
Sebevražda a sebevražedné jednání klienta v poradenství a terapii

Martin Pešek

Nejen v rámci široké veřejnosti, ale také přímo v oborech pomáhajících profesí, panuje spousta nedorozumění, mylných představ a tabu ohledně sebevraždy a sebevražedného jednání. Tento přehledový článek, který je zároveň základním studijním materiálem ke stejnojmennému kurzu, vám pomůže lépe chápat tuto problematiku a to na základě aktuálních vědeckých poznatků. Text byl inspirován především prací americké klinické psycholožky Lisy Firestone (www.dr.lisafirestone.com), která se dlouhodobě zabývá výzkumem a vzdáváním v oblasti prevence násilného a sebevražedného chování.

Úvod

Statistická data ohledně sebevražd jsou alarmující. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) umírá v důsledku sebevraždy každých 40 sekund jeden člověk žijící na této planetě. V některých kulturách nebo věkových skupinách se dokonce jedná o nejčastější příčinu úmrtí. V České republice ročně zemře v důsledku sebevraždy přibližně 1 600 lidí. Toto číslo je poslední léta celkem stabilní, nicméně znepokojující je rostoucí trend výskytu sebevražedného jednání u stále mladších věkových skupin. Oproti tématu úmrtí v dopravě, kdy se v médiích pravidelně setkáváme s různými preventivními kampaněmi, představuje problematika sebevražedného jednání stále velké tabu a nachází se na okraji společenského zájmu.

Ve společnosti (i odborné) přetrvává několik mýtů ohledně sebevraždy. Jedním z nich je, že osobě, která chce zemřít, nemůžeme pomoci. Odborníci na duševní zdraví, stejně tak jako laická veřejnost, by měli vědět, že stav sebevražedného ohrožení, je téměř vždy pomíjivý a tudíž léčitelný. Jako pracovníci v pomáhajících profesích máme velkou šanci, že se s člověkem uvažujícím o sebevraždě setkáme. Potom je potřeba jednat rychle a efektivně. Cílem tohoto textu je poskytnout základní informace o sebevražedném jednání klientů v poradenské a terapeutické praxi. Čtenáři nabízí také prostor, aby se mohl zamyslet nad svým vlastním postojem k tomuto tématu.

Pokud pracovníci nejsou adekvátně připraveni na to, jak s touto výzvou pracovat, kontakt s klientem končí tím, že je předán jinému terapeutovi nebo organizaci a to bohužel i bez základní péče a ošetření. Pochopíme-li, co se děje uvnitř sebevražedného jedince, v jeho mysli, dokážeme správně rozeznat varovné signály a podniknout terapeutické intervence, které jsou v takové situaci odpovídající a mohou zachránit život.

Co se děje v mysli člověka, který zamýšlí spáchat sebevraždu?

Část společnosti si myslí, že vzít si život je něco jako základní lidské právo. Věří, že by nikdo neměl zasahovat do svobodného rozhodnutí druhého člověka. Jenže toto myšlení nebere v patrnost fakt, že lidé, kteří o sebevraždě přemýšlejí, prožívají velmi silný vnitřní rozpor – jsou odděleni od sebe sama. Jedna jejich část chce žít, zatímco ta druhá je ve své podstatě sebedestruktivní. Tato ambivalence je vždy přítomným faktorem, pokud jde o sebevraždu. Vezměme si jako názorný příklad více než 3 000 lidí, kteří se rozhodli ukončit svůj život skokem ze slavného mostu Golden Gate v San Francisku. Ti z nich, kteří svůj pokus přežili, později uvedli, že v okamžiku, kdy skočili a padali dolů z mostu do vody, litovali svého rozhodnutí a chtěli žít.



REAL SELF (pozitivní)



ANTI SELF (kritický)

Robert Firestone identifikoval tento vnitřní rozpor uvnitř jedince jako konflikt „Skutečného já“ (real self) a „Proti já“ (anti self). Skutečné já představuje život potvrzující stránku jedince, zatímco Proti já představuje sebedestruktivní část osobnosti. Kritický vnitřní hlas je negativním myšlenkovým procesem, který může být chápán jako způsob vyjádření Proti já. Toto negativní myšlení probíhá v určité posloupnosti, z mírné sebekritičnosti přes extrémní sebenenávist až k myšlenkám na sebevraždu. Stejně tak sebedestruktivní chování probíhá v určité posloupnosti, od izolování sebe sama přes užívání návykových látek až k samotnému suicidálnímu aktu. To, jakým způsobem člověk přemýšlí, předurčuje to, jakým způsobem se bude chovat. Pokud se někdo rozhodne skoncovat se svým životem, jedná tak pod vlivem svého Proti já. Terapeuti, kteří pochopí, jak probíhá toto štěpení uvnitř člověka, který zamýšlí spáchat sebevraždu, mohou zpochybnit a narušit jeho Proti já a současně rozvíjet, posilovat a podporovat hlas Skutečného já. To umožní klientovi znovu se spojit s jeho Skutečným já a objevit přirozenou touhu po přežití.

Jedním z hlavních úkolů, pokud jde o pomoc člověku se sebevražednými myšlenkami, je začít chápat to, co pro něj vyhlídka na sebevraždu vlastně znamená. Může to být forma úniku do zapomnění. V takovém případě je důležité prozkoumat, zda a jak se nesnesitelné může stát snesitelným. Běžně se však ukazuje, že sebevražedný úmysl je daleko složitější a může mít různé kořeny. Sebevraždu můžeme chápat jako prostředek na sdělení něčeho, co má pro klienta hluboký význam. Pokud je sebevražedný úmysl nepřímým způsobem, jak protestovat nebo vyjádřit hněv, pak se nabízí možnost zkoumání alternativních a účinnějších způsobů, jak tyto pocity vyjádřit. Obecně je vhodné považovat

sebevražedný úmysl za signál, že dotyčný nemůže pokračovat v životě tak, jak jej žil dosud, a že je zapotřebí udělat zásadní změny, kterou jej přivedou k novému začátku.

Varovné signály a vyhodnocování rizika sebevraždy

Výzkumy ukazují, že terapeuti stále podceňují a často opomíjejí téma sebevraždy v přímé práci s klienty. Přijmout smrt jako součást života a přijmout sebevraždu jako skutečnost, která do našeho života patří a která může být pro někoho skutečným řešením jeho hluboké krize, je základním předpokladem pro práci se suicidální tematikou. Jinými slovy, pracovat se sebevražednými tématy nelze bez reflexe vlastních postojů ke smrti a sebevraždě. Pro většinu terapeutů odpovědnost za léčbu klienta způsobuje nervozitu, úzkost a obavy. Ty se zvyšují ve chvíli, kdy je nastoleno téma sebevraždy. Sebevražední klienti mohou dokonce vyvolat v terapeutech pocity hněvu, odpor nebo zášť. Proto, zatímco posuzujeme klinický stav klienta, je důležité používat i objektivní vyhodnocovací nástroje, které nám pomohou s určením toho, zda je klient v riziku sebevraždy nebo nikoliv.

Nejprve se zaměříme na tzv. varovné signály, které nám pomohou si uvědomit, že jsme v kontaktu s klientem, který může přemýšlet o tom, že si ublíží. Pracovníci často volají po specifických projevech, které by jim pomohly odhalit, že je klient v krizi nebo dokonce v riziku spáchat sebevraždu. Varovné signály můžeme rozpoznávat na dvou základních úrovních – myšlení a chování.

Typické příklady myšlenek a pocitů, které bývají spojovány se sebevraždou:

- Extrémní forma nenávisť vůči sobě samému: „Nezasloužím si žít.“
- Zvnitřněná beznaděj: „Na ničem nezáleží. Měl bych se sebou skoncovat jednou provždy.“
- Odstrkování přátel a rodiny: „Co se to se mnou děje? Přidělávám lidem, kteří mě mají rádi, jen samé starosti.“
- Izolace: „Prostě zůstanu sám. O samotě mi bude lépe.“
- Absence sounáležitosti: „Nikam nepatřím.“
- Pocit, že jsem pro druhé přítěží: „Táhnu všechny dolů. Jsem taková přítěž pro druhé, že jim beze mě bude určitě lépe.“

Následují příklady chování, které odkazují na riziko sebevraždy:

- Předchozí sebevražedné pokusy
- Narušený spánkový režim
- Zvýšená úzkostnost a neklid
- Výbuchy vzteku nebo snížená frustrační tolerance
- Rizikové chování
- Zvýšená spotřeba alkoholu nebo jiných návykových látek
- Náhlá změna nálady k lepšímu
- Zmínka o sebevražedných úvahách nebo záměru ublížit si, plánování nebo realizace konkrétních kroků, opatření prostředků

Existují některé psychiatrické diagnózy, které vykazují vysoké riziko uskutečnění sebevraždy. Ohrožení jsou především lidé, kterým byla diagnostikována některá z afektivních poruch (depresivní, manická, bipolární). Přítomnost depresivních příznaků je nejsilnějším prediktorem sebevražedného jednání. Stejně tak lidé, kterým byla lékařem diagnostikována schizofrenie, vykazují vysoké riziko. A to jak v akutní fázi onemocnění, tak ve fázi remise, kdy si naplno uvědomí chronickou povahu své nemoci. Studie sledující osoby s psychotickým onemocněním dokazují, že nejvyšší riziko sebevraždy je přítomné v období po první hospitalizaci. Závislost na alkoholu představuje další významný rizikový faktor. Lidé, kteří zneužívají alkohol, tvoří asi jednu čtvrtinu z celkového počtu sebevražd. Riziko sebevraždy narůstá v případě komorbidity uvedených onemocnění (duální diagnózy). Pakliže tito lidé tvoří cílovou skupinu, se kterou pracujeme, je nezbytné již při vstupním kontaktu získat informace o výskytu sebevražedného chování v minulosti. Předchozí sebevražedný pokus můžeme považovat za nejvýznamnější rizikový faktor. Pravidelné monitorování suicidality, případně rozvoje depresivních příznaků, by mělo být nedílnou součástí práce s touto skupinou klientů.

Vyhodnocování rizika

Jak ale rozpoznat jedince aktuálně ohroženého sebevraždou? Při vyhodnocování rizika sebevraždy se často odkazuje na tzv. Pöldingerův suicidální rozvoj. Walter Pöldinger byl švýcarský lékař, který popsal jednotlivé kroky v myšlení člověka, který uvažuje spáchat sebevraždu. Dle jeho poznatků člověk nejprve začne o sebevraždě přemýšlet jako o možném řešení své tíživé situace. Následuje stádium ambivalence, kdy člověk zvažuje různá pro a proti, často svůj záměr oznamuje a snaží se pro sebe zajistit nějakou pomoc. Třetím stádiem je potom konečné rozhodnutí, nastává úleva a dotyčný zaměřuje svoji pozornost na opatření prostředků k sebevraždě. Walter Pöldinger sestavil také orientační dotazník, který slouží k objektivnějšímu určení závažnosti suicidálního rizika (viz Přílohy).

Přestupem z druhé do třetí fáze nastává ona pozoruhodná okolnost, kdy člověk, který v počátečních stádiích působí utrápeně, získává vnitřní klid a vyrovnanost. Svému okolí se v tu chvíli jeví jako politý živou vodou a je snadné podlehnout zdání, že už je vše v pořádku. Tomuto zdání samozřejmě mohou podlehnout i odborníci. Proto budme vnímaví k náhlým změnám k lepšímu u psychicky vyčerpaných lidí, pátrejme po tom, co vedlo ke změně jejich stavu a to zejména v těch případech, kdy nám nejsou zřejmé objektivní příčiny zlepšení. Sebevražedné proklamace se nevyplácí podceňovat a případný optimismus může být velmi předčasný.

Léčba

Třebaže jsou některé sebevraždy dlouhodobě plánovány, zatímco jiné jsou spíše impulsivního charakteru, všechny mají nakonec prvky obojího. To je důvod, proč je důležité, abychom jednali rychle a efektivně v čase a prostoru mezi plánováním sebevraždy a jejím uskutečněním. Zde je naše příležitost, jak skutečně pomoci. Pokud nás kontaktuje člověk, který třeba jen velmi zlehka naznačuje, že jeho život nemá smysl a že s tím, co ho dosud trápilo, už není třeba dělat si starosti, pak si budme jisti, že čeká na otázku. Je zcela v pořádku a na místě ptát se přímo: „Znamená to, že přemýšlíte o sebevraždě?“. Jedině tak klient získá ujištění, že může otevřeně o svých těžkých myšlenkách mluvit a že ten, kdo mu

neslouchá, nepropadne panice. Pokud člověk o sebevraždě uvažuje, potřebuje o svých úvahách mluvit zcela narovinu a skrze slova se tak dotknout svých emocí.

Lidé, kteří mají sebevražedné myšlenky, tvoří velmi různorodou skupinu. Avšak to, co je spojuje, jsou obtíže se zvládnutím a regulováním vlastních emocí. Pomoci těmto lidem vyjádřit a uznat své emoce, pomoci jim osvojit si nové dovednosti, jak silné emoce zvládat, by mělo být hlavním cílem terapie. Abychom jej dosáhli, je nezbytné navázat s klientem důvěryhodný kontakt, prostřednictvím kterého bude mít pocit, že stále zůstává expertem na svůj život. Terapeut by měl poskytovat a držet především strukturu, protože osoby, které jsou v zajetí sebevražedných úvah, cítí vnitřní dezorganizaci a právě struktura je to, co jim chybí. Pro úspěšnou terapii je také výhodné aktivně zapojit další osoby z klientova nejbližšího okolí, které mohou být zdrojem podpory během trvající krize.

Z hlediska samotné léčby je tedy důležité:

- Získat klienta pro léčbu. Nastínit jasný terapeutický plán, co budeme dělat a co bude dělat klient. Přesně určit úkoly, které klient bude plnit, např. návrat do zaměstnání.
- Pokud je klient v krizi, naplánovat častější konzultace v průběhu týdne. Frekvence setkávání by měla odpovídat úrovni prožívané krize.
- Pokud máme dojem, že je na místě i léčba farmakologická, doporučit klienta k psychiatrovi. Po nasazení medikace je důležité sledovat, jak na ni klient reaguje.
- Věnovat klientovi plnou pozornost. Pokusit se pochopit, jak uvažuje a co pro něj prožívaná krize znamená. Můžeme se doptávat: „Jaká první věc by se musela změnit, abyste se přestal cítit tak špatně?“
- V průběhu sezení dovolit klientovi vyjadřovat silné negativní pocity, které mu způsobují psychickou bolest. Klienti budou prožívat méně sebedestruktivních myšlenek a pocitů, pokud se jim naskytne příležitost sdílení s druhým člověkem.
- Sledovat, pokud klient přeruší kontakt nebo nedorazí na domluvené setkání. Projevit aktivně zájem bude znamenat, že vám na klientovi záleží a podpoříte tak jeho Skutečné já. Zatímco ztráta kontaktu spíše posílí kritický vnitřní hlas klienta.
- Napomáhat klientovi učit se novým strategiím zvládnutí psychické zátěže.

Klienti, kteří zvládli své sebevražedné tendence prostřednictvím účasti v terapii, se shodují ve třech aspektech, které pro ně byly v rámci léčby nejdůležitější.

1. Potvrzující vztah: Přítomnost potvrzujícího a ujišťujícího vztahu vnímali jako katalyzátor pro opětovné spojení s druhým člověkem a hlavně pro opětovné spojení se sebou sama.
2. Práce s emocemi: Intenzivní emoce jsou neoddělitelnou součástí sebevražedného chování. Klienti, kteří nezískali uznání a potvrzení těchto silných a ochromujících emocí, je nebyli schopni překonat.
3. Posílení vlastní kompetence a identity: Klienti popisovali terapeutický proces jako to, co jim pomohlo porozumět vlastním sebevražedným tendencím, odhodit negativní a destruktivní vzorce a nahradit je novými, více pozitivními.

Efektivní přístupy v terapii sebevražedného jednání

Kognitivně behaviorální terapie (KBT) – Vznikla v druhé polovině 20. století integrací dvou přístupů – klasického behaviorismu a kognitivní terapie. KBT vychází z teorie, že příčinou problémů je nevhodné chování a myšlení, které je naučené a udržované vnějšími a vnitřními faktory. Zaměřuje se na řešení konkrétních potíží, se kterými klient přichází a na dosahování předem stanovených cílů. K tomu slouží řada ověřených psychologických metod. Klient se těmto metodám za podpory terapeuta aktivně učí, aby byl po skončení terapie schopen tyto metody používat samostatně. KBT zaměřená na klienty se sebevražednými sklony probíhá ve 3 fázích: vytvoření krizového plánu, hlubší analýza sebevražedného chování (kognitivní restrukturalizace), prevence relapsu (strategie zvládnání, kartička naděje).

Dialektická behaviorální terapie (DBT) - Vznikla na základech klasické kognitivně behaviorální terapie. Inspirována tímto přístupem vyvinula Marsha Linehan terapii přímo zaměřenou na léčbu hraniční poruchy osobnosti, která je charakteristická častým výskytem sebevražedných pokusů. DBT používá celou řadu technik např. nácvik řešení problémů, expozici, trénink dovedností, kognitivní rekonstrukci a další, které pomáhají klientům docílit emoční rovnováhy a také určité stability v myšlení a chování. Jinými slovy DBT učí a ukazuje klientům, jak žít vyrovnaně. DBT je zpravidla tvořena kombinací individuální a skupinové psychoterapie, ať už v ambulantní nebo stacionární formě.

Krizová intervence – Krizová intervence je odborná metoda práce s lidmi v psychické krizi. Jejím hlavním cílem je odvrátit život ohrožující situaci a dopomoci k dosažení nové psychosociální rovnováhy. Krizová intervence, která může probíhat jak face-to-face, tak po telefonu či chatu, vychází vždy z individuálního charakteru krize a jejího časového omezení. Klient je vnímán jako celistvá bytost ve své bio-psycho-socio-spirituální kontinuitě. Předpokládá, že každá krize je souborem tělesného vývoje, individuálního životního příběhu a jeho rodinného, kulturního a duchovního kontextu. Často se zaměřuje na posílení sociálních vazeb. Rozvíjí v jedinci sociální dovednosti, copingové strategie a zvědomění vlastních zdrojů či předchozích úspěchů. Tento přístup je založen na přesunu pozornosti od problému k možným a reálně dostupným řešením.

Motivační rozhovory (MI) - Motivační rozhovory jsou terapeutickým a komunikačním přístupem zaměřeným na podporu vnitřní motivace lidí při změně chování. Tato metoda se nejvíce rozšířila v souvislosti s léčbou závislosti, nicméně např. Harry Zerler potvrzuje užitečnost jejích základních principů i při práci se suicidální tematikou. Mezi základní principy motivačních rozhovorů patří vyjadřování empatie, rozvíjení rozporů, vyhýbání se argumentaci, využití odporu a podpora vlastních schopností klienta. Motivační rozhovory se zaměřují na práci s ambivalencí a pomáhají ji překonat. Terapeut nepřijímá roli experta, ale ponechává odpovědnost za změnu na straně klienta. Cílem terapie je vytvořit ve vztahu s klientem pozitivní atmosféru, která napomůže posílení vnitřních motivačních zdrojů.

Model růstu – Virginia Satirová vytvořila model, který představuje další z možných přístupů pro práci s danou problematikou. Soustředí se na osobní růst a podporu zdraví. Východiskem modelu je teze, že všichni lidé se snaží nejen o přežití, ale především o růst a vývoj. Na sebevraždu nahlíží jako na způsob vyrovnávání se se situací (copingový vzorec), přičemž má neustále na paměti vliv rodinných pravidel, očekávání, vztahů a zklamání. Prostřednictvím vyřešení zranění z minulosti, zášti a nenaplněných

očekávání se snaží přeměrovat klientovu pozornost na pozitivně definované cíle a osobní růst. Model růstu definuje 4 základní cíle terapie: posílit sebeúctu klienta, posílit jeho odpovědnost, rozvíjet schopnost rozhodovat se sám za sebe a facilitovat kongruenci.

Sebevražda klienta a jak ji zvládnout

Většina pracovníků v pomáhajících profesích by souhlasila, že sebevražedné jednání klienta patří mezi nejnáročnější situace v praxi. Tyto situace vyvolávají úzkost a napětí nejen na straně klientů a jejich blízkých, ale také u samotných pracovníků. V zahraničních studiích se uvádí, že více než 1/2 pracovníků, kteří působí v oblasti duševního zdraví, zažili situaci, kdy se jejich klient pokusil spáchat sebevraždu a celá 1/3 pracovníků má přímou zkušenost s dokonanou sebevraždou klienta. Jedná se tedy o záležitost zasluhující naši plnou pozornost.

Emocionální zátěž, která z kontaktu se sebevražedným klientem vyplývá, se stává enormní ve chvíli, kdy klient svůj záměr dokoná. Zejména u studentů, kteří se na výkon povolání teprve připravují anebo u pracovníků, kteří jsou na samém začátku své profesní kariéry, představuje dokonaná sebevražda klienta velkou stresovou zátěž. Reakce pracovníků mohou být různé. Zpravidla jsou podobné těm, které prožívají přímí pozůstalí. Spolu s reakcemi v osobní rovině se objevují také specifické reakce související s profesní rolí pracovníka. Někteří začnou pochybovat o své kompetentnosti při práci s klienty, o vlastních znalostech a schopnostech. Mnozí se obávají obviňování, souzení a ztráty důvěry u svých kolegů nebo vedení organizace. Jiní mohou zcela popírat jakékoliv emocionální zapojení na sebevraždě klienta. Nevyjádřené a nevyřešené emocionální prožívání však může mít negativní dopad jak na pracovníka, tak na další klienty, se kterými přijde v budoucnu do kontaktu. V každém případě je důležité, aby měl pracovník v takové situaci možnost spolehlivé a kompetentní podpory na svém pracovišti, případně měl možnost vyhledat konzultaci či individuální supervizi mimo pracoviště.

V souvislosti se sebevraždou klienta je důležité mít na paměti následující dvě věci:

1. Pomáhající profese jsou oborem, ve kterém je sebevražda klienta považována za „riziko povolání“. Péče o pracovníka a proces, jakým se se sebevraždou klienta vyrovnává, je stejně důležitý jako péče o přímé pozůstalé a jejich způsob truchlení.
2. Dříve nebo později se pracovník, který je zasažen ztrátou klienta, znovu ocitá tvář v tvář osobě v krizové situaci, osobě, která přemýšlí o sebevraždě. Správné pojmenování a vyhodnocení dopadů předchozí události je nezbytné pro zajištění efektivity budoucích intervencí daného pracovníka.

Účast na pohřbu a kontakt s blízkými zemřelého klienta

Pokud klient, se kterým jsme byli nebo stále jsme v kontaktu, spáchá sebevraždu, jeho neblížíší mohou být velmi naléhaví v tom spojit se s námi a mluvit o okolnostech úmrtí. Jedná se o poměrně choulostivou situaci, kdy pracovník musí dobře zvažovat svoje reakce a bilancovat mezi tím, aby byl vůči pozůstalým empatický a reagoval upřímným způsobem a zároveň si byl vědom legislativních a

etických problémů, kterým by se mohl vystavit (např. porušení povinnosti zachovávat mlčenlivost). Při tom všem by měl také pamatovat na svůj vlastní zármutek a jeho projevy. Většina zahraničních autorů, kteří se tématu věnovali, se shoduje v tom, že je důležité s pozůstalými rodinnými příslušníky vstupovat do kontaktu, citlivě vyjádřit svoji upřímnou soustrast a pokud je to možné, tak se též zúčastnit posledního rozloučení se zemřelým. Je to důležité jak pro rodinu zemřelého klienta, tak pro pracovníka samotného.

Závěr

Sebevražedné jednání představuje celospolečenský problém. Pro většinovou společnost je sebevražda často tichou tragédií. Pro média je někdy senzací, ale spíše přetrvává tiché mlčení. Pro ty z nás, kteří působíme v pomáhajících profesích, sebevražda představuje hluboce znepokojující profesní riziko a jedno z nejběžnějších témat první psychologické pomoci. Ačkoliv jako odborníci nemůžeme zabránit všem sebevraždám, můžeme toto číslo snížit. To je důvod, proč je třeba tématu věnovat pozornost a vzdělávat se ve všem, co s tímto fenoménem souvisí. Jedině tak můžeme této problematice lépe porozumět, naučit se správně vyhodnocovat riziko sebevraždy a léčit osoby, které jsou jí ohroženi.

Plný kontakt na autora

Mgr. Martin Pešek, Psychosociální péče o pozůstalé, Radlická 2487/99, 150 00 Praha 5 - Smíchov, Tel.: 728 386 076, e-mail: martin.pesek@luctus.cz, web: <http://www.luctus.cz/>

Použitá literatura

Banmen, J. Transformační systemická terapie. Ostrava: Institut Virginie Satirové ČR, 2009. ISBN 978-80-254-4976-9.

Firestone, L. Suicide: What Therapists Need to Know. American Psychological Association, Office of Continuing Education in Psychology, 2011.

Hort V., Kocourková, J. Sebevražedné chování v medicínské praxi. Česká a Slovenská psychiatrie. 2006, 102(4), 201-203.

Pastucha, P. Terapie hraniční poruchy osobnosti: Dialektická behaviorální terapie. Psychiatrie pro praxi. 2003, 5, 221-222.

Sanders, S. et al. Preparing for the Inevitable: Training Social Workers to Cope with Client Suicide. Journal of Teaching in Social Work. 2008, 28(1), 1-18.

Strom-Gottfried, K., Mowbray, N. Who Heals the Helper? Facilitating the Social Worker's Grief. Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services. 2006, 87(1), 9-15.

Ting, L. et al. Dealing with the Aftermath: A Qualitative Analysis of Mental Health Social Workers Reactions After a Client Suicide. Social Work. 2006, 51(4), 329-341.

Ting, L. et al. Available Supports and Coping Behaviors of Mental Health Social Workers Following Fatal and Nonfatal Client Suicidal Behaviors. Social Work. 2008, 53(3), 211-221.

ÚZIS. Zemřelí 2013. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2015. ISBN 978-80-7472-139-7.

Veilleux, C. J. Coping with Client Death: Using a Case Study to Discuss the Effects of Accidental, Undetermined, and Suicidal Deaths on Therapists. Professional Psychology: Research and Practice. 2011, 42(3), 222-228.

Vodáčková, D. et al. Krizová intervence. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.

WHO. Preventing Suicide: A Global Imperative. Luxembourg: World Health Organization, 2014. ISBN 978-92-4-156477-9.

Working With the Client Who is Suicidal: A Tool for Adult Mental Health and Addiction Services. Vancouver: Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction, 2007.

Zerler, H. Motivational Interviewing in the Assessment and Management of Suicidality. Journal of Clinical Psychology. 2009, 65, 1207-1217.

Přílohy

PÖLDINGERŮV DOTAZNÍK

NÁSTROJ K ROZPOZNÁNÍ ZÁVAŽNOSTI SUICIDIÁLNÍHO RIZIKA

- | | |
|--|----------|
| 1. Přemýšlel jste v současné době o možnosti sebevraždy? | ANO NE |
| 2. Přemýšlel jste o této možnosti často? | ANO NE |
| 3. Musíte o tom přemýšlet, přestože nechcete? Vnucují se Vám takové myšlenky vlastně samy, proti vaší vůli? | ANO NE |
| 4. Už jste někdy uvažoval o způsobu sebevraždy? | ANO NE |
| 5. Dělal jste již nějaké přípravy k sebevraždě? | ANO NE |
| 6. Mluvil jste s někým o svých sebevražedných úmyslech? | ANO NE |
| 7. Už jste se někdy v minulosti pokusil o sebevraždu? | ANO NE |
| 8. Spáchal někdo z vašich příbuzných či přátel sebevraždu? | ANO NE |
| 9. Cítíte, že vaše situace je strašná a beznadějná? | ANO NE |
| 10. Dělá vám potíže myslet na něco jiného, než na současné problémy? | ANO NE |
| 11. Máte nyní méně kontaktů se svými příbuznými a přáteli? | ANO NE |
| 12. Máte zájem o to, co se děje ve vašem okolí nebo zaměstnání? Baví vás vaše koníčky? | ANO NE |
| 13. Máte kolem sebe někoho, s kým byste volně a s důvěrou mohl pohovořit o svých problémech? | ANO NE |
| 14. Žijete pohromadě s dalšími lidmi (rodina, přátelé)? | ANO NE |
| 15. Máte pocit výrazné zodpovědnosti k rodině, zaměstnání? | ANO NE |
| 16. Myslíte, že jste v zásadě věřící člověk? | ANO NE |

Čím více otázek 1-11 je zodpovězeno **ANO** a čím více otázek 12 - 16 je zodpovězeno **NE**, tím vyšší je suicidiální riziko.