

10. Pokud jednáte telefonicky a klient chce zavěsit, umožněte to, ale požádejte předtím o číslo telefonu.
11. Pokud klient odmítá zůstat na lince, pokuste se získat slib, že neublíží jiné osobě ani sobě, než se zase spojíte.
12. Nepřistupujte na klientovo poslední přání.
13. Pátrejte po tom, co má nějaký význam u klienta a toto na místě rozvíjejte (vztahy k dětem, vnoučatům, náboženství).
14. Snažte se vyvolat rozhovor na téma, co by dělal, pokud by nechtěl suicidovat, a plány do budoucna aktivně rozvíjejte.
15. Snažte se, aby mluvil o svých pocitech, obavách.

Pracovní sešit

KOMUNIKACE S OSOBOU MAJÍCÍ SEBĚVRAŽEDNÉ ÚMYSLY

Zpracoval:

PhDr. Václav LUKEŠ, Policie ČR,

Správa Jihočeského kraje, oddělení personální práce a vzdělávání - skupina psychologických služeb.

Pracovní sešit je určen pro potřeby dalšího vzdělávání

příslušníků Policie ČR



Psychologické aspekty suicidia

Základní pojmy

Z hlediska psychologie jsou sebevražedné (**suicidální**) aktivity řazeny do skupiny poruchy pudů sebezáchovy. Jde o určitou formu agrese, která je namířena vůči vlastní osobě. V odborné literatuře i praxi se používá několik pojmů, které charakterizují odlišné chování.

Sebevražda je vědomé a úmyslné ukončení vlastního života, kdy si jedinec smrt přeje a chce ji svým činem přivodit. Pokud přežije, je jeho činnost kvalifikována jako neúspěšný suicidální pokus. Základním cílem této aktivity je tedy smrt.

Sebezabití je rovněž ukončení života činem, který je zaměřen na vlastní tělo, není však vedeno touhou zemřít nebo si vážně uškodit. Vyskytuje se často při poruchách vědomí, halucinacích, bludech nebo v afektu. Nemocní například prochájejí před domnělým ohrožením, ukryvají se před domnělými útočnkami a přitom například vběhnou pod auto nebo vyskočí z jedoucího vlaku.

Při sebezabití je tedy extrémně realizován pud sebezáchovy, zatímco při sebevraždě je naopak oslaben či zcela popřen. Bilanční sebevražda je takový akt, ke kterému dojde poté, kdy jedinec zbilancuje svůj život či stav a dojde k závěru, že je pro něj nebo jeho okolí výhodnější, když nebude žít. Dříve k takovým projevům docházelo například u velitelů po prohraných bitvách či po prokázané zradě. Například v Japonsku ještě dnes doznívá forma harakiri, častá zejména po prokázáném nečestném jednání. Vědecké kapacity se dodnes přou ve svých odborných článcích a monografiích, zda tento typ sebevraždy realizuje psychicky zcela zdravý jedinec, nebo zda je naopak u tohoto druhu sebevraždy podmínkou určitá duševní abnormalita.

Jako **sebeobětování** se hodnotí sebezabití, při kterém chybí touha po smrti a naopak převažuje snaha prospět někomu jinému. Tento typ se objevuje zejména ve válečných situacích a byl častější i v koncentračních táborech.

Patická sebevražda je sebevraždou zcela motivovanou patologií psychi-

- už nevím jak dál - vy se cítíte bezradný
- spolykal jsem tubu Ahagonu - vy jste se otrávil lékem
- na odborníka jste mladší zelenáč - myslíte si, že nemám zkušenosti
- má někdo nepomohl - cítíte se osamoceni?

Rozhovor aktivují také otázky s otevřeným koncem. Tedy je vhodné používat takové dotazy, na které je klient nucen odpovídat.

Příklad:

...aha, vy si myslíte, že ... a když vám vyhovíme, tak uděláte ... a když pozveme syna, tak vy...

Zkušební vyjednavač může podněcovat k rozhovoru i prokládáním pomlky ve své řeči a různými formami přitakávání (...aha ... hm...). Přitom je třeba i neverbálně sdělovat klientovi zájem o další komunikaci (úsměv, zdvižené obočí...).

Zkušební policejní vyjednavači často doporučují:

1. Při jednání se suicidantem požádejte vždy o eliminování okamžitého rizika.
2. Pokud si nejste jist, že jde o sebevraždu, zeptejte se vhodnou formou přímo (...vy si chcete nějak ublížit..., co máte na mysli tímto jednáním...).
3. Jakmile klient připustí sebevražedný úmysl, požádejte ho, aby co nejvíce hovořil o těchto myšlenkách (důvod, způsob, obavy a strachy).
4. Snažte se vždy odtrádit od další konzumace alkoholu nebo drog.
5. Mluvte pomalu, zřetelně, jednoduchým jazykem, bez nevhodných neverbálních doprovodů.
6. Snažte se vyhledat příčinu sebevražedných stavů a o té hovořte.
7. Snažte se zaměřovat situaci perspektivně, snažte se vytipovat další možnosti pro znovuzařazení klienta do života.
8. Nebojte se projevovat osobní zaujetí, pocity a empatii.
9. Pokud něco požadujete, trvejte na tom, ale nikdy nezastrašujte a nevyhrožujte.

a vhodné, sděluje specialista své postoje, názory, stavy či obavy ze situace. Může také pozitivně ocenit každé kladné projevy suicidenta sdělením svých pocitů.

Příklad:

*...jsem velice rád, že jste ochoten se mnou mluvit...
...mám takovou obavu, abyste se nesesmekl z toho okna, než si promluvíme...
...já jsem měl strach, že přijedu pozdě, jsem rád, že s vámi mohu mluvit...
...já jsem mluvil již s několika ohroženými lidmi, ale s tak složitým člověkem jsem se zatím nesešel...
...já se mohu mylit, můžete mi to vysvětlit sám podrobněji...*

Každý řečový projev obsahuje stránku obsahovou a stránku citovou, doprovodnou, která může být někdy jakoby zastřena. Při jednání se suicidentem se snažíme vystihnout pocity, které jsou za slovními výroky klienta, a tyto můžeme vlastním stylem verbalizovat.

Příklad:

*klient: ...moje manželka má milence, proto skočím...
verbalizace specialisty: ...vy tedy máte pocit, že vás manželka už nemá ráda, že vás chce opustit?..
To nemusí být ale přesné...
klient: ...mám rakovinu, to se nedá léčit...
specialista: ...vy si myslíte, že jste těžce nemocen, že už vám nikdo nemůže pomoci, asi máte strach z nemoci. Ale dnes je léčba rakoviny často úspěšná, pojďme si ještě popovídat...
klient: ...už toho všeho mám dost, sřelím se a bude...
specialista: ...vy si myslíte, že situace je bezvýchodná, nebo máte pocit, že by vám nikdo nepomohl, aha, to bychom mohli spolu chvilku probrat...*

Často zde působí fakt, že když klient slyší dobře formulované pocity, které prožívá sám, jinou osobou, vzniká tak pocit pochopení a možné opory, na který lze potom navázat při dalším jednání.

K utřídění myšlenek suicidenta či k navázání těsnějšího kontaktu s vyjednavatelem slouží někdy i parafrázování výroků klienta řečí vyjednavče. Tedy svými slovy opakujeme údaje a informace suicidenta. Klient tedy slyší své výroky a někdy si uvědomuje jejich význam jinak než dříve. Často vzniká potřebná časová rezerva k dalšímu zamyšlení či změně jednání.

Příklad:

*Výrok : Parafraze :
- vezmu pistoli a zastřelím se - vy se chcete zabít pistolí
- ta na mne byla vždy zlá - s manželkou jste vycházel špatně*

ky, například úpornými halucinacemi nebo silným žárliveckým bludem.

A konečně, **sebevražedný pokus** je pojem, který v psychologii neoznačuje jenom neúspěšnou sebevraždu. Označuje i chování, které nemělo vést k smrti, ale mohlo sloužit jen například k vydírání či demonstraci.

Potud krátký exkurs do odborné terminologie.

Chyby v jednání s osobou, která projevuje suicidální chování

Kontakt policisty či jiného odborníka s osobou, která projevuje suicidální jednání či o které jiné osoby sdělují, že má tyto úmysly, je vždy náročný a svou podstatou velmi silně stresuje zasahujícího specialistu. Vždy vznikají obavy, aby nedošlo jednáním specialisty ještě k dalšímu zhoršení stavu či přímému pobídnutí k dokonání suicidia. V prvním kontaktu se pak specialista skutečně často dopouští chyb v jednání, které se někdy jen těžko odstraňují.

Nejdůležitějším okamžikem je objektivní posouzení situace a stavu osoby, která vykazuje příslušné znaky či projevy. Zde je třeba oprotit se především od řady předsudků a mýtů okolo sebevraždy.

Fakta a mýty okolo sebevraždy

Jeden z mýtů tradovaných v obecné populaci říká : „ Kdo o sebevraždě mluví, nikdy ji nespáchá.“ Vede to k tomu, že okolí těchto lidí si nevšimá jejich nářků, zejména jsou-li opakované a dlouhodobé. Skutečnost je jiná. Naše vlastní praxe ukazuje, že téměř 80 % suicidentů předtím sdělilo, a často i opakovaně někomu či více lidem své záměry. Protože však svými nářky obtěžovali okolí i své rodiny, byly jejich informace podceňovány.

Dalším tradovaným mýtem je častá informace, která říká, že k sebevraždě dochází bez varovných příznaků, zkratkovitě. Proto ji nelze včas poznat a zabránit jí. Praxe však ukazuje, že naopak jen minimum suicidií vykazuje tyto znaky, naopak většina sebevražď se projevuje v symptomech a varovných delší dobu předem. Může se jednat o projevy jako například náhlá apa-

tie v jednaní člověka, nesmyslná veselost, nečekané požívání léků, alkoholu či drog u osob, které to dříve nedělaly. Někdy se objevuje uzavírání se do sebe, jindy třeba rozhozovačnost, utrácení peněz. U intelektuálů je zvlášť varující snaha po uspořádání poměrů v rodině, ukončení finančních transakcí, převody peněz na děti či jiné příbuzné. Samozřejmě každý vyskyt vzhledně duševní poruchy či deprese by měl být obecně pro rodinu a okolí varující.

Často se traduje i mezi odborníky, že ten, kdo se chce zabít, chce vždy zemřít. Rozhovory s klienty, kteří realizovali a přežili suicidální pokus, však ukazují, že ne každý, kdo suiciduje, chce také opravdu zemřít. Tento fakt dává naději zasahujícím odborníkům. Většina suicidentů realizuje spíše jakousi hru se smrtí a podvědomě čekají na zachránce a zachránění, které by mohli bez ztráty citi přijmout. Zasahující specialista tedy nikdy nesmí přijmout defetistické postavení a vždy se musí snažit pokračovat v jednaní se suicidentem.

Často se také traduje zejména v rodinách, ale i v domovech dětí či předstárlých osob, že zlepšení po krizi je znamením konce nebezpečí. V naší praxi je spíše opak pravdou. Často se i do tří měsíců po krizi opakují nové suicidální pokusy. V praxi to znamená, že je třeba věnovat klientům dlouhodobou péči a pozornost a vést k těmž i rodinu či pečovatele.

Často dochází k tomu, že suicidální symptomy se podceňují u určitých typů osob či příslušníků skupin. Jako by existoval další mýtus „tento člověk nikdy nemůže suicidovat“. Tento názor vede k tomu, že se podceňují varující příznaky u jedinců jinak vyrovnaných, klidných, rezervovaných, ale také třeba dojde situovaných atd. V praxi je však jasné, že může nastat taková souhra podmínek či situací, že kdokoliv může o suicidii uvažovat a skoro každý ho i realizovat (např. náhlá ztráta rodiny, milované osoby, objev těžké nevyléčitelné choroby atd.).

Opakovaně se objevuje i názor, že suicidují především geneticky zatížení jedinci, tedy ti, kteří mají výskyt suicidia v rodině, a jedinci převážně duševně nemocní. Je pravda, že v těchto skupinách se vyskytuje suicidium poněkud častěji, ale je také pravda, že sebevraždy je věc vždy individuální a suiciduje nejen nemocný člověk, ale zejména člověk nešťastný. V prvním kon-

Základní dovednosti verbální komunikace

V jednaní se suicidentem

V rozhovoru se suicidentem se často ukazuje jako účelné užití vědomě nacvičených technik ze strany vyjednaváče, které prohlubují kontakt a pomáhají navázat pozitivní vztah.

Jedná se zejména o:

- poskytování přesných informací
- poskytování volných informací
- tzv. „já“ sdělení
- verbalizování pocitů
- parafrázování
- otázky s otevřeným koncem
- efektivní pomlky a přitakávání

Poskytování přesných informací znamená, že v jednaní se suicidentem úzkostlivě sledujeme přesnost svých informací. Tedy zásadně na dotazy suicidenta odpovídáme zcela pravdivě, faktograficky přesně. Existuje totiž riziko, že při vysřídlení vyjednaváče může druhý odborník podat jiné informace, než byly původně dány. Potom by mohlo dojít k znejistění suicidenta či odvrácení jeho zájmu o komunikaci. Pokud je specialista dotazován na informace, které by jednoznačně mohly přitížit stavu suicidenta, pak je lépe říci „nevím“..., „to nemohu říci“, než uvádět nepravdivé údaje. V jednaní mohou vznikat i dotazy na vlastní osobu vyjednaváče (jméno, věk, zkušenosti...). Pak je třeba vždy vystupovat otevřeně, ne pod nějakou legendou. Značně se vyplácí poskytovat v rozhovoru tzv. volné informace, tedy takové, na které může suicident navázat v rozhovoru, pokud je ve fázi uvolnění. Poskytujeme informace např. o chování policie či příbuzných v době jednaní, ale i o svých zájmech či o svých obavách. Tím umožňujeme popřípadě navázat suicidentovi hovor na podobné téma.

Specialista nikdy nemůže vystupovat jako nezranitelná autorita, ale naopak je nutné, aby vědomě užíval „já“ techniky. Tedy vždy, je-li to možné

d) pokuste se záměrně vpadnout do osobního prostoru druhého člověka (náhlé přiklonění, pokročení k druhému, dotyk...),
e) před jednáním či střetnutím se pokuste nenápadně přimět druhou osobu na vás chvíli čekat,

f) pokud je druhá osoba slovně agresivní, poskytněte jí 2–4 minuty na vypovídání a teprve potom zahajte komunikaci k vlastnímu problému,
g) pokud vás pohled druhé osoby neurotizuje, pak nemusíte hledět do jeho očí, ale je možné soustředit svůj pohled na bradu či krk partnera. On nepozná, že nefixujete oči, a vy přestanete být jeho výrazem neurotizován,

h) naučte se techniky zvládnání svých stresových reakcí podmiňných komunikací s jinou osobou.

Verbální komunikace se suicidantem

Navázání slovního kontaktu se suicidující osobou je jeden z nejdůležitějších a také prvních úkolů specialisty po příjezdu na místo. Před navázáním kontaktu je vždy nutné (pokud to čas umožňuje) zjistit základní údaje k osobě suicidanta. Je možné přitom vyčíst příbuzné, sousedy, známé, spolužáky atd. Soustředíme tedy informace o věku, zdravotním stavu, psychologickém stavu, náladách, typických projevech chování, zájmech, vztazích k příbuzným či jiným lidem.

Jméno suicidanta

Zcela stěžejní je pro první kontakt zjištění jména suicidanta. V praxi se zcela jasně ukazuje, že správné použití jména (nikoliv zkomolenin) v hovoru spíše uvolňuje napětí. Je tedy nutné často během dalšího jednání oslovovat osobu jménem, eventuálně titulem či profesí (pane doktore, pane učitelí...). Pokud dojde k vyjednávání s dítětem, je zvlášť důležité zjistit, kterou formu jména dítě rádo slyší a kterou naopak nesnáší. Samozřejmě dítě potom často oslovujeme chťenou formou a vyhýbáme se tvrdším výrazům (např. Venco...) či zkomoleninám nebo mazlivým jménům (Vencíčku, Vénánku...). Ty často zablokují ochotu dítěte k dalšímu jednání.

taktu 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.

Nejčastější důvody sebevražedného jednání

Důvody suicidia nejsou často zcela jasné. Někdy je jich mnoho, jindy se vzájemně překrývají. Přesto však z vlastní praxe lze usuzovat, že existují určité rysy, které se opakují. Jedná se zejména o:
životní beznaděj

pocity bezmocnosti a bezvýhodnosti

pocity viny

osamělost a odloučení

deprese

jinou závažnou duševní chorobu či poruchu

tělesnou chorobu

negativní vliv alkoholu a drog

Životní beznaděj jako faktor působí zejména u osob starých a dětí školou povinných, objevuje se ale i v jiných věkových kategoriích. Staré osoby mívají pocity, že jejich věk je nezvratný, že již nemožou nic dokázat, že nikomu nepomohou, že jsou zbyteční. To často vede ke kalkulaci dalšího vývoje, který je viděn a vnímán jako již zcela zbytečný. Dochází často k bilancování a následně k suicidiím, která jsou dokonale připravená a často objevená pozdě.

U dětské populace se beznaděj vyskytuje zejména v souvislosti se špatným školním prospěchem a problémy v rodině. Děcko někdy zcela zveličuje možný trest doma za špatnou známku a řeší stav razantně.

U dětí školního věku je podobný hazard se životem velmi nebezpečný. Děti v tomto věku totiž nemají ještě vyvinutý pocit vlastní smrtelnosti. Poznávají již smrtelnost ostatních starých osob v rodině (dědové, babičky), ale samy se cítí neohrožené a nesmrtelné. Každá zmínka o možném suicidiu u dítěte musí být brána zcela vážně, protože děti podceňují konečný efekt sebevraždy.

Pocity bezmocnosti a bezvýchodnosti či pocity viny se objevují často u osob poměrně morálně vyspělých, které bez vlastního zavinění prožívají těžký stres (např. v souvislosti s nemocí dítěte, milované osoby), aniž mohou samy zasáhnout do řešení problému. Podobně bývá hodnocena i situace při delším rukojemnictví či při únosu, kdy jedinec nemůže z objektivních důvodů ovlivnit svou situaci či chování únosců.

Deprese je závažná duševní porucha, která může být podmíněna endogenními faktory (vnitřními) i psychogenními (stres, negativní zážitky...). Deprese je většinou dlouhodobá a při jejím výskytu je vždy nutné vyhledat pomoc psychiatra a zahájit farmakologickou léčbu. Dobré rady okolí a nabízené přátelství nepomáhají. Projevuje se zejména apatií, ztrátou zájmu o okolí i sebe, poruchami vůle, rozladami, pláčitostí, netečností. Tyto stavy bývají podceňovány, protože nemocní často nedeklarují své stavy, jen se stahují do sebe. Sebevraždy depresivních osob bývají většinou nedemonstrativní, dokonané. Pokud se specialista dostane do vyjednávání s depresivní osobou, pak je kontakt obtížný a často se nepodaří navázat ho vůbec. Pokud je šance a čas, je nutné vždy zajistit účast lékaře, nejlépe pak psychiatra.

Z jiných duševních poruch se na výskytu suicidií podlejí zejména **psychozy a psychopatie**. Projevy těchto poruch jsme popsali jinde (Lukeš, 1986). Psychozy jsou závažné duševní poruchy, charakterizované poruchami myšlení, vnímání, jednání i emocí. Z nejčastějších psychóz se specialista setkává s klienty nemocnými schizofrenií, paranooidní schizofrenií, mani-odepresivní psychózou. Pokud jsou pacienti tohoto typu právě v tzv. atace poruchy, je jednání s nimi složitě, obtížné. Vykazují různé nečekané reakce, bizarní projevy a nelze spoléhat na již vyjednané ústupky či sliby. Základní podmínkou při setkání specialisty s tzv. podivnou osobou v rámci řešení suicidia či pokusu je vždy zajištění účasti lékaře psychiatra.

Příklad:

V dubnu 1989 byla přivolána jednotka policie s tím, že se nějaký člověk zabarikádoval v bytě a nechce vycházet ven. Při jednání přes zavřené dveře muž produkoval jen krátké třeštěné věty většinou vulgárního rážení. Přesto se dalo usoudit, že má obavy z vraždy nějakou jinou osobou. Po několika hodinovém jednání vznikly obavy o jeho život, protože mluvil i o sebevraždě. Jednotka rozrazila dřevěné dveře, ale za nimi narazila na zděnou přepážku. Muž se sám začal v bytě, aby nikdo neměl přístup k jeho osobě. V době, kdy policie překomandovala zdičku a rozbírala ji, se muž zabil řeznými ranami na zádech. Později bylo zjištěno, že trpěl paranooidní psychózou, měl závažné poruchy myšlení.

beje se křeslům a hlubokým gaučům. Posazením v nich se dostáváte do submisivního postavení v komunikaci.

7. Pokud je možné vejít do fyzického kontaktu se suicidantem, vždy použijte podání ruky. Při podávání ruky na pozdrav či při loučení je možné signalizovat své postavení či záměry. Ruka podaná hřbetem nahoru (jakoby k polbení) značí dominanci, sebevědomí osoby. Ruka podávaná malíkovou hranou dolu (naplocho) značí ochotu akceptovat, přátelit se, nevzbuzuje strach. Ruka podávaná dlaní nahoru (lžičkovitý úchop) signalizuje submisivní a ochotu podrobit se. Stisk ruky nesmí být silný ani dlouhý. Oboje v druhé osobě zbytečně vzbuzuje pocit podřízenosti. Nejvhodnější je stisk okolo 4–5 sekund s krátkým pohledem do očí partnera. Výrazně silné potřásávání vynecháme. Pokud chceme zdůraznit svou převahu, pak se doporučuje silnější stisk v délce 5–7 sekund. Pro vyjádření ochoty, podřízenosti a závislosti využíváme kratší stisk a ruku v poloze dlaní nahoru.

8. Chcete-li posílit ochotu ke spolupráci, pak je vaším vhodným signálem krátký úklon hlavy stranou spolu se zrakovým kontaktem a krátkým úsměvem. Podobně působí i symptom zdviženého obočí. Je možné v průběhu řeči s osobou, kterou chceme získat, několikrát krátce pozdvihnout obočí (jedná se o setiny sekundy). Tyto projevy jsou podvědomě hodnoceny jako vstřícné, zbavující tenze, zvyšující ochotu ke spolupráci.

CHCETE-LI POSTUPNĚ ZÍSKAT PŘESILU V KOMUNIKACI SE SUICIDANTEM, PAK SE DOPORUČUJÍ TYTO POSTUPY (LEWIS, 1998)

- a) chodte rovně, stůjte rovně, sedíte rovně,
- b) při sezení vyběrejte vhodnou židli, sedíte uvolněně, snažte se nenápadně zaplnit více prostoru než druhá osoba (natažené nohy, roztažené ruce, častější vstávání a pohyb...),
- c) používejte upřený pohled do očí k vyvedení z míry,

Častým důvodem suicidia je **strach z tělesné choroby** či vliv tělesné choroby na pacienta. Velmi často se objevuje tzv. kancerofobie (tedy nevyvážený strach z rakoviny). Často je vyvolána nevhodnou poznámkou ošetřujícího personálu či rodinných příslušníků. Klient je potom stresován strachem z nemoci a každou narážku či informaci interpretuje v rámci svého myšlení. Tito lidé zpočátku často vyhledávají lékaře, střídají odborníky, navštěvují lékaře. Stávají se postupně obtížnými pro okolí, které si nevíšlá základního problému, a to možnosti suicidia. Pokud se specialista dostane do jedné z možností tohoto typu, pak je účelné nevyvracet nemoc, ale spíše nabízet možnosti léčení u kapacit, nové léky atd. Po odvrácení úmyslu suicidovat je dost času na vysvětlení a další řešení stavu klienta.

V poslední době má na dokonání suicidia stále častěji **vliv požitého alkoholu a drog**. Každý specialista by měl vždy typovat možnost vlivu alkoholu u klienta na jeho další chování. Je nutné proto vědět, že opilost probíhá určitými fázemi. Jednáni osoby v těchto fázích má své zákonitosti. Z informací okolí, z účtu v restauraci, z chování klienta je možno usoudit, kolik alkoholu asi požil. Platí přitom orientační pravidlo, že jedna sklenice dvacitistupňového piva je totéž co dvě deci vína či 0,5 dl destilátu. Toto množství požitého alkoholu vytváří hladinu cca 0,4 promile v krvi. Spalování probíhá zhruba rychlostí 0,2 promile za hodinu. Hrubým přepočtem tedy člověk, který požil deset dvanáctek rychle za sebou má asi 4 promile alkoholu v krvi, odbourávání by probíhalo cca 20 hodin (4 : 0,2). Podobně lze vypočítat alkoholémii u každého pijáka. Z hlediska opilosti je pak nutné usoudit, ve které fázi akutní opilosti se člověk nachází. Pokud je alkoholémie cca 1,5 promile (přibližně 4 piva, 8 dl vína, 2 dl destilátu), pak se klient pohybuje v první fázi opilosti, tzv. excitační. Subjektivně se cítí jistější, výkonnější, schopnější. Je více prokrvený, objevuje se zrychlený dech. V této fázi opilosti se suicidia vyskytují poměrně málo, ale může se objevit chvátání suicidiem před skupinou. Při dalším pití, kdy alkoholémie stoupne na 2,5 promile (6 piv, 1,2 litru vína ...), se objevuje stadium agresivity, kdy jedinec je

odklonění je osobou podvědomě chápáno jako projev vaší ochoty, submise, přátelství. Neodklánějte pohled z očí jiné osoby doleva či doprava. To vyvolává pocit, že se nevěnujete kontaktu a máte zájem na něčem jiném. Chcete-li se pokusit vyvést osobu z klidu, odklánejte svůj pohled směrem nahoru nad její hlavu. Chcete-li však udržet klidné vztahy bez napětí, nepoužívejte tento odklon pohledu.

3. Kdykoliv je to možné, použijte klidný, mírný úsměv. To posiluje klid druhé osoby. Vyvarujte se úsměvu povyšeneckého a ironického (Svoboda, 1985).

4. Snažte se využít účelně prostor okolo sebe. Každý člověk má tzv. osobní zónu, tedy vzdálenost, do které nerad někoho pouští. Většinou jde o 50–100 cm od středu těla. Pokud narušíte svým chováním či přístupem tuto zónu, můžete vyvolat pocity nejistoty či ohrožení člověka a následně agresivní projevy, případně zintenzivnění suicidálních aktivit. Pokud je nutné při jednání narušit osobní zónu, tedy musíte se dostat blízko k osobě, pak je to možné současně kompenzovat přátelským dotykem (např. za loket, položení ruky na rameno) nebo slovní pochvalou (...ale vy máte hezký svetr). Tím se zmírní pocit ohrožení osoby z vaší blízkosti a většinou se uklidní.

5. Pokud je to možné, nikdy při rozhovoru se suicidantem nestůjte čelem proti němu, ale snažte se natočit k němu bokem své postavy. Čelní postoj u většiny mužů vzbuzuje sklony k soupeření a pocity ohrožení. Pokud vás někdo osloví v postoji „čelem“, pak je možné nenápadným úkrokem dostat se na postoj boční. Při rozhovoru s neznámou ženou naopak volte čelní postoj. Ženy rády vnímají celou postavu muže a boční postoj druhé osoby je pro ně více ohrožující. Domnívají se, že jsou záludně pozorovány jejich nedostatky.

6. Pokud musí rozhovor či jednání probíhat vsedě, pak si volte pevnou vyšší židli, která vám umožní snadno vstát a pohybovat rukama i nohama. Vyhně-

vyzývavý, kritický, agresivní, vyvolává spory. V této fázi je často agrese zaměřena vůči vlastní osobě a u suicidantů hrozí dokončením pokusu. Současně se zvyšuje i nebezpečí napadení vyjednávavého specialisty. V případě, kdy klient vyžaduje tyto rysy, je potřebné zvlášť opatrné jednání. Nemí možné spoléhat na sliby klienta a je účelné užít i razantnější jednání k omezení pohyblivosti klienta, pokud to situace dovoluje. Při dalším pití, kdy alkoholémie se pohybuje okolo 3,5 promile (9 piv...), se klient dostává do fáze útlumu a riziko suicidia spíše klesá.

Příklad:

V září 1994 byl specialista přivolan k případu suicidanta. Muž byl v zavrženém bytě. Z informací manželky, která byt opustila, se dalo usuzovat, že nekoupil asi dva litry vína a opíjí se tím, že potom byt zapálí a zabije se. Manželka informovala, že jako myslivec má dobrou brokovou pušku, proto nebyl volen aktivnější zásah. Došlo k vyjednávání přes dveře. Postupně z chování a odpovědí klienta bylo možné usuzovat, že pije přibližně alkohol. Reč byla zabíhavá, myšlení pomalejší. Za důvod suicidia označoval poměry v rodině. Poměně době ho zaujala myšlenka, že by mohl problémy řešit i jinak, např. rozvodem. V této fázi komunikace pil více než dříve a jeho projevy odpovídaly počínající třetí fázi opitosti. V této fázi byla volena tvrdší forma kontaktu a po vyznění dveří se klient nijak nebránil. Později dobrovolně volil další kontakty a terapii u stejného specialisty.

V poslední době se také zvyšuje pravděpodobnost vyjednávání specialisty se suicidantem, který je pod vlivem drog. V literatuře jsou často popisovány příznaky, které jsou manifestní u narkomanů. Přesná diagnóza často může zkvalitnit jednání specialisty a zamezit vyhrcození situace.

Mimo dále popsané projevy je třeba mít vždy na paměti, že k nejdůležitějším příznakům užívání drogy patří jakákoliv zásadní změna v chování. Může se přitom jednat o zásadní změnu chování (např. uzavřenost, deprese), změnu vzhledu (změny účesu, oblékání) či změny ve zdravotním stavu (poranění, dušnost, potivost, nauzea či zvracení) Často se objevují i výkyvy ve fyzické kondici (oslabení, absence na trénincích, zpomalení tempa).

Výskyt izolovaného projevu ještě nemusí znamenat, že osoba je již závislá na droze, ale vždy by i takovýto projev měl být signálem k zamýšlení, k návštěvě lékaře či psychologické poradny.

KOMUNIKACE

Jak komunikovat se suicidantem

Komunikace je pojem, který vyjadřuje jakoukoliv formu kontaktu s okolím a lidmi. V rámci komunikace se suicidující osobou je možné hovořit o verbální (slovní) komunikaci a o neverbální (mimoslovní) komunikaci a jistě i o introkomunikaci (tedy komunikace „sám v sobě“, „sám se sebou“...)

Neverbální komunikace

V praxi je velice důležitá mimoslovní komunikace. Bylo objektivně zjištěno, že téměř 80 % veškerých informací o svých stavech, náladách, postojích, zájmech, záměrech sdělujeme mimoslovně. Tedy gesta, mimika, motorka, oční pohyby a jiné projevy vlastně vyjadřují to, co někdy nedokážeme nebo nechceme.

Platí přitom, že mimoslovní komunikace a mimoslovní projevy jsou někdy nevědomé, takže o sobě cosi sdělujeme, aniž o tom právě musíme vědět. Témto projevy pak ovlivňujeme okolí kladně nebo záporně dle typu mimoslovního projevu. K tomu, abychom lépe komunikovali i pomocí těchto prostředků, slouží následující pravidla. Stejným způsobem se někdy může projevovat i suicidující osoba.

1. Při prvním setkání se suicidující osobou hospodářte se svým časem. Špatný dojem se vytvoří velice snadno, ale obtížně se mění. V podstatě první čtyři minuty setkání často rozhodují o názoru druhého člověka na vaši osobu. Snažte se tedy zapůsobovat hned zpočátku. Mluvte klidně, zřetelně, stůjte rovně, projevte patřičnou úctu a pozornost vůči osobě.

2. S osobou, se kterou hovoříte, udržte oční kontakt. Váš pohled nesmí být upřený (působí agresivně), ale naopak přátelský. Pohled do očí jiné osoby by měl být po 4–7 sekundách přerušen a poté znovu obnoven. Pokud odklánete oči od očí osoby, pak vždy směrem dolů (jakoby na jeho hrudí). Takovéto