



3 Sebevraždy

Rozvoj ďalšieho vzdelávania praktických lekárov a ambulantných psychiatrov v problematike komunitnej péče o duševne nemocné

V roce 2006 vydal FEAFES/ Hernández Mas, 20-24, 28053 Madrid (Španělsko)
E-mail: feafes@feafes.com
www.feafes.com

Markéta P. Rubešová v roce 2007 ukončila studium hebraistiky a historie na Karlově univerzitě v Praze a nyní je doktorandkou na Ústavu obecných dějin tamtéž. Působí jako učitelka hebrejštiny a zároveň překládá (převážně z hebrejštiny, ale také ze španělštiny a angličtiny). Zároveň se aktivně zajímá o dění na poli péče o osoby s duševním onemocněním. Je dobrovolnicí Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví.



Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví
Centre for Mental Health Care Development

ČELÍME REALITĚ SEBEVRAŽD

(přeložila Markéta Pnina Rubešová)

Úvod

Sebevražda má každoročně na svědomí více než milión lidských životů a je tak celosvětově jednou ze tří nejčastějších příčin smrti. Z 90% těchto případů trpí dotčená osoba některým typem duševní nemoci. I Nejnovější odborné výzkumy sice potvrzují, že i v oblasti sebevražd je prevence možná, ale přesto většina zemí postrádá jakékoli účinné strategie, které by situaci pomohly řešit.

Právě proto se Španělská konfederace asociací rodinných příslušníků a duševně nemocných (FEAFES) rozhodla vydat tohoto průvodce, jehož cílem je v první řadě upozornit na závažnost fenoménu sebevražd. Naším přáním je rovněž pomoci těm, kteří se ocitli v rizikové skupině jedinců, stejně jako jejich rodinám a blízkým.

Tato publikace se připojuje k iniciativě Světové asociace pro psychické zdraví zvolit Prevenci sebevražd za ústřední téma Světového dne duševního zdraví v roce 2006.

Již od dob založení organizace FEAFES považujeme za důležité nejen poskytovat informace o nástrojích, které ohroženým osobám pomáhají čelit těmto situacím – což je mimo jiné posláním tohoto průvodce –, ale také požadovat od všech politických činitelů přímo ovlivňujících formulování programu prevence v rámci péče o zdraví veřejnosti, aby se zavázali k realizaci těchto programů a k zajištění potřebných hospodářských, materiálních i lidských prostředků.

Všestranné otevření se tématu sebevražd považujeme za nutný předpoklad k úspěšnému snižování vlivu tohoto fenoménu na naši společnost. Pokud má program prevence přinést své plody, je třeba uvažovat o jeho možnostech jak v jednotlivých fázích prevence, vyšetření, stanovení diagnózy, léčby a navazující péče o osoby s duševní poruchou, tak v souvislosti se školením a profesní přípravou pracovníků ve zdravotnictví a v prostředí sociálních služeb. Nesmíme také opomenout problém stigmatizace a boj proti ní pomocí zvýšení veřejného povědomí a informovanosti. V tomto ohledu je nutné najít potřebný kompromis ve využití masových prostředků komunikace, neboť je známo, že tyto mohou mít na sebevraždě pozitivní i negativní vliv. Zodpovědný přístup k publikování zpráv spojených nějakým způsobem s tematikou sebevražd může napomoci klíčinné prevenci.

Tento průvodce je rozdělen na sedm částí. První je věnována klíčovým konceptům a jejich definicím, údajům o výskytu sebevražd, informacím o rizikových faktorech a faktorech prevence se zvláštním zřetelem k situaci u duševně nemocných jedinců. V druhé části jsou uvedeny některé obecně přijímané stereotypy o sebevraždě a jejich uvedení na pravou míru. Ve třetí kapitole jsou rozebrány nejběžnější varovné signály, podle kterých lze posoudit, zda se dotyčný ocitl v rizikové skupině a je tím pádem ohrožen úvahami o sebevraždě. Čtvrtá část přináší rady a doporučení jak těm, kteří sami patří do rizikové skupiny, tak i jejich rodinným příslušníkům a lidem, pohybujícím se v jejich blízkosti. V páté kapitole jsou uvedeny informace o vhodném postupu po sebevražděném pokusu. Konečně v šesté a sedmé kapitole jsou představeny rozličné typy služeb, které mohou v případě potřeby poskytnout nezbytnou pomoc. Na závěr je přiložena bibliografie se seznamem použitého materiálu.

Věříme, že tento průvodce bude užitečným pomocníkem ohroženým osobám, jejich rodinám a přátelům, a doufáme, že přispěje svým dílem k prevenci sebevražd a k podpoře duševního zdraví.

1. O čem je řeč?

Definice

Podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) je sebevražedným aktem každý akt, jímž si jedinec přivodí fyzickou újmu, ať již jsou nám jeho pravé motivy známe či ne, a bez ohledu na dalekosáhlost úmyslu. Sebevraždou se pak myslí smrt zapříčiněná sebevražedným aktem.²

Stejně tak je třeba rozlišit dva různé koncepty²

- Sebevražedné myšlenky: přání, konkrétní myšlenky a plány na spáchání sebevraždy.
- Sebevražedné chování, které zahrnuje:
 - Pokus o sebevraždu: dobrovolný akt realizovaný jedincem s cílem přivodit si smrt, ale bez dosažení tohoto cíle.
 - Spáchání sebevraždy (dokonaná sebevražda): akt, během kterého si jedinec vědomě přivodí smrt, přičemž usmrcení je vnímáno jako prostředek i jako cíl.
 - Demonstrativní sebevražda: sebedestruktivní, avšak ne smrtelné, chování demonstrované určitým jedincem, přičemž sebevražedný úmysl nebo úvahy o sebevraždě nehrají v tomto případě zásadní roli.

Výskyt

Sebevražda je celosvětovým lidským fenoménem, který byl přítomný ve všech historických údobích a vždy přitahoval pozornost filosofů, teologů, lékařů, sociologů i umělců.^{3,4}

Sebevražedné chování představuje závažný problém dotýkající se zdraví veřejnosti ve všech zemích světa, a to právě kvůli velkému počtu obětí.

Údaje o sebevraždách či sebevražedných pokusech se nicméně v různých zemích rozcházejí. Ve skandinávských zemích, Finsku, Švýcarsku, Německu, Rakousku a v zemích Východní Evropy jsou počty sebevražd vyšší, a to přibližně 25/100 000 obyvatel. Ve Španělsku, Itálii a Egyptě je toto číslo nižší, činí 5/100 000 obyvatel. Údaje ze Spojených států leží pak někde uprostřed.

Podle WHO se průměrně 10,2 mil. osob na celém světě uchýlí k takovému typu sebepoškozujícího chování, které si vyžaduje lékařskou péči. U bezmála 30 mil. osob vzniká riziko sebepoškozujícího chování, aniž by v těchto případech bylavhledána odborná pomoc.³

Průměrně 90% případů sebevraždy má souvislosti některým typem psychické poruchy, především s afektivními poruchami (deprese, bipolární poruchy), ale také se schizofrenií, neurotickými poruchami a s poruchami osobnosti.

Výskyt sebevražd u osob s duševní nemocí ukazuje následující statistika:^{3,5}

- Afektivní poruchy: 15% osob trpících těžkými depresemi končí svůj život sebevraždou a 56% z nich na sebevraždu pomýšlí. Riziko sebevraždy se zvyšuje při bipolárních poruchách patnáctkrát a u deprese dokonce dvacetkrát.
- Schizofrenie: sebevražda je hlavní příčinou předčasného úmrtí u osob s touto diagnózou. Počet sebevražd se pohybuje mezi 10% až 13%. Tito pacienti se ocitají v 8,5krát větším riziku sebevraždy než obecná populace.

- Neurotické poruchy: téměř 20% pacientů trpících krizovými neurotickými stavy se pokusí o sebevraždu.
- Poruchy osobnosti: tyto poruchy šestinásobně zvyšují riziko sebevraždy.
- Poruchy příjmu potravy: u těchto poruch se počet sebevražd pohybuje mezi 16% a 39%.

Rizikové faktory u obecné populace^{3, 6, 7, 8}

Není pravdou, že by sebevražděné jednání bylo zcela nepředvídatelné. Jelikož se zpravidla překrývá s faktory, které zvyšují pravděpodobnost rozvíjení sebevražděných úvah a jejich konečného provedení, dá se do určité míry sebevražděné jednání předvídat.

• **Socio-demografické faktory**

- Pohlaví: Ženy projevují větší tendenci k úvahám o sebevraždě a k sebevražděným pokusům. U mužské populace je zaznamenán zase vyšší počet dokonaných sebevražd.
- Věk: K sebevraždám dochází v každém věku, ale přesto se dá říci, že mladí lidé (15-34 let) a senioři (65 let a výše) představují skupinu s větším rizikem spáchání sebevraždy.
- Etnický původ: U lidí bílé rasy dochází k sebevraždám častěji. Riziko sebevraždy se zvyšuje v případech emigrace, která je provázána pocitem vykořeněnosti.
- Rodinný stav: U svobodných, rozvedených a ovdovělých mužů a žen je pozorován větší výskyt sebevražd. Za rizikový faktor bývá považován také život v osamění.
- Situace v zaměstnání: Ztráta zaměstnání bývá vnímána jako větší rizikový faktor než dlouhodobá nezaměstnanost.

• **Faktory spojené se životním prostředím**

- Případ sebevraždy v rodině: Není jisté, zda vztah mezi tímto faktorem a rizikem sebevraždy souvisí s genetickými předpoklady nebo zda je utvářen spíše vlivem rodinného a společenského prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá.
- Stresové životní události: Většina lidí, kteří se rozhodli spáchat sebevraždu, prožila v předcházejících třech měsících životní situaci s velkým stresovým potenciálem. Jedná se především o problémy v mezilidských vztazích, ztrátu někoho blízkého, problémy ve škole či v zaměstnání, finanční těžkosti, odchod do důchodu atd..
- Opakované sebevražděné jednání: Pokud se člověk již někdy pokusil o sebevraždu, tento fakt představuje jasný rizikový faktor a zvyšuje pravděpodobnost opakování tohoto jednání. U 10% až 14% těchto osob je sebevražda příčinou smrti.
- Dostupnost prostředků ke spáchání sebevraždy.

• **Klinické faktory**

Závažná onemocnění nebo handicap: Riziko sebevraždy se zvyšuje u lidí trpících chronickou formou nemoci nebo nějakým handicapem. Některé průvodní jevy těchto nemocí navíc mohou přispět ke zvýšení rizika (ztráta pohyblivosti, zmrzačení, chronická bolest, ztráta pracovního místa a zprůhraní osobních svazků). Snížená schopnost fungování v každodenním životě a špatné vyhlídky u těžké nemoci jsou spojovány se sebevraždou.

Nemoci a postižení, které bývají nejčastěji spojené s nebezpečím sebevraždy jsou: nervové poruchy, rakovina, AIDS, chronické nemoci ledvin a jater, roztroušená skleróza, nemoci kloubů a kostí provázené

chronickými bolestmi, sexuální poruchy, poruchy pohybového ústrojí, zraku a sluchu a duševní poruchy.

Existuje jistá souvislost mezi duševní nemocí a sebevraždou. Nebezpečí sebevraždy je vždy větší v rané fázi nemoci a během prvního půl roku po propuštění z psychiatrické léčebny.

Faktory prevence u obecné populace ^{6, 9, 10}

Je dobré mít na paměti, že kromě popsaných rizikových faktorů existuje i řada faktorů, které působí jako ochranná bariéra proti sebevraždě:

- **Osobní faktory**
 - Schopnost řešit konflikty nenásilnou cestou a schopnost překonávat problémy.
 - Důvěra v sebe sama a ve vlastní úspěchy, jinými slovy dostatečné sebeocenení.
 - Dobré společenské a komunikativní schopnosti.
 - Otevřenost novým informacím, zkušenostem a řešením, nabízeným zvenčí.
- **Společenské faktory a faktory spojené s životním prostředím**
 - Podpora v rodině: Funkční rodina s pevnými pouty mezi jednotlivými členy.
 - Plná integrace do společnosti, dobré vztahy s okolím. Ochranný efekt má i zapojení do určité sítě vztahů založených na komunitní podpoře (společenský klub, náboženská obec, sportovní oddíl atd..).
 - Náboženská víra.
 - Osvojení kulturních a tradičních hodnot.
 - Omezený přístup k sebevražděným nástrojům a prostředkům.
 - Adekvátní pozornost v rámci komplexní navazující lékařské a sociální péče.
 - Snadný přístup k zařízení pro vyhledání pomoci.

Duševní nemoc a sebevražda ^{1, 3, 5, 6, 11}

Jak již bylo řečeno, existuje výrazná spojitost mezi duševní nemocí a sebevraždou. 90% lidí, kteří spáchají sebevraždu, trpí jednou či více psychiatrickými poruchami. Riziko sebevraždy je větší v raných fázích nemoci a během prvního půl roku po propuštění z psychiatrického zařízení.

Duševní nemoci spojené s vyšším počtem sebevražd jsou : schizofrenie, deprese, bipolární poruchy, neurotické poruchy, poruchy osobnosti, zneužívání návykových látek a poruchy příjmu potravy.

Schizofrenie

Sebevražda je hlavní příčinou předčasného úmrtí u lidí trpících schizofrenií. Odhaduje se zhruba 10% až 13% dokonaných sebevražd a 40% pokusů o sebevraždu.

Lidé se schizofrenií sdílejí s obecnou populací tytéž rizikové faktory uvedené výše. Kromě toho zde ale existují specifické faktory, které mohou znamenat zvýšené riziko sebevražděného jednání:

- Pozitivní symptomy (bludy a halucinace ponoukající k sebevraždě).
- Připojující se depresivní stavy.
- Nedostatek péče nebo nedůvěra k pomoci zvenčí.

- Akademické vzdělání a vysoké nároky na výkonnost.
- Vysoké IQ.
- Velký počet zažitých recidiv.
- Zhoršení společenského a profesního postavení v důsledku nemoci.
- Užívání návykových látek: v případě osob se schizofrenií je významnější nadužívání drog než alkoholu.

Kvůli těmto rozšiřujícím rizikovým faktorům potřebují osoby se schizofrenií zvláštní pomoc a zvýšenou péči v následujících situacích:

- V prvních etapách nemoci.
- V obdobích depresivní fáze nemoci.
- Při psychotické krizi, kdy ztrácejí kontakt s realitou.
- Po recidivě, kdy mají pocit, že situaci zvládli, ale symptomy se ještě opakovaně objevují.
- Po propuštění ze zdravotnického zařízení.
- V prvních chvílích zlepšení stavu, kdy se symptomy nemoci zmírňují, ale člověk se cítí ještě slabý a zranitelný.

Deprese

Deprese je jednou z nejběžněji se vyskytujících duševních zdravotních potíží na světě. Podle odhadů Světové zdravotnické organizace trpí v tuto chvíli depresí 121 milionů lidí, z toho 5,8% mužů a 9,5% žen každoročně prožije depresivní epizodu. Do roku 2020 se deprese pravděpodobně stane druhou nejrozšířenější příčinou nemocnosti, hned po kardiovaskulárních onemocněních.

Po seznámení s těmito údaji nás může o to více zarazit fakt, že toto psychiatrické onemocnění vede ve všech nejčastěji k sebevraždě. Odhaduje se, že riziko sebevraždy se u lidí s depresí pohybuje mezi 10% a 15%.

Deprese zahrnuje široké spektrum prožitků a množství forem výskytu, od mírných po velice závažné a od přechodných k trvalým, přičemž riziko sebevraždy značně kolísá v závislosti na typu depresivní poruchy.

Vzhledem k velkému počtu sebevražd u populace trpící depresí a s poukazem na široký výskyt deprese mezi lidmi, kteří končí život sebevraždou (u 20% až 60% sebevrahů byl konstatován labilní duševní stav), je nezbytně nutné, aby ti, kteří trpí depresí, bezpodmínečně vyhledali odbornou pomoc, díky níž se může riziko sebevraždy výrazně snížit.

Na druhou stranu je ale vždy třeba rozlišovat mezi smutkem jako průvodním jevem depresivní poruchy, a smutkem, který zažívají lidé v obzvláště těžkých životních situacích. V zásadě platí, že normální stavy duševní bolesti nebo smutku trvají kratší dobu a mají menší dopad na jedince než ty samé stavy provázející klinickou depresi. Navíc v případě nepatologických duševních problémů nedochází ke zvýšení rizika sebevraždy.

Bipolární poruchy

Bipolární afektivní porucha je rozšířené onemocnění a mezi duševními nemocemi zaujímá druhé místo na světovém žebříčku nemocnosti, hned po unipolární depresi. Riziko sebevraždy u osob s tímto onemocněním je zhruba pětikrát větší než u obecné populace. K sebevraždě dochází většinou v období příliš velkého emocionálního tlaku v zaměstnání, během studia nebo při rodinných krizích.

Velký počet jedinců trpících bipolární poruchou může vést zcela normální život, pokud se jim dostane potřebné péče. Stává se ale, že dotyčný nemá přístup k odborné pomoci nebo ji odmítá, a v takových případech se riziko sebevraždy mnohonásobně zvyšuje.

Užívání návykových látek

Užívání návykových látek, především alkoholu a v menší míře i jiných drog, se často klade do souvislosti se sebevraždou, jak v podobě rizikového faktoru, tak jako akcelerátor sebevražedného jednání. U 5% až 15% lidí, kteří mají problém s alkoholem, dojde k sebevraždě. Tento problém je také přítomný u 25% až 50% všech dokonaných sebevražd.

Problémy s užíváním návykových látek a alkoholu přispívají k výskytu sebevražedného chování rozličnými způsoby. V případě nadužívání alkoholu se riziko zvyšuje, pokud dotyčná osoba začala s konzumací alkoholu v relativně mladém věku nebo pokud konzumuje alkohol dlouhodobě. Osoby, které užívají a nadužívají návykové látky, jsou často vystaveny ještě dalším rizikovým faktorům. Kromě toho, že u nich existuje větší nebezpečí onemocnění depresí, pravděpodobnost, že se časem dostanou do sociálně nebo finančně tíživé situace, je rovněž vysoká.

Tendenci k užívání a nadužívání návykových látek nejčastěji projevují impulsivní osoby nebo osoby provozující rizikové aktivity, které mohou vést v sebepoškozování. Jedince pod vlivem alkoholu a drog kromě toho mohou nečekaně přepadnout sebevražedné myšlenky, které jsou s ohledem na jeho aktuální stav velice nebezpečné.

Spojení duševní nemoci a užívání návykových látek (tzv. duální patologie) výrazně zvyšuje a akcentuje riziko sebevraždy. Jak ukazují průzkumy provedené v Kanadě a Itálii, duševně nemocné osoby, které mají zároveň problémy s drogami či alkoholem, představují 40% z celkového počtu pokusů o sebevraždou. Naproti tomu u pacientů bez závislosti se toto riziko snižuje na 24%.

Neurotické poruchy

Téměř 20% osob trpících nějakou formou neurotické poruchy se pokusí o sebevraždou. Pokud se tyto poruchy nacházejí v kombinaci s depresí, riziko spáchání sebevraždy výrazně narůstá. Neurotické poruchy s největším zastoupením v tomto ohledu jsou: sociální fobie, obsedantně kompulzivní porucha a generalizovaná úzkostná porucha.

Poruchy osobnosti

Charakteristické rysy vlastní poruchám osobnosti mohou spoluurčovat formu sebevražedného jednání různě: podobně jako je tomu u jiných duševních poruch, jako jsou deprese nebo užívání návykových látek, objevují se příznaky jako abnormální věnování pozornosti problémům v mezilidských vztazích a ve společenském styku nebo snížená schopnost čelit fyzickým a duševním potížím.

U těchto poruch je riziko sebevraždy šestkrát vyšší. Poruchy osobnosti nejčastěji spojované se sebevražedným chováním jsou: hraniční a hysterické poruchy osobnosti, asociální poruchy a narcismus.

Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy mají ve všech duševních onemocněních na svědomí nejvyšší počet úmrtí. V tomto čísle jsou zahrnuty jak případy sebevražd, tak úmrtí zapříčiněná zdravotními komplikacemi přímo spojenými s touto poruchou. Prevalence pokusů o sebevraždou je o něco menší u osob s mentální anorexií, které

jsou léčeny ambulantně (16%) než u osob trpících bulimií, léčených ambulantně (23%) či při hospitalizaci (39%). Nejvyšší ukazatele najdeme v případech osob s bulimií, u kterých je zároveň diagnostikováno nadužívání návykových látek (54%).

2. Mýty a stereotypy o sebevraždě ^{10, 11}

V rámci programu prevence sebevražd je třeba mít na mysli také související mýty a mylné představy, které mohou prevenci samotnou znesnadňovat. Následující tabulka přináší některé tyto mýty a stereotypy společně s jejich důsledky na jednání okolí a vedle představuje reálnou situaci.

Mýtus	Důsledky mýtu	Reálná situace
1. Kdo se chce zabít, nemluví o tom.	Důsledkem je nevěnování pozornosti osobám, které se svými sebevražednými myšlenkami netají nebo sebevraždou dokonce vyhrožují.	Devět z deseti lidí, kteří spáchají sebevraždu, se se svými myšlenkami někomu předem svěří. Okolí ale přesto jejich sebevražedné úmysly neodhalí.
2. Kdo o sebevraždě nemluví, nic si neudělá.	Důsledkem je nedoceníení sebevražedných výhrůžek, které jsou chápány špatně, např. jako způsob vydírání, manipulace či chvástání.	Každý, kdo spáchá sebevraždu, vyjádří předtím své úmysly verbálně, výhrůžkami, pomocí gest nebo radikální změnou v chování.
3. Člověk, který se chystá spáchat sebevraždu, nevysílá žádné varovné signály.	Varovné signály, jež předcházejí sebevraždě, jsou zcela ignorovány.	dtto
4. Sebevraždě nelze předejít, neboť jde o impulzivní čin.	Omezuje možnosti prevence. Podle této představy dochází k sebevraždě impulzivně, nelze ji tudíž předvídat ani jí předejít.	U všech sebevrahů se před činem objevují různé symptomy, které souhrnně nazýváme presuicidálním syndromem. Mezi jeho symptomy patří částečný útlum v citové a intelektuální oblasti, zmírnění agresivního chování vůči okolí a jeho zaměření směrem k vlastní osobě, živé představy a obrazy o sebevraždě. Včasné zaznamenání těchto příznaků může zabránit plánované sebevraždě.
5. Hovory o sebevraždě mohou osobu, která je ohrožena, k tomuto činu podnítit.	Důsledkem je strach hovořit na téma sebevraždy s osobou, která patří do rizikové skupiny.	Je prokázáno, že hovory o sebevraždě s lidmi v rizikové skupině může zmírnit nebezpečí sebevražedného jednání. Toto téma v žádném případě neponouká, nespovídá k sebevraždě ani nevnaší do mysli ohrožené osoby sebevražedné

		myšlenky. Naopak často představuje jediný způsob, jak identifikovat a analyzovat sebevražedné úmysly dotyčné osoby.
6. Sebevrah si přeje zemřít.	Tento stereotyp se snaží ospravedlnovat smrt vlastní rukou u lidí, kteří sebevraždu spáchaly, až dotyčná osoba dříve nebo později zamýšlený čin uskuteční.	V drtivé většině případů si sebevrah nepřeje ani tak zemřít, jako spíše uniknout bolesti, která se zdá být nesnesitelná a bez viditelného konce.
7. Ten, kdo má v úmyslu spáchat sebevraždu, je zbabělec.	Snaží se vypořádat se sebevraždou tím, že ji označí za negativní lidskou vlastnost.	Lidé se sebevražednými úmysly nejsou ani stateční, ani zbabělí. Jsou to lidé, kteří trpí. Statečnost a zbabělost jsou lidské vlastnosti, které nelze měřit podle počtu pokusů o sebevraždu
8. Ten, kdo má v úmyslu spáchat sebevraždu, je odvážný člověk.	Snaží se vypořádat se sebevraždou tím, že ji označí naopak za pozitivní lidskou vlastnost. Znemožňuje tak účinnou prevenci, neboť sebevraždu ospravedlňuje a klade ji na roveň vlastnostem, které jsou hodny napodobení a které si všichni přejí osvojit (např. odvaha).	dtto

3. Varovné signály ^{1, 11, 12, 13, 14}

Existují naštěstí mnohé symptomy, díky nimž můžeme rozeznat u jedince sebevražedné úvahy a v návaznosti na to se můžeme pokusit sebevraždě zabránit. Obzvláštní pozornost by měla být přitom věnována varovným signálům v rizikových obdobích a situacích, které byly uvedeny v první kapitole, především během prvních šesti měsíců po hospitalizaci v psychiatrickém zařízení, v případech nedávné těžké ztráty, nebo když má dotyčný problémy v mezilidských vztazích (například vyčerpávající konflikty s partnerem).

Mezi nejvýraznější varovné signály patří:

- Dotyčný mluví o tom, že má v úmyslu spáchat sebevraždu. Říká věty typu: „Chci umřít“ nebo „Zabiju se“.
- Naznačuje, že se s ním něco v blízké budoucnosti stane: „Brzo už nebudu dělat žádné problémy“ nebo „Kdyby se mi něco stalo, měli byste vědět, že...“
- Dává najevo pocit samoty a izolace.

- Štahuje se do sebe a je nezvykle plachý/á.
- Často pociťuje bezmoc, útlum, vlastní neužitečnost, ztroskotání, ztrátu sebevědomí a beznaděj.
- Případnou pochvalu přechází mlčením.
- Trpí nechutenstvím a poruchami spánku.
- Vykazuje radikální změny v chování.
- Straní se společnosti a přátel.
- Ztrácí zájem o své koníčky, studium nebo práci.
- Zbavuje se věcí, které jsou mu nejdražší.
- Vrhá se bezhlavě do nebezpečných situací.
- Přestává pečovat o svůj zevnějšek.
- Neúměrně se oddává pití alkoholu nebo konzumaci drog.
- Dává do pořádku všechny své záležitosti, volá přátelům a zve je k sobě, aby se s nimi rozloučil.
- Domnívá se, že jeho trápení trvá už tak dlouho a je natolik nesnesitelné, že už nemůže dál.
- Neustále myslí na smrt.
- Plánuje, jak se vším skoncovat, například pomocí sebevraždy.
- Má potíže se soustředěním.
- Obrací svou pozornost stále více k problémům, které považuje za neřešitelné.
- Trpí zvýšenou únavností, často v souvislosti s emocionálně náročnými konflikty.
- Slychává hlasy, které ho nabádají k něčemu nebezpečnému.
- Případná deprese se neustále prohlubuje (hluboký žal).

Vedle toho existují určité charakteristické pocity, které má většina osob uvažujících o sebevraždě a které můžeme chápat jako varovné signály. Tyto osoby se často cítí neschopné:

- překonat bolest
- jasně uvažovat
- činit rozhodnutí
- vidět alternativy
- spát, jíst nebo pracovat
- dostat se z deprese
- uniknout smutku
- představit si světlou budoucnost
- samy sebe ocenit
- stýkat se s lidmi, kteří o ně mají starost
- mít situaci pod kontrolou

Uvedené varovné signály jsou často běžnou součástí každodenní reality jakékoli osoby a ne vždy na ně musí okolí reagovat poplašeně. Ostražitost je ale naopak na místě u výše zmíněných rizikových skupin.

4. Jak zabránit sebevraždě ^{11, 12, 13, 14, 15, 16}

Pokud máš sebevražedné myšlenky ...¹⁵

Měl/a bys vědět, že

- **Nejsi sám/sama.**

Zajdi za kamarádem, příbuzným nebo terapeutem a řekni mu o svém trápení. Nenechávej si nic pro sebe, tím spíš úvahy o sebevraždě.

- **Úvahy o sebevraždě jsou většinou spojeny s problémy, pro které existuje řešení.**

Pokud právě teď nenacházíš žádné řešení, neznamená to, že žádné neexistuje, ale pouze že právě teď je nejsi schopen/schopná vidět. Psychoterapie ti může pomoci nalézt a zhodnotit vhodné způsoby řešení.

- **Sebevražedné krize bývají pouze přechodné.**

Přestože máš teď pocit, že sklíčenost, která tě pronásleduje, nemá konce, je důležité si neustále připomínat, že každá krize jednou přejde.

- **Problémy jsou málokdy tak závažné, jak se na první pohled jeví.**

Potíže, které se ti teď zdají být nepřekonatelné (finanční problémy, ztráta někoho blízkého...), dostaneš časem pod svou kontrolu a budou se ti zdát méně závažné.

- **Důvody pro to, žít, pomáhají překonat těžké chvíle.**

Mysli na věci, které ti pomáhají v těžkých chvílích udržet se nad vodou: tvoje rodina, tvé koníčky, plány do budoucna ...

Následující tipy rovněž mohou přispět k boji proti sebevražedným úvahám:

- Pamatuj, že impulsivní jednání k ničemu dobrému nevede. Časem sebevražedné myšlenky samy od sebe odejdou.
- Nejdůležitější je se otevřít svému okolí a podělit se o své myšlenky například s osobou, které důvěřuješ, nebo s odborníkem.
- Měj po ruce seznam osob, které můžeš poprosit o pomoc, jakmile tě přepadnou sebevražedné myšlenky.
- Obstaraj si také seznam služeb, které poskytují pomoc v takových situacích 24 hodin denně.
- Dohodni se s konkrétními osobami na tom, že jim zavolaš ve chvíli, kdy si budeš chtít ublížit.
- Svému terapeutovi dej kontakt na jednoho z kamarádů nebo rodiny, popřípadě na jinou osobu, která může v případě nutnosti pomoci.
- Vyhybej se předmětům a prostředkům, kterými by sis mohl/a ublížit.
- Vyvaruj se pití alkoholu a jiným drogám.
- Dokud se nebudешь cítit lépe, nedělej věci, které tě vyčerpávají nebo které nezvládáš.
- Naplánuj si svůj den, napiš si seznam aktivit a dej ho na viditelné místo. Plán by měl zahrnovat nejméně dvě alespoň půlhodinové aktivity, které máš rád/a.

- Snaž se být ve styku s lidmi a mluvit s nimi.
- Jestliže se léčíš s nějakou duševní nemocí, měl/a bys o svém stavu informovat lékaře.
- Pečuj o své fyzické zdraví, například správnou stravou a nějakou méně náročnou sportovní aktivitou.
- Pokus se být neustále aktivní a zaneprázdněný/á. Můžeš se například účastnit kulturních či sportovních akcí a společných aktivit pro volný čas.
- Připoj se k aktivitám některé z asociací provázaných s FEAFES ve tvém okolí.
- Pokud sis ublížil/a nebo se cítíš v bezprostředním ohrožení, obrať se na nejbližší pohotovost či zdravotní středisko, nebo zavolej na číslo 112 (v ČR 155).

Pokud je ohrožen někdo z rodiny nebo kamarád ...

Toto jsou některé formy pomoci, kterou lze snadno poskytnout ohrožené osobě:

- Nezlehčuj situaci.
- Buď přímý/á. Mluv srozumitelně a zcela otevřeně o sebevraždě.
- Dej najevo svou účast.
- Ukaž, že jsi připraven/a naslouchat. Nech dotyčnou osobu mluvit o jejích pocitech.
- Pocity, se kterými se ti svěří, přijmi bez komentáře a vyvaruj se zbytečných soudů. Nerozebírej, zda je sebevražda správná či ne. Také „kázání“ o smyslu života může být jen na škodu.
- Buď jí nablízku a ujisti ji, že jsi vždy k dispozici. Projev svůj zájem a nabídni pomoc.
- Neponoukej jí k sebevraždě provokativním jednáním nebo výroky.
- Pokus se jí naopak uklidnit.
- Nedej na sobě znát strach. Tím bys pouze docílil/a toho, že se stáhne do sebe.
- Neslibuj, že si to necháš pro sebe. Vždycky hledej pomoc u členů rodiny nebo přátel.
- Vysvětli, že existují určitá alternativní východiska, ale dávej pozor, abys nedával/a pouze laciné rady.
- Přijmi praktická opatření: Je třeba odstranit či alespoň mít pod kontrolou předměty, které pro dotyčnou osobu představují nebezpečí.
- Pokud je to jen trochu možné, nenechávej ji o samotě. Je třeba se ale vyvarovat i přehnané kontroly.
- Vyhledej odbornou pomoc a pokus se zjistit, zda se v rodině už někdy v minulosti vyskytla sebevražda.
- Zasvěť do situace osoby, které mohou svým významem přispět ke zdárnému překonání krize.

5. Jak postupovat v případě pokusu o sebevraždu

Pokud jsi se pokusil/a o sebevraždu ty sám/sama ...¹⁷

Cílem této kapitoly je poskytnout pomoc při překonávání těžkých chvil, kterými člověk prochází po pokusu o sebevraždu.

Pravděpodobně teď cítíš všeobecné vyčerpání, velkou zlost, ponižení a zároveň stud. To všechno je úplně normální, protože reakce okolí na tvé jednání a propuštění ze zdravotnického zařízení představují nadměrnou psychickou zátěž. Měl/a bys ale vědět, že zlepšení celkového zdravotního stavu, překonání všech negativních pocitů a návrat do normálního a života poskytujícího uspokojení jsou na dosah ruky. Čeká na tebe budoucnost, kde sebevražedné úvahy buď nemají vůbec místo, nebo kde se s nimi naučíš žít,

aniž by ses jimi cítil/a ohrožen/a.

První kroky

Hned po propuštění z nemocnice doporučujeme podniknout následující kroky:

- Domluv si konzultaci u odborníka na duševní zdraví.
- Vyžádej si informace o všem, co se stalo, o případných důsledcích a možnostech další léčby.
- Sestav si „bezpečnostní“ plán. Ústřední myšlenkou takového plánu by měla být redukce nebezpečí opakovaného pokusu o sebevraždu v budoucnosti. Určitě můžeš při jeho přípravě počítat s asistencí rodiny a přátel. Nejlepší by bylo, kdyby měl plán písemnou podobu, abys jej mohl/a nosit neustále při sobě.

Aby mohl plán splnit svůj úkol, měl/a bys být při jeho sestavování sám/sama k sobě upřímný/á. Přestože nelze podobu plánu zevšeobecňovat, můžeme upozornit na několik bodů, které by se v něm měly každopádně objevit:

- Signály a symptomy, které mohou pomoci rozeznat vracející se sebevražedné myšlenky.
- Stanovení momentu, kdy je třeba vyhledat specializovanou zdravotní péči.
- Kontaktní informace tvého lékaře, někoho z rodiny a přátel.

Až vypracuješ plán, který ti bude stoprocentně vyhovovat a bude pro tebe maximálně srozumitelný, pečlivě podle něj postupuj krok za krokem. Nezapomeň, že je to pro úspěšné zotavení zcela zásadní.

- V případě, že tě i nadále budou pronásledovat sebevražedné úvahy, je nutné, aby ses s nimi svěřil svému lékaři a osobě, které důvěřuješ. Vyslechni si jejich radu a neváhej přijmout pomoc, kterou ti nabídnou. Měl/a bys k nim být zcela upřímný/á, protože jedině tak může být jejich pomoc skutečně efektivní a správně nasměrovaná.

Další praktické rady

Následující poznámky mohou sloužit jako návod, jak urychlit zlepšení tvého zdravotního stavu:

- **Měj svého spojence.** Jde o klíčovou součást zotavovacího programu. Měl by to být člověk, ke kterému chováš plnou důvěru a můžeš k němu být zcela otevřený, především ve chvíli, kdyby by tě znovu přepadly sebevražedné myšlenky. Ve skutečnosti ti může jen prospět, když takových osob bude víc, ať už je to někdo z rodiny nebo přátel. Pokud všechny své pocity, myšlenky a přání budeš sdílet se svým spojencem, je velká šance, že bude v jeho silách přispět tvému brzkému zotavení a předejít dalšímu pokusu o sebevraždu. Je velice důležité, abys k němu byl naprosto upřímný.
- **Nepodceňuj každodenní rutinu.** Rozvrh pravidelných činností, jako jídla, spánku a jiných aktivit napomáhá minimalizovat pocit bezvýchodnosti a demotivace, které se mohou v době zotavování objevit. Časem si zvykneš na svůj denní rozvrh a život ti bude připadat příjemnější a lehčí.
- **Věnuj se svým zálibám a koníčkům.** Je to nejlepší způsob, jak překonat těžké chvíle. Skupinové aktivity jsou v tomto ohledu vítané. Dej přednost aktivitám, které ti v minulosti přinášely uspokojení.

Kdyby tě zase začaly sužovat chmurné myšlenky, tyto aktivity ti mohou rychle přivodit lepší náladu a pocit, že je ti příjemně.

- **Identifikuj původ nebo počátky takových myšlenek.** Může to být konkrétní úkon nebo předmět ... Pokus se redukovat na minimum dopad těchto událostí a okolností na tvou psychiku tím, že se jim buď úplně vyhneš nebo se na ně naučíš reagovat jiným způsobem než jsi dělal/a doposud. Jestliže o těchto okolnostech řekneš svému spojenci, jeho pomoc v případě potřeby bude účinnější.
- **Odstraň se své blízkosti všechny předměty, které pro tebe mohou představovat nebezpečí.** Spojenec ti v realizaci tohoto kroku může být aktivně nápomocný, například tím, že dotyčné předměty převezme do úschovy. Pokud třeba bereš prášky, měj u sebe jen dávku na několik dní a ostatní nech u svého spojence.

Pokud se někdo z rodiny či kamarád pokusil o sebevraždu ...¹⁸

Během hospitalizace

Jestliže byla osoba hospitalizována z důvodu pokusu o sebevraždu, prvotním zájmem se stává překonání krize, emocionální a zdravotní stabilizace pacienta a přijetí pokynů, které vám budou poskytnuty společně s návodem, jak je úspěšně realizovat. Pro začátek vám mohou být inspirací následující typy.

Lékaři sice sami musí individuálně zhodnotit aktuální fyzický a duševní stav pacienta, ale rodina a blízcí přesto zůstávají nejdůležitějším zdrojem informací o jeho dlouhodobém emocionálním i zdravotním stavu. Základem pro hladkou a úspěšnou spolupráci proto zůstávají následující informace, stejně jako jakýkoli jiný postřeh, který shledáte relevantním:

- Farmakologická léčba a psychoterapie, které pacient podstoupil v minulosti.
- Možné případy sebevraždy v rodinné historii.
- Zda pacient předběžně učinil poslední vůli (Viz čl.11 Zákona 41/2002 z 14. listopadu, základní ustanovení o svéprávnosti pacienta a jeho práv a povinností v záležitosti informací a klinické dokumentace).

Případnou nedobrovolnou lékařskou péči je třeba realizovat s maximálním respektem k základním lidským právům a v souladu s platnou zákonnou normou.

Před odchodem z nemocnice

Ještě než bude váš člen rodiny propuštěn z rodiny, zkuste položit jemu i personálu nemocnice následující otázky. Je velice důležité, abyste se vyjadřovali jasně a přímo, pomocí otázek, na které jde odpovědět konkrétním způsobem.

Otázky na člena rodiny

Jak se cítíš?

Jsi si jistý/á, že jsi připravený/á vrátit se domů?

Jak ti můžu/můžeme pomoci?

Otázky na pečujícího lékaře

Domníváte se, že je připravený/á opustit nemocnici?

Jaká je od této chvíle moje role jakožto člena rodiny?

Na jaké symptomy si máme dát pozor a kdy máme vyhledat pomoc?

Odpovědi na tyto otázky vám mohou pomoci lépe poznat duševní rozpoložení člena rodiny nebo blízké osoby. Kromě toho však také představují klíč k správnému pochopení vaší role v rámci zotavovacího programu a léčby.

Návrat domů

Během prvních šesti měsíců po pokusu o sebevraždu je třeba se připravit na zvýšené riziko možné recidivy. Zajištění bezpečnosti ohroženého člena rodiny je proto třeba vidět jako životní prioritu v tomto obtížném období.

To mimo jiné znamená držet se následujících pokynů:

- Redukujte nebezpečí nejprve v domácnosti: předměty, které představují pro člena rodiny hrozbu. Medikamenty a alkohol jsou pouze příklady věcí, které by měly zmizet z jeho dosahu.
- Spolupracujte se členem rodiny nebo blízkým při vypracování jeho „bezpečnostního“ plánu. Obsah tohoto plánu je alespoň v základních obrysech uveden v podkapitole „První kroky“
- Pomozte mu znovu nabytí potřebné síly k tomu, aby se mohl cítit bezpečně.
- Podporujte jej v běžné komunikaci a posilujte vzájemný respekt.
- Pomozte mu s rozhodováním. To můžete udělat i tím, že jej odradíte od ukvapených rozhodnutí.
- Snažte se jej nepodceňovat a nechovejte se k němu jako k invalidovi.

Rodina by měla vždy projevit starost

Osoba, která má za sebou pokus o sebevraždu, potřebuje vědět, že má za sebou bezpečné zázemí. Rodina je právě tím, co mu tento pocit bezpečí může navodit. Jakmile klient vidí, že je obklopen lidmi, kteří mu pomáhají, snadněji nabývá naděje do budoucna. V této souvislosti neuškodí znovu připomenout pozitivní roli rodiny a přátel jakožto domácích terapeutů v procesu rehabilitace a prevence recidivy. Jelikož jeho nejbližší sami nejlépe znají nemocného a jsou schopni přesně popsat jeho emocionální stav i prostředí, ve kterém žije, zůstávají nenahraditelným zdrojem informací pro psychiatrický personál.

Rodina tedy hraje zcela zásadní roli ošetřovatele během zotavovacího programu a v boji proti recidivě. Nezřídká se ale stává, že není na tuto roli dostatečně připravená. To pak většinou vede k nadměrné zátěži, kterou rodinní příslušníci nezvládnou a která někdy dokonce může u nich samotných vést k duševnímu onemocnění, což jim samozřejmě brání v plnohodnotném zastání své role. Právě z tohoto důvodu vznikají podpůrné programy a služby pro rodiny pacientů v rámci FEAFES, jako například Vzdělávací program pro rodiny a projekt Podpůrných skupin.

- Hlavním cílem Vzdělávacího programu pro rodiny je účinné pokrytí všech jejich aktuálních potřeb, počínaje poskytnutím základních informací i hlubší osvětou a konče konkrétní pomocí, kterou rodiny mohou potřebovat. Mezi jiným se zaměřuje na:
 - posílení a zlepšení komunikace v rámci rodiny
 - snížení výskytu stresových situací a zlehčení břemene, které dopadá na rodinu
 - podporu samostatného rozhodování a hledání východisek v rámci rodiny
 - upevnění sociálních a rodinných rolí všech členů rodiny
 - prolomení sociální izolace rodin duševně nemocných, vyvolané většinou jejich stigmatizací ve společnosti

- Podpůrné skupiny si kladou za cíl:
 - Vyjádřit podporu a porozumění rodinám a blízkým, kteří se potýkají se stejným problémem
 - Poskytnout ostatním rodinám potřebné rady a pokyny, jak se vypořádat s problémy, s realitou každodenního soužití a jak se chovat v krizových situacích.
 - Rozvinout u rodin umění pozitivního chování a přístupu k problému.
 - Rozšířit síť sociálních služeb a přimět instituce na městské úrovni k větší spolupráci.

Tyto asociace také nabízejí různé rodinné relaxační programy, které se soustředí kolem činností nabízejících oddech a posílení. Měli by se jich zúčastnit všichni členové domácnosti.

Nezapomeňme, že tyto programy člověk nikdy neabsolvuje sám a stejně tak léčebný a rehabilitační proces není pouze záležitostí pacienta, nýbrž starostí celé rodiny.

6. Kde hledat pomoc?

Jestliže se u někoho objeví sebevražedné úvahy, je mu k dispozici několik zdrojů okamžité pomoci:

- CEIFEM (Španělské informační a vzdělávací centrum o duševních nemocech – 902 131 067).
- Členské asociace FEAFESu.
- Lékařská pohotovost.
- Linka důvěry (v provozu 24 hodin denně, nabízí pomoc při překonávání emocionálních problémů).

Akutní případy

- Vyhledej co nejdříve nejbližší pohotovost nebo nemocnici.
- Volej 155.

7. Co je FEAFES?

FEAFES je zkratkou pro Španělskou konfederaci asociací rodinných příslušníků a duševně nemocných. Ta je tvořena 188 asociacemi, které se dále člení na samostatné komunitní spolky, zahrnující více než 37 tisíc rodin.

Posláním FEAFESu je zlepšení kvality života osob s duševním onemocněním a jejich rodin, prosazování jejich práv a reprezentace a ochrana přidružených hnutí.

CEIFEM (Španělské informační a vzdělávací centrum o duševních nemocech) je součástí FEAFESu, nabízí informační služby, právní zastoupení, komunikační služby a služby spojené s dokumentací a vzděláváním. Aktivity tohoto centra jsou provozovány zdarma a jsou veřejně přístupné všem, kteří trpí duševní nemocí nebo jsou jinak zainteresováni.

Členské organizace FEAFESu poskytují osobám s duševním onemocněním a jejich rodinám mimo jiné následující pomoc a služby:

- Informace a rady
- Osvěta v oblasti duševního zdraví a zvyšování povědomí o jeho důležitosti
- Právnícká pomoc

- Získávání dobrovolníků, jejich školení, vzdělávání a příprava
- Psychoedukace (Vzdělávací program pro rodiny)
- Svépomoc
- Rodinný relaxační program (formou asistence a/nebo krátkodobých pobytů)
- Programy domácí péče

Literatura:

- 1) World Federation For Mental Health: „*Vytvoření veřejného povědomí pro snížení rizik: duševní nemoc a sebevražda: hlavní poslání*“. Na Světovém dni duševního zdraví (10. října 2006): Osvěta – Redukce rizikových situací: Duševní nemoc a sebevražda. Baltimore (EEUU): The Sheppard & Enoch Pratt Hospital, 2006.
- 2) Pascual Pascual, Pablo: „*Suicidální pacient*“, Lékařský průvodce (on-line) 2005, 5 (39). [staženo 14. června 2006]. K dispozici na internetu: <http://www.fisterra.com/guias2/suicida.asp>
- 3) García de Jalón, E.: „*Sebevražda a riziko sebevraždy*“, Ročenka systému zdravotnictví v Navaře (on-line), 2002 Vol. 25, supl. 3, pp. 87-96. [staženo 14. června 2006]. K dispozici na internetu: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple7.html>. ISSN 1137-6627.
- 4) Světová zdravotnická organizace. *Oddělení pro duševní zdraví a toxikománii, duševní a mozkové poruchy. Prevence sebevraždy: Instrukce pro učitele a pracovníky institucí*. Ginebra: OMS, 2001 [17. června 2006], pp. IV. K dispozici na internetu: http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf.
- 5) Sa Meterio, Maite a kol.: *Příručka praktického lékařství pro péči o osoby se schizofrenií: aplikační verze pro klinickou medicínu (on-line)*, Barcelona: Agencia d'Evaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, 2003 [staženo 17. června 2006], p. 23. K dispozici na internetu: <http://www.aatrm.net/pdf/gp0301es.pdf>
- 6) Světová zdravotnická organizace. *Studie o sebevražedném chování. Supre-Miss: Výstupy Supre-Miss (on-line)*. přel. E. Rasillo Rodríguez (Ginebra): OMS 2002 [staženo 17. června 2006]. „Příloha 7, Několik poznámek: Informace o sebevražedách“, pp. 71-96. K dispozici na internetu: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/supre_miss_protocol_spanish.pdf
- 7) Světová zdravotnická organizace. *For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness?* Copenhagen: OMS. Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), květen 2004, 6 stran.
- 8) Gonzáles Rodríguez, Benjamín – Rego Rodríguez, Eduardo: *Akutní problémy duševního zdraví mladistvých (on-line)*, Madrid: Instituto de la Juventud (Španělsko), 2006 [staženo 31. července 2006]. „5. Akutní problémy“. K dispozici na internetu: <http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.item.action?id=924477484&menuId=2023268717>
- 9) Centrum služeb pro duševní zdraví. *National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action (on-line)*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 2001. [staženo 4. července 2006]. K dispozici na internetu: <http://www.mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/SMA01-3517/intro.asp>
- 10) Pérez Barrero, Sergio: „*Sebevražda a péče obvodního lékaře*“. *Revista Cubana de Medicina General Integral (on-line)*, 1997, vol. 11/4 [staženo 16. července 2006]. K dispozici na internetu: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol11_4_95/mgi01495.htm
- 11) Saunders, John – Seager, Pat – Thompson Coyle, Kahlil (eds.), *Supporting Life: Suicide Prevention for Mental Healthcare Service Users*, Dublin: Schizophrenia Ireland, 2005. Občasník, č. 2.
- 12) Rektor a návštěvníci Univerzity ve Virginii. *Poruchy duševního zdraví (on-line)*. Charlottesville: University of Virginia Health System, 2005. [staženo 17. června 2006]. „Deprese a sebevražda“. K dispozici na internetu: http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_mentalhealth_sp/suicide.cfm

- 13) Americká suicidologická asociace. *Jak pochopit a pomoci osobě na pokraji sebevražedného aktu (on-line)*, Washington: American Association of Suicidology [staženo 9. června 2006]. K dispozici na internetu: <http://www.suicidology.org/associations/1045/files/AAS%20Suicide%20Fact%20Sheet%20-%20Understanding%20and%20Helping%20the%20Suicidal%20Person%20-%20SPANIS.pdf>
- 14) Centrum pro kontrolu a prevenci onemocnění. *Prevence sebevraždy (on-line)*. Atlanta: Centres for Disease Control, (2005?) [staženo 2. června 2006]. K dispozici na internetu: http://www.bt.cdc.gov/disasters/hurricanes/katrina/pdf/violence_suicide_es.pdf
- 15) Americká suicidologická asociace. *Jestliže pomýšlíte na sebevraždu (on-line)*. Washington: American Association of Suicidology [staženo 9. června 2006]. K dispozici na internetu: <http://www.suicidology.org/associations/1045/files/AAS%20Suicide%20Fact%20Sheet%20%2D%20If%20You%20Are%20Considering%20Suicide%20SPANISH%2Epdf>
- 16) Torpy, Janet M.: „Sebevražda“. *The Journal of the American Medical Association (on-line)*, 25. května 2005, col. 293/20 [staženo 9. června 2006], p. 2558. K dispozici na internetu: <http://jama.ama-assn.org/cgi/data/293/20/2558/DC1/1>
- 17) Centrum zdrojů pro prevenci sebevraždy. *Lékařská péče po pokusu o sebevraždu: jak postupovat po poskytnutí první pomoci na JIP*. Arlington: The Nation's Voice of Mental Illness, (2004).
- 18) Centrum zdrojů pro prevenci sebevraždy. *Péče o pacienta a jeho rodinu po pokusu o sebevraždu: srozumitelný průvodce pro blízké osoby na JIP*. Arlington: The Nation's Voice of Mental Illness, (2004).



Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví
Centre for Mental Health Care Development