

Protokół CWP: Kryzys suicydalny: ocena ryzyka i plan bezpieczeństwa: darmowy fragment

Protokół CWP: ustrukturyzowany scenariusz pracy dla psychologów i psychoterapeutów

MODUŁ 1

Przygotowanie

Zanim cokolwiek innego: jeśli klient jest w bezpośrednim zagrożeniu życia (ma zamiar i dostęp do środków teraz, jest po przyjęciu substancji lub leków w zamiarze samobójczym, nie jest w stanie zobowiązać się do bezpieczeństwa do czasu kolejnego kontaktu), dzwonisz pod **112** albo organizujesz natychmiastowy transport na SOR lub do izby przyjęć szpitala psychiatrycznego. Nie zostawiasz klienta samego. Ten protokół służy do pracy w gabinecie, nie zastępuje pomocy doraźnej.

1.1 Cel materiału

Ten protokół to ustrukturyzowany scenariusz pracy z klientem, który ma myśli samobójcze, przeżywa kryzys suicydalny albo jest po próbie. Prowadzi przez cały odcinek pracy psychologa lub psychoterapeuty: pytanie wprost, ocenę ryzyka prowadzoną jako rozmowa, plan bezpieczeństwa, ograniczenie dostępu do środków, decyzję o skierowaniu (psychiatra, CZP, SOR), kolejne sesje, pracę z bliskimi, dokumentację i zadbanie o siebie.

Materiał **nie jest** narzędziem diagnostycznym, skalą przewidującą samobójstwo ani standardem prawnym. Żadne narzędzie nie przewiduje trafnie, kto odbierze sobie życie. Ocena ryzyka służy zrozumieniu klienta i zaplanowaniu działań, które zwiększają jego bezpieczeństwo, a nie wystawieniu prognozy.

1.2 Kiedy stosować

- klient wprost mówi o myślach samobójczych, o tym, że „nie chce mu się żyć”, „wolałby się nie obudzić”, „wszystkim byłoby lepiej bez niego”,
- w rozmowie pojawiają się sygnały pośrednie: beznadzieja, poczucie bycia ciężarem, porządkowanie spraw, żegnanie się, nagłe wycofanie,
- klient jest po próbie samobójczej, w tym po wypisie ze szpitala lub z SOR,
- nastolatek zgłoszony przez rodzica, szkołę lub lekarza z powodu wypowiedzi, wpisów w sieci, samookaleczeń albo próby,
- klient z przewlekłymi myślami samobójczymi, u którego pojawia się ostre nasilenie,
- przesiewowo: w każdej pracy z depresją, uzależnieniem, traumą, kryzysem po stracie, rozstaniu, utracie pracy lub w sytuacji przemocy.

1.3 Dla kogo

Dla psychologów i psychoterapeutów pracujących z dorosłymi i młodzieżą (mniej więcej od 12-13 roku życia; przy młodszych dzieciach rozmowa w większym stopniu toczy się przez rodziców, z pilniejszym udziałem psychiatry dziecięcego). Zakłada podstawowe przygotowanie kliniczne i dostęp do superwizji. Jeśli dopiero zdobywasz doświadczenie, nie prowadź klienta w ostrym kryzysie bez konsultacji.

1.4 Cel pracy tym protokołem

- rozpoznać myśli samobójcze i porozmawiać o nich wprost, spokojnie i bez oceniania,
- zrozumieć, co napędza kryzys (ból, beznadzieja, poczucie uwięzienia, wstyd, bycie ciężarem) i co klienta trzyma przy życiu,
- ustalić pilność działania i odpowiednią ścieżkę: dalsza praca w gabinecie, pilna konsultacja psychiatryczna, CZP, SOR, 112,
- zbudować z klientem pisemny plan bezpieczeństwa i realnie ograniczyć dostęp do środków,
- włączyć bliskich tam, gdzie to wskazane i możliwe,
- zaplanować kolejne sesje, w których ocena ryzyka jest stałym elementem, a praca stopniowo przechodzi do przyczyn kryzysu,
- rzetelnie udokumentować przebieg i decyzje oraz zadbać o własne granice i wsparcie.

Uczciwy cel to **zwiększenie bezpieczeństwa i przeprowadzenie klienta przez kryzys**, nie „wyleczenie” ani gwarancja, że nic się nie wydarzy.

1.5 Granice kompetencji i przeciwwskazania

Psycholog i psychoterapeuta nie decydują o hospitalizacji, nie ordynują leków i nie zastępują oceny psychiatrycznej. Twoją rolą jest rozpoznać ryzyko, zabezpieczyć klienta na tyle, na ile pozwala sytuacja, i doprowadzić go do właściwej pomocy, a potem kontynuować pracę terapeutyczną.

- **Bezpośrednie zagrożenie życia:** 112 lub natychmiastowy transport, nie ciąg dalszy sesji.
- **Objawy psychotyczne** (zwłaszcza głosy nakazujące zrobienie sobie krzywdy), **stan mieszany lub mania, ciężka depresja z zahamowaniem lub silnym pobudzeniem, intoksykacja:** pilna ocena psychiatryczna, praca psychologiczna wyłącznie równolegle.
- **Nastolatek w kryzysie:** zawsze włączasz rodzica lub opiekuna prawnego (z wyjątkiem sytuacji, gdy to on jest źródłem zagrożenia, wtedy ścieżka obejmuje także instytucje ochrony dziecka) i zawsze rozważasz konsultację psychiatry dziecięcego.
- **Kontakt jednorazowy lub bez możliwości kontynuacji:** plan od razu obejmuje przekazanie do pomocy na miejscu.
- **Twoje ograniczenia:** jeśli klient potrzebuje częstszego kontaktu, niż możesz zapewnić, organizujesz dodatkową opiekę (CZP, psychiatrę, oddział dzienny).

1.6 Przygotowanie specjalisty przed pierwszą sesją

- Sprawdź teraz, nie w trakcie kryzysu, lokalne kontakty: najbliższy SOR, izbę przyjęć szpitala psychiatrycznego, punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny CZP, poradnię zdrowia psychicznego, a dla młodzieży ośrodki I i II poziomu opieki.
- Wydrukuj kartę planu bezpieczeństwa (moduł 6) i kartę z numerami wsparcia.
- Ustal z supervisorem albo zaufanym kolegą możliwość pilnej konsultacji telefonicznej po trudnej sesji.
- Przygotuj proste wyjaśnienie granic poufności (wzór w materiałach uzupełniających).
- Zaplanuj rezerwę czasu po sesji na dokumentację i ewentualne telefony.
- Jeśli pracujesz online, na początku każdej sesji ustal miejsce, w którym klient się znajduje, i numer telefonu, pod którym będzie dostępny, gdyby połączenie zostało przerwane.

1.7 Częste błędy

Błąd	Dlaczego szkodzi	Co zrobić zamiast tego
Niepytanie wprost z obawy, że „podsunie się pomysł”	Pytanie wprost nie zwiększa ryzyka, a jego brak zostawia klienta samego z tematem, o którym często czeka, żeby ktoś zapytał	Pytaj jasno, używając słowa „samobójstwo” lub „odebrać sobie życie”
Ocena oparta wyłącznie na wyniku skali lub kwestionariusza	Skale mają małą wartość prognostyczną dla pojedynczej osoby, a klient może zaniżyć odpowiedzi	Traktuj skalę jako uzupełnienie rozmowy, decyzję opieraj na całości obrazu klinicznego
„Kontrakt o niepopętnieniu samobójstwa”	Nie chroni klienta, daje fałszywe poczucie bezpieczeństwa terapeutycie i bywa odbierany jako przerzucenie odpowiedzialności	Plan bezpieczeństwa, który mówi, co klient zrobi, a nie czego nie zrobi
Przejęcie od razu do rozwiązywania problemów	Klient czuje się niewysłuchany, a ból, który napędza kryzys, zostaje niezrozumiany	Najpierw zrozum i nazwij ból, potem planujcie
Jednorazowa ocena na pierwszej sesji	Ryzyko zmienia się w czasie, czasem w ciągu godzin	Krótką ocenę na każdej sesji i przy każdej istotnej zmianie
Skierowanie „na kartce” bez sprawdzenia, czy klient dotarł	Okres przejścia między miejscami opieki jest szczególnie ryzykowny	Ciepłe przekazanie: telefon razem, termin, sprawdzenie, czy klient dotarł

1.8 Numery wsparcia w Polsce

Numer	Kto	Dla kogo
112	Numer alarmowy	Bezpośrednie zagrożenie życia, zawsze w pierwszej kolejności
800 70 2222	Centrum Wsparcia dla osób w stanie kryzysu psychicznego, całodobowo	Dorośli w kryzysie psychicznym, także bliscy osób w kryzysie

116 123	Kryzysowy Telefon Zaufania	Dorośli w kryzysie emocjonalnym
116 111	Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży	Dzieci i nastolatki
800 12 12 12	Dziecięcy Telefon Zaufania Rzecznika Praw Dziecka	Dzieci, nastolatki, a także dorośli zaniepokojeni sytuacją dziecka

Godziny pracy i formy kontaktu (czat, e-mail) poszczególnych linii mogą się zmieniać. Przed przekazaniem karty klientowi sprawdź je na stronach prowadzących je instytucji i dopisz lokalne kontakty: najbliższy SOR, izbę przyjęć szpitala psychiatrycznego, Centrum Zdrowia Psychicznego.

1.9 Jak zbudowany jest protokół

Moduł 2: jak pytać wprost i pierwszy obraz. Wprowadzenie teoretyczne: modele od myśli do działania. Moduł 3a-3h: ocena ryzyka, czynniki ryzyka i ochronne, nastolatek, czynniki napędzające kryzys (CAMS), obrazy kliniczne, plan bezpieczeństwa, ograniczanie dostępu do środków, kierowanie dalej. Moduł 4: plan pracy. Moduł 5: struktury sesji. Moduł 6: karty dla klienta. Moduł 7: zamknięcie etapu kryzysowego. Materiały uzupełniające: checklista na kolejne sesje, diagnoza różnicowa, czerwone flagi, praca z bliskimi, dokumentacja i prawo, szablony, winiety, dbanie o siebie, bank pytań i ćwiczeń, słowniczek.

MODUŁ 2

Mapa problemu: jak pytać wprost i co zebrać na początku

Pierwsze pytanie o myśli samobójcze bywa najtrudniejszym momentem sesji dla specjalisty, a dla klienta ulgą.

2.1 Zasady rozmowy

- **Pytaj wprost i nazywaj rzeczy po imieniu.** „Czy myśli Pani o samobójstwie?” jest lepsze niż „Czy nie myśli Pani o zrobieniu czegoś głupiego?”. Eufemizm sygnalizuje, że temat jest wstydlivy.
- **Pytaj stopniowo, ale nie zatrzymuj się w połowie.** Od samopoczucia, przez beznadzieję i myśli o śmierci, do myśli samobójczych, a gdy odpowiedź jest twierdząca, do planu, zamiaru i przygotowań.
- **Normalizuj pytanie, nie myśli.** „Pytam o to każdą osobę, która przeżywa tak trudny czas” zdejmuję podejrzenie, że klient wygląda na kogoś „niebezpiecznego”.
- **Nie podpowiadaj odpowiedzi „nie”.** „Nie myśli Pan chyba o samobójstwie?” zamyka rozmowę.
- **Zostań z odpowiedzią.** Po „tak” nie przechodź od razu do procedur. Podziękuj za szczerość.
- **Kontroluj własną reakcję.** Spokojny ton i tempo są częścią interwencji.

2.2 Drabinka pytań

Poniższe pytania ułożone są od najogólniejszych do najbardziej konkretnych. W praktyce część z nich połączysz albo pominiesz, jeśli klient sam powie więcej.

Mówi Pani, że od kilku tygodni jest bardzo ciężko. Jak bardzo, w skali od 0 do 10, gdzie 10 to najgorzej, jak można sobie wyobrazić?

- Co sprawia, że to nie jest 10?
- Kiedy ostatnio było trochę lżej?

Wskazówka: Pytanie o to, co powstrzymuje przed najwyższą wartością, otwiera pierwsze czynniki ochronne, zanim padnie pytanie o samobójstwo.

NOTATKI WŁASNE

Czy zdarza się Panu czuć, że sytuacja jest beznadziejna, że nic się nie zmieni, bez względu na to, co Pan zrobi?

Wskazówka: Beznadzieja jest jednym z najważniejszych sygnałów klinicznych. Jeśli jest obecna, pytanie o myśli samobójcze staje się naturalnym kolejnym krokiem.

NOTATKI WŁASNE

Czasem, kiedy ktoś czuje się tak jak Pani teraz, pojawiają się myśli, że lepiej byłoby nie żyć, nie obudzić się rano. Czy u Pani pojawiają się takie myśli?

Wskazówka: To pytanie o bierne myśli o śmierci. Wiele osób odpowie twierdząco tutaj, a dopiero przy kolejnym pytaniu ujawni myśli czynne.

NOTATKI WŁASNE

Czy myśli Pan o samobójstwie, o tym, żeby odebrać sobie życie?

- Od kiedy?
- Jak często, ile razy w tygodniu lub w ciągu dnia?
- Jak długo trwają, gdy się pojawiają?
- Jak trudno je wtedy zatrzymać?

Wskazówka: Częstotliwość, czas trwania i poczucie kontroli nad myślami mówią więcej niż sama obecność myśli. Myśli krótkie i łatwo odsuwane to inny obraz niż myśli obecne przez większość dnia.

NOTATKI WŁASNE

Czy myślała Pani o tym, w jaki sposób mogłaby to zrobić?

- Czy to jest ogólna myśl, czy konkretny plan, z miejscem i czasem?
- Czy ma Pani dostęp do tego, o czym Pani myśli?

Wskazówka: Nie potrzebujesz szczegółów metody. Interesuje Cię, czy plan istnieje, jak jest konkretny i czy środki są dostępne. To wystarcza do decyzji o ograniczeniu dostępu i pilności działania.

NOTATKI WŁASNE

Czy zrobił Pan już coś w kierunku realizacji tego planu, coś przygotował, sprawdzał, zaczął i przerwał?

Wskazówka: Przygotowania, próby przerwane przez samego klienta lub przerwane przez kogoś innego to ważne sygnały ostrego ryzyka. Pytaj o nie osobno, bo klienci rzadko mówią o nich spontanicznie.

NOTATKI WŁASNE

Na ile, w skali od 0 do 10, myśli Pani, że mogłaby zrealizować ten plan? Co sprawia, że to nie jest 10?

Wskazówka: Pytanie o zamiar i o to, co go hamuje, prowadzi bezpośrednio do powodów do życia. Zapisz je słowami klienta, wróć do nich w planie bezpieczeństwa.

NOTATKI WŁASNE

Czy kiedykolwiek wcześniej próbował Pan odebrać sobie życie albo zrobić sobie krzywdę?

- Kiedy to było i co się wtedy działo?
- Czy ktoś wiedział, czy otrzymał Pan pomoc?
- Co jest teraz podobne, a co inne?

Wskazówka: Wcześniejsza próba to jeden z najsilniejszych czynników ryzyka. Porównanie obecnej sytuacji z tamtą pomaga zrozumieć, czy uruchamia się ten sam mechanizm.

NOTATKI WŁASNE

2.3 Jak zareagować na „tak”

Przykład: „Dziękuję, że mi Pani to powiedziała. Wiem, że to nie jest łatwe. To, że Pani o tym myśli, mówi mi, jak bardzo jest teraz ciężko. Chciałabym lepiej zrozumieć, jak to u Pani wygląda, żebyśmy razem mogły zastanowić się, co może pomóc przejść przez ten czas bezpiecznie. Czy mogę zadać kilka pytań?”

Unikaj: „Proszę tak nie mówić”, „Przecież ma Pani tyle w życiu”, „To byłoby egoistyczne wobec dzieci”, „Musimy zaraz zadzwonić po pomoc” wypowiedzianego bez wyjaśnienia. Każde z tych zdań uczy klienta, że lepiej milczeć.

2.4 Kontekst życiowy

Obszar	Pytanie orientacyjne	Notatka
Wydarzenie wyzwalające	Co wydarzyło się w ostatnich dniach i tygodniach? Strata, rozstanie, upokorzenie, konflikt z prawem, długi, diagnoza?	
Zdrowie psychiczne	Rozpoznanie, leczenie psychiatryczne, leki (czy przyjmowane, czy niedawno zmieniane lub odstawione), hospitalizacje?	
Substancje	Alkohol, leki uspokajające i nasenne, inne substancje: ile, jak często, czy więcej ostatnio?	
Sen	Ile godzin, od kiedy gorzej, czy noce są czasem największego nasilenia myśli?	
Relacje i wsparcie	Z kim mieszka, kto wie, do kogo może zadzwonić w nocy?	
Praca, szkoła, finanse	Czy jest coś, co klient odbiera jako sytuację bez wyjścia?	
Zdrowie somatyczne	Choroby przewlekłe, ból, niedawna diagnoza, niepełnosprawność?	
Bezpieczeństwo	Czy doświadcza przemocy, czy jest zagrożony przez kogoś innego?	
Ekspozycja na samobójstwo	Czy ktoś bliski lub znajomy odebrał sobie życie? Czy klient śledzi takie treści w sieci?	

2.5 Czynniki podtrzymujące kryzys

Typowe czynniki podtrzymujące: bezsenność, alkohol i substancje, izolacja, nierozwiązany konflikt lub upokorzenie, nocne ruminacje, treści o samobójstwie w sieci, brak dostępu do leczenia, ukrywanie kryzysu przed bliskimi.

Kiedy w ciągu dnia lub tygodnia te myśli są najsilniejsze? Co się wtedy zwykle dzieje?

Wskazówka: Wzorzec czasowy (np. noce, weekendy, po alkoholu, po kontakcie z konkretną osobą) bezpośrednio przekłada się na kroki 1-3 planu bezpieczeństwa.

NOTATKI WŁASNE

Kto wie o tym, co Pan teraz przeżywa? Co by się stało, gdyby ktoś bliski się dowiedział?

Wskazówka: Obawy przed reakcją bliskich (gniew, panika, wstyd) często są głównym powodem ukrywania kryzysu. Odpowiedź przyda się przy planowaniu rozmowy z bliskimi.

NOTATKI WŁASNE

2.6 Twoje notatki z pierwszego obrazu

NOTATKI WŁASNE

© Centrum Wiedzy Psychologicznej (CWP.edu.pl). Materiał chroniony prawem autorskim, do użytku własnego specjalisty. Nie kopiować i nie udostępniać osobom trzecim bez zgody.

MASZ PACJENTA Z...?

Protokół, szkolenia i artykuł w jednym pakiecie

Ten protokół jest częścią gotowego pakietu do pracy z konkretnym problemem klienta. Obok protokołu znajdziesz 2 szkolenia, które pogłębiają temat, i artykuł na szybki start.

→ Masz pacjenta z myślami samobójczymi?

cwp.edu.pl/masz-pacjenta/kryzys-suicydalny

→ Wszystkie problemy

cwp.edu.pl/masz-pacjenta