa.

7.2 *Suicide Intervention Response Inventory II (SIRI-II)*

Nevýhody první verze zdaleka nevedly k jejímu menšímu využívání v praxi. Autoři si ovšem byli vědomi limitací původního SIRI, a tak vytvořili druhou verzi se záměrem, aby si vylepšená verze zachovala výhody té první, ale aby zároveň byla odproštěna efektu stropu a mohla citlivěji diferencovat na vyšších úrovních sledované dovednosti.

Neimeyer a Bonnellová (1997) ve snaze vyřešit výše naznačené problémy změnili systém hodnocení odpovědí při zachování původních položek³. Namísto dichotomického systému vhodná x méně vhodná odpověď aplikovali sedmistupňovou Likertovu škálu.

Pro ilustraci uvádíme část nové testové instrukce spolu s jednou položkou, resp. český překlad:

Ohodnoťte každou odpověď dle toho, jak je podle Vás v dané situaci vhodná či nevhodná s ohledem na klientovu výpověď. Do volné kolonky dosad'te hodnocení od -3 do +3, viz níže. Vyplňte prosím všechna prázdná pole.

- + 3 – velmi vhodná odpověď
- + 2 – Vhodná odpověď
- + 1 – částečně vhodná odpověď
- 0 – ani vhodná, ale ani nevhodná odpověď
- 1 – částečně nevhodná odpověď
- 2 – nevhodná odpověď
- 3 – velmi nevhodná odpověď

1. **klient:** Rozhodl jsem se teď v noci zavolat, protože mám pocit, že bych si mohl něco udělat... Přemýšlím o sebevraždě.
... **Intervent A:** Říkáte, že přemýšlíte o sebevraždě, ale co Vás především trápí?
... **Intervent B:** Můžete mi povědět více o svých sebevražedných pocitech?

Tento systém umožňuje probandovi jemnější hodnocení užitečnosti odpovědí krizového intervanta. Jelikož se stále jedná o evaluační metodu, bylo třeba určit právě onu zmiňovanou užitečnost odpovědí intervanta skrz Likertovu škálu. Za tímto účelem autoři zorganizovali panel uznávaných amerických suicidologů a krizových interventů, určili je jako expertní skupinu. Průměr odpovědí těchto odborníků pak u každé položky tvoří hodnotící kritérium, s nímž je srovnávána konkrétní odpověď probanda. U každé položky je pak sledován kvantitativní rozdíl mezi probandem a určeným kritériem. Součet těchto rozdílů tvoří celkový hrubý skóre probanda. Čím menšího hrubého skóre testovaný dosáhne, tím lepší je jeho výsledek, resp. čím menší je jeho rozdíl od průměrné odpovědi expertů, tím se více blíží stanoveným ideálním odpovědím (Neimeyer & Bonnellová, 1997).

³ Pouze položka č. 14. byla vyřazena, neboť se experti neshodli na její užitečnosti – jde o problematiku tzv. smluv o přežití, na které existují protichůdné názory, viz konec kapitoly *Model suicidální intervence dle Špatenkové*.

System skórování druhé verze metody demonstrujeme na konkrétním příkladu. Vraťme se k výše k uvedené položce a představme si, že proband označil odpověď interventa A jako částečně nevhodnou, tedy -1, odpověď interventa B potom jako velmi vhodnou, tedy +3. Hodnotící kritérium (tj. průměr odpovědí expertů) v americké verzi u odpovědi A má hodnoty -2,71, odpověď B potom 1,86. Rozdíl probanda u odpovědi A v tomto případě činí 1,71, rozdíl u odpovědi B je 1,14. Součtem rozdílů se dostaneme na hodnotu 2,85, která činí rozdíl u uvedené položky. Součtem všech položkových rozdílů vypočítáme probandův hrubý skór. Podotýkáme, že tento příklad sloužil k demonstrování principu skórování. V zásadě totiž není vhodné aplikovat americké normy při vyhodnocování probandova výkonu v české verzi SIRI-II. (viz kapitola *česká verze SIRI*).

Na tomto místě předešleme, že SIRI-II skutečně lépe diferencuje vyšší úroveň sledované dovednosti, efekt stropu byl odstraněn (Neimeyer & Pfeifferová, 1994)

7.2.1 Validita SIRI-II

Při validizačním procesu druhé verze SIRI autoři postupovali podobně jako u starší varianty (viz výše). Ověřovali konstruktovou validitu pomocí metody komparace známých skupin a experimentální manipulací s proměnnou výcviku, podávali empirické důkazy diskriminační povahy (Neimeyer&Bonnellová, 1997).

Dle Neimeyera a Pfeifferové (1994) jsou položky SIRI koncipovány dle obecné teorie krizové intervence. Autoři postulovali, že krizoví interventi, resp. ti, kdo prošli adekvátním výcvikem a mají určitou zkušenost v krizové intervenci, budou v SIRI-II dosahovat signifikantně vyššího výkonu, než jedinci bez výcviku v krizové intervenci. Při aplikování metody komparace známých skupin potom srovnávali výkon absolventů výcviku krizové intervence (jednalo se o nejvyšší úroveň takového výcviku, jehož účastníky byli krizoví interventi/poradci) s výkonem frekventantů úvodního kurzu psychologie v SIRI-II. Uvedená hypotéza autorů byla potvrzena, absolventi výcviku krizové intervence v SIRI-II skórovali signifikantně výše, než frekventanti úvodního kurzu psychologie (Neimeyer&Bonnellová, 1997). Metoda SIRI-II nabízí zajímavou alternativu při hodnocení efektivity. Toho bylo využito i při dalších měřeních efektivity vzdělávacích a výcvikových programů v poněkud jiných podmínkách, než jsou krizová centra, atp. Fenwick, Vassilas, Carterová a Sayeed (2004) evaluovali efektivitu vzdělávacího programu z oblasti suicidality pro nemocniční personál. Zaznamenali zlepšení ve výkonu v SIRI-II po skončení programu. Tento efekt přetrval ještě dva měsíce poté, kdy autoři probandům administrovali SIRI-II znovu.

Druhá prezentovaná strategie spočívala v manipulaci s proměnnou výcviku. Jednalo se o již zmiňovaný výcvik první skupiny uvedené v předchozím odstavci. Tento kurz mimo jiné zahrnoval školení v zhodnocení suicidálního rizika, ale i aplikaci teoretických poznatků formou hraní rolí. Evaluační nástroj SIRI-II byl aplikován na začátku výcviku a na jeho konci. Opět se potvrdila hypotéza autorů, tedy že osvojení určitých znalostí a dovedností povede k signifikantnímu nárůstu výkonu v SIRI-II. V této studii byla aplikována i první verze SIRI. Zajímavé, ne však nepochopitelné, je, že nebyl prokázán signifikantně významný rozdíl mezi oběma měřeními (před a po výcviku). Vzhledem k povaze souboru se jednalo jen o další důkaz existence efektu stropu u první verze (Neimeyer&Bonnellová, 1997).

Autoři zkoumali konstruktovou validitu i za pomoci divergentních důkazů. Probandům v citované studii byla společně se SIRI-II předložena Marlowe-Crownova škála sociální desirability. Neprokázala se signifikantní souvislost mezi oběma testy, což podpořilo vytvořený konstrukt (Neimeyer&Bonnellová, 1997).

7.2.2 Reliabilita SIRI-II

K ověření reliability novější metody byla zvolená podobná strategie jako u starší, původní verze. Oproti ní má nová verze vyšší koeficient reliability. Cronbachova alfa nabyla hodnoty 0,85 u verze SIRI-II.

Test-retestová validita SIRI-II byla díky úpravě systému hodnocení položek také posílena, v tomto případě $r = 0,92$ ($p < 0,001$), což je oproti starší verzi zlepšení (Brown, 2009).

7.2.3 SIRI a proměnná věku, pohlaví a další faktory

Oproti většině studií provedených s první verzí SIRI, kde ženy skórovaly signifikantně lépe než muži, v mladší, druhé verzi, v níž se taková souvislost neobjevila. Stejně tak se neprokázala souvislost s věkem probandů a výkonem v SIRI-II (Neimeyer&Bonnellová, 1997).

Velmi zajímavé, ikdyž poněkud překvapující, výsledky přinesl výzkum Richardsově a Rangeové (2001). V jejich studii figurovaly čtyři skupiny probandů, studentky zdravotní školy, studenti prvního ročníku psychologie, studenti psychologie vyšších ročníků, kteří měli za sebou klinické praxe a nakonec psychologové. Studenti vyšších ročníků zde dosáhli mírně lepšího průměrného skóre, než praktici. Richardsová a Rangeová (2001) k tomu uvádějí, že psychologové často neabsolvují adekvátní trénink v suicidální intervenci. To ale dle zmiňovaných autorek nemusí být jediné vysvětlení. Je totiž možné diskutovat o stanoveném hodnotícím kritériu metody, představovaném průměrem výsledků expertní skupiny (Richardsová & Rangeová, 2001). Více o tomto tématu v kapitole *Česká verze SIRI*.

7.2.4 Výhody a nevýhody SIRI-II

Druhá verze *Suicide Intervention Response Inventory* díky novému skórovacímu systému vyřešila palčivý problém původního SIRI, byla zbavena efektu stropu, a tudíž lépe diferencuje na vyšší úrovni dovednosti. Je možné ji využít při měření dovednosti suicidální intervence v krizových centrech, například při náboru dobrovolníků. Díky větší citlivosti se ale hodí i k hodnocení vzdělávacích a výcvikových programů pro krizové interventy a poradce. Nicméně potřeba evaluačního nástroje pro měření efektivity podobných programů nevzrůstá jen v oblasti krizové intervence, nýbrž i v jiných oborech. Vylepšená metoda SIRI-II představuje přínos i na poli klinického výzkumu, s tímto nástrojem se otevírá nové pole možností, lze například z nového úhlu zkoumat dovednosti klinických psychologů, atd (Neimeyer & Bonnellová, 1997)

I přes nesporné výhody SIRI-II může být první verze v některých podmínkách stále užitečným nástrojem. Bude oceněna zejména tam, kde je třeba rychle vyhodnotit výsledky bez výpočetní techniky (vyhodnocení SIRI-II je náročnější), a dále při vyšetření jedinců, u nichž se předpokládá nižší úroveň dovednosti rozeznat vhodnou odpověď suicidálnímu klientovi (Neimeyer & Pfeifferová, 1994)

Na závěr se ještě zmíníme o jednom aspektu využití SIRI-II, které vyplývá z charakteru metody. Brownová a Rangeová (2005, str.214) poukazují na limity použitelnosti inventáře SIRI, když tvrdí, že „schopnost rozeznat a zhodnotit, která odpověď je správná a nesprávná, může být velmi odlišná od schopnosti vymyslet takovou odpověď pod tlakem“.

7.3 vztah SIRI-I a SIRI-II

Na konci části pojednávající o originální metodě uvedeme vztah mezi oběma verzemi *Suicide Intervention Response Inventory*. SIRI-I a SIRI-II mají stejné položky (tedy až na vyloučení položky č. 14 v druhé verzi, viz výše), odlišný je systém jejich hodnocení. Neimeyer a Bonnellová (1997) předpokládali signifikantní souvislost mezi oběma verzemi. Jejich předpoklad byl naplněn, prokázal se velmi těsný vztah mezi verzemi I a II, kde $r = 0,88$ ($p < 0,001$).

Obě verze SIRI mají ještě jednu společnou charakteristiku. Jako výstup totiž poskytují pouze hrubý skór. Podle dostupných zdrojů standardizace nebyla dosud provedena.

7.4 česká verze SIRI

Od popisování hlavní výzkumné metody se plynule dostáváme zpět k našemu výzkumu, který zdaleka nezačal sběrem dat. Nejprve bylo třeba SIRI přeložit do českého jazyka. V první řadě ovšem považujeme za nutné uvést český název pro SIRI. Vybrali jsme označení *Inventář*

suicidální intervence. Dále budeme operovat s tímto pojmem, ale stále se budeme držet zkratky SIRI, vždy k ní uvedeme, zda-li se jedná o její českou verzi.

Překlad evaluační metody charakteru SIRI není nijak lehká záležitost. Je třeba zachovat obsahovou blízkost s originálem, ale zároveň formulovat jednotlivé položky tak, aby byly pochopitelné a výstižné v českém prostředí.

7.4.1 Lingvistická validizace české verze SIRI

Postupovali jsme v duchu lingvistické validace. Tento proces se ve zjednodušené podobě skládá z několika kroků. Nejprve je originální metoda přeložena lingvistou do cílového jazyka. Následně je tato verze metody v cílovém jazyce jinou osobou přeložena zpět do původního jazyka. V tomto okamžiku tedy existují dvě verze metody v původním jazyce. Tehdy se provádí komparace obou verzí, sleduje se míra shody. Následně je metoda přeložená v cílovém jazyce administrována vybraným probandům. Velmi důležité je, aby druhý překladatel, který překládá metodu z cílového jazyka zpět do jazyka původního, neznal a neměl k dispozici originální metodu v původním jazyce (viz např. Mapi Research Institute, 2002)⁴. Celý proces může mít více mezikroků, vyjmenovali jsme nejdůležitější z nich, které vystihují podstatu procesu. Někdy se tento způsob překladu označuje jako dvojitý slepý překlad, právě kvůli nezávislosti obou překladatelů, kteří nemají možnost spolu komunikovat o metodě a druhý překladatel nezná původní verzi v originálním jazyce, takže jí nemůže být ovlivněn.

V našem případě byla originální verze SIRI přeložena lingvistou do českého jazyka. Poté jiný lingvista českou verzi přeložil zpětně do anglického jazyka (tento člověk neměl k dispozici originál v angličtině). Oba lingvisté spolu nekomunikovali. Nakonec proběhla komparace obou anglických verzí, tj. původní a zpětně z češtiny přeložené. Obě anglické verze vykazují relativně vysokou míru shody. Míra shody ukazuje, jak byl zachován obsah položek a jazyková forma.

Pro ilustraci uvádíme jednu položku nejprve v originálním znění a poté ve zpětném překladu z češtiny do angličtiny

Originální verze, položka 25:

25. Client: [Voice slurred, unclear over telephone]

.... Helper A: You sound so tired. Why don't you get some sleep and call back in the morning?

.... Helper B: Your voice sounds so sleepy. Have you taken anything?

⁴ Tento institut provádí lingvistickou validaci rozličných metod. Citovali jsme z článku pojednávajícím o lingvistické validaci jisté formy Dotazníku kvality života (PedSQL), v tomto případě šlo o překlad do řečtiny.

Zpětný překlad do angličtiny, položka 25:

25. client: [bad articulation, covered voice on phone]

... Counsellor A: It seems you are very tired. Why don't you rest little bit and call back in the morning?

... Counsellor B: You sound sleepy. Have you taken anything?

U lingvistické validizace je důležitá zejména obsahová stejnost položek, dosáhnutí naprosté shody není reálné. Záměrně jsme vybrali položku, která nevykazuje nejvyšší míru shody⁵.

Nahlíženo z psychometrického hlediska, lingvistická validizace není úplně atraktivní téma. Při uvádění české verze SIRI do našich podmínek se vyskytnul mnohem zajímavější problém.

7.4.2 Expertní skupina v české verzi SIRI-II

V procesu lingvistické validizace se ukázala vysoká míra shody mezi oběma anglickými verzemi, což můžeme interpretovat jako těsnou významovou blízkost překladu. I tak ovšem můžeme uvažovat o tom, že vzhledem k určitým odlišnostem sociokulturních podmínek naší země a Spojených států, bude vnímání jednotlivých položek trochu jiné.

Jiný problém představuje odlišnosti v provádění krizové intervence v USA a v naší republice. V teoretické části jsme uváděli studii Thomase a Leitnera (2005), kteří identifikovali různé styly krizové/suicidální intervence. Tito autoři hovořili také o oblíbenosti direktivního stylu při provádění krizové intervence v USA. Druhou studií, která se vyjadřuje k rozdílným stylům, resp. pojetím krizové intervence je článek Misharaové, Chagnona, Daigleho a Balana a kol. (2007), v němž autoři poukazují na existenci dvou hlavních směrů krizové intervence v USA. První pojetí pochází z Velké Británie a je inspirováno způsobem práce organizace Samaritánů, jejichž první linku důvěry založil Chad Varah v roce 1953. Tento styl krizové intervence užívá nedirektivních postupů, technik verbálního naslouchání, empatického přístupu. Ohlédneme-li se zpět do teoretické části, můžeme říci, že pojetí krizové intervence u nás se blíží tomuto přístupu. Druhým tradičním směrem krizové intervence vykonávané v krizových centrech Spojených států je tradice založená Los Angelským centrem suicidální prevence na

konci padesátých let. Tento směr využívá více direktivní, na problém zaměřený přístup (Misharaová & Chagnon & Daigle & Balan et al. 2007).

Můžeme tedy shrnout, že v USA existují dvě rozdílná pojetí krizové intervence. V tomto případě se nabízí otázka, jak byli autoři původní metody SIRI ovlivněni svým prostředím. Z hlediska validity metody v našich podmínkách je ale mnohem závažnější problematika expertní skupiny, jejíž průměr tvoří hodnotící kritérium v SIRI-II. Vzhledem k existujícím rozdílům v sociokulturních podmínkách, ale hlavně v pojetí krizové intervence, bylo třeba zvážit, zda-li by hodnotící kritérium americké expertní skupiny bylo aplikovatelné v naší zemi.

Abychom vyřešili tento problém, požádali jsme domácí autorky z oblasti krizové intervence, aby vyplnily českou verzi SIRI-II. Expertní skupinu pro naši verzi metody tvoří PhDr. Daniela Vodáčková (hlavní autorka publikace *Krizová intervence*), PhDr. Olga Havránková (autorka kapitoly „Sebevražedná tematika“ v publikaci *Krizová intervence*), PhDr. Naděžda Šatenková (hlavní autorka publikace *Krizová intervence pro praxi*). Všechny autorky mají širší publikační činnost, zmínili jsme tituly, jež je možné nalézt v pramenech této práce.

Průměr české expertní skupiny se u některých položek dosti liší od expertní skupiny ze Spojených států, což jen podporuje výše uvedenou domněnku o rozlišnosti sociokulturních podmínek a jiném pojetí krizové intervence. V pasáži věnované *výsledkům* se však čtenář dozví, že i když se pohled expertních skupin na jednotlivé položky liší, nástroj v obou zemích diferencuje probandy velmi podobně.

Americká expertní skupina nepřímo ovlivnila obsah české verze SIRI. Vzhledem k tomu, že tito odborníci vyřadili z verze SIRI-II položku č. 14 z důvodu teoretické neshody o jejím obsahu, vyřadili jsme ji z obou českých verzí SIRI.

8 Stanovení hypotéz

Hlavním cílem této práce je demonstrovat možnosti evaluace dovedností v oblasti suicidální intervence. V minulé kapitole jsme obšírně popisovali nástroj, s nímž je možné vyřčený cíl realizovat. Popsali jsme proces překlady metody SIRI do češtiny skrz lingvistickou validizaci. Na tento krok logicky navazuje prvotní ověření validity metody. Inspirovali jsme se studií autorů SIRI, budeme ověřovat konstruktovou validitu metodou komparace známých skupin s využitím konstruktů autorů, bude nás zajímat jeho platnost v našich podmínkách.

Neimyer a Pfeifferová (1994) uvádějí, že položky SIRI jsou koncipovány podle obecné teorie krizové intervence. Přepokládá se, že krizoví interventní s adekvátním výcvikem a určitou

⁵ K označení toho, kdo v dotazník produkuje odpovědi klientovi, byl vybrán termín „intervent“. Přeložit anglický termín „helper“ doslovně by v našich podmínkách nemuselo být vhodné.

praxí budou mít dovednosti a znalosti krizové intervence na vyšší úrovni, než jedinci, kteří nemají výcvik v krizové intervenci a ani v ní nepracují. Autoři postulovali, že krizoví interventi, resp. ti, kdo prošli adekvátním výcvikem a mají určitou zkušenost v krizové intervenci, budou v SIRI dosahovat signifikantně vyššího výkonu, než jedinci bez výcviku a praxe krizové intervenci (Neimeyer & Bonnelová, 1997).

Tomuto konstruktů jsme uzpůsobili naše hypotézy. Budeme je členit podle dvou verzí SIRI, protože je můžeme považovat za dva samostatné testy. Ověření reliability do hypotéz nepromítáme, níže v kapitole *Reliabilita české verze SIRI-I a české verze SIRI-II* objasníme proč. Čtenář ale o výsledky v této kategorii nepřijde, nalezne je v uvedené části práce. Dále uvádíme jednotlivé hypotézy:

8.1 Hypotézy pro českou verzi SIRI-I

Hypotéza č. 1

První hypotéza se týká hlavního cíle práce, tedy ověřování konstruktové validity. V souladu s výše stanoveným konstruktem očekáváme, krizoví interventi se budou lišit ve výkonu v české verzi SIRI-I. S ohledem na metodologický postup stanovujeme nulovou a alternativní hypotézu.

H₀: Neexistuje statisticky signifikantní rozdíl ve výkonu v české verzi SIRI-I mezi skupinou krizových interventů a skupinou jedinců, kteří nikdy nevykonávali a v současnosti nevykonávají krizovou intervenci a nemají ani výcvik krizové intervence.

H₁: Existuje statisticky signifikantní rozdíl ve výkonu v české verzi SIRI-I mezi skupinou krizových interventů a skupinou jedinců, kteří nikdy nevykonávali a v současnosti nevykonávají krizovou intervenci a nemají ani výcvik krizové intervence.

Hypotéza 2

Druhá hypotéza souvisí s výše uvedenými studiemi, které naznačují, že délka praxe v krizové intervenci úzce souvisí s úspěšností v SIRI. Bude nás tedy zajímat souvislost mezi oběma proměnnými.

H₂: Délka praxe v krizové intervenci u krizových interventů statisticky významně pozitivně koreluje s výkonem v české verzi SIRI-I.

Hypotéza č. 3

Třetí hypotéza se dotýká souvislosti rostoucího věku a výkonu v SIRI. Proměnnou věku vybíráme jako zástupce z řady demografických údajů, náš předpoklad vychází ze studie autorů SIRI-I (viz výše).

H₃: Věk probanda statisticky významně pozitivně nekoreluje s výkonem v české verzi SIRI-I.

8.2 Hypotézy pro českou verzi SIRI-II

Hypotéza č. 4

Čtvrtá hypotéza stejně jako hypotéza č.1 úzce souvisí s cílem naší práce. Opět ověřujeme autory stanovený konstrukt, tedy že bude signifikantní rozdíl mezi skupinou pracovníků linek důvěry a subjekty, kteří v krizové intervenci nepracují a nemají v ní ani výcvik. Opět budeme uvádět, s ohledem na metodologický postup, nulovou a alternativní hypotézu.

H₀: Neexistuje signifikantní rozdíl ve výkonu v české verzi SIRI-II mezi skupinou krizových interventů a skupinou jedinců, kteří nikdy nevykonávali a v současnosti nevykonávají krizovou intervenci a nemají ani výcvik krizové intervence.

H₁: Existuje signifikantní rozdíl ve výkonu v české verzi SIRI-II mezi skupinou krizových interventů a skupinou jedinců, kteří nikdy nevykonávali a v současnosti nevykonávají krizovou intervenci a nemají ani výcvik krizové intervence.

Hypotéza č. 5

Pátá hypotéza se stejně jako druhá hypotéza týká proměnné délky praxe v krizové intervenci, tentokrát v souvislosti s výkonem v české verzi SIRI-II.

H₅: Délka praxe v krizové intervenci u krizových interventů statisticky významně pozitivně koreluje s výkonem v české verzi SIRI-II.

Hypotéza č. 6

Stejně jako třetí hypotéza, šestá hypotéza pojednává o demografické proměnné věku, v tomto případě ovšem v souvislosti s českou verzí SIRI-II.

H₆: Věk probanda statisticky významně pozitivně nekoreluje s výkonem v české verzi SIRI-II.

8.3 Hypotéza pro obě české verze SIRI

Do této chvíle jsme uvažovali o každé české verzi SIRI zvlášť. Existuje ale dosti důležitý jev, který autoři původního SIRI užíli jako konvergentního argumentu při ověřování konstruktové validity SIRI-II. Je jím souvislost mezi oběma verzemi, tozn. jestli výkon probanda v SIRI-I souvisí s výkonem v SIRI-II. Ve studii Neimeyera a Bonnellové (1997) se ukázala dosti úzká souvislost (viz výše). Vzhledem k tomu, že v našem výzkumu pracujeme s oběma českými verzemi současně, neužíváme této souvislosti jako konvergentního argumentu pro ověření konstruktové validity, nicméně přesto je tento jev velmi podstatný, jelikož se obě verze liší pouze v systému hodnocení položek.

Hypotéza č. 7

H₇: Výkon v české verzi SIRI-I statisticky významně negativně koreluje s výkonem v české verzi SIRI-II.

8.4 Výzkumný Soubor a etický rozměr výzkumu

V souladu s hlavním cílem práce ověřujeme konstruktovou validitu české verze SIRI metodou komparace známých skupin využívajíc stanoveného konstrukt, resp. kritéria. Proto má výzkumný soubor dvě hlavní skupiny.

První z nich je skupina krizových interventů, v našem případě ji tvoří pracovníci šesti domácích linek důvěry. Využili jsme data získaná od 50ti subjektů v této skupině. Dalšími vstupními kritérii do této skupiny byl dokončený výcvik v krizové intervenci, minimálně půlroční praxe na lince důvěry a minimální věk 18ti let. Věkový rozsah v této skupině byl 23 – 60 let. Nutno ovšem dodat, že několik jedinců neudalo svůj věk, nicméně vzhledem k tomu, že jinak byl inventář vyplněn zcela uspokojivě, tyto subjekty jsme nevyloučili. Všichni zúčastnění pracovníci linek důvěry absolvovali některou formu adekvátního výcviku.

Druhou skupinu tvoří jedinci, kteří nikdy nevykonávali a v současnosti nevykonávají krizovou intervenci a ani v ní nemají výcvik. Dalším vstupním kritériem byl minimální věk 18ti let. Věkový rozsah této skupiny se pohyboval od 19ti do 76 let, jednalo se o osoby rozličných demograficko-sociálních charakteristik, jednalo se tedy o značně heterogenní skupinu. Tuto skupinu pracovně nazveme „skupina NON-KI“. Bylo užito dat získaných od 50ti subjektů v této skupině.

Další charakteristiky výzkumného souboru uvádíme v následující přehledové tabulce.

Tabulka č. 1 charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor (n=100)					
	muži	ženy	průměrný věk	SO věk	průměr. délka praxe
Krizoví intervenenti	11	37	38,73	10,96	6,16
Skupina NON-KI	20	30	32,32	13,14	N/A
Celý soubor	31	67	35,82	12,47	N/A

Vysvětlivky k tab. č. 1 – SO = směrodatná odchylka

Celý soubor tedy čítal sto subjektů, pro ilustraci věkového rozložení probandů uvádíme i směrodatnou odchylku pro věk.

Z celkového výzkumného souboru jsme jako samostatnou vyčlenili expertní skupinu, do statistických výpočtů jsme jí nezahrnovali. Více o ní výše v kapitole *Expertní skupina v české verzi SIRI-II*.

8.5 Metoda a průběh sběru dat

Pokud bychom chtěli klasifikovat metodu výběru výzkumného vzorku například dle Ferjenčíkem (2000) uváděné taxonomie, pak můžeme říci, že skupinu krizových interventů jsme vybírali metodou skupinového výběru. V souladu s principem preference většího počtu malých skupin (Ferjenčík, 2000) jsme data získávali ze šesti pracovišť linek důvěry, z větší části osobní administrací, menšinou přes e-mail.

U skupiny jedinců, kteří nikdy nevykonávali a v současnosti nevykonávají krizovou intervenci, jsme vzhledem k našim možnostem zvolili metody příležitostného výběru. Ferjenčík (2000, str. 117) k tomuto způsobu výběru vzorku dodává, že v některých typech výzkumů jde „spíše o předběžné ověření některých nových metodik (testů, dotazníků, technik rozhovorů, apod.)...“ Tato charakteristika by mohla z určité perspektivy souhlasit i s naším typem výzkumu. Data jsme získávali osobní administrací, některá přes e-mail.

Z psychometrického hlediska je ovšem mnohem zajímavější způsob, resp. pořadí administrace obou českých verzí SIRI. Krátký předvýzkum totiž přinesl jeden mimořádně závažný poznatek. Jelikož jsme probandům administrovali obě české verze (SIRI-I a SIRI-II) v jednom sezení, bylo třeba rozhodnout, kterou verzi mají vyplnit první. Zkušenosti z předvýzkumu ukázaly, že pokud proband vyplňuje nejprve českou verzi SIRI-I, kde je dichotomický systém hodnocení položek („správná“ x „špatná“ odpověď), určitým způsobem to poznamená styl myšlení probandů. Při následném vyplňování verze SIRI-II (sedmistupňová Likertova škála jako systém hodnocení) totiž probandi vykazovali poněkud extrémnější odpovědi směřující spíše ke krajním pólům stupnice, což může mít u některých položek velmi závažné následky v podobě zkreslení výsledku. Demonstrujeme to na položce č. 11.

Český překlad položky č. 11:

11. Klient: Já nevím.. Celá tahle záležitost s mojí ženou na mě strašně doléhá [vzlykot]. Tak moc se snažím nebrečet..

... Intervent A: Myslíte, že je pro Vás těžké brečet, protože jste muž?

... Intervent B: Při vši té bolesti, kterou teď cítíte, určitě není možné zdržovat pláč.

Česká expertní skupina určila „správné“ odpovědi následovně. Průměr autorek z oblasti krizové intervence je u odpovědi A +1,33, u odpovědi B +1,67. Všimněme si, že obě odpovědi se pohybují v kladných hodnotách. Co se ovšem může stát, pokud proband vyplňuje první verzi? Tehdy se zvyšuje pravděpodobnost, že u každé položky začne uvažovat dichotomicky – tedy v termínech dobrá x špatná odpověď. Zkušenost z předvýzkumu ukázala, že pakliže proband hodnotí stejnou položku nejprve dichotomickým systémem a až poté pomocí Likertovy škály, snižuje se pravděpodobnost, že by ve verzi SIRI-II vyhodnotil např. u položku č.11 obě odpovědi kladnými hodnotami. To pak může mít vliv na jeho celkový skóre v testu.

K tomuto zjištění jsme došli jednak analýzou výsledků a jednak v post-testovém rozhovoru s probandy. Ti, kteří vyplňovali nejprve druhou verzi (s Likertovou škálou) oceňovali zvolené pořadí. S tím se pojí i informování probanda o průběhu administrace testů. Ideální totiž je případ, kdy proband neví s jakou instrukcí bude vyplňovat SIRI podruhé, tozn. nezná instrukci SIRI-I v momentě, když vyplňuje SIRI-II. Dodáváme ovšem, že znalost instrukce první verze nezkrsluje vždy data v druhé verzi. I při pořadí I, II někteří probandi uváděli u některých položek obě odpovědi na jedné straně škály.

Při administraci obou verzí současně jsme tedy určili pořadí, kdy probandi nejprve pracovali s českou verzí SIRI-II, a až poté s českou verzí SIRI-I.

8.6 Etický rozměr výzkumu

Postupovali jsme v souladu s obecně platnými etickými zásadami psychologických výzkumů (viz např. Plháková, 2003). Dodrželi jsme princip poučeného dobrovolného souhlasu. Lehce kontroverzně mohl působit jen způsob administrace obou inventářů, o kterém jsme hovořili v minulé kapitole. Probandi totiž neměli znát instrukci SIRI-I během vyplňování verze SIRI-II. Probandi tedy nebyli předem zcela seznámeni s naprosto všemi detaily administrace. Mohli bychom to interpretovat jako mírné klamání zkoumaných osob, které je dle Plhákové (2003) přípustné, neboť byly naplněny všechny podmínky, jež je třeba splnit při takovém postupu. Jedná se o následující zásady (Plháková 2003, str. 39):

- 1) Účastníci jsou bezprostředně po skončení výzkumu informováni o jeho podstatě
- 2) Klamání nepoškozuje zkoumané osoby fyzicky ani psychicky
- 3) Experimentátor bere ohledy na jejich osobní důstojnost

Všechny výše uvedené principy byly respektovány, samy zkoumané osoby pozitivně referovaly o zvoleném způsobu pořadí.

Brali jsme ohledy i na zachování důvěrnosti a ochrany výzkumných dat, k nimž kromě autora neměla přístup žádná třetí osoba. Inventáře neobsahovaly žádné kategorie osobních údajů vyjma věku a pohlaví. Poněkud diskutabilní se z hlediska zachování anonymity může jevit užívání e-mailu. Nicméně ani zde neměla k takto získaným datům přístup nikdo další, probandi byli ubezpečeni o zachování diskretnosti a autor se tímto úkonem cítí pevně zavázán.

9 Práce s daty a užití statistické metody

Sběrem dat jsme získali data ze dvou testových metod, tj. česká verze SIRI-I a česká verze SIRI-II. Některá data jsme byli nuceni vyřadit kvůli neúplnému vyplnění inventáře. Nakonec jsme tímto výběrem dospěli k datům ze dvou testových metod získaných od sta subjektů, nepočítaje expertní skupinu. Ke zpracování dat jsme užili počítačových programů MS Excel a NCSS 07.1.14 freewarové verze.

K ověření platnosti hypotéz č. 1 a č. 4. jsme při podávání důkazů k ověření stanoveného konstruktů užili metodu komparace známých skupin (known groups comparison)⁶, využívanou při ověřování konstruktové validity (viz také např. Muszbek & Szekelyová & Balogh, 2006; Taft Karlson & Sullivanová. 2004; ale také Cozby 1985, in Neimeyer & Bonnellová, 1997). Ke zjištění signifikantního rozdílu ve výkonu v českých verzích SIRI mezi oběma známými skupinami jsme vzhledem k prvnímu takovému šetření u nás, ale hlavně kvůli rozsahu vzorku,

⁶ Nepřímě o ní hovoří i Ferjenčík (2000) v kapitole *Konstruktová validita*

užili neparametrické statistické metody, Mann-Whitneyova U-testu (viz např. Papica 1984; Reiterová 2003; Říčan 1977).

Při ověřování platnosti hypotéz č. 2, č. 3., č. 5, č. 6, č. 7 jsme užívali Pearsonova korelačního koeficientu a Studentova t-testu pro signifikantnost korelace (viz. Reiterová, 2003a).

Reliabilitu jsme u české verze SIRI-I testovali Kuder-Richardsonovou rovnicí KR-20 a Cronbachovým vzorcem pro test reliability (r_α), druhou jmenovanou metodou jsme testovali i reliabilitu české verze SIRI-II, dále jsme užili vzorec pro analýzu vnitřní konzistence (viz Reiterová, 2003).

10 Výsledky

Hlavním cílem naší práce je ukázat možnosti, jak evaluovat dovednosti potřebné v suicidální intervenci. Vybrali jsme metodu *Suicide Intervention Response Inventory*, provedli překlad s užitím lingvistické validizace. Nyní odkryjeme výsledky prvotního šetření konstruktové validity, které mnohdy naznačují další směr práce s psychometrickou metodou. Z tohoto pohledu jsou pro nás klíčové hypotézy č. 1 a č. 4. Zjednodušeně řečeno, zajímá nás, jestli existuje statisticky signifikantní rozdíl mezi skupinou krizových interventů a skupinou těch, kteří se krizovou intervencí nezabývají, resp. jestli „linkaři“ dosáhli signifikantně lepšího skóru než „laici“.

V kapitole věnované ověření hypotéz se také dozvíme o dalších intervenujících proměnných a souvislosti mezi oběma českými verzemi SIRI.

Samostatně uvedeme výsledky testování reliability obou českých SIRI.

10.1 Ověření hypotéz

Hypotéza č. 1

Mann-Whitneyův U-test prokázal, že mezi skupinou krizových interventů a skupinou jedinců, kteří nikdy neprovozovali a v současnosti neprovozují krizovou intervenci, je ve výkonu v SIRI-I statisticky velmi vysoce signifikantní rozdíl.

Aby mohla být nulová hypotéza zamítnuta na hladině významnosti 0,001 ($p < 0,001$), pak musí platit:

$$z > z_{0,001} = 3,290$$

V našem případě platí, že $z = 8,14$.

Zamítáme tedy nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu, tedy že mezi oběma skupinami existuje ve výkonu v SIRI- I statisticky velmi vysoce signifikantní rozdíl.

V souladu se stanoveným konstruktem můžeme tvrdit, že skupina jedinců, kteří pracují v krizové intervenci a zároveň mají výcvik v krizové intervenci, má v české verzi SIRI-I statisticky signifikantně lepší výsledek, než skupinou jedinců, kteří nikdy nevykonávali a v současnosti nevykonávají krizovou intervenci a nemají ani výcvik krizové intervence. Pro ilustraci rozdílů mezi skupinami uvádíme souhrnnou tabulku a další grafy. Připomínáme, že výstupem obou českých verzí SIRI je hrubý skór.

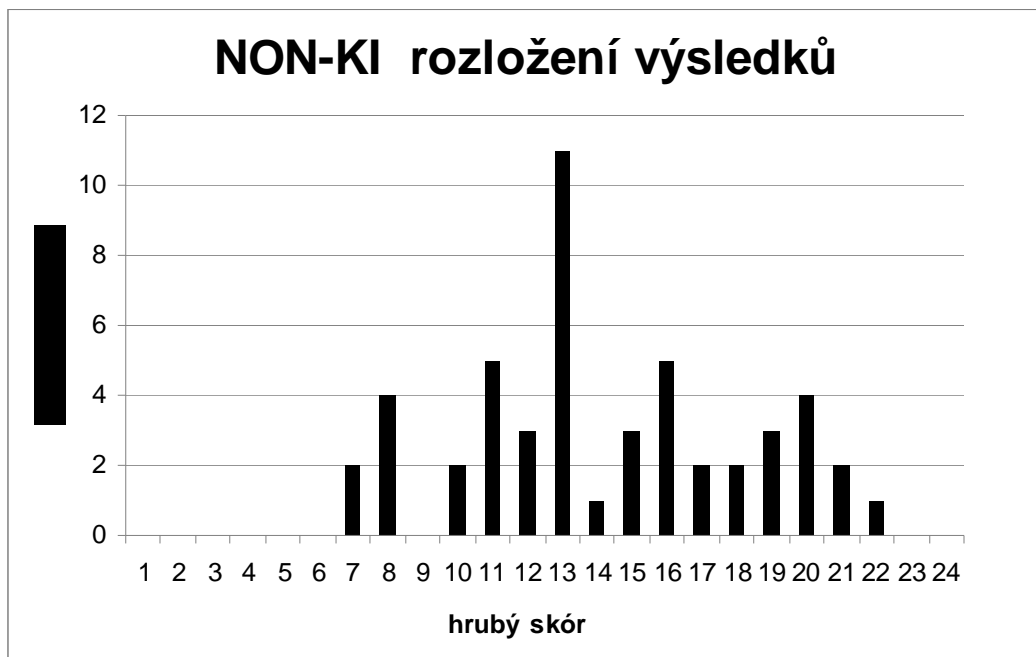
Tabulka č.2 Průměrné výsledky jednotlivých skupin (maximální hrubý skór = 24)

SIRI-I		
průměr KI	průměr NON-KI	průměr celý soubor
22,04	14,20	18,18
SO LD	SO NON-KI	SO celý soubor
1,35	4,03	4,93

Vysvětlivky k tab. č. 2: SO = směrodatná odchylka, KI = krizoví interventi, NON-KI = jedinci, kteří neprovozovali a neprovozují krizovou intervenci

K lepší představě o struktuře výsledků přidáváme grafy jejich rozložení, první pro skupinu jedinců, kteří neprovozují krizovou intervenci, druhý pro skupinu krizových interventů z linek důvěry, třetí pro celý soubor. Vzhledem k počtu probandů ale nebudeme vyvozovat další závěry.

Graf č. 1 Rozložení výsledků ve skupině NON-KI v SIRI-I



Graf ukazuje, že ve skupině jedinců, kteří neprovozují krizovou intervenci byl nejmenší dosažený hrubý skór sedm bodů, největší 22. Hrubý skór s největší absolutní četností byl 13 bodů.

Graf č. 2 Rozložení výsledků ve skupině NON-KI v SIRI-I



Graf č. 2 nám mimo jiné ukazuje, jak odlišné bylo rozložení výsledků pracovníků linek důvěry od druhé skupiny. Krizoví intervenenti dosáhli výsledků v rozmezí 19 – 24 bodů.

Graf č. 3 Rozložení výsledků celého souboru v SIRI-I



V grafu č. 3 můžeme sledovat rozložení výsledků v celém souboru.. Vzhledem k počtu probandů nebudeme vyvozovat závěry. V přílohách čtenář nalezne i absolutní četnosti chybně zodpovězených položek.

Uvedené výsledky podporují výše stanovený konstrukt, přinášejí důkaz ověření konstruktové validity české verze SIRI-I.

Hypotéza č. 2.

Druhá hypotéza hovoří o souvislosti délky praxe v krizové intervenci s výkonem v SIRI-I. Vypočítáním Pearsonova korelačního koeficientu jsme dostali hodnotu $r = -0,02$. Dle výsledku t-testu pro signifikantnost korelačního koeficientu je tato korelace statisticky nesignifikantní na hladině významnosti 0,05.

Druhá hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza č. 3

Třetí hypotéza se dotýká souvislosti rostoucího věku a výkonu v české verzi SIRI-I, tuto souvislost zamítá. Pearsonův korelační koeficient zde udává hodnotu $r = 0,06$. Dle výsledku t-

testu pro signifikantnost korelačního koeficientu je tato korelace statisticky nesignifikantní na hladině významnosti 0,05.

Třetí hypotéza se potvrdila.

Hypotéza č. 4

Stejně jako u první hypotézy i zde Mann-Whitneyův U-test prokázal, že mezi skupinou krizových interventů a skupinou jedinců, kteří nikdy neprovozovali a v současnosti neprovozují krizovou intervenci, je ve výkonu v české verzi SIRI-II statisticky velmi vysoce signifikantní rozdíl.

Aby mohla být nulová hypotéza zamítnuta na hladině významnosti 0,001 ($p < 0,001$), pak musí platit:

$$|z| > z_{0,001} = 3,290$$

V tomto případě platí, že $z = -7,95$.

I zde zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu, tedy že mezi oběma skupinami existuje ve výkonu v české verzi SIRI- II statisticky velmi vysoce signifikantní rozdíl.

Můžeme tvrdit, že skupina jedinců, která pracuje v krizové intervenci a zároveň má výcvik v krizové intervenci, má v české verzi SIRI-II statisticky signifikantně lepší výsledek, než skupinou jedinců, kteří nikdy nevykonávali a v současnosti nevykonávají krizovou intervenci a nemají ani výcvik krizové intervence. Dále uvádíme tabulku shrnující výsledky a grafy vytvořené se stejným účelem.

Kvůli lepší orientaci v tabulce a grafech pojednávajících o výsledcích v české verzi SIRI-II připomeneme princip vyhodnocovacího systému. Hrubý skór vyjadřuje rozdíl mezi probandovými odpověďmi a odpověďmi expertní skupiny. To znamená, že čím menší hrubý skór, tím lepší výsledek.

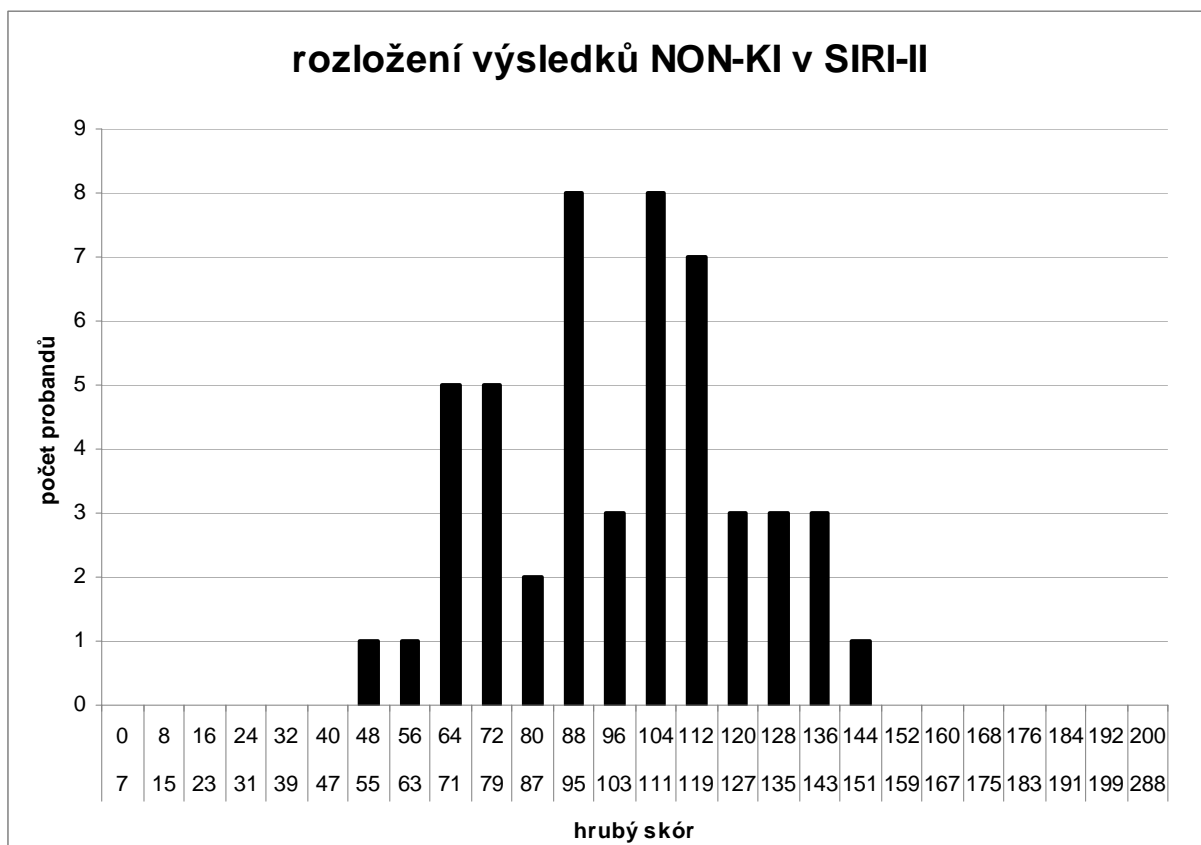
Tabulka č. 3 průměrné výsledky jednotlivých skupin

česká verze SIRI-II		
průměr KI	průměr NON-KI	průměr celý soubor
54,84	99,54	77,19
SO LD	SO KS	SO celý soubor
10,43	23,22	28,73

Vysvětlivky k tab. č. 3: SO = směrodatná odchylka, KI = krizoví interventy, NON-KI = jedinci, kteří neprovozovali a neprovozují krizovou intervenci

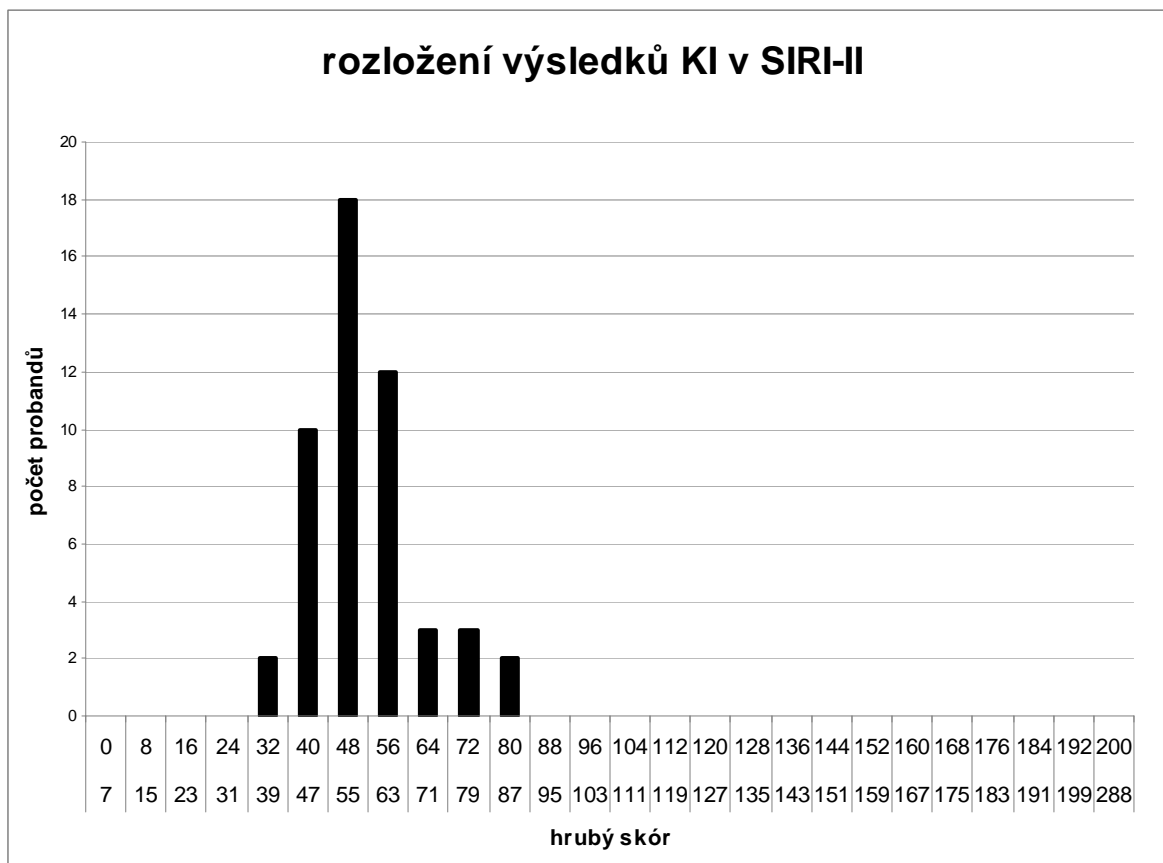
Níže uvedeme grafy rozložení výsledků v české verzi SIRI-II, nejprve u skupiny „laiků“, poté u skupiny krizových interventů a nakonec pro celý soubor. U všech následujících grafů jsou hrubé skóry uváděné v intervalech po šesti kvůli lepší vizualizaci. Také připomínáme, že nejlepší výsledek je opticky vlevo, nejhorší potom opticky vpravo

Graf č. 4 Rozložení výsledků ve skupině NON-KI v české verzi SIRI-II



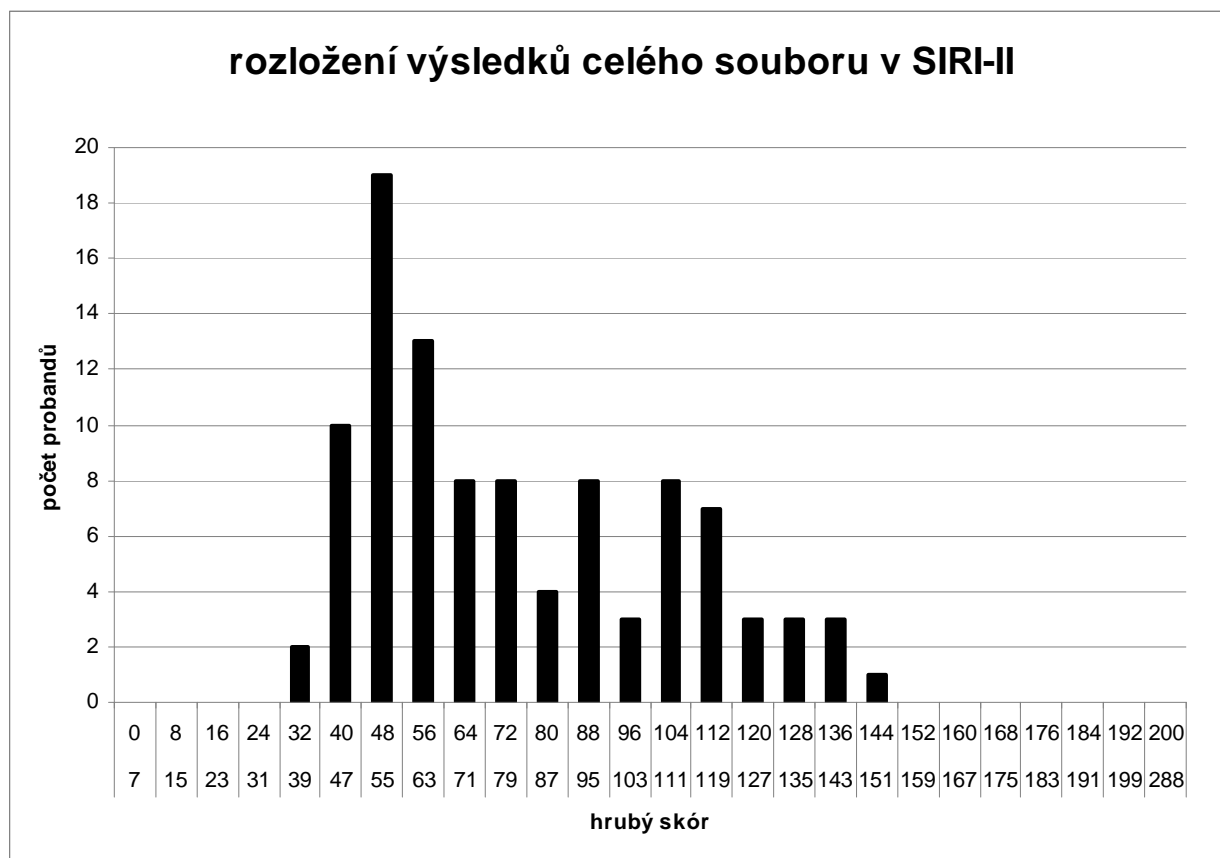
Z grafu je patrné, že nejlepší jedinci ze skupiny „NON-KI“ dosáhli výsledku v intervalu 48 – 55 bodů, nejhorší potom v intervalu 144-151.

Graf č. 5 Rozložení výsledků ve skupině krizových interventů v české verzi SIRI-II



Z grafu č. 5 je stejně jako u české verze SIRI-I patrné, jak rozlišné jsou skupiny v našem výzkumu

Graf č. 6 Rozložení výsledků v české verzi SIRI-II v celém souboru



Výsledky uvedené v souvislosti se čtvrtou hypotézou potvrzují výše uvedený konstrukt autorů a slouží tedy jako důkaz ověření konstruktové validity české verze SIRI-II.

Hypotéza č. 5.

Pátá hypotéza je o souvislosti délky praxe v krizové intervenci s výkonem v české verzi SIRI-II. Pearsonův korelační koeficient zde vykazuje hodnotu $r = 0,10$. Dle výsledku t-testu pro signifikantnost korelačního koeficientu je tato korelace statisticky nesignifikantní na hladině významnosti 0,05.

Pátá hypotéza se nepotvrdila.

Hypotéza č. 6

Obsahem šesté hypotézy je souvislost rostoucího věku a výkonu v české verzi SIRI-II, je zamítnuta. Souvislost vyjádřená Pearsonovým korelačním koeficientem zde udává hodnotu $r = -0,06$. Podle výsledku t-testu pro signifikantnost korelačního koeficientu je tato korelace statisticky nesignifikantní na hladině významnosti 0,05.

Šestá hypotéza se potvrdila.

Hypotéza č. 7

Dle hypotézy č. 7 existuje souvislost mezi výkonem v české verzi SIRI-I a výkonem v české verzi SIRI-II. Pearsonův korelační koeficient zde nabývá vysoké hodnoty, $r = -0,94$. Tento korelační koeficient je statisticky signifikantní na hladině významnosti 0,001 ($p < 0,001$). Jde tedy o velmi vysoce signifikantní korelaci.

Hypotéza č. 7 se potvrdila

10.1.1 Reliabilita české verze SIRI-I a české verze SIRI-II

Jak mohl čtenář registrovat, výpočty reliability jsme nijak nezahrnuli do našich hypotéz. Jeden z důvodů proč jsme tak neučinili, je způsob sběru dat. Každému probandovi jsme administrovali obě české verze SIRI v jednom sezení. Kvůli absenci dalšího měření, které by proběhlo s adekvátním časovým odstupem, se možnosti ověření reliability zužují. Nemohli jsme využít test-retestový odhad reliability. K situaci tohoto typu Ferjenčík (2000, str. 204) trefně poznamenává, že „pokud chceme získat o reliabilitě konkrétního testu skutečně komplexní obraz, nemůžeme se spokojit s jediným způsobem jeho odhadu. To, o čem nás informuje řekněme koeficient test-retestové reliability, je odlišné od toho, co se dozvídáme ze zjišťování vnitřní konzistence“. Proto se omezíme na pouhý výčet výsledků testování reliability, i vzhledem k velikosti výzkumného souboru.

Reliabilitu první verze Inventáře suicidální intervence (česká verze SIRI-I) jsme testovali jednak Kuder-Richardsonovou rovnicí KR-20, a také Cronbachovým vzorcem pro výpočet reliability (tzv. cronbachova α). V prvním případě statistický výpočet přinesl hodnotu $r_{tt} = 0,84$. Druhou metodou jsme došli k téměř stejné hodnotě⁷, $r_{\alpha} = 0,84$.

U české verze SIRI-II jsme reliabilitu testovali metodou analýzy vnitřní konzistence a opět Cronbachovým vzorcem pro výpočet reliability. U první metody jsme došli k výsledné hodnotě $r_{tt} = 0,73$. U druhé jsme výpočtem došli k hodnotě $r_{\alpha} = 0,84$.

Diskuse

V teoretické části jsme se obšírně věnovali krizové intervenci, suicidiu a suicidální intervenci. Citovali jsme naše autory, ale snažili jsme se obohatit práci i o pohled zahraničních autorů. Pojednávali jsme například o zahraničních modelech krizové a suicidální intervence. Hovořili jsme ale také i o stylu suicidální intervence, kde jsme se nechali inspirovat článkem pocházejícím z pera amerických autorů. Naše hlavní výzkumná metoda, jejíž český překlad je

pomyslným tělem našeho výzkumu, pochází ze Spojených států. Na první pohled by se mohlo zdát, že tímto výčtem můžeme mířit směrem k analýze kulturního prostředí Spojených států a naší země v souvislosti s využíváním Inventáře suicidální intervence. Problém ale tkví daleko hlouběji pod povrchem.

Odrasovým můstkem k prvnímu bodu naší diskuse nám budiž citovaný článek Misharaové a kolektivu, která, kromě popisu monumentálního výzkumného projektu (analýzy více jak tisíce telefonních hovorů krizových suicidálních linek), v úvodu publikované statě upozorňuje na existenci dvou hlavních směrů, resp. pojetí krizové intervence.

První proud vyvěrá z tradice založené Chadem Varahem ve Velké Británii, byl popularizovaný právě hnutím Samaritánům. V krizové intervenci se pak užívá empatického přístupu, široce se aplikují techniky verbálního naslouchání, jako je reflexe, rekapitulace, a další. Klient je citlivě podněcován k ventilaci emocí, k expresi vnitřních obsahů. Intervent by neměl užívat nijak zvlášť sugestivní formulace, existuje snaha klientovi pomoci obnovit jeho narušenou psychickou rovnováhu skrz rozšíření subjektivního pole.

Druhé pojetí, užívané ve Spojených státech, se od způsobu práce předchozího stylu poněkud liší. Jeho kořeny lze vystopovat na konci padesátých let v Los Angeleském krizovém centru. Stoupenci této tradice s klientem spolupracují na řešení jeho problému. Jsou ale značně direktivnější, než zastánci původně britského proudu. Sice jim jde také o energizaci klientových vnitřních sil, ale stavějí jej do více pasivní pozice. Podle zmiňované autorky jsou oba směry využívané zhruba ve stejném počtu amerických krizových center. Každé středisko krizové intervence pak výcvik nových rekrutů vykonává v duchu svého pojetí, takže existuje předpoklad, že uvedená rovnováha v USA přetrvává i dále.

Všimněme si, že v našich domácích publikacích v souvislosti s počátky krizové intervence nalazneme většinou jméno Chad Varah. Co to může znamenat? Přidáme-li k tomu důraz na techniky verbálního naslouchání v domácích učebnicích krizové intervence, můžeme uvažovat o skutečnosti, že pojetí krizové intervence v naší republice se spíše blíží k pojetí vycházejícím z tradice zmíněného duchovního činovníka. Rozhodně ale netvrdíme, že v našich podmínkách není místo pro strukturování direktivnějšího charakteru. Představme si obě tradice jako dva krajní, protilehlé body jedné stupnice. Potom bychom snad mohli s nadsázkou říci, že pojetí krizové intervence v našich podmínkách se spíše blíží k pólu preference empatie, naslouchání a dalších prvků odvozených z britské tradice.

⁷ Hodnoty se lišily na dalších desetinných místech, která neuvádíme

Jeden z autorů naší hlavní výzkumné metody je akademickým pracovníkem na Memphiské univerzitě, členové expertní skupiny taktéž pocházejí ze Spojených států. Jestliže budeme uvažovat nad tím, že jeden z přetrvávajících proudů krizové intervence v USA se v jistých ohledech kvalitativně liší od způsobu provádění krizové intervence u nás, nabízí se otázka, zda-li lze evaluační metodu *Suicide Intervention Response Inventory* smysluplně užívat v České republice, byť třeba v kvalitním překladu s lingvistickou validizací. Není částečná odlišnost teoretické základny daleko větší, možná až příliš velkou, překážkou než jsou rozličné sociokulturní podmínky? Přiznáváme, že jsme si tuto otázku kladli v průběhu výzkumu také.

Existuje více odpovědí na tuto otázku. První z nich poněkud tupí ostří naznačeného problému. Uvedli jsme, že v USA existují dva hlavní směry způsobu práce krizových interventů. Jeden z nich se od našeho pojetí práce s klientem v krizi liší více, ke druhému se v našich podmínkách blížíme více. Americké pojetí krizové intervence nám tudíž není až tak vzdálené, jak by se mohlo na první pohled zdát, zejména po definování Los Angeleské tradice. Zejména když zvážíme, že se velmi pravděpodobně nebude jednat o dvě naprosto směry, ale spíše o prolínání s tím, že v některých centrech se spíše kloní k jednomu pólu výše naznačené stupnice, jinde k druhému. K problému převažování empatie či direktivity se vyjadřuje i jeden z autorů metody. Podle Neimeyera je vhodné užít obou jak vcítění se do klienta, tak ale být připraven strukturovat a řídit, zejména pak v případě krizové intervence se suicidálním klientem.

Některé formulace v dotazníku se skutečně nesou v direktivním duchu. Z hlediska odlišnosti našeho a amerického pojetí se vyjevil příbuzný problém. Během fáze sbírání dat jsme se neustále setkávali s lehce negativními reakcemi na sugestivní znění některých položek. Ona odpověď krizového intervenanta „musíte se cítit celkem osamělá a obáváte se toho, co může přijít“ se celkem liší od teoretických základů technik verbálního naslouchání, které je uváděno v našich publikacích o krizové intervenci. Upozorňujeme, že překlad je zde přiléhavý, položka skutečně začíná slovem muset - „You must feel pretty lonely...“, což by šlo také přeložit jako „určitě se cítíte..“, to však zní ještě hůře. Na druhou stranu pomineme-li poněkud sporné užití slova muset a pohlédneme-li na celou položku č. 2 z širší perspektivy, uvidíme, že ve skutečnosti diskutovaná odpověď i tak v rámci položky relativně dobře funguje. Nabízená alternativa totiž u této položky zní: „snažte se tím tak netrápit. Všechno bude dobré“. Pro dokreslení situace uvedeme ještě klientův výrok: „K tomu všemu se mi teď ještě zhoršuje zdraví. A bez manžela, který by se o mě jinak postaral, mi přijde, že je se vším konec.“ Je naprosto jasné, řešení typu, „bude to dobré, uvidíte“ by měla být nejen v tomto typu klientovy situace vyloučena z repertoáru krizového intervenanta. Můžeme tedy uvažovat o tom, že v současné verzi českého překladu SIRI jsou sice užita vyjádření, která mnoho krizových interventů považuje za špatně

formulovaná, ale ve výsledku položky plní svou funkci. Děje se tak pravděpodobně i z dalšího důvodu.

Na hodnocení posledně citované odpovědi se shodla i naše expertní skupina, evaluační kritérium zde má podobu -3, tj. velmi nevhodná odpověď. Přesunutím se k tématu expertní skupiny se dostáváme k úplnému jádru problému. Jestliže *Suicide Intervention Response Inventory* je tělem naší práce, potom hodnotící kritérium stanovené expertní skupinou je srdcem této metody. Jednoduše řečeno, zdá se, že vše stojí a padá s expertní skupinou. A to neplatí jen pro novější formu inventáře, tedy SIRI-II. Také v první verzi nástroje je nutné určit, které odpovědi budou nadále považovány za správné a špatné, resp. za vhodnější a méně vhodné. V české verzi SIRI-I se vhodnější („správné“) odpovědi shodují s původní, americkou verzí, odvodili jsme je z průměrů autorek krizové intervence v druhé verzi Inventáře suicidální intervence. V několika případech se obě odpovědi expertní skupiny u jedné položky pohybují na stejném pólu, tedy např. že jsou obě „plusové“. Větší plusová hodnota je pak chápána jako vhodnější odpověď. A právě v těchto položkách se naše expertní skupina nejvíce liší od americké expertní skupiny, v níž byly odpovědi u každé položky polarizované opačně, nikdy se nestalo například, aby byly obě odpovědi ohodnoceny kladně. Později se pokusíme vysvětlit, proč tomu tak u americké expertní skupiny je.

Od počátečních úvah spíše teoretického charakteru se přes pojednání o expertní skupině se plynule dostáváme k interpretaci výsledků naší studie. Věnujme pozornost zejména hypotézám č. 1 a č. 4. Obě hypotézy sledují totéž, první u české verze SIRI-I, druhá u české verze SIRI-II. Obě se totiž týkají ověření stanoveného konstruktů (viz výše) a obě jej, spolu s dále uvedenými fakty o signifikantně vyšším průměrném výsledku krizových interventů, potvrzují, stejně jako tomu bylo v původních, amerických výzkumech. Velmi zajímavé je, že i naměřené hodnoty v naší studii se víceméně blíží k těm v původní, originální studii. Průměr výsledku v SIRI-II našich pracovníků linek důvěry se alespoň rámcově blíží průměru krizových interventů a poradců ve studii Neimeyera a Bonnellové z roku 1997. Co se ale v naší a původní studii od sebe liší více, jsou průměry expertních skupin. Můžeme to interpretovat zcela jednoduše. Expertní skupina ve svém názoru na cokoli v oblasti krizové intervence představuje jakýsi pomyslný vrchol znalostí, zároveň ale pravděpodobně vychází z podobných teoretických východisek jako zbytek populace krizových interventů. Mluvíme-li o podobných teoretických východiscích, máme na mysli určitý společný základ. Celkový styl a obsah odpovědi konkrétního probanda pak můžeme chápat jako výsledek interakce tohoto základu, dalších osobních poznatků, výcviku, osobnostních charakteristik, individuálních zkušeností a dalších, například vnějších, proměnných. V žádném případě neodmítáme interindividuální odlišnosti,

ostatně rozptýl odpověď v SIRI-II zbaveném efektu stropu to dokazuje. Česká verze SIRI-I v našem výzkumu vykazovala efekt stropu, podobně jako v americké studii autorů metody.

Došli jsme tedy k tomu, že správně zvolené hodnotící kritérium v podobě průměrného výsledku expertní skupiny může rámcově překonat i mezinárodní různorodost teorií krizových intervencí, samozřejmě s jistými omezeními.

Můžeme se ale v myšlení posunout ještě trochu dále, není třeba v souvislosti s hodnotícím kritériem položek uvažovat jen o překonání Atlantiku, popř. teoretického rozkolu. V naší studii figurovali pracovníci linek důvěry. Telefonická krizová intervence ale představuje pouze jednu formu práce s jedincem v krizi. Můžeme se domnívat, že hodnotící kritérium, tedy průměrný výsledek expertní skupiny, by bylo podobné pro krizovou intervenci tváří v tvář prováděnou různými neziskovými organizacemi zabývajícími se sociální tematikou. Ale jak by asi vypadalo personální složení a průměrný výsledek například pro krizovou intervenci tváří v tvář v rámci zásahu jednotek Integrovaného záchranného systému? A co například v případě verze určené pro klinický personál psychiatrického oddělení? Těmito otázkami naznačujeme, že možnosti evaluace efektivity dovednosti suicidální intervence mohou být široké, vždy je však brát ohled na oblast aplikace metody a vybrat adekvátní expertní skupinu ke stanovení hodnotícího kritéria.

Výše jsme naznačili, že se vrátíme k původní expertní skupině, složené z uznávaných amerických suicidologů a praktiků, v tom smyslu, že se pokusíme interpretovat přísnou polarizaci průměru jejich odpovědí v novějším SIRI-II. Připomínáme, že průměr americké expertní skupiny u žádné položky nedostal podoby obou odpovědí interventa na stejném pólu stupnice. Jedno z možných vysvětlení tohoto jevu může být v dlouhotrvající existenci první verze. Původní metoda SIRI-I byla vyvinuta v roce 1981, tehdy u ní byly stanoveny „správné“ odpovědi. Přejalo ji více než sto krizových center a dle četnosti výskytu publikovaných studií se dočkala i akademické pozornosti. S druhou, revidovanou verzí s jiným systémem hodnocení (Likertovou škálou), autoři metody začali pracovat až o téměř patnáct let později. Během dekády a půl se evaluační nástroj typu SIRI, i vzhledem k tomu, že je ve Spojených státech jediný svého druhu takto rozšířený, mohl dostatečně zažít, a to jak u akademické vrstvy, tak ale i u širší populace dobrovolníků pracujících v krizových centrech a u jejich profesionálních kolegů. V takové situaci, kdy jsou „správné“ odpovědi již téměř patnáct let dané, by bylo jistě poněkud zvláštní, aby se hodnotící kritérium volbou odborníků posunulo výrazně jinam. Existuje ovšem i jiné vysvětlení. Jelikož autoři uvádějí, že položky SIRI jsou koncipovány dle obecné teorie

krizové intervence⁸, pak je možné, že tomu tak skutečně objektivně je, tedy že se autoři metody naprosto přesně „trefili do černého“ a že zmíněná obecná teorie krizové intervence je v USA časově konzistentní.

Výsledky našeho výzkumu nabízejí ještě další velmi zajímavé téma k úvaze. Při ověřování druhé a páté hypotézy se ukázalo, že výkon v SIRI obou verzí nekoreluje s délkou praxe v krizové intervenci. To je v rozporu se zahraničními studii, z nichž jsme některé uvedli, což může naznačovat, že by bylo potřeba dalšího výzkumu v našich podmínkách. Pokud bychom ale přijali skutečnost, že pravděpodobnost výskytu vysokého výsledku v SIRI nesouvisí s délkou praxe interventa, pak je třeba hledat jinou charakteristiku krizových interventů, která by zmiňovanou pravděpodobnost zvyšovala. Můžeme uvažovat například o rychlosti získání určitého dostačujícího množství zkušeností v oboru, jež by mohly hrát roli v získání vyššího skóru v SIRI. Nebo se nabízí přímější vysvětlení vedoucí skrz logickou analýzu dalších intervenujících proměnných. Všichni krizoví interventi zúčastnění se našeho výzkumu za sebou měli adekvátní výcvik. Možná že ten by mohl být oním rozhodujícím působícím faktorem. To by ostatně mohly dokazovat i výsledky některých výše uvedených zahraničních studií, které dokazují, že výcvik v krizové, nebo ještě lépe v suicidální, intervenci vede k lepšímu výkonu v SIRI.

Evaluace efektivity výcvikových programů a postupů je jednou z dalších možných oblastí aplikace Inventáře suicidální intervence. S výcvikovou činností se pojí i téma specifčnosti využití dvou verzí SIRI. Jak jsme již uváděli výše, první, vývojově starší forma SIRI s dichotomickým systémem hodnocení dobře diskriminuje zejména na nižší úrovni dovednosti, zároveň ale trpí efektem stropu, což lze dobře pozorovat v uvedených grafech (viz kapitola *Výsledky* nebo oddíl příloh). První verze v české podobě by mohlo být užíváno při rychlém screeningu na začátku výcviku. Výhodou SIRI-I je rychlé vyhodnocení bez potřeby užití počítače. Inventář suicidální intervence v druhé verzi by jako nástroj jemnější diferenciace mohl v souvislosti s výcvikem sloužit k lepší evaluaci efektivity takového programu, případně vyšších úrovní takových programů. Využitelnost nástroje na pracovištích linek důvěry, jakož vlastně všude, kde se pracuje se suicidálními klienty, se sama nabízí. Doposud v oblasti měření efektivity dovednosti suicidální intervence nebylo žádné zavedené metody podobného typu.

S potenciálním výzkumem efektivity výcvikového programu v krizové či suicidální intervenci se pojí i téma reliability. Takový výzkum by totiž spočíval v dvojitým měření stejných subjektů, což je pro testování reliability metodou test-retest nezbytné. V naší práci jsme se

⁸ V souvislosti s existencí dvou proudů se nabízí otázka, která je to teorie..

výpočtem koeficientu reliability také zabývali, ovšem pouze metodami založenými na analýze vnitřní konzistence testu, resp. jeho položek. Nemůžeme proto naše závěry o reliabilitě české verze SIRI v žádném případě generalizovat a doporučujeme provedení dalšího výzkumu, přestože obě verze metody v českém překladu vykazaly vysoké hodnoty pro koeficient reliability a to při užití dvou výpočetních způsobů u každé verze.

V sedmé hypotéze, společné pro obě verze metody, byl postulován vztah mezi výkonem v české verzi SIRI-I a v českém překladu SIRI-II. Oba jevy korelovaly velmi vysoko, korelační koeficient dosáhl hodnoty $r = -0,94$ ($p < 0,001$). Nenechme se zmást negativní hodnotou korelace, je tomu tak proto, že v SIRI-II platí, že čím menší hrubý skór, tím lepší výsledek. Dostí vysoká hodnota velmi vysoce signifikantní korelace může být způsobena jednak stejným obsahem testů, obě české verze mají shodné položky, ale také i dobrou funkčností obou skórovacích systémů.

Nakonec diskuse jsme si nechali ještě jeden komentář první a čtvrté hypotézy a spolu s nimi uvedených faktů o vyšším průměrném výkonu krizových interventů v české verzi SIRI. Výzkum přinesl empirické důkazy ověřující stanovený konstrukt, jeden ze střípků v procesu ověřování validity byl nalezen. Dalo by se říci, že je to jedna z nejdůležitějších částí mozaiky, neboť je první. Pevně věříme, že nebude ani poslední. Příští výzkumy realizované s Inventářem suicidální intervence by se mohly zaměřit například na ověření empirické validity, kde by ovšem bylo potřeba stanovit kvantifikovatelné vnější kritérium. Z řad testovaných krizových interventů a autorek v oblasti krizové intervence přicházejí podněty k další práci. Společně s nimi se domníváme, že by mohlo být přínosné vytvořit novou verzi dotazníku zejména za účelem formulování některých výroků v inventáři tak, aby lépe odpovídaly našim podmínkám a pojetí krizové intervence.

Závěr

Hlavním cílem naší práce bylo demonstrovat možnosti evaluace dovednosti suicidální intervence. Abychom jej dosáhli, vybrali jsme nejprve adekvátní evaluační metodu, *Suicide Intervention Response Inventory* (SIRI) měřící dovednost rozeznání adekvátní odpovědi suicidálnímu klientovi během intervence. Jedná se o inventář o pětadvaceti položkách, každá z nich začíná krátkým výrokem suicidálního klienta, následují dvě odpovědi krizového interventa, testovaný určuje jejich vhodnost. Existují dvě verze dotazníku (SIRI-I, SIRI-II) se stejným položkovým obsahem, ale jiným skórovacím systémem. Pracovali jsme s oběma verzemi.

Inventář byl podroben překladu v procesu lingvistické validizace. Pro druhou verzi Inventáře odpovědí suicidální intervence musela být utvořena expertní skupina složená z domácích autorek v oblasti krizové intervence, jejichž průměr odpovědí u jednotlivých položek je základem skórovacího systému v této verzi.

Na cestě k dosažení hlavního cíle práce jsme ověřovali konstruktovou validitu přeloženého evaluačního nástroje, činili jsme tak skrz komparaci známých skupin, která ověřovala konstrukt, že krizoví interventi, resp. ti kdo prošli adekvátním výcvikem a mají určitou zkušenost v krizové intervenci, dosahují v SIRI signifikantně vyššího výkonu, než jedinci bez výcviku a praxe v krizové intervenci. Tento konstrukt byl ověřen komparací zmíněných skupin, pracovníci linek důvěry dosahovali signifikantně lepšího výkonu v obou verzích Inventáře suicidální intervence (česká verze SIRI) než druhá uvedená výzkumná skupina.

Byly prověřovány další proměnné intervenující v českých verzích SIRI. Neprokázala se statisticky významná souvislost mezi výkonem v české verzi SIRI a délkou praxe krizového interventa. Proměnná věku statisticky významně nekorelovala s výkonem v českých verzích SIRI.

Testovali jsme reliabilitu obou verzí Inventáře suicidální intervence, každou z nich dvěma statistickými metodami založenými na analýze vnitřní konzistence. Vypočtené koeficienty reliability jsou u obou českých verzích SIRI vysoké, nicméně vzhledem k absenci jiného charakteru metod ověřování reliability (např. test-retest) a počtu probandů (n=100), doporučujeme další studii.

Prokázána byla velmi vysoce signifikantní korelace mezi výkonem v obou verzích Inventáře suicidální intervence, což bylo interpretováno stejným položkovým obsahem a dobře fungujícími systémy skórování.

Po prvotním ověření validity a reliability se Inventář suicidální intervence jeví jako zajímavý evaluační nástroj dovednosti suicidální intervence se značným potenciálem, jak v praxi, tak ve výzkumu, nicméně je nutné provést další studie validity a reliability.

Souhrn

V této práci se věnujeme možnostem evaluace efektivity suicidální intervence. Práce obsahuje teoretickou část a empirickou část. První blok tvoří základnu pro druhý tak, aby byly jasně definovány základy krizové a suicidální intervence. Cílem práce je demonstrovat možnosti evaluace dovedností suicidální intervence. Činíme tak skrz výběr adekvátní evaluační metody, *Suicide Intervention Response Inventory*, dále překladem do českého jazyka a následným prvotním ověřováním validity a reliability, jež popisujeme v praktické části.

Po úvodu práce následuje charakteristika cíle práce tak, jak byl načrtnut v minulém odstavci. Poté předkládáme kontextové informace, kde poukazujeme na fakt, že suicidalita je celosvětový problém, suicidální intervence představuje formu sekundární prevence a že u nás naprosto absentuje evaluační nástroj měřící dovednost suicidální intervence.

Teoretická část je rozdělena do úseků věnovaným psychologickému jevu krize a krizové intervenci, suicidii, suicidální intervenci.

V první ze tří hlavních částí teoretické části nejprve definujeme co je to psychická krize jako přechodný stav vnitřní nerovnováhy, kterou definujeme jako přechodný stav vnitřní nerovnováhy, způsobený kritickými událostmi nebo takovými životními událostmi, které vyžadují zásadní změny a řešení. Uvádíme Baldwinovu typologii krizí, jejímž nejzávažnějším stupněm je obdoba suicidální krize. Nakonec charakterizujeme dynamiku krize, jelikož z určitého pohledu souvisí s prožíváním suicidálního jedince. Po deskripci teoretických základů psychické krize přistupujeme k charakterizování krizové intervence. Již na začátku celého oddílu jsme připomněli, že položky hlavní výzkumné metody, *Suicide Intervention Response Inventory*, jsou dle autorů nástroje koncipovány podle obecné teorie krizové intervence. Definujeme pojem krizové intervence jako specializovanou pomoc osobám, které se ocitly v krizi. Tato metoda se dělí na dvě základní formy, telefonickou a tváří v tvář. Krizovou intervenci je možné vést direktivním stylem, od psychoterapie se tato metoda liší hlavně zaměřeností na řešení aktuálních problémů, nikoli na hluboké osobnostní změny. Přenosové jevy se pravděpodobně v důsledku časové omezenosti krizové intervence příliš neprojeví.

Dále popisujeme jednotlivé modely krizové intervence. Nejprve pro alternativu tváří v tvář, kde uvádíme model Vodáčkové a některé zahraniční modely. Poté uvádíme některé charakteristiky telefonické krizové intervence, jako jsou například okamžitá dostupnost pomoci

na straně výhod, ale například absence určitých komunikačních kanálů na straně druhé. Následuje model telefonické krizové intervence dle Špatenkové. Pozornost věnujeme technikám užívaným v krizové intervenci, ať už neverbálním a paraverbálním nebo technikám aktivního naslouchání. Na konci podkapitoly technik užívaných v krizové intervenci se zmiňujeme o způsobu práce s emocemi.

Druhý oddíl práce zaměřený na suicidium začínáme jeho definicí. Suicidální jednání definujeme například jako záměrný a sebepoškozující akt, při němž si osoba, která se ho dopouští, nemůže být jista, že ho přežije. Suicidální jednání lze dělit na formy a způsoby tohoto chování. Do forem patří suicidální myšlenky, suicidální pokus a dokonaná sebevražda. Suicidium dělíme dle Koutkovy taxonomie. Dále pojednáváme o mýtech v oblasti sebevražd. Dále uvádíme základní poznatky epidemiologie suicidia, a to zejména v naší zemi. Jako důležitou kapitolu pro suicidální intervenci se jeví rizikové faktory suicidálního chování, kam patří předchozí suicidální pokus v anamnéze, hotový suicidální plán, atd. V kapitole věnované psychologickým aspektům suicidálního chování se zmiňujeme o souvislosti tohoto jednání s psychopatií, zajímá nás především prožívání jedince s depresivní symptomatikou. Po krátkém nahlédnutí do suicidální motivace a precipitujících faktorů tohoto chování se pouštíme do deskripce obecných charakteristik suicidálního prožívání. Zde se nachází snad nejdůležitější část celé části věnované suicidiu, totiž kapitola o Ringelově presuicidálním syndromu, který začíná zúžením subjektivního pole jedince, pokračuje přes hromadění zablokované, či proti sobě zaměřené agrese a vrcholí sebevražednými fantaziemi.

Na začátku posledního bloku teoretické části práce mluvíme o tom, že suicidální intervence vychází z intervence krizové, je jejím modulem. Suicidální intervence vychází z intervence krizové, ať už užívanými technikami, zaměřením na aktuální problém, ale i celkově charakterem těchto metod. Suicidální intervence se liší svým naléhavým posláním, dle toho je uzpůsoben její model. Suicidální intervence si klade za úkol odvrácení nebezpečí sebevraždy a činí tak skrz zvrácení probíhajícího Ringelova syndromu, nastartováním jeho zpětného chodu. Konstatujeme, že v suicidální intervenci je důležitá ventilace hněvu a agresivních pocitů. Klíčový je vztah mezi suicidantem a interventem, který se navozuje podobně jako u krizové intervence. Objasňujeme některé efektivní dovednosti z oblasti neverbální komunikace, následně i verbální, a to s depresivním klientem. V kapitole suicidální intervent uvádíme některé výzkumy, např. že rys úzkostnosti pozitivně koreluje s mírou schopnosti suicidální intervence. Poté představujeme jednotlivé modely suicidální intervence. Leenaarsův postup zahrnuje vytvoření raportu, prozkoumání individuálních významů suicidanta, zaměřením se na hlavní problém, spoluvytváření možností řešení situace, plánování blízké budoucnosti a terminaci.

Model Špatenkové je členěn na více konkrétních kroků. Jednotlivé modely lze aplikovat rozličným stylem. Byly identifikovány tři rozličné styly suicidální intervence – direktivní, ideální (spolupracující) a únikový.

Poslední podkapitolou je část věnovaná možnostem evaluace efektivity suicidální intervence, kde představujeme různé druhy možného hodnocení efektivity tohoto procesu, nejprve na mikroúrovni, jako zkoumání statistické míry suicidality, přes zjišťování spokojenosti suicidálních jedinců volajících na krizovou linku, dále přes nástroje typu hraní rolí, až po mikroúroveň, kde se hodnotí dovednosti krizového interventy. Tady se hovoříme u *Suicide Intervention Response Inventory*, nicméně výzkumy realizované touto metodou jsme citovali v průběhu pasáže suicidální intervence.

Výzkumná část začíná definováním výzkumného problému a stanovením cíle práce. Oboje jsou v našem výzkumu propojené, našim cílem je demonstrovat možnosti evaluace dovednosti suicidální intervence, činíme tak skrz identifikování vhodné metody, jíž *Suicide Intervention Response Inventory* (SIRI). Jedná se o pětadvaceti položkový inventář, měřící dovednost zvolení vhodné odpovědi suicidálnímu klientovi v probíhající intervenci. Každá položka začíná krátkým výrokiem klienta, jenž nějak charakterizuje jeho situaci. Následují dvě možné odpovědi interventy, proband označuje jejich vhodnost. Existují dvě formy SIRI, obsahují totožné položky, liší se systémem vyhodnocení položek. V první, starší verzi proband u každé položky volí vhodnější („správnou“) odpověď. Tato verze (SIRI-I) s dichotomickým systémem vyhodnocování položek trpí efektem stropu, ale lze ji rychle vyhodnotit bez nutnosti užití počítače. Novější verze (SIRI-II) využívá Likertovu sedmibodovou škálu k ohodnocení každé položky (od extrému „velmi vhodná odpověď“ až po druhý extrém „velmi nevhodná odpověď“). Ke stanovení hodnotícího kritéria v této verzi slouží průměr suicidologů a krizových interventů.

V české verzi SIRI-II bylo třeba stanovit expertní skupinu, požádány byly autorky krizové intervence PhDr. Olga Havránková, PhDr. Naděžda Špatenková a PhDr. Daniela Vodáčková. Jejich průměr v SIRI-II slouží jako hodnotící kritérium

Položky SIRI jsou koncipovány dle obecné teorie krizové intervence. Výzkumného cíle dosahujeme překladem SIRI v procesu lingvistické validizace. Dále ověřujeme konstruktovou validitu metodou komparace známých skupin. Ověřujeme konstrukt, že krizoví interventy, resp. ti kdo prošli adekvátním výcvikem a mají určitou zkušenost v krizové intervenci, dosahují v SIRI signifikantně vyššího výkonu, než jedinci bez výcviku a praxe v krizové intervenci..

Výzkumný soubor (n=100) obsahoval dvě zmíněné skupiny, navíc ještě expertní skupinu, ta však do statistických výpočtů zahrnuta nebyla. Byly dodrženy základní etické principy psychologického výzkumu.

V kapitole stanovení hypotéz předkládáme Hypotézy 1 (pro SIRI-I) a 4 (pro SIRI-II), jako možný částečný důkaz ověření konstruktové validity, hovoříme v nich o signifikantním rozdílu ve výkonu v SIRI mezi skupinou krizových interventů a jedinců, kteří krizovou intervenci neprovozují a nikdy neprovozovali. První skupina dosáhla statisticky signifikantně lepšího výsledku v obou formách SIRI než skupina druhá, což ověřuje stanovený konstrukt.

V dalších hypotézách mluvíme o souvislosti výkonu v SIRI-I, SIRI-II a proměnné věku a délky praxe v krizové intervenci.. Poslední hypotéza poukazuje na souvislost ve mezi výkonem v obou verzích. Zde se prokázala statisticky velmi vysoce signifikantní korelace, což je interpretováno jednak stejnou položkovou základnou a jednak dobře fungujícími systémy hodnocení.

Testovali jsme také reliabilitu českých verzí SIRI metodami založenými na charakteru analýze vnitřní konzistence. Koeficient reliability dosáhnul relativně vysokých hodnot, přesto ale tyto závěry nezobecňujeme, neboť nebyly použity metody jiného založení, např. ověřování test-retest-reliability.

Inventář suicidální intervence se jeví jako zajímavý evaluační nástroj dovednosti suicidální intervence se značným potenciálem, jak v praxi, tak ve výzkumu, nicméně je nutné provést další studie validity a reliability.

Seznam použité literatury

1. Anders (2001). *Deprese*. Praha: nakladatelství Jan Vašut
2. Baštecká, B. et al. (2003). *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál
3. Baumgartner, F. (2001). Zvládání stresu – Coping. In Výrost, Z.&Slaměník, K. *Aplikovaná sociální psychologie II*. (p.191-208). Praha: Grada
4. Bouček, J. et al. (2003). *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci
5. Bouček, J. et al. (2006). *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci
6. Brown, G. K. (2009). *A Review of Suicide Assessment Measures for Intervention Research with Adults and Older Adults*. [Online]. Retrieved February 10, 2009 from http://www.suicidology.org/c/document_library/get_file?folderId=235&name=DLFE-113.pdf
7. Brown, T.M. & Pullen, I.M. & Scott, I.F. (1992). *Emergentní psychiatrie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství
8. Brownová, F.F., Rainer, J.P. (2006). Too much to bear: An introduction to *crisis intervention* and therapy. [Electronic version]. *Journal of clinical psychology*, 62,953-957
9. Brownová, M.M. & Rangeová, L.M. (2005). Responding to suicidal calls: does trait anxiety hinder or help?. [Electronic version]. *Death studies*, 29, 207-216
10. Brownová, L.M. & Shiangová, L. & Bongar. B. (2003). Crisis intervention. In Stricker, G. & Widiger, T. A. (Eds.). *Handbook of psychology: Volume 8 Clinical psychology*. [Electronic version] (p. 431-451). New Jersey: John Wiley & Sons Ltd.
11. Burke, Jr. & Francis, V. (1995). Lying during crisis negotiations: A costly means to expedient resolution [Electronic version]. *Criminal Justice Ethics*, 14, 31-46
12. Calvertová, P. & Palmerová, C. (2003). Application of the cognitive therapy model to initial crisis assessment. [Electronic version]. *International Journal Of Mental Health Nursing*, 12, 30-38
13. Everstinová, D. S. (1983). *People in crisis: strategic therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel
14. Fenwick, C. & Vassilas, Ch. & Carterová, H & Sayeed, M. (2004). Training health professionals in the recognition, assessement and management of suicide risk. [Electronic version]. *International Journal of Psychiatry in Clinical Praktice*, 8, 117-121
15. Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál
16. Frankel, B., & Kranzová, R. (1998). *O sebevraždách*. Praha: Lidové noviny

17. Havránková, O. (2002). Sebevražedná tematika. In Vodáčková, D. et al. *Krizová intervence*. (p. 482-498). Praha: Portál
18. Hillman, J. (1997). *Duše a sebevražda*. Praha: Sagittarius
19. Holinger, P.C. et. Al (1994). *Suicide and Homicide among Adolescents*. London: The Guilford press
20. Höschl, C. & Libiger, J. & Švetska, J. (Eds.). (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tigris
21. Jelínek, J. a kol. (2005) *Trestní zákon a trestní řád s poznámkami a judikaturou a předpisy související: v úplném znění*. Praha: Linde
22. Kastová, V. (2000). *Krize a tvořivý přístup k ní*. Praha: Portál
23. Koutek, J., & Kocourková, J. (2003). *Sebevražedné chování*. Praha: Portál
24. Leitner, L. M. & Thomas, J. C. (2005). Styles of suicide intervention: Professional's responses and client's preferences [Electronic version]. *The Humanistic psychologist, 33* (2),145-165
25. Lukeš, V. (2006). Komunikace s osobou mající sebevražedné úmysly. [Electronic version]. *Policista, 12, appendix, 1-16*
26. Leenaars, A. A. (1994). Crisis intervention with highly lethal suicidal people. [Electronic version]. *Death studies, 14, 341-361*
27. Leenaars, A. A. (2004). *Psychotherapy with suicidal people*. [Electronic version]. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
28. Linehanová, M. M. (2008). Suicide intervention research: A field of desperate need of development. [Electronic version]. *Suicide & Life threatening behavior, 38, 483-485*
29. Mapi Research Institute. (2002). *Linguistic validation of the PedsQL*. [Online]. Retrieved November 21, 2008 from <http://www.pedsq.org/PedsQL-Linguistic-Validation-Guidelines.doc>
30. McKenzie, K. (2001). *Deprese*. Praha: Grada
31. Mckeown, R.E. & Cuffe, S.P. & Schulz, R.M. (2006) US Suicide Rates by Age Group, 1970--2002: An Examination of Recent Trends. [Electronic version]. *American journal of public health, 96, 1744-1751*
32. Ministerstvo vnitra České republiky (2005a). *Typová činnost složek IZS: demonstrování úmyslu sebevraždy*. Praha: Ministerstvo vnitra
33. Mishara, B.L. & Chagnon, F & Daigle, M. & Balan, B. (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. [Electronic version]. *Suicide & Life-threatening behaviour, 37, 271-287*

34. Monestier, M. (2003). *Dějiny sebevražd*. Praha: Dybbuk.
35. Muszbek, K. & Szekelyová, E. & Balogh M. Validation of the Hungarian Translation of Hospital Anxiety and Depression Scale. [Electronic version]. *Quality of life reasearch*, 15, 761-766
36. Myers, R.A. & Conte, Ch. (2006) Assessment for crisis intervention. [Electronic version]. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 959-970
37. Neimeyer, R.A. & Bonnelle, K. (1997). The suicide intervention response inventory: A revision and validation. [Electronic version]. *Death stuides*, 21, 59-81
38. Neimeyer, R.A. & Fortner, B. & Melbyová, B. Personal and professional factors and suicide intervention skills. [Electronic version]. *Suicide & Life – Threating Behavior*, 31, 71-83
39. Neimeyer, R.A. & Pfeifferová, A.M. (1994). Evaluation of suicide intervention effectiveness. [Electronic version]. *Death stuides*, 18, 131-167
40. Noesner, G. & Webster, W.M. (1997, August). Crisis intervention. [Electronic version]. *FBI law enforcement bulletin*, 66, 13-20
41. O'Hagan, K. (1986). *Crisis intervention in Social services*. London: The MacMillan press
42. O'Connor, J. (1998). *Úvod do neurolingvistického programování: jak lépe porozumět sobě i jiným a dosáhnout svých cílů*. Praha : Institut pro Neuro-lingvistické programování
43. Papica, J. (1984). *Základy psychometrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci
44. Plháková, A. (2004). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia
45. Poland, S. (1989). *Suicide intervention in the schools*. London: The Guilford press
46. Power, M. (Ed.). (2004). *Mood disorders A handbook of science and practice*. [Electronic version]. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
47. Plante, T.G. (2005). *Contemporary clinical psychology* (2nd ed.). [Electronic version]. New Jersey: John Wiley & Sons Ltd.
48. Praško, J., & Prašková, H., & Prašková, J. (2003). *Deprese a jak ji zvládat*. Praha: Portál
49. Praško, J. et al. (2003a). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál
50. Rangeová, L. M & Campellová, C & Kovac S. H. & Marion-Jonesová M. & Aldridge, Holly & Kogos, S. et al. (2002). No-suicide contracts: an overview and recommendations. [Electronic version]. *Death studies*, 26, 51-74)
51. Rangeová, L. M. & Knottová, E. C. (1997), Twenty suicide assessment instruments: Evaluation and recommendations. [Electronic version]. *Death Studies*, 21, 25-58
52. Realová, J. (1987) Life changes: can they cause disease?. [Electronic version]. *Nursing*, 17, 52-55
53. Reiterová, E. (2003). *Základy psychometrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci

54. Reiterová, E. (2003a). *Základy statistiky pro studenty psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci
55. Regini, Ch. (2004, October). Crisis Intervention for Law Enforcement Negotiators. [Electronic version]. *FBI Law Enforcement Bulletin*, 73, 2-8
56. Rihmer, Z. & Jekkelová, E. & Kárteszi, M. (2006). Psychiatric characteristics of 100 nonviolent suicide attempters in Hungary. [Electronic version]. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10, 69-72
57. Raboch, J. & Zvolský, P. et al. (2001). Praha: Galén
58. Roberts, A.R. & Ottens, A.J. (2005). The seven-stage crisis intervention model: A road map to goal attainment, problem solving, and crisis resolution. [Electronic version]. *Brief treatment and crisis intervention*, 5, 329-339
59. Romano, S.J. (2002, September). Communication Survival Skills for Managers. [Electronic version]. *FBI Law Enforcement Bulletin*, 71, 14-16
60. Rust, J. & Golomboková, S. (1992). *Modern Psychometrics: The Science of Psychological Assessment*. London: Routledge
61. Říčan, P. (1977). *Úvod do psychometrie*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy
62. Sommers-Flanagan, J. (2003). *Clinical Interviewing* (3rd ed.). [Electronic version]. New Jersey: John Wiley & Sons Ltd.
63. Stricker, G. & Widiger, T. A. (Eds.). (2003). *Handbook of psychology: Volume 8 Clinical psychology*. [Electronic version]. New Jersey: John Wiley & Sons Ltd.
64. Spurný, J. & Matoušková, I. (2005). *Komunikačně náročné situace v policejní praxi*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk
65. Špatenková, N. et al. (2004). *Krise: psychologický a sociologický jevomeň*. Praha: Grada
66. Špatenková, N. et al. (2004a). *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada
67. Taft, Ch. & Karlson, J. & Sullivanová, M. (2004). Performance of the Swedish SF-36 version 2.0. *Quality of life research*, 13, 251-256
68. Tingová, L. & Sandersová, S. Jacobsonová, J.M., Power, J.R. (2006). Dealing with the Aftermath: A Qualitative Analysis of Mental Health Social Workers' Reactions after a Client Suicide. [Electronic version]. *Social work*, 51, 329-342
69. Thomas, J.C. & Leitner, L.M. (2005). Styles of suicide intervention: Professionals' responses and Clients' preferences. [Electronic version]. *The humanistic psychologist*, 33, 145-165
70. Viewegh, J. (1996). *Sebevražda a literatura*. Praha: Psychologický ústav AVČR
71. Vodáčková, D. et al. (2002). *Krizová intervence* Praha: Portál

72. Vybíral, Z. (2003). *Lži, polopravdy a pravda v lidské komunikaci*. Praha: Portál
73. Vymětal, J. (1995). *Duševní krize a psychoterapie*. Hradec Králové: Konfrontace
74. Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie* (3rd ed.). Praha: Portál
75. Vymětal, J. (1996). *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel
76. Vymětal, J. (2003a). *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada
77. Výrost, Z.&Slaměník, K. (2001). *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada.
78. WHO (2007). *Suicide prevention (SUPRE)*. [Online]. Retrieved April 21, 2007 from official Website: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html
79. WHO (2007a). *Suicide rates per 100 000 by country, year and sex*. [Online]. Retrieved April 21, 2007 http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/index.html
80. WHO (2006). *Suicide rates (per 100 000), by gender, Czech republic, 1986-2004*. [Online]. Retrieved April 21, 2007 from http://www.who.int/mental_health/media/czec.pdf
81. Zbořilová, K. (2006). *Komunikace v krizových situacích. Policista, appendix, 1-9*

Přílohy

PODKLAD PRO ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA:	OSOBNÍ ČÍSLO:
HORSKÝ Ondřej	Sekaninova 525; Hradec Králové	F04492

NÁZEV TÉMATU ČESKY:

Možnosti evaluace efektivity suicidální intervence

NÁZEV TÉMATU ANGLICKY:

Evaluation possibilities of suicide intervention effectiveness

VEDOUcí PRÁCE:

Mgr. David Dohnal – KPG

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Práce obsahuje dvě části, teoretickou a empirickou. V teoretické části se autor bude zabývat suicidiem a suicidální intervencí. Shrne dosavadní poznatky o možnostech evaluace efektivity suicidální intervence. Empirická část bude výsledkem následujících kroků. Nejprve bude z angličtiny přeložen dotazník Suicide intervention response inventori – 2 (SIRI-2). Následně se autor pokusí ověřit validitu jeho českého překladu na dostupném vzorku krizových interventů s využitím kontrolní skupiny do krizové intervence nezainteresovaných probandů. Dle stanovené hypotézy se obě skupiny budou signifikantně lišit v dosaženém výsledku. Závěrem autor naznačí možnosti využití metody a shrne poznatky o možnostech evaluace efektivity suicidální intervence v našich podmínkách.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Koutek, J., & Kocourková, J. (2003). Sebevražedné chování. Praha: Portál
- Leenaars, A. A. (2004). Psychotherapy with suicidal people. [Electronic version].
Chichester: John Wiley & Sons Ltd
- Neimeyer, R.A. & Bonnelle, K. (1997). The suicide intervention response inventory: A revision and validation. [Electronic version]. *Death studies*, 21, 59-81
- Neimeyer, R.A. & Fortner, B. & Melby, D. (2001). Personal and professional factors and suicide intervention skills. [Electronic version]. *Suicide and life-threatening behavior*, 31, 71-82
- Neimeyer, R.A. & Pfeiffer, A. (1994). Evaluation of suicide intervention effectiveness. [Electronic version]. *Death studies*, 18, 131-166

PODPIS STUDENTA: _____

DATUM: _____

PODPIS VEDOUcíHO PRÁCE: _____ DATUM: _____

SIRI- II – Originální verze

Suicide intervention response inventory

The following items represent a series of excerpts from counseling sessions. Each excerpt begins with an expression by the client concerning some aspect of the situation he/she faces, followed by two possible helper responses to the client's remark.

You are to rate each response in terms of how appropriate or inappropriate you feel the reply is to the client's comment. In the blank you should record a rating from - 3 to + 3, corresponding to the chart below. Be sure to respond to each item, and try not to leave any blanks.

- + 3 -- Highly appropriate response
- + 2 -- Appropriate response
- + 1 -- Marginally appropriate response
- 0 -- Neither appropriate nor inappropriate
- 1 -- Marginally inappropriate response
- 2 -- Inappropriate response
- 3 -- Highly inappropriate response

1. Client: I decided to call in tonight because I really feel like I might do something to myself... I've been thinking about suicide.

----- Helper A: You say you're suicidal, but what is it that's really bothering you?

----- Helper B: Can you tell me more about your suicidal feelings?

2. Client: And now my health is going downhill too, on top of all the rest. Without my husband around to care for me anymore, it just seems like the end of the world.

----- Helper A: Try not to worry so much about it. Everything will be all right.

----- Helper B: You must feel pretty lonely and afraid of what might happen.

3. Client: But my thoughts have been so terrible... I could never tell them to anybody.

----- Helper A: You can tell me. I'm a professional, and have been trained to be objective about these things.

----- Helper B: So some of your ideas seem so frightening to you, that you imagine other people would be shocked to know you are thinking such things.

4. Client: No one can understand the kind of pain I've been going through. Sometimes I just feel like I have to hurt myself, so I cut my wrists.

----- Helper A: It seems like you've been suffering so much

that cutting your wrists is the only way you can make the pain go away.

----- Helper B: But you're so young, you have so much to live for. How can you think of killing yourself?.

5. Client: What are you anyway? Are you a doctor? How do you know what I've been going through? You've probably always had it pretty soft.

----- Helper A: So you're wondering if I can understand how you feel.

----- Helper B: You're not even giving me a chance. I've had a pretty rough life too; you're not the only one who's seen some hard times.

6. Client: My life has been worthless ever since my wife, Emma, died four years ago. The kids are grown and married now, and I've been retired from my job at the railroad for some time. It just seems that I'd be better off dead.

----- Helper A: But try to think of what Emma would want for you. She'd want you to continue leading a productive life, wouldn't she?

----- Helper B: It sounds like everything just collapsed around you when Emma died But what has happened recently to make things even worse, to make you think that dying is the only way out?

7. Client: I really need help... It's just... [voice breaks: silence]

----- Helper A: It must be hard for you to talk about what's bothering you.

----- Helper B: Go on, I'm here to listen to you talk.

8. Client: When you sum up my problem like that, it makes it seem less confusing and not so scary.

----- Helper A: See, it really isn't so bad after all. It certainly isn't anything you would think of killing yourself over, is it?

----- Helper B: Sometimes talking about problems does make them a bit clearer. I think you realize how dangerous your suicidal feelings were, and that's why you decided to contact me.

9. Client: You were supposed to help me, but you've only made things worse.

----- Helper A: I'm sorry. I was only trying to help.

----- Helper B: You sound pretty angry

10. Client: How could you ever help me? Have you ever wanted to kill yourself?.

----- Helper A: It sounds like you're concerned about whether I can understand and help you.

----- Helper B: Sure, I've thought about suicide sometimes. But I always found more realistic solutions to my problems.

11. Client: I don't know..., this whole thing with my wife really gets to me [sobs]. I try so hard to keep from

crying...

----- Helper A: Do you think that the reason it's hard for you to cry is because you're a man?

----- Helper B: With all the hurt you're feeling, it must be impossible to hold those tears in.

12. Client: How can I believe in God anymore? No God would ever let this happen to me; I've never done anything to deserve what's happened.

----- Helper A: Things have gotten so bad, that it's difficult to see any meaning in the things that have happened to you.

----- Helper B: Well, God works in mysterious ways. Maybe this is His way of testing your faith.

13. Client: I don't know why I'm calling you. My family is financially well off, and my husband spends plenty of time with me, even though he has a successful law career. Even my kids have been doing well. They get good marks at school and have lots of free time activities with their friends. But nothing seems to interest me. Life is just a bore

----- Helper A: Considering all you have going for you, your problems can't be all that serious. Try to focus more on the positive aspects of your situation.

----- Helper B: So even though things seem to be going well at one level, life still seems pretty depressing, even if it's hard to say exactly why.

14. Client: I have to hang up now. My mother's coming home soon and I don't want her to know I've been talking to you.

----- Helper A: Okay, but if you keep feeling suicidal, remember you can always call back.

----- Helper B: All right, but first I want you to promise me you won't do anything to hurt yourself, until you call and talk to me. Will you repeat that promise?

15. Client: Is it really true that many people feel this way? I thought I was the only one who had such dreadful, sinful ideas.

----- Helper A: No, there are many people who suffer from mental illness.

But with appropriate treatment by a qualified physician, some of these patients can be cured.

----- Helper B: It is true. You're not the only one who has suicidal thoughts. And you can be helped to get through this crisis, just as others have been.

16. Client: I'm so lonely, so tired [crying]. There just isn't anywhere left to turn.

----- Helper A: You seem so alone, so miserable. Have you been feeling suicidal?

----- Helper B: Come on now. Things can't be all that bad.

17. Client: [Over telephone] It's hard to talk here, with all these people...

----- Helper A: Would it help if I asked questions?

----- Helper B: Why don't you call back some other time when you can talk more easily?

18. Client: I have a gun pointed at my head right now, and if you don't help me, I'm going to pull the trigger!

----- Helper A: You seem to be somewhat upset.

----- Helper B: I want you to put down the gun so we can talk.

19. Client: Why should you care about me, anyway?

----- Helper A: I've been trained to care about people. That's my job.

----- Helper B: Because I think your death would be a terrible waste, and it concerns me that things are so that you are considering suicide. You need help to get through this critical period.

20. Client: I really hate my father! He's never shown any love for me, just complete disregard.

----- Helper A: You must really be angry at him for not being there when you need him most.

----- Helper B: You shouldn't feel that way. After all, he is your father, and he deserves some respect.

21. Client: I don't think there's really anyone who cares whether I'm alive or dead.

----- Helper A: It sounds like you're feeling pretty isolated.

----- Helper B: Why do you think that no one cares about you anymore?

22 Client: I tried going to a therapist once before, but it didn't help Nothing I do now will change anything.

----- Helper A: You've got to look on the bright side! There must be something you can do to make things better, isn't there?

----- Helper B: Okay, so you're feeling hopeless, like even a therapist couldn't help you. But has anyone else been helpful before-maybe a friend, relative, teacher, or clergyman?

23. Client: My psychiatrist tells me I have an anxiety neurosis. Do you think that's what's wrong with me?

----- Helper A: I'd like to know what this means to you, in this present situation. How do you feel about your problem?

----- Helper B: I'm not sure I agree with that diagnosis. Maybe you should seek out some psychological testing, just to be certain.

24. Client: I can't talk to anybody about my situation. Everyone is against me.

----- Helper A: That isn't true. There are probably lots of people who care about you if you'd only give them a chance.

----- Helper B: It must be difficult to find help when it's so hard to trust people.

25. Client: [Voice slurred, unclear over telephone]

----- Helper A: You sound so tired. Why don't you get some sleep and call back in the morning?

----- Helper B: Your voice sounds so sleepy. Have you taken anything?

SIRI II – Česká verze

DOTAZNÍK SUICIDÁLNÍ INTERVENCE - II

Následující věty představují sérii výňatků z krizové intervence. Každý začíná vyjádřením klienta, které nějak charakterizuje situaci, jíž čelí. Následují dvě možné odpovědi interventa na klientovo vyjádření.

Ohodnoťte každou odpověď dle toho, jak je podle Vás v dané situaci vhodná či nevhodná s ohledem na klientovu výpověď. Do volné kolonky dosad'te hodnocení od -3 do +3, viz níže. Vyplňte prosím všechna prázdná pole.

- + 3 – velmi vhodná odpověď
 - + 2 – Vhodná odpověď
 - + 1 – částečně vhodná odpověď
 - 0 – ani vhodná, ale ani nevhodná odpověď
 - 1 – částečně nevhodná odpověď
 - 2 – nevhodná odpověď
 - 3 – velmi nevhodná odpověď
- -----

2. **klient:** Rozhodl jsem se teď v noci zavolat, protože mám pocit, že bych si mohl něco udělat...
Přemýšlím o sebevraždě.

... **Intervent A:** Říkáte, že přemýšlíte o sebevraždě, ale co Vás především trápí?

... **Intervent B:** Můžete mi povědět více o svých sebevražedných pocitech?

3. **klient:** K tomu všemu se mi teď ještě zhoršuje zdraví. A bez manžela, který by se o mě jinak postaral, mi přijde, že je se vším konec.

... **Intervent A:** Snažte se tím tak netrápít. Všechno bude dobré.

... **Intervent B:** Musíte se cítit celkem osamělá a obáváte se toho, co může přijít.

3. **klient:** Trápí mě tak strašný myšlenky... Neodvážil bych se to nikomu říct.

... **Intervent A:** Můžete o nich mluvit se mnou. Jsem odborník a byl jsem školený k tomu, abych takové věci objektivně posoudil.

... **Intervent B:** Takže podle vás jsou některé Vaše myšlenky natolik děsivé, že se domníváte, že by někteří mohli být v šoku, že Vás něco takového vůbec napadá.

4. **klient:** Nikdo nemůže pochopit, jakou bolestí si teď procházím. Někdy mám pocit, že si musím ublížit, a tak si pořezu zápěstí.

... **Intervent A:** Trpíte asi tak moc, že jediný způsob, jak se zbavit bolesti, je pořezat si zápěstí.

... **Intervent B:** Ale jste tak mladý, máte před sebou celý život. Jak jen můžete přemýšlet o sebevraždě?

5. **klient:** A kdo jako jste? Lékař? Jak můžete vědět, čím si procházím? Asi jste to měl vždycky lehký.

... **Intervent A:** Takže přemýšlíte, jestli vůbec můžu pochopit, jak se cítíte.

... **Intervent B:** Nedáváte mi žádnou šanci. Taky jsem měl pěkně těžkej život. Nejste jediný, kdo zažil těžký časy.

6. klient: Od doby, co mi před čtyřmi lety zemřela moje žena Ema, nestojí můj život za nic. Děti už dospěly a provdaly se. Pracoval jsem u železnice, ale před nějakou dobou jsem odešel do důchodu. Případně mi, že by mi bylo lépe, kdybych byl mrtvý.

... **Intervent A:** Snažte se myslet na to, co by vám přála Ema. Chtěla by, abyste vedl produktivní život, že ano?

... **Intervent B:** Zdá se, že se Vám zhroutil celý svět, když Ema zemřela. Ale co se Vám v poslední době přihodilo, co vše ještě přihoršilo a vy se nyní domníváte, že jediným řešením je zemřít?

7. klient: Potřebuju pomoc... Já jen... [hlas utichl, klient mlčí]

... **Intervent A:** Určitě je velmi těžké mluvit o tom, co Vás trápí.

... **Intervent B:** Pokračujte, jsem zde, abych Vás vyslechl.

8. klient: Když jste takhle shrnul můj problém, případně mi, že to už není tak zmatený a děsivý.

... **Intervent A:** Vidíte, nakonec to není tak zlé. Jistě to není nic, kvůli čemu byste měl přemýšlet o sebevraždě, ne?

... **Intervent B:** Někdy pouhé mluvení o problémech je činí o trochu srozumitelnější. Myslím, že si uvědomujete, jak byly Vaše myšlenky na sebevraždu nebezpečné, což byl také důvod, proč jste se na mě obrátil.

9. klient: Máte mi pomoci, ale zatím všechno jen zhoršujete.

... **Intervent A:** Omlouvám se. Jen jsem Vám chtěl pomoci.

... **Intervent B:** Asi jste pořádně naštvanej.

10. klient: Jak byste mi vůbec mohl pomoci? Chtěl jste se snad někdy zabít?

... **Intervent A:** Takže Vás zajímá, jestli Vám vůbec můžu porozumět a pomoci.

... **Intervent B:** Samozřejmě, párkrát jsem o sebevraždě uvažoval. Ale vždycky jsem našel rozumnější způsob řešení problémů.

11. Klient: Já nevím.. Celá tahle záležitost s mojí ženou na mě strašně doléhá [vzlykot]. Tak moc se snažím nebrečet..

... **Intervent A:** Myslíte, že je pro Vás těžké brečet, protože jste muž?

... **Intervent B:** Při vší té bolesti, kterou teď cítíte, určitě není možné zadržovat pláč.

12. klient: Copak můžu ještě někdy věřit v boha? Žádný bůh by přece nedovolil, aby se mi stalo něco takového. Nikdy jsem neudělal nic, čím bych si to zasloužil.

... **Intervent A:** Přihodily se Vám tak hrozné věci, že je těžké v nich vidět nějaký smysl.

... **Intervent B:** Bůh činí záhadné věci. Možná je tohle jen způsob, jakým prověřuje Vaši víru.

13. klient: Vlastně ani nevím, proč Vám volám. Moje rodina je finančně zaopatřená, manžel se mnou tráví spoustu času, přestože je úspěšným právníkem. Dokonce i děti si vedou dobře. Mají dobré známky ve škole a provozují mnoho volnočasových aktivit s přáteli. Mě ale nic netěší. Život je strašná nuda...

... **Intervent A:** Když přemýšlím o Vaší situaci, Vaše problémy nemohou být tak vážné. Zkuste se soustředit na pozitivní stránky svého života.

... **Intervent B:** Takže i když se zdá, že vše funguje tak, jak má, život je pro Vás velmi skličující, přestože jen stěží dokážete říct proč.

14. klient: Musím teď zavěsit. Matka každou chvíli přijde domů a já nechci, aby věděla, že jsem s Vámi mluvil.

... **Intervent A:** Dobře, ale pamatujte, že pokud budete stále pomýšlet na sebevraždu, vždycky můžete zavolat znovu.

... **Intervent B:** Dobře, ale nejprve mi slibte, že si nic neuděláte, dokud mi nezavoláte znovu a nepromluvíme si. Slíbíte mi to?

15. klient: Opravdu to mnoho lidí prožívá stejně? Myslel jsem si, že jen já mám tak děsivý a hříšný myšlenky.

... **Intervent A:** Ne, mnoho lidí trpí duševní nemocí. Ale lékaři dokáží adekvátní léčbou některé pacienty vyléčit.

... **Intervent B:** Je to pravda. Nejste sám, kdo někdy uvažoval o sebevraždě. Ale s adekvátní pomocí můžete tuto krizi překonat, stejně jako mnozí před Vámi.

16. klient: Jsem tak opuštěná a vyčerpaná [pláč]. Nezbyvají mi už žádné možnosti.

... **Intervent A:** Jste asi velmi osamělá a cítíte se mizerně. Uvažovala jste o sebevraždě?

... **Intervent B:** Ale no tak, nemůže to být přece tak špatné.

17. klient: [v telefonu] nemůžu mluvit se všemi těmi lidmi kolem..

... **Intervent A:** Pomohlo by, kdybych Vám pokládal otázky?

... **Intervent B:** Proč mi nezavoláte jindy, až se Vám bude mluvit snadněji?

18. klient: U hlavy mám zbraň a jestli mi nepomůžete, stisknu spoušť!

... **Intervent A:** Asi jste pěkně rozčilený.

... **Intervent B:** Chci, abyste odložil zbraň, abychom spolu mohli mluvit.

19. klient: A vůbec, proč byste měl mít o mě starost?

... **Intervent A:** Byl jsem vyškolen k tomu, abych pomáhal lidem. Je to moje práce.

... **Intervent B:** Protože si myslím, že Vaše smrt by byla velká ztráta. A znepokojuje mě, že je Vám tak zle, že pomýšlíte na sebevraždu. Potřebujete pomoc, abyste prošel touto krizí.

20 klient: Fakt nenávidím svého otce! Nikdy mi neprojevil ani trochu lásky, jsem mu naprosto lhostejný.

... **Intervent A:** Určitě jste na něj velmi naštvaný za to, že není s Vámi, když ho tolik potřebujete.

... **Intervent B:** Neměl byste takhle uvažovat. Koneckonců je to Váš otec a zaslouží si trochu úcty.

21. klient: Myslím, že nikomu nezáleží na tom, jestli jsem živý nebo mrtvý.

... **Intervent A:** Asi se cítíte hodně osamělý.

... **Intervent B:** Proč si myslíte, že o Vás už nikdo nestojí?

22. Klient: Už jednou jsem zkusil jít k psychoterapeutovi, ale nepomohlo mi to... At' udělám cokoli, nic se nezmění.

... **Intervent A:** Měl byste se na to dívat z té lepší stránky! Musí přece existovat něco, co můžete udělat, aby se vše zlepšilo?

... Intervent B: Dobře, cítíte se beznadějně, dokonce ani terapeut Vám nepomohl. A nepomohl Vám někdo jiný v minulosti? Třeba nějaký přítel, příbuzný, učitel, nebo kněz?

23. klient: Můj psychiatr mi řekl, že mám úzkostnou poruchu. Myslíte, že to je to, co je se mnou špatně?

... Intervent A: Zajímalo by mě, co to pro Vás znamená v současné situaci. Jak svůj problém vnímáte?

... Intervent B: Nevím, jestli úplně souhlasím s takovou diagnózou. Možná byste měl podstoupit nějaké psychologické vyšetření, jen pro jistotu.

24. klient: S nikým nemohu mluvit o své současné situaci. Všichni jsou proti mně.

... Intervent A: To není pravda. Určitě existuje mnoho lidí, kteří o Vás mají starost, jen kdybyste jim dal šanci.

... Intervent B: Musí být obtížné najít pomoc, když je tak těžké důvěřovat lidem.

25. klient: [špatná artikulace, nezřetelný hlas v telefonu]

... Intervent A: Zdá se, že jste velmi unavený. Co kdybyste se trochu prospal a zavolal ráno.

... Intervent B: Máte ospalý hlas. Vzal jste si něco?

Tabulky a grafy

Tabulka č. 1 charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor (n=100)					
	muži	ženy	průměrný věk	SO věk	průměr. délka praxe
Krizoví intervenenti	11	37	38,73	10,96	6,16
Skupina NON-KI	20	30	32,32	13,14	N/A
Celý soubor	31	67	35,82	12,47	N/A

Vysvětlivky k tab. č. 1 – SO = směrodatná odchylka

Tabulka č.2 Průměrné výsledky jednotlivých skupin (maximální skóre = 24)

SIRI-I		
průměr KI	průměr NON-KI	průměr celý soubor
22,04	14,20	18,18
SO LD	SO NON-KI	SO celý soubor
1,35	4,03	4,93

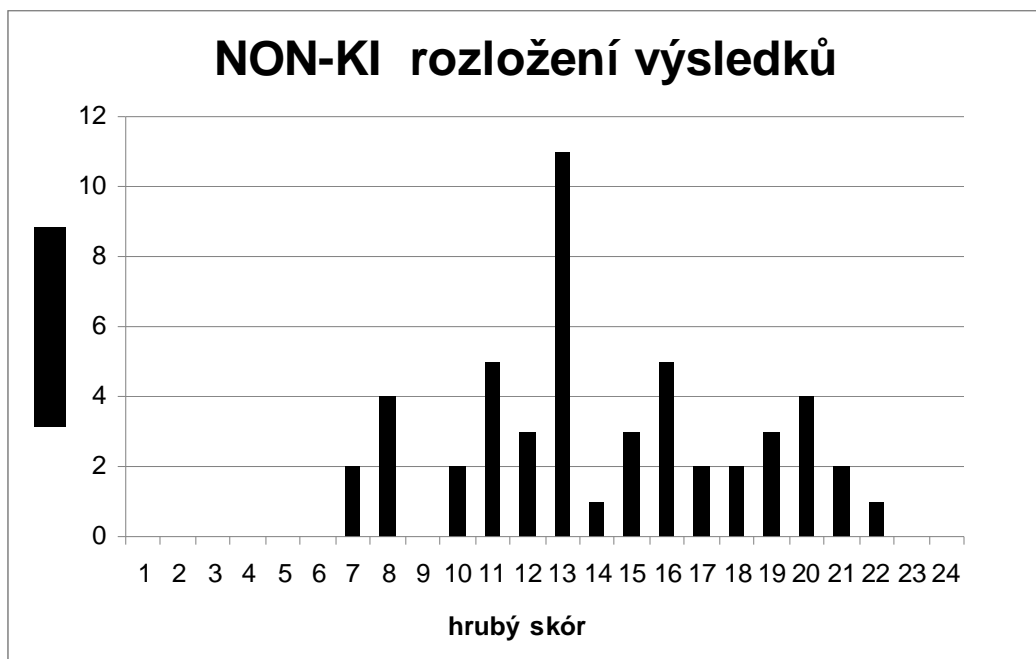
Vysvětlivky k tab. č. 2: SO = směrodatná odchylka, KI = krizoví intervenenti, NON-KI = jedinci, kteří neprovozovali a neprovozují krizovou intervenci

Tabulka č. 3 průměrné výsledky jednotlivých skupin

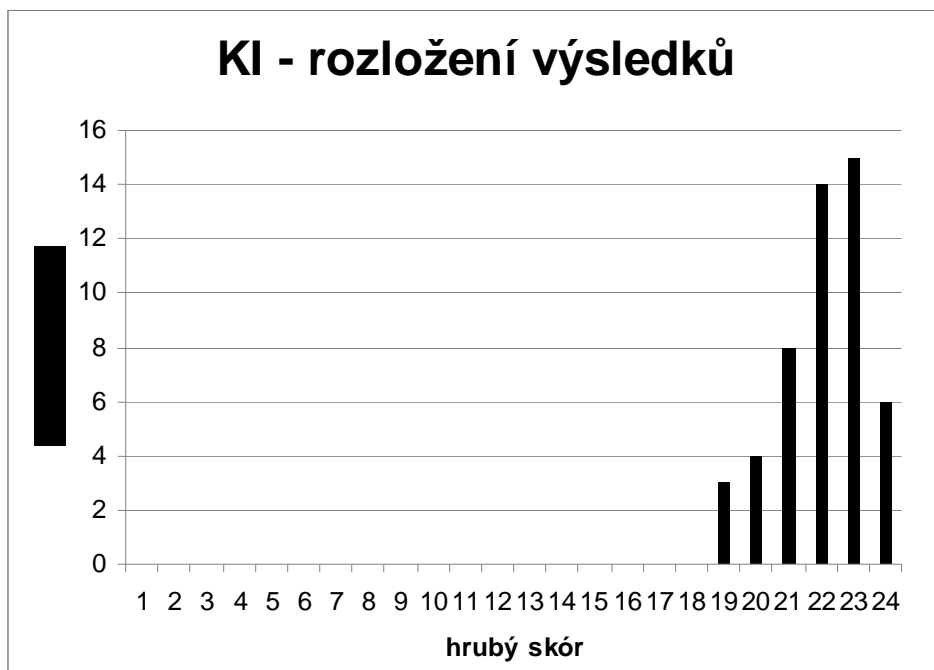
SIRI-II		
průměr KI	průměr NON-KI	průměr celý soubor
54,84	99,54	77,19
SO LD	SO KS	SO celý soubor
10,43	23,22	28,73

Vysvětlivky k tab. č. 3: SO = směrodatná odchylka, KI = krizoví intervenenti, NON-KI = jedinci, kteří neprovozovali a neprovozují krizovou intervenci

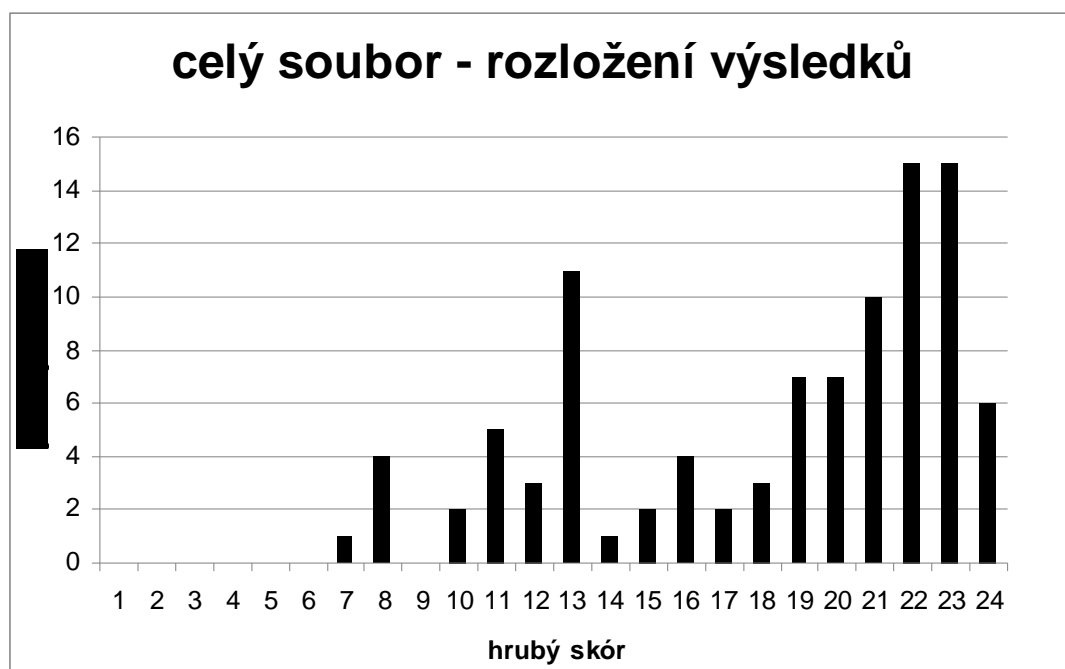
Graf č. 1 Rozložení výsledků ve skupině NON-KI v SIRI-I



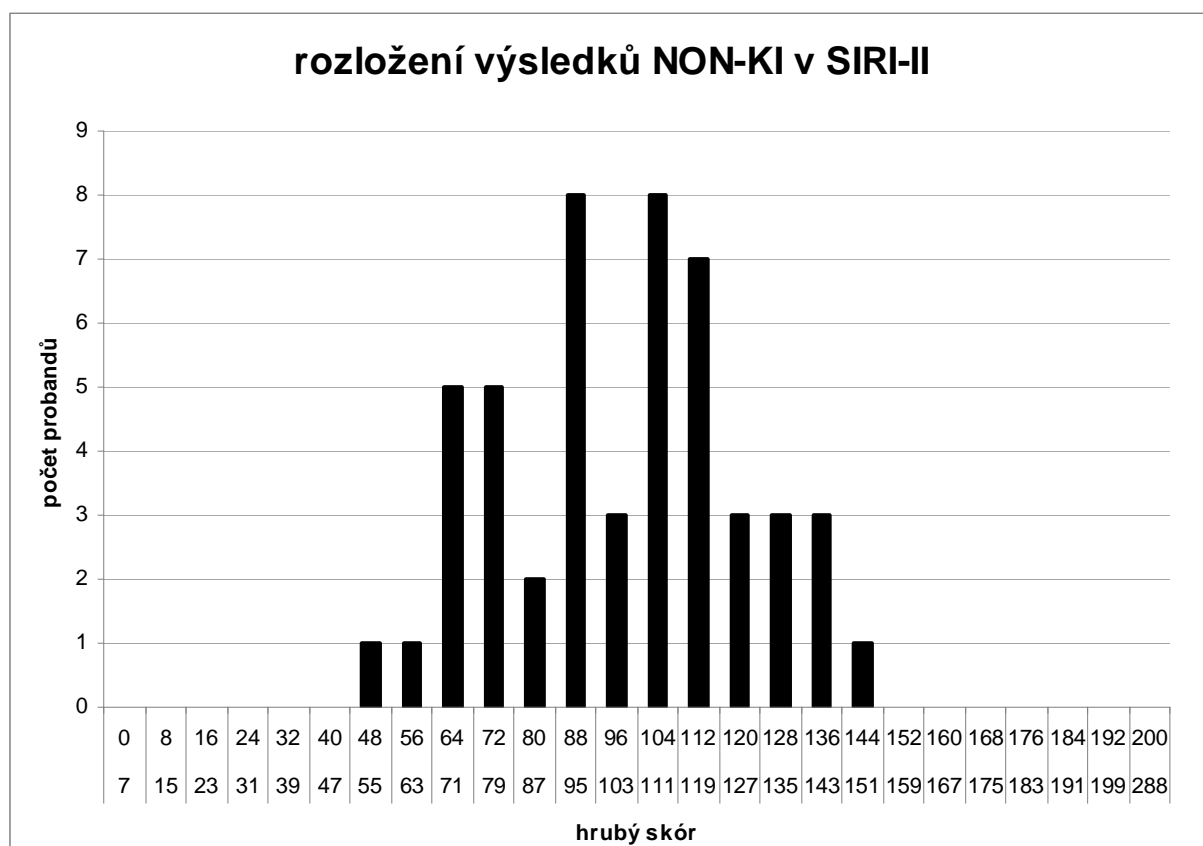
Graf č. 2 Rozložení výsledků ve skupině NON-KI v SIRI-I



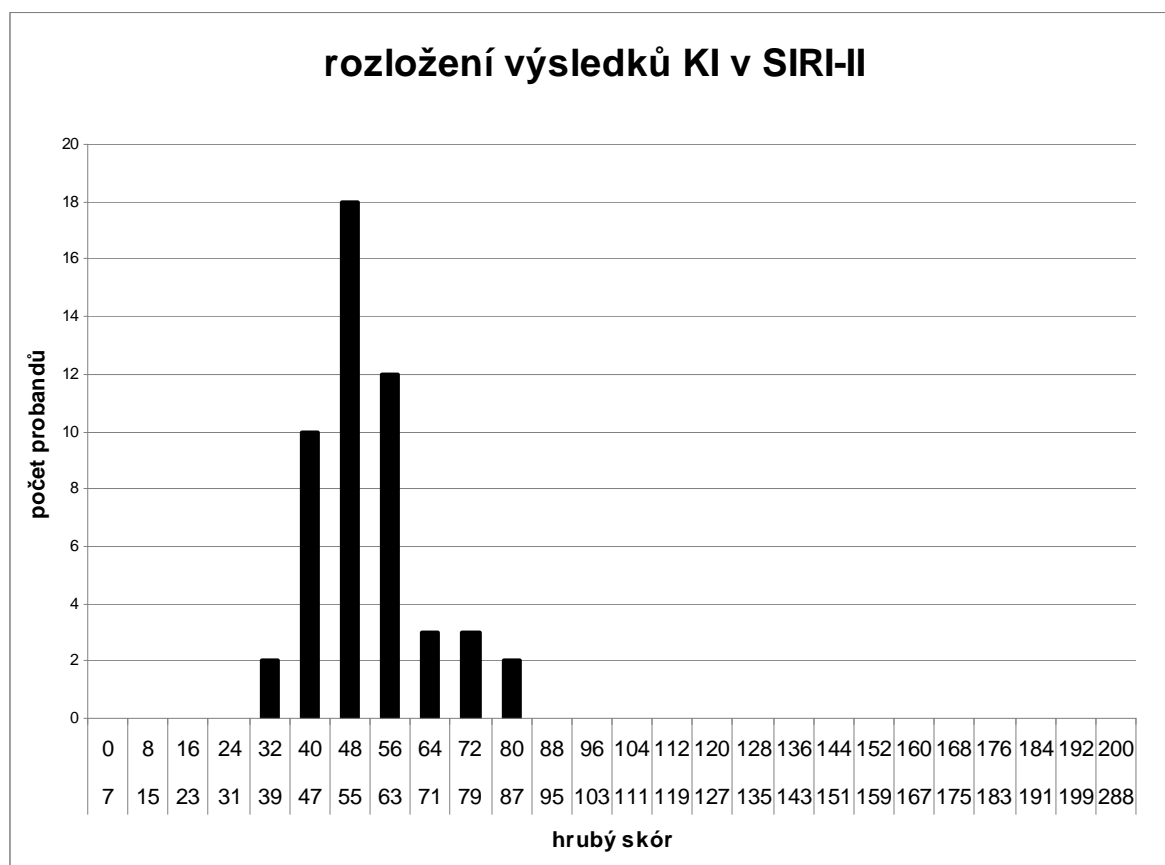
Graf č. 3 Rozložení výsledků celého souboru v SIRI-I



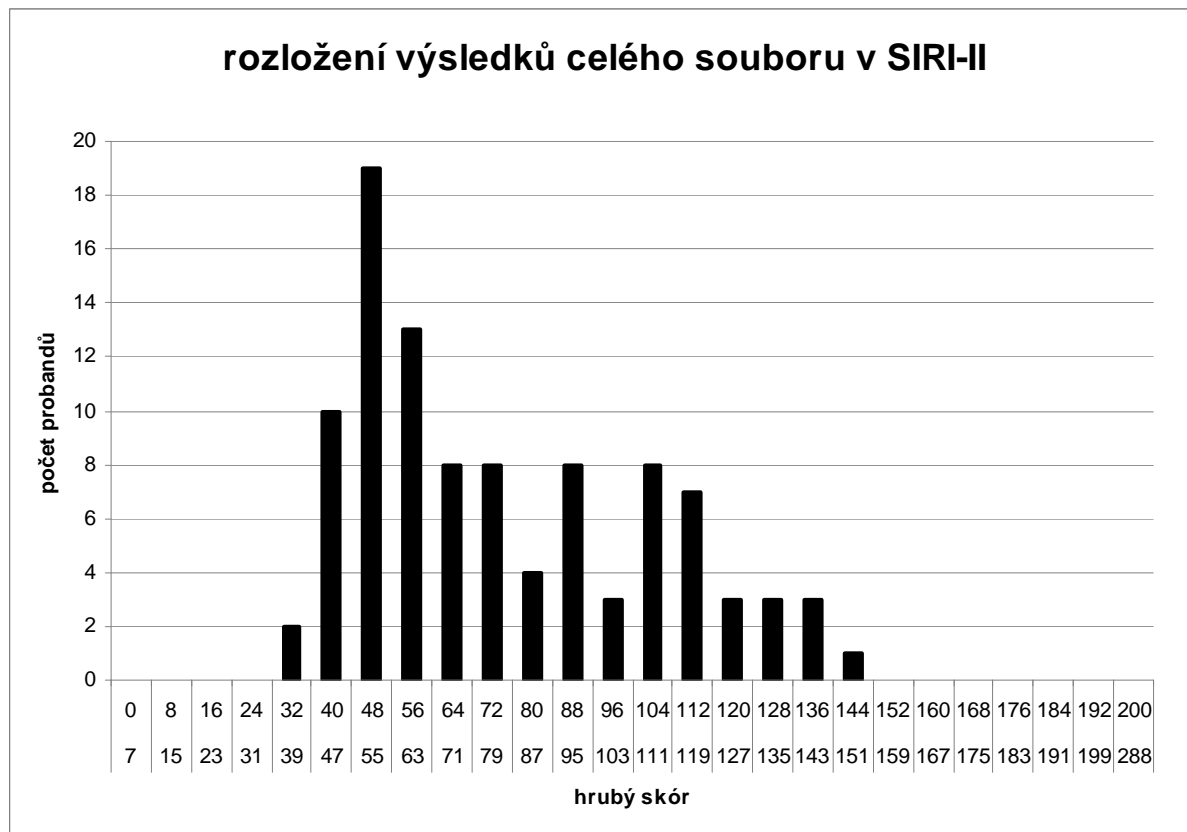
Graf č. 4 Rozložení výsledků ve skupině NON-KI v SIRI-II



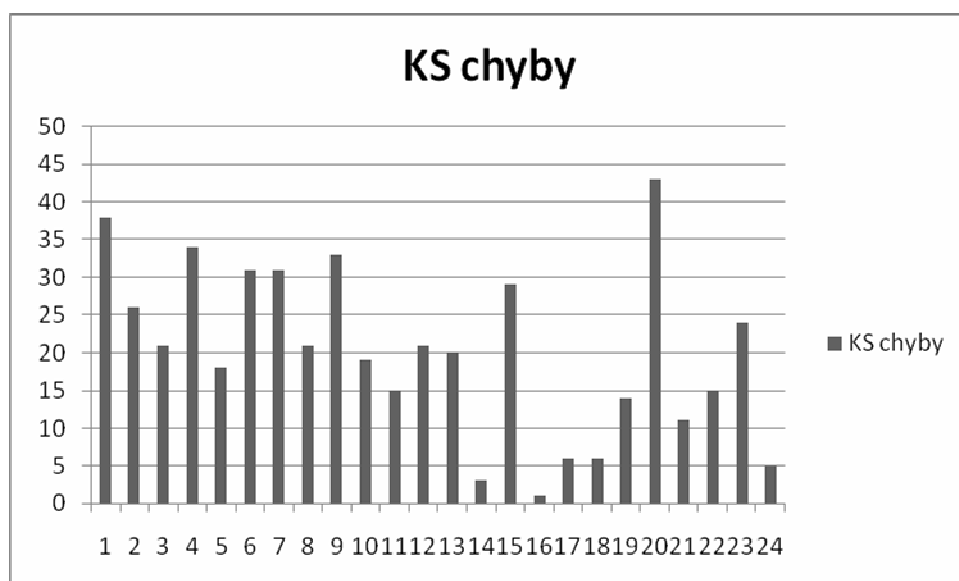
Graf č. 5 Rozložení výsledků ve skupině krizových interventů v SIRI-II



Graf č. 6 Rozložení výsledků SIRI-II v celém souboru



Graf č. 7 Rozložení chyb SIRI-I



Vysvětlivky – osa x chybná položka, osa y počet probandů

Graf č. 8 Rozložení chyb ve skupině

