

Barbara Pilecka

Strategie interwencji kryzysowej dotyczące zachowania autodestrukcyjnego

Studia Psychologica nr 7, 341-348

2007

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

BARBARA PILECKA
Uniwersytet Jagielloński

STRATEGIE INTERWENCJI KRYZYSOWEJ DOTYCZĄCE ZACHOWANIA AUTODESTRUKCYJNEGO

Self – destructive behaviour in the context of crisis intervention

Abstract

The aim of the intervention in the crisis is the safeguarding of people's lives. There are also many specific aims of the intervention in crisis. The patients who are thinking about committing suicide need special help. They don't need a long-term psychotherapy but they must have the „live of life”. On the other side of line must be some trustworthy people, whom patients can trust and respect. The next important purpose of the intervention in crisis is evaluation of suicide risk. Other purpose of the above intervention is analysis of feelings and circumstances which are connected with suicide. It is very important that people who are thinking about suicide must be helped, not only with therapeutic means but also on the daily basis, in practical things. Finally, intervention in suicide crisis is mostly recommended to be a short directive therapy.

Celem interwencji kryzysowej nie jest rozwiązanie długotrwałych problemów, tkwiących u podłoża myśli o samobójstwie i planów popełnienia go, ale tylko i wyłącznie ocalenie życia jednostki, zażegnanie niebezpieczeństwa śmierci z własnej ręki. Można to porównać do sytuacji, gdy człowiek tonie, a ratownik holuje go do brzegu i oczekuje dalszej pomocy.

W okresie poprzedzającym samobójstwo jednostka znajduje się w szczególnym stanie psychicznym. Shneidman (1978), powołując się na Murraya, wyodrębnił pięć stanów emocjonalnych znamionujących kryzys psychiczny, naznaczony myślami o samobójstwie i planami odebrania sobie życia. Należy do nich:

1. poczucie deprywacji, dyskomfortu psychicznego, smutek;
 2. ekstrapunitowność ujawniająca się w tendencji do potępiania innych, gniewie, nienawiści, agresji;
 3. intrapunitowność – przejawiająca się w poczuciu winy, depresji, pragnieniu bycia ukaranym;
 4. pragnienie odejścia, opuszczenia tej „sceny”;
 5. pozbycie się uczuć; człowiek umiera dla świata, jest to ekwiwalent wycofania się.
- Znamienne jest tutaj poczucie niesmaku, rozgoryczenia lub sarkastyczny humor.

Szczególny stan psychiczny jednostki związany jest z aktywnością procesów poznawczych pozwalających widzieć tylko jedno rozwiązanie, a jest nim samobój-

stwo. Dużą rolę pełni tutaj proces dychotomicznego myślenia, postrzegania świata tylko w dwóch barwach, myślenie kategoriami „tylko to”, „zawsze”, „nigdy”, „na zawsze” (Shneidman, 1996).

W interwencji kryzysowej niezbędne jest zaangażowanie się w osobisty kontakt z potencjalnym samobójcą oraz zachęcanie go do otwartej ekspresji nieraz trudnych i bolesnych problemów wiodących na drogę autodestrukcji. Ważne jest również skoncentrowanie na doświadczeniach poprzedzających obecny kryzys. Badania wskazują, że usiłowany lub dokonany zamach na własne życie poprzedza wiele psychospołecznych stresów (por. Mattunen i współ., 1993; Dube i współ., 2001; Beautrais, 1997). Ryzyko samobójstwa jest wyższe u osób po poważnych doświadczeniach stresowych lub zagrażających życiu. Należy jednak podkreślić, że najważniejsza dla samopoczucia psychicznego jest subiektywna interpretacja doświadczeń. I tak np. 60% hospitalizowanych z powodu zwykłych złamań kości kończyn uważa to za doświadczenie zagrażające życiu (za Ruzek i współ., 1996). Badania osób, które doznały przypadkowych urazów, wskazują na wysoki wskaźnik zespołu stresu pourazowego w tej populacji. Dodatkowo może się pojawić depresja i wiele problemów życiowych, takich jak: utrata pracy, trudności materialne (związane z utratą pracy i kosztami leczenia), ból fizyczny i ograniczona sprawność ruchowa (tamże).

Zmiana sposobu interpretacji doświadczeń stanowi swoisty klucz do profilaktyki samobójstw. Zwykłe bowiem doświadczenie, występujące u wielu ludzi, jak np. złamanie nogi, może doprowadzić nawet do kryzysu suicydalnego. Dlatego też interwencja kryzysowa powinna dostarczyć strategii zmagania się z kryzysami suicydalnymi, które mogą w przyszłości wystąpić (Jenkins i współ., 2002).

Osoby w kryzysie suicydalnym nie wymagają intensywnej terapii, lecz „liny życia” lub „koła ratunkowe”. „Lina życia” czy też „koło ratunkowe” są tylko wtedy użyteczne i spełniają swoją rolę jeżeli podaje je osoba obdarzona zaufaniem. Taką rolę wyznacza interwencja kryzysowa. Zatem pierwszym ważnym zadaniem interwencji kryzysowej jest nawiązanie relacji opartych na zaufaniu do interwenta i jego osobistemu zaangażowaniu.

Drugie niezwykle ważne zadanie interwencji kryzysowej polega na odkryciu, czy wciąż istnieje zagrożenie samobójstwem. Ocena ryzyka samobójstwa jest bardzo trudnym zadaniem, wymagającym głębokiej wiedzy klinicznej oraz sporej dawki intuicji. Zadziwiające jest to, że jedynie nieliczni spośród tych, którzy popełnią samobójstwo, wydają się depresyjni lub zaburzeni (Stone i współ., za: Woolfe i współ., 2003). Rozpoznanie tendencji autodestrukcyjnych u pacjenta jest trudne z kilku powodów:

1. Niski wskaźnik samobójstw w populacji ogólnej. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia, rocznie ok. miliona ludzi na całym świecie popełnia samobójstwo. Jest to ogromna liczba istnień ludzkich bezsensownie utraconych. Stanowią jednak tylko nieznaczny odsetek populacji ogólnej, modyfikowany kulturowo.
2. Wysoki procent depresyjnych pacjentów, którzy nie odbierają sobie życia.
3. Wysoki wskaźnik myśli o samobójstwie, szczególnie w populacji dorastających (Zametkin i współ., 2001).

Zatem ocena ryzyka samobójczej śmierci nie jest łatwa. Nawet najlepsi specjaliści w dziedzinie interwencji kryzysowej czy też terapii długoterminowej powinni

bezpośrednio pytać pacjenta czy zamierza popełnić samobójstwo (Puryear, 1981; Hendin, 1982; Achte, 1990; Freeman, Reinecke, 1993; Kienhorst, 1995). Najważniejszym bowiem wskaźnikiem ryzyka samobójstwa jest *self-report* (Brown i współ., 2003). Sami pacjenci najlepiej wiedzą, w jakim stopniu jest zagrożone ich życie. Lepiej oceniają oni swoje tendencje autodestrukcyjne niż klinicyści, terapeuci. Własna ocena pacjenta jest ważniejsza od wyników badań.

Jednym z bardzo ważnych czynników ryzyka jest zatem werbalne stwierdzenie dotyczące powagi zamiaru samobójczego. Równie ważne znaczenie ma określenie zamiaru już po próbie samobójstwa. Świadczą o tym badania 925 pacjentów przyjętych do kliniki po próbie samobójstwa w Norwegii (Hjelmeland, 1996). Podzielono ich na dwie grupy:

1. twierdzących, że pragnęli pozbać się życia;
2. osoby z innymi zamiarami niż samobójstwo.

Zamiar samobójstwa znacząco korelował z późniejszym samobójstwem dokonanym, natomiast nie miał związku z samobójstwami usiłowanymi. Z badań wynika konkluzja, że warto brać pod uwagę, gdy ktoś mówi, że pragnął umrzeć (Hjelmeland, 1996). Najważniejsze jest jednak to, co osoba mówi bezpośrednio po akcie samobójstwa usiłowanego. Zatem wypowiedzi pacjenta dotyczące zamiaru samobójczej śmierci są niezmiernie ważne, aczkolwiek należy zachować pewną ostrożność przy jej interpretacji. Ponadto gdy samobójstwo staje się przedmiotem rozmowy, to przestaje już być ukrytą sprawą, mroczną tajemnicą. Wielu pacjentów z prawdziwą ulgą przyjmuje możliwość rozmów o planach i zamiarach samobójstwa. Mają wówczas świadomość, że jednak ktoś troszczy się o nich oraz poważnie ich traktuje. Przede wszystkim daje to możliwość dyskusji własnych wątpliwości dotyczących tego ostatecznego kroku. Zatem rozmowa o samobójstwie pozwala wyłonić jego ryzyko, a ponadto ma walor terapeutyczny.

Nie można jednak przekonywać pacjenta, że warto żyć i że życie jest piękne i wartościowe. Tego typu argumenty jedynie pogłębiają istniejące poczucie niezrozumienia i osamotnienia. Życie bowiem straciło wartość dla potencjalnego samobójcy, widzi je on przez pryzmat własnych klęsk, niepowodzeń, przeciwności losu (Kienhorst, 1995). Nie należy mu również sugerować, aby żył dla innych, chce bowiem żyć tylko dla siebie (Hendin, 1982). Z drugiej zaś strony można polemizować z tezą Hendina. Często bowiem взгляд na inne osoby, np. dzieci, może powstrzymać przed zadaniem sobie śmierci. Świadczą o tym badania Durkheima, weryfikowane przez Lestera (2000) we współczesnym świecie.

Kolejne zadanie interwencji kryzysowej to żmudne dociekanie motywów samobójstw i uczuć prowadzących do niego. W kryzysie suicydalnym szczególnie ważna jest myśl, aby przerwać własne cierpienie, unicestwić świadomość. Myśl, że można być poza tym wszystkim, uporać się z sytuacją, uwolnić się od cierpienia jest zwrotnym punktem w dramacie samobójstwa (Shneidman, 1978).

Najważniejszy w tym kontekście jest ból psychiczny, jednak pragnienie ucieczki od niego nie jest typowe dla większości samobójstw (Shneidman, 1996).

Ból psychiczny jest to zjawisko psychologiczne, nacechowane silnym poczuciem wstydu, winy, lęku, niepokoju, strachu, samotności, obawą przed dorośnięciem lub nieodpowiednią śmiercią. Człowiek poszukuje śmierci, aby zniszczyć ból nie do zniesienia i świadomość nasyconą cierpieniem. Każdy przypadek samobójstwa jest

związany z silnym bólem psychicznym, aczkolwiek niewielu ludzi doznających takiego bólu pozbawia się życia. Zatem w profilaktyce samobójstw najważniejsze jest osłabienie bólu psychicznego (Shneidman, 1996).

Podstawową przyczyną bólu psychicznego są sfrustrowane potrzeby psychologiczne. Shneidman, powołując się na koncepcję Murraya, dzieli potrzeby psychiczne na dwie kategorie:

1. modalne – niezbędne do życia;
2. witalne – na nich koncentruje się jednostka rozważająca samobójstwo.

Należy do nich:

1. Frustracja potrzeby bycia kochanym, objętym troską i wsparciem oraz potrzeby afiliacji – nawiązywania licznych i serdecznych kontaktów z otoczeniem.

2. Frustracja potrzeb: osiągnięć, autonomii, kładzenia nacisku na ład i porządek, zrozumienia siebie i innych, wiążąca się z osłabioną zdolnością kontroli, przewidywalności i porządku.

3. Zniekształcony, zraniony obraz siebie, unikanie wstydu, poczucia klęski i upokorzenia, związane z frustracją potrzeb afiliacji i obrony.

4. Zerwanie kluczowych związków, pojawienie się smutku – wiążące się z frustracją potrzeb: afiliacji i niesienia pomocy.

5. Silny gniew, wściekłość, wrogość – wynikające z frustracji potrzeb: dominacji i agresji.

Samobójstwo związane jest z frustracją potrzeby najważniejszej dla danej osoby, zazwyczaj jednak nie tylko jedna potrzeba jest związana z samobójstwem (Shneidman, 1996). Aby skutecznie pomóc osobie rozważającej samobójstwo, należy patrzeć na zamach na własne życie (niezależne od stopnia jego zagrożenia) jako wyraz usiłowania, by skończyć z bólem psychicznym, który wydaje się nie do zniesienia.

Samobójstwo można również interpretować z szerszej perspektywy, z punktu widzenia postaw społecznych, skłaniających się do akceptacji samobójstwa jako najbardziej oczywistej reakcji na to, że życie każdego człowieka jest równoznaczne z porażką (Amery, za: Ringel, 1987).

W celu uzasadnienia tej tezy przytacza się następujące argumenty:

1. Życie oznacza nieuniknione umieranie: czekanie na śmierć, która zabierze w nieoczekiwanej i odrażającej postaci, np. z powodu „strajku” nerek.

2. Żadne uczucie nie trwa wiecznie, wszystko przemija. Rozpada się miłość, przyjaźń i w ogóle giną wszystkie uczucia.

3. Życie oznacza, że człowiek musi godzić się na wszystko. Samobójstwo świadczy o próbie ucieczki od podłości innych ludzi, jak i własnej. Człowieka można porównać do więźnia obozu koncentracyjnego, który nie ma odwagi rzucić się na druty.

Tym poglądom należy się ostro przeciwstawiać (Ringel, 1987). Wzmagają one podatność na samobójstwo i kolidują ze skuteczną interwencją kryzysową, z pragnieniem niesienia pomocy rozważającemu samobójstwo.

Z punktu widzenia interwencji kryzysowej ważne jest, że postawy wobec samobójstwa są ambiwalentne, wahają się między pragnieniem życia jak i śmierci. Aby dotrzeć do pozytywnych tendencji i doświadczeń należy bezpośrednio zapytać: Czego ci będzie najbardziej żal, gdy odejdziesz? Co jest najlepszego w życiu?

Pragnienie uczestnictwa w tym nurcie walki sił samozachowawczych i autodestrukcyjnych jest kluczem do odnowienia przywiązania do życia. Pomoc jest możliwa, gdyż rzadko zdarza się, by ktoś popełnił samobójstwo bez ostrzeżenia, bez pozostawienia „otwartych drzwi” dla interwencji. Konieczne jest odwołanie się do tego nieraz niesłyszanie wątplęgo pragnienia życia (Puryear, 1981). Należy uświadomić pacjentowi, że samobójstwo jest nieodwołalne, stanowi wprawdzie pewną opcję, ale jednocześnie oznacza utratę wszelkich możliwości rozwiązania problemów (tamże).

W czasie kryzysu suicydalnego toczy się ostra walka między pragnieniem życia i śmierci. W tej bitwie czasem dominuje pragnienie życia, innym razem śmierci. Ambiwalecja postaw wobec śmierci może być wykorzystywana w walce o zachowanie życia pacjenta. Można prosić go, aby sporządził dwie listy: na jednej z nich zostaną umieszczone powody dla których warto żyć, na drugiej zaś argumenty przemawiające za wyborem śmierci (Beck i in., 1979). Jeżeli pacjent nie może znaleźć powodów dla wyboru życia w swojej obecnej sytuacji, powinien powrócić do przeszłości. Ten powrót do skarbnicy przeszłości może być utrudniony, gdyż osoby depresyjne i autodestrukcyjne cechuje tendencja do niejasnych i nieokreślonych wspomnień, które redukują umiejętność rozwiązania problemów (Williams, Pollock, 2001).

Przeszłość nie stanowi dla nich bazy danych pomocnych przy wychodzeniu z trudnych sytuacji. Ponadto u osób autodestrukcyjnych przeszłość nierzadko jest naznaczona trudnymi doświadczeniami, np. wykorzystaniem seksualnym w dzieciństwie lub doznawaniem przemocy fizycznej (Kaplan i współ., 1997).

Stan psychiczny lub cechy osobowości powodują, że potencjalni samobójcy zniekształcają swoje doświadczenia z ubiegłych lat (Beautrais i współ., 1997). Należy bowiem pamiętać, że samobójstwo koreluje z zniekształceniem procesów poznawczych, z tendencją do koncentrowania się na własnych porażkach i klęskach.

Interwencja kryzysowa wymaga przede wszystkim koncentracji na problemach, które są głównym powodem kryzysu. Najważniejsze jest, aby terapeuta i pacjent wspólnie opracowali strategię rozwiązania problemów w atmosferze empatii i wsparcia emocjonalnego (Achte, 1990; Berman, Jobes, 1991; Kienhorst, 1995). Niestety, jednak niektóre sposoby interwencji kryzysowej są korzystne na krótką metę, a mają mniejszy wpływ na długotrwałe zapobieganie samobójstwu (Jenkins i współ., 2002; Hepp i współ., 2004). Szczególnie dotyczy to osób po próbach samobójstwa. Raz dokonana próba samobójcza rzutuje na wiele dalszych lat życia. Jeżeli pacjent już raz przekroczył barierę samobójstwa, to skuteczność interwencji jest obniżona. Dlatego też interwencja kryzysowa powinna być skierowana na wdrożenie strategii do zmagania się z przyszłymi kryzysami suicydalnymi (tamże).

Poprzednie próby samobójstwa stanowią ważny wskaźnik ryzyka samobójstwa dokonanego. W profilaktyce samobójstw nieobojętne jest to, że po zamachu na własne istnienie następuje szybkie, znaczące i spontaniczne osłabienie objawów depresyjnych. Świadczą o tym badania 116 osób po próbach samobójstwa w wieku od 15. do 65. roku życia (Sarfaty i współ., 2003). Zatem może to stanowić dodatkowy motyw kolejnych zamachów na własne istnienie.

Zapobieganie tragicznemu rozwiązaniu w postaci samobójstwa może być wzmocnione przez zastosowanie aktywności zwiększających znaczenie życia. Cel

i sens życia mogą być modyfikowane (Sappington i współ., za: Edwards, Holden, 2001). Świadczy o tym eksperyment przeprowadzony przez Sappingtona i współ. (tamże) w grupie studentów. W ciągu tygodnia studenci działali zgodnie z listą, na której zaznaczyli aktywność dla świata (twórczość i niesienie pomocy) oraz aktywność dla siebie (korzystanie z życia). Po tygodniu poziom poczucia sensu życia znacząco się podniósł. Zatem można podjąć działania podwyższające poziom sensu istnienia, poprawiające jakość życia, zmniejszające groźbę samobójstwa.

W interwencji kryzysowej dotyczącej dorastających jak i dorosłych ważny jest udział osób znaczących. Udział jednak rodziny w działaniach terapeutycznych musi być wyważony, potrzeba zachowania dyskrecji musi być zrównoważona z potrzebą informowania (Freeman, Reinecke, 1993). Z jednej strony pacjenci powinni odczuwać wsparcie rodziny, z drugiej zaś nie można im przekazywać różnych informacji, które pacjent pragnie zachować tylko dla siebie.

Również przyjaciele i znajomi mogą tworzyć unikatowe źródło wsparcia w czasie kryzysu, ale również zapobiegania mu i w trakcie procesu zdrowienia. Czasem pacjent odczuwa większą bliskość z przyjaciółmi, czuje się przez nich bardziej rozumiany i ma do nich większe zaufanie niż do osób spokrewnionych. Ponadto osoby spoza kręgu rodziny – znajomi, przyjaciele, współlokatorzy, nauczyciele, lekarze, duchowni itp. – mogli dostrzec pierwsze symptomy zbliżającego się samobójstwa. Uczestnictwo w społecznym kręgu ma walory terapeutyczne dla pacjenta. Wzmaga aktywność, podnosi nastrój, zmniejsza poczucie samotności i zachęca do zmagania się z rzeczywistością (Freeman, Reinecke, 1993). Ważna jest również konsultacja z duchownymi, religia bowiem może stanowić źródło prawdziwego wsparcia i nadziei na przyszłość.

Rola osób znaczących w interwencji kryzysowej jest ważna, ale z drugiej strony należy pamiętać, że samobójstwo jest zawsze wymierzone przeciwko komuś z najbliższego otoczenia. Badania wskazują, że np. autodestrukcyjne zachowanie młodych ludzi jest związane z problemami emocjonalnymi ich rodziców. Zaburzenia osobowości typu antyspołecznego częściej zdarzają się wśród krewnych pierwszego stopnia samobójcy niż w grupach kontrolnych (Brent i współ., za: Pfeffer i współ., 1998). Myśli o samobójstwie i próby samobójstwa są związane z antyspołecznymi zaburzeniami najbliższych krewnych oraz ich uzależnieniem od substancji odurzających, autodestrukcyjnym zachowaniem oraz stosowaniem przemocy (Pfeffer i in., 1998). Najsilniejszym predyktorem samobójstwa młodzieżowego są próby samobójstw u matki, uzależnienie od środków odurzających u ojca oraz rozbicie rodziny. Dlatego też obniżenie ryzyka samobójstw wymaga oceny i leczenia rodziny. Ryzyko samobójstwa jest nawet dziewięciokrotnie wyższe, gdy uzależnienie ojca od alkoholu spowodowało rozpad rodziny (tamże). Zatem niejednokrotnie w interwencji kryzysowej nie można liczyć na pomoc i wsparcie rodziny. Również i i rodzina wymaga objęcia działaniami profilaktycznymi i terapeutycznymi. Jednak każdy przypadek kryzysu suicydalnego jest unikatowy, wymaga odrębnej analizy.

Celem interwencji kryzysowej jest poprawa zarówno w świecie emocji, jak i zewnętrznym. Kryzys suicydalny wymaga bowiem nie tylko pomocy terapeutycznej, ale i konkretnej w sprawach życiowych, np. gdy motywami samobójstwa są związane ze stratą pracy (Beck i in., 1979; Płużek, 1991; Leenars, 1991).

U podłoża profilaktyki samobójstw tkwi pytanie o sytuację życiową człowieka i działania, które można podjąć, aby mu pomóc. „Jedną z najnikczemniejszych opinii, jaką się słyszy w odniesieniu do takich sytuacji, brzmi: »każdy jest kowalem własnego losu« (Ringel, 1987, s. 184).

Jednak niektórzy pacjenci uczą się wykorzystywać swoje próby i groźby samobójstwa do wzbudzenia zainteresowania i uwagi. Dlatego też terapeuta nie może ulegać różnym ich manipulacjom. Nie może postawić się w roli nieustannego zbawcy (Hendin, 1982). Terapeuta czy interwent musi jednak przyjąć, że na szali położone jest życie ludzkie i możliwość jego straty. Gra z własnym życiem w mniejszym lub większym stopniu związana jest z bólem psychicznym, który należy osłabić, aby samobójstwo stało się zbyt kosztowne. Interwencja kryzysowa nawiązuje do aktywnej, krótkoterminowej, dyrektywnej terapii opartej na założeniu, że myśli i dążenia do samobójstwa przemijają, samobójstwu można i należy zapobiegać. Interwenujący musi być wolny od wątpliwości, czy warto walczyć o cudze życie i czy jest ono godne ocalenia. Zadaniem interwenta jest niesienie pomocy. Jak to ujął Shneidman (1996), większość samobójstw zdarza się, bo zrobiono za mało lub w ogóle nic. Czasem nasze działania nie mają żadnego efektu, czasem znów nie ma szans, aby pomóc. Niemniej jednak tylko działając, możemy coś zrobić.

BIBLIOGRAFIA

- Achte, K. (1990). Brief Psychotherapy With Suicidal Persons. *Crisis*, 1, 1-6.
- Battin, M. (1991). Euthanasia: The Way We Do It, The Way They Do It. *Journal of Pain and Symptom Management*, 6(5), 298-305.
- Beautrais, A., Joyce, P.R., Mulder R.T. (1997). Precipitating Factors and Life Events in Serious Suicide Attempts Among Youths Aged 13 Through 24 Years. *Journal American Acad. Adolescent Psychiatry*, 11, 1543-1550.
- Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Berman, A., Jobses D.A. (1991). *Adolescent Suicide. Assessment and Intervention*. Washington: American Psychological Association.
- Brown, G.S., Jones, E.R., Betts, E., Uk, J. (2003). Improving Suicide Risk Assessment in a Managed-Care Environment. *Crisis*, 2, 49-55.
- Dube, R., Anda, R.F., Felitti, J., Chapman, P., Williamson, F., Siles, J.H. (2001). Childhood Abuse, Household Dysfunction and the Risk of Attempted Suicide Throughout the Life Span. *JAMA*, 24, 3085-3091.
- Edwards, M.J., Holden, R.R. (2001). Coping. Meaning in Life and Suicide Manifestations Examining. *Gender Differences Journal of Clinical Psychology*, 12, 1517-1534.
- Freeman, A., Reinecke, M.A. (1993). *Cognitive Therapy of Suicidal Behavior. A Manual for Treatment. The Springer Series on Death and Suicide*. New York: Springer Publishing Company.
- Hendin, H. (1982). *Suicide in America*. New York-London: W.W. Norton.
- Hepp, U., Wittmann, Schnyder, U., Michel, K. (2004). Psychological and Psychosocial Interventions After Attempted Suicide. *Crisis*, 3, 108-117.
- Hjelmeland, H. (1996). Verbally Expressed Intentions of Parasuicide. II. Prediction of Fatal and Nonfatal Repetition. *Crisis*, 17(1), 10-13.

- Jenkins, S.R., Hale, R., Papanastassiou, M., Crawford, M.J., Tyrer, P. (2002). Suicide Rate 22 Years After Parasuicide: Cohort Study. *British Medical Journal*, 325(7373), 1155.
- Kaplan, S.J., Pelcovitz, D., Salzinger, S., Mandel, F., Weiner, M. (1997). Child Adolescent Psychiatry. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 36(6), 794-808.
- Kerkhof, J.F.M., Arensman, E. (2001). Pathway to Suicide: The Epidemiology of the Suicidal Process. W: K. van Heeringen (red.), *Understanding Suicidal Behavior*. New York: John Wiley.
- Kienhorst, J. (1995). Crisis Intervention and Suicidal Crisis in Adolescents. *Crisis*, 4, 154-156.
- Leenaars, A.A. (1991). Suicide Notes and Their Implications for Intervention. *Crisis*, 1, 1-20.
- Lester, D. (2000). Samobójstwa w Polsce na tle trendów światowych. *Psychiatria Polska*, 5, 773-781.
- Marttunen, M.J., Aro, H.M., Henriksson, M.M., Löngvist, J.K. (1994). Psychosocial Stressors More Common in Adolescent Suicides with Alcohol Abuse Composed with Depressive Adolescent Suicides. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 33, 4, 450-446.
- Pfeffer, C.R., Normandin, L., Kakuma, T. (1998). Suicidal Children Grow Up. Relations Between Family Psychopathology and Adolescent's Lifetime Suicidal Behavior. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 5, 269-275.
- Pluzek, Z. (1991). *Psychologia pastoralna*. Kraków: Instytut Teologiczny Księży Misjonarzy.
- Puryear, D.A. (1981). *Helping People in Crisis*. San Francisco-Washington-London: Jossey-Bass Publishers.
- Ruzek, J.T., Garray, K. (1996). Hospital Trauma Care and Management of Trauma-Related Psychological Problems. *NPC Clinical Quarterly*, (6)4.
- Ringel, E. (1987). *Gdy życie traci sens*. Szczecin: Glob.
- Shneidman, E.S. (1978). A Proposed Conceptualisation of Four Basic Components of Some Suicide Acts. W: *Psychopathology of Direct and Indirect Self-destruction*. *Psychiatria Fennica*.
- Shneidman, E.S. (1996). *The Suicidal Mind*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Vermeiren, R., Schwab-Stone, M., Ruchkin, V.V., King, R.A., Van Heeringen, C., Debontte, D. (2003). Suicidal Behavior and Violence in Male Adolescents: A School-Based Study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1, 41-47.
- Williams, M.G., Pollock, L.R. (2001). Psychological Aspects of the Suicidal Process. W: K. Van Heeringen (red.), *Understanding Suicidal Behavior. The Suicidal Process Approach to Research Treatment and Prevention*. New York: John Wiley and Sons.
- Zametkin, A.J., Alter, M.R., Yemini, T. (2001). Suicide in Teenagers. Assessment, Management and Prevention. *JAMA*, 24, 3120-3124.