

**Sussman, Michael (Ed.): Perilous calling. Hazards in psychotherapy practice**

Copyright © 1995 Michael B. Sussman

e-Book 2019 International Psychotherapy Institute - 5713 s

CHAPTER 17

**The Hazards of Treating Suicidal Patients**

DAVID A. JOBES, PhD

JOHN T. MALTSBERGER, MD

### **Případová studie**

Psychologa s patnáctiletou praxí v soukromé ordinaci probudil v půl třetí ráno telefonát od spolubydlícího jeho pacienta. Spolubydlící se vrátil pozdě z večírku a objevil svého kamaráda oběšeného ve skříni v předsíni. Na stole byl nalezen dvoustránkový, ručně psaný dopis na rozloučenou. Stálo v něm, že už nemohl snášet nekonečné deprese. Napsal, že snaha rodiny a přátel, léky a „marná psychoterapie“ prostě nezabraly. Tento znepokojivý telefonát byl začátkem dlouhotrvající noční můry pro lékaře, který musel snášet měsíce intenzivního profesního i osobního utrpení. Pacientovi rodiče se chytli zmínky o „marné psychoterapii“ jako plného vysvětlení synovy smrti, a podali na terapeuta žalobu pro zanedbání péče. Terapeut, zdrcený smrtí svého pacienta, se cítil zahanben a vinen. Navzdory rozsáhlému úsilí pomoci svému těžce depresivnímu a chronicky sebevražednému pacientovi (včetně nesčetných krizových telefonátů, několika hospitalizací, odborných konzultací a zkoušení různých léků) se terapeut obviňoval. Dva roky po sebevraždě se klinik trápil soudním sporem a začal mít pocit, že ho kolegové a přátelé odsuzují. Jak se jeho nálada zatemňovala, opakovaně se u něj objevovaly epizody sebevražedných myšlenek.

Mezi různými psychoterapeutickými nebezpečími, o nichž pojednává tato kniha, může být sebevražda pacienta pro psychoterapeuta možná tím největším nebezpečím. Sebevražda pacienta v aktivní léčbě se běžně považuje za důkaz toho, že terapeut případ špatně zvládl. V průběhu dějin společnost často hledala někoho, koho by v případě sebevraždy obvinila. Litman (1988) se zabýval dlouhodobým společenským postojem, kdy se po úmyslné smrti člověka hledá obětní beránek. Po dlouhá léta byla přirozená a náhodná úmrtí považována za Boží vůli, vraždy a sebevraždy byly naopak považovány za ohavné hříchy, při nichž se do Božích plánů vmísil zlý člověk. V Anglii 18. století probíhaly procesy v případě sebevraždy u koronérova soudu, který měl určit, zda byl sebevrah nepřítel, a tudíž nevinný, nebo zločinec proti sobě samému, který se provinil a trestá se propadnutím majetku ve prospěch koruny a znesvěcením těla (Colt, 1987). Pokud byl někdo vinen, pak musí být někdo potrestán. Protože skutečná osoba

odpovědná za sebevraždu byla mimo dosah zákona, musel být zvolen náhradník. Sebevrah byl tedy potrestán veřejným znesvěcením mrtvolou, a tělo bylo poté odloženo jako nevhodné ke křesťanskému pohřbu. Pozůstalá rodina byla často potrestána zabavením majetku a společenskou ostrakizací. Ačkoli postupem času začala být sebevražda vnímána jako důsledek duševní nemoci, společnost jako celek a zejména právní systém stále hledají někoho, na koho by ji svedly, a příliš často je obětním beránkem zvolen lékař, který se snažil nemoc léčit a sebevraždě zabránit, ale selhal. Moderní společenské postoje stále častěji prosazují péči o pozůstalé a naplnění potřeby určité formy odškodnění za jejich ztrátu. V posledních letech se odborníci v oblasti duševního zdraví stali snadnými terči pro moderní akty odplaty (a odškodnění) v podobě soudních sporů o zanedbání péče (Maltsberger, 1993). Rozsudky soudů mohou být nepředvídatelné, a někdy rozhodují v neprospěch lékařů, i když důkazy prokážou, že sebevraždě nebylo možné zabránit. Bez ohledu na historickou linii nebo morálku „hry na Boha“ s životem druhého člověka jsou rizika spojená s léčbou sebevražedných pacientů stále přítomná a nepříjemná, a to jak z osobního, tak profesního hlediska.

### **Klinické výzvy**

Na rozdíl od chirurga nebo lékaře na pohotovosti, kteří mohou ztratit pacienta z různých okolností a příčin, psychoterapeuti obvykle ztrácejí pacienty pouze v důsledku sebevraždy. Ačkoli je taková ztráta ve srovnání s jinými lékařskými obory poměrně vzácná, údaje z průzkumů přesto ukazují, že více než jeden z pěti psychologů a polovina všech psychiatrů ztratí v průběhu své kariéry alespoň jednoho pacienta v důsledku sebevraždy (Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney, & Torigoe, 1988; Chemtob, Hamada, Bauer, Torigoe, & Kinney, 1988). Léčba sebevraha neúprosně zaplétá psychoterapeuty do problematiky života a smrti, které se nelze vyhnout. Problémy s empatickým přístupem k pacientovi, který se chystá zemřít, představují nejvýznamnější překážky účinné léčby.

### **Předvídaní sebevraždy**

Žádný lékař nemůže platně a spolehlivě předpovědět sebevraždu. Predikce sebevraždy je v současné době statisticky nemožná, protože nám chybí dostatečně specifické prediktivní koreláty. Jakékoli prediktivní pokusy, které v současnosti můžeme učinit, vedou k neúnosnému počtu falešně pozitivních identifikací (Berman & Jobes, 1991; Pokorný, 1983). I když sebevraždu nelze předpovědět, lékař je přesto ze zákona povinen určit, zda je pacient v „bezprostředním ohrožení sebe sama“. Zatímco zákonná povinnost je jednoznačná, klinické posouzení rizika sebevraždy je vždy nejisté. Sebevražednost má ze své podstaty tendenci kolísat a klesat. Pacienti se sebevražednými sklony mohou náhle změnit svůj postoj, když jsou

ohroženy jejich občanské svobody. Navíc i dobře provedené hodnocení může přinést výsledky, které neodpovídají vnitřní realitě pacienta (Eddins & Jobes, 1994). Rozebírat podrobnosti hodnocení sebevražedného rizika přesahuje rámec této kapitoly, ale klinik musí mít na paměti, že kompetentní posouzení tohoto rizika je často obtížný a stresující úkol. Vyžaduje specifické znalosti o sebevraždě a specifické klinické dovednosti, které mnozí pracovníci nemají (Jobes, v tisku; Maltsberger, 1986; Maris, Berman, Maltsberger, & Yufit, 1992; Shneidman, 1985).

### **Přiměřenost intervencí**

Poté, co se kompetentní terapeut prokouše složitým posuzováním rizika sebevraždy, musí se snažit zahájit přiměřené klinické intervence. V případě, kdy udělá příliš málo (např. pacient, který potřebuje hospitalizaci, hospitalizován není), může pacient zemřít. V opačném případě, když udělá příliš mnoho (např. pacient je nedobrovolně umístěn do nemocnice, izolován a omezován na svobodě nebo je mu podána elektrokonvulzivní terapie), mohou být ohroženy základní občanské svobody, terapeutický vztah může být nenapravitelně narušen a pacient již nikdy nemusí vyhledat léčbu, která by mohla být život zachraňující.

### **Etické a morální otázky**

V průběhu let se objevilo mnoho polemik ohledně etických a morálních otázek, které se vynořují při ochraně pacientů před jejich sebevražednými impulsy (Maltsberger, 1993). Ve prospěch právního stanoviska, které vyžaduje, aby kliničtí lékaři chránili pacienty před nimi samými, lze uvést přesvědčivé argumenty. Lidé, kteří se zabijí, často ve skutečnosti zemřít nechtějí. Sebevražední pacienti často o svých smrtelných pocitech vyprávějí ostatním a mají diagnostikovatelné duševní stavy, které jsou léčitelné. Tato pozorování vedla k několika aforismům o sebevraždě: Sebevražda je trvalé řešení dočasného problému; nikdo by se neměl zabít, když má sebevražedné sklony (Shneidman, 1993). Smysl intervencionistické perspektivy hovoří o dlouholetém přesvědčení, že sebevražda je z definice šílená, život je posvátný a lékaři vědí, co je pro jejich pacienty nejlepší, když jsou duševně nemocní. Na druhou stranu lze namítnout, že ochrana pacientů před nimi samotnými podkopává jejich schopnost převzít odpovědnost za vlastní život. Nedílnou součástí aktu nedobrovolného umístění sebevražedného pacienta do nemocnice je narušení osobní svobody a občanských svobod pacienta. Je charakteristické, že v rámci terapeutického vztahu je pacient povzbuzován, aby otevřeně a upřímně hovořil o svých myšlenkách a pocitech. Od terapeuta se zase očekává, že bude hoden pacientovy důvěry, a pokud nejde o život a smrt, může pacienta ujistit, že jeho nejnítějnější tajemství zůstanou důvěrná. Důvěra mezi terapeutem a pacientem se tak může stát jakousi posvátnou, ale podmíněnou důvěrou. Přesto etické předpisy a právní normy týkající se

důvěrnosti vyžadují, aby terapeut pečeť důvěrnosti porušil, když se sebevražda stane reálným a aktuálním nebezpečím. Tak se stává, že důvěra pacienta musí být někdy porušena. Psychoterapeutické okolnosti při práci se sebevražednými pacienty jsou protichůdnými, dokonce paradoxními požadavky na důvěru, odpovědnost a kontrolu. Debata související s předchozími otázkami není nová. West (1993) zaznamenal slavnou debatu o etice prevence sebevražd mezi průkopnickým suicidologem Edwinem Shneidmanem a ikonoklastickým psychiatrem Thomasem Szaszem, která se odehrála v San Francisku v roce 1972. V této debatě Shneidman přesvědčivě argumentoval, že lékaři by měli mít pocit odpovědnosti za pacienty se sebevražednými sklony, protože ti, kteří o sebevraždě mluví, jsou z definice ambivalentní a sebevražednost je obvykle symptomem léčitelného duševního rozpoložení. Szasz kontroval tvrzením, že sebevražda je občanským právem; vztah terapeuta a pacienta by měl být vztahem rovnocenným, takže zasahování terapeuta do osobní svobody pacienta je nevhodným zásahem. Zatímco etické a filozofické otázky mezi poskytováním život zachraňující léčby a nevhodností hraní si na Boha se životem druhého člověka zůstávají otevřené k diskusi, příslušný zákon je jednoznačný. Ve všech státech USA mají psychoterapeuti zákonnou povinnost hospitalizovat pacienta, který je zjevně a bezprostředně ohrožen sebevraždou, a to dobrovolně, nebo v případě potřeby i nedobrovolně (Nolan, 1988). Kromě klinických otázek hodnocení, intervence, etiky a morálky může lékaře, kteří léčí pacienty se sebevražednými sklony, pronásledovat hrozba odpovědnosti za nedbalost. Jobes a Berman (1993) poukázali na to, že ačkoli je pochybení související se sebevraždou šestým nejčastějším nárokem vzneseným proti psychologům, stalo se přesto druhým nejnákladnějším. Přestože se většina žalob o zanedbání péče v souvislosti se sebevraždou nedostane do soudní síně (naprostá většina z nich je předtím buď urovnána, nebo zamítnuta), v posledních letech došlo k exponenciálnímu nárůstu počtu těchto žalob podaných proti ambulantním lékařům. Žaloby za zanedbání povinné péče jsou nevyhnutelně nákladné, a to jak finančně, tak i z profesního a osobního hlediska. Skutečnost nebo jen hrozba soudních sporů o nedbalost může u lékařů vyvolat obrovský osobní stres a v konečném důsledku může ovlivnit správný klinický úsudek. Přílišné obavy spojené s odpovědností za nesprávný postup vedou některé terapeuty k defenzivní praxi; dobrý klinický úsudek a lidské potřeby se mohou stát druhořadými před převažujícími právními obavami.

### **Otázky protipřenosu**

Konfrontace s možnou sebevraždou u pacienta může v psychoterapeutovi vyvolat řadu neterapeutických reakcí. Někdy jsou tyto reakce zcela primitivní a dotýkají se nejhlubších

narcistických potřeb terapeuta nebo nejskrytějších konfliktů (např. terapeut-zachránce vs. terapeut-vrah). Jak poznamenal Bongar (1991), jakákoli úvaha o léčbě sebevražděných pacientů by byla neúplná, kdyby se výslovně nezabývala reakcemi, které terapeuti vůči těmto pacientům mají. Jak již bylo uvedeno, klinická setkání týkající se sebevraždy jsou protkána složitými otázkami a konflikty mezi terapeutem a pacientem, které se týkají svobody, odpovědnosti, volby a kontroly. Existenciální dichotomie, která je pro sebevraždu zásadní (život vs. smrt), může u psychoterapeutů vyvolat ty nejlepší i nejhorší reakce. V lepším případě může závažnost práce s člověkem, který balancuje na hraně života, některé kliniky motivovat k odhodlané, tvůrčí, dokonce inspirativní práci. V nejhorším případě však může pocit naprostého zoufalství, bezcennosti a beznaděje sebevražděného pacienta vyvolat protipřenosové chyby, které mohou v konečném důsledku přispět k fatálnímu výsledku. Protipřenosové reakce na sebevražděné pacienty jsou vždy problémem. K chybám vyplývajícím z protipřenosu však může dojít již při prvním klinickém setkání (Maltzberger, 1986). Klinický úsudek je často zastřen protipřenosovou nenávistí, kterou sebevraždění pacienti vzbuzují u těch, kteří jsou zodpovědní za péči o ně (Maltzberger & Buie, 1974). Zlomyslnost a averze, dvě složky protipřenosové nenávisti, se mohou vzájemně složitě a destruktivně ovlivňovat, pokud si psychoterapeut není těchto pocitů vědom a nemá je pod kontrolou. Sebevraždění pacienti mohou také vyvolat silné protipřenosové přání udělat něco aktivního, mocného a uzdravujícího, aby terapeut nemusel snášet empatickou bolest z prožívání pacientova zoufalství; chceme, aby se naši pacienti rychle uzdravili, abychom pomohli sami sobě (Maltzberger, 1989). Terapeutovu nechuť k zoufalství sebevražděného pacienta lze považovat za "empatický strach".

### **Úzkost ze smrti**

Otázky spojené se smrtí jsou ve filozofii a psychologii již dlouho předmětem odborného zkoumání (Becker, 1974). Otázky související s existencí, bytím, nebytím, životem, smrtí a sebevraždou jsou totiž ústředními úvahami existenciální filozofie a psychologie (Binswanger, 1963; Boss, 1963; Camus, 1955; Sartre, 1956). Obecně řečeno, v rámci tradice existenciální psychologie lze aktuální existenci člověka chápat pouze ve vztahu k jeho smrtelnosti. Tváří v tvář smrti se vždy dostaví úzkost a strach. Filozofové nakonec docházejí k závěru, že pokud nejsme schopni čelit smrti, nejsme schopni přijmout život; úzkost ze smrti narušuje naši schopnost plně žít. Pokud jde o klinické prostředí, může se zaujetí sebevražděného pacienta smrtí napojit na terapeutovu vlastní úzkost ze smrti. Když do klinické situace vstoupí terapeutova úzkost ze smrti, může strach a vyhýbání se způsobit, že se klinický pracovník zdrží

plného zapojení do sebevražedného boje. Rozpoznání vlivu vlastní úzkosti ze smrti umožňuje terapeutovi přiblížit se a zapojit se do boje (což může vyžadovat, aby klinik riskoval vlastní zranitelnost). Terapeut, který se dokáže zapojit, se může stát aktivním účastníkem a partnerem v existenciálním boji pacienta. I když je přenosový vztah nevyhnutelně přítomen, terapeut, který si je vědom své vlastní úzkosti ze smrti (tj. "terapeut-účastník"), se může pro pacienta stát skutečným objektem (Guntrip, 1968) - léčivou přítomností ve fenomenologickém světě sebevražedného pacienta.

### **Problémy s kontrolou**

Řada problémů s kontrolou, které jsou kořeny škodlivých bojů o moc, je pro klinickou práci se sebevrahy charakteristická. Z pohledu pacienta může sebevražda představovat konečnou a poslední možnost "léčby". Terapeuti naopak musí od využití této možnosti odrazovat. V rámci tohoto paradoxního střetu stojí pacient a terapeut proti sobě a objevují se kruté pravdy, které jsou základem samotné podstaty psychoterapie. Psychoterapeutičtí pacienti mají z definice problematické myšlenky, pocity a chování, pro které si najímají (obvykle za nemalé náklady) klinické odborníky, aby jim pomohli jejich problémy řešit. V reakci na to tito odborníci k řešení problémů pacientů používají jediné nástroje, které mají v konečném důsledku k dispozici k léčení: ovlivňování a přesvědčování, které přesahují veškerou teorii, výzkum a praxi (Frank, 1980). Když se pacient brání nebo přímo bojuje proti terapeutově snaze ovlivňovat a přesvědčovat, často do terapeutického vztahu přenáší svoje celoživotní problémy. Postupné vzájemné úsilí o zpracování těchto problémů vede k terapeutickému vhledu a emočnímu uzdravení. U pacienta s bezprostředně hrozící sebevraždou je však v sázce mnoho. V těchto obtížných případech může mít terapeut pocit, že vliv a přesvědčování nestačí k tomu, aby pacienta udržel při životě. Jakmile situace překročí určitou mez, terapeutické spojení je opuštěno a vliv a přesvědčování mohou rychle přejít v terapeutův nátlak, zastrasování a dominanci. Szasz (1986) označuje mimořádné "hrdinské" snahy terapeutů zachránit pacienty před sebou samými jako "donucovací zásah". Když se souboj sníží na tuto úroveň, mohou pacienti lpět na svém právu rozhodovat o vlastním osudu. Odhodlaný terapeut zase obvykle musí použít právní prostředky, aby takovým pacientům bránil, ať se jim to líbí, nebo ne. V takovém střetu mezi terapeutem a pacientem jsou hluboce zakořeněny dvě základní pravdy: Za prvé, většina terapeutů, pokud jsou upřímní, se bojí a nesnášejí bezmoc, že nemohou ovlivňovat a přesvědčovat. Za druhé, nikdo nikdy nemůže v konečném důsledku kontrolovat životy druhých, a tedy ani jejich smrt (Berman, Jacobs, & Jobes, 1993).

## **Těžkosti přeživších**

Poslední osobní výzva spojená s léčbou sebevražděného pacienta zahrnuje potenciální zkušenost ztráty pacienta v důsledku sebevraždy. Mezi suicidology je "přežití" termín používaný pro zármutek a prožitek ztráty blízké osoby, který následuje po sebevražděném úmrtí druhého člověka. Jak poznamenali Berman a Jobes (1991), sebevražda pacienta v terapii je jednou z nejtěžších osobních a profesionálních zkušeností, s jakou se terapeut může kdy setkat; rozlišení osobních a profesionálních otázek může být zcela nejasné. Údaje z průzkumů totiž naznačují, že prožití sebevraždy pacienta je podobné jako prožití úmrtí v rodině (Chemtob, Hamada, Bauer, Torigoe a Kinney, 1988; Litman, 1965). To, že ztráta pacienta v důsledku sebevraždy je tak traumatizující, není překvapivé; zkušenosti terapeuti mají tendenci navazovat se svými pacienty intenzivní a blízké vztahy a velmi jim záleží na jejich pokroku a životě. Když je sebeočekávání příliš vysoké, terapeut si může přisvojit roli zachránce konkrétního pacienta. Přijetí role terapeuta-zachránce může terapeuta vystavit zničující osobní ztrátě, pokud si pacient zvolí smrt místo života. Mezi terapeuty jsou otázky přežití často úzce spjaty s rolí zachránce. Z toho vyplývá, že jen málokterá zkušenost může být tak zničující jako ztráta pacienta v důsledku sebevraždy; tato hrozba bude pronásledovat psychoterapeuty, kteří od sebe očekávají, že budou schopni terapeutických zázraků jak před smrtí, tak po smrti pacienta (Maltzberger, 1992).

## **Jak zacházet s nebezpečím**

V předchozím textu jsme vymezili rozmanité problémy, které činí klinickou práci se sebevražděnými pacienty profesně a osobně náročnou, někdy až nebezpečnou. Jsme přesvědčeni, že různá nebezpečí spojená s léčbou sebevražděných pacientů mohou vést některé terapeuty i k nebezpečným způsobům praxe. Doufáme, že ve zbývající části této kapitoly poskytneme klinickým pracovníkům návod, jak s těmito profesními a osobními nebezpečími pracovat a jak je překonat.

## **Empatická statečnost**

Jak již bylo uvedeno dříve, empatický strach může pramenit z neochoty terapeuta snášet bolest hlubokého zoufalství sebevražděného pacienta. Většina terapeutů, kteří se rozhodnou pracovat se sebevrahy, si jej čas od času uvědomuje, ale někdy působí mimo vědomí a pomalu proměňuje terapeuta v emocionální dřevo, takže interakce s pacienty se stávají strnulými a bez života. V nejhorším případě může empatický strach nepozorovaně proměnit psychoterapeuta v odtažitého "voyeura", který je schopen pouze sledovat pacientovo utrpení z relativního odstupů a bezpečí profesionální role. Sebevraždění pacienti vyžadují od terapeuta jiný druh

angažovanosti (Federn, 1952; Shneidman, 1993). Léčebná práce se sebevražednými pacienty vyžaduje empatickou statečnost. Nestací, aby se kliník stal „terapeutem-účastníkem“ pacientova existenciálního boje mezi smrtí a posledními střípky naděje, které jej udržují při životě. Musí také empaticky vytrvat. Metaforicky si představte, že pacient žije ve vnitřní sebevražedné jeskyni. Jeskyně může být chladný, temný a osamělý prostor, pohřbený hluboko v pacientově nitru. Může to být peklo, ukryté uvnitř pacientova bytostného jádra, kde žije trýznivou existencí. Někteří pacienti se v jeskyni ocitají jen čas od času, jiní jsou v ní uvězněni stále. Záleží na povaze a závažnosti poruchy. Ve chvílích hlubokého sebevražedného zoufalství a krize pacient občas dovolí terapeutovi vstoupit do této jeskyně sebevražedné úzkosti. Při takových příležitostech mohou „terapeuti-účastníci“, vedeni empatickou statečností, opatrně vstoupit do pacientova vnitřního prožívání a požádat pacienta, aby popsal vzduch, stěny, podlahu a strop jeskyně sebevraždy, což je dotaz, který umožní skutečné spojení a zmírní pacientův prožitek osamělosti (Adler & Buie, 1979). Úspěšná léčba sebevražedných pacientů vyžaduje terapeutickou připravenost vstoupit do jeskyně. Máme-li být užiteční, musíme pacientovi nabídnout skutečný vztah, nikoli pouze přenosový vztah. Při zachování profesionální rovnováhy, kdy dbáme na to, abychom nepřekročili hranice, jsme vyzváni, abychom byli emocionálně velkorysí a nabídli našim pacientům, kteří se potýkají s problémy, plný užitek z vitality a angažovanosti, kterou můžeme nabídnout. Nepotřebují poučování ani povzbuzování. Výklady a vysvětlování nestačí. Narcisticky vyčerpaní pacienti se sebevražednými sklony potřebují terapeutovu skutečnou vřelost, zájem a respekt. A co je nejdůležitější, tito pacienti určitě nepotřebují škodlivé erotické plotky se svými terapeuty. Terapeutický zájem a úcta, o nichž mluvíme, jsou agapé: nesobecký, neerotický, nevykořisťující zájem, který přijímá druhé a usiluje o jejich blaho. Upřímnému, laskavému, empatickému a respektujícímu terapeutovi se obvykle podaří zaujmout pacienty se sebevražednými sklony a může být pozván na návštěvu hrůz pacientova vnitřního světa neboli jeskyně. Tam začíná skutečná psychoterapie. Teprve tam může terapeut očekávat zahájení hlubších jednání, která mohou pacientovi umožnit odložit sebevraždu a pokusit se o život. V jádru těchto jednání leží tento dotaz: Jaké fantazie, impulsy, deprivace, zranění a zklamání způsobily, že se pacient odvrátil od naděje, lásky a zaujetí do práce? Jak se ptal Birtchnell (1983): Pokud si pacient tyto věci pro sebe nikdy nevyžádal, co mu stálo v cestě? Empatická statečnost je ideálem, ke kterému směřujeme. I pro zkušeného lékaře je setkání s intenzivním utrpením a zoufalstvím bolestným a obtížným podnikem. Naše vlastní cesty s pacienty a suicidologické studie nás přesvědčily, že empatická oddanost a vytrvalost jsou nezbytné pro dosažení jakéhokoli terapeutického posunu. Naši pacienti žijí na hraně mezi životem a smrtí a



my se k nim musíme plně, nikoliv odtažitě, připojit, má-li být dosaženo pokroku. O terapeutickém stylu zesnulého Johna Murraye, předního bostonského psychoanalytika, se říkalo, že zatímco jiní by mohli stát na břehu řeky a křičet na tonoucího rady, "Jock", jak se mu říkalo, by se svlékl, skočil do vody a hodil mu záchranné lano.

### **Klinická suicidologie**

Z profesního hlediska je pozoruhodné, že většina terapeutů (napříč profesními obory) obvykle absolvuje jen malé, pokud vůbec nějaké formalizované školení v klinické suicidologii (Bongar, 1991). Obecně řečeno, většina lékařů se naučí pracovat se sebevražednými pacienty tak, že se ocitne v situaci, kdy je za takového člověka zodpovědná a musí se rozhodnout, co dělat. Nedostatek školení o prevenci sebevražd může možná odrážet nevědomý, hluboce zakořeněný odpor, který mohou mít odborníci na duševní zdraví vůči sebevraždě. Vyhýbání se školení o sebevraždách je ironické vzhledem k tomu, že sebevražednost je v klinické praxi rozšířená a že s ní souvisejí značné problémy v oblasti hodnocení, intervence, etiky a nedbalosti. Aby se odstranily nedostatky v odborné přípravě a adekvátně se zvýšily dobré klinické a právní standardy péče, musí si většina praktických lékařů zvýšit své znalosti v oblasti klinické suicidologie a souvisejících právních otázek. Za tímto účelem existuje řada vynikajících odborných prací z oblasti klinické suicidologie, které se do hloubky zabývají tématy hodnocení, léčby a managementu sebevražedných pacientů i právními standardy péče (Berman & Jobes, 1991; Bongar, 1991, 1992; Maltzberger, 1986; Maris, Berman, Maltzberger, & Yufit, 1992; Shneidman, 1993). Intelektuální snaha o zvládnutí a rozvoj znalostí v klinické suicidologii může mít na psychoterapeuty, kteří se obávají tématu sebevraždy, pozoruhodně uklidňující účinek.

### **Konzultace a supervize**

K přípravě terapeutů na zde uvedené klinické výzvy bohužel nestačí pouze četba. Význam konzultací nelze podceňovat; jsou zásadní nejen pro rozvoj klinických dovedností, ale i z forenzních důvodů. I zkušení suicidologičtí kliničtí pracovníci pravidelně využívají konzultace při léčbě suicidálních pacientů. Zátěž, která s tím souvisí, je příliš velká na to, aby ji zvládl člověk sám. Pod silným tlakem v otázkách života a smrti snadno dochází ke zkreslení úsudku a je obtížné udržet si nadhled. Ve fázích intenzivní léčby nebo zvýšeného sebevražedného nebezpečí iniciují i ti nejzkušenější terapeuti týdenní konzultace s kolegy. Pokud se do léčby sebevražedných pacientů pustí nezkušení pracovníci, nelze než silně doporučit pravidelné mnohaměsíční konzultace (supervize). Úzké konzultace s kolegy s většími zkušenostmi se sebevraždami v kombinaci s vybranou četbou z oblasti suicidologie velmi přispějí ke zlepšení

dovedností. V případě, že pacient spáchá sebevraždu, mohou navíc podrobné zápisy o takových pravidelných konzultacích v případě žaloby za zanedbání péče odvrátit případná obvinění z nedbalosti.

### **Řešení osobních problémů**

Práce se sebevrahy je vždy obtížná a pro nezkušené často děsivá. Protipřenosová nenávisť, empatický strach nebo empatické odpojení, úzkost ze smrti, kontroly nebo přežití sebevraždy pacienta jsou jen některé z potenciálních problémů terapeuta, které mohou bránit účinné léčbě sebevražedného pacienta. Pokud se terapeuti těmito (a dalšími) problémovými oblastmi nezabývají, je pravděpodobné, že jejich postupy budou založeny na strachu. V konečném důsledku vede léčba sebevražedných pacientů založená na strachu ke klinické paralýze, terapeutickému otroctví, popírání a vyhýbání se, což se může stát osudným (Hendin, 1981). Jednoduše řečeno, nejlepší způsob, jak řešit protipřenosové pocity a osobní problémy, je přiznat si je, prozkoumat a zpracovat. Dobrá supervize a konzultace s důvěryhodným kolegou jsou v této souvislosti nezbytné. Všichni máme slepá místa. Zkušenosti nás naučily, že osobní psychoterapie nebo psychoanalýza je nesmírně užitečná a lze ji při této práci velmi doporučit. Bez ní je velmi obtížné dosáhnout modifikace sebepojetí terapeuta, která je tak nezbytná pro úspěch. Psychodynamicky orientované terapie nabízejí další výhodu v tom, že umožňují pracovat s obranami, které brání plnému uvědomění si některých nuancí protipřenosu.

### **Závěr**

Probrali jsme některá nebezpečí při léčbě pacientů se sebevražednými sklony. Sebevražední pacienti od nás vyžadují víc, než jim možná zpočátku chceme dát; jejich léčba přináší empatickou bolest a vyžaduje odvahu a vytrvalost. Taková léčba hrozí ztrátou rovnováhy a vyžaduje vnitřní zkoumání, konzultace a někdy i osobní analýzu. Tyto léčby často vzbuzují obavy. "Všechny dobré věci," řekl Spinoza, "jsou tak obtížné, jak jsou vzácné." Ti, kteří se pustí do zvládnutí výzvy, jak nejlépe léčit pacienty se sebevražednými sklony, mohou očekávat, že pomohou mnoha lidem a zachrání některé životy. Nezachrání však všechny své pacienty, někteří z nich padnou. Ale jak terapeuti postupují vpřed a vzhůru, osobně bohatnou na terapeutických dovednostech a zkušenostech, mohou dále očekávat růst moudrosti a perspektivy ve své práci i ve svých osobních postojích. Abychom mohli vidět život plně a celistvě z jeho vrcholů, je třeba nejprve zažít slepotu jeskyně.