



Samomor v Sloveniji in svetu

*Opredelitev, raziskovanje, preprečevanje
in obravnava*

Uredili

Saška Roškar

Alja Videtič Paska

Samomor v Sloveniji in svetu

Opredelitev, raziskovanje, preprečevanje in obravnava

Urednici: *Saška Roškar, Alja Videtič Paska*

Recenzentke: *Martina Tomori, Anamarija Zavasnik, Metka Mencin*

Lektoriranje: *Ana Peklenik*

Oblikovanje: *Andreja Frič*

Ilustracije: *Gašper Rus*

Izdajatelj in založnik: *Nacionalni inštitut za javno zdravje*
Program MIRA - Nacionalni program duševnega zdravja

Elektronska izdaja

Spletni naslov: www.nijz.si

Kraj in leto izdaje: *Ljubljana, 2021*

Posvetilo

Prof. dr. Marušiču za njegov svojstven, navdušujoč, predan način mentoriranja.
Andreju, ker je bil in ker ostaja.
Prof. dr. Andreju Marušiču.

Akad. prof. dr. Levu Milčinskemu, ki ga nisva poznali, a naju je prevzela njegova
pronijljiva in vizionarska pisana beseda o značilnostih in preprečevanju
samomora.

Saška Roškar, Alja Videtič Paska

»Povezovati ali ne, to je zdaj vprašanje – je res? Če ne bomo povezovali
zdaj, mislim, da se bomo potopili v morje znanja o dejavnikih tveganja za
samomor, pri čemer obstaja nevarnost, da bodo ti preglasili dejanski kontekst
samomorilnega tveganja. Obstajajo številne ravni suicidologije, trenutno
razpršene na mnoga ločena področja, ki jih je treba povezovati¹«.

/Andrej Marušič, Seven Steps to Integrating Suicidology. Crisis.
2008;29(3):115–7/

»Danes vemo, da lahko pričakujemo odgovorov na zapletena vprašanja
etiogeneze samomorilnosti le od raziskovanj, ki so zasnovana
interdisciplinarno. Vemo pa tudi, da čas za sintezo vseh številnih vidikov
samomorilnosti še ni zrel in mogoče kmalu še ne bo«.

/Lev Milčinski, Samomor in Slovenci. Ljubljana: Cankarjeva založba; 1985.
str. 138/

¹ Citat je v izvorniku dostopen v angleškem jeziku. Na tem mestu gre za prevod urednic.

Naslovnica

Na sprednji platnici je ilustracija rumeno-oranžne pentlje. Mednarodni simbol za zavedanje, da je samomor velik javnozdravstveni problem, izraža tudi sočutje in solidarnost do vseh, ki so zaradi samomora koga izgubili. Na zadnji platnici je poleg rumeno-oranžne pentlje tudi ilustracija prediva, ki ga v roki drži Mojra Kloto.

Ilustracije

Ilustracije prikazujejo tri Mojre (tudi sojenice), starogrške boginje usode, ki so ob rojstvu vsakomur dodelile oziroma odmerile usodo. Njihovo ime zato pomeni 'odmerjevalke'. Kloto – predica – je tista, ki je spredla nit življenja; Lahezis – razdeljevalka – je tista, ki je življenjsko nit izmerila; Atropos – neizogibna – je tista, ki je življenjsko nit prerezala. Vendar usoda ni neizprosna in neprilagodljiva in tudi človek lahko vpliva nanjo¹.

¹ Cotterell A. Miti in legende: ilustrirana enciklopedija. Ljubljana: Mladinska knjiga; 1998.

NA, Nova Akropola: mednarodna organizacija [na spletu]. Ljubljana: Nova Akropola; 2016. Sojenice, Mojre in usoda; [citirano 16. 9. 2021]. Dostopno na: <https://nova.akropola.org/sojenice-mojre-in-usoda/>

Zahvale

Monografija je lahko nastala le zato, ker je zamisel zanjo podprlo veliko število ljudi.

V prvi vrsti gre zahvala vsem avtorjem, ki so zavzeto in z veliko mero strokovne odgovornosti sprejeli povabilo k sodelovanju in prevzeli pisanje poglavij. Brez njihove predanosti in doprinosa bi monografija ostala le na ravni ideje. Avtorjem gre zahvala tudi zato, ker so stoično in mirno sprejeli marsikatero uredniško željo in usmeritev, ki je odprla vrata dodatnemu delu.

Zahvala gre recenzentkam prof. dr. Martini Tomori, Anamariji Zavasnik, doc. dr. Metki Mencin, ki so natančno prečesale vsako poglavje, od vrstice do vrstice. Branja ni bilo malo. Usmeritve in komentarji, ki so jih podale, so doprinesle k temu, da je monografija še bolj zaokrožena.

Zahvaljujeva se vsem založniškim hišam, avtorjem in institucijam, ki so dali dovoljenje za ponatis in priredbo slikovnega materiala.

Hvala tudi vsem posameznikom, ki so sodelovali v različnih fazah nastajanja monografije, pomagali pri različnih zagatah in brez katerih monografija ne bi bila takšna, kot je.

Hvala Tini Kavšek za pomoč pri natančnem urejanju referenc. Hvala Ani Peklenik za lektorski pregled. Hvala Gašperju Rusu, da je s svojimi ilustracijami monografiji vdihnil umetniški moment. Hvala Andreji Frič za oblikovanje monografije, neskončno potrpežljivost in ure smeha.

Iskrena zahvala vodstvu in sodelavcem Nacionalnega inštituta za javno zdravje, predvsem predstojnikom, Radivoju Pribakoviću Brinovcu, Adi Hočevar Grom in doc. dr. Mojci Gabrijelčič, ter asist. Mateju Vinku, vodji področja za duševno zdravje, ki so razumeli pomembnost pričujoče monografije za slovenski prostor ter podpirali njeno nastajanje in izid.

Prav tako iskrena hvala za podporo vodstvu in sodelavcem Nacionalnega programa za duševno zdravje - MIRA, zlasti vodji programa, Jožici Maučič Zakotnik, Marjeti Ferlan Istinič, Ines Petelin in Juditi Kulovec.

Hvala, draga P in J, ker sta. Zaradi vaju sem, ostajam in vztrajam. (SR)

Vsem mojim PZ in JP, FVA in JV in AV. Hvala, ker ste bili in ste. (AVP)

Recenzije

Samomor kot dokončno dejanje posameznika, ki si sam vzame življenje, ni le ena najboljčutljivejših tem za razmišljujočega človeka, ampak tudi široko in pomembno področje proučevanj in raziskovanj v svetovni znanosti. Kadar se bodisi v svojem osebnem bodisi poklicnem življenju soočimo s smrtjo, za katero se je nekdo odločil sam, to vzbudi vrsto intenzivnih čustvenih odzivov in poizkusov razreševanja razumsko usmerjenih dilem. Razumljivo je, da so ti odzivi posameznikov izjemno različni – najpogosteje se prepletajo tesnoba, občutja nemoči, sočutje, strah, izogibanje poglobljanju misli na to temo, iskanje kar najsprejemljivejših razlag. Za tiste, ki se s pojavom samomorilnosti srečujemo pri svojem poklicnem delu, pa ni znanja o tem zares nikoli dovolj. V iskanju odgovorov na vprašanja, ki se odpirajo ob vsakem samomorilnem dejanju, lahko ta znanja razširijo razumevanje in omogočijo kar najcelovitejše in najučinkovitejše ravnanje za zmanjševanje samomorilnega tveganja tako pri posamezniku v samomorilni stiski kot v populaciji.

V strokovni literaturi ne manjka virov, ki obravnavajo samomor s tega ali onega vidika. Težko pa je najti celovitejši prikaz pojava samomora, kot ga osvetljuje pričujoča monografija. Avtorji različnih delovnih področij, strok in znanstvenih polj so v tem kompleksnem gradivu združili svoja znanja, delovne izkušnje, rezultate raziskav, posredno pa tudi svoje osebne poglede na samomor in odnos do njega. V uvodu praktično vsakega poglavja je poudarjeno dejstvo, da je samomor sicer skrajno osebno in globoko intimno dejanje, s katerim se nepovratno zaključi dolgotrajen in največkrat navzven neprepoznan proces v življenju, doživljanju in bivanju posameznika, hkrati pa je to pojav, na katerega vplivajo številni in različni psihološki, biološki, socialni, filozofski, kulturni in še mnogi drugi dejavniki. Ta poudarek za avtorje prispevkov nikakor ni fraza, ampak izhodišče za umestitev zbranih znanj in raziskovalnih izsledkov v celostno razumevanje pojava samomorilnosti. Tako je pričujoča monografija pravzaprav dragocena in zelo ustrezno argumentirana ter strokovno podprta realna možnost povezovanja psihološke, socialne in naravoslovne stroke. Njihovo skupno iskanje in sodelovanje kaže, da je rezultat prizadevanj na več poljih hkrati lahko bistveno večji od vsote vseh posameznih prispevkov. Že širok spekter strokovnih področij, s katerih izhajajo avtorji posameznih prispevkov, kaže razsežnosti samomora kot pojava, ki je imel – in ima še danes – v zgodovini človeštva in različnih kulturah zelo različno notranjo dinamiko in zunanji izraz.

Vsi sklopi monografije poleg znanj in spoznanj sodobne znanosti prikazujejo tudi izsledke, ki so jih avtorji posameznih poglavij s svojimi sodelavci zbrali v našem okolju. Opisujejo tudi značilnosti pojavnosti samomora v Sloveniji. Taka obsežnost raziskovalnega, kliničnega in preventivnega dela, ki je bilo na tem področju opravljeno pri nas, je prav osupljiva. V zadnjih nekaj desetletjih je pravzaprav vsaka vključena stroka prispevala v zakladnico tega znanja vrsto dognanj, ki so koristna in dragocena tako za terapevtsko pomoč rizičnim posameznikom kot pripravo in izvajanje preventivnih programov za različne dele populacije. Oboje namreč zahteva poglobljeno znanje ne le o samem pojavu samomora, ampak tudi o posebnostih in značilnostih samomorilnega procesa v določenem socialno-kulturnem okolju. Brez pozornega prilagajanja tem značilnostim ne bi mogli biti uspešni niti terapevtska prizadevanja niti preventivni programi. Nazoren primer prenosa z raziskavami zbranih znanj v neposredno prakso kliničnega dela so strokovne usmeritve, ki so jih v svoje delo s pacienti s samomorilnim tveganjem po vsej Sloveniji že vključili zdravniki družinske medicine, ter odlični in inventivni preventivni programi, usklajeni s potrebami posameznih rizičnih skupin v slovenski populaciji. Raziskave slovenskih znanstvenikov na področju genetike samomora so že nekaj časa cenjene in citirane v mednarodni suicidološki

znanosti. Žal je dinamika pojavljanja samomorilnega vedenja izjemno zapletena in odvisna od številnih dejavnikov, ki jih ni mogoče meriti in objektivizirati. Zato sicer ne moremo z dokazi podpreti pojava nižanja količnika samomora v Sloveniji v zadnjem desetletju. Zagotovo pa lahko to nižanje povezujemo z destigmatiziranjem duševnih motenj – tudi samomora – pri nas, ozaveščanjem pedagogov, večjim opolnomočenjem zdravnikov družinske medicine in jasnejšimi kliničnimi smernicami za psihiatrično obravnavo oseb s samomorilnim tveganjem (škoda je le, da zaradi kadrovskih in drugih vrzeli v mreži psihiatrične službe in posledičnega pomanjkanja časa, ki ga lahko posvetimo posamezniku, ni mogoče izpolnjevati vseh potreb po psihoterapevtski obravnavi oseb, ki bi to potrebovale).

Ena od posebno pomembnih vrednosti monografije so vsekakor tudi reference, s katerimi se zaključujejo vsa poglavja. Te ne bodo dobrodošle le za raziskovalce na posameznem področju proučevanja samomora. Njihovo pomembno sporočilo je že v prikazu obširnosti in poglobljenosti raziskovanja samomora in širine dejavnikov, ki jih je treba čim bolj poznati za kar najbolj celostno razumevanje samomora. Kot posebno spodbuden in spoštovanja vreden pa je tudi podatek, ki ga dajo reference o tem, kako pomemben in sodoben je prispevek slovenskih strokovnjakov na tem raziskovalnem področju.

Posebej je treba poudariti tudi jezik v monografiji zbranih besedil. V nobenem od njih ni suhoparno znanstven, ampak strokovno korekten, razumljiv, tekoč, mestoma celo leposloven. Čeprav so področja znanosti, ki proučujejo samomor, zelo različna, pa lahko prav usklajenost strokovnega jezika lajša povezovanje nadaljnjih raziskovalnih, kliničnih in drugih dejavnosti, povezanih z obravnavo samomora.

Tako sama struktura kot smiselna medsebojna usklajenost prispevkov pričata o pomembni vlogi in dobro premišljenem uredniškem delu. To očitno temelji tako na poglobljenem poznavanju pojava kot konkretnih delovnih izkušnjah na tem področju, ki jih imata urednici. Smernice za sestavo prispevkov so bile hkrati olajšava za avtorje pri pripravi prispevkov, bralcu pa omogočajo boljše organiziranje lastnega razmišljanja, povezovanje predhodnih znanj ter lastnih izkušenj s spoznanji in novimi dognanji na posameznih področjih tega večplastnega pojava.

Slovenska znanost o samomoru, ki je neposredno obogatila tudi terapevtsko in preventivno delo, še danes nosi mnoge značilnosti tistih, ki so jo zastavili. Njihovo znanje, osebnostna moč in zavzetost so jasno prisotni v pričujoči monografiji. To delo odraža tudi hvaležnost in spoštovanje do proučevalcev samomora v Sloveniji, ki jih žal ni več med nami. Avtorice in avtorji prispevkov v monografiji zagotovo vidijo dalje, stoječ na ramenih teh velikanov. Mnogi od njih s svojim delom že tudi opazno širijo obzorja in prispevajo spoznanja, ki vodijo k boljšemu razumevanju samomora.

Martina Tomori

Pred nami je nova slovenska monografija o samomoru, druga po vrsti. Za Slovenijo, ki je še vedno zelo obremenjena s samomorom, je njen izid izjemno pomemben. Kaže, koliko dela in truda slovenski strokovnjaki ves čas vlagajo v prepoznavanje, raziskovanje in preprečevanje samomorilnega vedenja. Na tem področju ves čas uspešno sledijo trendom v drugih razvitih državah, ponekod pa celo prevzemajo pobudo.

Pobuda za monografijo v slovenskem jeziku prihaja s strani dveh mednarodno priznanih slovenskih strokovnjakinj s področja suicidologije, doc. dr. Saške Roškar in izr. prof. dr. Alje Videtič Paska, ki sta znali in zmogli k pisanju pritegniti vodilne slovenske strokovnjake. Prispevki so zanimivi, pripravljeni na visoki strokovni ravni in nas seznanjajo z najnovejšimi izsledki s področja suicidologije. Dotikajo se vseh pomembnih tem: od raziskovanja in epidemiologije preko preprečevanja samomorilnega vedenja in strokovne pomoči samomorilnim osebam do sodelovanja med različnimi ustanovami in deleža, ki ga k razreševanju problema prispevajo nevladne organizacije. Opisana sta tako zgodovina suicidologije na Slovenskem kot tudi vloga suicidologije v Nacionalnem programu duševnega zdravja. Knjiga vključuje tudi najnovejše dileme, povezane tako z načini raziskovanja samomora kot tudi stališči do evtanazije in pomoči pri samomoru.

S tako široko in bogato vsebino je monografija zanimiva in poučna za vse, ki se pri svojem kliničnem in/ali raziskovalnem delu srečujejo s samomorilnim vedenjem. Spodbudno pa bi bilo, če bi to znanje predstavljalo tudi temelj za načrtovanje zdravstvene politike in delovanja vseh tistih področij družbe, ki lahko pripomorejo k zniževanju števila umrlih zaradi samomora.

Anamarija Zavasnik

Ian Hacking¹ v prevladujočih opredelitvah samomora prepoznava tri ključne predpostavke: samomor je tesno povezan z depresijo; razrašča se v kulturi obupa; samomorilni poskus je klic na pomoč. To je ljudska modrost, pravi, ki pa dobro predstavlja znanstveno vednost, ki je v zadnjih nekaj stoletjih povsem patologizirala in medikalizirala samomor. Posledica tega je, nadaljuje Hacking, naš neposredni odziv na vest o samomoru: groza. Tudi večina besedil v pričujoči monografiji izhaja iz vsaj ene od predpostavk, ki jih navaja Hacking, vendar ne brez zadržkov.

Monografija je daleč najobsežnejše delo o samomorilnem vedenju, ki je doslej izšlo v Sloveniji, ne le po številu strani, temveč tudi po številu avtoric in avtorjev, ki so sodelovali pri projektu, predvsem pa po raznolikosti pristopov k obravnavi tega pojava. Bralka in bralec se na začetku seznanita s ključnimi pojmi in pristopi v znanstvenih in terapevtskih obravnavah samomorilnosti ter njegovo razširjenostjo po svetu in Sloveniji. Sledijo prispevki, ki analizirajo individualne (psihološke in genetske) in mikrosocialne dejavnike, ki v sodobni suicidologiji veljajo za dejavnike tveganja, pa tudi tiste, ki naj bi posameznika in posameznico varovali pred samomorilnim vedenjem. Od psiholoških, bioloških in mikrosocialnih pristopov, ki se praviloma opirajo na statistične povezave med samomorilnim vedenjem in različnimi dejavniki tveganja, odstopa poglavje, ki pojasnjuje dva 'modela' samomorilnosti: durkehimovsko sociološko teorijo samomora, ki deloma pojasnjuje tudi samomorilno vedenje v dobi neoliberalizma, in Freudovo psihoanalitsko konceptualizacijo samomora kot nase usmerjene sovražnosti, ki je dejansko namenjena opuščnemu objektu. Z razpravami o psihoterapevtskih in kliničnih obravnavah samomorilno ogroženih in svojcev ljudi, ki so umrli zaradi samomora, preventivnih praksah in javnozdravstvenih politikah na področju duševnega zdravja ter z analizami skupin, obravnavanih kot tistih z večjim tveganjem za samomor, monografija vrača besedo individualno-psihološkemu in mikrosocialnemu pristopu, njen osrednji del pa zaključujejo razprave o sodnomedicinskih in kriminalističnih vidikih samomora.

Kljub temu da (ali pa ravno zato ker) v monografiji prevladujejo razprave, ki sodijo v glavni tok sodobne suicidologije, avtorice in avtorji opozarjajo na omejitve lastnih raziskovalnih pristopov, terapevtskih in preventivnih praks. Monografija sama je zavestno zasnovana kot delo v teku, nedokončano delo, ki napoveduje nadaljevanje. Avtorice in avtorji si mogoče sicer res prizadevajo dokazati, zakaj je prav prispevek njihove discipline ključen za razumevanje samomora, vendar se hkrati zavedajo, da nobena razlaga ne more zajeti vseh njegovih vidikov, kot bi rekel Neuhaus². Vsako poglavje se konča z razmislekom o prihodnjem delu, prispevki v zadnjem delu monografije pa gredo še korak dlje. Eksplicitno namreč obravnavajo zagate in protislovja temeljnih predpostavk sodobne suicidologije, ki so hkrati temelj in posledica psihopatologizacije, biologizacije in genetizacije samomorilnega vedenja. Razprave o evtanaziji in njeni zakonski ureditvi so na primer na široko odprle prostor polemikam o (i)racionalnosti samomora; o tem, kateri so kriteriji ter kdo in kako presoja človekovo sposobnost samostojnega razumskega odločanja.

¹ Hacking I. The suicide weapon. *Crit Inq.* 2008;35(1):1-32. doi: 10.1086/595626

² Neuhaus T. Making up suicide? The social construction of suicide and its framing in the modern world. 2019. Dostopno na: https://www.researchgate.net/publication/332028627_Making_up_Suicide_-_The_Social_Construction_of_Suicide_and_its_Framing_in_the_Modern_World

Te razprave imajo sicer v Sloveniji relativno dolgo zgodovino: poglavje o zgodovini suicidologije na Slovenskem dokazuje, kako intenzivno se je s temi dilemami že v sedemdesetih letih 20. stoletja spoprijemal starosta te znanosti v Sloveniji akad. prof. dr. Lev Milčinski.

Poglavje o kritični suicidologiji med drugim preizprašuje raziskovalne prakse in izpostavlja fenomen vrtljivih vrat, past, v katero se je ujelo (pretežno kvantitativno) preučevanje dejavnikov tveganja in družbenih skupin z večjim tveganjem za samomor. Raziskave, ki na osnovi statističnih analiz dokazujejo povezanost t. i. dejavnikov tveganja s samomorilnim vedenjem, so priskrbele izjemno število podatkov, s katerimi naj bi pojasnili neznosno zapletenost tega pojava. A razumevanje vzrokov samomorilnega vedenja in napovedna veljavnost ne naraščata sorazmerno s številom statističnih povezav – te pač ne odkrivajo vzročnih zvez. Vendar v laičnih interpretacijah, ki so nagnjene k enostavnim razlagam, statistične povezave pogosto okamnijo v vzročne, kar proizvaja in utrjuje stereotipe in predsodke o samomorilnosti in oblikuje družbeno podobo o osebah, ki umrejo zaradi samomora ali ga poskušajo narediti. Ob tem velja opozoriti na Dobellijevo tezo (Neuhaus²), da – podobno kot laično težnjo – tudi nezadržno težnjo po znanstvenem odkrivanju statističnih povezav vodi nereflektirana želja, da bi v ozadju raziskovanih pojavov odkrili en sam vzrok. Odkritja na področju človeške biologije in genetike zasedajo v hierarhiji vednosti (kar je tesno povezano s prednostmi pri delitvi raziskovalnih sredstev) visoko mesto, torej imajo verjetno največ možnosti za to, da obveljajo za končne resnice. Zato je tudi njihova družbena odgovornost toliko večja.

Podnaslov poglavja o kritični suicidologiji je kam in kako naprej. Vprašanje, ki si ga z zavestjo, da nikdar ne bo prišel na konec poti, verjetno vedno znova zastavlja vsak, ki poskuša z znanstvenimi orodji odkriti resnico o samomorih ali pomagati posamezniku, ki v svoji neznosni psihični stiski išče pomoč. Samomor je res najbolj osebna med vsemi človeškimi odločitvami, kot pravi Ruffalo³, ni pa samo osebna. Ne le takrat, ko potrebuješ pomoč, da bi končal neznosno trpljenje, ali ko samomor uporabiš kot orožje; ne le zato, ker vselej zadeva tudi bližnje. Noben samomor se pač ne zgodi v izoliranem ali mikrosocialnem prostoru, nobena odločitev zanj ni posledica strogo individualnih ali medosebnih dejavnikov. Zato gre odgovore na vprašanja, kam in kako naprej, iskati tudi v razmislekih o družbenih vezeh v durkheimovskem pomenu: v solidarnosti. Ta je nasprotna načelom tekmovalnosti in konkurenčnosti, ki v današnjem svetu že otroke silijo v 'biti najboljši' in vsak dosežek že v izhodišču obsodijo na poraz, državo, ustanove in vsakogar od nas pa odvezujejo odgovornosti za skupno. V pozivu k vzpostavljanju lokalne in globalne solidarnosti se ne skriva iluzija, da je možno vzpostaviti nekonfliktna razmerja med ljudmi ter odpraviti konfliktnost med kulturnimi zahtevami in osebnimi željami, niti iluzija, da v solidarnih družbah ni samomorov. A brez solidarnosti se bodo zlomili tudi mehanizmi opore, ki jih še nudijo psihologija, psihiatrija, medicina, farmacija, namesto tega pa se bo razbohotila njihova nadzorovalna vloga. Samomor je problem, pojav, »tema, ki sega daleč onstran področja duševnega zdravja, čeprav smo se zato, da bi ga opisali, zatekli k strogo psihiatričnim izrazom³«.

Metka Mencin

³ Ruffalo ML. The medicalization of suicide. *J Psychiatry*. 2014;17(6):104. doi: 10.4172/2378-5756.1000e104

»Če sem videl dlje, je to zaradi tega,
ker sem stal na ramenih velikanov«.
/Isaac Newton, 1675, pismo Robertu Hooku/

Knjigi na pot

V literaturi navajajo različne interpretacije zgornjega navedka – med drugim tudi take, ki namigujejo na porogljivost Newtonovega izreka v odnosu do Hooka, ki naj bi bil nižje rasti – a bistvo metafore ostaja v vseh interpretacijah nespremenjeno. Doprinos vseh nas, ki smo 'danes' dejavni na različnih področjih znanosti, v različnih strokovnih disciplinah, bi bil precej otežen in pomanjkljiv (ali pa ga sploh ne bi bilo), če ne bi gradili na spoznanjih in dosežkih tistih, ki so 'včeraj' hodili pred nami.

Pričujoča monografija v tem smislu ni nič drugačna. Temelji in gradi na spoznanjih ter delu preteklih generacij, naših učiteljev, ki so orali ledino na področju raziskovanja, preprečevanja in obravnave različnih oblik samomorilnosti po svetu in v Sloveniji. Nekateri med njimi so še vedno z nami, nekateri so že odšli. Nekateri žal tudi precej prezgodaj.

Ob prebiranju zapisov, člankov in raziskovalnih nalog s področja preučevanja različnih oblik samomorilnosti, ki so plod dela naših predhodnikov, je na mestu razmislek o tem, kaj, če sploh kaj zares novega, lahko k temu dodamo. Zagotovo se je od včeraj do danes bistveno spremenila in omehčala terminologija. Napredovala je tudi raziskovalna tehnologija, ki nam omogoča, da pogledamo tja, kamor se je še pred leti zdelo nemogoče. Posamezni pojavi – med njimi tudi samomor – se obravnavajo bolj multidisciplinarno. A vendar hodimo po poti, ki je bila načrtovana že mnogo prej. In (skromno) dodajamo svoje stopinje, ki izrisujejo pot nekomu, ki bo prišel 'jutri'.

Monografija je nastajala v času pandemije koronavirusne bolezni, ki je po navedbah Svetovne zdravstvene organizacije povzročila sindemijo – več hkrati potekajočih epidemij. Ena od njih so tudi naglo naraščajoče duševne stiske. Pandemija koronavirusne bolezni in njene posledice, tako kot večina drugih izrednih in nepričakovanih razmer, ki jim je človek v življenju lahko izpostavljen, trenutno predstavlja eno najbolj aktualnih groženj javnemu duševnemu zdravju in s tem posredno tudi umrljivosti zaradi samomora¹. Ta je razlog za smrt približno 800.000 oseb na svetu vsako leto, kar je več, kot je žrtev vojn in umorov skupaj. Še mnogo več jih samomor poskuša narediti. Vsak samomor, vsak samomorilni poskus, vsaka stiska prizadenejo ne le posameznika, ki se s tem sooča, pač pa tudi njegove bližnje, in se odraža na delovanju celotne družbe. Vrzal, ki jo za seboj pusti posameznikov samomor, se odslikava skozi psihološke in čustvene posledice (predvsem bližnjih), hkrati pa tudi skozi ekonomski vidik, saj družba izgubi posameznika, ki bi lahko prispeval k njenemu razvoju. Vsaka oblika prezgodnje smrti (pred 65. letom) – torej tudi večina samomorov – zato predstavlja izgubo za celotno družbo, v prvi vrsti pa seveda za posameznike, ki so bili umrlemu blizu. Poudariti je treba, da poznamo učinkovite strategije in načine za pomoč posameznikom v stiski in obravnavo samomorilnega vedenja, vendar preprečiti vseh samomorov žal ne moremo. Da bi bili pri preprečevanju samomora čim uspešnejši, je treba pojav dobro poznati in razumeti.

¹ O vplivu pandemije koronavirusne bolezni na dejavnike, ki posredno ali neposredno povečujejo tveganje za samomor, je v strnjeni obliki zapisano v preglednem članku Banerjee D, Kosagisharaf JR, Sathyannarayana Rao TS. The dual pandemic of suicide and COVID-19: a biopsychosocial narrative of risks and prevention. *Psychiatry Research*. 2021;295:članek 113577. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113577

Izsledki študij kažejo, da je velika večina oseb, ki so umrle zaradi samomora, verjetno imela duševno motnjo. Vendar zaradi tega samomor ni predmet izključno psihiatrije ali klinične psihologije. Če želimo biti pri omejevanju tega pojava uspešni, moramo razmišljati v smeri, da je spremljanje, raziskovanje, obravnava in preprečevanje samomora stičišče različnih ved: medicine, psihologije, novinarstva, pedagogike, ekonomije in še bi lahko naštevali. Predvsem in nad vsem pa bi preprečevanje samomorilnega vedenja moralo biti skrb celotne javnosti, celotne družbe, torej vseh nas, kadar smo v svojih poklicnih ali osebnih vlogah. Preprečevanje samomora se zato začne že mnogo prej, preden pri nekom lahko sploh govorimo o samomorilni ogroženosti ali duševni stiski. Gledano v najširšem smislu je preprečevanje samomora namreč ustvarjanje takšnih življenjskih razmer, v katerih bo posameznik lahko optimalno živel in razvijal svoje potenciale.

Suicidologija je znanstvena disciplina, katere cilji so razumevanje samomorilnosti, preprečevanje samomora in pomoč ljudem v stiski. Aktivnosti, ki zasledujejo omenjene cilje, lahko razdelimo na *promocijo/preventivo* (čas, ko težave še niso nastopile ali pa vsaj še niso opazne okolici), *intervencijo* (čas, ko so težave že v zagonu in zahtevajo obravnavo) in *postvencijo* (čas, ko se je samomor že zgodil in se skrb usmerja predvsem na tiste, ki so ostali). Monografijo Samomor v Sloveniji in svetu smo poskušali zastaviti tako, da prispevki naslavljajo vsebine, ki so aktualne za vsako od omenjenih obdobj. K nastajanju in pisanju pričujoče monografije nas je vzpodbudilo dejstvo, da imamo v Sloveniji na področju raziskovanja, preprečevanja in obravnave samomorilnosti večletno (pravzaprav zgodovinsko) tradicijo. Večina strokovne literature, kjer je na enem mestu celostno obravnavana omenjena problematika, pa je dostopna v tujih jezikih (predvsem v angleščini). Prispevke so pripravili vodilni slovenski strokovnjaki različnih specialnosti in strok, ki so dejavni v številnih sektorjih. Avtorji so naredili izjemno delo, v prispevke so vključili tako trenutno glavne ugotovitve s področja suicidologije v mednarodnem merilu kot tudi morebitne slovenske specifikke. Z vsebino, ki je zajeta v monografiji, želimo slovenskim bralcem ponuditi znanje in informacije, ki jim bodo lahko v pomoč pri izpolnjevanju poslanstva suicidologije. Knjiga je namenjena širšemu krogu bralcev. Vsebine so lahko zanimive za študente različnih študijskih smeri, raziskovalce, ki se podajajo na pot raziskovanja samomorilnosti, strokovnjake, ki delajo v praksi in si želijo izpopolniti svoje znanje o samomoru, knjiga pa je lahko zanimiva tudi za bralce, ki jih omenjene vsebine zanimajo izven njihovega delovnega področja.

Monografija je razdeljena na štiri vsebinske sklope. Prispevki v prvem sklopu – Opredelitev osnovnih pojmov in različnih dejavnikov razvoja samomorilnosti – so namenjeni predstavitvi področja suicidologije, opredelitvi osnovnih pojmov in epidemiologije, pregledu razvoja suicidologije v Sloveniji in načinov beleženja podatkov o umrljivosti zaradi samomora (v Sloveniji in svetu), predstavitvi različnih dejavnikov tveganja (genetskih, nevrobioloških, psiholoških, okoljskih idr.) in njihovemu sovplovanju, predstavljena je Resolucija o Nacionalnem programu duševnega zdravja. Predstavljene so različne teorije razumevanja samomorilnega vedenja. Prispevki v drugem sklopu – Različni pristopi k raziskovanju in preventivi razvoja samomorilnosti – so namenjeni predstavitvi različnih raziskovalnih pristopov (kvantitativnih in kvalitativnih), izpostavljena je vloga javnega zdravja, predstavljeni so primeri dobrih praks na področju preprečevanja samomora v Sloveniji. V tretjem sklopu – Obravnava različnih oblik samomorilnosti in ogrožene skupine –, ki je vsebinsko najobsežnejši, so predstavljeni različni pristopi k obravnavi samomorilnosti. Izpostavljena je vloga primarne, sekundarne in terciarne zdravstvene ravni obravnave, opisane so značilnosti in posebnosti samomorilnega vedenja pri izbranih

ogroženih ciljnih populacijah, izpostavljena je vloga izbranih virov pomoči in nevladnih organizacij. Prispevki v četrtem sklopu – Po samomoru in mejna področja v suicidologiji – so namenjeni predstavitvi postvencije in dela s svojci, poleg tega pa so predstavljena mejna področja suicidologije, ki se redkeje omenjajo ali pa se šele začenjajo razvijati. Predstavljena je vloga sodne medicine, opisane so značilnosti kompleksnih samomorov. Predvsem v teh dveh prispevkih so nekateri zapisi in opisi primerov zelo eksplicitni, vsebine pa lahko vznemirjajoče. Četrty sklop in monografijo kot celoto zaokrožita prispevka, ki vabita k razmisleku o evtanaziji in pomoči pri samomoru ter novih smereh v suicidologiji.

Hitra rešitev za preprečevanje samomora ne obstaja, prav tako pa tudi ne obstaja ena univerzalna strategija, ki bi ustrezala vsem ogroženim skupinam oziroma celotni populaciji. Upad samomorilnega količnika, ki ga zaznavamo v zadnjih desetletjih (v večjem delu sveta in tudi v Sloveniji), pa vendar dokazuje, da je samomor pojav, ki ga lahko s skupnimi močmi, integriranim in celostnim pristopom ter skrbjo za osebo v stiski preprečujemo.

Nihče od nas – ne glede na osebno ali strokovno ozadje – ni imun na duševne stiske niti na razmišljanje o samomoru. Nihče od nas ni prešibak, da bi lahko ponudil pomoč, in nihče od nas ni premočan, da bi jo lahko sprejel.

Saška Roškar, Alja Videtič Paska

Kazalo

Posvetilo

Zahvale

Recenzije *Martina Tomori, Anamarija Zavasnik, Metka Mencin*

Knjigi na pot *Saška Roškar, Alja Videtič Paska*

1. SKLOP OPREDELITEV OSNOVNIH POJMOV IN RAZLIČNIH DEJAVNIKOV RAZVOJA SAMOMORILNOSTI

Poglavje 1	Opredelitev samomora in z njim povezanih pojmov <i>Alenka Tančič Grum, Saška Roškar</i>	21
Poglavje 2	Zgodovina sucidologije na Slovenskem <i>Onja Tekavčič Grad</i>	37
Poglavje 3	Resolucija o Nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 <i>Nuša Konec Juričič, Jožica Maučec Zakotnik</i>	53
Poglavje 4	Samomorilno vedenje v populaciji – prikaz stanja, trendov in značilnosti po svetu in v Sloveniji <i>Saška Roškar, Matej Vinko, Nuša Konec Juričič</i>	63
Poglavje 5	Beleženje podatkov o samomorilnem vedenju v Sloveniji <i>Matej Vinko, Maja Roškar, Damjan Miklič, Miloš Kravanja</i>	77
Poglavje 6	Sovplivanje različnih dejavnikov tveganja pri razvoju samomorilnosti <i>Urša Mars Bitenc, Saška Roškar, Alja Videtič Paska</i>	95
Poglavje 7	Genetski dejavniki samomorilnosti <i>Alja Videtič Paska, Katarina Kouter</i>	111
Poglavje 8	Med geni in okoljem – epigenetika samomorilnosti <i>Katarina Kouter, Alja Videtič Paska</i>	131
Poglavje 9	Nevrobiologija samomorilnosti <i>Alja Videtič Paska, Jurij Bon, Katarina Kouter, Peter Pregelj</i>	149
Poglavje 10	Psihološki dejavniki samomorilnosti <i>Tina Podlogar</i>	165
Poglavje 11	Sociološki, kulturološki in kontekstualni dejavniki samomorilnega vedenja <i>Nina Perger, Mirjana Ule, Karmen Šterk</i>	181

2. SKLOP	RAZLIČNI PRISTOPI K RAZISKOVANJU IN PREVENTIVI RAZVOJA SAMOMORILNOSTI	
Poglavje 12	Različni pristopi in etični vidiki raziskovanja samomorilnosti <i>Urša Mars Bitenc, Tomaž Zupanc, Tina Podlogar</i>	205
Poglavje 13	Javnozdravstveni pristopi k preprečevanju samomorilnosti <i>Saška Roškar, Matej Vinko</i>	219
Poglavje 14	Alkoholna problematika in učinkovitost ukrepov alkoholne politike pri zmanjševanju samomorilnega vedenja <i>Maja Roškar, Matej Vinko, Tomaž Zupanc</i>	233
Poglavje 15	Kvalitativni pristopi k preučevanju samomora <i>Vita Poštuvan, Meta Lavrič, Nuša Zadravec Šedivy</i>	251
Poglavje 16	Psihološka avtopsija in njena uporabnost pri raziskovanju samomora <i>Urša Mars Bitenc, Peter Pregelj, Tomaž Zupanc</i>	267
Poglavje 17	Uporaba novih medijev pri preprečevanju samomora <i>Vanja Gomboc, Tina Podlogar, Vita Poštuvan</i>	283
Poglavje 18	Dobre preventivne prakse za varovanje duševnega zdravja in preprečevanje samomorilnosti v Sloveniji <i>Nuša Konec Juričič, Ksenija Lekić, Domen Kralj, Marjan Cugmas, Vita Poštuvan, Marija Anderluh, Mojca Vatovec, Alenka Tančič Grum, Mojca Zvezdana Dernovšek, Saška Roškar, Špela Selak</i>	297
3. SKLOP	OBRAVNAVA RAZLIČNIH OBLIK SAMOMORILNOSTI IN OGROŽENE SKUPINE	
Poglavje 19	Obravnavanje oseb s tveganjem za samomorilno vedenje na primarni zdravstveni ravni v ambulanti zdravnika družinske medicine <i>Danica Rotar Pavlič, Nena Kopčavar Guček</i>	323
Poglavje 20	Obravnavanje oseb s tveganjem za samomorilno vedenje na sekundarni in terciarni zdravstveni ravni <i>Peter Pregelj, Jurij Bon</i>	337
Poglavje 21	Prepoznavanje in klinična obravnava samomorilno ogroženih pacientov <i>Jurij Bon, Peter Pregelj, Borut Škodlar</i>	345
Poglavje 22	Psihoterapevtska obravnava samomorilno ogroženih oseb <i>Borut Škodlar, Brigita Novak Šarotar</i>	361

Poglavje 23	Samomorilnost in samopoškodovanje v obdobju otroštva in mladostništva <i>Lara Leben, Maja Drobnič Radobuljac</i>	373
Poglavje 24	Posebnosti samomorilnega vedenja starejših <i>Lea Žmuc Veranič, Marko Pišljar</i>	393
Poglavje 25	Moški s posebno visokim tveganjem za samomor <i>Nuša Zadravec Šedivy</i>	405
Poglavje 26	Samomorilno vedenje oseb z odvisnostjo od alkohola <i>Janja Milič, Maja Roškar</i>	417
Poglavje 27	Telefoni za pomoč ljudem v duševni stiski <i>Onja Tekavčič Grad, Janja Milič</i>	433
Poglavje 28	Dejavnosti in vloga nevladnih organizacij na področju preprečevanja samomorilnosti <i>Suzana Oreški, Bogdan Dobnik, Mojca Vatovec</i>	449
4. SKLOP PO SAMOMORU IN MEJNA PODROČJA V SUICIDOLOGIJI		
Poglavje 29	Kriminalistična preiskava samomora kot sumljive smrti <i>Robert Praček, Danijela Frangež</i>	465
Poglavje 30	Pomen sodne medicine pri obravnavi samomorov <i>Tomaž Zupanc</i>	481
Poglavje 31	Pomen opredelitve načina smrti pri kompleksnih samomorih <i>Tomaž Zupanc</i>	499
Poglavje 32	Žalovanje po samomoru in postvencija <i>Vita Poštuvan, Onja Tekavčič Grad</i>	515
Poglavje 33	Evtanazija in pomoč pri samomoru <i>Nataša Valentinčič</i>	527
Poglavje 34	Drugačni, kritični in novi glasovi v suicidologiji – kam in kako naprej? <i>Saška Roškar</i>	549
	Opisi sodelujočih	559
	Kazalo slik	569
	Kazalo preglednic	571
	Stvarno kazalo	573

1. SKLOP

*Opredelitev osnovnih pojmov
in različnih dejavnikov razvoja samomorilnosti*



Opredelitev samomora in z njim povezanih pojmov

Alenka Tančič Grum, Saška Roškar

Ključni poudarki poglavja

- Jasna in enoznačna nomenklatura¹ samomora in z njim povezanih pojmov predstavlja izhodišče za učinkovite pristope v javnem zdravju, raziskovanju in kliničnih obravnavah. Trenutno pa enoznačna opredelitev samomora in z njim povezanih pojmov ne obstaja, saj se opredelitve med seboj razlikujejo glede na kulturna, predvsem pa teoretična ozadja.
- Pojem samomorilnost obsega kognitivno komponento, ki zajema samomorilne misli, samomorilni namen in samomorilni načrt, ter vedenjsko komponento, ki zajema različne oblike samomorilnega vedenja (poskus, samomor).
- Večina obstoječih nomenklatur samomora in z njim povezanih pojmov za izhodišče razvrščanja in razlikovanja med različnimi oblikami samomorilnosti uporablja namen in izid vedenja. Samomorilni namen se je izkazal kot najtežavnejši element pri oblikovanju definicije.
- Razvoj od blažjih do težjih oziroma bolj tveganih oblik samomorilnosti se imenuje samomorilni proces. Proces se razvija zelo individualno in je odvisen od številnih dejavnikov.
- Poznavanje poteka in značilnosti samomorilnega procesa je pomembno za oblikovanje pravočasnih intervencij na individualni in populacijski ravni.

Povzetek

Opredeljevanje različnih oblik samomorilnosti je svojevrstni izziv, saj ni enoznačne definicije, ampak opredelitve odslkavajo različna zgodovinska, kulturna in teoretična ozadja. Delovna skupina WHO/EURO znotraj Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) se je več let usmerjala v oblikovanje kulturno in teoretično nevtralne definicije. Pri tem se je kot najtežavnejši element izkazal samomorilni namen, saj njegova vključitev določa širino in uporabnost definicije.

Poleg različnega opredeljevanja samomora izziv predstavljajo tudi različni načini razvrščanja in strukturiranja posameznih oblik samomorilnosti. Nomenklature se med seboj razlikujejo po dimenzijah in njihovi vlogi pri opredeljevanju samomorilnosti. Ob različnih oblikah samomorilnosti pa je pomembno opredeliti tudi namerno samopoškodovalno vedenje, saj ga s samomorilnim vedenjem povezujejo in hkrati razmejujejo številne značilnosti.

Različne oblike samomorilnosti (npr. misli, načrt, poskus, samomor) se nahajajo na kontinuumu, ki ga imenujemo samomorilni proces. Običajno gre za dlje časa trajajoč proces, s katerim je opredeljeno stopnjevanje od blažjih do resnejših oziroma tveganih oblik samomorilnosti. Razvoj samomorilnega procesa je individualen in ne poteka vedno stopenjsko, lahko teče kot nelinearno dogajanje znotraj posameznika, a vedno v interakciji z okolico. Dejavniki, ki vplivajo na razvoj in stopnjevanje samomorilnosti, so različni, od okolja (npr. dostopnost sredstev za samomor) do določenih osebnostnih lastnosti (npr. impulzivnosti, agresivnosti).

¹ Sistematično urejen skupek imen, nazivov, definicij za predmete določene znanosti, stroke, delovnega področja (1).

Samomorilni procesi posameznikov se v svojih značilnostih razlikujejo po številnih dejavnikih, med katerimi sta najizrazitejša spol in starost.

V luči celostnega pristopa k samomorilnosti je ključno, da se nadaljujejo prizadevanja za jasno in enotno opredelitev samomora in drugih oblik samomorilnosti ter posledično tudi boljše razumevanje samomorilnega procesa, saj to pomembno vpliva tako na javno zdravje kot raziskovanje in klinično prakso.

Uvod

Večplastnost samomora se ne kaže le v pojavu samem, ampak že v poskusu njegovega definiranja in razvrščanja njegovih pojavnih oblik oziroma različnih oblik samomorilnosti. V literaturi je na voljo obilje definicij, klasifikacij samomora in sorodnih pojmov, primanjkuje pa konsenza v zvezi z njimi (2). Z iskanjem univerzalne definicije različnih oblik samomorilnosti so se v preteklosti in se še vedno ukvarjajo številni avtorji, saj nekonsistentnost opredelitev povzroča ne samo teoretične, ampak tudi praktične težave. Standardizirana in enotna opredelitev je ključna tako za javno zdravje – možnost beleženja ustreznih statistik, povezanih s samomorilnim vedenjem, kot raziskovanje – možnost primerjav med raziskavami, ter klinično prakso – dovolj natančno ocenjevanje ogroženosti, njeno dokumentiranje in komuniciranje z drugimi izvajalci zdravstvenih storitev (3).

Celostni pristop k razumevanju, preučevanju, raziskovanju in klinični obravnavi področja tako ni mogoč, če se najprej ne opredelijo in razlikujejo posamezne oblike samomorilnosti. Podobno pa je iz prej omenjenih vidikov ter za namen preventive pomembno tudi razumevanje samomorilnega procesa in poznavanje njegovih značilnosti.

V poglavju bodo predstavljene osnovne definicije in pojmovanja samomora ter različne oblike samomorilnosti. Opredelitev različnih oblik samomorilnosti bo predstavljena skozi razvoj samomorilnega procesa. Predstavljene bodo značilnosti samomorilnega procesa pri določenih ciljnih skupinah ter dejavniki, ki vplivajo na njegov razvoj. Razumevanje samomorilnega procesa in njegovih značilnosti je pomembno za preventivna prizadevanja na individualni in populacijski ravni.

Opredelitve samomora

Besedo suicid, suicidum so začeli uporabljati v 17. stoletju, izvira pa iz latinskih besed *sui* (jaz, sam) ter *caedere* (ubiti), kar pomeni ubiti samega sebe. Ta izraz naj bi pomagal razlikovati med 'umorom' sebe in umorom drugega (3). Čeprav bi lahko sklepali, da je podobno, kot je enoznačen izraz samomor (suicid), preprosta, enoznačna tudi njegova definicija, ni tako. Koncept samomora se je spreminjal skozi zgodovino in je bil pogojen tako s kulturo kot teoretskimi izhodišči posameznih avtorjev, ki so ga opredeljevali.

Definicije samomora so številne in se med seboj razlikujejo, npr.:

»Samomor je smrt, ki je rezultat neposrednega ali posrednega, pozitivnega ali negativnega dejanja žrtve, ki se zaveda izida dejanja.« (Durkheim, 1897/1951 (3))

»Samomor je smrt kot posledica poškodbe, ki si jo je oseba prizadejala sama z namenom ubiti se.« (4)

»Samomor je dejanje s smrtnim izidom, ki ga pokojni ob zavedanju ali pričakovanju smrtnega izida prične in izvede z namenom izzvati spremembe, ki jih je želel.« (5)

Kljub razlikam je v definicijah lahko razbrati posamezne skupne vidike samomora – smrtni izid vedenja; kdo je tisti, ki sproži vedenje; namen umreti oz. prenehati živeti, da bi dosegel

drugačen status (npr. prekinitev trpljenja, izhod iz nevzdržne situacije), zavedanje izidov vedenja (5).

Delovna skupina WHO/EURO se je več let ukvarjala z oblikovanjem definicije, ki bi bila kulturno in teoretično nevtralna, hkrati dovolj široka, da bi bila uporabna za različne sisteme družbenih in verskih prepričanj, ter dovolj ozka, da bi ustrezno opisala vse glavne karakteristike pojava samomora. Izhajali so iz zgoraj omenjene definicije WHO/EURO (5) in logične predpostavke, da sta dva ključna elementa, ki samomor razlikujeta od naravne smrti, naključnih smrti in umorov, samoiniciativnost in namen (povzročiti/ne povzročiti lastno smrt). Pri tem se je kot najtežavnejši vidik izkazal ravno samomorilni namen, saj njegova vključitev določa širino in uporabnost definicije. Če bi samomorilnemu namenu pripisali prevelik pomen, bi bila definicija lahko preozka – vsi posamezniki, ki se vedejo samomorilno, namreč ne želijo umreti. Poleg tega pri posameznikih, ki razmišljajo o samomoru, samomorilni namen niha v skladu z ambivalentnostjo, ki je povezana s tem pojavom, in je težko merljiv. Pri mnogih je namen bolj kot v smrt usmerjen v spremembo nevzdržnih življenjskih okoliščin oz. prenehanje trpljenja. Če bi po drugi strani samomorilni namen izključili iz definicije, bi ta lahko postala preširoka in bi zajemala tudi vsako namerno (ponavljajoče) samopoškodovalno vedenje, v ozadju katerega ni želje po smrti. Zato so se v delovni skupini WHO/EURO odločili, da (samomorilni) namen ostane pomemben del definicije. Definicija iz leta 1986 upošteva vse temeljne zahteve pri opredeljevanju samomora: odgovornost, zavedanje potencialne smrtnosti dejanja, namen umreti/izzvati tiste spremembe, ki so za posameznika sprejemljivejše od njegovih trenutnih življenjskih razmer, ki jih doživlja kot nevzdržne. V skladu s tem so v delovni skupini WHO/EURO definicijo le rahlo prilagodili, tako da so dodali, da gre za možni/potencialni smrtni izid. S tem se definicija nanaša tudi na posameznike, pri katerih samomorilni namen ni tako intenziven (zaradi močne ambivalentnosti ali želje po manipulaciji), se pa njihov samomorilni poskus vseeno konča s smrtjo. V kontekstu namena pa so definicijo spremenili, tako da govori o hotenih in ne želenih spremembah:

»Samomor je dejanje s smrtnim izidom, ki ga pokojni ob zavedanju ali pričakovanju potencialnega smrtnega izida prične in izvede z namenom doseči spremembe, ki jih je hotel.« (3) Med definicijami samomora je smiselno omeniti še kratko, operativno opredelitev, ki jo SZO navaja na svoji spletni strani. Kot samomor opredeljuje dejanje, ko posameznik namenoma povzroči lastno smrt (6).

Opredelitve in razvrščanje različnih oblik samomorilnosti

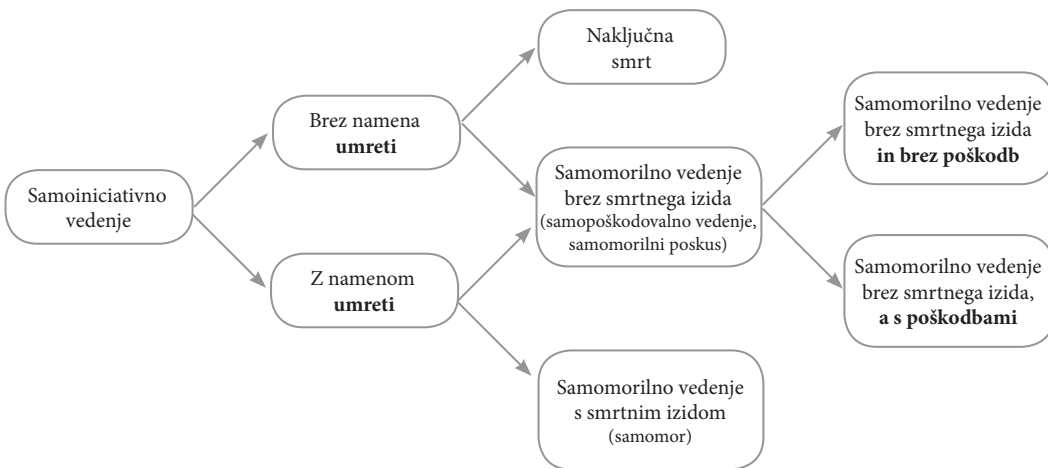
Različnemu opredeljevanju samomora sledijo tudi različne klasifikacije in nomenklature drugih oblik samomorilnosti, kot so samomorilne misli, načrt, samomorilni poskus. Goodfellow idr. (7) v svojem preglednem članku obstoječih nomenklatur samomora in z njim povezanih pojmov navajajo, da so identificirali 13 različnih nomenklatur, ki jim je skupno, da za izhodišče uporabljajo izid in namen vedenja. Ob tem izpostavljajo razliko med nomenklaturo in klasifikacijo. Namen klasifikacije je razvrščanje in opisovanje, namen nomenklature pa komunikacija in definicija samomora ter z njim povezanih konceptov.

Na sliki 1.1 je prirejen grafični prikaz nomenklature, ki izhaja iz prej omenjene definicije delovne skupine WHO/EURO (3). Tudi ti avtorji poudarjajo, da namen njihove nomenklature ni klasifikacija, ampak komunikacija, uporabnost in razumevanje samomorilnega vedenja. Izpostavljene so različne oblike samomorilnosti, ki od leve proti desni postajajo vse bolj specifične, in z njimi povezani pojmi.

Podobno kot definicija delovne skupine WHO/EURO (3) tudi njihova nomenklatura temelji na samoiniciativnosti vedenja (vedenje torej sproži posameznik sam), ki ga razmejuje od naravne smrti. Naslednji element, na katerem gradi nomenklatura, pa je posameznikov namen umreti, ki je za opredeljevanje samomorilnosti po mnenju omenjenih avtorjev pomembnejši od smrtonosnosti določenega vedenja in njegovega izida. Pri tem se za namen umreti/prenehati živeti šteje vsaka stopnja namena, ne glede na njegovo intenzivnost, saj s tem upošteva tako ambivalentnost samomorilnega vedenja kot pomembnost drugih namenov (npr. namen doseči prekinitve trpljenja), ki so (lahko) hkrati prisotni. Nadalje izpostavljajo, da namen in izid (samomorilnega) vedenja nista popolnoma povezana, saj na smrtnost izida vplivajo še drugi dejavniki in okoliščine, med katerimi so npr. spol, priprava, dostop do sredstev.

V skladu s tem, ali je posameznik imel namen umreti ali ne, je v okviru omenjene nomenklature možno jasno razmejiti dva smrtna izida. Če je posameznik imel namen umreti, se lahko njegova smrt opredeli kot samomor, če pa tega namena ni bilo, je šlo za naključno smrt oz. nesrečo. Če se posameznikovo vedenje ne zaključi s smrtjo, pa se v nomenklaturi uvršča v kategorijo samomorilno vedenje brez smrtnega izida. Zanimivo je, da ta kategorija vključuje tako posameznike, ki so imeli namen umreti (pa se npr. samomorilni poskus ni končal s smrtjo ali pa so samomorilni poskus predčasno prekinili), kot tiste brez namena umreti (npr. v primeru namernega samopoškodovalnega vedenja). Ta kategorija se glede na posledice (in ne glede na namen) nadalje deli na samomorilno vedenje brez smrtnega izida in brez poškodb ter samomorilno vedenje brez smrtnega izida, a s poškodbami.

Kot glavno prednost te nomenklature njeni avtorji izpostavljajo njeno preprostost, saj so osnovne komponente, na podlagi katerih je možno razlikovati med posameznimi pojavi, samo tri: izid, odgovornost (kdo je odgovoren za vedenje) in namen. Ta preprostost nomenklature omogoča tudi njeno kulturno in teoretično nevtralnost.



Slika 1.1. Prikaz nomenklature samomorilnega vedenja s smrtnim izidom in brez smrtnega izida

(Prirejeno in ponatisnjeno z dovoljenjem Hogrefe & Huber Publishers (zdaj Hogrefe Publishing) www.hogrefe.com; De Leo D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJ, Bille-Brahe U. Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHO/EURO multicentre study. *Crisis*. 2006;27(1):4-15. doi: 10.1027/0227-5910.27.1.4)

Podobno tudi nomenklatura, ki izhaja iz slovenskega prostora, temelji na treh dimenzijah oz. vidikih (8). Dimenzije, ki jih vključuje, so namen (umreti), vedenje (usmerjeno k samopoškodovanju) in izid (smrt). Nomenklatura je širša od tiste, ki jo je predlagala delovna skupina WHO/EURO (3), in na podlagi omenjenih treh dimenzij definira osem različnih stanj, tudi evtanazijo in namerno samopoškodovalno vedenje (preglednica 1.1).

Kot je razvidno iz preglednice 1.1, je samomorilni namen stanje, pri katerem je prisoten namen umreti, odsotna pa sta vedenje, usmerjeno k samopoškodovanju, in smrtni izid. Samomorilni poskus poleg namena umreti vključuje tudi vedenje, usmerjeno k samopoškodovanju. Za opredelitev smrti kot samomora pa morajo obstajati vse tri dimenzije. Pravimo, da je posameznik storil samomor, ko je bilo njegovo vedenje usmerjeno k samopoškodovanju z namenom umreti, kar se je dejansko končalo s smrtjo. Evtanazija (*več o tem v poglavju 33*) se v skladu s to nomenklaturou od samomora razlikuje po odsotnosti vedenja, usmerjenega k samopoškodovanju, stanje namernega samopoškodovalnega vedenja s smrtnim izidom pa po odsotnosti namena umreti. V nomenklaturi, ki jo predlaga Marušič (8), ni izrecno opredeljeno, kaj pomeni vedenje, oziroma ali je poškodba del definicije ali ne (npr. če si oseba okrog vratu natakne zanko, ampak ni utrpela poškodb, ni jasno, ali gre za vedenje ali samo za samomorilni namen) (7).

Preglednica 1.1. Dimenzije za opredeljevanje samomorilnosti in s tem povezanih pojavnih oblik (8)

	Namen (umreti)	Vedenje (usmerjeno k samopoškodovanju)	Rezultat/izid (smrt)
Stanje brez prisotne samomorilnosti	0	0	0
Samomorilni namen	1	0	0
Namerno samopoškodovalno vedenje (klic na pomoč)	0	1	0
Naključna, naravna smrt	0	0	1
Samomorilni poskus	1	1	0
Namerno samopoškodovalno vedenje s smrtnim izidom	0	1	1
Evtanazija	1	0	1
Samomor	1	1	1

0 – ni prisotno, 1 – je prisotno

Najsodobnejši poskus oblikovanja nomenklature, ki se nanaša na različne pojme, povezane s samomorilnostjo, prihaja s strani De Lea idr. (9). Njihov pristop k oblikovanju nomenklature je drugačen, saj so v okviru raziskave preverjali uporabnost in razumevanje angleške terminologije (ker je mednarodno uveljavljena in uporabljana) ter nomenklature strokovnjakov. V raziskavo so vključili tako razvite države kot države v razvoju. Ugotovili so, da se glede definicije samomora v večini vključenih držav strinjajo, prihaja pa do razlik v razumevanju definicije in opredelitve samomorilnega namena, razlikovanju samopoškodovalnega vedenja brez namena umreti in z njim. Avtorji so razlike razlagali z različno razvitostjo raziskovalne in znanstvene dejavnosti v posamezni državi. Na podlagi rezultatov raziskave so De Leo idr. (9) predlagali nomenklaturou samomora in

samomorilnega vedenja, ki je prikazana v preglednici 1.2. Pri tem je treba opozoriti na omejitve raziskave, rezultati so bili namreč pridobljeni v nekaj manj kot tretjini držav članic SZO.

Preglednica 1.2. Predlagana nomenklatura samomora in samomorilnega vedenja (9)

Izraz/pojem	Definicija
Samomor* (angl. suicide)	Dejanje, ki ima za posledico smrt in ki ga posameznik sproži in sam izvede do konca, ob zavedanju potencialno smrtnega izida, in pri katerem je namen lahko dvoumen ali nejasen.
Samomorilni poskus (angl. suicide attempt)	Dejanje, pri katerem posameznik poškoduje samega sebe z namenom, da bi umrl, in preživi.
Samopoškodovalno vedenje (angl. self harm)	Dejanje, ki ni smrtno in pri katerem se oseba namerno poškoduje z različnimi motivi, vključno z željo po smrti.
Samomorilna misel (angl. suicidal ideation)	Misel na samomor s samomorilnim namenom ali brez njega, ali upanje na smrt na način, da se posameznik sam ubije, ali izražanje samomorilnega namena brez vedenjske komponente.
Želja po smrti (angl. death wishes)	Upanje na smrt, ne da bi se posameznik sam ubil.
Samomorilni načrt (angl. suicide plan)	Odločitev o tem, kako in kdaj bo izveden samomor, a brez aktivnih priprav.
Pripravljalno samomorilno dejanje (angl. preparatory suicidal behaviour)	Priprave na samomorilno dejanje (npr. zbiranje tablet, nakup orožja, priprava vrvi, ogled mostu ipd.), ne da bi oseba začela dejanje in je posledično brez poškodb.
Ustavljen samomorilni poskus (angl. aborted suicidal attempt)	Dejanje, pri katerem oseba začne samomorilno dejanje (npr. stoji ali sedi na robu visokega mostu, si priveže vrv okoli vratu), vendar se <i>sama</i> ustavi, preden utrpi kakršno koli poškodbo.
Prekinjen samomorilni poskus (angl. interrupted suicidal attempt)	Dejanje, pri katerem oseba začne samomorilno dejanje (npr. stoji ali sedi na robu visokega mostu, si priveže vrv okoli vratu), vendar jo <i>nekdo drug</i> pri tem prekine, preden utrpi kakršne koli poškodbe.

* Definicija izraza samomor, kot se nahaja v preglednici 1.2, se v izvorniku glasi »An act resulting in death which is initiated and carried out by an individual through the end of the action, with the knowledge of a potentially fatal result, in which intent may be ambiguous or unclear, may involve the risk of dying, or may not involve explicit intent to die.«

Za razumevanje samomora in z njim povezanih pojavnih oblik je poleg nomenklature pomembna tudi razlaga medsebojne povezanosti in morebitnega sosledja različnih oblik samomorilnosti. Heeringen (10) samomorilnost izpostavlja kot krovni pojem, ki vključuje kognitivno in vedenjsko komponento, ki zajemata različne oblike in pojave, povezane s samomorom. Pri tem gre za razlago pojmov, ki omogoča njihovo boljše razumevanje kot tudi razumevanje samomorilnega procesa, ne pa za njihovo klasifikacijo oziroma znanstveno opredelitev.

V okvir kognitivne komponente se uvrščajo samomorilne misli, samomorilni namen in samomorilni načrt. Samomorilna misel je vsaka misel, ki se nanaša na končanje lastnega življenja, pojavlja pa se lahko v različnih oblikah. Samomorilne misli so lahko pasivne, ko si posameznik želi, da ne bi več živel, a ne deluje v smeri njihovega udejanjanja (npr. »*Bolje bi bilo, če me ne bi bilo.*«). Lahko pa se misli pojavljajo tudi v aktivni obliki, ko posameznik razmišlja, da bi sam končal svoje življenje. Prav tako se lahko razlikujejo na dimenziji specifičnosti, ko imamo na eni strani zelo splošne misli o samomoru (npr. »*Svoje življenje želim končati sam, ko bo čas za to.*«), medtem ko so na drugi konkretne misli o samomoru in lahko govorimo že o samomorilnem namenu ali celo samomorilnem načrtu. Samomorilni namen je aktivna in konkretna samomorilna misel v obliki odločitve, da bo posameznik storil samomor. Če je ta misel opredeljena podrobneje in vključuje odgovore na vprašanja, kdaj, in kako (ter kje) bo to storil, pa se to že nanaša na samomorilni načrt.

Vedenjska komponenta samomorilnosti oz. samomorilno vedenje se nanaša na materializacijo samomorilnih misli, natančneje samomorilnega načrta. Med vedenjske komponente Heeringen (10) vključuje spekter samouničevalnega vedenja s smrtnim izidom ali brez smrtnega izida, ki se kaže v obliki samomorilnih poskusov in samomora. Izvrševanje samomorilnega načrta imenuje samomorilni poskus, ki se lahko različno odvije. Ko se posameznik vede samomorilno z namenom, da bi končal svoje življenje, a si premisli in dejanje predčasno ustavi, tako da ne pride do poškodb, govorimo o ustavljenem samomorilnem poskusu. Samomorilni poskus lahko posameznik tudi izvede in preživi, pri čemer lahko poškodbe utрпи ali ne. Lahko pa se samomorilni poskus konča s smrtjo, kar pomeni, da je posameznik umrl zaradi samomora.

Razlika med samomorilnim in samopoškodovalnim vedenjem

Ob različnih oblikah samomorilnosti je smiselno izpostaviti tudi pojav samopoškodovalnega vedenja. Tudi na tem področju ni pravega konsenza glede njegove opredelitve, predvsem pa glede njegove povezanosti s samomorilnim vedenjem. Veliko avtorjev sicer razlikuje oba pojavi, med njimi nekateri celo poudarjajo, da samopoškodovalno vedenje ni samo drugačno, ampak celo nasprotno od samomorilnega (11, 12). Drugi avtorji (12, 13) pa ne razlikujejo med samopoškodovalnim in samomorilnim namenom in posledično uvrščajo oba pojavi v eno kategorijo. Da so odnosi med pojavoma različno pojmovani, je razvidno tudi iz prej navedenih nomenklatur samomorilnega vedenja. Delovna skupina WHO/EURO (3) samopoškodovalno vedenje vključuje v skupno kategorijo samomorilnega vedenja brez smrtnega izida – skupaj s samomorilnimi poskusi in prekinjenimi samomorilnimi poskusi, ne glede na to, kaj je želela oseba s samopoškodovanjem doseči (namen umreti nima vloge kriterija pri umestitvi v skupino). Podobno tudi v najnovejši nomenklaturi, ki jo predlagajo De Leo idr. (9), samopoškodovalno vedenje razumejo širše. Nomenklatura, ki jo predlaga Marušič, pa namen umreti izpostavlja kot ključno komponento, ki samomor razlikuje od samopoškodovalnega vedenja, pri katerem je prišlo do smrtnega izida (8).

Ločevanje samopoškodovalnega vedenja brez namena smrti od samopoškodovalnega vedenja z namenom smrti (torej samomorilnega vedenja) ima z vidika preventive in kliničnega dela s posamezniki prednost, saj poudarja pomen drugačnega pristopa k posameznikom, ki se vedejo samomorilno, in tistim, ki se namerno samopoškodujejo (brez namena, da bi povzročili lastno smrt). Samopoškodovalno vedenje bi lahko opredelili kot namerno, neposredno poškodovanje lastnega telesa brez zavestnega samomorilnega namena (12).

Najpogostejše oblike takšnega vedenja so rezanje, žganje in praskanje kože, udarci po telesu, puljenje las oz. lasanje, udarci v steno z roko, ного, ponovno poškodovanje starih ran ipd., pri čemer jih posameznik lahko izvaja epizodično ali pa ponavljajoče, kronično (12, 14).

Mnogi avtorji samopoškodovalno vedenje razlagajo kot neprilagojen mehanizem spoprijemanja s stiskami ali strategijo uravnavanja čustev, saj naj bi pomagalo zmanjševati napetosti in blažiti čustva, ki jih posameznik doživlja kot neobvladljiva (12).

Samomorilni proces

Samomor je dejanje, ki je redko impulzivno, čeprav je za posameznike, ki poskušajo storiti samomor, kot osebna lastnost v večji meri značilna impulzivnost (15). Običajno je samomor končna posledica oz. končni dogodek procesa, ki se razvija dlje časa in ga lahko primerjamo s postopnim razvojem bolezni. Kljub temu je treba poudariti, da samomorilne misli in samomorilno vedenje niso patološki, zato se ustrezni pristopi ne nanašajo na zdravljenje samomorilnosti, pač pa na njeno preprečevanje. Primerjava samomorilnega procesa z boleznijo je torej ustrezna le v povezavi z načinom razvoja procesa, ne pa tudi z naravo samomorilnosti. Napredovanje posameznika od blažjih do resnejših oblik samomorilnosti imenujemo samomorilni proces (15, 17). Nekateri avtorji menijo (18), da ideje o samomorilnem procesu ni mogoče posplošiti na vse osebe, ki so samomorilne, temveč je razvoj samomorilnega procesa značilen le za osebe, pri katerih je v ozadju razvoj duševne bolezni (npr. depresije).

Samomorilni proces predpostavlja obstoj osnovne in trajne ranljivosti za samomorilno vedenje (angl. vulnerability). Gre za preplet genetskih, bioloških in psiholoških potez posameznika, ki se lahko izrazijo pod vplivom določenih stresorjev (19). Marušič in Farmer (20) tako izpostavljata, da se razvoj samomorilnega procesa začne zaradi prepletanja vplivov okolja (npr. ogrožajoči življenjski dogodek, dostopnost sredstev za samomor) in genetske nagnjenosti (npr. emocionalne labilnosti, depresivne motnje). Stopnja posameznikove ranljivosti se spreminja, odvisna je od življenjskih dogodkov in ravni njegove tolerance za frustracije. Posameznikova tolerance za frustracije je opredeljena kot subjektivni standard življenja, določen z zapletenim skupkom psihosocialnega okolja, medosebnih odnosov, ambicij, vrednot in naključnih dejavnikov, ki lahko varovalno delujejo na razvoj samomorilnega procesa (21).

V nadaljevanju so opisane posamezne stopnje samomorilnega procesa. Ob tem je treba poudariti, da se navedeni opis, prikaz, nanaša na razvoj samomorilnega procesa, v ozadju katerega je posameznikov motiv po prekinitvi duševne stiske oz. umiku iz življenjske situacije, ki jo doživlja kot nevzdržno (19). Na samomorilno vedenje, ki služi drugemu namenu (npr. samomorilski napadi), predstavljeni proces in njegove stopnje niso prenosljive.

Stopnje samomorilnega procesa

Marušič in Farmer (20) kot najblažjo obliko samomorilnosti znotraj samomorilnega procesa navajata negativne misli. Posameznik se znajde v resni problemski situaciji, iz katere ne vidi izhoda, zato se lahko začne srečevati z občutki nemoči, obupa, ki jih spremljajo negativne ali celo depresivne misli. Prisotnost in pogosto ponavljanje depresivnih misli, ki so lahko vezane na posameznika (npr. »Nič nisem vreden.«), na svet (»Ljudje so zlobni.«) in/ali na prihodnost (»Nikoli ne bo bolje.«), še poglobi posameznikovo stisko (22).

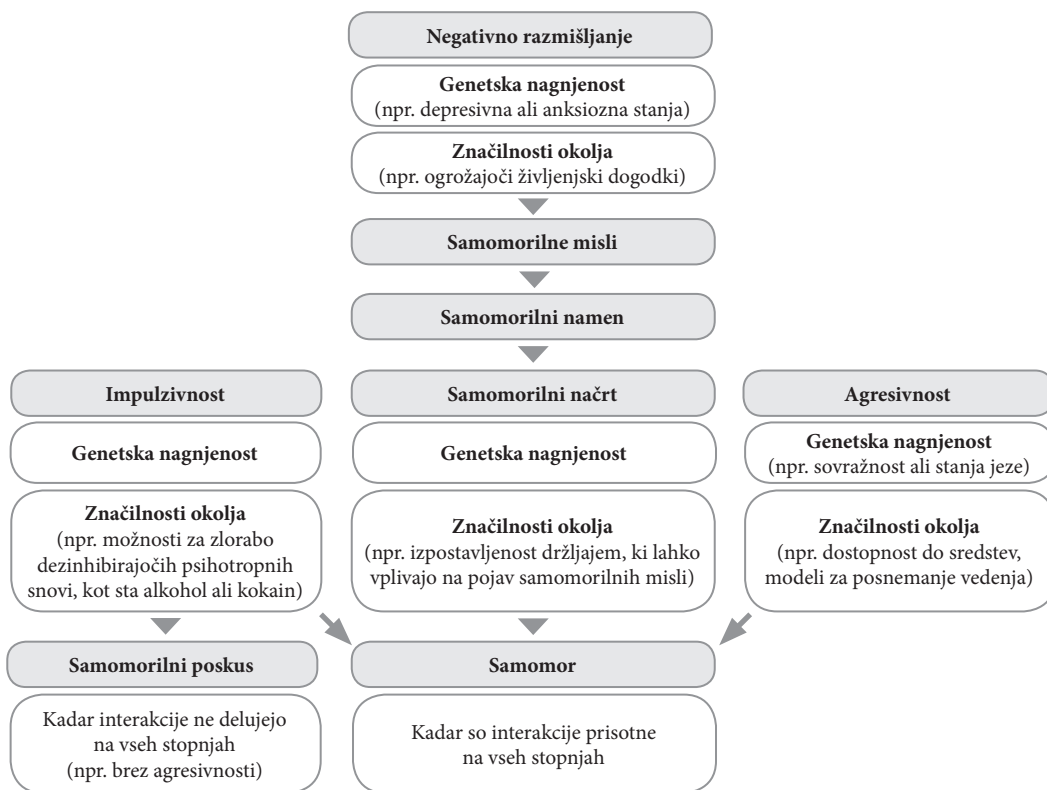
V posameznikovo razmišljanje se lahko nadalje začnejo vrivati tudi (občasne) misli na smrt kot rešitev iz stiske. Misli lahko ostanejo v pasivni obliki, ko si posameznik želi, da ga ne bi bilo več, a da bi se smrt zgodila brez njegovega vpliva (npr. »*Najraje se zjutraj ne bi več zbudila.*«). Lahko pa se začnejo samomorilne misli stopnjevati v aktivno obliko, ko začne posameznik razmišljati o tem, da bi končal svoje življenje (npr. »*Tega ne zdržim več, ubil se bom.*«).

Naslednjo stopnjo predstavlja posameznikova odločitev za samomor oz. samomorilna namera. Posameznik se odloči, da bo stisko, ki jo doživlja, prekinil tako, da si bo vzela življenje. Pri tem je treba poudariti, kot že prej pri opredeljevanju samomorilnosti, da je samomorilni namen komponenta, ki je spreminjajoča in težko merljiva. Posameznikovo odločitev za samomor običajno spremlja visoka stopnja ambivalentnosti – želja po življenju na eni in želja po izhodu iz zanj nevdružne situacije na drugi strani. Nekateri avtorji izpostavljajo, da se za posameznikovo samomorilno namero redko skriva želja po smrti, saj nihče ne ve, kaj pomeni biti mrtev. Gre prej za to, da je v posameznikovi perspektivi v določenem trenutku smrt lažja, privlačnejša možnost kot življenje (23) oz. si posameznik želi končati svoje trpljenje, pri čemer je smrt zgolj sredstvo za to (3, 24).

Največje tveganje, da bo posameznik udeležil svoje misli v smeri samomora, pa je na najvišji stopnji samomorilnega procesa, ko posameznik izdelava samomorilni načrt. To pomeni, da aktivno razmišlja o tem, na kakšen način, kje in kdaj bo izvedel samomor. Izbira samomorilne metode ter čas in kraj, kjer bo izpeljano samomorilno dejanje, so pogojeni z mnogimi dejavniki, ki vključujejo kulturo, starost, spol, dostopnost (sredstev/lokacije), opremljenost z informacijami, družinski kontekst (25).

Izdelavi samomorilnega načrta lahko sledi njegova izpeljava oz. samomorilni poskus. Če ta ni predčasno ustavljen ali prekinjen, se lahko konča s smrtnim izidom ali brez smrtnega izida. Marušič in Farmer (20) razlagata, da je izid samomorilnega poskusa odvisen od intenzivnosti samomorilnega namena ter posameznikovih osebnostnih lastnosti (npr. stopnje impulzivnosti in agresivnosti). Močan samomorilni namen bo ob izraženi agresivni in impulzivni komponenti zelo verjetno pripeljal do samomora, medtem ko bo v odsotnosti agresivne komponente rezultat verjetno samomorilni poskus (slika 1.2). Za nekatere posameznike, ki preživijo samomorilni poskus, je to le enkratno dejanje, ki ga nikoli več ne ponovijo. Nekateri pa se po poskusu kmalu ali pozneje v življenju ponovno vrnejo v samomorilni proces, pri čemer vstopna točka niso nujno samomorilne misli, ampak katera od bolj napredujočih stopenj samomorilnosti. Ocenjuje se, da 10–15 % posameznikov, ki preživijo samomorilni poskus, nekoč dejansko umre zaradi samomora, največje tveganje je v prvem letu po poskusu (23).

Končno točko v samomorilnem procesu predstavlja samomorilni poskus s smrtnim izidom oz. samomor. V izogib vrednotenju dejanja oz. njegovih posledic je pomembno, da ne uporabljamo besednih zvez, kot so 'neuspeh/uspeh samomor'. Razlika v primerjavi s samomorilnim poskusom brez smrtnega izida je dovolj poudarjena z izrazom samomor. Samomorilni poskusi so v primerjavi s samomori 10- do 20-krat pogostejši v splošni populaciji, medtem ko se to razmerje spreminja v različnih ciljnih skupinah (npr. razmerje se spreminja s starostjo) (26, 27).



Slika 1.2. Model razvoja samomorilnega vedenja preko interakcij med genetskimi in okoljskimi dejavniki tveganja

(Prirejeno in ponatisnjeno z dovoljenjem Hogrefe & Huber Publishers (zdaj Hogrefe Publishing) www.hogrefe.com; Marušič A, Farmer A. Toward a new classification of risk factors for suicide behaviour. *Crisis*. 2001;22(2):43-6. doi:10.1027//0227-5910.22.2.43)

Če govorimo o tem, da samomor včasih pomeni zaključek posameznikovega samomorilnega procesa, pa je treba izpostaviti, da se po samomoru šele začne vrsta procesov za njegovo bližnjo in širšo okolico. Samomor ima namreč določene posledice za vse, ki so mu bili izpostavljeni oz. jih je samomor tako ali drugače prizadel (*več o tem v poglavju 32*).

Čeprav se samomorilni proces običajno začne z občasnimi mislimi na smrt in zaključí s samomorom kot zadnjo točko na kontinuumu (28), to ni vedno nujno značilno. Samomorilni proces je namreč dolgotrajno in dinamično, predvsem pa zelo individualno dogajanje, v katerem si različne oblike samomorilnega vedenja ne sledijo vedno linearno (10). V tem procesu se lahko izmenjujejo obdobja manjšega in večjega tveganja za samomor, ko posameznik prehaja med stopnjami v obe smeri. Prav tako samomorilni proces traja različno dolgo. Pri nekaterih dejansko postopoma napreduje od blažjih k resnejšim oblikam, medtem ko lahko nekateri posamezne stopnje preskočijo in je proces krajši. (28, 29). V nekaterih raziskavah npr. navajajo, da je čas med prehodom iz ene faze samomorilnega procesa v drugo lahko tudi zelo kratek, saj so ugotavljali, da je bil čas, ki je minil od pojava samomorilnih misli v nekem trenutku do izvedbe samomorilnega poskusa, lahko tudi le 10 minut (30).

Razlike v samomorilnem procesu

Razlike v poteku samomorilnih procesov posameznikov so odvisne tudi od kulture in drugih dejavnikov, med katerimi je treba izpostaviti predvsem spol in starost (28, 31). Tako nacionalni (32) kot mednarodni podatki (26, 27) kažejo, da je samomor pogostejši med moškimi, medtem ko je samomorilno vedenje brez smrtnega izida bolj značilno za ženske. Ni ene same razlage za te spolno pogojene razlike, a v mnogih raziskavah ugotavljajo, da moški izbirajo bolj smrtonosne metode v primerjavi z ženskami in da je njihovo samomorilno vedenje bolj impulzivno (27). Pomembno posredniško vlogo pa bi lahko imeli tudi prekomerna raba alkohola, agresivnost kot osebna poteza ter razlike v spoprijemanju z depresijo in drugimi težavami v duševnem zdravju (33).

Tudi med starostnimi skupinami prihaja do razlik v poteku in značilnostih posameznih stopenj samomorilnega procesa. Medtem ko je samomorilni poskus v povprečju pogostejši od samomora, je to razmerje pri mlajših, v populaciji adolescentov, precej višje (26). Pri mlajših je veliko več samomorilnih poskusov, ki se ne končajo s smrtjo, kar pripisujejo številnim dejavnikom. Med njimi je instrumentalna vloga samomorilnega vedenja, ko samomorilni poskus predstavlja klic na pomoč oz. opozarja na stisko, večja impulzivnost mladih in posledično manj izdelan samomorilni načrt ter izbira manj smrtonosne metode. Značilnost mladih je tudi krajši in hitreje napredujoč samomorilni proces (34, 35). Po drugi strani pa se pri starejših od 65 let mnogo več samomorilnih poskusov kot v splošni populaciji dejansko zaključi s smrtjo. Tudi v ozadju tega razmerja, ki se ocenjuje na 4 : 1 (36), se skriva več možnih razlogov. Za starejše je značilno, da se v povprečju samomorilni proces razvija počasneje, njihova odločitve za samomor je resnejša, njihovi poskusi pa načrtovani bolj premišljeno. Izbirajo bolj smrtonosne metode in okolico manj pogosto opozarjajo na svoje samomorilne namene. Poleg tega starejši v primerjavi z mlajšimi veliko težje okrevaljo po poškodbah, njihova zmanjšana socialna mreža ali celo socialna osamitev pa pomeni oviro tudi za verjetnost pravočasnega posredovanja drugih (37).

V povezavi z ostalimi dejavniki, ki vplivajo na samomorilni proces, pa avtorji navajajo, da se njihova pomembnost razlikuje tudi glede na stopnje samomorilnega procesa (38–40). V začetnih fazah imajo pomembnejši vpliv na razvoj in stopnjevanje samomorilnega procesa socialno-ekonomski dejavniki tveganja ter negativni življenjski dogodki, medtem ko imajo v poznejših fazah samomorilnega procesa večjo vlogo psihološki vidiki, morebitna duševna motnja, občutki brezupa in prisotnost samomora v družinski anamnezi.

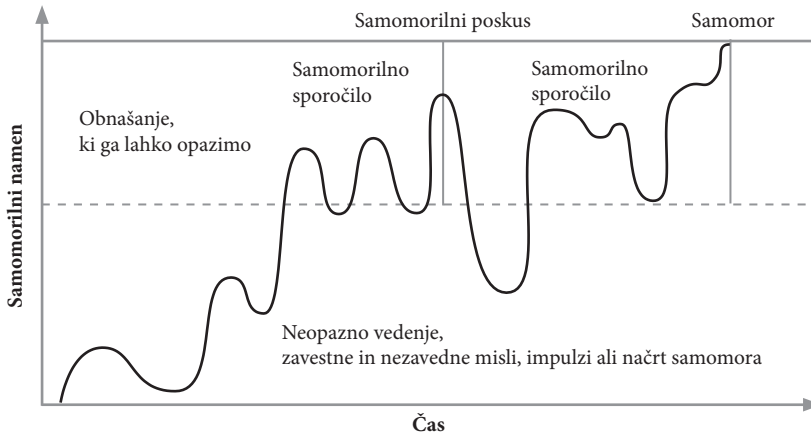
Prepoznavnost samomorilnega procesa in komunikacija z okoljem

Retterstol (41) je izpostavil koncept, v okviru katerega se samomorilnost razvija in napreduje kot proces znotraj posameznika in v interakciji z njegovo okolico. Napredovanje samomorilnega procesa ni vedno premočrtno, ampak se lahko npr. samomorilne misli pri posamezniku za nekaj časa tudi umaknejo in se pozneje ponovno aktivirajo ob določeni stiski, podobno pa se skozi čas spreminjajo tudi drugi samomorilni pojavi oz. niha njihova intenzivnost.

Retterstol (41) navaja, da je pomemben mejnik v razvoju samomorilnega vedenja prag (črtkana črta na sliki 1.3), ki samomorilni proces razdeli na dva dela (slika 1.3). Oblike samomorilnega vedenja, ki se nahajajo pod tem pragom (samomorilne misli, samomorilni namen in načrt), niso opazne drugim. Včasih niso opazne niti samomorilnemu posamezniku oz. jih ta ne prepozna in se jih ne zaveda. Posameznik prestopi prag, se razkrije (angl. self-disclosure), ko preko oblik samomorilnega vedenja, ki jih okolica lahko opazi, vstopi v 'komunikacijo' z okoljem.

V to skupino vedenja sodi npr. poslovilno pismo, izražanje samomorilnih namenov in nenazadnje tudi samomorilni poskus ter samomor.

Višina praga se med posamezniki razlikuje in je povezana z osebnostnimi in socialnimi značilnostmi. Med njimi je posebej izpostavljeno samorazkrivanje oz. pripravljenost posameznika, da s svojo okolico komunicira o svojih (samomorilnih) mislih, namenih, s čimer vpliva na višino praga. Višje kot se pri posamezniku nahaja prag, manj je njegov samomorilni proces predvidljiv oz. dostopen za pravočasne intervencije. Visok prag razloži tudi primere samomorov, pri katerih je vtis, da so se pojavili nenadoma in brez predhodnega samomorilnega procesa. V luči tega koncepta lahko za take primere predvidevamo, da se je večji del samomorilnega procesa odvil pod pragom možnega – zunanjega zaznavanja.



Slika 1.3. Komunikacija samomorilnega procesa z okolico

(Prirrečno in ponatisnjeno z dovoljenjem PLSclear; Retterstol N. Suicide: a European perspective. Cambridge: Cambridge University Press; 1993.)

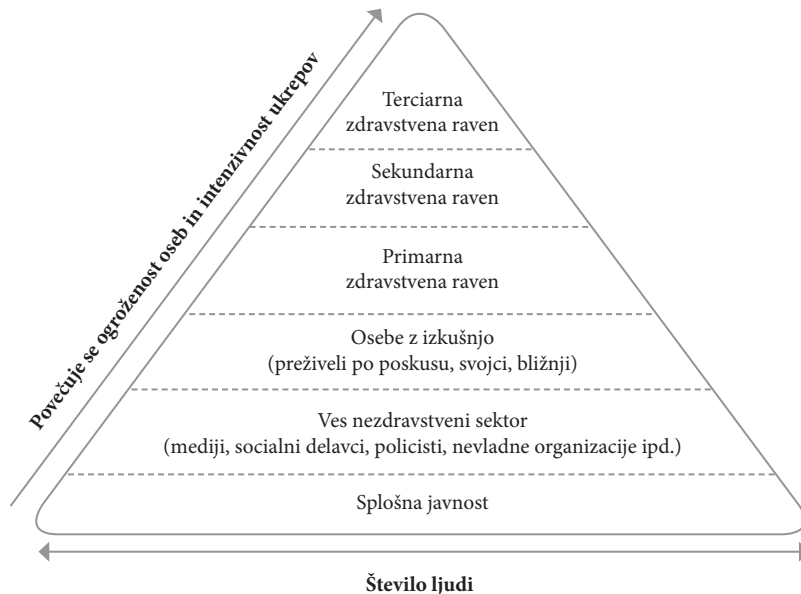
Razumevanje praga posameznikove komunikacije o samomorilnem procesu z okoljem ima pomembno vrednost za preventivo samomorilnega vedenja. Ključni so namreč tako pristopi, ki bi omogočali identificiranje različnih načinov, skozi katere se navzven izraža samomorilni proces, kot tisti, ki bi prispevali k zniževanju praga komuniciranja o njem in zmanjševanju tveganja.

Različne oblike samomorilnosti v populaciji in različni pristopi k preprečevanju

Ocene življenjske prevalence (pojavnosti kadarkoli v življenju) za samomorilne misli se gibljejo med 10 in 18 % ter med 3 in 5 % za samomorilne poskuse (26, 42). Čas, v katerem se razvija samomorilni proces, ponuja možnost za pravočasne in raznovrstne intervencije, predvsem pa prepoznavo ogroženih.

Glede na stopnjo razvoja samomorilnega procesa so pri preprečevanju samomora pomembni in potrebni različni deležniki v družbi. V populaciji so najbolj pojavne začetne oblike samomorilnosti (misli), manj pojavne pa oblike samomorilnosti, ki se pojavljajo z napredovanjem samomorilnega procesa (načrt, poskus). Posledično je v populaciji največje število posameznikov, ki niso ogroženi (brez prisotnih različnih oblik samomorilnosti) ali so ogroženi malo (prisotnost samomorilnih misli), in manjše število oseb, ki so bolj ogrožene, a se njihova ogroženost razlikuje po izraženosti samomorilnosti (prisotnost

načrta, samomorilnega poskusa) (43). Povezava med ogroženostjo posameznikov, razširjenostjo različnih oblik samomorilnosti v populaciji in ustreznimi ukrepi ter deležniki je ponazorjena na sliki 1.4. Različno ogroženi posamezniki potrebujejo različno intenzivne ukrepe in pristope, ki jih lahko izvajajo ustrezno usposobljene in senzibilizirane javnosti (več o tem v poglavju 13). Na nižjih ravneh piramide so posamezniki, ki niso zelo ogroženi, potreba po intenzivnih in specifičnih ukrepi zato ni (tako) izrazita. V teh primerih je izpostavljena vloga splošne javnosti, nezdravstvenega sektorja (medijev, šolstva, različnih vratarjev sistema, npr. policistov, socialnih delavcev, gasilcev) in drugih javnosti oziroma organizacij, ki s pojavom pogosteje prihajajo v stik (denimo nevladne organizacije, ki delajo s svojci). Ukrepi na teh ravneh se usmerjajo predvsem v ozaveščanje o problemu, razvoju primernih, preudarnih in poučenih načinov odzivanja na problem ter prepoznavanje situacij. Bolj ogroženi posamezniki, pri katerih je samomorilni proces že napredoval, pa potrebujejo intenzivne in specifične ukrepe. Na teh ravneh je pomembna vloga različnih strokovnih javnosti, pri čemer mislimo na vse ravni zdravstvene dejavnosti – primarno, sekundarno (specialistično) in terciarno (bolnišnično) raven. Na primarni ravni zdravstvene dejavnosti so pomembni predvsem zdravniki družinske medicine in njihovi sodelavci, psihologi in drugi strokovni profili, ki delajo v preventivni dejavnosti, na specialistični in bolnišnični ravni pa klinični psihologi in psihiatri. Slednji so najbolj usposobljeni, specializirani in nepogrešljivi takrat, kadar je stiska akutna, kar pomeni, da pridejo v stik z (naj)manjšim deležem populacije, ki je sicer najbolj ogrožena.



Slika 1.4. Pomen sodelovanja različnih javnosti pri preprečevanju samomora glede na različno ogroženost v populaciji

Zaključek in usmeritve za naprej

Kljub poskusom številnih avtorjev in delovnih skupin še vedno ni ene, splošno sprejete definicije samomora in drugih oblik samomorilnosti, kar vpliva tudi na njihovo razmejevanje od sorodnih pojavov. Zato se morajo prizadevanja po jasni, skupni, nevtralni opredelitvi še oz. pospešeno nadaljevati, saj lahko to predstavlja trdne temelje, na katerih bodo razvite učinkovite preventivne strategije in ustrezni klinični pristopi za delo s posamezniki, ki so ranljivi na tem področju.

Za preventivno delo na individualni, prav tako pa na populacijski ravni, je pomembno tudi razumevanje in poznavanje samomorilnega procesa. Od tega, kako dolgo traja razvoj samomorilnega procesa, je odvisen čas, ki je na voljo za intervencije. Čeprav se v določenih primerih samomorilni proces lahko razvije zelo hitro, v večini primerov ostaja dovolj časa za intervencije, predvsem s strani nestrokovnih deležnikov (prijateljev, družine, sodelavcev). Zato je izrednega pomena, da se preprečevanje samomora oblikuje in razume kot družbena naloga.

Reference

1. Slovar slovenskega knjižnega jezika SSKJ [na spletu]. Ljubljana: ZRC SAZU; 2014. Dostopno na: <https://fran.si/130/sskj-slovar-slovenskega-knjiznega-jezika>
2. Goodfellow B, Kolves K, De Leo D. Contemporary classifications of suicidal behaviors. *Crisis*. 2020;41:179–86. doi: 10.1027/0227-5910/a000622
3. De Leo D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJ, Bille-Brahe U. Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHO/EURO multicentre study. *Crisis*. 2006;27(1):4–15. doi: 10.1027/0227-5910.27.1.4
4. Rosenberg ML, Davidson LE, Smith JC, Berman AL, Buzbee H, Gantner G idr. Operational criteria for the determination of suicide. *J Forensic Sci*. 1998;32:1445–55. doi: 10.1520/JFS12589J
5. World Health Organization. Preventive practices in suicide and attempted suicide: summary report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1986.
6. World Health Organization, Regional Office for Eastern Mediterranean [na spletu]. Cairo: WHO, Regional Office for Eastern Mediterranean; c2021. Suicide; [citirano 24. 2. 2021]. Dostopno na: <http://www.emro.who.int/health-topics/suicide/feed/atom.html>
7. Goodfellow B, Kolves K, De Leo D. Contemporary nomenclatures of suicidal behaviors: a systematic literature review. *Suicide Life Threat Behav*. 2018;48(3):353–66. doi: 10.1111/sltb.12354
8. Marusic A. Toward a new definition of suicidality? Are we prone to Fregoli's illusion? *Crisis*. 2004;25:145–6. doi: 10.1027/0227-5910.25.4.145
9. De Leo D, Goodfellow B, Silverman M, Berman A, Mann J, Arensman R idr. International study of definitions of English-language terms for suicidal behaviours: a survey exploring preferred terminology. *BMJ Open*. 2021;11:članek e043409. doi: 10.1136/bmjopen-2020-043409
10. van Heeringen K. The suicidal process and related concepts. V: van Heeringen K, urednik. *Understanding suicidal behaviour: the suicidal process approach to research, treatment and prevention*. Chichester: Wiley; 2001. str. 3–15.
11. Boudewyn AC, Liem JH. Childhood sexual abuse as a precursor to depression and self-destructive behavior in adulthood. *J Trauma Stress*. 1995;8:445–59. doi: 10.1002/jts.2490080307
12. Gratz KL. Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *J Psychopathol Behav Assess*. 2001;23(4):253–63. doi: 10.1037/t04163-000
13. Romans SE, Martin JL, Anderson JC, Herbison GP, Mullen PE. Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *Am J Psychiatry*. 1995;152:1336–42. doi: 10.1176/ajp.152.9.1336
14. Hvala N, Kotar V, Zoronjić E, Peterec Kotar D, Lesar I. Mladostnik in samopoškodba: možnosti in priložnosti za izvajanje preventivnega zdravstvenovzgojnega dela. *Obzor Zdrav Neg*. 2012;46(4):289–96.
15. Anestis MD, Selby EA, Joiner TE. The role of urgency in maladaptive behaviors. *Behav Res Ther*. 2007;45:3018–29. doi: 10.1016/j.brat.2007.08.012
16. Runeson BS, Beskow J, Waern M. The suicidal process in suicides among young people. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;93:35–42. doi: 10.1111/j.1600-0447.1996.tb10616.x
17. van Heeringen K, Hawton K, Williams JM. Pathways to suicide: an integrative approach. V: Hawton K, van Heeringen K, urednika. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: Wiley; 2000. str. 223–34. doi: 10.1002/9780470698976.ch14

18. Svetičič J, De Leo D. The hypothesis of a continuum in suicidality: a discussion on its validity and practical implications. *Ment Illn.* 2012;4(15):73–8. doi: 10.4081/mi.2012.e15
19. van Heeringen K. The suicidal process and related concepts. V: van Heeringen K, urednik. *Understanding suicidal behaviour: the suicidal process approach to research, treatment and prevention.* Chichester: Wiley; 2001. str. 3–15.
20. Marušič A, Farmer A. Toward a new classification of risk factors for suicide behaviour. *Crisis.* 2001;22(2):61–5. doi: 10.1027//0227-5910.22.2.43
21. Kerkhof JF, Arensman E. Pathways to suicide: the epidemiology of the suicidal process. V: van Heeringen K, urednik. *Understanding suicidal behaviour: the suicidal process approach to research, treatment and prevention.* Chichester: Wiley; 2001. str. 15–40.
22. Williams JM. *The psychological treatment of depression: a guide to the theory and practice of cognitive behaviour therapy.* 2nd ed. London: Routledge; 1992.
23. Andriessen K. On “intention” in the definition of suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 2006;36(5):533–9. doi: 10.1521/suli.2006.36.5.533
24. Shneidman ES. *The definition of suicide.* New York: Wiley; 1985.
25. Biddle L, Donovan J, Owen-Smith A, Potokar J. Factors influencing the decision to use hanging as a method of suicide: qualitative study. *Br J Psychiatry.* 2010;197(4):320–5. doi: 10.1192/bjp.bp.109.076349
26. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev.* 2008;30:133–54. doi: 10.1093/epirev/mxn002
27. Mergl R, Koberger N, Heinrichs K, Székely A, Tóth MD, Coyne J idr. What are reasons for the large gender differences in the lethality of suicidal acts? An epidemiological analysis in four European countries. *PLoS One* [na spletu]. 2015 [citirano 24. 2. 2021];10(7):članek e0129062. Dostopno na: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129062>. doi: 10.1371/journal.pone.0129062
28. Thompson AH, Dewa CS, Phare S. The suicidal process: age of onset and severity of suicidal behaviour. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012;47:1263–9. doi: 10.1007/s00127-011-0434-0
29. Wyder M, De Leo D. Behind impulsive suicide attempts: indications from a community study. *J Affect Disord.* 2007;104:167–73. doi: 10.1016/j.jad.2007.02.015
30. Deisenhammer EA, Chy-Meng I, Strauss R, Kemmler G, Hinterhuber H, Weiss EM. The duration of the suicidal process: how much time is left for intervention between consideration and accomplishment of a suicide attempt? *J Clin Psychiatry.* 2009;70(1):19–24. doi: 10.4088/JCP.07m03904
31. Bertolote JM, Fleishmann A, De Leo D, Bolhari J, Botega N, de Silva D idr. Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychol Med.* 2005;35:1457–65. doi: 10.1017/S0033291705005404
32. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Baza podatkov Zdravniško poročilo o umrli osebi (NIJZ 46). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2020 (neobjavljeni podatki).
33. Gvion Y, Apter A. Suicide and suicidal behavior. *Public Health Rev.* 2012;34(2):članek 9. doi: 10.1007/BF03391677
34. Hawton K, Rodham K, Evans E. *By their own young hand: deliberate self-harm and suicidal ideas in adolescents.* London: Jessica Kingsley Publishers; 2006.
35. Davidson L, Linnoila M, urednika. *Risk factors for youth suicide.* New York: Hemisphere Publishing Corporation; 1991.
36. Convell Y. Suicide in later life: a review and recommendations for prevention. *Suicide Life Threat Behav.* 2001;31:32–47. doi: 10.1521/suli.31.1.5.32.24221
37. Harwood D. Suicide in older persons. V: Jacoby R, Oppenheimer C, urednika. *Psychiatry in the elderly.* Oxford: Oxford University Press; 2002. str. 677–82.
38. Neeleman J, de Graaf R, Vollebergh W. The suicidal process: prospective comparison between early and later stages. *J Affect Disord.* 2004;82:43–52. doi: 10.1016/j.jad.2003.09.005
39. Post RM. Transduction of psychosocial stress in to the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry.* 1992;149:999–1010. doi: 10.1176/ajp.149.8.999
40. Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD, Gemar M. A cognitive science perspective on kindling and episode sensitization in recurrent affective disorder. *Psychol Med.* 1996;26:371–80. doi: 10.1017/S0033291700034760
41. Retterstol N. *Suicide: a European perspective.* Cambridge: Cambridge University Press; 1993.
42. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR idr. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychol Med.* 1999;29:9–17. doi: 10.1017/S0033291798007867
43. Marušič A, Temnik S. *Javno duševno zdravje.* Celje: Celjska Mohorjeva družba; 2009.

Zgodovina suicidologije na Slovenskem¹

Onja Tekavčič Grad

Ključni poudarki poglavja

- Slovenija ima več kot stoletno zgodovino visoke obremenjenosti s samomorilnim vedenjem.
- Kljub različnim prizadevanjem na kliničnem in raziskovalnem področju je samomorilni količnik rasel do preloma tisočletja, od leta 2004 dalje pa se je krivulja samomorilnega količnika začela zniževati. Vzrokov za nižanje samomorilnega količnika je več: od povečanja različnih oblik pomoči, aplikativnih raziskav do dobre organizacije preventive samomorilnega vedenja.
- Razcvet suicidološke znanosti v Sloveniji in razvoj kliničnih dejavnosti sta se začela šele proti koncu 20. stoletja.
- V 70. letih so bili postavljeni temelji za epidemiološko in fenomenološko raziskovanje samomora z vzpostavitvijo Registra samomora in samomorilnega vedenja.
- Po dolgih letih prizadevanj za nacionalni program preprečevanja samomora je bil leta 2018 v Državnem zboru Republike Slovenije potrjen Nacionalni program duševnega zdravja, v katerem je kot 5. prednostno področje vključeno Preprečevanje samomorilnega vedenja.

Povzetek

Na območju Slovenije že od začetka 20. stoletja beležimo naraščanje števila samomorov (leta 1985 je imela Slovenija enega najvišjih količnikov v Evropi), vendar sta se znanstveno proučevanje in posledično preprečevanje samomorilnega vedenja začela šele po letu 1960. Od leta 1970 dalje ima Slovenija osnovo za epidemiološko in fenomenološko raziskovanje samomora v Registru samomorov in samomorilnih poskusov. V 70. in 80. letih so se začele oblikovati raznovrstne dejavnosti za pomoč osebam z različnimi oblikami samomorilnega vedenja (oddelki, centri, telefonske krizne linije, raziskovalne ustanove). Strokovnjaki nove znanosti – suicidologije – so opravili prve nacionalne raziskave in se vključili v mednarodne študije na tem področju. Po letu 1995 so začeli z različnimi projekti, ki so predstavljali izhodišče za to, da bi država sprejela nacionalni program preprečevanja samomora. Po več poskusih je to uspelo šele leta 2018, ko je bil sprejet in v Državnem zboru Republike Slovenije potrjen Nacionalni program duševnega zdravja, katerega del je tudi program preprečevanja samomorilnega vedenja.

¹ Pri pregledu in zbiranju podatkov za poglavje so sodelovali še Metka Kramar, spec. klin. psih., Anka Zavasnik, spec. klin. psih., doc. dr. Brigita Novak Šarotar, dr. med., spec. psihiatrije in izr. prof. dr. Vita Poštuvan, univ. dipl. psih. Na tem mestu se jim zahvaljujem. Pri iskanju referenc za to poglavje je pomagala Gaja Vatovec Barborič, mag. psih., za kar se ji iskreno zahvaljujem.

Uvod

V Sloveniji se tako poljudno kot tudi znanstveno opisovanje samomorilnega vedenja vseh vrst in različnih tveganj pojavlja zadnjih 120 let. V začetku opisovanja fenomena žal ne moremo govoriti o zanesljivi, natančni in za vse primere enaki metodologiji beleženja, še manj pa o raziskovanju, kot ga priznavamo za zanesljivega in znanstveno uporabnega danes. Metodološko načrtovano in preverjeno raziskovanje samomorilnosti se je v Sloveniji pričelo v 60. letih 20. stoletja. Razen zadnjih 30 let, odkar je Slovenija samostojna država, je bil problem samomora prikrit v statistiki države, ki ji je Slovenija v tistem času pripadala (Avstro-Ogrska, Kraljevina Slovencev, Hrvatov in Srbov, Kraljevina Jugoslavija in Socialistična federativna republika Jugoslavija (SFRJ)). Ker so druge dežele, regije in republike teh držav običajno imele nizek ali zelo nizek samomorilni količnik ali pa ta sploh ni bil sistematično registriran, je visoka vrednost slovenskega ostajala skrita v povprečju. Tako je imela SFRJ leta 1978 samomorilni količnik 14/100.000 prebivalcev, kar jo je uvrščalo v spodnji del lestvice evropskih držav po smrtih zaradi samomora, hkrati pa je imela Slovenija samomorilni količnik kar 30/100.000 prebivalcev; to pa bi jo kot samostojno državno entiteto (kar takrat ni bila) uvrstilo na drugo mesto, takoj za Madžarsko (43,1) in pred Avstrijo (24,8) (1). Iz časov, ko je Slovenija še bila del drugih držav, je potrebno omeniti prof. dr. Milovana Milovanovića. Milovanović, katerega formalna izobrazba je bila iz področja sodne medicine, je napisal prvo jugoslovansko raziskavo in monografijo o samomoru in velja za prvega jugoslovanskega suicidologa. Njegove raziskave in pristopi so vplivali na kasnejše rodove raziskovalcev in klinikov, ki so bili na področju suicidologije dejavni tudi v Sloveniji (1).

Podatke o samomorilnem vedenju na Slovenskem pred prvo svetovno vojno najdemo v redkih publikacijah avstrijskih avtorjev, ki tedanje Kranjske ne omenjajo kot posebej obremenjene s tem fenomenom (1). Povprečni samomorilni količnik v desetletju med leti 1881 do 1890 je bil le 6,8/100.000 prebivalcev (leta 1873 celo le 3/100.000). V kolikšni meri gredo te nizke številke na račun slabega in nepopolnega beleženja podatkov in koliko na račun prikrivanja pravega vzroka smrti, zanikanja nejasnih smrti in namernega zmanjševanja podatkov o samomoru zaradi takratne hude stigmatiziranosti, je težko preveriti. V avstro-ogrski vojski so se kranjski vojaki in častniki odlikovali kot zanesljivi in pogumni, zato lahko razmišljamo o hipotezi, da se agresija v narodu v nekaterih obdobjih obrne navzven (vojne, različni spopadi), v nekaterih pa navznoter (mirno obdobje, samomori). Ob prelomu 19. v 20. stoletje so to hipotezo potrjevale tudi številke – leta 1890 je bila Kranjska s številom ubojev (6,9/100.000 prebivalcev) na zelo visokem drugem mestu med vsemi avstrijskimi provincami, takoj za Dalmacijo (2). To poudarjata tudi prva slovenska raziskovalca samomorilnega vedenja, brata prof. dr. Bojan Pirc in dr. Ivo Pirc (3), ki navajata, da je bilo med leti 1921 in 1935 povprečno 870 nasilnih smrti na leto, kamor sodijo tako umori kot samomori. Poudarjata še, da teh podatkov nihče ne raziskuje. Milčinski navaja, da je bil že med letoma 1931 in 1935 samomorilni količnik kar 19,4/100.000 prebivalcev, kar je precejšnji porast, ki pa ga stroka in znanost tedaj nista obravnavali (1).

Bolj sistematično in sodobno raziskovanje samomorilnega vedenja v vseh njegovih oblikah (samomor, samomorilni poskus, samopoškodovalno vedenje, grožnje in misli o samomoru) se je pričelo šele po drugi svetovni vojni, v 60. letih 20. stoletja, ko je količnik v Sloveniji že kazal opazen trend rasti, saj se je povzpел kar na več kot 25/100.000 prebivalcev v 60. letih in več kot 30/100.000 prebivalcev v 70. letih 20. stoletja.

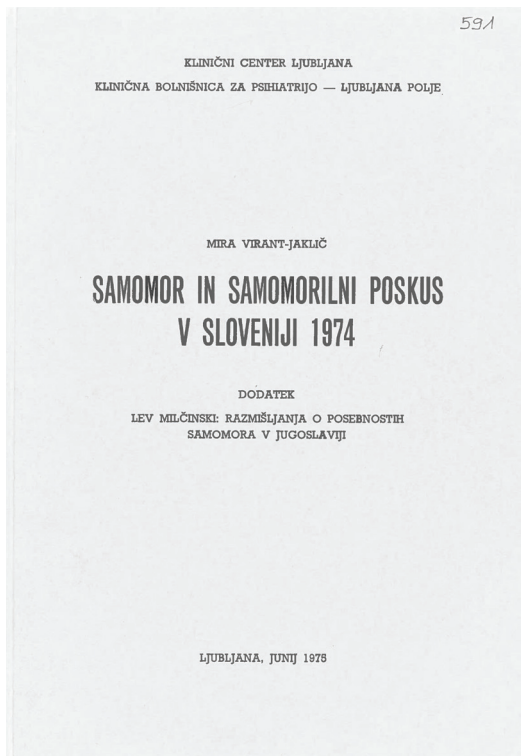
Register samomora in samomorilnega poskusa v Sloveniji ter vsakoletne publikacije o tem fenomenu (od 1970 dalje)

Mejnik raziskovanja samomorilnega vedenja v Sloveniji je bila ustanovitev Registra samomorov in samomorilnih poskusov na Psihiatrični kliniki v Ljubljani² leta 1970. Tedanji predstojnik Psihiatričnega dispanzerja akad. prof. dr. Lev Milčinski je postavil okvir in temelje natančnega beleženja tega fenomena. Podatki o samomoru so v Register, ki ga je vodila socialna delavka Mira Virant Jaklič, prihajali redno iz vseh slovenskih policijskih postaj (tedaj imenovane Uprava javne varnosti), ki so prišle na kraj dogodka in ga popisale v obrazcu, ki je obsegal najpomembnejše demografske podatke o umrlem, pa tudi poklic, oceno duševnega stanja, tako imenovani motiv dejanja, opitost pred dejanjem, kraj dejanja, regijo, način samomora in prejšnje samomorilne poskuse. Tako ocena duševnega stanja kot motiv za dejanje sta bila poudarjeno laični oceni, »ki so jih zbrali organi javne varnosti« (4). S tem so bili pred petdesetimi leti postavljeni temelji za raziskovanje fenomena samomorilnosti na Slovenskem. Tudi v današnjem času je policija dolžna oditi na kraj vsakega samomora, zato da izključi vpletenost tretje osebe in da popiše informacije o okoliščinah, ki so vodile v smrt. Podatki, ki jih policija zbira v današnjem času, so zaradi različnih zakonskih predpisov veliko bolj okrnjeni, kot so bili v preteklosti, prav tako pa je zaradi različnih zakonskih omejitev žal tudi okrnjena in omejena uporaba teh podatkov v preventivne namene (*več o tem v poglavju 5*). Leta 1970, torej v istem času, je nastala tudi ena prvih raziskovalnih nalog na temo samomorilnosti, doktorska disertacija Leva Milčinskega z naslovom Samomor in Slovenci (5).

Avtorja Milčinski in Virant Jaklič sta vsako leto izdala knjižico z naslovom Samomor in samomorilni poskus v Sloveniji, ki je redno izhajala med leti 1971 in 1995 kot interna publikacija Psihiatrične klinike Ljubljana. Statistika samomorilnih poskusov je temeljila na prijavih, ki naj bi jih v Register pošiljale različne zdravstvene institucije, katerih podatki pa so bili nepopolni iz več razlogov: nekateri posamezniki po samomorilnem poskusu niso prišli do zdravniške pomoči, ker so si pomagali sami, drugi so sicer prišli do svojega splošnega zdravnika ali pediatra, vendar jih je ta le oskrbel, ne pa poslal naprej v specialistično obravnavo. Statistika samomorilnih poskusov še danes ni zanesljiva, ker v Sloveniji ni vzpostavljena standardizirana metoda zbiranja podatkov o poskusih (*več o tem v poglavju 5*). Dogovor na republiški ravni v tistem času je bil, da naj bi vsakogar, ki je poskušal storiti samomor, pregledal psihiater, in bi se na podlagi pregleda odločil, ali ga pošlje v specialistično bolnišnično obravnavo ali ga bo vodil naprej ambulantno. Tudi tega dogovora se seveda vsi niso držali, kot tudi ne prijavljanja dogodka, saj se je nekaterim strokovnjakom zdelo, da bi to škodilo njihovemu pacientu v nadaljnjem življenju. Milčinski ocenjuje, da je teh prijav vsaj petkrat premalo glede na ocene v primerjavi z dokončanimi samomori (4).

Statističnemu poročilu o samomoru in samomorilnem poskusu v Sloveniji so bili vsako leto dodani tudi komentar in kratka strokovna razmišljanja Milčinskega o samomorilnem vedenju (stališča, odnos do problema ipd.). Poročilo je bilo pospremljeno s primerjavo slovenskih statističnih podatkov z mednarodnimi podatki in analizami (1971–1997) (slika 2.1).

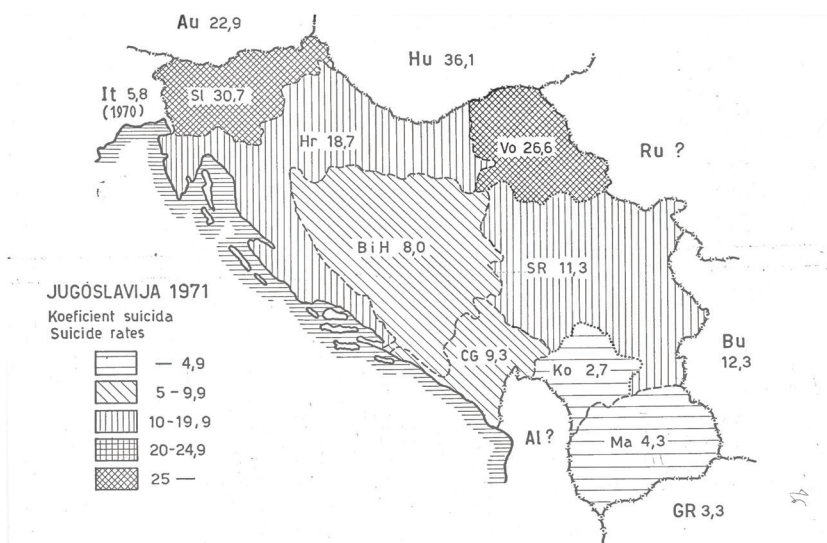
² Uporaba naziva Psihiatrična klinika Ljubljana se nanaša na današnjo Univerzitetno psihiatrično kliniko Ljubljana, saj je bil naziv v veljavi v času, ki ga naslavljamo.



Slika 2.1. Naslovnica statističnega poročila o samomoru in samomorilnem poskusu v Sloveniji 1974 (Ponatisnjeno z dovoljenjem Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana; Virant Jaklič M, Milčinski L. Samomor in samomorilni poskus v Sloveniji v letu 1974: razmišljanja o posebnostih samomora v Jugoslaviji. Ljubljana: Klinična bolnišnica za psihiatrijo; 1975.)

V letu 1973 je bila osnovnemu obrazcu za prijavo samomora dodana še tabela o tem, ali in kdaj je bil umrlj prvič zaveden v psihiatričnem dispanzerju, kdaj je bil v psihiatričnem dispanzerju zaveden zadnjič in kdaj v kateri drugi psihiatrični ambulanti (6). Podatki, ki so bili zbrani, so ponujali dobro izhodišče tako za oceno števila spregledanih primerov (npr. ker oseba o svojih samomorilnih željah ni spregovorila s psihiatrom) kot tudi oceno števila posameznikov, katerih težava je bila neodzivna na zdravljenje. Tako je iz takratnih slovenskih podatkov jasno, da je bila dobra četrtina (27,6 %) tistih, ki so bili vodeni v psihiatrični ambulanti in so pozneje umrli zaradi samomora, pri psihiatru v zadnjih treh mesecih pred dogodkom in ena desetina (9,8 %) v zadnjem tednu pred dogodkom.

Pregled vsakoletne knjižice o samomoru v Sloveniji skozi 25 let nam pokaže bogastvo znanja avtorjev, pa tudi raziskovalne poskuse strokovnjakov, ki jim je bil Register vir in osnova analiz in strokovnih razmišljanj o vzrokih tako visoke samomorilnosti v tem obdobju v Sloveniji. V primerjavi z drugimi deli Jugoslavije, ki ji je Slovenija v tem času pripadala, je bil količnik v Sloveniji mnogo višji. Izjema je bila le Vojvodina, ki je bila primerljiva s Slovenijo v več parametrih in tudi v stopnji samomorilnega količnika. Za leto 1980 je ta nihal od 2,4 na Kosovu, 4,6 v Makedoniji, 7,0 v Bosni in Hercegovini, 11,6 v Srbiji in Črni gori, pa vse do 19,5 na Hrvaškem, 26,2 v Vojvodini in do najvišjega, 30,1, v Sloveniji (1) (slika 2.2).



Slika 2.2. Republike nekdanje Jugoslavije s pripadajočim samomorilnim količnikom

(Ponatisnjeno z dovoljenjem Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana; Virant Jaklič M, Milčinski L. Samomor in samomorilni poskus v Sloveniji v letu 1974: razmišljanja o posebnostih samomora v Jugoslaviji. Ljubljana: Klinična bolnišnica za psihiatrijo; 1975.)

V letnih publikacijah se je Milčinski dotikal različnih problemov v zvezi s samomorom, ki bi jih lahko imeli v tistem času za vizionarske in tudi po petdesetih letih ostajajo zelo aktualni. Že leta 1977 je razmišljal, kakšen je vpliv družbenih stališč do samomora na to, da je samomora v Sloveniji tako veliko. V raziskavi leta 1967 so intervjuvali 236 informatorjev – to je bližnjih posameznikov osebe, ki je umrla zaradi samomora (temu postopku bi sedaj rekli psihološka avtopsija; več o tem v poglavju 16), in jih ob koncu vprašali, ali se jim zdi samomor izhod iz resnih življenjskih težav. Odgovori so pokazali precej tolerantna stališča do samomora, saj je kar 30,5 % udeležencev raziskave odgovorilo pritrdilno. Kljub temu da je bil vzorec po današnjih standardih nereprezentativen za populacijo, pa tudi ne dovolj velik in zanesljiv, lahko vidimo, da so avtorjeva razmišljanja o tem fenomenu segala daleč širše od preproste biomedicinske razlage. Milčinski poskuša razložiti stališča do samomora s pomočjo filozofsko-religiozno-etičnega pogleda na samomor, kot eno od možnih razlag pa uporabi janzenizem³, ki je bil v slovenski zgodovini izredno vplivna in rigorozna verska struja. Poudarjala je, da je človek grešnik, ki se nikakor ne more oprati svojega greha, niti s spovedjo ne, samomor pa je eden večjih grehov. Milčinski citira teologe, ki so v sodobnem času tovrstni nauk omilili, vendar meni, da je pustil vrsto posledic na odnosu slovenskih ljudi do vsakdanjega reševanja problemov. Sprašuje se, ali je tako rigiden in strog verski nauk morda pomagal preprečevati samomor v svojem obdobju (18. in 19. stoletje) ali pa je nasprotno, pahnil mnogo ljudi čez rob (1). Vsakoletne publikacije na podlagi Registra se zdijo zelo pomembne za slovenski prostor, vendar zaradi interne narave objav (založnik Psihiatrična klinika Ljubljana) obstaja nevarnost, da bodo ušle iz zgodovinskega

³ Janzenizem je versko gibanje znotraj katoliške cerkve, poimenovano po nizozemskem škofu Jansenu v začetku 17. stoletja. Pod vplivom kalvinizma je janzenizem učil, da je človekova narava po izvirnem grehu pokvarjena in tega ne more spremeniti. Janzenisti so verovali, da le božja milost lahko reši ljudi, to pa je bilo dano le izbranim. Janzenizem je vplival tudi na slovenske kraje, v versko življenje vnašal hlad in pretirano strogost (Slovar slovenskega knjižnega jezika. 2. izd. Ljubljana: Cankarjeva založba; 2015; Kolar B. Posledice janzenističnih idej za nekatere oblike ljudske pobožnosti. Bogosl vestn. 2012;72(2):205-17).

suicidološkega spomina, zato jih je smiselno predstaviti podrobneje. Leta 1981 je bil zbranim statističnim podatkom o samomoru in samomorilnem poskusu v Sloveniji za leto 1980 (7) dodan obsežnejši zapis o povezavi med Upravo javne varnosti (policijo), katere uslužbenci so bili in so še vedno prvi na kraju, kjer se je zgodil samomor. Prav zato je Milčinski menil, da morajo obvladati določena znanja, načine vedenja in tehnike vodenja pogovora, ki jim bodo pomagale pri njihovem delu, ko pridejo na kraj dejanja. Zavedati se moramo, da so ob tem policisti pogosto izpostavljeni ne le težkim prizorom različnih načinov samomora, pač pa tudi tako ali drugače prizadetim svojcem. Tem morajo policisti večkrat prvi predati informacijo o samomoru bližnjega, pogosto pa se znajdejo v situaciji, ko morajo svojcem nuditi tudi človeško in strokovno oporo. Zato nujno potrebujejo znanje o samomorilnem vedenju in praktične smernice, kako ravnati s svojci (ali osebo, ki je poskušala storiti samomor). Milčinski je že tedaj predlagal redna izobraževanja policistov. Na koncu publikacije je dodana tudi informacija, kam naj policist napoti svojce, ali pa sam pokliče za nasvet (npr. psihiater, telefon za ljudi v duševni stiski). Ta razmišljanja so tudi sprožila potrebo po organizaciji prvih seminarjev za policiste in kriminaliste v Sloveniji, ki jih je v 90. letih organizirala policija in izvedla prof. dr. Onja Tekavčič Grad. V 90. letih so se kriminalisti redno vključevali v izobraževanja za svetovalce Klica v duševni stiski (*več o tem v poglavju 27*), da so tako pridobili nujno potrebna nova znanja o pomoči ljudem v stiski in načinih komunikacije z njimi. Ko prebiramo to publikacijo, se zdijo nekatera avtorjeva razmišljanja ob konkretnih statističnih podatkih (8) res zelo napredna, saj se sprašuje, ali je poseganje psihiatrije v preprečevanje samomora že psihiatrizacija tega sicer tako kompleksnega fenomena in posledično prekoračenje kompetenc psihiatrične stroke. Sprašuje se o evtanaziji in tem, ali mora psihiatrija in družba nasploh kdaj tudi upoštevati absolutno svobodo odločanja, ko gre za filozofski ali politični problem, na kar opozarjajo tudi sodobna kritična suicidologija in dileme ob medicinski pomoči pri samomoru (*več o tem v poglavju 33 in 34*).

V dodatku k statistiki iz Registra samomora in samomorilnega poskusa za leto 1984 (9) Milčinski problematizira različna etična vprašanja v zvezi s samomorom iz forenzičnega, kazensko-pravnega in psihiatričnega vidika: kako se odzvati na gladovno stavko, kako na politično ozadje samomorilnega dejanja, ki je npr. napovedano, in kako ravnati pri samomorih več oseb, morda tudi tistih, ki niso želele umreti (npr. otroci). Druga relevantna dilema, ki jo avtor odpira, je tudi etičnost postopka psihološke avtopsije (10) in podatkov o pokojniku ter kdo je usposobljen za to delo, da ne povzroči dodatne škode svojcem.

V knjižici s podatki iz Registra za leto 1987 (11), ko je bil v Sloveniji samomorilni količnik eden najvišjih v slovenski zgodovini (34,2/100.000 prebivalcev, Hrastnik z najvišjim količnikom pa 90,3), poroča Milčinski o razlikah med podatki uradnega Statističnega letopisa Republike Slovenije, ki ga je izdajal Statistični urad Republike Slovenije (647 samomorov) in dopolnjenimi podatki Centra za preprečevanje samomora znotraj Psihiatrične klinike Ljubljana (682 samomorov), kar pomembno spremeni končni količnik (tudi na račun oseb, ki so imele stalno bivališče v Sloveniji, naredile pa samomor drugje, ali vojaki v Jugoslovanski ljudski armadi, ki niso avtomatsko vključeni v podatke Statističnega urada (12)). Zastavlja se vprašanje, ali bi tudi danes ob enaki metodologiji sledenja posameznim primerom, predvsem tistim, ki so se pred tem kdaj zdravili v psihiatričnih bolnišnicah, ali pa so umrli zaradi posledic samomora, vendar zaradi drugih, somatskih zapletov (to sledenje sedaj omejuje Zakon o varstvu osebnih podatkov), našli podobno razliko v številkah.

Center za preprečevanje samomora na Psihiatrični kliniki Ljubljana

Konec 70. let 20. stoletja so na Psihiatrični kliniki Ljubljana na takratnem Psihiatričnem dispanzerju (sedaj Center za izvenbolnišnično psihiatrijo) ustanovili Center za preprečevanje samomora, ki se je v 90. letih preimenoval v Službo za preprečevanje samomora. V Center so sodili: ambulantna dejavnost v dispanzerju (ki je delovala od 7. do 19. ure), Register samomora in samomorilnega poskusa, Klic v duševni stiski (deloval in še deluje vsak dan od 19. do 7. ure) in oddelek za psihiatrično hitro pomoč (oba na Centru za mentalno zdravje) ter urgentni oddelki na Psihiatrični kliniki Ljubljana (13).

Naslednji korak v skrbi in oskrbi posameznikov, ki so v življenjski krizi razmišljali ali poskušali storiti samomor, je bil narejen z ustanovitvijo Oddelka za psihiatrično hitro pomoč na Centru za mentalno zdravje Psihiatrične klinike Ljubljana leta 1974. V tistem času je bil to edinstven oddelek v takratni Jugoslaviji in tudi širše v srednji Evropi. Obiskovali so ga domači in tuji strokovnjaki in po njegovem vzoru oblikovali podobne oddelke v svojih okoljih. Ustanovljen je bil z namenom, da bi nudil pomoč nepsihotičnim osebam v akutni življenjski stiski (14), predvsem pa osebam, ki so bodisi razmišljale o samomoru ali ga poskušale storiti, pa so jih oskrbeli in premestili iz enega od oddelkov internistične ali kirurške urgentne službe. Pacienti, hospitalizirani na oddelku psihiatrične hitre pomoči, so iskali pomoč pri razreševanju vzrokov in problemov, ki so privedli do take odločitve. Oddelek, ki se sedaj imenuje Enota za krizne intervencije (EKI), ostaja po 47 letih zavezan eni osnovnih nalog, da namreč pomaga posameznikom, ki so zaradi svojih stisk in nerešenih zapletov razmišljali o samomoru, ali pa so ga poskušali narediti in so jih po poskusu pripeljali na ta oddelek. EKI je oddelek odprtega tipa, ki obravnava paciente z akutnimi težavami anksiozno-depresivnega spektra, težavami v družinskem ali partnerskem odnosu po principih krizne intervencije. Obravnava je celostna, tako individualna kot tudi v različnih skupinah, z uporabo psihofarmakoloških (zdravljenja z zdravili) in psihoterapevtskih elementov in različnimi tehnikami (psihodrama, muzikoterapija, likovna terapija, kinezioterapija) ter po principih sistemske družinske terapije, ki vključuje tudi bolnikove svojce.

Oddelku za psihiatrično hitro pomoč se je naslednje leto (1975) pridružil vsebinsko podoben Oddelek za mladostnike, namenjen mladim od 14. do 20. leta, ki so bili na oddelek sprejeti zaradi različnih stisk in težav, približno tretjina tudi z izraženimi samomorilnimi mislimi ali po samomorilnem poskusu (15).

Leta 1980 je znotraj Centra za mentalno zdravje začela delovati prva slovenska telefonska krizna linija Klic v duševni stiski, namenjena posameznikom v stiski, tudi tisti najhujši, ko klicanci razmišljajo o samomoru (*več o tem v poglavju 27*). Dopolnila je druge elemente Centra za preprečevanje samomora, predvsem v nočnih urah (od 19. do 7. ure). Od tedaj deluje ta krizna linija vsako noč že zadnjih 41 let (16).

Razvoj kliničnega, raziskovalnega in publicističnega dela na področju preprečevanja samomorilnega vedenja v Sloveniji (obdobje 1980–2000)

Razvoj suicidologije kot znanosti, pa tudi kot klinične veje pomoči ljudem v stiski, se je v Sloveniji v letih med 1980 in 1990 razmahnil. Izvedena je bila obsežna raziskava o samomorih v Sloveniji, ki je bila zasnovana z uporabo psihološke avtopsije in na naključnem vzorcu oseb, ki so v letu 1978 umrle zaradi samomora (vsak 6. primer iz Registra samomora in samomorilnega poskusa, v vzorcu je bilo 70 moških in 30 žensk).

Podatke o posameznem umrlem so z metodo intervjuja pridobivali terenski raziskovalci (vsi strokovnjaki s področja duševnega zdravja, zaposleni na Psihiatrični kliniki Ljubljana), informatorji, torej osebe, ki so posredovale informacije, pa so bili bližnji umrlega. Intervjuji z bližnjimi (večinoma svojci) so bili izvedeni leta 1980, torej 2 leti po smrti oseb. Obsežni rezultati so bili objavljeni v dveh publikacijah z enakim naslovom *Samomor in Slovenci*. Eno je izdala Slovenska akademija znanosti in umetnosti (SAZU) in vključuje prispevke strokovnjakov različnih strok, ki so iskali odgovore na vprašanje, kako razložiti tako visoko obremenjenost Slovencev s samomorom (17). Vsebovala je prepletanje možnega (teoretičnega) razumevanja samomora s strani zgodovinarja, pravnika, sociologa, etnologa, teologa, statistika, ekonomista, filozofa, jezikoslovca, forenzika in fiziologa, to pa so dopolnjevale praktične klinične razlage psihiatra, psihologa in socialnega delavca, ki se s tem problemom srečujejo vsakodnevno v svoji praksi. Druga publikacija, ki je tudi delno temeljila na tej raziskavi, delno pa je skušala pokriti problematiko s primerjavo slovenskih in mednarodnih podatkov o samomoru in njihovih razlag, je bila prva slovenska strokovna knjiga o samomoru (1).

Združevanje slovenskih suicidologov

Do leta 1987 različni strokovnjaki, ki so se ukvarjali s teorijo in prakso samomora na Slovenskem, niso bili organizirani v enotni organizaciji, čeprav so nekateri sodelovali v Mednarodni organizaciji za preprečevanje samomora (International Association for Suicide Prevention; IASP) in v njej zastopali strokovnjake iz Jugoslavije (1977–1991). Po osamosvojitvi smo dobili predstavnika Slovenije. Za Jugoslavijo je bil predstavnik v IASP sprva akad. prof. dr. Lev Milčinski, za njim prof. dr. Janko Kostnapfel (1977–1987), 1987–2003 prof. dr. Onja Tekavčič Grad (najprej Jugoslavije, potem Slovenije), 2003–2007 prof. dr. Slavko Zihel, 2009–2017 je bila to doc. dr. Saška Roškar in 2017–2021izr. prof. dr. Vita Poštuvan. Slovenski suicidologi so v mednarodni skupnosti strokovnjakov zelo cenjeni. Leta 1997 je Onja Tekavčič Grad na svetovnem kongresu v Adelaidi (Avstralija) za svoje delo z žalujočimi po samomoru dobila mednarodno nagrado Normana Farberowa, ki jo je takrat prvič podelila Mednarodna zveza za preprečevanje samomora. Od tedaj to nagrado podeljujejo vsaki dve leti strokovnjaku za delo v postvenciji (*več o tem v poglavju 32*). V letih 1999–2003 je bila Onja Tekavčič Grad dva mandata podpredsednica IASP. Slovenski suicidologi se sicer vključujejo tudi v številne delovne skupine pri različnih združenjih.

Leta 1987 so slovenski suicidologi ustanovili Sekcijo za preprečevanje samomora pri Slovenskem zdravniškem društvu, v katero so bili sprejeti vsi profili strokovnjakov. Po osamosvojitvi Slovenije se je reorganiziralo tudi Slovensko zdravniško društvo, ki je v svoje vrste sprejelo le zdravnike in zobozdravnike. Tako so ostali drugi profili strokovnjakov, tudi suicidologi, brez svoje krovne organizacije. Zato je bilo leta 2001 ustanovljeno Slovensko združenje za preprečevanje samomora (Slovenian Association for Suicide Prevention; SASP). Združuje strokovnjake različnih strok, ki proučujejo samomorilno vedenje in se ga trudijo zmanjševati (prva predsednica Onja Tekavčič Grad do leta 2011, ko je prevzela to nalogo Anka Zavasnik, specialistka klinične psihologije, ki je še danes na tem mestu).

Publikacije

Pod okriljem SASP so bili organizirani štirje memoriali Leva Milčinskega, mednarodna srečanja suicidologov z vsega sveta (Avstralije, Belgije, Italije, Norveške, Srbije, Združenih držav Amerike (ZDA)) in Slovenije, slovenski suicidologi pa so začeli izdajati revijo

Pogled/The View – Acta Suicidologica Slovenica (revija za multidisciplinarno proučevanje in preprečevanje samomora). Izdanih je bilo 5 letnih dvojnih števil (med leti 2002 in 2011). V njem so objavljali svetovno znani suicidologi: prof. dr. Karl Andriessen iz Belgije, prof. dr. Lanny Berman in prof. dr. Silvia Sara Canetto iz ZDA, prof. dr. Diego De Leo iz Italije, prof. dr. Norman Farberow iz ZDA, prof. dr. Keith Hawton iz Velike Britanije, prof. dr. Heidi Hjelmeland iz Norveške, prof. dr. Andrej Marušič iz Slovenije, prof. dr. Lars Mehlum iz Norveške – omenjamo le nekatere – ter različni slovenski raziskovalci in znanstveniki. Pomembno je bilo, da je bil 2. Memorial, katerega poglavitna vsebina je bila, kako organizirati nacionalni program preprečevanja samomora, organiziran v prostorih Državnega zbora Republike Slovenije, na srečanje pa so bili povabljeni tudi vsi poslanci kot odločevalci predlaganih ukrepov v zvezi z zaježitvijo samomora. Ostali memoriali so se odvijali v prostorih SAZU kot najbolj cenjene krovne organizacije različnih vej znanosti, ki so posredno zastopane tudi pri proučevanju samomora (18–22).

Začetek postvencije

Ob proučevanju samomora je kmalu postalo jasno, da to ni le dejanje osebe, ki se zanj odloči, pač pa zelo prizadene vse bližnje – svojce, prijatelje in sodelavce, ki po dogodku ostanejo prizadeti, zastavljajo si vrsto vprašanj. Zato se je tudi v Sloveniji pokazala nujnost ponuditi pomoč svojcem in drugim prizadetim zaradi tovrstne izgube. V letu 1989 je bila zato organizirana prva skupina žalujočih po samomoru (strokovni vodji skupine sta bili klinični psihologinji Onja Tekavčič Grad in Anka Zavasnik), kmalu zatem je bila odprta tudi Ambulanta za žalujoče po samomoru, ki je postala del Službe za preprečevanje samomora na Psihiatrični kliniki Ljubljana. Ta je neprekinjeno delovala do leta 2017, potrebe po nadaljevanju dela v tovrstni ambulanti pa so jasno izražene tudi danes. Vanjo so zdravniki splošne medicine in psihiatri z napotnico pošiljali svojce, ki so preživljali hude stiske po travmatski smrti zaradi samomora bližnjega. Poleg Hospica, ki poleg pomoči ob umiranju nudi tudi pomoč pri žalovanju, je bila to edina tovrstna specializirana dejavnost za pomoč ob žalovanju po samomoru. Sedaj žalujočim po samomoru pomagajo v Centru za psihološko svetovanje Posvet.

Prizadevanja na področju raziskovanja in preprečevanja samomora, poskus vzpostavitve nacionalnega programa za preprečevanje samomora

Po letu 2000 so se slovenski raziskovalci vključili v obsežni evropski projekt Epsis and Monitoring of Parasuicide, v katerega je bilo vključenih sedemnajst evropskih držav in je tekel v letih 1995–2002 (24). V tem obdobju so tudi na podlagi omenjene raziskave začeli nastajati nacionalni programi preprečevanja samomora, od prvega finskega do več podobnih v zahodni Evropi, ZDA in Kanadi. Tudi slovenski suicidologi so v letu 1995 pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) organizirali konferenco na Bledu, na katero so bili vabljeni mednarodni suicidologi, predstavniki vseh relevantnih ministrstev (za zdravje, delo, družino in socialne zadeve, šolstvo in šport, znanost in tehnologijo, notranje zadeve in pravosodje), nevladne organizacije, predstavniki medijev in katoliške cerkve v Sloveniji. Kot zaključek tridnevnega srečanja se je izoblikoval dokument predloga nacionalnega programa za preprečevanje samomora, ki je vseboval tudi konkretne datume, kako bodo potekale implementacije sklenjenih aktivnosti (23). Žal se takrat kljub zapisani obvezi vseh udeležencev in kljub pokroviteljstvu SZO nič od zapisanega ni udejanjilo. Je pa dokument z natančnimi predlogi o vlogi posameznega sektorja javnega življenja pri preprečevanju samomora eden prvih pisnih zametkov poznejšega programa preprečevanja samomora v Sloveniji.

Osem let pozneje je bila v okviru Ministrstva za zdravje (MZ) oblikovana multidisciplinarna skupina za pripravo nacionalnega programa. Ta skupina je ponovno napisala osnutek nacionalnega programa za preprečevanje samomora (Nacionalni program za znižanje samomora, 2003) kot samostojnega načrta različnih aktivnosti nacionalnega pomena. Žal ni bil realiziran.

Leta 2009 se je izoblikoval Nacionalni program varovanja duševnega zdravja, znotraj katerega je bilo šesto prednostno področje preprečevanje samomora, vendar tudi ta ni bil realiziran.

Do končne verzije programa za preprečevanje samomora je prišlo šele leta 2018 v okviru Nacionalnega programa duševnega zdravja (MIRA; *več o tem v poglavju 3*), znotraj katerega so zajete tudi aktivnosti preprečevanja samomorilnega vedenja – peto prednostno področje (24).

Izobraževanje

Vzporedno s kliničnimi in raziskovalnimi dejavnostmi je v Sloveniji potekalo tudi živahno izobraževalno delo s strokovnjaki tistih strok, ki prihajajo ob svojem delu v stik s samomorilnimi osebami in njihovimi svojci. To so učitelji in šolski svetovalni delavci, zdravniki družinske medicine, policisti, osebje v zaporih. V letih 1992–2005 so bili večkrat na leto organizirani tridnevni seminarji za učitelje in svetovalne delavce osnovnih in srednjih šol (Zavod za šolstvo RS in Psihiatrična klinika Ljubljana) o tem, kako prepoznati otroka ali mladostnika, ki razmišlja o samomoru. V primeru samomora na šoli je skupina strokovnjakov na željo šole nudila pomoč in znanje učiteljem, učencem/dijakom in staršem v hudi stresni situaciji. V obdobju 1993–1998 so potekala redna izobraževanja za zdravnike splošne medicine, ki so prvi v vrsti strokovnjakov, h katerim se običajno zateče samomorilna oseba. Od leta 2005 naprej pa redno tečejo izobraževanja in supervizorska skupina z osebjem vseh slovenskih zaporov na temo preprečevanja samomorilnega vedenja v zaporih.

Razvoj kliničnega, raziskovalnega, publicističnega in izobraževalnega dela na področju preprečevanja samomorilnega vedenja v Sloveniji (2000–2021)

V obdobju 2000–2021 so se začele mnoge nove aktivnosti v proučevanju in preprečevanju samomora na Slovenskem.

Zaradi izrazite prepoznavnosti slovenske suicidološke znanosti v tujini so predstavniki držav, vključenih v IASP, glasovali za Slovenijo v močni konkurenci drugih držav, ki so se potegovale za organizacijo evropskega kongresa za preprečevanje samomora. Tako je bil 8. Evropski kongres za preprečevanje samomora organiziran leta 2000 na Bledu pod naslovom *Suicide Risk and Protective Factors in the New Millenium* (25), 11. Evropski kongres pa v Portorožu leta 2006 pod naslovom *Suicide in Europe: From Greenland to Caucasus, from the Urals to Iberia* (26). V Slovenijo je obakrat prišlo preko 300 tujih in domačih suicidologov, ki so predstavili rezultate svojih raziskav ali primere kliničnega dela.

Leta 2000 je bil pod vodstvom in na pobudo Andreja Marušiča organiziran prvi dvodnevni simpozij *Prepletanje genov in okolja (Interplay of Genes and Environment)*, ki so mu sledila srečanja z mednarodno udeležbo še v letu 2002 in 2004. Leta 2005 je na Marušičevo pobudo organizacijo simpozija prevzela Univerza v Gentu, kar je predstavlja dober primer povezovanja slovenske in mednarodne suicidološke stroke.

S prezgodnjo smrtjo Marušiča je srečanje žal zamrlo, vsako leto pa Univerza na Primorskem v spomin nanj organizira Triple I, mednarodno suicidološko srečanje.

Monografija z naslovom Slovenija s samomorom ali brez, ki sta jo leta 2003 uredila Andrej Marušič in Saška Roškar (3), je po letu 1985 (1) prva obsežnejša publikacija, ki so jo o tem tragičnem in prepogostem fenomenu v Sloveniji napisali le slovenski avtorji izvirnih prispevkov. Po letu 2000 so se raziskovalno in/ali publicistično začeli s problemom samomora v Sloveniji ukvarjati ne le avtorji, ki imajo psihiatrično-psihološko izobrazbo in usmeritev (npr. doc. dr. Robert Oravec), pač pa tudi sociologi in drugi družboslovci (dr. Franc Leskošek, Miha Horvat). Publicist Žiga Valetič je izdal zbirko prispevkov z naslovom Samomor – večplastni fenomen (27), avtorsko knjigo Tunel – trgovina s samomorilskimi pripomočki (28) in stripovsko knjigo za otroke po samomoru starša Gugalnica (29).

Od leta 2000 dalje se je okrepilo tudi mednarodno sodelovanje slovenskih suicidologov s kolegi iz tujine na področju raziskovanja. Preko vključevanja v mednarodne projekte so bili v Slovenijo prenešeni nekateri inovativni pristopi na področju preprečevanja samomora, prepoznavanja in obravnave duševnih težav in s tem povezane samomorilnosti. Vzporedno s krepitvijo domače in mednarodne raziskovalne dejavnosti se je okrepila tudi publicistična dejavnost slovenskih suicidologov, ki so vedno več objavljali v priznanih mednarodnih revijah s faktorjem vpliva⁴. Trend objavljanja se nadaljuje tudi danes.

Med tistimi, ki so bili nepogrešljivi za postavljanje temeljev novodobne suicidologije v Sloveniji, je bil Marušič, ki je iz mednarodnega okolja, v katerem je deloval (npr. Anglija, ZDA), v Slovenijo prinesel sveže pristope in znanje. Med slednje zagotovo spadajo začetki raziskovanja genetskih dejavnikov samomorilnega vedenja v Sloveniji, o čemer je več napisano v nadaljevanju. V letih 2002–2006 je direktoroval takratnemu Inštitutu za varovanje zdravje (IVZ; danes Nacionalni inštitut za varovanje zdravja), kjer je postavil temelje javnozdravstvenih pristopov k preprečevanju samomorilnosti in duševnih motenj v Sloveniji. Poleg izjemne raziskovalne in publicistične dejavnosti, je bil dejaven tudi na kliničnem področju, saj je nekaj časa delal v ambulanti za osebe s kronično samomorilnostjo v sklopu Psihiatrične klinike Ljubljana. S svojim navdušenjem, energijo in željo po deljenju znanja je vplival na številne strokovnjake mlajše generacije, ki so danes dejavni na področju duševnega zdravja in suicidologije. Njegova življenjska pot se je zaradi bolezni prekmalu sklenila leta 2008. Po njegovi smrti je skupina njegovih nekdanjih mlajših sodelavcev nadaljevala delo na mednarodnih in nacionalnih projektih preučevanja in preprečevanja samomora v okviru Univerze na Primorskem.

Področje raziskovanja molekularne genetike samomorilnega vedenja v Sloveniji se je pričelo po prehodu v novo tisočletje. Prva projekta sta bila odobrena leta 2001, vodila pa sta ju prof. dr. Andrej Marušič s takratnega IVZ in prof. dr. Martina Tomori iz Univerzitetne psihiatrične klinike (UPK) Ljubljana. Pridružila se je tudi Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, in sicer Inštitut za sodno medicino s prof. dr. Jožetom Balažicem in izr. prof. dr. Tomažem Zupancem ter pozneje Inštitut za biokemijo in molekularno genetiko z izr. prof. dr. Aljo Videtič Paska. Raziskovanje na področju genetike se je dobro razvijalo in vzpostavljalo tudi mednarodno sodelovanje v mednarodnem prostoru.

⁴ Faktor vpliva (angl. impact factor) je mera, ki opisuje, kolikokrat so članki, ki so objavljeni v določeni reviji, citirani v drugih člankih.

Raziskovalci se vključujejo tudi v številne delovne skupine pri različnih združenjih, med drugim v delovno skupino za področje genetike in nevrobiologije samomora pri IASP in delovne skupine za genetiko pri Svetovni zvezi društev biološke psihiatrije (World Federation of Societies of Biological Psychiatry; WFSBP). Mednarodno Nagrado Andreja Marušiča za mlade raziskovalce na področju suicidologije pa je na 14. Evropskem simpoziju o samomoru in samomorilnem vedenju (ESSSB) v Tel Avivu (Izrael) leta 2012 prejela Alja Videtič Paska. Nagrado skupaj podeljujeta IASP in IAM.

Med strokovnjaki slovenske suicidologije je treba omeniti še psihiatre prof. dr. Slavka Zihlerla, mag. Urbana Grolegerja ter prof. dr. Aleša Kogoja, ki so podobno kot Andrej Marušič žal odšli pred svojim časom, a so za seboj pustili pomembne sledi za rodove, ki prihajajo za njimi.

Po letu 2000 se je v okviru različnih državnih ustanov in nevladnih organizacij v Sloveniji izoblikovalo več centrov, v katerih so dejavni strokovnjaki za proučevanje in preprečevanje samomorilnega vedenja. V takšnih institucijah in centrih se neposredno ali posredno ukvarjajo z razumevanjem in zmanjševanjem samomora med odraslimi ali med otroki in mladostniki, k problemu samomorilnosti in njegovega preprečevanja pa pristopajo iz različnih vidikov (kliničnega, raziskovalnega ali javnozdravstvenega). Za natančen seznam vseh organizacij, ki se ukvarjajo z omenjeno tematiko, bi bilo treba narediti sistematičen pregled, ki presega vsebinske okvirje pričujočega poglavja (*več o tem v poglavju 3 in 28*). Vseeno pa bi omenili vsaj dve, ki sta ključno prispevali k razvoju sodobne suicidologije v Sloveniji.

Slovenski center za raziskovanje samomora, Inštitut Andrej Marušič (IAM), Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije (FAMNIT), Univerza na Primorskem⁵

Center je nastal po smrti Andreja Marušiča, ko je skupina njegovih nekdanjih mlajših sodelavcev nadaljevala delo na mednarodnih in nacionalnih projektih preučevanja in preprečevanja samomora v okviru Univerze na Primorskem. V letu 2010 se je skupini pridružil Diego De Leo in z Vito Poštuvan sta leta 2011 dala pobudo za ustanovitev Slovenskega centra za raziskovanje samomora, ki je zaživel znotraj IAM. Vsebinsko se center usmerja v različne dejavnosti in ranljive skupine. Veliko pozornosti je namenjene preučevanju in preprečevanju samomorilnega vedenja mladostnikov ter tudi ukrepanja ob samomoru mladostnika. Začetki tega dela se navezujejo na mednarodni projekt SEYLE (30), kasneje pa predvsem na izvajanje projekta A (se štekaš?!? (31) in druge intervencijsko-raziskovalne projekte. Med ranljivimi skupinami, ki jim v centru namenjajo več pozornosti s svojimi raziskavami oz. intervencijami, so še osebe z depresivnimi simptomi oz. drugimi izraženimi stiskami, osebe z drugimi duševnimi motnjami, žalujoči, starostniki, zaprte osebe, specifične populacije moških, študentje. V centru razvijajo različne intervencijske aktivnosti. Od leta 2010 dalje nudijo programe čuječnosti, ki so jih poimenovali s krovnim imenom Program NARA. Sprva so bile delavnice čuječnosti namenjene posameznikom v stiski in so temeljile predvsem na uvajanju na čuječnosti temelječe kognitivne terapije v naš prostor. Kasneje so sodelavci intervencije čuječnosti dodatno razvijali in jih prilagodili za podporo strokovnjakom s področja duševnega zdravja (v projektu MOČ) in tudi žalujočim. Trenutno razvijajo spletne programe čuječnosti za obvladovanje stresnih

⁵ Besedilo o Slovenskem centru za raziskovanje samomora je oblikovala in pripravila izr. prof. dr. Vita Poštuvan.

vsakodnevnih situacij (ob epidemiji). Pomemben del izvajanja preventivnih dejavnosti na centru predstavlja izobraževanje vratarjev sistema. To se je pričelo s sodelovanjem v mednarodnem projektu OSPI (32) in kontinuirano poteka do danes. Delavnice oz. izobraževanja med drugim v centru izvajajo za mladostnike, starše, učitelje in šolske delavce, medicinske sestre, zdravnike, svetovalne delavce, zaposlene v socialnem delu, mladinske delavce, gasilce in pripadnike drugih sil za zaščito in varovanje, izterjevalce, policijo, študente različnih študijskih smeri in splošno javnost. Trenutno razvijajo tudi spletno različico izobraževanja tako strokovne kot laične javnosti. Sodelavci Slovenskega centra za raziskovanje samomora Univerze na Primorskem IAM se pogosto povezujejo z mediji in na ta način skušajo prispevati k destigmatizaciji samomorilnega vedenja. K temu so prispevali tudi z razvojem spletne strani Živ? Živ!, ki ima od leta 2013 že več kot 880 tisoč obiskov (*več o tem v poglavju 17*).

Center za psihološko svetovanje – Posvet, SASP

Leta 2006 je na pobudo strokovnjakov (Onja Tekavčič Grad, specialistka klinične psihologije in Anka Zavasnik, specialistka klinične psihologije ter njuni sodelavci iz SASP, predvsem psihologinja Alenka Klemenčič) in z moralno in finančno podporo Mestne občine Ljubljana ter njene takratne županje Danice Simšič, odprl vrata Center za psihološko svetovanje Posvet. V njem so kot svetovalci začeli delati izkušeni strokovnjaki različnih strok – predvsem psihologi in klinični psihologi, pa tudi socialni delavci, sociologi, pedagogi z dodatno psihoterapevtsko izobrazbo. Vsi so že delali v klinični praksi na različnih delovnih mestih v različnih strokovnih in znanstvenih okoljih. Ker tovrstnega centra do tedaj Slovenija še ni imela, so bile v preteklosti trenutne stiske in blage krize bodisi spregledane, bodisi so bili posamezniki usmerjeni v psihiatrično obravnavo. Marsikdo tja ni sodil, saj se njegove stiske niso uvrščale v krog psihopatoloških motenj, pa tudi ni želel tja, ker se je bal stigmatizacije zaradi tovrstne pomoči. Zato mnogi niso poiskali pomoči, stiske so se stopnjevale in marsikdo ni več znal najti poti iz labirinta nakopičenih stisk. Neprimerno (npr. nerazumevanje stiske ali direktivno svetovanje) ali prepozno reševanje stisk in vse hujših težav se je lahko stopnjevalo tako daleč, da je bila potrebna hospitalizacija ali pa je prišlo do samomorilnega poskusa ali celo smrti zaradi samomora. Zato je bil ta vmesni člen med zdravnikom družinske medicine in psihiatrijo nujen (33). Posebna pozornost je že od ustanovitve Centra za psihološko svetovanje Posvet namenjena strokovnemu izpopolnjevanju. Svetovalci so imeli od začetka delovanja redno skupinsko supervizijo, prva leta le v Ljubljani, po letu 2015 pa tudi v Celju, ki pokriva svetovalnice v vzhodnem delu Slovenije. Vsak svetovallec, ki začne delati s klienti, dobi mentorja, izkušenega dolgoletnega svetovalca, ki mu je na razpolago za konzultacije, kolikor jih potrebuje.

V tem času je bilo izjemno pomembno tudi izobraževanje novih svetovalcev, ki je bilo prirejeno svetovalnemu delu s klienti in brez katerega nihče ni začel delati na Posvetu, čeprav so bili mnogi zelo izkušeni terapevti. To vsa leta razširja doktrino celostnega obravnavanja klientov tudi v strokovna okolja, v katerih sicer delujejo svetovalci.

Zaključek in usmeritve za naprej

Zgodovina preprečevanja in proučevanja samomora na Slovenskem ima stoletno tradicijo. Veliko pomembnih posameznikov je sestavljalo koščke te zgodovine – od prvih pisnih omemb samomora kot problema pri bratih Pirc do pionirja slovenske suicidologije akad. prof. dr. Leva Milčinskega (in sodelavcev prof. dr. Janka Kostnapfla in Mire Virant Jaklič), njegovih naslednikov prim. Gorazda Mrevljeta, prof. dr. Onje Tekavčič Grad, Anke Zavasnik in izr. prof. dr. Boruta Škodlarja iz Psihiatrične klinike ter izjemnega prof. dr. Andreja Marušiča iz takratnega IVZ in kasneje Univerze na Primorskem, ki so postavili slovensko suicidologijo ob bok svetovni. Vplivali so na mlajšo generacijo strokovnjakov, ki so danes dejavni na različnih področjih suicidologije (raziskovanje, klinika ipd.) in nadaljujejo razvejano suicidološko dejavnost v Sloveniji v novem tisočletju.

Samomor je bil v zgodovini in je še vedno enigmatičen fenomen. Odraža sociološke, javnozdravstvene, psihopatološke in etično-filozofske komponente družbe, v kateri ga proučujemo in skušamo preprečevati. Pomoč in zdravljenje oseb, ki so samomorilno ogrožene ali so celo že poskušale storiti samomor, pa seveda mora biti in ostati v rokah psihiatrije, ki ima za te obravnave ne le znanje, ampak tudi mehanizme in sredstva za reševanje teh oseb. Hkrati pa je nujno, da se v preprečevanje samomora vključijo tudi drugi strokovnjaki in stroke. Zato je zelo dobro, da je v zadnjih desetletjih proučevanje in preprečevanje samomora prešlo v roke različnih strokovnih organizacij, ki niso neposredno povezane s psihiatrijo. To se nanaša tudi na vključitev strokovnjakov različnih strok – psihologov, socialnih delavcev, sociologov, filozofov, pedagogov idr. v raziskovanje in širjenje znanja o samomorilnem vedenju in kako ga zmanjševati. Zmanjševanje tega tako travmatskega fenomena je povezano s tem, kako se stroke, ki samomor proučujejo, raziskujejo, o njem pišejo in ozaveščajo javnost, povezujejo med seboj (preventiva) in kako se povezujejo s kurativo, ki jo predstavljajo klinične stroke (psihiatrija, klinična psihologija, psihoterapija).

Kot kažejo svetovni trendi, se tudi suicidološka znanost iz kvantitativne, metodološko natančne, a zato (vedno) manj fleksibilne, premika v območje kvalitativne in v celotni življenjski kontekst samomorilnega posameznika usmerjene znanosti. Tudi slovenski suicidologi poskušajo temu slediti, razvijajo novo razumevanje tega enigmatičnega fenomena in se v svojih prizadevanjih povezujejo z drugimi strokovnjaki različnih mejnih področij, kar je v času po letu 2004 začelo prinašati dober rezultat, to je upad samomorilnega količnika v zadnjem desetletju. Upajmo, da se bo ta upad nadaljeval ob razvoju novih in vzdrževanju obstoječih dejavnosti na področju preventive in nudenja pomoči ogroženim.

Reference

1. Milčinski L. Samomor in Slovenci. Ljubljana: Cankarjeva založba; 1985.
2. Virant-Jaklič M, Milčinski L. Samomor in samomorilni poskus v Sloveniji v letu 1974: razmišljanja o posebnostih samomora v Jugoslaviji. Ljubljana: Klinična bolnišnica za psihiatrijo; 1975.
3. Marušič A, Roškar S. Slovenija s samomorom ali brez. Ljubljana: DZS; 2003.
4. Milčinski L, Virant-Jaklič M. Samomor in samomorilni poskus v Sloveniji 1971. Ljubljana: Klinična bolnišnica za psihiatrijo; 1972.
5. Milčinski L, Virant-Jaklič M. Samomor in samomorilni poskus v Sloveniji 1972. Ljubljana: Klinična bolnišnica za psihiatrijo; 1973.
6. Milčinski L, Virant-Jaklič M. Samomor in samomorilni poskus v Sloveniji 1973. Ljubljana: Klinična bolnišnica za psihiatrijo; 1974.
7. Virant-Jaklič M, Milčinski L. Samomor in samomorilni poskus v Sloveniji v letih 1978, 1979 in 1980: samomorilnost in služba javne varnosti. Ljubljana: Republiški sekretariat za notranje zadeve SRS; 1981.

8. Virant-Jaklič M, Trstenjak M, Milčinski L. Samomor in samomorilni poskus v Sloveniji 1977: psihiatrija in samomorilnost. Ljubljana: Klinična bolnišnica za psihiatrijo; 1978.
9. Virant-Jaklič M, Milčinski L. Samomor in samomorilni poskus v Sloveniji v letu 1984: forenzična psihiatrija in samomori. Ljubljana: Klinična bolnišnica za psihiatrijo; 1985.
10. Lunaček M. Etičnost retrogradnih študij samomora. V: Milčinski L, urednik. Psihoterapija. 17, Samomorilnost. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete v Ljubljani; 1988. str. 37–40.
11. Virant Jaklič M, Milčinski L. Samomor in samomorilni poskus v Sloveniji v letu 1984: »Veste, včasih je le prehudo---». Ljubljana: Klinična bolnišnica za psihiatrijo; 1988.
12. Virant-Jaklič M. Nekateri značilnosti zbiranja podatkov o samomorilnosti v Sloveniji. V: Milčinski L, urednik. Psihoterapija. 11, Suicidologija. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete v Ljubljani; 1984. str. 21–9.
13. Šepc-Širca B. Krize psihiatričnih pacientov in »Klic v duševni stiski«. V: Milčinski L, urednik. Psihoterapija. 11, Suicidologija. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete v Ljubljani; 1984. str. 99–109.
14. Milač B. Center za krizne intervencije v Ljubljani. V: Milčinski L, urednik. Psihoterapija. 11, Suicidologija. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete v Ljubljani; 1984. str. 83–91.
15. Ovsenik N. Primerjava mladostnikov z različnimi oblikami avtoagresivnega vedenja. V: Milčinski L, urednik. Psihoterapija. 11, Suicidologija. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete v Ljubljani; 1984. str. 59–67.
16. Bogataj B, Tekavčič Grad O, urednika. Klic v duševni stiski - 30 let. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2010.
17. Milčinski L, urednik. Samomor in Slovenci. Ljubljana: SAZU, Inštitut za medicinske vede; 1983.
18. Pogled: revija za multidisciplinarno proučevanje in preprečevanje samomora: acta suicidologica Slovenica. O. Tekavčič Grad, M. Radovanović, urednika. Ljubljana: ZRC SAZU. Letn. 1, št. 1–2, 2003.
19. Pogled: revija za multidisciplinarno proučevanje in preprečevanje samomora: acta suicidologica Slovenica. O. Tekavčič Grad, M. Radovanović, urednika. Ljubljana: ZRC SAZU. Letn. 2, št. 1–2, 2004.
20. Pogled: revija za multidisciplinarno proučevanje in preprečevanje samomora: acta suicidologica Slovenica. O. Tekavčič Grad, urednica. Ljubljana: ZRC SAZU. Letn. 3, št. 1–2, 2005.
21. Pogled: revija za multidisciplinarno proučevanje in preprečevanje samomora: acta suicidologica Slovenica. O. Tekavčič Grad, urednica. Ljubljana: ZRC SAZU. Letn. 4, št. 1–2, 2008.
22. Pogled: revija za multidisciplinarno proučevanje in preprečevanje samomora: acta suicidologica Slovenica. S. Roškar, A. Tančič Grum, V. Poštuvan, urednice. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja. Letn. 5, št. 1–2, 2011.
23. Tekavčič Grad O, urednica. How to reduce suicide in Slovenia? The proposal of the national programme for suicide prevention: national and international perspectives. Ljubljana: University Psychiatric Hospital Ljubljana; 1995.
24. Maučec Zakotnik J, Švab V, Anderluh Breclj M, Dernovšek MZ, Konec Juričič N, Dominkuš D idr. MIRA za duševno zdravje: nacionalni program duševnega zdravja. Ljubljana: NIJZ; 2019.
25. Tekavčič Grad O, urednica. Suicide risk and protective factors in the new millenium. Ljubljana: Cankarjev dom; 2001.
26. Marušič A, Roškar S, Roškar M, Svetičič J, uredniki. From Greenland to the Caucasus, from the Urals to Iberia: abstract book. 11th European symposium on suicide and suicidal behaviour; 9.–12. september 2006; Portorož. Zagreb: Medicinska Naklada; 2006. str. 1–160. (Psychiatria Danubina; vol. 18, suppl. 1).
27. Valetič Ž. Samomor: večplastni fenomen. Maribor: Ozara; 2009.
28. Valetič Ž. Tunel: trgovina s samomorilskimi pripomočki. Maribor: Ozara; 2008.
29. Valetič Ž, Rus G. Gugalnica. Celje: Mohorjeva družba; 2013.
30. Wasserman D, Carli V, Wasserman C, Apter A, Balazs J, Bobes J idr. Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. BMC Public Health. 2010;10:članek 192. doi: 10.1186/1471-2458-10-192
31. Poštuvan V, Mars Bitenc U, Podlogar T, Zadravec Šedivy N, Rahne M. A (se) štekaš?!? Stiske in samomorilno vedenje mladostnikov: preprečevanje samomorilnega vedenja v šolskem okolju. Koper: Založba Univerze na Primorskem; 2020.
32. Arensman E, Coffey C, Griffin E, Van Audenhove C, Scheerder G, Gusmao R idr. Effectiveness of depression-suicidal behaviour gatekeeper training among police officers in three European regions: outcomes of the optimising suicide prevention programmes and their implementation in Europe (OSPI-Europe) study. Int J Soc Psychiatry. 2016;62(7):651–60. doi: 10.1177/0020764016668907
33. Zadravec T, Grad O, Sočan G. Expert and lay explanation of suicidal behavior: comparison of the general population's, suicide attempters' general practitioners' and psychiatrists' views. Int J Soc Psychiatry. 2006;52(6):535–51. doi: 10.1177/002076400606668408
34. Radovanović M, urednik. Ker pogovor rešuje. Ljubljana: SASP; 2011.

Resolucija o Nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028

Nuša Konec Juričič, Jožica Maučec Zakotnik

Ključni poudarki poglavja

- Resolucija o Nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReNPDZ) je prvi strateški dokument v Sloveniji, ki celovito obravnava področje skrbi za duševno zdravje. Vsebuje osem strateških ciljev ter šest prednostnih področij s specifičnimi cilji in ukrepi.
- V ReNPDZ je samomor izpostavljen kot velik javnozdravstveni problem. Preprečevanju samomora je v tem programu namenjen tretji strateški cilj, ki predvideva znižanje števila samomorov za 15 odstotkov v desetih letih, ter peto prednostno področje.
- Pet ključnih specifičnih ciljev za preprečevanje samomora je: dvig ozaveščenosti in pismenosti na področju duševnega zdravja in samomora; zgodnje prepoznavanje samomorilno ogroženih; zagotavljanje dostopa do pomoči in obravnave samomorilno ogroženim, ki vključuje tudi skrb za osebe po samomorilnem poskusu ter skrb za svojce umrlih zaradi samomora; zmanjševanje porabe alkohola ter omejevanje dostopnosti sredstev za samomor.
- Mnogi od naštetih specifičnih ciljev ter ukrepov za preprečevanje samomora se bodo lahko uresničevali v okviru ambulant ter skupnostne psihiatrične obravnave novih centrov za duševno zdravje, ki se vzpostavljajo na primarni zdravstveni ravni v okviru zdravstvenih domov.
- Za preprečevanje in zmanjševanje samomorilnega vedenja so pomembni tudi ukrepi ostalih petih prednostnih področij ReNPDZ: zagotavljanje skupnostnega pristopa h krepitvi duševnega zdravja in obravnavi oseb s težavami v duševnem zdravju v skupnosti; promocija duševnega zdravja, preventiva in destigmatizacija na področju duševnih motenj; mreža služb za duševno zdravje; alkohol in duševno zdravje ter izobraževanje, raziskovanje, spremljanje in evalvacija.

Povzetek

Preprečevanje samomora je naloga, ki zahteva medsektorske in usklajene pristope tako na nacionalni kot regijskih in lokalnih ravneh. Vključuje široko paleto ukrepov in aktivnosti, ki segajo od zagotavljanja čim boljših življenjskih razmer, realizacijo potencialov in interesov posameznika ter skupnosti do omogočanja dostopa do kakovostne obravnave, zdravljenja in oskrbe ljudi v stiski. Z vidika izvajanja teh aktivnosti in ukrepov je pomembna ReNPDZ (2018–2028). Gre za prvi strateški dokument, ki celovito obravnava področje skrbi za duševno zdravje v Sloveniji. Vizija ReNPDZ je vsem prebivalcem zagotoviti pravico do optimalnega duševnega blagostanja ter enakega dostopa do kakovostnih virov podpore in pomoči. Resolucija sledi ključnim strateškim dokumentom Republike Slovenije (RS) ter mednarodnim dokumentom, predhodnim različicam osnutkov nacionalnega programa za duševno zdravje ter priporočilom iz poročila Misije Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) za Slovenijo iz leta 2015. V ReNPDZ je navedenih osem strateških ciljev ter šest prednostnih področij. Prednostna področja so (i) zagotavljanje skupnostnega pristopa h krepitvi duševnega zdravja, (ii) promocija duševnega zdravja, preventiva in destigmatizacija na področju duševnih motenj, (iii) mreža služb za duševno zdravje, (iv) alkohol in duševno

zdravje, (v) preprečevanje samomora ter (vi) izobraževanje, raziskovanje, spremljanje in evalvacija. Samomor je v ReNPDZ izpostavljen kot velik javnozdravstveni problem v Sloveniji, zato je preprečevanje samomora posebej naslovljeno tako v petem prednostnem področju kot tretjem strateškem cilju. V tem cilju je predvideno znižanje števila samomorov za 15 odstotkov v 10-letnem obdobju. K temu lahko prispeva udejanjanje specifičnih ciljev in ukrepov iz vseh prednostnih področij programa, zlasti pa tistih iz prednostnega področja Preprečevanje samomora. Specifični cilji področja Preprečevanje samomora so: (i) Dvig ozaveščenosti in pismenosti na področju duševnega zdravja in samomora; (ii) Zgodnja identifikacija samomorilno ogroženih oseb; (iii) Zagotavljanje dostopnosti pomoči in obravnave samomorilno ogroženim osebam; (iv) Zmanjševanje porabe alkohola ter (v) Omejevanje dostopa do sredstev za samomor. ReNPDZ v ospredje postavlja interdisciplinarno in medsektorsko sodelovanje ter skupnostni pristop kot podlage za organizirano, sistematično in usklajeno delo na področju skrbi za duševno zdravje, ki bo dostopna vsem prebivalcem in skladna z njihovimi potrebami. V povezavi z ReNPDZ 2018–2028 je bil pripravljen tudi prvi Akcijski načrt za obdobje 2018–2020. Obseg realizacije in kakovost implementiranih ukrepov bosta v veliki meri odvisna od razumevanja pomembnosti področja duševnega zdravja ter udejanjanja vlog in odgovornosti, ki jih imajo v zvezi z ReNPDZ pristojna ministrstva, sektorji, strokovnjaki in posamezniki.

Uvod

SZO duševno zdravje opredeljuje kot stanje dobrega počutja, v katerem posameznik razvija svoje sposobnosti, se spoprijema s stresom v vsakdanjem življenju, učinkovito in plodno dela ter prispeva k dobrobiti skupnosti. Dobro duševno zdravje je temelj za zdravje posameznika ter skupnosti in v tem smislu pomembno prispeva h kakovosti življenja ljudi ter družbeni blaginji nasploh (1, 2). Slabo duševno zdravje po nekaterih izračunih in ocenah pomeni izgubo kar 3–4 % bruto domačega proizvoda, v glavnem zaradi izgubljene produktivnosti in zgodnjega upokojevanja (3). Podatki o stanju ter potrebah na področju duševnega zdravja so ključni za pripravo ustreznih politik vključno z Nacionalnim programom duševnega zdravja. Po podatkih Nacionalnega poročila za Slovenijo, Standardni Eurobarometer 90, je bilo v letu 2018 s svojim življenjem na splošno zadovoljnih 91 % odraslih v Sloveniji, kar nas uvršča nad povprečje držav EU, kjer je ta delež znašal 83 % (4). V raziskavi Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju med mladostniki leta 2018 so ugotovili, da je bilo 89,7 % mladih v starosti 11, 13, 15 in 17 let zadovoljnih s svojim življenjem, 86,7 % pa je svoje zdravje ocenilo kot odlično (5). Po drugi strani pa ravno med otroki in mladostniki v zadnjih letih v Sloveniji opazamo precejšnji porast obiskov zdravstvene službe zaradi težav v duševnem zdravju. Pri otrocih do 14. leta izstopajo zlasti specifične razvojne motnje pri govorjenju in jezikovnem izražanju, vedenjske in čustvene motnje, hiperkinetične motnje, tiki ter specifične motnje pri šolskih veščinah. Pri mladostnikih med 15. in 19. letom so v ospredju stresne in prilagoditvene motnje, druge anksiozne motnje, depresivna epizoda in motnje hranjenja (6). Podatek, da kar polovica duševnih motenj, ki se pojavijo kadarkoli v življenju posameznika, vznikne že pred 14. letom starosti, tri četrtine pa do 25. leta (7), kliče po zagotavljanju sistemsko organizirane skrbi za duševno zdravje od rojstva naprej. Najbolj izstopajoče motnje, zabeležene pri odraslih prebivalcih Slovenije, so anksiozne motnje, depresivna epizoda, ponavljajoča se depresija, stresne in prilagoditvene motnje, vedenjske in duševne motnje zaradi alkohola, ki se jim po 65. letu starosti pridružita še neopredeljena demenca ter vaskularna demenca. Pri mladostnikih in odraslih se v zadnjih

letih povečuje število obiskov zdravstvene službe zaradi stresnih motenj in tesnobe, pri starejših od 65 let pa zaradi demence (6, 8). Velik javnozdravstveni problem v Sloveniji ostaja tudi samomor. Med letoma 2010 in 2019 je pri nas zaradi samomora umrlo v povprečju 408 oseb letno, vzpodbudno pa je, da v zadnjih dveh desetletjih opažamo trend postopnega upadanja tega pojava (9). Kljub povečani skrbi za duševno zdravje ter razvoju novih programov in storitev na tem področju v zadnjih desetletjih se v Sloveniji še vedno soočamo s pomanjkanjem strokovnjakov na področju duševnega zdravja ter neenakostjo v dostopnosti različnih virov pomoči in podpore za naše prebivalce (1, 5).

V tem poglavju predstavljamo ReNPDZ v Sloveniji za obdobje 2018–2028. Poglavje ni refleksija na prvi nacionalni program, temveč povzetek njegovih ključnih vsebin ter ukrepov in pristopov, namenjenih preprečevanju samomora.

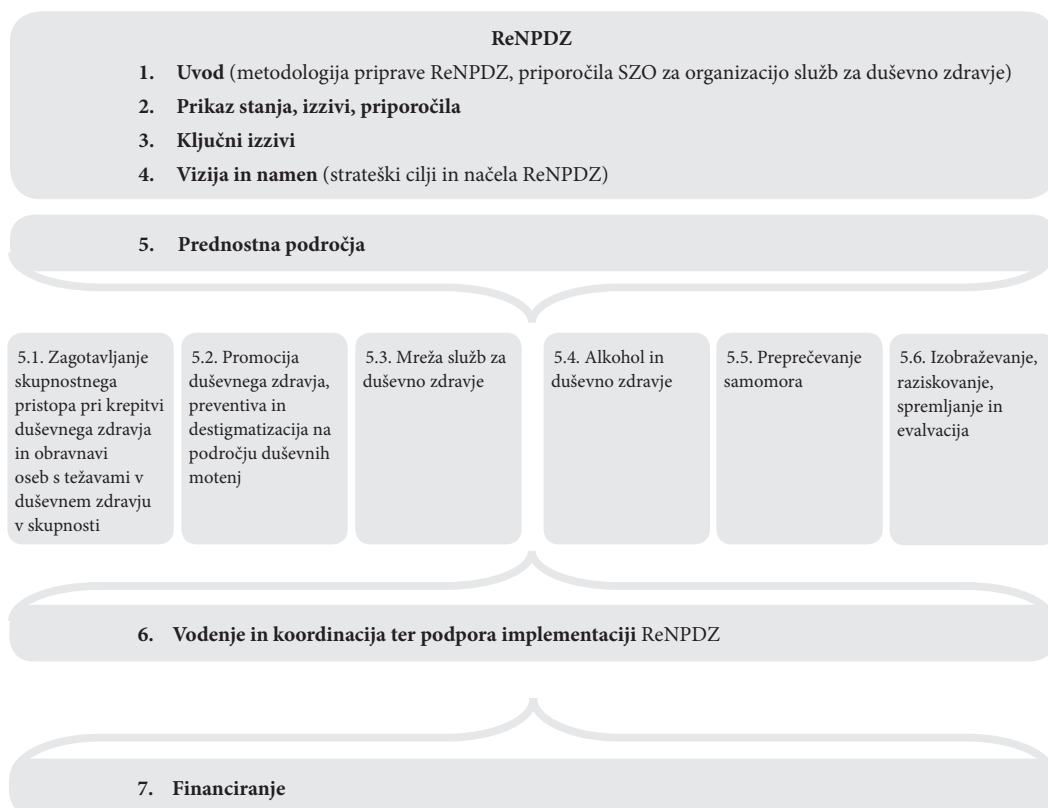
Pot do prvega nacionalnega programa za dušeno zdravje v Sloveniji

Pot do sprejetja prvega nacionalnega programa za duševno zdravje je bila v Sloveniji kljub prizadevanju mnogih strokovnjakov dolga (*več o tem v poglavju 2*). Pričela se je že leta 1995 s predlogom za pripravo nacionalnega programa preprečevanja samomora, ki so ga pripravili prof. dr. Onja Tekavčič Grad idr. (10, 11). Kljub dobrim strokovnim izhodiščem v tem predlogu je trajalo nekaj let, da se je nanj odzvala politična javnost. Ministrstvo za zdravje je leta 2003 imenovalo strokovno skupino za pripravo nacionalnega programa za preprečevanje samomora, katere delo sta usmerjala prof. dr. Andrej Marušič in prof. dr. Onja Tekavčič Grad. Skupina je pripravila predlog osnutka in ga posredovala Ministrstvu za zdravje, ki pa je delo skupine prekinilo, saj za sprejetje dokumenta v tistem času ni obstajala nobena pravnoformalna osnova. Ta je bila pridobljena s sprejemom Zakona o duševnem zdravju leta 2008, ki je v 7. členu opredelil nujnost priprave nacionalnega programa duševnega zdravja, akcijskega načrta, ciljev, organizacije, razvoja ter mreže izvajalcev programov in storitev za duševno zdravje ter določitev nosilcev nalog za uresničevanje programa. V začetku leta 2009 je Ministrstvo za zdravje ustanovilo novo delovno skupino strokovnjakov za pripravo ReNPDZ. Delo, ki je potekalo v manjših skupinah, je usklajevala prof. dr. Mojca Z. Dernovšek. Leta 2009 je bil dokument predan v prvo javno obravnavo, po dopolnitvah ter pripravi akcijskega načrta pa je bila ReNPDZ 2011–2016 predana še v drugo javno obravnavo (12). Do sprejema tega dokumenta ni prišlo. Leta 2017 je s strani takratne državne sekretarke na Ministrstvu za zdravje, Jožice Maučec Zakotnik, prišla pobuda za ponovno pripravo ReNPDZ. Delo je potekalo v manjši skupini strokovnjakov. Konec istega leta je bil predlog programa dan v javno obravnavo, marca 2018 pa je bila ReNPDZ 2018–2028 skupaj z Akcijskim načrtom za obdobje 2018–2020 soglasno sprejeta v Državnem zboru RS. Trinajst let od prve formalne pobude za nacionalni program se je tako uresničila želja mnogih strokovnjakov in postavljeni so bili temelji za sistemsko in organizirano skrb za duševno zdravje prebivalcev Slovenije.

Resolucija o Nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028

ReNPDZ je prvi strateški dokument v Sloveniji, ki celovito obravnava področje skrbi za duševno zdravje. Temelji na predhodnih osnutkih nacionalnega programa za duševno zdravje, pregledu posameznih nacionalnih programov za duševno zdravje drugih držav, relevantnih strokovnih in znanstvenih prispevkov ter podatkov o razširjenosti težav v duševnem zdravju in duševnih motenj. V ReNPDZ so upoštevani ratificirani mednarodni dokumenti Združenih narodov (ZN), Sveta Evropske unije (EU) ter vzpostavljeni pogoji za izpolnjevanje obveznosti RS na področju varstva človekovih pravic in drugih obveznosti,

ki izhajajo iz njih. Upoštevani so tudi ugotovitve in priporočila, ki jih je po obisku Slovenije leta 2015 pripravila Misija SZO za organizacijo služb na področju duševnega zdravja pod vodstvom odposlanca dr. Matta Muijena (1). ReNPDZ vsebuje osem strateških ciljev, usmerjenih v trajnostno implementacijo politik in ukrepov v podporo duševnemu zdravju, dostopno in celovito zdravstveno ter socialnovarstveno obravnavo oseb s težavami v duševnem zdravju v skupnosti, medsektorsko povezovanje na vseh ravneh ter krepitev znanja in kompetenc ter izmenjavo dobrih praks. Vizija, ki se ji Slovenija želi približati, je omogočiti vsem prebivalcem Slovenije, ne glede na to, kje živijo, enake možnosti za optimalni duševni in telesni razvoj in jim hkrati zagotoviti enak dostop do kakovostne obravnave in pomoči ob težavah v duševnem zdravju. Namen programa je krepiti duševno zdravje ljudi, zgodaj odkrivati in obravnavati osebe z duševnimi in vedenjskimi težavami, zmanjšati njihovo stigmo in diskriminacijo, ustrezneje organizirati službe, storitve in programe na področju duševnega zdravja ter jih približati uporabnikom s pomočjo skupnostnega pristopa v lokalnem okolju. S takšno organiziranostjo služb bo postopoma lahko prišlo do premika od pretežno bolnišničnega zdravljenja na obravnavo v lokalnem okolju ter zmanjšanja potrebe po institucionalizaciji oseb z duševnimi motnjami. Iz namena programa izhaja šest prednostnih področij ReNPDZ, ki so definirana s specifičnimi cilji ter pripadajočimi ukrepi. Strukturo ReNPDZ predstavlja slika 3.1 (1).



Slika 3.1. Struktura ReNPDZ

V prvem prednostnem področju sta izpostavljeni vloga in pomen lokalne skupnosti pri zagotavljanju celovite skrbi za duševno zdravje prebivalstva, enakosti v dostopu do virov podpore in pomoči ter vključevanju prebivalcev v procese odločanja ter izvajanju različnih aktivnosti v podporo zdravju. Specifični cilji izpostavljajo pomen vzpostavitve medsektorskega sodelovanja in interdisciplinarnega sodelovanja ter vključevanja civilne družbe v skrb za duševno zdravje na nacionalni ter regijskih in lokalnih ravneh. S tem v zvezi je treba vzpostaviti regionalne (območne) svete za duševno zdravje in lokalne skupine za (duševno) zdravje, vanje pa vključiti različne deležnike iz lokalnega oziroma regijskega okolja (predstavnike občine, delodajalcev, šolstva, zdravstva, sociale, nevladnih organizacij (NVO) in društev ter druge) ter predstavnike uporabnikov storitev oziroma njihovih svojcev. Lokalne skupine za zdravje ter regijski (območni) sveti na osnovi ocene stanja in potreb v skupnosti pripravijo akcijske načrte za udeležanje sprejetih ukrepov ter implementacijo učinkovitih praks v lokalna oziroma regijska okolja. Zaradi tesne povezanosti v lokalnem okolju člani omenjenih skupin in svetov lažje prepoznajo specifične potrebe prebivalcev na področju duševnega zdravja in se nanje odzivajo. Skupnostni pristop je tudi sodelovanje različnih strokovnjakov pri obravnavi posameznika in družine s težavami v duševnem zdravju s ciljem čim boljšega in usklajenega zadovoljevanja njihovih potreb v okolju, kjer živijo.

Drugo prednostno področje je namenjeno promociji duševnega zdravja, preventivi in destigmatizaciji na področju duševnih motenj. Cilj promocije duševnega zdravja je krepitev in ohranjanje blagostanja posameznika tako na telesnem, duševnem kot socialnem področju ter posledično zmanjševanje prevalence težav z duševnim zdravjem. Specifični cilji in ukrepi tega področja so zato usmerjeni v zagotavljanje učinkovite podpore vsem populacijskim skupinam tako v domačem, vzgojno-izobraževalnem, delovnem kot lokalnem okolju. Zagotavljanje podpornih okolij vključuje široko paleto aktivnosti, ki segajo od varnega in zdravega okolja, izboljševanja stanovanjskih možnosti ter možnosti zaposlovanja s poudarkom na ranljivih posameznikih ter družinah do podpore kulturnim, rekreativnim, športnim in drugim vsebinam. V omenjena okolja je treba vpeljevati učinkovite promocijsko-preventivne programe, usmerjene v učenje veščin za zdrav življenjski slog, krepitev čustvenih in socialnih kompetenc in pri tem izrabljati nove uporabne tehnologije ter pristope. V regijsko-lokalna okolja je za osebe v stiski treba vpeljati enostavno dostopne brezplačne programe in storitve ozaveščanja, svetovanja ter zagovorništva v obliki svetovalnic, telefonov, skupin za samopomoč ter uporabniških skupin. Aktivnosti destigmatizacije so usmerjene v zmanjševanje stigme, ki pomembno ovira posameznika tako pri iskanju pomoči kot dostopu do kakovostne obravnave in pomoči, zmanjšuje njegovo samospoštovanje in življenjske možnosti. Med cilji in ukrepi za zmanjševanje stigme so dvig ozaveščenosti in pismenosti na področju duševnega zdravja, povečanje razumevanja in znanja o duševnih motnjah in veščinah ukrepanja ter vključevanje uporabnikov in njihovih svojcev v vse ravni načrtovanja, odločanja ter izvajanja ciljev in ukrepov ReNPDZ. V ciljih in ukrepih tega področja imajo izjemno pomembno vlogo NVO, ki zaradi načina dela ter tesne povezanosti s ciljnim skupinami lažje zasledujejo njihove potrebe ter uresničevanje zastavljenih aktivnosti (*več o tem v poglavju 28*). V drugem prednostnem področju sta kot okolji, še posebno primerni za promocijo duševnega zdravja in preventivo duševnih motenj, izpostavljeni vzgojno-izobraževalno ter delovno okolje.

Vrtci in šole imajo poleg izobraževalne in vzgojne zelo pomembno socializacijsko vlogo. So prostor, v katerem lahko na enem mestu v programe zajamemo celotno populacijo otrok in mladostnikov, kar je učinkovitejše in tudi stroškovno upravičeno. Skrb za duševno zdravje mora biti sistemsko umeščena v šolski kurikulum, obravnavana medpredmetno ter podprta pri vseh deležnikih šole.

Prednost pred enkratnimi občasnimi aktivnostmi morajo imeti kontinuirani, preizkušeni in učinkoviti programi promocije zdravja in preventive različnih težav v duševnem zdravju, vključno z medvrstniškim ter spletnim nasiljem, programi starševstva ter zgodnjih intervencij za otroke in mladostnike. Med ukrepi so tudi okrepitev sodelovanja šolske svetovalne službe z zdravstvenimi službami ter vzpostavitev mreže svetovalnih centrov za otroke, mladostnike in starše. Delovno okolje je ključno za promocijo duševnega zdravja in preventivo težav v duševnem zdravju odraslih. V njem posameznik preživi velik del življenja, le zdrav delavec pa lahko učinkovito prispeva k rezultatom delovne organizacije. Po nekaterih podatkih se vsak evro, ki ga organizacija vложи v promocijo zdravja na delovnem mestu, delodajalcu obrestuje 2–4-krat (13). Med zastavljenimi specifičnimi cilji ter ukrepi so izpostavljeni dosledno izvajanje zakonskega določila o izvajanju programov promocije zdravja ter omogočanje zdravega življenjskega sloga na delovnem mestu, izobraževanje vodstvenega kadra o organizaciji dela in vodenju s ciljem ohranjanja in krepitve zdravja zaposlenih, povezovanje organizacij s centri za krepitev zdravja pri zdravstvenih domovih ter vzpostavitev nacionalne in regijske koordinacije za promocijo zdravja na delovnem mestu. Med ukrepi so tudi zagotavljanje podpore delodajalcev zaposlenim s težavami v duševnem zdravju, spodbujanje zaposlovanja in povečanja dostopa do dela ljudem s kroničnimi obolenji, vključno z duševnimi motnjami, ter omogočanje zaposlovanja dolgotrajno nezaposlenih ter težko zaposljivih oseb. Pri promociji duševnega zdravja in preventivi duševnih motenj med starejšimi sta ukrepa usmerjena v zagotavljanje možnosti za zdrav življenjski slog starostnikov ter krepitev mreže akterjev in programov v skupnosti, ki povečujejo kakovost življenja ter preprečujejo osamljenost starejših oseb. Pri omogočanju in izvajanju teh ukrepov imajo pomembno vlogo lokalne skupnosti ter NVO.

Tretje prednostno področje je namenjeno mreži služb za duševno zdravje. Ta mora na geografsko zaokroženih področjih vsem prebivalcem Slovenije zagotavljati enakopravno, dostopno ter celotno obravnavo s preventivnimi, kurativnimi in rehabilitacijskimi storitvami ter programi. Za celotno obravnavo posameznika, družine in skupnosti je nujno interdisciplinarno ter medsektorsko sodelovanje in povezovanje tako zdravstvenih kot številnih drugih služb – socialne, šolske, nevladnega sektorja – da bi kar najbolj zadovoljili potrebe uporabnikov. Specifični cilji in ukrepi tega prednostnega področja so namenjeni otrokom in mladostnikom ter odraslim. Pri obeh populacijskih skupinah je med ukrepi za zagotavljanje celostne obravnave predvidena nadgradnja obstoječe mreže služb s petindvajsetimi centri za duševno zdravje (CDZ) otrok in mladostnikov ter petindvajsetimi CDZ za odrasle. Ti centri naj bi se v obdobju 2018–2028 vzpostavili pri nekaterih zdravstvenih domovih za območja z okoli 80.000 prebivalci, med katerimi je 64.000 odraslih ter 16.000 otrok in mladostnikov. Centri bodo z vstopno triažno službo široko dostopni osebam s težavami v duševnem zdravju. Zagotavljali bodo preventivne storitve ter celotno multidisciplinarno ambulantno in skupnostno obravnavo. Skupnostna obravnava je obravnava osebe s težavo v duševnem zdravju na njenem bivališču. Namenjena je kriznim posegom, intenzivnemu spremljanju stanja in poteka zdravljenja ter zdravstveni in socialni rehabilitaciji osebe po vrnitvi iz bolnišnice. Centri sodelujejo z drugimi strokovnimi službami v okolju s sprejetimi protokoli o sodelovanju.

Med ukrepi tega prednostnega področja so pri otrocih in mladostnikih izpostavljene aktivnosti in programi za krepitev starševskih kompetenc v okviru priprave na porod in starševstvo, presejanje in zgodnje odkrivanje predporodnih in poporodnih duševnih težav, zgodnja prepoznavna in podpora pri težavah v telesnem in duševnem razvoju otrok ter obravnava ranljivih družin in nasilja v družini. Ti programi se izvajajo v okviru ambulant primarnega zdravstvenega varstva, razvojnih ambulant ter centrov za zgodnjo obravnavo otrok, v okviru patronažne službe, centrov za duševno zdravje, služb socialnega varstva ter šolstva. Na sekundarni in terciarni zdravstveni ravni so predvideni subspecialistični timi za obravnavo otrok s kompleksnimi motnjami in komorbidnimi stanji, zagotavljanje razmer za obravnavo otrok in mladostnikov z vedenjskimi motnjami ter trajajočim agresivnim vedenjem ter posodobitev mreže, kadra ter programov vzgojnih zavodov. Pri odraslih in starejših so med ukrepi izpostavljeni še zgodnje odkrivanje oseb s težavami v duševnem zdravju, okrepitev pomoči starejšim na domu v okviru ambulant družinske medicine ter patronažne službe in psihoedukacija oseb z najpogostejšimi duševnimi motnjami v okviru centrov za krepitev zdravja ter CDZ. Na sekundarni ravni je uveden ukrep postopnega dopolnjevanja bolnišničnih zmogljivosti z gerontopsihiatričnimi oddelki ter specializiranimi enotami za obravnavo posameznih duševnih motenj. Z vidika čim boljše rehabilitacije oseb s ponavljajočimi se duševnimi motnjami so ukrepi usmerjeni v zagotavljanje široko dostopnih kakovostnih programov stanovanjskih skupin, dnevnih centrov, programov zaposlovanja, zagovorništva. Število oseb z duševno motnjo, ki vključuje nevarno vedenje, narašča. S tem ogrožajo sami sebe in druge, zato so predvideni ukrepi za celostno in učinkovito obravnavo teh oseb ter rehabilitacijo po izteku obveznega psihiatričnega zdravljenja. Med pomembnimi ukrepi za boljši dostop do kakovostne obravnave in podpore osebam s težavami v duševnem zdravju so še normativna ureditev storitev ter standardov psihološke in psihoterapevtske dejavnosti ter sistemska ureditev financiranja in razpisovanja specializacij iz klinične psihologije.

Četrto prednostno področje obravnava vpliv rabe alkohola na duševno zdravje. Med vzroki smrti, neposredno pripisljivimi alkoholu, so na drugem mestu smrti zaradi duševnih in vedenjskih motenj zaradi alkohola (14). Predlagani ukrepi s tega področja so usmerjeni v ozaveščanje o posledicah škodljive rabe alkohola na duševno zdravje posameznika in njegovih bližnjih, razvijanje kritičnega odnosa do pitja alkohola ter odgovorno komuniciranje o alkoholu in destigmatizacijo programov za zdravljenje odvisnosti od alkohola (*več o tem v poglavju 14*). Vključeni so tudi ukrepi, usmerjeni v krepitev znanj in veščin za zgodnje prepoznavanje ter presejanje populacije za tvegano in škodljivo pitje in izvajanje kratkih učinkovitih intervencij za spremembo pitja, ki naj se izvajajo v okviru primarne zdravstvene ravni ter v službah socialnega varstva.

Peto prednostno področje je namenjeno preprečevanju samomorilnega vedenja. Preprečevanje samomora je v ReNPDZ samostojno izpostavljeno tudi v tretjem strateškem cilju, ki navaja, da naj bi se do leta 2028 število samomorov znižalo za 15 %. Samomorilno vedenje je pojav, na katerega vlivajo individualni in medosebni dejavniki, dejavniki okolja in njihovo prepletanje. Zaradi kompleksnosti zahteva splošne širše in specifične javnozdravstvene pristope in ukrepe. Zato so za preprečevanje in zmanjševanje samomorilnega vedenja pomembni ukrepi na praktično vseh prednostnih področjih ReNPDZ.

Poleg teh pa je ključnih še pet specifičnih ciljev z ukrepi, ki jih obravnava peto prednostnem področje Preprečevanje samomora:

1. dvig ozaveščenosti in pismenosti na področju duševnega zdravja in samomora;
2. zgodnje prepoznavanje samomorilno ogroženih;
3. zagotavljanje dostopa do pomoči in obravnave samomorilno ogroženim osebam;
4. zmanjševanje porabe alkohola;
5. omejevanje dostopnosti sredstev za samomor.

Specifični cilji so oblikovani na osnovi statističnih podatkov o samomorilnosti, aktualnih potreb in že obstoječih dobrih praks na tem področju v Sloveniji (15). Prvi cilj izpostavlja dvig ozaveščenosti in pismenosti na področju duševnega zdravja in samomora, razvoj programov za zgodnje prepoznavanje in ukrepanje ob samomorilnem vedenju za splošno javnost ter kontinuirano sodelovanje z mediji za odgovorno poročanje na tem področju. Drugi cilj je usmerjen v zgodnjo identifikacijo samomorilno ogroženih oseb v okviru različnih strokovnih služb. Vključuje kontinuirana izobraževanja in usposabljanja za zgodnje prepoznavanje, ukrepanje in sistematično presejanje populacije na samomorilno ogroženost. Namenjena so ključnim strokovnjakom, ki prihajajo v stik z največjim deležem populacije, kot so timi družinskih in drugih zdravnikov na primarnem nivoju, patronažna služba, strokovnjaki na centrih za socialno delo, policisti, gasilci in drugi. V tem cilju je poudarek tudi na rednem spremljanju pojava in vzpostavitvi sistema poročanja o samomorilnih poskusih. Tretji cilj izpostavlja okrepitev triažne službe na vseh ravneh zdravstvenega varstva ter zagotovitev prednostnega dostopa samomorilno ogroženim do strokovne psihiatrične, klinično psihološke, psihoterapevtske ali socialne obravnave. Med ukrepi so tudi aktivno spremljanje oseb po samomorilnem poskusu in okrepitev programov za njihovo reintegracijo v družbo. Prav tako je poudarjena potreba po vzpostavitvi programov, ki bodo v podporo svojcem oseb po poskusu ali smrti zaradi samomora. Četrty cilj izpostavlja pomen ozaveščanja za razvoj kritičnega odnosa do rabe alkohola ter uvajanje systemskega presejanja in kratkih intervencij ob tveganem in škodljivem pitju na primarni ravni zdravstvenega in socialnega varstva. Peti specifični cilj je namenjen omejevanju dostopa do sredstev za samomor. Cilj lahko dosežemo s pomočjo dopolnitve obstoječe zakonodaje, okrepitve varnostnih ukrepov na prepoznanih točkah, kjer se pogosteje dogajajo samomori, ter okrepitve varnosti v institucijah, kjer je tveganje za samomor večje, predvsem v bolnišnicah in ustanovah za prestajanje kazni. Mnogi od naštetih ciljev ter ukrepov na področju preprečevanja samomorilnosti, še zlasti zgodnja prepoznavna, obravnava ter podpora osebam z akutnimi in kroničnimi vedenjskimi in duševnimi motnjami, se bodo lahko uresničevali v okviru ambulant ter skupnostne psihiatrične obravnave novih CDZ.

Šesto prednostno področje izpostavlja cilje in ukrepe na področju izobraževanja in raziskovanja na področju duševnega zdravja ter spremljanja in evalvacije implementiranih ukrepov, aktivnosti in programov, predvidenih v ReNPDZ. Z ustreznou vključitvijo vsebin, vezanih na duševno zdravje, v vse ravni izobraževanja, je moč doseči boljšo ozaveščenost in destigmatizacijo tega področja v splošni javnosti, ustreznou znanja in veščine pa je treba zagotoviti vsem strokovnjakom in strokovnim sodelavcem, ki se srečujejo z osebami s težavami v duševnem zdravju. ReNPDZ predvideva vključitev vsebin o pomenu varovanja duševnega zdravja v izobraževalne kurikulume osnovnih in srednjih šol ter okrepitev vsebin o promociji duševnega zdravja in preventivi duševnih motenj v strokovnem izobraževanju na srednješolski in visokošolski ravni za poklice v zdravstvu, socialni ter

vzgoji in izobraževanju. Vlaganje v izobraževanje in usposabljanje je ključno za učinkovito implementacijo ukrepov vseh prednostnih področij ReNPDZ, zanj so odgovorni vsi ključni resorji. Za spremljane stanja na področju duševnega zdravja je treba nadaljevati z rednimi zdravstvenimi in drugimi statistikami, rednimi in obdobjnimi raziskavami ter jih po potrebi nadgraditi. Poudarek je na aplikativnih in kvalitativnih raziskavah na terenu z vključevanjem uporabnikov in izvajalcev ter ugotavljanjem njihovih potreb in zadovoljstva z obravnami. Pripraviti je treba tudi mednarodno primerljiv nabor podatkov, ki bo omogočal spremljanje področja duševnega zdravja v primerjavi z drugimi državami.

Akcijski načrt 2018–2020 ReNPDZ 2018–2028

Prvi akcijski načrt opredeljuje aktivnosti za triletno obdobje 2018–2020, izvedbene roke ter kazalnike, nosilna ministrstva in sodelujoče partnerje ter izvajalce in potrebna finančna sredstva ter vire zanje. Med izvedenimi ukrepi prvega akcijskega načrta gre izpostaviti vzpostavitev delovanja novih enajstih CDZ otrok in mladostnikov in desetih CDZ odraslih v okviru zdravstvenih domov, ki predstavljajo pomembno dopolnitev obstoječih virov pomoči tako v smislu večje dostopnosti za osebe v stiski, timskega interdisciplinarnega pristopa v obravnavi ter možnosti skupnostne psihiatrične obravnave na domu osebe, ki to potrebuje. V izvajanju so tudi mnoge aktivnosti, programi in projekti v okviru javnih zdravstvenih, socialnih in vzgojnoizobraževalnih ustanov in nevladnega sektorja, ki so bili že pred sprejetjem ReNPDZ prepoznani in uveljavljeni kot primeri dobre prakse in zato vključeni v Akcijski načrt za obdobje 2018–2020. V času pisanja tega prispevka poteka celovit pregled realizacije prvega akcijskega načrta, ki bo osnova za drugi akcijski načrt za obdobje 2021–2023. Njegova priprava že teče.

Zaključek in usmeritve za naprej

Z organiziranim, sistematičnim in povezovalnim pristopom na področju skrbi za duševno zdravje, ki bo dostopna vsem prebivalcem Slovenije, bomo lahko pomembno okrepili duševno zdravje prebivalcev, zmanjšali trpljenje posameznikov s težavami v duševnem zdravju ter znižali stopnjo samomorilnosti. ReNPDZ z obdobjnimi akcijskimi načrti predstavlja pomembno podlago za doseg tega cilja in je zavezujoč za celotno državo in njene podsisteme.

V obdobju izvajanju prvega Akcijskega načrta 2018–2020 so že bili narejeni pomembni premiki pri razumevanju potrebe po povezanem delu in deljeni odgovornosti na področju skrbi za duševno zdravje, številni ukrepi se izvajajo. Obseg realizacije in kakovost implementiranih ukrepov prvega in vseh nadaljnjih akcijskih načrtov sta in bosta v veliki meri odvisna od razumevanja pomembnosti področja duševnega zdravja ter udeležanja vloge in odgovornosti, ki jih imajo v zvezi z ReNPDZ pristojna ministrstva, sektorji, strokovnjaki in posamezniki. Vpliv na implementacijo ReNPDZ ter akcijskih načrtov pa bo zagotovo imela tudi epidemija covid-19, ki je v letu 2020 nepričakovano in temeljito posegla v življenje povsod po svetu, tudi v Sloveniji. Po pričakovanjih bo imela velike učinke tudi na duševno zdravje ljudi. Tudi zato so izvajalci tako prvega kot tudi drugega akcijskega načrta še na dodatni preizkušnji v smislu sposobnosti in zmožnosti prilagajanja, usklajevanja, določanja prioritet, strpnosti in solidarnosti ter hitrega odzivanja na potrebe ljudi v stiski. S tem v zvezi pa so na preizkušnji tudi vse države in njihove politike.

Reference

1. Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReNPDZ18–28). Uradni list RS, št. 24/18.
2. Maučec Zakotnik J, Švab V, Anderluh Breclj M, Dernovšek MZ, Konec Juričič N, Dominkuš D idr. MIRA za duševno zdravje: nacionalni program duševnega zdravja. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2019.
3. OECD: better policies for better lives [na spletu]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2008. Mental health. Dosegljivo na: <http://www.oecd.org/els/health-systems/mental-health.htm>
4. Evropska komisija. Standardni Eurobarometer 90: nacionalno poročilo: javno mnenje v Evropski uniji, Slovenija, jesen 2018 [na spletu]. Berlaymont: Evropska komisija; 2018 [citirano 13. 1. 2021]. Dosegljivo na: <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2215>
5. Jeriček Klanšček H, Roškar M, Drev A, Pucelj V, Koprivnikar H, Zupanič H idr. Z zdravjem povezano vedenje v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji, izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2018. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2019.
6. Jeriček Klanšček H, Roškar S, Vinko M, Konec Juričič N, Hočevnar Grom A, Bajt M idr. Duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji [na spletu]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2018. Dostopno na https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/dusevno_zdravje_otrok_in_mladostnikov_v_sloveniji_19_10_18.pdf
7. Knopf D, Park MJ, Mulye TP. The mental health of adolescents: a national profile, 2008. San Francisco: National Adolescent Health Information Center; 2008.
8. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Redne letne zbirke podatkov o zunajbolnišnični statistiki. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje (neobjavljeno).
9. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Baza podatkov Zdravniško poročilo o umrli osebi (NIJZ 46). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2020 (neobjavljeni podatki).
10. Tekavčič Grad O. Why is the incidence of suicide in Slovenia one of the highest in Europe? V: Grad OT, urednica. How to reduce suicide in Slovenia? Proposal for a national programme for suicide prevention in Slovenia: national and international perspectives. Ljubljana: University Psychiatric Hospital; 1995. str. 81–7.
11. Tekavčič Grad O. The proposals for the Slovenian national strategy for suicide prevention. Pogled: Acta Suicidologica Slovenica. 2004;2(1–2):41–4.
12. Konec Juričič N, Dernovšek ZM. Preprečevanje samomora v luči predloga Resolucije o nacionalnem programu duševnega zdravja 2011–2016. Pogled: Acta Suicidologica Slovenica. 2011;5(1–2):98–103.
13. Podjed K, Bilban M. Priročnik promocije zdravja [na spletu]. Kranj: Inštitut za produktivnost; 2014. Dostopno na: <http://www.prodaktivnost.si/wp-content/uploads/2016/09/Priro%C4%8Dnik-promocije-zdravja-pri-delu-november-2014.pdf>
14. Lovrečič M, Lovrečič B. Ocena zdravstvenih posledic tveganega in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji v obdobju 2000–2010. V: Zorko M, Hočevnar T, Tančič Grum A, Kerstin Petrič V, Radoš Krnel S, Lovrečič M idr., urednice. Alkohol v Sloveniji: trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2004. str. 58–77.
15. Konec Juričič N. Kaj nam prinaša Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 na področju preprečevanja samomora? V: Tušek Bunc K, urednica. Simptomi spodnjih sečil, KOPB, fibromialgija, neizrečeni ali prezrti simptomi, kronično srčno popuščanje, astma, demenca, samomor: učno gradivo. 10. mariborski kongres družinske medicine; 23. in 24. november 2018; Maribor. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine; 2018. str. 151–3. (Družinska medicina, letn. 16, suppl. 4).

Samomorilno vedenje v populaciji – prikaz stanja, trendov in značilnosti po svetu in v Sloveniji¹

Saška Roškar, Matej Vinko, Nuša Konec Juričič

Ključni poudarki poglavja

- Letno zaradi samomora umre okrog 800.000 ljudi. Približno 75 % samomorov po svetu se zgodi v manj in srednje razvitih državah. Med bolj ogrožena področja v Evropi spadajo države severne Evrope, pribaltske države in države vzhodne Evrope.
- Moški zaradi samomora v povprečju umirajo 2–3-krat pogosteje kot ženske, medtem ko je v skupini samomorilnih poskusov več žensk kot moških. Tveganje za samomor narašča s starostjo.
- Umrljivost zaradi samomora v Sloveniji je v zadnjih dveh desetletjih upadla za več kot 30 %, še vedno pa v Sloveniji beležimo več samomorov od evropskega povprečja. Moški v Sloveniji zaradi samomora v povprečju umirajo 3–4-krat pogosteje kot ženske, to razmerje pa se starostjo še povečuje.
- V Sloveniji obstajajo velike razlike med regijami v umrljivosti zaradi samomora. Bolj ogroženi so vzhodni predeli Slovenije. Med najpogostejše metode samomora pri obeh spolih spada obešenje (dve tretjini vseh samomorov), medtem ko so ostale metode zastopane v manjših deležih.
- Regionalne razlike v umrljivosti zaradi samomora v Sloveniji so povezane z več dejavniki, med katerimi so najpomembnejši (ne)dostopnost pomoči, razmerje med porokami in ločitvami, delež predpisanih antidepresivov, socialna povezanost.

Povzetek

Med bolj ogrožene v Evropi spadajo države severne Evrope, pribaltske države in države vzhodne Evrope. Razen v nekaj državah sveta (Kitajski, Bangladešu) so moški bolj ogroženi zaradi samomora kot ženske in v povprečju zaradi samomora umirajo vsaj 2–3-krat pogosteje kot ženske. Med osebami, ki so poskušale storiti samomor, je razmerje obratno, saj prevladujejo ženske. Umrljivost zaradi samomora narašča s starostjo. Slovenija spada med države, ki so zaradi samomora bolj ogrožene, je pa vzpodbudno, da je pri nas umrljivost zaradi samomora v zadnjih dveh desetletjih upadla za več kot 30 %. Kljub temu v Sloveniji še vedno beležimo več samomorov od evropskega povprečja. V Sloveniji obstajajo izrazite regionalne razlike v umrljivosti zaradi samomora, saj v vzhodnih delih države beležijo precej višji samomorilni količnik (tudi do 40/100.000) v primerjavi z zahodnimi deli (ponekod tudi manj kot 10/100.000). Dejavniki, ki vplivajo na regionalne razlike v umrljivosti zaradi samomora v Sloveniji, so številni. Med najpomembnejše spadajo razlike v dostopnosti pomoči, deležu predpisanih antidepresivov, deležu med porokami in ločitvami, različna socialna povezanost, stigma. Nekateri avtorji razlike pripisujejo tudi različni genetski ranljivosti v interakciji z drugimi dejavniki (npr. alkoholom). Več kot polovica vseh samomorov v Sloveniji se zgodi z obešenjem (velja tako za moške kot ženske), ostale metode so zastopane v manjših deležih.

¹ Za pomoč pri analizi podatkov, ki se nanašajo na samomor v Sloveniji, se zahvaljujemo Milošu Kravranji.

Poznavanje in spremljanje epidemioloških podatkov o samomoru in drugih oblikah samomorilnosti, ki so v populaciji veliko pogostejše od samomora (npr. samomorilne misli, samomorilni poskusi), je pomembno zaradi oblikovanja preventivnih ukrepov.

Uvod

Samomor spada med prvih dvajset vzrokov smrti po svetu (1). Je vzrok za približno 800.000 smrti letno, kar pomeni, da se zgodi en samomor vsakih 40 sekund (1, 2). Samomor je 10–20-krat pogostejši od skupnega števila nasilnih smrti zaradi vojne in umorov. V letu 2017 je bil samomor razlog za 1,4 % vseh smrti po svetu, vendar med državami obstajajo velike razlike. Med države, kjer je bil delež smrti zaradi samomora med vsemi smrtmi v letu 2017 najvišji, spadajo Južna Koreja (5 %), Katar (3,7 %) in Šri Lanka (3,6 %), medtem ko je bil delež smrti zaradi samomora najnižji v Grčiji (0,4 %) in Indoneziji (0,5 %) (1). Zmanjšanje umrljivosti zaradi samomora za eno tretjino do leta 2030 je eden od prioriteten ciljev Akcijskega načrta za duševno zdravje 2013–2030, ki ga je izdala Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) (3). Statistično gledano in v primerjavi z drugimi oblikami smrti je samomor redek dogodek, različne oblike samomorilnosti pa so v populaciji različno pogoste. Ocene življenjske prevalence (pojavnost kadarkoli v življenju) za samomorilne misli se gibljejo med 10 in 18 % ter med 3 in 5 % za samomorilne poskuse (2).

Slovenija spada med bolj ogrožene države, saj beležimo višjo umrljivost zaradi samomora od evropskega povprečja. V letu 2017 je bilo pri nas 2,16 % vseh smrti zaradi samomora (4, 5). Umrljivost zaradi samomora v Sloveniji je v zadnjih dveh desetletjih upadla za več kot tretjino. Slednje je verjetno vsaj delno rezultat tega, da so se aktivnosti preprečevanja, ozaveščanja in destigmatizacije v zadnjih letih zgostile in okrepile.

Razlike v umrljivosti zaradi samomora po svetu delno lahko pripišemo razlikam v beleženju in spremljanju podatkov (2), zagotovo pa so tudi posledica različnih dejavnikov tveganja in odzivov nanje. Samomor je namreč posledica zapletenega in hkratnega sovplivanja dejavnikov na ravni posameznika in dejavnikov na ravni družbe, kulture in okolja. Večplastnost samomorilnega vedenja in številne dejavnike, ki vplivajo na njegov razvoj, moramo imeti v mislih, kadar načrtujemo preventivne strategije in intervencije.

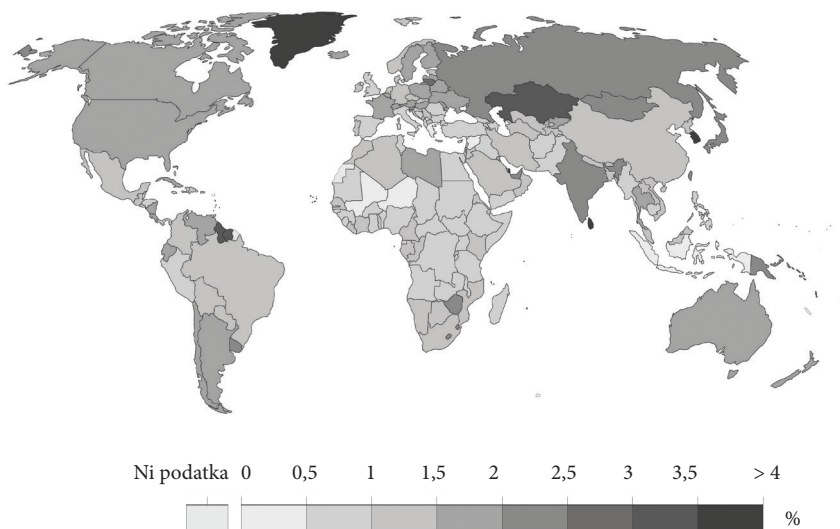
Natančno spremljanje pojava in poznavanje njegovih značilnosti (dejavnikov tveganja, ogroženih skupin, metod samomora ipd.) so temelj učinkovitih strategij preprečevanja samomora ter drugih oblik samomorilnosti. Učinkovite strategije morajo biti usklajene z znanji na vseh področjih (npr. zdravstvom, šolstvom ipd.) in dovolj specifične, da odgovarjajo na potrebe ter značilnosti ciljne skupine, predvsem pa različno ogrožene posameznike v populaciji (6).

V poglavju je predstavljena mednarodna epidemiologija samomora (in nekaterih drugih oblik samomorilnosti) ter osnovne značilnosti tega pojava. Ob mednarodnih podatkih so predstavljeni tudi podatki za Slovenijo. Podatki vzpodbujajo razmišljanja o tem, zakaj po svetu (in v Sloveniji) obstajajo takšne razlike v umrljivosti zaradi samomora.

Pogostost samomorilnega vedenja v svetu

Avtorji raziskave z naslovom Svetovno breme bolezni (angl. Global Burden of Disease) (2) navajajo, da je bil samomor v letu 2017 na petnajstem mestu vodilnih vzrokov smrti po svetu. V starostni skupini 15–29 let je samomor drugi vzrok smrti (za prometnimi nesrečami) in tretji vzrok smrti v starostni skupini od 15–44 let (7). 75 % samomorov se zgodi v gospodarsko slabše in srednje razvitih državah, v katerih preventivna dejavnost na

področju samomora ni posebej razvita, spremljanju in proučevanju pa se namenja manj pozornosti kot npr. v Evropski uniji (EU) ali Združenih državah Amerike. Odvisno od tega, ali nas zanima razsežnost problema znotraj ene države ali primerjava med posameznimi državami, so na voljo različni načini prikazovanja podatkov (5). Oceno razsežnosti problema v posamezni državi nam ponuja delež samomorov znotraj vseh smrti. S slike 4.1 je razvidno, da se ti deleži zelo razlikujejo. Največji delež samomorov med vsemi smrtmi najdemo na Grenlandiji, Južni Koreji, Katarju in Šri Lanki. Sledijo azijske države, Avstralija, Severna Amerika ter države vzhodne in severne Evrope. Najmanjši delež samomorov med vsemi smrtmi zabeležijo v Afriki, državah južne Evrope in nekaterih področjih Azije. V Sloveniji je v letu 2017 delež samomorov znotraj vseh smrti znašal 2 % (5).

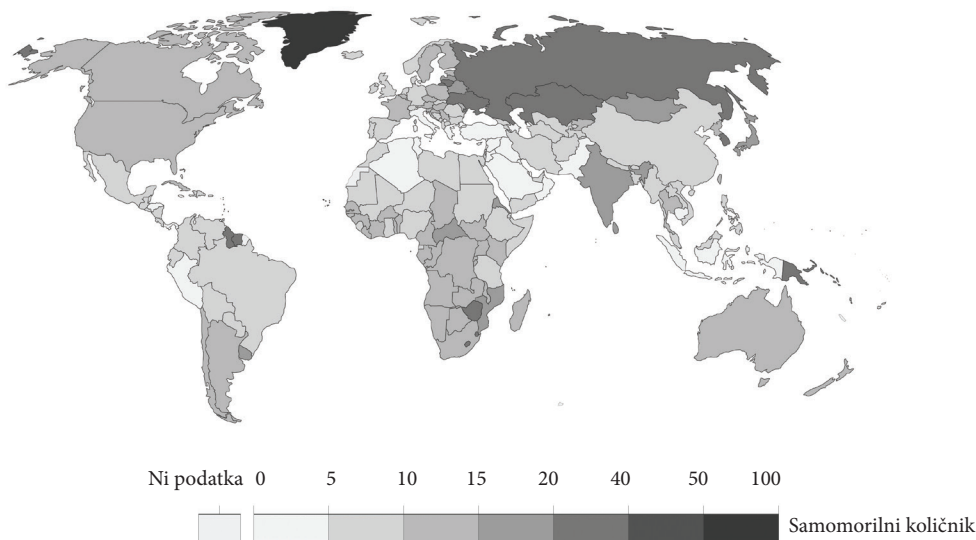


Slika 4.1. Delež samomorov med vsemi smrtmi v posamezni državi v letu 2017

(Prirejeno in ponatisnjeno z dovoljenjem; Creative Commons BY license; Our world in data [na spletu]. Oxford (UK): Global Change Data Lab; 2013. Ritchie H, Roser M, Ortiz-Ospina E. Suicide; 2015. Dostopno na: <https://ourworldindata.org/suicide>)

Podatek o deležu samomorov med vsemi smrtmi ne omogoča, da bi glede umrljivosti zaradi samomora med seboj primerjali posamezne države, saj je omenjena mera občutljiva oziroma se spreminja s številom vseh smrti (neodvisno od vzroka), ki jih zabeležijo v posamezni državi. Za primerjavo med posameznimi državami je bolje izhajati iz samomorilnega količnika, ki pove, koliko ljudi je umrlo zaradi samomora na 100.000 prebivalcev. V podatkih, ki so navedeni in povzeti iz virov SZO (5), je samomorilni količnik starostno standardiziran. To pomeni, da so vrednosti samomorilnega količnika izračunane glede na starostno strukturo ciljne oz. referenčne populacije. S tem se izognemo morebitnim razlikam v podatkih zaradi različne starostne strukture določene populacije. V letu 2017 je povprečni samomorilni količnik po svetu znašal 10/100.000. S slike 4.2 je razvidno, da med posameznimi državami obstajajo velike razlike. Najvišje samomorilne količnike (20 in več) beležijo na Grenlandiji, Južni Koreji, državah Azije in severne Evrope. Najnižje samomorilne količnike beležijo v državah Afrike, južne Amerike in južne Evrope (5/100.000).

Z izjemo Severne Amerike je samomorilni količnik med leti 2000 in 2016 upadel na vseh kontinentih (6), gibanje samomorilnega količnika znotraj posameznega kontinenta pa je bilo bolj variabilno. Glede na geografsko lego Slovenije so za nas še posebej zanimivi in merodajni podatki za Evropo, za katero velja, da je v omenjenem obdobju samomorilni količnik upadel v večini držav (5). V letu 2015 (Eurostat) so med članicami EU najvišji samomorilni količnik zabeležili v Litvi (30/100.000), Latviji in Madžarski (19/100.000), Belgiji, Hrvaški (17/100.000) in Estoniji (16/100.000). Najnižji samomorilni količnik so zabeležili na Cipru (4/100.000), Grčiji (5/100.000), Italiji (6/100.000), Veliki Britaniji (7/100.000), ter Španiji in Malti (8/100.000).



Slika 4.2. Starostno standardizirani samomorilni količnik v posamezni državi v letu 2017

(Prirejeno in ponatisnjeno z dovoljenjem; Creative Commons BY license; Our world in data [na spletu]. Oxford (UK): Global Change Data Lab; 2013. Ritchie H, Roser M, Ortiz-Ospina E. Suicide; 2015. Dostopno na: <https://ourworldindata.org/suicide>)

Dejavniki, ki vplivajo na tovrstne razlike v umrljivosti zaradi samomora, so številni in vpliv nekaterih je mogoče proučevati z uporabo ekoloških raziskav². Te običajno potekajo z vključevanjem držav ali manjših področjih znotraj njih (npr. regij). Avtorji so denimo ugotavljali, da k razlikam prispevajo dejavniki podnebja, socialno-ekonomski status (8), stresorji in negativni življenjski dogodki (9). V nasprotju s podatki o sezonskem spreminjanju števila samomorov so podatki o vplivu podnebja na pojavljanje samomorilnega vedenja omejeni. V eni od raziskav so zbrali podatke 29 evropskih držav za obdobje 2000–2012. Ugotovili so, da so z ekonomskimi spremenljivkami razložili 26,9 %, s podnebnimi pa 37,6 % variabilnosti samomorilnega vedenja pri moških, pri ženskah pa so z ekonomskimi spremenljivkami pojasnili 11,5 %, s podnebnimi pa 28,1 % variabilnosti samomorilnega vedenja. Samomori med moškimi so bili povezani z visoko stopnjo brezposelnosti v okviru visoke stopnje gospodarske rasti in visoke inflacije ter nizkega bruto družbenega proizvoda na prebivalca, samomori med ženskami pa so bili

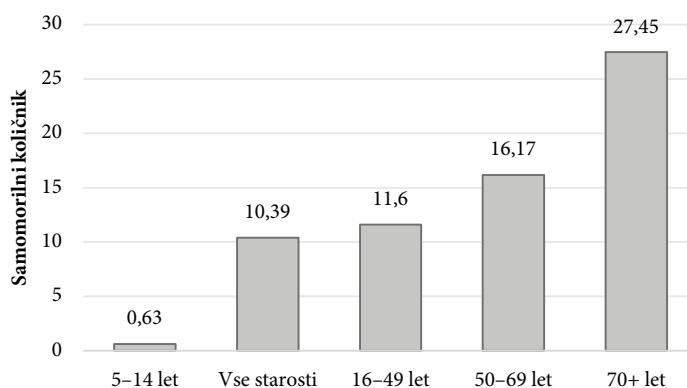
² Ekološke raziskave so raziskave, v katerih dejavnike proučujemo na ravni populacije in ne na ravni posameznika.

negativno povezani z inflacijo. Avtorji so nadalje ugotavljali, da so samomori pri moških in ženskah povezani z nižjo letno temperaturo in da ima podnebni učinek (hladno podnebje) na stopnjo samomorilnosti močnejši vpliv od gospodarskega (8). Zdi se, da stopnja samomorilnosti v Evropi sledi podnebnemu oz. temperaturnemu vzorcu in, zanimivo, ne narašča od juga proti severu, temveč od juga proti severovzhodu. Jasne vzročne povezave med vremenskimi pojavi oz. podnebjem in samomorom niso vzpostavljene. V raziskavah se usmerjajo v preučevanje povezav med povišanimi dnevnimi temperaturami (npr. vročinskimi valovi) in samomorom, obdobji izpostavljenosti sončni svetlobi (npr. poletni dnevi) in stopnji samomora. V opisani raziskavi tovrstne povezave niso bile preučevane. Kljub izpostavljenim ugotovitvam je treba poudariti, da je podnebni učinek samo eden od dejavnikov, ki lahko vpliva na regionalno spremenljivost stopnje samomora v Evropi. Dejavnike, tudi podnebne, je treba razumeti ob sovplivanju drugih, kot so denimo kulturološki, biološki, okoljski dejavniki.

Nekatere značilnosti samomorilnega vedenja v svetu

Starost, spol in metode samomora

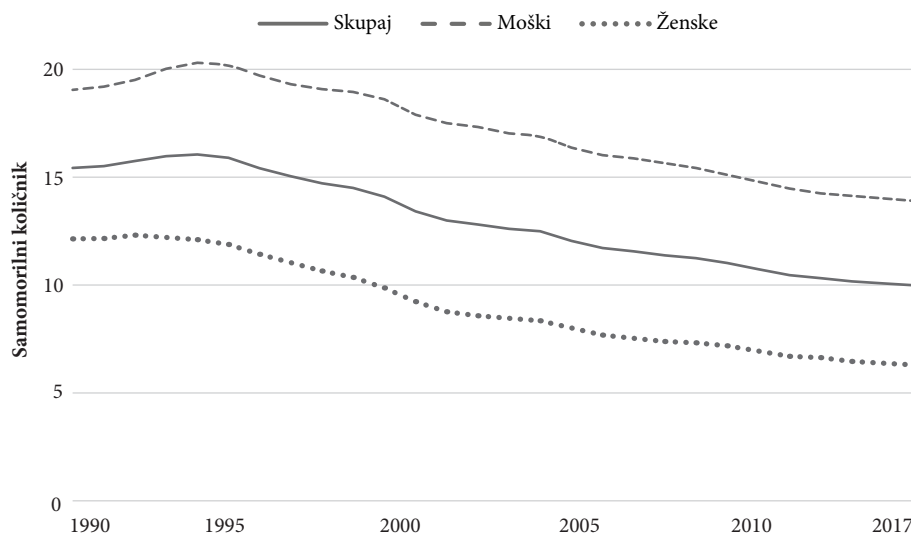
Absolutno število samomorov je najvišje v srednjih starostnih skupinah (20–50 let), potem pa začne upadati (5, 7). Samomor je drugi vzrok smrti (za prometnimi nesrečami) med osebami v starostni skupini 15–29 let (6). Čeprav zaradi samomora umre več mlajših kot starejših ljudi, to ne pomeni, da je samomor pogostejši oziroma verjetnejši med mlajšimi kot starejšimi osebami. Takšno razmerje je odraz dejstva, da starejše osebe pogosteje umirajo zaradi drugi vzrokov (demence, kardiovaskularnih bolezni, raka ipd.) (5). Slika 4.3 prikazuje trend, ki je prisoten bolj ali manj povsod po svetu. Samomorilni količnik namreč narašča s starostjo, kar je verjetno posledica hkratnega pojavljanja več dejavnikov tveganja v višjih starostnih skupinah. V najvišjih starostnih skupinah (65+) je samomorilni količnik v primerjavi z nižjimi starostnimi skupinami lahko tudi do osemkrat višji (5, 7).



Slika 4.3. Samomorilni količnik glede na posamezne starostne skupine v letu 2017

(Prirejeno in ponatisnjeno z dovoljenjem; Creative Commons BY license; Our world in data [na spletu]. Oxford (UK): Global Change Data Lab; 2013. Ritchie H, Roser M, Ortiz-Ospina E. Suicide; 2015. Dostopno na: <https://ourworldindata.org/suicide>)

Samomori med moškimi so 2–3-krat pogostejši kot med ženskami (5, 7). V letu 2017 je globalni samomorilni količnik za ženske znašal 6,3 in za moške 13,9/100.000. Samomorilni količnik je v zadnjih dvajsetih letih upadel pri obeh spolih (slika 4.4).



Slika 4.4. Starostno standardizirani samomorilni količnik za moške, ženske in skupaj

(Prirejeno in ponatisnjeno z dovoljenjem; Creative Commons BY license; Our world in data [na spletu]. Oxford (UK): Global Change Data Lab; 2013. Ritchie H, Roser M, Ortiz-Ospina E. Suicide; 2015. Dostopno na: <https://ourworldindata.org/suicide>)

Omenjeno razmerje med spoloma (več samomorov med moškimi kot med ženskami) je značilno za večino držav, vendar med njimi obstajajo precejšnje razlike. Najvišje razmerje med spoloma so zabeležili v Belizeju (razmerje 7,4), Sejšelih (razmerje 8,3), Panami (razmerje 9,2) in Svetem Vincentu ter Grenadini (razmerje 12,2). Visoko razmerje (3–6 samomorov med moškimi/1 samomor med ženskami) je sicer značilno tudi za države vzhodne Evrope. Po drugi strani pa v nekaterih predelih sveta beležijo precej nižje razmerje med spoloma, denimo 1–2 samomora med moškimi/1 samomor med ženskami (Avstralija in nekatere azijske države) (5, 7). Edini državi, kjer beležijo več samomorov med ženskami kot moškimi, sta Kitajska in Bangladeš (7, 10). Avtorji razlagajo, da je takšno, obrnjeno razmerje med spoloma v teh državah odraz specifičnih socialnih, religioznih in kulturnih okoliščin (10). Na primeru Kitajske razlagajo, da so tam ženske in moške spolne vloge obrnjene oziroma zamenjane ter da ženske opravljajo večino družinskih in družbenih vlog, ki se v zahodnem svetu pričakujejo od moških, kar spremeni izpostavljenost dejavnikom tveganja za samomorilno vedenje in posledično vpliva tudi na število samomorov pri ženskah oz. moških.

V primerjavi z umrljivostjo zaradi samomora je o številu samomorilnih poskusov na voljo le malo zanesljivih podatkov. SZO ne dobiva in ne zbira podatkov o samomorilnih poskusih od nobene države, čeprav za posamezne regije obstajajo podatki o obravnavi samopoškodovalnega vedenja v urgentnih ambulantah in/ali bolnišnicah (5). Po podatkih nekaterih raziskav so samomorilni poskusi v populaciji 10–30-krat pogostejši kot samomor (11). Razmerje med samomorilnimi poskusi in samomori se spreminja s starostjo (v nižjih starostnih skupinah je več samomorilnih poskusov v primerjavi s samomori, medtem ko je

v višjih starostnih skupinah ta razlika manjša). Samomorilni poskusi, ki so med glavnimi napovednimi dejavniki vnovičnega samomorilnega vedenja v prihodnosti, so pogostejši med ženskami (6, 7).

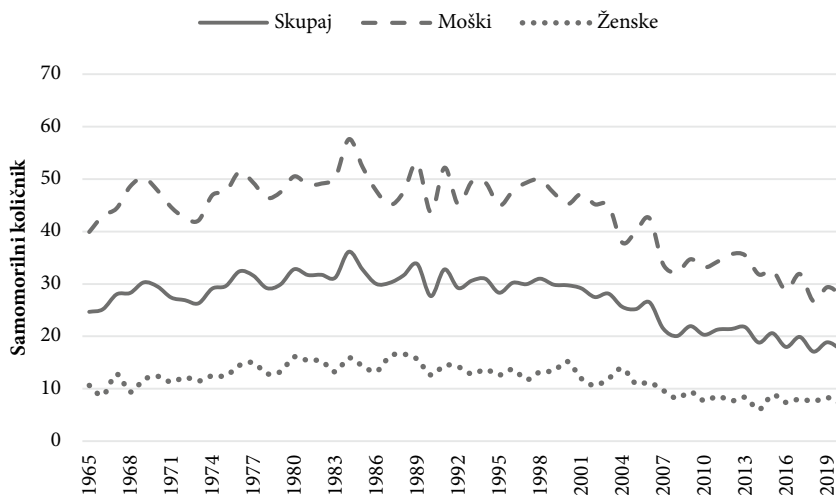
Med najpogostejše metode samomora spadajo obešanje, utopitve, skok z višine, zastrupitve s pesticidi in poškodbe s strelnim orožjem (5, 7). Avtorji (12) so ugotavljali, da je med vsemi metodami pri obeh spolih najpogostejše obešanje (pri 54,3 % moških, 35,6 % žensk). Pri moških sta drugi dve najpogostejši metodi strelno orožje (9,7 %) in zastrupitve (8,6 %), medtem ko so pri ženskah na drugem mestu zastrupitve (24,7 %), sledi skok z višine (14,5 %). Metode, ki jih v večji meri izbirajo moški (predvsem obešanje in strelno orožje), so agresivnejše in v večji meri smrtne kot metode, ki jih izbirajo ženske (denimo zastrupitev, ki se v večji meri konča kot samomorilni poskus) (13, 14). Slednje lahko delno pojasni razlike v prevalenci samomorov in samomorilnih poskusov med spoloma. Več samomorilnih poskusov med ženskami, hkrati pa tudi močnejšo povezavo med samomorilnimi poskusi in samomori pri moških (moški manjkrat poskušajo storiti samomor kot ženske, a hkrati zaradi samomora umirajo pogosteje, ker je pri njih samomorilni namen intenzivnejši), so nekateri avtorji razlagali tudi s tem, da je pri moških močnejše izražen namen oziroma želja po smrti, kar vpliva na izbiro bolj smrtne metode (14–16). Opažene razlike označujemo z izrazom spolni paradoks.

Razlike v najpogostejše uporabljenih metodah samomora obstajajo tudi med posameznimi svetovnimi regijami. Medtem ko v Aziji in Afriki prevladujejo zastrupitve s pesticidi in obešanje, je v Ameriki največ samomorov s strelnim orožjem (v približno 60 % primerov) (7). Za Evropo in Avstralijo je značilno, da prevladuje obešanje. Razlike delno izvirajo iz dostopnosti sredstev (npr. v Ameriki je strelno orožje lahko dostopno, v Afriki in Aziji so zaradi pretežno ruralnega prebivalstva lahko dostopni pesticidi), delno pa iz kulturno specifičnih značilnosti okolja.

Beleženje podatkov ni enako kakovostno in standardizirano v vseh svetovnih regijah, zato so razlike v umrljivosti zaradi samomora lahko tudi posledica različnega beleženja pojava (*več o tem v poglavju 5*).

Pogostost samomorilnega vedenja v Sloveniji

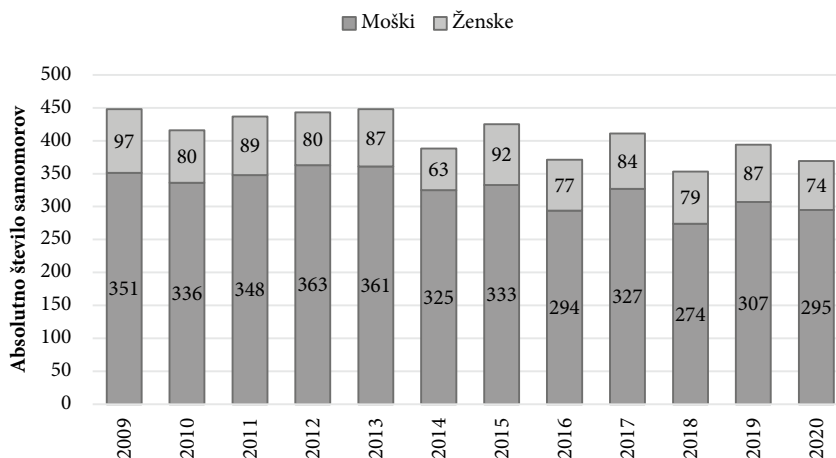
Gibanje samomorilnega količnika v Sloveniji v obdobju med letoma 1965 in 2020 ima obliko obrnjene črke U (slika 4.5) – samomorilni količnik je postopoma naraščal do obdobja, ko se je Slovenija osamosvojila, in postopoma začel upadati po letu 1997. V obdobju 1985–1994 je povprečni samomorilni količnik znašal 31/100.000 (17), s čimer se je Slovenija takrat uvrščala med štiri države v Evropi, ki so beležile največjo umrljivost zaradi samomora (18). V obdobju 1997–2010 je povprečni samomorilni količnik znašal 26,2/100.000. V istem obdobju je samomorilni količnik pomembno upadel pri obeh spolih in vseh starostnih skupinah, razen pri fantih, starih 10–19 let (19). Povprečni samomorilni količnik v zadnjem desetletju (2009–2020) je znašal 19,79/100.000 (4). Spremembe samomorilnega količnika so lahko odraz tako družbenih sprememb v omenjenih letih kot tudi krepitve aktivnosti za preprečevanje samomora v zadnjih letih.



Slika 4.5. Gibanje samomorilnega količnika v Sloveniji v obdobju 1965–2020 (4)

Dejstvo, da je umrljivost zaradi samomora v Sloveniji v zadnjih dveh desetletjih upadla za približno 30 %, je zagotovo vzpodbudno, a ob tem se Slovenija še vedno uvršča med bolj ogrožene države v Evropi. Po podatkih Eurostata (20) je namreč povprečni samomorilni količnik v EU v letu 2015 znašal 11/100.000 prebivalcev, v Sloveniji smo istega leta zabeležili samomorilni količnik 21/100.000. Višji samomorilni količnik v tistem obdobju so zabeležili le v Litvi (30/100.000).

Absolutne vrednosti za posamezni spol v Sloveniji v zadnjem desetletju so prikazane na sliki 4.6. Razvidno je, da je kljub letnemu nihanju v prikazanem obdobju opazen trend upadanja.



Slika 4.6. Absolutne številke samomora za moške in ženske v Sloveniji v obdobju 2009–2020 (4)

Nekatere značilnosti samomorilnega vedenja v Sloveniji

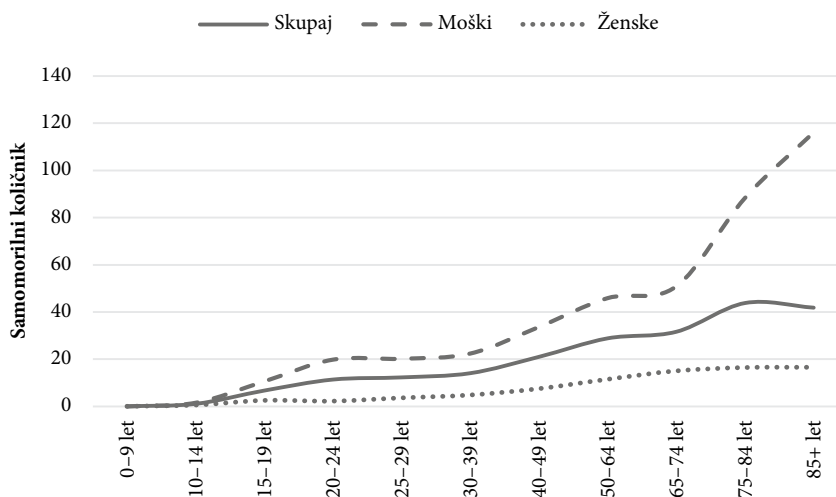
Spol, starost in metode samomora

Slovenija spada med države z višjim razmerjem med spoloma, saj je samomor med moškimi tudi do štiri- ali večkrat pogostejši kot med ženskami. V obdobju 1985–1994 je povprečni samomorilni količnik za moške znašal 48,5/100.000, za ženske pa 14,4/100.000, kar je predstavlja razmerje 3 : 1 (17). V obdobju 1997–2010 se je razmerje med spoloma nekoliko povečalo in je znašalo 3,65 : 1 (povprečni samomorilni količnik za moške je v tem obdobju znašal 41,6/100.000 in 11,4/100.000 za ženske) (19). Razmerje med spoloma je v zadnjem desetletju precej nihalo (preglednica 4.1). Najvišje razmerje je bilo zabeleženo leta 2014, ko je zaradi samomora umrlo petkrat več moških kot žensk. Povprečno razmerje med spoloma je v obdobju 2009–2020 znašalo 4 : 1 (4).

Preglednica 4.1. Samomorilni količnik (skupaj, moški, ženske) in razmerje med moškimi/ženskimi samomori v Sloveniji med leti 2009 in 2019 (4)

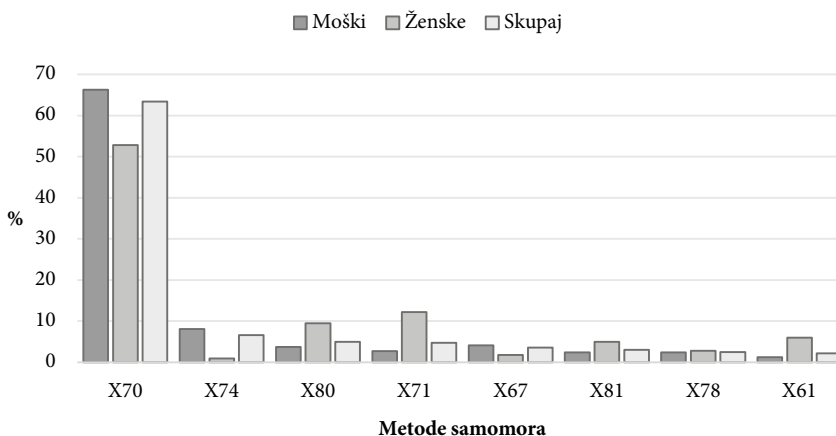
Leto	Skupaj	Moški	Ženske	Razmerje m/ž
2009	21,94	34,69	9,41	3,7
2010	20,30	33,11	7,73	4,3
2011	21,29	34,27	8,58	3,9
2012	21,40	35,67	7,70	4,6
2013	21,76	35,42	8,37	4,2
2014	18,81	31,79	6,05	5,2
2015	20,60	32,57	8,84	3,7
2016	17,97	28,71	7,40	3,8
2017	19,89	31,87	8,08	3,8
2018	17,08	26,68	7,60	3,5
2019	18,86	29,35	8,34	3,5
2020	17,57	27,98	7,08	3,9

Povprečna starost umrlih zaradi samomora je v obdobju 1997–2010 znašala 50,85 let pri moških in 55,98 let pri ženskah (19). Podobno kot drugod po svetu tudi v Sloveniji samomorilni količnik narašča s starostjo in je najvišji v višjih starostnih skupinah. V najvišjih starostnih skupinah beležimo še višje razmerje med spoloma, saj moški v najvišjih starostnih skupinah pet- ali večkrat pogosteje umirajo zaradi samomora kot ženske (slika 4.7). V Sloveniji je povprečni samomorilni količnik v starostni skupini nad 65 let v obdobju 1985–2007 znašal 52/100.000, medtem ko je v državah članicah EU znašal 23/100.000 (21). Marušič, Landau in Tomori (22) so analizirali umrljivost zaradi samomora v Sloveniji po starostnih skupinah. V primerjavi mlajših in starejših starostnih skupin so ugotovili, da je v obdobju 1985–1997 samomorilni količnik med starejšimi upadel za nekaj več kot 1 % na leto, medtem ko je bil v mlajših starostnih skupinah zabeležen 3-odstotni porast na letni ravni. Za obdobje 1997–2010 so raziskovalci ugotavljali (19), da je samomorilni količnik pomembno upadel v vseh starostnih skupinah, razen v skupini dečkov, starih 10–19 let. Razmerje med povprečnim samomorilnim količnikom v najnižji (10–19 let) in najvišji starostni skupini (nad 65 let), je v istem obdobju znašalo 9,38 : 1 (na vsak samomor v najnižji starostni skupini se je zgodilo več kot 9 samomorov v najvišji starosti skupini) (19).



Slika 4.7. Povprečni samomorilni količnik (skupaj, moški, ženske) v obdobju 2009–2020 v različnih starostnih skupinah (4)

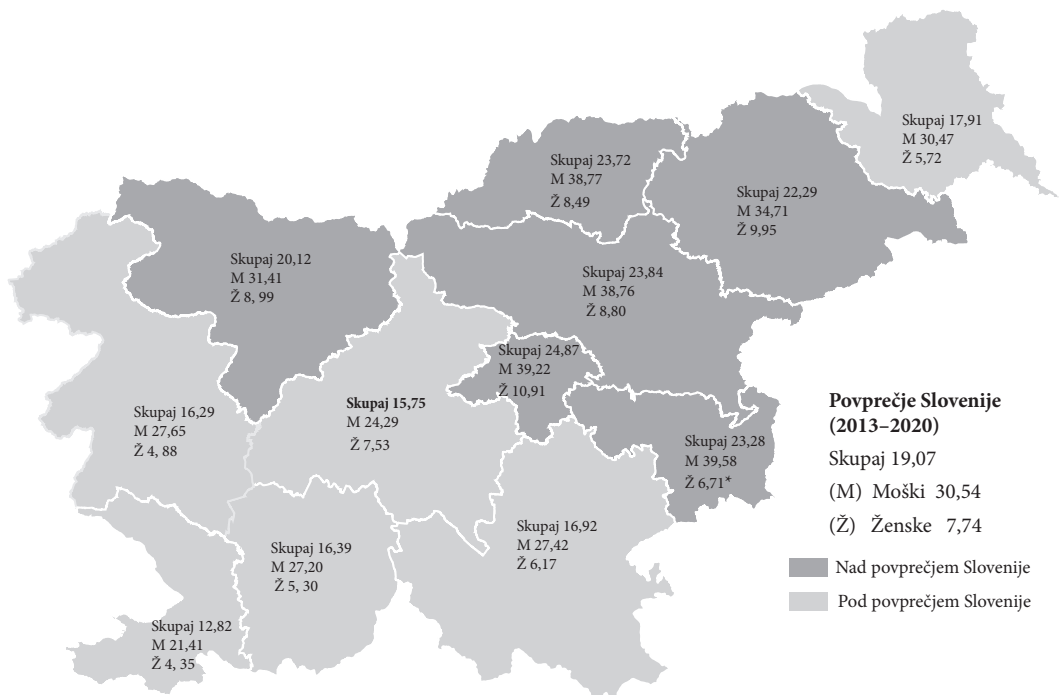
Med samomorilnimi metodami v Slovenji prevladuje obešenje, ki je sicer pogostejše med moškimi (okrog dve tretjini vseh samomorov med moškimi), vendar je delež obešenj visok tudi pri samomorih žensk (več kot polovica) (23, 24). Obešenje je bila najpogostejše uporabljena metoda samomora pri obeh spolih tako v obdobju 1985–1994 (17) kot tudi v obdobju 1997–2010 (19). Podoben trend je opaziti tudi v obdobju 2000–2018 (slika 4.8). Poleg obešenja moški izbirajo agresivnejše metode kot ženske (17, 19). Pri moških je denimo pogosta uporaba strelnega orožja in zastrupitve s plini, pri ženskah pa utopitev, zastrupitev s trdimi ali tekočimi sredstvi ter skok z višine (slika 4.8).



Slika 4.8. Osem najpogostejših metod samomora v Sloveniji v obdobju 2000–2018 (4)

Kategorija v Mednarodni klasifikaciji bolezni: (X61) Namerna samozastrupitev z antiepileptiki, sedativno-hipnotičnimi zdravili, antiparkinsoniki ter psihotropnimi zdravili in izpostavljanje tem, ki ni uvrščena drugje, (X67) Namerna samozastrupitev z drugimi plini ter hlapi in izpostavljanje tem, (X70) Namerno samopoškodovanje z obešanjem, davljenjem in zadužitvijo, (X71) Namerno samopoškodovanje z utopitvijo in potopitvijo, (X74) Namerno samopoškodovanje s strelom iz drugega in neopredeljenega strelnega orožja, (X78) Namerno samopoškodovanje z ostrim predmetom, (X80) Namerno samopoškodovanje s skokom z višine, (X81) Namerno samopoškodovanje s skokom ali leganjem pred predmet v gibanju.

V Sloveniji obstajajo zelo velike razlike v umrljivosti zaradi samomora med posameznimi regijami. Razlike so v nekaterih primerih tako velike, kot jih sicer opazimo med posameznimi državami (25). V regijah, ki so na vzhodu države, beležijo višji samomorilni količnik kot v tistih, ki so na zahodu. Izjemi sta pomurska regija na vzhodu, kjer so v zadnjih letih zabeležili nižji samomorilni količnik od povprečja, in gorenjska regija na zahodu, kjer so v zadnjih letih zabeležili višji samomorilni količnik od povprečja. V nekaterih regijah na vzhodu izstopa samomorilni količnik med moškimi (koroška, savinjska, posavska regija), ki je precej nad slovenskim povprečjem za moške, medtem ko v nekaterih regijah na zahodu, ki sicer beležijo nižji samomorilni količnik od povprečja, izstopa visoko razmerje med spoloma, saj med moškimi beležijo tudi do 6-krat več samomorov kot med ženskami (slika 4.9).



Slika 4.9. Povprečni samomorilni količnik (skupaj, moški, ženske) v statističnih regijah v obdobju 2013–2020 glede na slovensko povprečje (4)

*Regijski samomorilni količnik za ženske je pod slovenskim povprečjem za ženske

Dejavniki, povezani s samomorilnim vedenjem v Sloveniji

Tako kot drugod po svetu je tudi v Sloveniji samomorilno vedenje posledica hkratnega sovplivanja več dejavnikov. Marušič in Farmer (26) navajata, da evropske države z visoko pojavnostjo samomora (več kot 20/100.000) mejijo druga na drugo in se od Finske do Slovenije razprostirajo v obliki črke J, kar podpira domnevo o tem, da imajo pripadniki teh narodov do določene mere podobno genetsko predispozicijo, zaradi katere so ranljivejši za samomor. Ob tem je treba upoštevati tudi določen kulturnozgodovinski in družbeni kontekst držav, ki se združujejo v krivulji J, saj gre večinoma za države nekdanjega t. i. vzhodnega bloka. Poleg genetskih dejavnikov na visoko stopnjo samomorilnosti v Sloveniji, predvsem pa na izražene regionalne razlike, vplivajo tudi socialno-ekonomski, okoljski in drugi dejavniki. Tako je že Trstenjak (27) domneval oziroma razmišljal, da so

Primorci bolj odprti, liberalni, svobodoljubni, podjetni, živahni in svetovljanski, kar je bolj značilno za južnoevropske države kot pa za Slovenijo. Podobno je razmišljal tudi Milčinski, namreč da naj bi bile razlike tudi posledica morebitnega vpliva nacionalnega značaja, po katerem smo Slovenci pretirano vestni, perfekcionistični in agresijo usmerjamo vase (25). Opisana razmišljanja za zdaj še niso bila znanstveno preverjena. Regionalna razpršenost samomora je povezana tudi s prevalenco z alkoholom povezanih duševnih motenj (28, 29), delno pa je to posledica razlike v industrijski razvitosti posameznih regij. Kot navaja Leskošek (30), je samomora manj v industrijsko razvitejših in urbaniziranih predelih, več pa na severovzhodnih ruralnih območjih. Poleg tega Leskošek (30) še razlaga, da je tudi alkoholna kultura severovzhodne Slovenije tista, ki povečuje tveganje za samomor med tamkajšnjim prebivalstvom. V raziskavi, v kateri so preučevali učinke različnih socialno-ekonomskih dejavnikov, razpoložljivosti storitev na področju duševnega zdravja in dejavnikov, povezanih z duševnimi motnjami, na stopnje samomorov v Sloveniji v obdobju 2000–2009, so ugotovili, da se je med socialno-ekonomskimi dejavniki stopnja brezposelnosti uvrstila med najmočnejše napovedne dejavnike višjega samomorilnega količnika v posamezni regiji. Po drugi strani pa je bilo višje razmerje zakonskih zvez glede na ločitve negativno povezano s stopnjo samomorilnosti v regiji. S stopnjo samomorilnosti v regiji se je negativno povezovala razpoložljivost ambulantne psihiatrične obravnave (4 psihiatri in več zaposlenih v ambulantah na 100.000 prebivalcev) in razmerje predpisanih antidepresivov glede na predpisane anksiolitike v korist antidepresivov (29). Avtorji so tudi ugotavljali, da je bil v obdobju 2012–2016 samomorilni količnik v slovenskih občinah pozitivno povezan z višjim deležem moških v občini, višjo socialno kohezijo in sosedsko povezanostjo ter številom bolniških dni (31). Ugotovitev v povezavi s socialno kohezijo je nekoliko presenetljiva, saj v literaturi večinoma navajajo, da je socialna kohezija varovalni dejavnik pred samomorom. V omenjeni raziskavi so avtorji razmišljali, da je zaradi kulturnih specifik okolja dejavnik socialne kohezije lahko imel negativen vpliv, ker je deloval kot dejavnik nadzora in omejevanja (posredni pritisk, da se je treba okolju prilagajati). Ista skupina avtorjev je ugotavljala, da je bil samomorilni količnik v občinah negativno povezan z višino prihodkov, deležem porok in ločitev ter dostopnostjo pomoči oziroma storitev na področju duševnega zdravja. Poleg omenjenih ekoloških dejavnikov je skupina raziskovalcev na slovenskem vzorcu ugotovila tudi, da prebivalci regij, kjer je samomora več, bolj stigmatizirajo iskanje pomoči (32).

V obdobju zadnjih dveh desetletij so se aktivnosti na področju preprečevanja samomora v Sloveniji zgostile in okrepile. Okrepilo se je sodelovanje z različnimi vratarji sistema, okrepile so se destigmatizacijske aktivnosti (33, 34, 35) in v nekaterih regijah je bil v obdobju 1997–2010 opazen statistično značilen upad samomorilnega količnika, ki pa se ni izkazal kot povezan s preventivnimi dejavnostmi (19).

Zaključek in usmeritve za naprej

Letno zaradi samomora umre okrog 800.000 ljudi po vsem svetu, delež samomorov med vsemi smrtmi znaša 1,4 %. V svetu obstajajo velike razlike glede umrljivosti zaradi samomora. Opazne so tako razlike v umrljivosti med spoloma kot uporabi metode samomora. Tveganje za samomor narašča s starostjo. Slovenija spada med države, ki so s samomorom bolj ogrožene, vendar je vzpodbuden podatek, da je samomor v Sloveniji v zadnjih dveh desetletjih upadel za več kot 30 %. Večino značilnosti, ki veljajo za samomor po svetu, najdemo tudi v Sloveniji. Moški v Sloveniji umirajo zaradi samomora približno 3–4-krat pogosteje kot ženske in izbirajo bolj smrtne metode. Ena od najbolj izstopajočih

značilnosti samomora v Sloveniji so razlike v umrljivosti zaradi samomora med regijami, ki so med posameznimi deli države tako velike, kot bi jih sicer opazili med državami. Te razlike so povezane s številnimi dejavniki tako na individualni kot okoljski ravni. V Sloveniji bi se bilo v prihodnje smiselno usmeriti v krepitev tistih dejavnikov, ki so se izkazali kot pomembni varovalni dejavniki samomorilnosti na nacionalni, regionalni in občinski ravni in jih je mogoče ustrezno nasloviti (enaka dostopnost do različnih oblik pomoči, zmanjševanje socialno-ekonomske depriviligiranosti ipd.).

Reference

1. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014.
2. Roth GA, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N idr. Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1736–88. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32203-7
3. World Health Organization. Mental health action plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization; 2013.
4. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Baza podatkov Zdravniško poročilo o umrli osebi (NIJZ 46). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2020 (neobjavljeni podatki).
5. Our world in data [na spletu]. Oxford (UK): Global Change Data Lab; 2013. Ritchie H, Roser M, Ortiz-Ospina E. Suicide; 2015 [citirano 15. 9. 2020]. Dostopno na: <https://ourworldindata.org/suicide>
6. World Health Organization. Suicide in the world: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2019.
7. Bachman S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7):članek 1425. doi: 10.3390/ijerph15071425
8. Fountoulakis KN, Chatzikosta I, Pasiadis K, Zanis P, Kawohl W, Kerkhof AJ idr. Relationship of suicide rates with climate and economic variables in Europe during 2000–2012. *Ann Gen Psychiatry*. 2016;15:članek 19. doi: 10.1186/s12991-016-0106-2
9. Nrugham L, Holen A, Sund AM. Associations between attempted suicide, violent life events, depressive symptoms, and resilience in adolescents and young adults. *J Nerv Ment Dis*. 2010;198(2):131–6. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181cc43a2
10. Zhang J. The gender ratio of Chinese suicide rates: an explanation in confucianism. *Sex Roles*. 2014;70:146–54. doi: 10.1007/s11199-013-0333-9
11. American Foundation for Suicide Prevention [na spletu]. New York: American Foundation for Suicide Prevention; [posodobljeno 2020]. Suicide statistics; [citirano 16. 9. 2020]. Dostopno na: <https://afsp.org/suicide-statistics/>.
12. Várnik A, Kólvés K, van der Feltz-Cornelis CM, Marusic A, Oskarsson H, Palmer A. Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the “European Alliance Against Depression”. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62:545–51. doi: 10.1136/jech.2007.065391
13. Tsirigotis K, Gruszczynski W, Tsirigotis M. Gender differentiation in methods of suicide attempts. *Med Sci Monit*. 2011;17(8):PH65–70. doi: 10.12659/MSM.881887
14. Mergl R, Koburger N, Heinrichs K, Székely A, Tóth MD, Coyne J idr. What are reasons for the large gender differences in the lethality of suicidal acts? An epidemiological analysis in four European countries. *PLoS One* [na spletu]. 2015;10(7):članek e0129062. Dostopno na: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0129062>. doi: 10.1371/journal.pone.0129062
15. Hawton K. Sex and suicide: gender differences in suicidal behaviour. *Br J Psychiatry*. 2000;144:484–5. doi: 10.1192/bjp.177.6.484
16. Freeman A, Mergl E, Kohls E, Székely A, Gusmao R, Arensman E idr. A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):članek 234. doi: 10.1186/s12888-017-1398-8
17. Marušič A. Suicide in Slovenia: lessons learned for cross-cultural psychiatry. *Int Rev Psychiatry*. 1999;11:212–8. doi: 10.1080/09540269974393
18. World Health Organization [na spletu]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; c2021. European mortality database (MDB); 2006 [posodobljeno 2020]. Dostopno na: <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-mortality-database/>.
19. Roškar S, Zorko M, Podlesek A. Suicide in Slovenia between 1997 and 2010: characteristics, trends, and preventive activities. *Crisis*. 2015;36(2):126–36. doi: 10.1027/0227-5910/a000298
20. Eurostat [na spletu]. Luxembourg: European Commission, Eurostat; [posodobljeno 2021]. Just over 56 000 persons in the EU committed suicide; 2018 [citirano 16. 9. 2020]. Dostopno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20180716-1?inheritRedirect=true&redirect=%2FFeurostat%2F>
21. World Health Organization [na spletu]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; c2021. European mortality database (MDB); 2008 [posodobljeno 2020]. Dostopno na: <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-mortality-database/>.

22. Marušič A, Landau S, Tomori M. Long-term trends, seasonality, weekly distribution and methods of suicide in Slovenia: a comparison between the younger and older population. *Arch Suicide Res.* 2003;7:135–43. doi: 10.1080/13811110301578
23. Milčinski L. *Samomor in Slovenci*. Ljubljana: Cankarjeva založba; 1985.
24. Milčinski L, Zalar B, Virant-Jaklič M. *Samomor in Slovenija - 1995*. Ljubljana: Slovenska akademija znanosti in umetnosti Ljubljana; 1997.
25. Marušič A. Suicide mortality in Slovenia: regional variation. *Crisis.* 1998;19:159–67. doi: 10.1027/0227-5910.19.4.159
26. Marušič A, Farmer A. Genetic risk factors as possible cause of the variation in European suicide rates. *Br J Psychiatry.* 2001;179:194–6. doi: 10.1192/bjp.179.3.194
27. Trstenjak A. *Misli o slovenskem človeku*. Ljubljana: Mihelač; 1992.
28. Virant-Jaklič M. *Samomor in samomorilni poskus v Sloveniji*. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika; 1993.
29. Korosec Jagodic H, Rokavec T, Agius M, Pregelj P. Availability of mental health service providers and suicide rates in Slovenia: a nationwide ecological study. *Croat Med J.* 2013;54(5):444–52. doi: 10.3325/cmj.2013.54.444
30. Leskošek F. Sociološki vidiki samomorilnosti v Sloveniji. *Zdr Varst.* 2001;40:41–50.
31. Roškar S, Sedlar N, Furman L, Roškar M, Podlessek A. Association of selected area-level indicators with suicide mortality in Slovenian municipalities. *Crisis* [na spletu]. 2020. Dostopno na: <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000742>. doi: 10.1027/0227-5910/a000742
32. Roskar S, Bracic MF, Kolar U, Lekic K, Konec Juricic N, Tancic Grum A idr. Attitudes within the general population towards seeking professional help in cases of mental distress. *Int J Soc Psychiatry.* 2017;63(7):614–21. doi: 10.1177/0020764017724819
33. Beškovnik L, Juričič NK, Švab V. Suicide index reduction in Slovenia: the impact of primary care provision. *Ment Health Fam Med.* 2011;8(1):51–5.
34. Roškar S, Podlessek A, Zorko M, Tavčar R, Dernovsek MZ, Groleger U idr. Effects of training program on recognition and management of depression and suicide risk evaluation for Slovenian primary-care physicians: follow-up study. *Croat Med J.* 2010;51(3):237–42. doi: 10.3325/cmj.2010.51.237
35. Roškar S, Tančič Grum A, Poštuvan V, Podlessek A, De Leo D. The adaptation and implementation of guidelines for responsible media reporting on suicide in Slovenia. *Zdr Varst.* 2017;56(1):31–8. doi: 10.1515/sjph-2017-0005

Beleženje podatkov o samomorilnem vedenju v Sloveniji¹

Matej Vinko, Maja Roškar, Damjan Miklič, Miloš Kravanja

Ključni poudarki poglavja

- Beleženje podatkov o samomorilnem vedenju ima v Sloveniji dolgo zgodovino, največji napredek na tem področju pa je bil dosežen z vzpostavitvijo Registra samomora in samomorilnih poskusov leta 1970.
- Postopek beleženja samomora se prične z ugotovitvijo, da je do smrti pri umrlem prišlo zaradi zunanjega vzroka oz. suma na nasilno smrt in zaključí z vpisom in kodiranjem vzroka smrti, ki ustreza načinu samomora, v zbirko podatkov o umrlih osebah.
- Beleženje podatkov o samomoru zahteva sodelovanje mrliškega preglednika oz. zdravnika sodnomedicinske stroke, organov pregona in zdravstvenega analitika.
- Med državami sveta obstajajo velike razlike v kakovosti podatkov o samomorilnem vedenju. To je še posebej izrazito pri podatkih o samomorilnih poskusih, saj so države z vzpostavljenimi sistemi spremljanja tovrstnih dogodkov redke izjeme.

Povzetek

Podatki o številu samomorov in samomorilnih poskusih omogočajo načrtovanje in razvoj aktivnosti na področju preučevanja in preprečevanja samomorilnega vedenja. Za učinkovito delovanje na področju samomorilnega vedenja je pomembno redno oz. rutinsko beleženje podatkov. Beleženje podatkov o samomorih je tesno povezano z beleženjem podatkov o umrlih, ki ima na območju Slovenije dolgo zgodovino. Prvi podatki o umrlih segajo v prvo polovico 16. stoletja, za namene preučevanja samomora pa so se podatki sistematično pričeli zbirati z vzpostavitvijo Registra samomora in samomorilnih poskusov leta 1970. Beleženje podatkov o samomoru se izvaja po enakih principih kot beleženje podatkov o umrlih zaradi drugih vzrokov. Trije ključni procesi beleženja podatkov o samomoru so potrditev smrti, vpis smrti in kodiranje vzroka smrti. Ugotavljanje nastopa smrti oz. potrditev smrti je naloga mrliškopregledne službe. Ob sumu na nasilno smrt ali nenadni smrti, kot je to v primeru samomora, se v postopek vključijo organi pregona, ki preučijo morebiten sum kaznivega dejanja. Če se s preiskavo ugotovi, da je vzrok smrti samomor, ki v Sloveniji ni kaznivo dejanje, se vpiše podatek o smrti v podatkovno zbirko o umrlih osebah. Dogodek se klasificira s kodo iz Mednarodne klasifikacije bolezni (MKB) in sorodnih zdravstvenih problemov, ki ustreza načinu samomora. Prakse na področju beleženja samomorov se med državami razlikujejo. V nekaterih državah je spremljanje slabo razvito, zato so podatki na mednarodni ravni primerljivi le v omejenem obsegu. Slednje je še izrazitejše na področju beleženja samomorilnih poskusov, saj so sistemi beleženja, ki bi pokrivali večje geografsko področje in zagotavljali ustrezno raven popolnosti podatkov, zelo redki. Samomorilni poskusi pogosto niso obravnavani v zdravstvenem sistemu. Prepoznavna in beleženje samomorilnih poskusov pa tudi v primeru stika z zdravstvenim sistemom v večini držav ni zadostna. Beleženje samomorilnega vedenja je, zaradi narave spremljanih pojavov, obsežno in kompleksno področje dela, na katerem je potrebno sodelovanje številnih sistemov, ustanov in strokovnjakov. Zato je uvajanje sprememb in izboljšav na področju beleženja zahtevno in pogosto počasno.

¹ Avtorji se za pomoč pri opisovanju značilnosti podatkovnih zbirk, ki so pomembne za področje beleženja samomorilnega vedenja, zahvaljujemo Ani Zgagi in Poldki Butinar.

Uvod

Razumevanje samomorilnega vedenja in posledično preprečevanje samomora je odvisno od kakovosti podatkov o samomorilnem vedenju in umrljivosti zaradi samomora, ki so na voljo raziskovalcem in drugim strokovnjakom na področju preprečevanja samomora.

Podatki o številu umrlih zaradi samomora so izhodišče velike večine dejavnosti na področju raziskovanja in preprečevanja samomora. Na podlagi števila umrlih zaradi samomora ali samomorilnega količnika je mogoče primerjati stanje znotraj države in med različnimi državami, načrtovati javnozdravstvene politike in ukrepe, vrednotiti učinkovitost obstoječih zdravstvenih storitev in ukrepov za preprečevanje samomora ter razporejati sredstva, namenjena omenjenim dejavnostim (1). Podatki pa tudi pomembno vplivajo na način, kako se o samomoru poroča in sporoča ter kako celotna družba ta pojav sprejema. Podatki o številu umrlih v prebivalstvu so poleg števila živorojenih in števila selitev ključni za načrtovanje in razvoj družbe, zato ima področje beleženja podatkov o umrlih dolgo zgodovino ter razvit sistem upravljanja.

Najpomembnejši napovedni dejavnik samomora je predhodni samomorilni poskus (2). Zato imajo podatki o samomorilnih poskusih veliko vrednost za razumevanje tovrstnega vedenja. Dva osnovna pristopa k spremljanju števila samomorilnih poskusov sta samoporočanje o samomorilnih poskusih v raziskavah ter beleženje samomorilnih poskusov, ki so prepoznani med zdravstveno ali policijsko obravnavo.

Namen poglavja je predstaviti značilnosti beleženja podatkov o samomorilnih poskusih ter še posebej beleženja podatkov o umrlih zaradi samomora. Po kratkem pregledu zgodovine beleženja podatkov na področju samomora je poudarek na postopku beleženja, kot se izvaja trenutno. Izpostavljeni so ključni izzivi, s katerimi se soočamo, ter možni načini vplivanja teh na kakovost in primerljivost podatkov. Čeprav predstavljajo neprecenljiv vir informacij za preučevanje samomorilnega vedenja tudi znanstvene raziskave, se pričujoče poglavje osredotoča pretežno na t. i. zdravstveno statistiko oz. sisteme rutinskega zbiranja podatkov. V zaključku poglavja so predstavljeni še načini beleženja podatkov o samomorilnih poskusih in umrlih zaradi samomora v tujini ter nekatere možne smeri razvoja beleženja podatkov o umrlih v prihodnosti.

Zgodovina beleženja podatkov o umrlih in samomoru v Sloveniji

Zgodovina beleženja podatkov o samomoru je v Sloveniji tesno povezana z zgodovino beleženja podatkov o umrlih. Zbirke podatkov o vzrokih smrti omogočajo pogled daleč v preteklost, v obdobja, ko se suicidologija kot stroka še ni oblikovala.

Na območju Slovenije se je pričelo zbirati podatke o umrlih v cerkvenih matičnih oziroma mrliških knjigah v prvi polovici 16. stoletja. Vodenje matičnih knjig na ravni države je predpisal cesar Jožef II. leta 1784, a so bile po njegovem predpisu verodostojne zgolj cerkvene rimokatoliške in židovske matične knjige. Civilne matične knjige za prebivalce so prvič uvedli v času Ilirskih provinc v obdobju 1812–1814. Cerkvene matične knjige so takrat morali župniki predati županom. V Avstro-Ogrski so jih za osebe, ki niso pripadale nobeni veri, na okrajnih glavarstvih pričeli voditi po letu 1870. Po drugi svetovni vojni je 9. maja 1946 začel veljati Zakon o državnih matičnih knjigah, ki je na območju Jugoslavije uvedel vodenje matičnih knjig na matičnih uradih. Slovenija je področje matičnih knjig prvič samostojno uredila leta 1974, ko je stopil v veljavo Zakon o matičnih knjigah, po katerem so se podatki o umrlih vodili v matičnih knjigah umrlih (poleg slednjih so se vodile še rojstne in poročne matične knjige) (3, 4). Od leta 2003 je veljaven Zakon o matičnem

registru, ki je vpeljal pojem matičnega registra (5). To je računalniško vodena podatkovna zbirka, v katero se vpisujejo matična dejstva – med drugimi tudi smrt. V nasprotju z matičnimi knjigami se v matičnem registru ne vodijo podatki o vzrokih smrti. Se pa ti od leta 2000 vodijo v zbirki podatkov o umrlih osebah, ki jo upravlja Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) (6). Podatke o vzrokih smrti v elektronski obliki NIJZ hrani od leta 1986, podatki o obdobju pred tem pa so na voljo v obliki zdravstvenih statističnih letopisov.

Podatke o umrlih, ki so se zbirali v matičnih knjigah in drugih zbirkah, so uporabljali utemeljitelji javnega zdravja in suicidologije na Slovenskem. Brata dr. Ivo in prof. dr. Bojan Pirc, pionirja javnega zdravja v Sloveniji, sta v knjigi *Zdravje v Sloveniji, I. knjiga, Življenjska bilanca Slovenije v letih 1921–1935*, ki je izšla leta 1937, opisala ključne zdravstvene podatke – med drugim tudi nasilne smrti med Slovenci – in s tem naredila prve korake na področju epidemiologije samomora v Sloveniji (7, 8).

Tudi utemeljitelj suicidologije v Sloveniji, akad. prof. dr. Lev Milčinski, je v svojih analizah mestoma uporabljal podatke, ki se niso zbirali z namenom preučevanja samomora (9). Za prvo in še vedno edino namensko zbirko podatkov na področju samomora je zaslužen prav Milčinski. Na Psihiatrični kliniki v Ljubljani je vzpostavil Register samomora in samomorilnega poskusa, ki je deloval v letih 1970–2000 (10). Podatke so v register posredovale zdravstvene službe ter Uprava javne varnosti oz. Ministrstvo za notranje zadeve (11–13). Dodatno so bili v registru zbrani tudi podatki, ki so jih na terenu z dodatnimi poizvedovanji (t. i. samomorilno anamnezo) pridobili sodelavci na registru. Izpostaviti velja predvsem medsektorsko sodelovanje Registra, s katerim sta se zagotavljala večja popolnost in nabor podatkov (*več o tem v poglavju 2*). Ti so omogočali pregled nad samomori v Sloveniji in predstavljali osnovo za raziskovanje tega pojava (14).

Sodelovanje med Ministrstvom za notranje zadeve oziroma policijo ter Registrom samomora in samomorilnih poskusov sega že v leto 1970, ko se je ta vzpostavil (9, 12, 13). Pisni dokumenti o tem dogovoru ali sporazumu na policiji niso več dostopni, vendar so se potrditve o rednem sodelovanju ohranile skozi letna poročila o delu Registra. Tudi iz samih zapisov Milčinskega izhaja, da je osnovne podatke o samomorih Registru posredovalo Ministrstvo za notranje zadeve oziroma kriminalistični organi, ki »pri rutinskem raziskovanju nenaravnih smrtnih primerov najzanesljiveje ugotavljajo tudi samomore«. Milčinski je takrat navajal, da so bili podatki kriminalističnih služb o samomorih zanesljivi in domala popolni (12). V svojem osebni diskusijskem prispevku, namenjenem kriminalistu Darku Delakordi na Upravi kriminalistične policije, je opisal sprejemanje osnovnih podatkov s terena. Glede samomorov je bil poglobitni vir podatkov »kdo, kaj, kdaj, kako, zakaj« kopija službenega poročila terenskih enot kriminalistične službe Ministrstva za notranje zadeve. Dobro sodelovanje s tem ministrstvom je Milčinski v prispevku izpostavil z zahvalo za »vse dolgoletno sodelovanje brez bistvenih dodatnih obremenitev administrativnega karakterja, ki je doslej vseh 28 let potekala brez kakršnihkoli zapletov, ki bi kazali v smeri kršenja načel varstva osebnih podatkov o osebah, ki so storile samomor, oziroma kakšnih drugačnih etično problematični dogajanjih ...« (15).

Postopek sodobnega beleženja podatkov o umrlih v Sloveniji

Sistem beleženja podatkov o umrlih temelji na treh osnovnih procesih – potrditvi smrti, vpisu smrti ter kodiranju vzroka smrti. Potrjevanje oz. ugotavljanje nastopa smrti je naloga mrliškopregledne službe. Opravljajo jo zdravniki, ki so za to posebej pooblašeni in usposobljeni (16). Mrliški pregled se opravi na kraju smrti, v primeru posebnih okoliščin,

zaradi katerih pregled tam ne bi bil mogoč, pa v stanovanju pokojnika ali mrtvašnici. Smrt se potrdi na predpisanem obrazcu (Zdravniško potrdilo o smrti in poročilo o vzroku smrti, slika 5.1). Obrazec je potreben za administrativno prijavo smrti v matičnem registru ter posredovanje vzrokov smrti v zdravstveno statistiko na NIJZ.

Za vpis smrti v matični register je pristojen matičar upravne enote na območju, kjer je oseba umrla. Podatek o vpisani smrti in podatke o vzrokih smrti, ki jih posreduje zdravnik mrliški preglednik, upravna enota posreduje NIJZ (obrazca Prijava smrti ter Zdravniško potrdilo o smrti in poročilo o vzroku smrti). Na NIJZ se ti podatki zbirajo in vodijo v podatkovni zbirki o umrlih osebah. Podatkovna zbirka vsebuje demografske podatke o umrlem (ime, priimek, datum rojstva, datum smrti, prebivališče, zakonski stan) ter okoliščinah smrti (mesto smrti, opravljena obdukcija in vzroki smrti). V podatkovni zbirki so vključeni tudi določeni socialno-ekonomski podatki (izobrazba, poklic, status aktivnosti), ki se dopolnijo s povezovanjem sekundarnih podatkovnih zbirk na podlagi enotnega označevalca. V podatkovni zbirki so zajeti vsi umrli na teritoriju Republike Slovenije ter umrli s statusom prebivališča v Sloveniji, katerih smrt sporočajo druge države, v katerih so osebe umrle. Pri slednjih se zbira samo podatek o smrti, ne pa tudi o vzroku smrti.

NACIONALNI INŠTITUT ZA JAVNO ZDRAVJE
Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Uradni list RS, št. 65/00, 47/15)

Zaporedna številka _____

ZDRAVNIŠKO POTRDILO O SMRTI IN POROČILO O VZROKU SMRTI

Primek in ime umrle osebe		Spol		moški	1
				ženski	2
Datum smrti	Kraj smrti (naselje, občina)	Ura smrti			
Datum rojstva	Kraj rojstva (naselje, občina)				
Stalno prebivališče (naselje, občina)					
VZROK SMRTI - pri nasilnih smrtih tudi zunanji vzrok			Čas trajanja bolezni		
I.					
a) Bolezen ali stanje oz. narava poškodbe, ki je neposredno povzročila smrt.			a)		_____
b) Bolezen ali stanje, ki je povzročilo ali dovelo do neposrednega vzroka smrti navedenega pod a).			b)		_____
c) Osnovna bolezen, ki je vplivala na bolezen pod I. a in b ali neposredno povzročila smrt.			c)		_____
II.			(Osnovni inicialni vzrok)		
Druge bolezni ali stanja, ki so lahko vplivala na bolezen ali stanja pod I. a), b), c).				v.y	_____

Pri nasilnih smrtih (smrtne nesreče, usmrtitve, samomori) mora biti pod a), b), c) vpisana vrsta poškodbe in zunanji vzrok smrti ter					
a) vrsta nasilne smrti (smrtna nesreča=1, samomor=2, uboj, detomor=3)					_____
b) kraj smrtne nesreče (šifrant je na hrbtni strani obrazca)					_____
c) nesreča je bila (šifrant je na hrbtni strani obrazca)					_____
PODATKI ZA UMRLE DOJENČKE					
Število plodov: enojček=1, dvojček=2, trojček=3, četvorček=4, neznano=9					
Porodna teža: do 500 g=1, 501-1000 g=2, 1001-1500 g=3, 1501-2000 g=4, 2001-2500 g=5, nad 2500 g=6, neznano=9					
PODATKE O VZROKU SMRTI JE DAL:					
zdravnik, ki je umrlo osebo zdravil=1, obducent=2, mrliški oglednik-zdravnik=3					
OBDUKCIJA OPRAVLJENA: da=1, ne=2 (izvid je na hrbtni strani)					

Podpis zdravnika _____

IZVID OBDUKCIJE:

KRAJ SMRTNE NESREČE

- 00 = ni smrtna nesreča
- 11 = tovarna
- 12 = rudnik
- 13 = gradbišče
- 14 = delavnica
- 20 = cesta
- 21 = železniška proga

- 22 = letalo
- 30 = polje, gozd, planina
- 31 = reka, jezero, morje
- 41 = kmečko gospodarstvo
- 42 = stanovanje, zgradba
- 51 = drug kraj
- 99 = neznano

NESREČA JE BILA

- 00 = ni smrtna nesreča
- 10 = na delu
- 20 = na poti na delo oz. z dela
- 30 = pri delu v gospodinjstvu
- 40 = v prostem času
- 99 = neznano

Slika 5.1. Vzorec obrazca Zdravniško potrdilo o smrti in poročilo o vzroku smrti

Klasifikacija oz. kodiranje vzroka smrti temelji na podatkih, ki so navedeni na Zdravniškem potrdilu o smrti in poročilu o vzroku smrti. Vzrok smrti se klasificira skladno s kodami iz desete revizije MKB. Gre za sistem kategorij, v katerem so uvrščene bolezenske entitete v skladu z izbranimi merili. Omogoča poenoteno pretvorbo opisov bolezni, poškodb, stanj in postopkov v kodo. Kodirni sistemi, kot je MKB, omogočajo natančno opredeljevanje ter komunikacijo bolezni in drugih zdravstvenih stanj oziroma postopkov, kar je osnovni pogoj primerljivosti in natančnosti podatkov o vzrokih smrti (17). Zdravstveni analitiki, ki upravljajo podatkovno zbirko o umrlih osebah, pretvorijo (opisne) podatke o vzrokih smrti v ustrezne kode MKB. V podatkovni zbirki se skladno z zahtevami Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) beleži osnovni vzrok smrti, ki je opredeljen kot bolezen ali poškodba, ki je sprožila bolezenske ali poškodbene dogodke, ki so neposredno privedli do smrti, ali okoliščine nezgode ali nasilja, ki so povzročile usodno poškodbo (18).

Posebnosti beleženja podatkov o umrlih zaradi samomora v Sloveniji

Ko mrliški preglednik nedvomno ugotovi, da je nastopila smrt, prične ugotavljati vzrok smrti oziroma ali gre za naravno ali nasilno smrt. Po pravilniku o pogojih in načinu opravljanja mrliškopregledne službe govorimo o naravni smrti v primeru smrti zaradi starosti, bolezni, prirojenih napak ali smrti v zvezi s porodom brez sodelovanja druge osebe. Nenaravna ali nasilna smrt oz. smrt zaradi zunanjega vzroka pa je smrt po svoji krivdi (samomor), po svoji malomarnosti ali malomarnosti druge osebe (nezgoda), po krivdi druge osebe (uboj), brez svoje in tuje krivde (elementarna nesreča ipd.). Če zdravnik ugotovi, da vzroka smrti ni mogoče ugotoviti na podlagi mrliškega pregleda, odredi sanitarno obdukcijo. Ta je obvezna v primerih nejasnega ali neznanega vzroka smrti, v primeru smrti zaradi nalezljive bolezni ali suma na nalezljivo bolezen in na zahtevo lečečega zdravnika. Če zdravnik ugotovi, da gre za smrt zaradi zunanjega vzroka, obvesti organe pregona (19). Ob prihodu policistov na kraj smrti se najprej opravi ogled kraja najdbe trupla (*več o tem v poglavju 30*). Ogled kraja dejanja oziroma najdbe trupla je po 245. členu Zakona o kazenskem postopku (ZKP) v pristojnosti preiskovalnega sodnika (20). Ogled se opravi, kadar je za ugotovitev ali razjasnitev kakšnega pomembnega dejstva v postopku potrebno neposredno opazovanje. V primeru najdbe trupla z znaki nasilja oziroma nejasnim vzrokom smrti je to nujno. Če preiskovalni sodnik ne more priti na kraj najdbe trupla takoj, lahko ogled opravi policija skladno s 164. členom ZKP. Poleg tega lahko policija tudi odredi potrebno izvedensko delo razen obdukcije in izkopa trupla. V praksi večino ogledov opravi policija (21). Policisti, kriminalisti in kriminalistični tehniki imajo največ izkušenj z opravljanjem ogledov krajev dejanj in so ustrezno usposobljeni, saj imajo potrebna teoretična in praktična znanja (kriminalistično-tehnične metode) in sredstva za odkrivanje in zavarovanje sledov ter drugih dokazov (22).

Pri opravljanju ogleda kraja najdbe trupla sodeluje krajevni mrliški preglednik. V zahtevnejših primerih se k opravljanju ogleda kraja dejanja povabi izvedenca sodne medicine, lahko v vlogi strokovnjaka na podlagi 247. člena ZKP, ali pa se celo odredi izvedenstvo na podlagi 164. člena ZKP. To izvedenstvo pa mora potekati ob enakih pogojih in enakih procesnih predpostavkah, kot če bi ga odredil preiskovalni sodnik. Pri samem opravljanju ogleda kraja najdbe trupla je nujno in neobhodno potrebno dobro sodelovanje policistov ali kriminalistov in mrliškega preglednika. Izjava oziroma mnenje mrliškega preglednika o stanju trupla, ugotovitvah mrliškega pregleda, času in vzroku smrti ter sumljivih okoliščinah mora biti vpisana v zapisnik o ogledu kraja dejanja, ki ga opravi policija. Ves čas ogleda mora potekati komunikacija in izmenjava informacij med vodjo

ogleda in mrliškim preglednikom. Ta se nadaljuje tudi po opravljenem ogledu, posebno če je odrejena sanitarna ali celo sodna obdukcija. Sodna obdukcija se opravi ob vsakem sumu na smrt zaradi kaznivega dejanja. Odredi jo lahko zgolj preiskovalni sodnik, stroške pa krije državni proračun. Rezultati alkoholometričnih, toksikoloških in histoloških preiskav so lahko znani tudi nekaj tednov po opravljenem ogledu kraje najdbe trupla. O končnih ugotovitvah mrliški preglednik oziroma obducent obvesti policijo. Zdravniško poročilo o smrti in poročilo o vzroku smrti izpolni in zaključi mrliški preglednik. V vmesnem času policija zbira obvestila, opravlja preverbe in druga dejanja, ki so potrebna za razjasnitev okoliščin smrti. Največkrat se preiskujejo sumi kaznivega dejanja uboja po členu 115. Kazenskega zakonika (KZ-1b) kot osnovni obliki protipravnega odvzema življenja ali umora po členu 116. KZ-1b, kjer so določene kvalificirane oblike, kot so brezobzirno maščevanje, koristoljubnost, na grozovit ali zahrbtnen način, iz drugih nizkotnih nagibov, zaradi ukrepanja pri uradnih dejanjih in druge. Preiskujejo se tudi sumi povzročitve smrti iz malomarnosti po 118. členu KZ-1b.

Policija o obravnavi samomora po opravljenem ogledu in zbranih obvestilih ter morebitnih drugih opravilih na pristojno državno tožilstvo poda poročilo na podlagi X. odstavka 148. člena ZKP, seveda če ugotovi, da na podlagi zbranih obvestil in dokazov ni podlage za kazensko ovadbo. En izvod poročila se na podlagi Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ) pošlje Registru samomorov in samomorilnih poskusov, katerega upravljaivec je Univerzitetna psihiatrična klinika (UPK) Ljubljana (6). Vsebina policijskega poročila o obravnavanem samomoru ali samomorilnem poskusu je bila dogovorjena med vsemi udeleženi organi najverjetneje že leta 1970, ko se je vzpostavil Register samomorov in samomorilnih poskusov (11–13, 15). V zadnjih letih se je drastično spremenila zakonodaja s področja varstva osebnih podatkov, čemur pa zakonodaja glede obravnave samomorov in posredovanja podatkov Registru samomorov in samomorilnih poskusov ni sledila. Iz tega razloga policija sedaj Registru pošilja le zakonsko določene podatke iz ZZPPZ – priloge številka 1. Zakonsko določena vsebina Registra obsega naslednje podatke: EMŠO, številko zdravstvenega zavarovanja, ime in priimek osebe, ki je storila samomor oz. je poskušala narediti samomor, ime očeta in matere, datum in kraj rojstva, spol, naslov bivališča, narodnost, zakonski stan, izobrazba, zaposlitev in poklic, število otrok, datum in ura samomora oz. samomorilnega poskusa, način oz. sredstvo samomorilnega dejanja, zgodovina samomorilnih poskusov, morebitna psihiatrična diagnoza, ukrep (6). Policija po trenutno veljavni zakonodaji ne more posredovati svojih drugih ugotovitev, ki bi bile pomembne glede na namen vzpostavitve in vodenja zbirke podatkov za potrebe Registra samomorov in samomorilnih poskusov.

Tudi v primeru samomora se podatek o vpisani smrti in podatke o vzrokih smrti, ki jih posreduje zdravnik mrliški preglednik, preko Upravne enote posreduje na NIJZ (obrazci Prijava smrti in Zdravniško potrdilo o smrti in poročilo o vzroku smrti). Podatki o umrlih zaradi samomora se, tako kot podatki o vseh umrlih v Sloveniji in umrlih slovenskih državljanih v tujini, hranijo v podatkovni zbirki o umrlih osebah.

Beleženje podatkov o umrlih zaradi samomora v tujini

Beleženje podatkov o umrlih zaradi samomora je tesno povezano z beleženjem smrti na splošno. Ker se po svetu načini beleženja smrti in kakovost zbranih podatkov zelo razlikujejo, je za prikaz tujih praks izpostavljeno beleženje podatkov o umrlih zaradi samomora v državah, ki so po kakovosti beleženja smrti primerljive s Slovenijo.

Dodatno je predstavljen tudi način beleženja podatkov oz. upravljanja registra samomorov v avstralski zvezni državi Queensland, ki je primer dobre prakse na področju zagotavljanja kakovosti podatkov.

Postopek beleženja samomora se v sodobnih sistemih beleženja smrti prične z ugotovitvijo, da je do smrti pri umrlem prišlo zaradi zunanjega vzroka oz. suma na nasilno smrt in zaključni z vpisom in kodiranjem vzroka smrti, ki ustreza načinu samomora, v zbirko podatkov o umrlih osebah. Razlike v beleženju samomora se med državami praviloma pojavljajo v postopkih, ki se zvrstijo med opisanimi dvema (preglednica 5.1). Za prikaz razlik in podobnosti v postopku beleženja je povzeta raziskava Värnik idr., kjer ugotavljajo, da je možno postopke beleženja samomora razdeliti v dve skupini. Če se za vzrok smrti določi samomor v odsotnosti utemeljenega dvoma (obstajajo dokazi, ki nakazujejo samomorilni namen), prednjačijo pravni kriteriji, ki pogosto sovpadajo s t. i. mrliškopreglednim pristopom. Če se samomor kot vzrok smrti določi na podlagi verjetnosti – samomor je torej vzrok smrti, ki je v danem primeru najverjetnejši – govorimo o medicinskem oz. medicinsko-uradniškem pristopu (23).

Värnik idr. primerjajo razlike v ključnih korakih (preiskovalni postopek v primeru smrti zaradi zunanjega vzroka, sodna obdukcija, končna ugotovitev vzroka in načina smrti ter klasifikacija in vpis vzroka smrti v zbirko podatkov o umrlih) beleženja podatkov umrlih zaradi samomora v 8 evropskih državah (Avstriji, Belgiji, Estoniji, Irski, Madžarski, Nemčiji, Nizozemski in Portugalski). Ugotavljajo, da je preiskovalni postopek v primeru smrti zaradi zunanjega vzroka obvezen v vseh preučevanih državah. Z izjemo Irske, kjer preiskovalni postopek vodi mrliški preglednik, je ta v preostalih državah voden s strani organov pregona (policija, državno tožilstvo). Na Irskem je mrliški preglednik neodvisen in samostojen organ, ki ga predstavlja strokovnjak z medicinsko ali pravno izobrazbo. V primeru smrti zaradi zunanjega vzroka je sodna obdukcija obvezna v štirih preučevanih državah (Estoniji, Irski, Madžarski in Nemčiji). V drugih državah odločitev o izvedbi sodne obdukcije sprejmejo organi pregona. V večini držav sprejme končno ugotovitev vzroka in načina smrti zdravnik sodnomedicinske stroke. V državah, kjer sodna obdukcija ni obvezna, lahko odločitev sprejme zdravnik, ki je ugotovil smrt osebe. V državah z mrliško pregledno službo (Irski, Nizozemski) sprejme končno odločitev mrliški preglednik oz. v primeru Nizozemske zdravnik sodnomedicinske stroke, če je opravljena sodna obdukcija. V večini držav se klasifikacija in vpis vzroka smrti izvajata na državni ravni s strani usposobljenih koderjev. V primeru nejasnosti o vzroku smrti, ki je zapišan na potrdilu o smrti, lahko koderji izvedejo dodatne poizvedbe pri zdravnikih, ki oddajo potrdilo o smrti, ali pri organih pregona. Izjemi sta Nizozemska, kjer kodo vzroka smrti določi že zdravnik, ki sprejme končno ugotovitev vzroka in načina smrti, in Irska, kjer koder prejme poročilo o preiskovalnem postopku tako od mrliškega preglednika kot policije. V raziskavi poročajo, da se ugotovitve v obeh poročilih v zelo veliki meri ujemajo, a koderji pogosto pri svoji končni odločitvi dajo prednost ugotovitvam v policijskih poročilih. V Sloveniji deluje mrliškopregledna služba, zaradi česar se uvrščamo med države z mrliškopreglednim pristopom. Kot pa je razvidno iz kratkega opisa postopkov beleženja samomora v evropskih državah, obstajajo med obema pristopoma pomembne razlike in podobnosti, ki so za kakovost in primerljivost podatkov prav tako, če ne še pomembnejše kot princip sprejemanja končne ugotovitve o vzroku in načinu smrti.

Preglednica 5.1. Povzetek postopkov pri beleženju samomora in organov, ki v njih sodelujejo (23)

	Avstrija	Belgija	Estonija	Nemčija	Madžarska	Portugalska	Irska	Nizozemska	Slovenija
Organ, odgovoren za preiskovalni postopek	Policija	Policija in sodni preiskovalec	Policija in javni tožilec	Javno tožilstvo	Policija	Policija in javni tožilec	Mrliški preglednik in policija	Policija	Preiskovalni sodnik in policija
Organ, ki odredi sodno obdukcijo	Sodišče	Sodni preiskovalec	Policija	Policija, sodišče, javno tožilstvo	Policija	Javni tožilec	Mrliški preglednik	Policija	Preiskovalni sodnik
Organ, ki prejme rezultate sodne obdukcije	Policija in potrjevalec smrti	Sodni preiskovalec	Policija	Policija, sodišče, javno tožilstvo	Policija	Policija in javni tožilec	Mrliški preglednik	Javni tožilec	Preiskovalni sodnik, policija in mrliški preglednik
Organ, ki potrdi smrt in določi vzrok smrti	Zdravnik v sistemu javnega zdravstva	Zdravnik oz. zdravnik sodnomedicinske stroke	Zdravnik sodnomedicinske stroke	Zdravnik sodnomedicinske stroke	Zdravnik sodnomedicinske stroke	Zdravnik oz. zdravnik sodnomedicinske stroke	Mrliški preglednik	Mrliški preglednik ali zdravnik sodnomedicinske stroke	Mrliški preglednik ali zdravnik sodnomedicinske stroke
Koder vzroka smrti	Državni statistični urad	Koder na Agenciji za zdravstveno varstvo	Zdravnik na Nacionalnem inštitutu za razvoj zdravja	Zdravnik v lokalnem organu javnega zdravstva	Zdravnik sodnomedicinske stroke	Koder na Direktoratu za zdravje	Koder na statističnem uradu	Mrliški preglednik ali zdravnik sodnomedicinske stroke	Koder na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje
Ustanova, ki hrani podatke o umrlih osebah	Državni statistični urad	Agencija za zdravstveno varstvo	Nacionalni inštitut za razvoj zdravja	Državni statistični urad	Statistični urad	Državni statistični urad	Centralni statistični urad	Državni statistični urad	Nacionalni inštitut za javno zdravje

V primeru Queenslandovega registra samomora (24–26), ki ga upravlja Avstralski inštitut za raziskovanje in preprečevanje samomora, je mrliški preglednik tisti, ki v primeru suma na samomor, na osnovi pregleda celotne dokumentacije (toksikološko poročilo, poročilo o obdukciji, policijsko poročilo ter poročilo mrliškega preglednika), poda končno ugotovitev vzroka in načina smrti. Samomora glede na to razvrstijo v samomor brez utemeljenega dvoma, verjeten samomor ali možen samomor. Posebnost Queenslandovega registra samomora je v tem, da v primeru možnega samomora policist opravi psihološko avtopsijo, v kateri povzame anamnezo telesnih in duševnih boleznih osebe ter kritične življenjske dogodke pred samomorom (25, 26). Da bi preverili točnost teh podatkov, so v letu 2012 opravili kvalitativno kontrolno raziskavo (24), v kateri so usposobljeni strokovnjaki na vzorcu primerov iz registra izvedli poglobljeno klinično psihološko avtopsijo. Ugotovili so, da se podatki zelo dobro ujemajo, ko gre za socialno-demografske podatke, manj pa je ujemanja pri podatkih o kritičnih življenjskih dogodkih, preteklem samomorilnem vedenju ter diagnozah duševnih boleznih ipd.

Postopek sodobnega beleženja podatkov o samomorilnih poskusih v Sloveniji

Rutinsko beleženje podatkov o samomorilnih poskusih se v Sloveniji, podobno kot v primeru beleženja podatkov o samomoru, izvaja v dveh sistemih, ki sta medsebojno tudi povezana – v zdravstvu in v policiji. Večina oseb po samomorilnem poskusu ne išče strokovne pomoči v sistemu zdravstvenega varstva (27). Bodisi poškodba ali zastrupitev ni tako huda, da bi zahtevala zdravstveno obravnavano, bodisi je takega mnenja oseba, ki je poskušala storiti samomor (28).

Spremljanje podatkov o samomorilnih poskusih v Sloveniji pri osebah, ki so obravnavane v sistemu zdravstvenega varstva, temelji na beleženju podatkov o poškodbah in zastrupitvah ter tistih, ki jih zdravstvene ustanove ter druge pravne osebe v zdravstveni dejavnosti sporočajo Registru samomorov in samomorilnih poskusov. Skladno z ZZPPZ se UPK Ljubljana posredujejo podatki o samomorilnih poskusih ter samomorih.

Podatki o poškodbah in zastrupitvah se na državni ravni zbirajo v več podatkovnih zbirkah, za preučevanje samomorilnih poskusov pa sta poleg Registra pomembni predvsem zbirka izvenbolnišnične zdravstvene statistike (ZUBSTAT) in informacijski sistem spremljanja bolnišničnih obravnav (SBO). V obeh zbirkah podatkov se podatki o vzrokih obravnav beležijo po avstralski modifikaciji desete revizije MKB (18). Diagnoze, ki se uporabljajo za beleženje samomorilnih poskusov, se nahajajo v skupini X60–X84, namerno samopoškodovanje (29). Zbirka ZUBSTAT je namenjena spremljanju značilnosti stikov in dostopnosti izvenbolnišnične zdravstvene dejavnosti. V njej se beležijo stiki in aktivnosti ter podatki o kadru in urah v dejavnosti splošne in družinske medicine, zdravstvenem varstvu otrok in mladostnikov, zdravstvenem varstvu žensk, zdravstvenem varstvu delavcev in specialistični izvenbolnišnični dejavnosti na sekundarni ravni zdravstvenega varstva. V zbirko ZUBSTAT se posredujejo tudi podatki o obravnavah v urgentnih ambulantah. Podatke poročajo tako izvajalci javnega kot zasebnega zdravstvenega varstva vsaj enkrat letno (priporočeno je poročanje ob polletju). Podatki v zbirki ZUBSTAT so agregirani, kar pomeni, da niso vezani na osebo, temveč na posamezno diagnozo ali vrsto obiska oz. stika. V zbirki niso zajeti podatki o predmetu, ki je povzročil poškodbo ali zastrupitev, mehanizmu nastanka poškodbe ali zastrupitve, kraju dogodka in aktivnosti v času dogodka (30). Zaradi naštetega ima zbirka ZUBSTAT zelo omejeno uporabnost pri preučevanju samomorilnih poskusov. Ker so podatki agregirani, ni mogoče spremljati niti števila oseb, ki so obravnavane zaradi namernega samopoškodovanja, niti večine njihovih

značilnosti (možno je spremljati število obravnjav po starostnih skupinah, spolu in občini, upravni enoti ali regiji izvajalca dejavnosti, kjer je bila obravnava opravljena). Podatki v zbirki ZUBSTAT prav tako ne omogočajo razlikovanja med samopoškodbami z namenom smrti in brez tega namena (*več o tem v poglavju 1*).

Širši nabor podatkov je na voljo v zbirki SBO, ki omogoča spremljanje pojavnosti bolezni, poškodb in zastrupitev, ki zahtevajo zdravljenje v bolnišnici. V zbirki SBO se spremljajo tudi drugi vzroki bolnišničnih obravnjav – porodi, fetalne smrti, sterilizacije, darovanje organov ipd. V zbirki se beležijo podatki o bolnišničnih obravnjavah, izvedenih v zavodih, ki opravljajo bolnišnično dejavnost. Izvajalci bolnišnične dejavnosti mesečno poročajo o zaključenih bolnišničnih obravnjavah (hospitalizacijah, dnevni obravnjavah in dolgotrajnih dnevni obravnjavah). Frekvenca poročanja podatkov enkrat mesečno je bila uvedena leta 2020 zaradi spremljanja bolnišničnih obravnjav zaradi bolezni covid-19. Pred tem so zavodi podatke poročali četrtletno. V zbirki SBO so podatki opremljeni z osebnim identifikatorjem, kar omogoča spremljanje bolnišničnih obravnjav na ravni posameznika, prav tako pa se, če je vzrok bolnišnične obravnave poškodba ali zastrupitev, posredujejo podatki o predmetu, ki je povzročil poškodbo ali zastrupitev, mehanizmu nastanka poškodbe ali zastrupitve, kraju dogodka in aktivnostih v času dogodka. Pomanjkljivost zbirke SBO je, da ne omogoča razlikovanja med namernim samopoškodovanjem z namenom smrti in namernim samopoškodovanjem brez namena smrti. Prav tako so v zbirki zajeti samo primeri samopoškodovalnega vedenja, ki so zahtevali bolnišnično obravnavo, kar izključuje primere samopoškodovalnega vedenja, ki so bili obravnavani v urgentni ambulanti – ti pa predstavljajo večino obravnjav samopoškodovalnega vedenja v zdravstvenem varstvu (27).

Pomanjkljivosti zajema podatkov o obravnjavah v izvenbolnišnični dejavnosti omejujejo preučevanje in načrtovanje ukrepov na širšem področju preprečevanja poškodb in zastrupitev. Zato je NIJZ med leti 2011 in 2014 sodeloval v projektu JAMIE (angl. Joint Action on Monitoring Injuries in Europe), kjer je skupaj s štirimi izbranimi bolnišnicami v Sloveniji vzpostavil sistem beleženja podatkov o poškodbah in zastrupitvah skladno z enotno evropsko metodologijo. Tako zbrani podatki omogočajo oceno pojavnosti poškodb in zastrupitev na državni ravni (30). Za kakovostno spremljanje in preučevanje podatkov o poškodbah in zastrupitvah, torej tudi samomorilnih poskusov, v izvenbolnišničnem zdravstvenem varstvu se vzpostavlja prenovljen sistem spremljanja izvenbolnišničnih obravnjav (SZBO), v katerem se podatki zbirajo na ravni posameznika. Sistem SZBO vključuje več vsebinskih področij – poleg poškodb in zastrupitev se zbirajo tudi podatki o dejavnosti vzgoje za zdravje, patronažne zdravstvene nege, preventivnega zdravstvenega varstva ipd. V letu 2020 je del sistema že deloval, področje beleženja podatkov o poškodbah in zastrupitvah, kot tudi trenutno drugih nedelujočih vsebin, pa je predvideno za zagon v prihodnjem obdobju (31). Po dokončani implementaciji sistema SZBO bo mogoče osnovne podatke o samomorilnih poskusih, ki bodo obravnavani v sistemu zdravstvenega varstva, spremljati na podlagi rutinsko zbrane zdravstvene statistike.

Policija je večinoma obveščena o primerih nenadnih, sumljivih in nezgodnih smrti, samomorilnih poskusih in samomori ter vseh ostalih dogodkih, v katerih je prišlo do ogrožanja, povzročitve poškodbe ali celo smrti posameznika. Osnovno vodilo in naloga policije je, da vse te dogodke preišče in ne glede na vsebino prijave ugotovi, ali si je posameznik poškodbe zadal sam ali mu jih je morebiti zadal oziroma na kakšen drug način povzročil kdo drug in so s tem podani razlogi za sum izvršitve kaznivega dejanja. Policija je dolžna ugotoviti, ali so nastale poškodbe oziroma smrt posameznika na kakršenkoli način

povezane s kaznivim dejanjem ali morebitno drugo kršitvijo pozitivne zakonodaje. Policijo o dogodkih obveščajo tako občani v vlogah svojcev, sorodnikov, znancev, naključnih mimoidočih oziroma drugih zainteresiranih ljudi. Zanje sicer dolžnost prijave na policijo ne obstaja, vendar kljub temu prijavljajo dogodke iz različnih vzrokov. Lahko iščejo pomoč policije, ker se ne zmorejo sami soočiti z dogodkom ali ker ne vedo, kaj storiti. Lahko so sami v življenjski nevarnosti, mogoče ne zmorejo sami ukrepati in pomagati, lahko pa tudi potrebujejo pomoč reševalcev, gasilcev in drugih na posameznih področjih usposobljenih strokovnjakov. Na drugi strani pa obstaja prijavna dolžnost medicinskih delavcev, ki izhaja iz 145. člena ZKP. Vsi zaposleni v državnih organih in organizacijah z javnimi pooblastili so dolžni naznaniti vsa kazniva dejanja, za katera se storilec preganja po uradni dolžnosti, ter navesti dokaze, za katere vedo, in poskrbeti, da se ohranijo sledovi kaznivega dejanja, predmeti in druga dokazila. Ne glede na to pa, na podlagi 146. člena istega zakona, lahko vsakdo naznani kaznivo dejanje, za katero se storilec preganja po uradni dolžnosti, vendar to ni opredeljeno kot prijavna dolžnost, kot je navedeno v prejšnjem členu. Poleg tega iz tretjega odstavka 45. člena Zakona o pacientovih pravicah izhaja, da zdravnik lahko sporoči informacije o zdravstvenem stanju pacienta, če je to nujno potrebno za varovanje življenja ali preprečitev hudega poslabšanja zdravja drugih oseb (32). Zdravniku tudi nalaga dolžnost naznanitve suma storitve kaznivih dejanj zoper življenje in telo, zoper spolno nedotakljivost ter zoper zakonsko zvezo, družino in mladino, če je kot oškodovanec udeležen otrok.

Iz dolgoletne kriminalistične prakse izhaja veliko primerov, ko je oškodovanec oziroma žrtev podala drugačen opis dogodka, kot se je zgodil v resničnosti. Dogaja se, da poškodovane osebe poskušajo razbremeniti storilca kaznivega dejanja, saj vedo, da bodo morale še naprej živeti v njegovi bližini, doma ali v službi ali kje drugje oziroma na drug način. Nenazadnje jih v to vodi tudi strah pred dokončanjem dejanja ali maščevanjem zaradi podane prijave zoper njega. Tudi v nekaterih primerih samomorilnih poskusov prihaja do neresničnih izjav, bodisi poskuša oseba svoj poskus prikazati kot nesrečo bodisi poskuša okriviti za to drugo osebo. Samomorilni poskus posameznik navsezadnje poskuša prikriti zato, da mu ne bi njegovi bližnji, zdravstveno ali socialno osebje ali morebiti kdo drug na različne načine poskušali preprečiti nadaljnjih samomorilnih ravnanj. Lahko pa se tudi poskuša prikriti sramoto, socialno stisko, duševne ali tudi kakšne druge težave. Policija o obravnavi samomorilnega poskusa na pristojno državno tožilstvo poda poročilo na podlagi X. odstavka 148. člena ZKP, če ugotovi, da na podlagi zbranih obvestil in dokazov ni podlage za kazensko ovadbo. En izvod poročila se na podlagi ZZPPZ pošlje Registru samomorov in samomorilnih poskusov, katerega upravljavec je UPK Ljubljana (6).

Beleženje podatkov o samomorilnih poskusih v tujini

Statistika samomorilnih poskusov v tujini sloni predvsem na podatkih, ki so zbrani v okviru raziskovalnih projektov, ali na podatkih, ki se zbirajo v sklopu rutinske zdravstvene statistike in so nato retrospektivno zajeti in analizirani kot del raziskave (npr. beleženje vzrokov bolnišnične obravnave, obravnav v urgentni medicini) (29). Redno zbiranje podatkov o samomorilnih poskusih ali samopoškodovalnemu vedenju s samomorilnim namenom ali brez v obliki registra, ki deluje na ravni celotne države, se trenutno izvaja samo na Irskem (33). Nekaj več registrov samopoškodovalnega vedenja deluje na regionalni oz. lokalni ravni. Takšna primera sta register poskusov samomora v okrožju Funen na Danskem ter sistem spremljanja samopoškodovalnega vedenja v Oxfordu (34, 35).

Najbolj razširjen način zbiranja podatkov o samomorilnih poskusih so raziskave, ki jih izvajajo zdravstvene ustanove med pacienti, ki jih sprejmejo v obravnavo. Te so praviloma omejene na eno ustanovo in obravnavajo zaključeno časovno obdobje. Čeprav ne omogočajo celovitega vpogleda v samomorilno vedenje na ravni celotnega prebivalstva, so lahko podlaga za nadaljnje raziskovanje ali razvoj ukrepov za lokalno okolje ali izbrano skupino prebivalstva (npr. v primeru raziskave med osebami z duševno motnjo ali skupinami prebivalstva v ranljivem položaju) (36–38).

Multicentrične raziskave združujejo podatke, ki so zbrani v različnih okoljih, ter primerjajo razlike v pojavnosti samomorilnega vedenja. Podatki v tovrstnih raziskavah izvirajo iz obstoječih registrov, zbirk podatkov o obravnava v zdravstvenih ustanovah, lahko pa so uporabljene tudi anketne raziskave med splošnim prebivalstvom (29). Primera tovrstnih raziskav sta multicentrična raziskava o samomorilnem vedenju evropskega urada SZO, ki je potekala med leti 1989 in 2005, in raziskava MONSUE (angl. Monitoring Suicidal Behaviour in Europe), ki je potekala med leti 2006 in 2010. Prva izpostavljena raziskava je zajela največje geografsko področje (25 centrov v 19 državah) pa tudi najdaljše časovno obdobje od vseh do tega trenutka izvedenih multicentričnih raziskav (39). Raziskava MONSUE je vključevala 9 držav, posebej pa se je osredotočila na raziskovanje razlik med samopoškodovalnim vedenjem s samomorilnim namenom in brez njega (40). V obeh izpostavljenih raziskavah je sodelovala tudi Slovenija, podatke pa so zbirali v zdravstvenih ustanovah, kjer so obravnavali osebe po samomorilnem poskusu.

Registri se od ostalih zbirk podatkov razlikujejo v tem, da so podatki vezani na osebe in ne na dogodke (npr. izdaja zdravila, hospitalizacija ali koriščenje bolniškega staleža); da imajo vse osebe v registru skupno značilnost, ki izhaja iz namena registra (npr. samomorilni poskus); da se podatki zbirajo neprekinjeno na dogovorjeni način in se aktivno skrbi za zanesljivost in popolnost zbranih podatkov ter da zajemajo celotno prebivalstvo izbranega območja (občina, regija ali država) v primeru populacijskega registra oz. vse osebe, ki so obravnavane v izbrani zdravstveni ustanovi v primeru bolnišničnega registra (41). Za kakovost podatkov v registrih praviloma skrbijo ustrezno izobraženi skrbniki. Registri omogočajo vpogled v aktualne podatke o samomorilnem vedenju ter redno vrednotenje obstoječih storitev in protokolov za obravnavo samomorilnega vedenja (29). Register z najdaljšo tradicijo se nahaja v bolnišnici John Radcliffe v Oxfordu, kjer od leta 1976 zbirajo podatke o samopoškodovalnem vedenju oseb, ki so obravnavane v bolnišnici, ter njihovih socialno-demografskih in kliničnih značilnostih, ki so pomembne za razumevanje samomorilnega vedenja (35, 42).

Dodatni vir podatkov so podatkovne zbirke bolnišničnih in izvembolnišničnih obravnav, ki se praviloma vodijo na ravni države. Ti podatki se sicer ne zbirajo z namenom preučevanja samomorilnega vedenja, a slednje vseeno omogočajo, če je način beleženja zastavljen tako, da se lahko prepoznajo obravnave, ki so bile izvedene zaradi samopoškodovalnega vedenja. V EU zbirka podatkov o poškodbah (angl. The European Injury Database) vsebuje podatke o zunanjih vzrokih in okoliščinah poškodb, ki so obravnavane v urgentnih ambulantah bolnišnic, med katerimi so tudi namerne samopoškodbe (30).

Kakovost in primerljivost podatkov

Kakovost podatkov o samomorilnih poskusih in umrlih zaradi samomora je predmet številnih razprav v suicidologiji. Pomembna ni zgolj z vidika raziskovanja in spremljanja javnega zdravja, temveč tudi za razvoj in usmerjanje klinične prakse. Kakovost podatkov

lahko opredeljujemo z vidika njihove skladnosti in popolnosti (43). Če so podatki skladni, potem odražajo opisane pojave po njihovi naravi, in če so podatki popolni, jih odražajo po njihovem obsegu. Osnovna težava ali pomanjkljivost na področju samomora je neuskklajenost izrazoslovja in definicij (27). To ima daljnosežne posledice, saj vpliva tako na to, kako razumemo samomor ali samomorilni poskus ter posledično tudi na to, kaj razumemo kot samomor ali samomorilni poskus (*več o tem v poglavju 1*). Vpliva torej tako na skladnost kot popolnost podatkov. Četudi se beleženje podatkov v vseh drugih ozirih izvaja na najvišji možni kakovostni ravni, bodo podatki neprimerljivi, če bo vsak izvajalec (ali ustanova, regija, država) kot predmet spremljanja beležil dogodek po neuskklajenih kriterijih oziroma definicijah. Podatki o samomorilnih poskusih in umrlih zaradi samomora imajo, tako kot vsi drugi podatki, svoj življenjski krog. Pomanjkljivosti na kateri koli točki življenjskega kroga vplivajo na končno kakovost in primerljivost podatkov. V poenostavljenem modelu lahko govorimo o zajemu podatka, klasifikaciji podatka in v končni fazi o hrambi podatka.

Kakovost in primerljivost podatkov o umrlih zaradi samomora

Prakse beleženja podatkov o umrlih zaradi samomora se med posameznimi državami zelo razlikujejo. V določenih državah v razvoju so sistemi beleženja podatkov o umrlih relativno nerazviti, kar pomeni, da smrti pomembnega deleža prebivalstva uradno sploh niso spremljanje oziroma zabeležene (44). Po poročanju SZO ima zgolj tretjina od 194 držav članic podatke o vzrokih smrti, ki so vsaj srednje kakovosti (45). V državah, ki imajo srednje ali manj razvite sisteme beleženja podatkov o umrlih, se zgodi 75 % samomorov. Med področja sveta, kjer je beleženje in zbiranje podatkov najslabše razvito, spadajo Afrika in nekatera območja Azije. Slovenija se uvršča med države, ki imajo podatke o vzrokih smrti visoke kakovosti (46). V državah, kjer so podatkovne zbirke o umrlih osebah popolnejše, se na področju beleženja smrti zaradi samomora pojavljajo druge pomanjkljivosti – smrti zaradi samomorov so lahko recimo zabeležene skupaj z drugimi zunanji vzroki smrti ali pa v podatkovnih zbirkah niso zajeti pomembni podatki o metodi samomora oz. je zajeta metoda samomora, ni pa podatkov o somatskem vzroku smrti (npr. uboj z ostrim predmetom brez opisa oz. navedbe mesta vboda ali poškodbe) (1).

Pomembne omejitve v kakovosti in primerljivosti podatkov predstavljajo že težave ob zajemu in identifikaciji podatkov o vzroku smrti. Okoliščine, v katerih nastopi smrt ob samomoru, so namreč pogosto podobne ali celo identične tistim pri nesrečah, in kar je posebno pomembno za delo policije, umorih. Pogosto se šele s kriminalistično preiskavo lahko ugotovita dejanski vzrok smrti in dejanski potek dogajanja, ki je privedlo do smrti, in s tem tudi postavi ali ovrže sum morebitnega kaznivega dejanja. Iz kriminalistične literature izhaja, da so samomori lahko tudi simulirani ali disimulirani (*več o tem v poglavju 30*). Pri disimuliranem samomoru gre za prikrivanje dejanskega samomora kot uboja, umora ali nezgodnega dogodka, pri simuliranem samomoru (tudi fingiranem samomoru) pa gre za prikrivanje umora, kot je posmrtno obešenje zadušene osebe, posmrtno povoženje z vozilom, posmrten zažig trupla ipd. (47).

Pri določanju vzroka smrti lahko torej pride do zmotne ugotovitve, pogosto pa se vzroka smrti jasno ne določi oz. klasificira. Napačno klasificiranje samomorov v različnem obsegu obstaja v vseh državah sveta in je posledica različnih dejavnikov na ravni posameznika in družbe. V okoljih, kjer je samomor kulturni ali verski tabu, se posamezniki odločijo zakriti samomor in prikazati svojo smrt kot nezgodo (45). V takšnih primerih je ugotavljanje osnovnega vzroka smrti, četudi je ta nesporen, lahko zelo zahtevno. Vzrok za napačno

klasificiranje samomorov med druge vzroke smrti so lahko tudi pomanjkljivosti v postopkih beleženja podatkov o umrlih in razlike v usposobljenosti osebja, ki je vključeno v proces beleženja podatkov, ali pomanjkanje sredstev za izvedbo obdukcij, ko so te potrebne za razjasnitev vzroka smrti. V Sloveniji se dogaja tudi to, da mrliški preglednik izpolni in odda zdravniško potrdilo o smrti, še preden je obdukcija izvedena. Takšno potrdilo ne vsebuje vseh potrebnih podatkov za kodiranje vzroka smrti. V takšnih primerih koder poskuša pridobiti informacije od izvajalca obdukcije. Raziskave kažejo, da je samomorilni količnik pozitivno povezan s številom opravljenih obdukcij in negativno povezan s stopnjo smrti zaradi slabo opredeljenih in neznanih vzrokov smrti (48). Najpogosteje se umrli zaradi samomora napačno klasificira ravno s kodami za slabo opredeljene in neznane vzroke smrti (R95–R99 v MKB-10). V Sloveniji se te kode uporabljajo za smrti oseb, ki so umrle izven Slovenije in za katere nimamo podatkov o vzroku smrti, ampak zgolj podatek o dogodku – smrti. Delež vzrokov smrti, ki so zavedene pod kodami R95–99, je načeloma obratno sorazmeren s kakovostjo podatkovne zbirke. Druge skupine kod, ki lahko vsebujejo smrti zaradi samomorov, so še kode za dogodek nedoločenega namena (Y10–Y34), ko ni dovolj podatkov za razlikovanje med smrtjo zaradi samomora, nezgode ali umora in nezgode (V01–X59), ko obstajajo nejasnosti glede samopoškodovalnega namena dejanja (49). Težave pri določanju vzroka smrti lahko predstavljajo tudi ozka časovna okna, znotraj katerih je mogoče urejati podatkovno zbirko o umrlih osebah za tekoče leto. V Sloveniji se urejanje podatkovne zbirke o umrlih osebah zaključí najpozneje 30. 6. za preteklo leto. Za pridobivanje podatkov o okoliščinah smrti zaradi zunanjega vzroka v zadnjih tednih leta tako ostane manj, včasih celo premalo časa. Marsikje je samomor obravnavan kot kaznivo dejanje, zaradi katerega so lahko kaznovani preživeli svojci, spet drugje se v primeru smrti zaradi samomora ne izplačujejo zavarovalne vsote (50). V Sloveniji sama izvršitev samomora ni kazniva, kaznivost ravnanj v zvezi s samomori pa določa KZ-1b (51). Kazniva sta predvsem napeljevanje k samomoru in pomoč pri samomoru, kot to določa člen 120. KZ-1b.

Pot do kakovostnejših in primerljivejših podatkov o umrlih zaradi samomora na svetovni ravni temelji na prepoznavanju pomanjkljivosti in ovir, ki onemogočajo ustrezno beleženje podatkov, ter oblikovanju sprejemljivih in vzdržnih rešitev. V vmesnem času pa se lahko večja primerljivost podatkov dosega z metodološkimi pristopi, cilj katerih je prerazporeditev neustrezno klasificiranih vzrokov smrti na podlagi alternativnih virov podatkov, kot so npr. psihološke in verbalne avtopsije. Psihološke avtopsije so način zbiranja podatkov, pri katerem terenski delavci preko intervjujev s svojci umrlega zaradi samomora zbirajo podatke o življenjskih okoliščinah (npr. duševni kondiciji, socialni mreži) posameznika pred samomorom (*več o tem v poglavju 16*). Pri tem praviloma ne gre za ugotavljanje vzrokov smrti (ker je smrt že opredeljena kot samomor), pač pa za zbiranje informacij o življenjskih okoliščinah pred smrtjo. Verbalne avtopsije pa so način zbiranja podatkov o vzrokih smrti, ki se uporablja predvsem v manj razvitih državah, kjer vzrok velikega deleža smrti ni določen, ker umrli niso obravnavani v zdravstvenem sistemu. Verbalne avtopsije izvajajo terenski delavci, ki po mednarodno usklajeni metodologiji poskušajo določiti vzrok smrti na podlagi podatkov, pridobljenih z intervjuji s svojci in znanci umrlega (52). Verbalne avtopsije so uporabili tudi za pridobivanje podatkov v raziskavi Breme bolezni (angl. Global Burden of Disease), kjer so opisali trende samomorilnega količnika v obdobju 1990–2016, ki naj bi, zaradi posebnih statističnih prilagoditev oz. modeliranja podatkov, omogočali ustreznejše primerjave med državami in regijami (53).

Kakovost in primerljivost podatkov o samomorilnih poskusih

Kakovost in primerljivost podatkov o samomorilnih poskusih je v primerjavi s podatki o umrlih zaradi samomora občutno slabša. Spremljanje samomorilnih poskusov na ravni države ali večjega geografskega območja nima enako razvite in usklajene metodologije, kot jo ima spremljanje samomorov. Namenski sistemi za beleženje samomorilnih poskusih so prava redkost. Kakovost podatkov v sistemih, ki prvenstveno niso namenjeni spremljanju samomorilnih poskusov, pa zaradi premajhne količine zajetih podatkov, ki so pomembni za preučevanje tega pojava, omejuje njihovo uporabno vrednost. Ob tem je pomembno upoštevati tudi značilnosti in zmožnosti zdravstvenih sistemov, znotraj katerih bi se tovrstno spremljanje izvajalo oz. se v redkih primerih že izvaja. Popolnost beleženja podatkov o samomorilnih poskusih je namreč odvisna od tega, ali oseba poišče pomoč v sistemu zdravstvenega varstva, kjer je tak dogodek lahko prepoznan. Izvajalci zdravstvene dejavnosti morajo torej biti za prepoznavo samomorilnih poskusov ustrezno usposobljeni ter tudi osveščeni o pomenu doslednosti. Večina samomorilnih poskusov s somatskega ali medicinskega vidika ni tako resnih, da bi zahtevali zdravstveno obravnavo. Marsikateri samomorilni poskus, ki pa zahteva zdravstveno obravnavo, zaradi stigmatizacije samomorilnosti prikrije oseba, ki poskusi storiti samomor, svojci ali celo zdravstveno osebje (54). Prav tako pa se razlikujejo zdravstveni sistemi po svoji dostopnosti – v marsikateri državi pomembni deleži prebivalstva nimajo dostopa niti do osnovnih zdravstvenih storitev. Spremljanje podatkov o samomorilnih poskusih je zelo kompleksen sistem, ki trenutno, izven posameznih raziskav oz. registrov, ne zagotavlja verodostojne primerljivosti. Da bi standardizirali spremljanje ter krepili kakovost in primerljivost podatkov o samomorilnih poskusih, SZO spodbuja vzpostavljanje sistemov spremljanja tega pojava po usklajeni metodologiji v vseh državah članicah (29, 55).

Zaključek in usmeritve za naprej

Pred samomorom in samomorilnim poskusom obstajajo številni drugi procesi (npr. samomorilne misli), na katere vplivajo mnogi dejavniki tveganja in varovalni dejavniki. Za celovit pristop k preprečevanju samomora je treba poznati celoten samomorilni proces ter dejavnike, ki nanj vplivajo. Raziskovanje samomorilnega procesa poteka v obliki kliničnih in populacijskih raziskav. Slednje imajo pogosto širši nabor opazovanih spremenljivk oz. izidov ter dejavnikov, povezanih s samomorilnim procesom. Ker pa je samomorilnega vedenja manj med splošno kot klinično populacijo, so populacijske raziskave zahtevnejše in redkejšje (56). Zato so podatki o drugih oblikah samomorilnosti, kot so recimo samomorilne misli, zelo skopi in bi bilo treba raziskovanje na tem področju okrepiti in ustrezno razviti. Z beleženjem podatkov o samomorih in samomorilnih poskusih se zajame samo del celotnega spektra samomorilnega vedenja. Da bi ga ustrezno naslovili, je treba izboljšati poznavanje celote.

Beleženje podatkov o samomorilnem vedenju je področje, ki zahteva usklajeno sodelovanje različnih sistemov, ustanov in strokovnjakov. Če razdelimo beleženje podatkov o samomorilnem vedenju na beleženje podatkov o samomorilnih poskusih in beleženje podatkov o samomoru, lahko ugotovimo, da obstajajo med obema področjema pomembne razlike, ki se odražajo tudi v kakovosti in primerljivosti podatkov. Kakovost podatkov o samomorilnih poskusih je v Sloveniji mnogo nižja od kakovosti podatkov o samomorih. Razlike v beleženju podatkov o samomorilnem vedenju obstajajo tudi med državami in v različnih časovnih obdobjih. Slednje je posebno pomembno za države z dolgo zgodovino beleženja vzrokov smrti. Pomembno je, da se zavedamo teh razlik, ki lahko pomembno

zmanjšajo zanesljivost in veljavnost primerjav na področju samomorilnega vedenja (mednarodnih ali po časovnih obdobjih), saj bodo te do določene mere vedno obstajale.

V Sloveniji je tako na področju beleženja podatkov o samomorilnih poskusih kot tudi pri beleženju podatkov o samomoru prostor za številne izboljšave – nekatere, kot recimo ponovni polni zagon delovanja Registra samomora in samomorilnih poskusov, bi povečale kakovost in primerljivost na obeh področjih. Za boljše zajemanje in identifikacijo oz. klasifikacijo podatkov, torej prepoznavo samomora in samomorilnih poskusov, se na področju beleženja samomora predlaga posodobitev modela mrliškopregledne službe v Sloveniji (57). Za beleženje samomorilnih poskusov SZO predlaga izobraževanje strokovnjakov, ki prihajajo v stik z osebami po takem dogodku, da bi jih bolje prepoznavali (55). Prav tako pa je možno korenito izboljšati skladnost in popolnost podatkov z nadgradnjami informacijskih sistemov, znotraj katerih se podatki zbirajo in hranijo. Večjo popolnost podatkov o samomorilnih poskusih in samomorih bi omogočila posodobitev zakonodaje na področju podatkov iz zdravstvenega varstva, ki bi dovoljevala povezovanje podatkov iz zdravstva, policije in pravosodja v večjem obsegu. V Sloveniji se že dlje časa pripravljajo nadgradnje na področjih, ki so pomembna za beleženje samomorilnega vedenja – na primer sistem spremljanja izvenbolnišničnih obravnav ter elektronsko beleženje vzrokov smrti. Slednje bi mrliškem uogledniku omogočilo vpogled v celotno zdravstveno dokumentacijo umrlega za več let nazaj (samomorilni poskusi, duševne motnje in druga zdravstvena stanja ipd.). Primer iz avstralske zvezne države Queensland kaže, da je možno kakovost podatkov o samomorih izboljšati še z izvajanjem psiholoških avtopsijskih v primerih smrti, kjer samomora ni mogoče niti potrditi niti ovreči. Možnosti za izboljšave na področju beleženja podatkov o samomorilnem vedenju je veliko, a se zaradi prepletenosti pristojnosti ukrepanja ter soodvisnosti in pomanjkljive povezanosti različnih strok uvajajo počasi ali pa sploh ne.

Reference

1. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for suicide case registration. Geneva: World Health Organization; 2011.
2. Artieda-Urrutia P, Uribe IP, Garcia-Pares G, Palao D, de Leon J, Blasco-Fontecilla H. Management of suicidal behaviour: is the world upside down? *Aust N Z J Psychiatry*. 2014;48(5):399–401. doi: 10.1177/0004867414525847
3. Zadravec B. Ohranjenost matičnih knjig in njihovo varovanje na območju, ki ga teritorialno pokriva Pokrajinski arhiv Maribor. *Teh Vsebinski Probl Klasičnega Elektronskega Arh*. 2002.
4. Zakon o matičnih knjigah (ZMK). 1974.
5. Zakon o matičnem registru (ZMatR). 2003.
6. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ). 2000.
7. Marušič A, Roškar S. Slovenija s samomorom ali brez. Ljubljana: DZS; 2003.
8. Pirc B, Pirc I. Življenjska bilanca Slovenije v letih 1921–1935. Ljubljana: Higijenski zavod v Ljubljani; 1937. (Zdravje v Sloveniji; knj. 1).
9. Milčinski L, Zalar B, Virant-Jaklič M. Samomor in Slovenija – 1995. Ljubljana: Slovenska akademija znanosti in umetnosti; 1997.
10. Zihrel S, Pregelj P. Suicidal behaviour in Slovenia. *Slov Med J*. 2010;79(7–8).
11. Virant-Jaklič M. Samomor v Sloveniji med letoma 1970 in 1991. *Obzor Zdrav Neg*. 1995;29(1–2):15–8.
12. Milčinski L. O smislu, potrebi in historiatu registrov v psihiatrični službi Slovenije. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika; 1994.
13. Milčinski L. Register SRS samomorov in samomorilnih poskusov. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika; 1986.
14. Tekavčič Grad O. Dopis direktorju Uprave kriminalistične službe glede delovanja Registra samomorov in samomorilnih poskusov. Ljubljana: Uprava kriminalistične policije; 1998.
15. Milčinski L. Diskusijski prispevek k problemu »Samomor in mrliško-pregledna služba«. Ljubljana: Uprava kriminalistične policije; 1998.

16. Pravilnik o pogojih in načinu opravljanja mrliško pregledne službe. 1993.
17. Moriyama IM, Loy RM, Robb-Smith AH, Rosenberg HM, Hoyert DL. History of the statistical classification of diseases and causes of death. Hyattsville (MD): National Center for Health Statistics; 2011.
18. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: avstralska modifikacija (MKB-10-AM). Pregledni seznam bolezni. 6. izd. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2016.
19. Strokovna navodila za opravljanje mrliškega pregleda. 1993.
20. Zakon o kazenskem postopku (ZKP). 2012.
21. Maver D. Kriminalistika: uvod, taktika, tehnika. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije; 2004.
22. Miklič D. Policija in izvedenstvo medicinske stroke v predkazenskem postopku – praktični vidiki. V: Frangež D, Slak B, urednika. Izvedenstvo v teoriji in praksi. Ljubljana: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede; 2016. str. 55–70.
23. Värnik P, Sisask M, Värnik A, Laido Z, Meise U, Ibelshäuser A idr. Suicide registration in eight European countries: a qualitative analysis of procedures and practices. *Forensic Sci Int.* 2010;202(1–3):86–92. doi: 10.1016/j.forsciint.2010.04.032
24. De Leo D, Svetlic J. Suicide in Queensland 2005–2007: mortality rates and related data. Brisbane: Australian Institute for Suicide Research and Prevention; 2012.
25. De Leo D, Klieve H, Milner A. Suicide in Queensland 2002–2004: mortality rates and data. Brisbane: Australian Institute for Suicide Research and Prevention; 2006.
26. Leske S, Adam G, Schrader I, Catakovic A, Weir B, Cromptom D. Suicide in Queensland: annual report 2020. Brisbane: Australian Institute for Suicide Research and Prevention; 2020.
27. De Leo D, Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJ, Bille-Brahe U. Definitions of suicidal behavior: lessons learned from the WHO/EURO multicentre study. *Crisis.* 2006;27(1):4–15. doi: 10.1027/0227-5910.27.1.4
28. Bruffaerts R, Demyttenaere K, Hwang I, Chiu WT, Sampson N, Kessler RC idr. Treatment of suicidal people around the world. *Br J Psychiatry.* 2011;199(1):64–70. doi: 10.1192/bjp.bp.110.084129
29. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for non-fatal suicidal behaviour case registration. Geneva: World Health Organization; 2014.
30. Rok-Simon M, Zupanič T. Urgentne obravnave zaradi poškodb in zastrupitev. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2015.
31. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Vsebinski center eSZBO: oris spremljanja zunajbolnišničnih obravnav. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2020.
32. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). 2008.
33. Perry IJ, Corcoran P, Fitzgerald AP, Keeley HS, Reulbach U, Arensman E. The incidence and repetition of hospital-treated deliberate self harm: findings from the world's first national registry. *PloS One* [na spletu]. 2012;7(2):članek e31663. Dostopno na: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0031663>. doi: 10.1371/journal.pone.0031663
34. Christiansen E, Jensen BF. Register for suicide attempts. *Dan Med Bull.* 2004;51(4):415–7.
35. Haw C, Casey D, Holmes J, Hawton K. Suicidal intent and method of self-harm: a large-scale study of self-harm patients presenting to a general hospital. *Suicide Life Threat Behav.* 2015;45(6):732–46. doi: 10.1111/sltb.12168
36. Björkenstam C, Kosidou K, Björkenstam E, Dalman C, Andersson G, Cochran S. Self-reported suicide ideation and attempts, and medical care for intentional self-harm in lesbians, gays and bisexuals in Sweden. *J Epidemiol Community Health.* 2016;70(9):895–901. doi: 10.1136/jech-2015-206884
37. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry.* 2005;66(6):693–704. doi: 10.4088/JCP.v66n0604
38. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M idr. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(7):646–59. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X
39. Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Kerkhof A. Suicidal behaviour in Europe: results from the WHO/EURO multicentre study on suicidal behaviour. Cambridge (MA): Hogrefe Publishing; 2004.
40. Carli V, Mandelli L, Zaninotto L, Iosue M, Hadlaczky G, Wasserman D idr. Serious suicidal behaviors: socio-demographic and clinical features in a multinational, multicenter sample. *Nord J Psychiatry.* 2014;68(1):44–52. doi: 10.3109/08039488.2013.767934
41. Donaldson L. Registering a need. *BMJ.* 1992;305(6854):597–8. doi: 10.1136/bmj.305.6854.597
42. Hawton K, Haw C, Casey D, Bale L, Brand F, Rutherford D. Self-harm in Oxford, England: epidemiological and clinical trends, 1996–2010. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;50(5):695–704. doi: 10.1007/s00127-014-0990-1
43. World Health Organization. Data quality review: a toolkit for facility data quality assessment. Geneva: World Health Organization; 2017.
44. Setel PW, Macfarlane SB, Szreter S, Mikkelsen L, Jha P, Stout S idr. A scandal of invisibility: making everyone count by counting everyone. *Lancet.* 2007;370(9598):1569–77. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61307-5

45. Snowdon J, Choi NG. Undercounting of suicides: where suicide data lie hidden. *Glob Public Health*. 2020;15(12):1894–1901. doi: 10.1080/17441692.2020.1801789
46. Mathers CD, Fat DM, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Counting the dead and what they died from: an assessment of the global status of cause of death data. *Bull World Health Organ*. 2005;83(3):171–7.
47. Modly D. Objašnjenje trileme ubojstvo, samoubojstvo, nesretni slučaj. Zagreb: Ministarstvo unutarnjih poslova Republike Hrvatske; 1994.
48. Kapusta ND. Declining autopsy rates and suicide misclassification: a cross-national analysis of 35 countries. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(10):1050–7. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.66
49. De Leo D. Can we rely on suicide mortality data? *Crisis*. 2015;36(1):1–3. doi: 10.1027/0227-5910/a000315
50. Mishara BL, Weisstub DN. The legal status of suicide: a global review. *Int J Law Psychiatry*. 2016;44:54–74. doi: 10.1016/j.ijlp.2015.08.032
51. Kazenski zakonik Republike Slovenije (KZ-1b). 2012.
52. World Health Organization. Verbal autopsy standards: ascertaining and attributing cause of death. Geneva: World Health Organization; 2007.
53. Naghavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ*. 2019;364:članek 194. doi: 10.1136/bmj.194
54. Sheehan LL, Corrigan PW, Al-Khouja MA. Stakeholder perspectives on the stigma of suicide attempt survivors. *Crisis*. 2017;38(2):73–81. doi: 10.1027/0227-5910/a000413
55. World Health Organization. Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. Geneva: World Health Organization; 2016.
56. Batterham PJ, Ftanou M, Pirkis J, Brewer JL, Mackinnon AJ, Beautrais A idr. A systematic review and evaluation of measures for suicidal ideation and behaviors in population-based research. *Psychol Assess*. 2015;27(2):501–12. doi: 10.1037/pas0000053
57. Jevšek A. Kriminalistična postmortalna diagnostika v konceptu prenove mrliškopregledne službe [doktorska disertacija]. Ljubljana: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede; 2014.

Sovplivanje različnih dejavnikov tveganja pri razvoju samomorilnosti

Urša Mars Bitenc, Saška Roškar, Alja Videtič Paska

Ključni poudarki poglavja

- Razvoj samomorilnosti je posledica zapletenega sovplivanja različnih bioloških, psiholoških, socioloških, kulturnih in okoljskih dejavnikov.
- Dejavniki tveganja imajo v različnih časovnih obdobjih različni vpliv na razvoj samomorilnega procesa. Distalni dejavniki so prisotni že dolgo pred tem, preden se samomorilnost začne razvijati, proksimalni dejavniki pa so prisotni, tik preden se začne razvoj samomorilnega procesa.
- Ne glede na to, za katere dejavnike gre (npr. genetske, okolje, psihološke, biološke) je njihov vpliv treba razumeti verjetnostno in ne deterministično. Tveganje za samomor se poveča, kadar se več dejavnikov pojavlja hkrati, saj vplivajo drug na drugega in se medsebojno ojačujejo.
- Na področju raziskovanja, razumevanja in preprečevanja samomorov je v zadnjem času v porastu uporaba metafor, s katerimi je mogoče že znane strukture in odnose med spremenljivkami razložiti na enostaven način.
- Metafora, imenovana Model balona na vroč zrak, temelji na podatkih, pridobljenih v okviru slovenske raziskave, in lahko predstavlja učinkovito orodje za boljše razumevanje dejavnikov tveganja za samomorilno vedenje, kar je lahko v pomoč tako raziskovalcem in klinikom kot tudi žalujočim po samomoru.

Povzetek

Samomor je posledica zapletenega sovplivanja različnih dejavnikov tveganja. Ti se v grobem delijo na individualne, medosebne, skupnostne in družbene oz. okoljske. Poznavanje in razumevanje dejavnikov tveganja je ključno za preprečevanje samomora tako na ravni posameznika kot tudi na širši, družbeni ravni. Pri ocenjevanju posameznika in njegove ranljivosti za samomor je ključno poglobljeno razumevanje in poznavanje sovplivanja bioloških, psiholoških, socioloških, kulturnih in okoljskih dejavnikov. Ta vpogled nudijo sodobnejše delitve dejavnikov tveganja za samomor, v katerih poskušajo preseči klasične delitve, ki so predpostavljale več ravni dejavnikov, manj poudarka pa je bilo na prepletu posameznih dejavnikov tveganja. Biopsihosocialni model predpostavlja, da se pri posamezniku, ki je del nekega družbenega okvirja/konteksta, pojavljajo tako distalni kot proksimalni in razvojni dejavniki tveganja. Za lažje razumevanje dejavnikov tveganja in varovalnih dejavnikov za samomorilnost je predstavljen metaforični Model balona na vroč zrak. Ta predstavlja posameznika, medtem ko posamezni deli balona, kot so platno, vrvi, gorilnik, košara, uteži, predstavljajo različne dejavnike. Predstavljeni model je lahko v pomoč svojcem in bližnjim po samomoru pri razumevanju in soočanju s travmatično izgubo, prav tako pa tudi strokovnjakom, ki se ukvarjajo s preučevanjem in preprečevanjem samomorilnega vedenja.

Uvod

Samomor je zadnja stopnja na kontinuumu dlje časa trajajočega samomorilnega procesa. Razvijanje samomorilnega procesa in s tem tudi stopnjevanje tveganja za samomor je posledica zapletenega sovplivanja različnih bioloških, psiholoških, socioloških, kulturnih in okoljskih dejavnikov. Vsaka skupina na svoj način vpliva na razvoj samomorilnosti in njihova vloga oziroma povezanost s tveganjem za samomor je relativna. Vloga in vpliv posameznih dejavnikov sta pri različnih posameznikih različna in odvisna od drugih okoliščin (npr. določenih osebnostnih lastnosti – impulzivnosti, tesnobe, agresivnosti; prisotnosti socialne opore; pristnosti odnosov s pomembnimi drugimi; spola; starosti). Razlikujeta se celo v različnih stopnjah samomorilnega procesa. Zato so tudi oblike samomorilnosti heterogene (1). Težko ali sploh nemogoče je torej določiti samo en dejavnik, zaradi katerega bi si posameznik vzel življenja. Tveganje za samomor se poveča ob hkratnem pojavljanju več dejavnikov, katerih vpliv se medsebojno ojačuje. Delovanje različnih dejavnikov tveganja je zato treba razumeti verjetnostno in ne deterministično.

Raznolikost dejavnikov tveganja in njihov (ne determinističen) vpliv je v literaturi slikovito opisan skozi naslednji primer (2): »...Denimo, da za primer vzamemo Jeffa, 18-letnega mladeniča, in denimo, da je v njegovi družinski anamnezi prisotna depresija (k temu pridodajmo še genetsko ranljivost za samomor); Jeff je izoliran od drugih; njegova bolečina je nevzdržna; in iz svojega trpljenja ne vidi drugega izhoda, kot je samomor. Denimo, da 70 % mladih odraslih, ki se soočajo s podobnimi težavami in okoliščinami, postane samomorilnih. Ali to pomeni, da ima Jeff 70 % možnosti, da se ubije? ... Odgovor je – nikakor. Jeff je edinstvena oseba ...«.

Pri razvoju samomorilnega vedenja se srečata posameznik s svojimi edinstvenimi in neponovljivimi lastnostmi (biologijo, genetiko, osebnostjo, življenjskim slogom, medosebnimi odnosi ipd.) in okolje, ki zaradi določenih značilnosti na stisko lahko vpliva blagodejno in jo zmanjša (omogočena dostopnost pomoči, omejena dostopnost sredstev za samomor, konstruktivna družbena stališča do samomora, solidarnostne družbene vezi ipd.) ali pa na stisko vpliva neugodno (nedostopnost pomoči, slaba skrb za ogrožene, pomanjkanje socialne varnosti, težave pri zaposlovanju ipd.). Različni dejavniki tveganja zato v različnih stopnjah razvoja samomorilnosti vplivajo različno. Nekateri so latentno prisotni že dolgo, preden se samomorilnost izrazi (distalni dejavniki ali dejavniki ranljivosti), drugi so prisotni v času, ko se samomorilnost začne razvijati (proksimalni dejavniki) ali pa njen razvoj celo sprožijo (sprožilni dejavniki) (1, 3). Pomemben napredek v raziskavah in korak bližje boljšemu razumevanju samomorilnosti bi zato pomenila globalna ocena dejavnikov tveganja za samomor, predvsem pa njihovega sovplivanja. V večini dozdajšnjih raziskav so se raziskovalci namreč osredotočali na posamezne dejavnike tveganja za samomor.

Konceptualno razlikovanje med distalnimi in proksimalnimi dejavniki ter njihovo poznavanje sta pomembna pri načrtovanju preventivnih programov, ker sta odločitev za vrsto uporabljene strategije in njena učinkovitost odvisni od tega, kateri dejavnik tveganja je v programu naslovljen (3).

V poglavju bodo predstavljeni dejavniki tveganja za samomor in varovalni dejavniki ter njihovo medsebojno prepletanje. Slednje bo v poglavju predstavljeno skozi metaforični Model balona na vroč zrak, ki je bil delno oblikovan na podatkih, pridobljenih z metodo psihološke avtopsijske (več o tem v poglavju 16) v okviru slovenske raziskave (4, 5). Predstavljeni model na enostaven in razumljiv način ponudi boljše razumevanje pojava samomorilnosti, predvsem pa prepletanja posameznih dejavnikov tveganja za samomor.

Dejavniki tveganja in varovalni dejavniki samomorilnosti

Pod pojmom 'dejavnik tveganja' razumemo posameznikove značilnosti ali/in značilnosti okolja, v katerem posameznik živi, in povečujejo tveganje za razvoj samomorilnosti (6). V preglednici 6.1 je povzeta razdelitev dejavnikov tveganja, ki jo navaja Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) (7). Po tej razdelitvi se dejavniki tveganja razvrščajo na:

- individualno raven,
- raven medosebnih odnosov,
- raven skupnosti,
- raven družbe/okolja.

Preglednica 6.1. Različne ravni dejavnikov tveganja za razvoj samomorilnosti

Raven	Dejavniki
Individualna raven	Genetski in biološki dejavniki (starost, spol), osebnostne lastnosti (impulzivnost, agresivnost, perfekcionizem ipd.), predhodni samomorilni poskus, duševna motnja, prekomerno pitje alkohola, izguba službe, slabši socialno-ekonomski status, občutek brezupa, kronične bolezni in bolečina, prisotnost samomorilnega vedenja v družini.
Raven medosebnih odnosov	Izguba medosebnega odnosa, konfliktnost v odnosu, občutek izolacije oziroma osamljenosti, občutek pomanjkanja socialne opore.
Raven skupnosti	Diskriminacija, konfliktnost okolja, nesreče, vojne.
Raven družbe/okolja	Značilnosti zdravstvenega sistema (nedostopnost pomoči), družbena atomizacija (individualizacija odgovornosti, tekmovalnost), značilnosti sistema, v katerega je posameznik vpet (pomanjkanje socialne varnosti), dostopnost sredstev za samomor, neustrezno poročanje medijev, stigmatizirajoča stališča v družbi do iskanja pomoči.

Samomorilno vedenje se lahko razvije pri osebi, ki ima zelo malo navedenih dejavnikov tveganja, hkrati pa prisotnost enega ali več dejavnikov tveganja nujno ne pomeni, da bo posameznik razvil samomorilno vedenje. Tveganje za samomorilno vedenje se poveča, kadar se več dejavnikov pojavlja hkrati, saj se njihov vpliv medsebojno ojačuje, s tem pa se povečuje tudi posameznikova ranljivost za samomorilno vedenje (3). Poznavanje dejavnikov tveganja je izjemno pomembno tako za razvoj in oblikovanje preventivnih programov kot tudi za oceno tveganja pri posamezniku. Večina tega, kar danes vemo o dejavniki tveganja, izhaja iz epidemioloških raziskav (8). Manj izpostavljeni ob tem so dejavniki konteksta oziroma okoliščin, v katerih se je samomor zgodil. Po navedbah nekaterih avtorjev je umeščanje dejavnikov v kontekst edina pot k podrobnejšemu razumevanju motivacije za samomorilno vedenje in pomena, ki ga ima ta za posameznika (9). Kar je za nekoga dejavnik tveganja (npr. zaključek medosebnega odnosa, ločitev), je namreč lahko za nekoga drugega varovalni dejavnik (končanje odnosa, v katerem ni bil zadovoljen ali je bil celo žrtev nasilja, zlorabe) in obratno. Pojem varovalni dejavnik zajema, opredeljuje značilnosti (posameznikove in okoljske), ki zmanjšujejo tveganje za razvoj samomorilnega vedenja. Podobno kot dejavniki tveganja se tudi varovalni dejavniki uvrščajo in prepletajo preko različnih ravni (*več o tem v poglavju 21*).

Med najpogosteje navedenimi v literaturi so zagotavljanje primernih življenjskih razmer, zmanjševanje revščine, dostopnost pomoči, podporna socialna mreža, podporno družinsko okolje, dobre veščine spoprijemanja z življenjskimi izzivi (10).

Klasične in sodobne delitve dejavnikov tveganja samomorilnosti

V klasični delitvi dejavnikov tveganja za samomor je naštetih več med seboj ločenih kategorij dejavnikov: biološki (motnje v delovanju serotonergičnega nevrottransmitterskega sistema), medicinski (kronična bolečina in depresija), psihološki (brezup in agresivnost), psihosocialni (socialna izolacija), socialni (odsotnost tesnejših družinskih stikov, stigmatizacija), kulturološki (veroizpoved) ter socialno-ekonomski (brezposelnost) (11). Ena od glavnih pomanjkljivosti klasičnih delitev dejavnikov tveganja je bila, da niso upoštevale, da se kategorije posameznih dejavnikov med seboj lahko prekrivajo, npr. duševna motnja (medicinski dejavnik tveganja) lahko pripelje v socialno izolacijo (psihosocialni dejavnik), težave v družini (socialni dejavnik) in brezposelnost (socialno-ekonomski dejavnik) (11). Novejše, sodobne teorije zato upoštevajo sovplivanje več dejavnikov tveganja.

Levy, Jurkovic in Spirito (12) so dejavnike, ki vplivajo na povečano tveganje za samomorilno vedenje, razdelili v tri kategorije: individualno, medosebno in socialno-kulturno. Individualna kategorija se nanaša na trajne osebnostne poteze in aktualno, začasno duševno stanje posameznika. Tveganje za samomorilno vedenje se povečuje z negativnim razpoloženjem (obup, brezup), ravnanjem po trenutnem vzgibu (impulzivnost) in pretiranimi dejanji (agresivnost). Avtorji navajajo, da sta med psihiatričnimi obolenji za povečano tveganje za samomorilno vedenje najpomembnejša depresivna motnja in zloraba psihoaktivnih snovi. Medosebna raven se nanaša na socialno izolacijo, neurejene družinske razmere, samski stan, ločitev, ovdovelost ter izgubo zaposlitve. Tveganje za samomorilno vedenje se poveča z nesposobnostjo vzpostavljanja ali ohranjanja vzajemnega odnosa, kroničnim občutkom pomanjkanja pripadnosti družbi ali nenadno družbeno osamitvijo. Socialno-kulturno raven zaznamujejo družbene značilnosti okolja (dohodek na prebivalca, stopnja brezposelnosti, pogostost ločitev ipd.), v katerem posameznik živi. Kadar je družbeno okolje neugodno (izzove neugodno duševno stanje ali spodbuja neugodne medosebne odnose), to povečuje tveganje za samomorilno vedenje. Skladni z razdelitvijo dejavnikov tveganja za samomor, kot jih navajajo Levy in drugi (12), so tudi socialno-demografski dejavniki tveganja za samomor. Med pomembnejše se uvrščajo: spol – večje tveganje med moškimi (13); starost – tveganje za samomor narašča s starostjo (14); izobrazba – večje tveganje predstavlja nizka stopnja izobrazbe (13, 15); ekonomski status in revščina (16, 17), zakonski stan – višji samomorilni količnik imajo ovdoveli, razvezani in samski ljudje (18, 19); različni življenjski dogodki ali različne vrste izgub (20).

Med drugimi dejavniki tveganja za razvoj samomorilnega vedenja so pomembni še prisotnost samomora v družinski anamnezi, antisocialno vedenje, težave v družini, različne oblike zlorab (fizična, spolna), neugodni stresni dogodki, zloraba alkohola, manj oporna socialna mreža (21), določene osebnostne lastnosti, predvsem impulzivnost in agresivnost (22), nevroticizem in ekstravertnost (23), psihoticizem, nekonformizem, slabša socializacija (24). Tveganje povečuje tudi prisotnost kroničnih telesnih bolezni, kot so AIDS, multipla skleroza, kronične telesne bolečine, epilepsija, rak (25, 26).

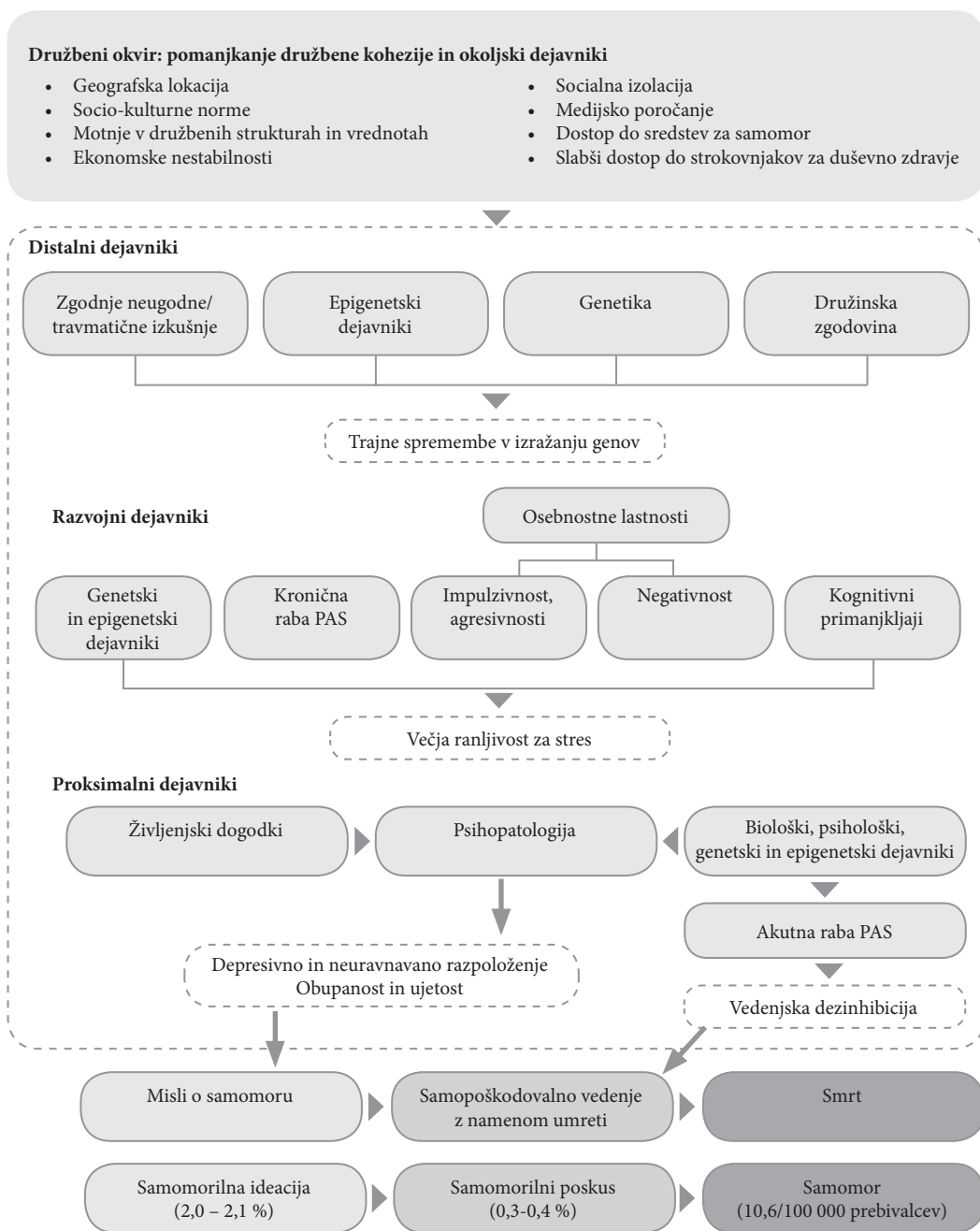
V sodobnih teorijah delitve dejavnikov tveganja je izpostavljeno predvsem sovplivanje posameznih kategorij dejavnikov tveganja za samomorilnost.

V večini sodobnih teorij izpostavljajo:

- dejavnike predispozicije (poznane tudi pod imenom distalni dejavniki),
- sprožilne dejavnike (poznani tudi pod imenom proksimalni dejavniki) in, kot omenjajo v nekaterih modelih,
- razvojne dejavnike (1, 3).

Takšno razumevanje dejavnikov tveganja za samomor ima to prednost, da upošteva sovplivanje različnih dejavnikov in hkrati tudi časovno komponento, kdaj v razvoju samomorilnega vedenja se posamezni dejavnik pojavi. Za distalne dejavnike je značilno, da so pri posamezniku prisotni preden se morebitno samomorilno vedenje prične razvijati ali se izrazi (npr. družinska anamneza samomorilnega vedenja ali duševne motnje). Večina dejavnikov, ki se navezujejo na psihiatrične, biološke in družinske dejavnike, spada v kategorijo distalnih (3). Za proksimalne dejavnike je značilno, da nastopijo časovno blizu samomorilnega vedenja, so časovno bolj neposredno povezani s samomorilnim vedenjem in pospešijo njegov razvoj (npr. poslabšanje aktivne epizode duševne motnje, kakršnakoli izguba, akutni stres). Proksimalni dejavniki se lahko razlikujejo po starosti, spolu, etničnih skupinah in drugih socialno-demografskih značilnostih (3). Za razvojne dejavnike, ki povečujejo ranljivost, pa je značilno, da nastopijo nenadno ali se počasi razvijajo (npr. težave z uravnavanjem jeze, impulzivnost, težave v medosebnih odnosih). Distalni in proksimalni dejavniki se lahko v grobem kategorizirajo v psihiatrične, biološke, družinske in situacijske, pri čemer kategorije med seboj niso izključujoče. Tako distalni kot tudi proksimalni dejavniki se lahko pojavljajo na ravni posameznika, družine ali okolja in tveganje za samomorilno vedenje se izrazito poveča, kadar se pojavljajo hkrati. Ob tem pa ne gre spregledati tudi vpliva kulturnih in širših družbenih značilnosti.

Eden od modelov, v katerem avtorji predvidevajo, da je samomorilno vedenje posledica sovplivanja več različnih dejavnikov tveganja, je biopsihosocialni model, ki je prikazan na sliki 6.1 (1). Razvoj samomorilnega vedenja je po tem modelu rezultat sovplivanja genetskih, izkustvenih, psiholoških, kliničnih, socioloških in okoljskih dejavnikov. Vsaka skupina omenjenih dejavnikov glede na prisotnost oziroma odsotnost drugih značilnosti in dejavnikov (npr. impulzivnosti, kakovosti medosebnih odnosov) na razvoj samomorilnega vedenja pri posamezniku različno vpliva. Različne skupine dejavnikov tudi različno vplivajo glede na starost in spol posameznika. V predstavljenem modelu (slika 6.1) distalni dejavniki predstavljajo izhodišče, prag, ki poviša posameznikovo tveganje za poznejšo občutljivost na proksimalne dejavnike. Povezava distalnih dejavnikov s samomorilnostjo ni neposredna – distalni dejavniki so začetni, izhodiščni element, kar pa ne pomeni nujno, da se bo pri posamezniku razvilo samomorilno vedenje. Vpliv distalnih dejavnikov tveganja ni omejen le na samomorilnost, temveč lahko vodijo tudi v različne druge neželene telesne in duševne spremembe. Na razvojne dejavnike (osebnostne lastnosti, kognitivne sposobnosti, kronično zlorabo psihoaktivnih snovi) vplivajo distalni dejavniki, ki lahko povečajo občutljivost posameznika na proksimalne dejavnike in preko tega povečajo tveganje za samomorilno vedenje. Proksimalni dejavniki (življenjski dogodki, psihopatologija, zloraba psihoaktivnih snovi) sami po sebi ne sprožijo razvoja samomorilnosti. Prisotnost in sovplivanje močnih distalnih dejavnikov z nedavnimi dogodki (proksimalni dejavniki) pa lahko vodi v okoliščine in stanja, ki pri posamezniku sprožijo razvoj samomorilnosti.



Slika 6.1. Biopsihosocialni model razvoj samomorilnosti – prikaz sovplivanja distalnih, proksimalnih in razvojnih dejavnikov

PAS – psihoaktivne snovi

(Prirejeno in ponatisnjeno z dovoljenjem Springer Nature Customer Service Centre GmbH; Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J idr. Suicide and suicide risk. Nat Rev Dis Primers. 2019;5(1):članek 74. doi: 10.1038/s41572-019-0121-0)

Sovplivanje genetskih in okoljskih dejavnikov tveganja za razvoj samomorilnosti

Obstoj genetskega nagnjenja oz. ranljivosti za samomor ne izključuje dejavnikov okolja. Genetski dejavniki namreč niso togi in določeni vnaprej, saj se nekateri izrazijo samo pod določenimi vplivi iz okolja (27). Tudi dejavniki okolja ne izključujejo genetskih.

Nasprotno, dejavniki okolja sooblikujejo vpliv genetskih dejavnikov na razvoj samomorilnega vedenja in bodisi sprožijo vpliv določenih genetskih dejavnikov bodisi ga umirijo (*več o tem v poglavju 7 in 8*).

V družinskih raziskavah so ugotovili, da je tveganje za samomor povečano, kadar je družinska anamneza obremenjena s samomorom (28, 29). Vendar zgolj na osnovi družinskih raziskav ni mogoče delati zaključkov o pomenu genetskih dejavnikov, saj si družinski člani delijo tako okolje kot genetsko osnovo. Študije dvojčkov in oseb, ki so bile posvojene, v marsičem presegajo to pomanjkljivost in kontrolirajo tudi učinke okolja, ki bi lahko vplivali na razvoj samomorilnega vedenja. Konkordanca samomorov (hkratno pojavljanje pri obeh dvojčkih) je večja pri enojajčnih kot dvojajčnih dvojčkih (30). Podatkov o osebah, ki so bile posvojene, je manj, a prav tako nakazujejo genetsko nagnjenost k samomoru. V raziskavi (31), v kateri so primerjali pogostost samomora pri bioloških starših posvojenih otrok, so ugotovili, da je bila večja pri tistih bioloških starših, katerih otroci so naredili samomor v rejništvu, kot pa pri bioloških starših otrok, ki so sicer živeli v rejništvu, vendar samomora niso naredili. Genetski dejavniki samomora povečajo posameznikovo ranljivost in povečajo verjetnost samomorilnega vedenja. Nagnjenost, ranljivost za samomorilno vedenje pa sestavljajo številni genetski dejavniki, ki se izrazijo kot samomorilno vedenje le takrat, kadar je presežen določen prag in kadar so pod vplivom določenih dejavnikov iz okolja. Vpliv genetskih dejavnikov na samomorilno vedenje je torej verjetnost in *ne* determinističen (27).

Dejavniki okolja vključujejo celotno okolje, od nežive do žive narave, ožjega in širšega družbenega okolja posameznika, zajeti so vsi vplivi, dražljaji, ki v dani situaciji delujejo na posameznika. Nekaj dejavnikov okolja je prikazanih na sliki 6.1. Tako med dejavnike okolja spadajo tudi zunanji vplivi, ki se odražajo na biološki ravni, npr. stres, ki mu je bila izpostavljena mati med nosečnostjo, vpliva na razvoj možganskih struktur še nerojenega otroka, kar posledično vpliva na to, kako bo posameznik obvladoval stres v odrasli dobi (32). Tveganje za samomor povečajo tudi neugodni življenjski dogodki in prekomeren, dolgotrajen stres (21, 33).

Izražanje bioloških in psiholoških dejavnikov tveganja za razvoj samomorilnosti

Genetski dejavniki, ki se povezujejo s samomorilnim vedenjem, se izražajo tudi v obliki bioloških dejavnikov. Slednji vplivajo na delovanje določenih možganskih struktur in sistemov, ki so vpleteni v razvoj samomorilnega vedenja. Govorimo o biologiji oziroma nevrobiologiji samomora (*več o tem v poglavju 9*). V povezavi s samomorilnim vedenjem se najpogosteje omenjajo trije nevrobiološki sistemi: serotonergični in noradrenergični neurotransmiterski sistem ter os hipotalamus – hipofiza – nadledvična žleza (HPA) (34). Serotonin (5-hidroksitriptamin; 5-HT) je eden od kemičnih prenašalcev v možganih, ki (med drugim) uravnava razpoloženje, impulzivnost in agresivnost. Spremenjeno delovanje serotonergičnega sistema pri ljudeh, ki so poskušali storiti samomor ali so zaradi samomora umrli, je eno najbolj konsistentnih nevrobioloških izsledkov v psihiatriji. Med prvimi, ki so poročali o spremenjenem delovanju serotonergičnega sistema pri osebah s samomorilnim vedenjem, so bili Asberg idr. (35). Od takrat so v številnih raziskavah poročali o znižani ravni serotonina in 5-hidroksiindolocetne kisline (5-HIAA; glavni

produkt razgradnje 5-HT) v cerebrospinalni tekočini (36, 37). Spremenjeno delovanje serotoninškega sistema je prisotno predvsem v prefrontalnem korteksu (38, 39). Znižana raven serotonina v tem predelu vpliva na kognitivne funkcije in dezinhibicijo¹ vedenja, kar vpliva na povečano tveganje za samomorilno vedenje. Pri razvoju samomorilnega vedenja je pomembno tudi sovplovanje serotonergičnega in noradrenergičnega sistema ter HPA in nekaterih hormonov. Med temi sta pomembna zlasti kortikotropin sproščujoči hormon in kortizol (40, 33). V povezavi s samomorilnim vedenjem se omenja še dopaminergični sistem, vendar je to področje preslabo raziskano, da bi lahko z gotovostjo govorili o pomenu dopamina pri razvoju samomorilnega vedenja (39). Znano je, da je znižana raven glavnega presnovnega produkta dopamina, homovanilne kisline, prisotna pri osebah z depresijo s preteklim samomorilnim vedenjem ter posameznikom z motnjami osebnosti in večkratnimi samomorilnimi poskusi (41, 42).

Samomorilno vedenje je torej neločljivo vpeto med genetske dejavnike in dejavnike okolja (tudi kulture), katerih sovplovanje se izrazi v obliki posameznikovih (nevro)bioloških in psiholoških dejavnikov. Za lažjo predstavljenost sicer zapletenega sovplovanja različnih dejavnikov, ki vplivajo na razvoj samomorilnosti je v nadaljevanju pojasnjena metafora Model balona na vroč zrak.

Teoretično ozadje nastajanja metafore Model balon na vroč zrak

Uporaba metafor na zdravstvenem, terapevtskem in raziskovalnem področju ni nova. Metafore, uporabljene v določenem kulturnem in jezikovnem okolju, lahko zelo jasno in učinkovito osvetlijo dogajanje, bolezen ali postopek v medicinskem kontekstu (43), v strokovnem in raziskovalnem okolju pa lahko služijo kot orodje za lažjo predstavitev že znanih procesov (44)². Pojavljanje metafor so s kvalitativno analizo pisnih izdelkov preučevali v skupini za žalujoče po različnih oblikah smrti (46). Ugotovili so, da je figurativni jezik skupini pomagal, da se je povezala in soočila z intenzivnimi čustvi, povezanimi z izgubo. Metafore se uporabljajo tudi pri raziskovanju in preprečevanju samomorov. V raziskavi na slovenskem vzorcu je Poštuvan (47) preučevala proces žalovanja pri svojcih, ki so izgubili bližnjega zaradi samomora. Rezultate kvalitativne analize poglobljenih intervjujev je predstavila v Modelu rastoče rože, ki je ponazarjal reintegracijo žalujočih po samomoru bližnjih (*več o tem v poglavju 32*). V svoji raziskavi je raziskovalka uporabila metaforo, ki lahko svojcem in strokovnjakom na tem področju znane procese predstavi na nov način, za lažjo strukturo pridobljenih podatkov.

Osnova za oblikovanje metaforičnega Modela balona na vroč zrak je bila raziskava, v kateri so preko poglobljenih intervjujev s svojci umrlih zaradi samomora preučevali dejavnike tveganja za samomor (4). Pozornost v raziskavi je bila usmerjena na značilnosti 12 oseb, 3 žensk in 9 moških, ki so med letoma 2015 in 2017 umrli zaradi samomora. V raziskavi je sodelovalo 17 svojcev – informatorjev, ki so pokojnike dobro poznali in so bili v stiku z njimi v zadnjih dneh, tednih ali mesecih pred smrtjo. Polstrukturirani intervjuji so obsegali več raziskovalnih področij (npr. naravo odnosa med informatorjem in pokojnikom, osnovne

¹ Dezinhibicija pomeni prekinitev ali slabitev zaviranja delovanja na sinaptični, nevronski, refleksni, vedenjski ali psihični ravni (povzeto po Slovenskem medicinskem slovarju).

² Takšen primer iz slovenskega okolja je denimo metafora čolna na morju. Ta z različno obarvanimi utežmi, ki se na čoln spuščajo v različnih časovnih obdobjih, ponazarja dejavnike tveganja, vzdrževalne dejavnike in sprožilce pri depresiji. Omenjena metafora je upodobljena je v knjižici Prepoznavno in premagajmo depresijo, ki opisuje depresijo in z njo povezane dejavnike (45).

informacije o pokojniku, okoliščine smrti in predhodne samomorilne poskuse, zgodovino zdravstvenih težav in duševnih motenj, prisotnost socialne opore).

Izsledki raziskave kažejo, da so bili v času pred samomorom prisotni različni verbalni in neverbalni, vedenjski, čustveni in kognitivni opozorilni znaki. Med dogodki in okoliščinami pred samomorom so se pojavljali dogodki, povezani z delom, težave s policijo in zadeve, ki so bile v postopkih na sodišču, težave v odnosih, razne izgube, medijski dogodki, povezani s smrtjo ali samomori, ter druge neugodne situacije. Pet od dvanajstih pokojnikov je že poskusilo narediti samomor v preteklosti, informacije o prisotnosti duševnih motenj pri pokojnikih so ostale nejasne zaradi težav pri pridobivanju podatkov o duševnih motnjah od informatorjev. Kljub temu je bilo moč iz pogovorov s svojci razbrati, da se je večina pokojnikov soočala z določenimi težavami v duševnem zdravju oziroma duševnimi motnjami, vključujoč različne vrste odvisnosti.

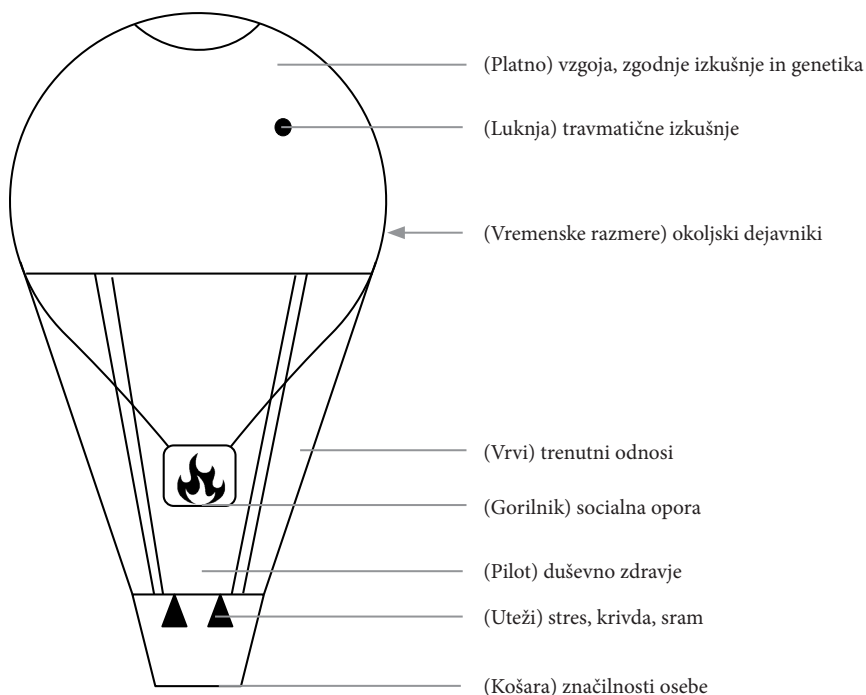
Med ugotovljenimi dejavniki tveganja so se pojavljali nasilni, problematični in nesrečni romantični odnosi, nasilje, zanemarjanje in pomanjkanje podpore v času vzgoje ter različne travmatične izkušnje (kot so čustvena, fizična, spolna zloraba in različne izgube). Odgovori informatorjev so nakazovali tudi prejeto in dano socialno oporo ter problematično socialno oporo, pri kateri pokojniki bodisi niso znali ali želeli zaprositi za pomoč bodisi opora ni bila na voljo. Informatorji so navajali tako različne pozitivne osebnostne lastnosti pokojnikov kot tudi značilnosti pokojnikov, ki bi lahko imele neugoden vpliv na iskanje in prejemanje pomoči in opore. Med navedenimi neugodnimi osebnostnimi značilnostmi so bila agresivna vedenja, izkrivljena samopodoba, prekomerno razdajanje drugim in prevzemanje skrbi nase ter nekatere socialne in čustvene značilnosti, npr. držanje stvari zase, zaprtost, samotarskost in čustvena zavrtost. Opisani dejavniki tveganja ter uporaba metafor, podanih od informatorjev v intervjujih³, so bili podlaga za oblikovanje metaforičnega modela, imenovanega Model balona na vroč zrak, ki preko slikovnega prikaza in opisa posameznih elementov tvori prisposodbo posameznika, ki je izpostavljen določenim dejavnikom tveganja za samomor (4).

Model balona na vroč zrak

Metaforični Model balona na vroč zrak je predstavljen na sliki 6.2. Glavni deli balona, ki so pomembni v modelu, so: platno, morebitne luknje in poškodbe v njem, vrvi, ki povezujejo platno in košaro, gorilnik, pilot, ki balon upravlja, košara, uteži, pritrjene na rob košare ali v košari, ter vremenske razmere⁴. Celoten balon na vroč zrak, vključujoč pilota, predstavlja posameznika.

³ Svojci, ki so bili vključeni v raziskavo, so med opisovanjem pokojnikov in njihovih življenj pred smrtjo uporabljali različne metafore, npr. »Vse se mu je sesuvalo.«, »Stvari so se ji nabirale.«, »Izgubila je iskrico.«, »Bila je brez življenjske energije.«, »Potem pa ni bilo več poti nazaj.«

⁴ Posamezne značilnosti metafore lahko odstopajo od dejanskih značilnosti balonov na vroč zrak. Predstavljeni model kljub temu ponuja dovolj dober prikaz povezave med posameznimi dejavniki tveganja, ki so lahko prisotni v življenju posameznika.



Slika 6.2. Grafični prikaz Modela balona na vroč zrak

(Prirejeno in ponatisnjeno z dovoljenjem Hogrefe Publishing www.hogrefe.com; De Leo D, Poštuvan V. Reducing the Toll of Suicide. 2020; ISBN 978-8-88937-569-7)

Platno balona predstavlja vzgojo, ki je bil deležen posameznik, ter genetske dejavnike. Ob nasilni, zanemarjajoči in nepodporni vzgoji ter neugodnih genetskih dejavnikih je kakovost tkanine platna slaba.

Luknja v platnu predstavlja različne travmatične izkušnje, kot so spolna, fizična in čustvena zloraba, neugodni življenjski dogodki, izguba (tudi samomor v družini) in pretekli samomorilni poskusi.

Od kakovosti platna so odvisne posledice nenadne poškodbe – luknje. Če je material, ki predstavlja vzgojo in različne genetske dejavnike, močan oz. ugoden, bo luknja ostala majhna, vožnja z balonom pa bo potekala nemoteno. Če je material slabše kakovosti, lahko luknja postopoma postaja večja in večja ter povzroči padec balona. Če so travmatične izkušnje ustrezno naslovljene in/ali strokovno obravnavane (npr. zdravlila, terapija, pogovor o tem), v prenesenem pomenu luknje zakrpane, se vožnja lahko nadaljuje. Več kot je lukenj v platnu, večja je možnost nesrečnega pristanka; več kot je preteklih samomorilnih poskusov ali več kot je travmatičnih dogodkov v otroštvu, večje je tveganje za stisko pri posamezniku in samomorilno vedenje.

Neugodna vzgoja ali neugoden odnos med otrokom in skrbniki ter trpinčenje predstavljajo tveganje za medosebne težave, ki lahko vodijo v samomorilno vedenje (48). Posledica neugodne vzgoje so lahko tudi osebnostne motnje. Permisivni in avtoritarni stil vzgoje sta povezana z razvojem slabih prilagoditvenih shem v zgodnjem otroštvu, ki lahko vodijo v razvoj osebnostnih motenj (49). Neugodne izkušnje v otroštvu (npr. čustvena, fizična in spolna zloraba, družinsko nasilje, zloraba drog in duševne bolezni v domačem krogu, ločitev staršev, prestajanje zaporne kazni družinskih članov) lahko 2–5-krat povečajo

tveganje za samomorilni poskus v mladosti in odrasli dobi, tveganje pa je še večje, če je bilo takšnih izkušenj več (50). Spolna zloraba otrok je povezana z 10–13-krat večjo stopnjo samomorilnosti pri mlajših odraslih (51). Zanikanje zlorabe ali pomanjkanje podpore žrtvam zlorabe omejuje možnosti za uspešno razreševanje travmatične izkušnje (51). Samomorilno vedenje je torej posledica številnih dejavnikov; od zgodnjih izkušenj do osebnostnih lastnosti in stanj, morebitnih duševnih motenj in dejavnikov okolja; vsi se med seboj prepletajo in povezujejo (48, 50). Pomemben dejavnik tveganja za samomor so tudi pretekli samomorilni poskusi (52–55). Večkrat kot je oseba poskušala narediti samomor, večje bo tveganje, da bo zaradi samomora pozneje umrla. Poleg tega alkoholizem, uživanje drog in depresivno razpoloženje moderirajo povezavo med neugodnimi izkušnjami v otroštvu in tveganjem za samomor (50).

Vrvi, ki povezujejo platno in košaro, predstavljajo trenutne družinske, prijateljske ter druge odnose. Če je bila vzgoja neugodna, zanemarjajoča ali nepodporna, so vrvi šibke ali celo odsotne. Pri tovrstni vzgoji je število vrvi (družinskih odnosov) lahko zelo majhno, kar lahko ogrozi varnost balona in potovanja⁵.

Gorilnik, ki zagotavlja toploto za ogrevanje zraka v balonu, predstavlja socialno oporo. Gorilnik je lahko vklopljen, lahko je izklopljen, lahko pa zmanjka plina v jeklenki. Enako je s socialno oporo. V posameznikovem življenju so lahko ljudje, ki mu nudijo oporo. Posameznik v stiski to oporo lahko tudi sprejme – taka situacija predstavlja prižgan gorilnik. Posameznik ima lahko v svojem življenju osebe, ki so pripravljene nuditi oporo, ko jo potrebujejo, vendar pomoči in opore iz različnih razlogov ne sprejmejo – to pomeni, da je gorilnik ugasnjen, čeprav je v jeklenki dovolj plina. Lahko pa se zgodi, da posameznik dejansko nima nikogar, na katerega se lahko obrne v težavah ali stiski – in v tem primeru je gorilnik prazen. Potreba po vklopu gorilnika in hkratno prepričanje, da je gorilnik prazen, čeprav ni, je podobna konceptu zaznane in dejanske socialne opore.

Nasilni odnosi v življenju posameznika so lahko neugodni iz več razlogov. Težave v odnosih lahko vodijo v izolacijo in odsotnost socialne opore, prav tako pa so lahko vir stresa (54). Pomanjkanje socialne opore je problematično, saj je lahko socialna opora pomemben varovalni dejavnik (56), poleg tega pa lahko skupaj s pozitivnimi življenjskimi dogodki zmanjša samomorilne misli (57).

Preiskovanje dane in prejete socialne opore v življenju oseb, ki so umrle zaradi samomora, je lahko težavno. V retrospektivnih raziskavah primerov samomora (npr. psiholoških avtopsijah) o prejeti in zaznani socialni opori poročajo svojci. Pri tem gre lahko za retrospektivno izkrivljanje, ki je lahko razlog za posmrtno idealizacijo pokojnika. Lahko se pojavlja tudi selektivni priklic (npr. spominjanje pozitivnih lastnosti in pozabljanje negativnih) (58). Drugi razlog za oteženo raziskovanje je razlika med dejansko in zaznано socialno oporo pokojnika. Raziskave, ki so vključevale osebe s samomorilnim poskusom in samomorilnimi mislimi, kažejo, da se zaznana socialna opora (ne glede na dejansko stanje opore) povezuje s samomorilnim vedenjem (56, 57).

Košara balona na vroč zrak predstavlja osebnostne lastnosti posameznika, kot so odpornost, asertivnost in socialne veščine. Če je košara v slabem stanju, lahko to ogrozi celotno potovanje.

⁵ Tu pride do rahlega neskladja med metaforičnim modelom in resničnim življenjem. Baloni na vroč zrak seveda ne morejo delovati brez vrvi, kar pa ne velja za ljudi, ki lahko živijo brez stikov s svojo primarno družino.

Uteži na robu košare predstavljajo stres, ki mu je posameznik izpostavljen. Če je rob košare (npr. trdoživost, socialne veščine) dovolj močan, lahko pilot uteži razporedi po robu košare na način, ki ne bo škodoval celotnemu balonu. Če pa bo košara v slabem stanju, ji bo že manjše število uteži škodovalo. Pilot je tisti, ki do določene mere nadzoruje uteži; lahko jih ustrezno porazdeli po robu košare ali jih celo zavrže.

Uteži v košari predstavljajo bremena, ki si jih posamezniki v stiski v prenesenem pomenu nalagajo na ramena. To so lahko neznosni občutki krivde in sramu ter občutki posameznika, da je drugim v breme.

Neugodne osebnostne lastnosti so agresivno vedenje, izkrivljena samopodoba, pretirano razdajanje drugim ter spretnosti oseb v socialnih situacijah in pri obvladovanju čustev. Agresivno vedenje je lahko ovira pri pridobivanju potrebne socialne opore in pozornosti, ki jo posamezniki v stiski potrebujejo. Nekatere druge osebnostne lastnosti, npr. neprilagojeni perfekcionizem, lahko prav tako igrajo pomembno vlogo pri tveganju za samomor pri moških (59).

Pilot predstavlja posameznikovo trenutno duševno stanje. Pilot je lahko zaskrbljen zaradi nenadne poškodbe platna (travmatična izkušnja). Ne opazi, da balon potrebuje nov dovod toplega zraka in zanemarja gorilnik, torej socialno oporo. Prav tako pilot predstavlja težave v duševnem zdravju, razne zdravstvene težave in bolezni.

Neugodne vremenske razmere predstavljajo različne neugodne okoliščine in dogodke (stresne delovne situacije, ustrahovanje, politične pritiske), ki vplivajo na človeka, in različne dejavnike okolja, kot so socialno-ekonomski dejavniki, kulturno in delovno okolje.

Občutki brezupa ali obupanosti so pogosti pri osebah, ki razmišljajo o samomoru. Brezup ima tri pomembne vidike: negativen pogled na prihodnost, izgubo motivacije in izgubo pričakovanja. Skupaj z duševnimi motnjami ali predhodnimi samomorilnimi poskusi prispeva obupanost k večjemu tveganju za samomor (54). Duševne motnje naj bi bile prisotne v približno 90 % primerov samomorov, poleg tega naj bi nekatera zdravstvena stanja, zlasti tista, ki povzročajo kronične bolečine, predstavljala dejavnik tveganja za samomor (54). Izguba finančne varnosti ob hkratni duševni motnji je prav tako pomemben dejavnik tveganja za samomor (54). Škodljiva uporaba alkohola in drugih psihoaktivnih snovi lahko poveča tveganje za samomor (*več o tem v poglavju 26*). V raziskavah ugotavljajo, da so zgodnje travmatične izkušnje povezane z odvisnostmi v odrasli dobi in da odvisnosti lahko predstavljajo način za lajšanje stresa (60, 61). V švicarski raziskavi, v katero so bili vključeni mladi moški, niso našli povezav med samomorilnimi poskusi in uživanjem alkohola. So pa ugotavljali, da je bila prisotna posredna povezava med motivi za pitje (npr. pitje kot strategija za spoprijemanje s težavami) in simptomi depresije (62).

Letenje z balonom na vroč zrak nosi s seboj določeno negotovost. Pilot ne more vedeti, natanko kje bo balon pristal. Po svojih najboljših močeh ga lahko usmerja skozi raznolike vremenske razmere, upoštevajoč lastnosti balona. Enako velja za naše življenje. Posameznik ne more predvideti, kam ga bo življenje popeljalo; lahko samo uporabi vse svoje prednosti, dela na svojih slabostih, skrbi za svoje duševno zdravje, opazuje, kdaj se začnejo razmere ali njegovo stanje poslabševati, in poišče pomoč in podporo bližnjih, ko jo potrebuje. Včasih se zdi, da z balonom ni nič narobe, vendar kljub temu strmoglavi. Včasih so prisotne različne težave z balonom, vendar ta ostaja v zraku in uspešno pluje kljub manj ugodnim vremenskim razmeram. Enako je z ljudmi. Včasih se zdi vse popolnoma v redu in oseba poskuša narediti samomor. Po drugi strani pa nekateri ljudje v življenju preživijo veliko izjemno težkih situacij, vendar se ne odločijo za samomor (4).

Zaključek in usmeritve za naprej

Samomor je posledica zapletenega sovplivanja različnih dejavnikov tveganja – od genetskih, okoljskih, bioloških, psiholoških. Vsak posameznik je enkrat in neponovljiv. Tak je tudi preplet dejavnikov, ki pri njem vodijo – ali ne – v samomorilni proces. Ocena pomembnosti dejavnikov tveganja temelji na statistični oceni, kar pomeni, da velja za določen delež ljudi, ne pa za vse. Za učinkovito preprečevanje samomorilnega vedenja je nujno dobro poznati dejavnike tveganja in varovalne dejavnike, ki se pojavljajo v različnih časovnih obdobjih – preden se je samomorilnost sploh začela razvijati in v času, ko se je razvoj samomorilnega procesa sprožil.

Obsežna uporaba metafor v vsakdanjem jeziku, literaturi in glasbi kaže njihov pomen pri izražanju notranjega doživljanja posameznikov. Lahko prispeva k lažjemu razumevanju težkih življenjskih izkušenj, kar izguba bližnjega zaradi samomora ali pretekli samomorilni poskus zagotovo je. Metaforični Model balona na vroč zrak poskuša zajeti čim več dejavnikov tveganja za samomorilno vedenje in predstaviti tudi njihovo medsebojno prepletanje. Model lahko obogati tako poskus razlage sovplivanja različnih dejavnikov pri razvoju samomorilnosti kot tudi postvencijske dejavnosti s svojci, ki so izgubili bližnjega zaradi samomora.

Reference

1. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J idr. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers*. 2019;5(1):članek 74. doi: 10.1038/s41572-019-0121-0
2. Leenaars AA. Altruistic suicide: a few reflections. *Arch Suicide Res*. 2004;8(1):1–7. doi: 10.1080/13811110490243778
3. Moscicki EK. Epidemiology of suicidal behavior. *Suicide Life Threat Behav*. 1995;25(1):22–35.
4. Mars Bitenc U. Ugotavljanje dejavnikov tveganja za samomor z uporabo metode psihološke avtopsije [doktorska disertacija]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta; 2018.
5. Mars Bitenc U, Tekavčič Grad O, De Leo D. Understanding suicide from survivors' perspective – Psychological autopsy outcomes: the model of a hot air balloon. V: De Leo D, Poštuvan V, urednika. *Reducing the toll of suicide*. Göttingen: Hoegrefe; 2020. str. 185–201.
6. American Foundation for Suicide Prevention [na spletu]. New York: American Foundation for Suicide Prevention; [posodobljeno 2020]. Suicide statistics; [citirano 16. 9. 2020]. Dostopno na: <https://afsp.org/suicide-statistics/>.
7. Our world in data [na spletu]. Oxford (UK): Global Change Data Lab; 2013. Ritchie H, Roser M, Ortiz-Ospina E. Suicide; 2015 [citirano 16. 9. 2020]. Dostopno na: <https://ourworldindata.org/suicide>
8. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev*. 2008;30(1):133–54. doi: 10.1093/epirev/mxn002
9. Hjelmeland H. Cultural context is crucial in suicide research and prevention. *Crisis*. 2011;32(2):61–4. doi: 10.1027/0227-5910/a000097
10. McLean J, Maxwell M, Platt S, Harris F, Jepsen R. Risk and protective factors for suicide and suicidal behaviours: a literature review [na spletu]. Edinburgh: The Scottish Government Social Research; 2008. Dostopno na: <https://www.trimbos.nl/docs/beeb2caa-65c7-4517-b7c3-5b1a8d25abb4.pdf>
11. Marušič A, Farmer A. Toward a new classification of risk factors for suicide behaviour. *Crisis*. 2001;22(2):43–6. doi: 10.1027//0227-5910.22.2.43
12. Levy SR, Jurkovic GL, Spirito A. A multisystems analysis of adolescent suicide attempters. *J Abnorm Child Psychol*. 1995;23(2):221–34. doi: 10.1007/BF01447090
13. Kerkhof JF, Arensman E. Pathways to suicide: the epidemiology of the suicidal process. V: van Heeringen K, urednik. *Understanding suicidal behaviour: the suicidal process approach to research, treatment and prevention*. Chichester: Wiley; 2001. str. 15–40.
14. O'Connell H, Chin AV, Cunningham C, Lawlor BA. Recent developments: suicide in older people. *BMJ*. 2004;329(7471):895–9. doi: 10.1136/bmj.329.7471.895
15. Petronis KR, Samuels JF, Moscicki EK, Anthony JC. An epidemiologic investigation of potential risk factors for suicide attempts. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1990;25(4):193–9. doi: 10.1007/BF00782961
16. Gunnell DJ, Peters TJ, Kammerling RM, Brooks J. Relation between parasuicide, suicide, psychiatric admissions, and socioeconomic deprivation. *BMJ*. 1995;311(6999):226–30. doi: 10.1136/bmj.311.6999.226

17. van Heeringen K. Epidemiological aspects of attempted suicide--a case-control study in Gent, Belgium. *Crisis*. 1994;15(3):116–22.
18. Lohr C, Schmidtke A. Marital relationship of suicide attempters. V: De Leo D, Bille Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A, uredniki. Suicidal behaviour, theories and research findings. Göttingen: Hogrefe & Huber; 2004. str. 125–37.
19. Stack S. Marriage, family, religion, and suicide. V: Maris RW, Berman AL, Maltsberger JT, Yufit RI, uredniki. Assessment and prediction of suicide. New York: Guilford; 1992. str. 540–52.
20. Cooper J, Appleby L, Amos T. Life events preceding suicide by young people. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37(6):271–5. doi: 10.1007/s001270200019
21. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clin Psychol Rev*. 2004;24(8):957–79. doi: 10.1016/j.cpr.2004.04.005
22. Brent DA, Oquendo M, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B idr. Peripubertal suicide attempts in offspring of suicide attempters with siblings concordant for suicidal behavior. *Am J Psychiatry*. 2003;160(8):1486–93. doi: 10.1176/appi.ajp.160.8.1486
23. Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113(3):180–206. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00702.x
24. Nordström P, Schalling D, Asberg M. Temperamental vulnerability in attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;92(2):155–60. doi: 10.1111/j.1600-0447.1995.tb09560.x
25. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997;170:205–28. doi: 10.1192/bjp.170.3.205
26. Quan H, Arboleda-Flórez J, Fick GH, Stuart HL, Love EJ. Association between physical illness and suicide among the elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37(4):190–7. doi: 10.1007/s001270200014
27. McGuffin P, Marusic A, Farmer A. What can psychiatric genetics offer suicidology? *Crisis*. 2001;22(2):61–5. doi: 10.1027//0227-5910.22.2.61
28. Malone KM, Haas GL, Sweeney JA, Mann JJ. Major depression and the risk of attempted suicide. *J Affect Disord*. 1995;34(3):173–85. doi: 10.1016/0165-0327(95)00015-f
29. Roy A, Nielsen D, Rylander G, Sarchiapone M. The genetics of suicidal behaviour. V: Hawton K, van Heeringen K, uredniki. The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester: Wiley; 2000. str. 209–22. doi: 10.1002/9780470698976.ch13
30. Statham DJ, Heath AC, Madden PA, Bucholz KK, Bierut L, Dinwiddie SH idr. Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychol Med*. 1998;28(4):839–55. doi: 10.1017/s0033291798006916
31. Schulsinger R, Kety S, Rosenthal D, Wender P. A family study of suicide. V: Schou M, Stormgren E, uredniki. Origins, prevention and treatment of affective disorders. New York: Academic Press; 1979. str. 227–87.
32. Goldney RD. Ethology and suicidal behaviour. V: Hawton K, van Heeringen K, uredniki. The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester: Wiley; 2000. str. 95–106. doi: 10.1002/9780470698976.ch6
33. Van Praag H. About the biological interface between psychotraumatic experiences and affective dysregulation. V: van Heeringen K, urednik. Understanding suicidal behavior: the suicidal process approach to research, treatment and prevention. Chichester: Wiley; 2001. str. 54–75.
34. van Heeringen K. Psychobiological approaches to the predisposition to suicidal behaviour: implications for treatment and prevention. V: Hawton K, urednik. Prevention and treatment of suicidal behaviour: from science to practice. New York: Oxford University Press; 2005. str. 91–107. doi: 10.1093/med/9780198529767.003.0006
35. Asberg M, Träskman L, Thorén P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Arch Gen Psychiatry*. 1976;33(10):1193–7. doi: 10.1001/archpsyc.1976.01770100055005
36. Korpi ER, Kleinman JE, Goodman SI, Phillips I, DeLisi LE, Linnoila M idr. Serotonin and 5-hydroxyindoleacetic acid in brains of suicide victims: comparison in chronic schizophrenic patients with suicide as cause of death. *Arch Gen Psychiatry*. 1986;43(6):594–600. doi: 10.1001/archpsyc.1986.01800060088011
37. Mann JJ, Malone KM. Cerebrospinal fluid amines and higher-lethality suicide attempts in depressed inpatients. *Biol Psychiatry*. 1997;41(2):162–71. doi: 10.1016/s0006-3223(96)00217-x
38. van Heeringen K. The neurobiology of suicide and suicidality. *Can J Psychiatry*. 2003;48(5):292–300. doi: 10.1177/070674370304800504
39. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci*. 2003;4:819–28. doi: doi.org/10.1038/nrn1220
40. van Heeringen K, Audenaert K, Van de Wiele L, Verstraete A. Cortisol in violent suicidal behaviour: association with personality and monoaminergic activity. *J Affect Disord*. 2000;60(3):181–9. doi: 10.1016/s0165-0327(99)00180-9
41. Engström G, Alling C, Blennow K, Regnéll G, Träskman-Benz L. Reduced cerebrospinal HVA concentrations and HVA/5-HIAA ratios in suicide attempters: monoamine metabolites in 120 suicide attempters and 47 controls. *Eur Neuropsychopharmacol*. 1999;9(5):399–405. doi: 10.1016/s0924-977x(99)00016-4
42. Träskman L, Asberg M, Bertilsson L, Sjöstrand L. Monoamine metabolites in CSF and suicidal behavior. *Arch Gen Psychiatry*. 1981;38(6):631–6. doi: 10.1001/archpsyc.1981.01780310031002

43. Periyakoil VS. Using metaphors in medicine. *J Palliat Med.* 2008;11(6):842–4. doi: 10.1089/jpm.2008.9885
44. Carpenter J. Metaphors in qualitative research: shedding light or casting shadows? *Res Nurs Health.* 2008;31(3):274–82. doi: 10.1002/nur.20253
45. Dernovšek MZ, Drobne M, Drev A, Tavčar R. Prepoznajmo in premagajmo depresijo: priročnik. V: Dernovšek MZ, Tavčar R, urednika. Prepoznajmo in premagajmo depresijo: priročnik za osebe z depresijo in njihove svojce. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2005. str. 6–36.
46. Young E. Figures of grief: metaphors from a bereavement writing group. *Omega (Westport).* 2007;56(4):359–67. doi: 10.2190/om.56.4.d
47. Poštuvan V. Suicide survivors' reintegration: the growing flower model. V: De Leo D, Poštuvan V, urednika. Resources for suicide prevention. Göttingen: Hoegrefe; 2017. str. 129–37.
48. Johnson B, Clarke JM. Collecting sensitive data: the impact on researchers. *Qual Health Res.* 2003;13(3):421–34. doi: 10.1177/1049732302250340
49. Batool N, Shehzadi H, Riaz MN, Riaz MA. Paternal malparenting and offspring personality disorders: mediating effect of early maladaptive schemas. *J Pak Med Assoc.* 2017;67(4):556–60.
50. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DP, Williamson DF, Giles WH. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA.* 2001;286(24):3089–96. doi: 10.1001/jama.286.24.3089
51. Plunkett A, O'Toole B, Swanston H, Oates RK, Shrimpton S, Parkinson P. Suicide risk following child sexual abuse. *Ambul Pediatr.* 2001;1(5):262–6. doi: 10.1367/1539-4409(2001)001<0262:srfcsa>2.0.co;2
52. Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, McKean AJ. Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: even more lethal than we knew. *Am J Psychiatry.* 2016;173(11):1094–100. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.15070854
53. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry.* 2002;181:193–9. doi: 10.1192/bjp.181.3.193
54. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [na spletu]. Geneva: World Health Organization; 2014 [citirano 20. 7. 2020]. Dostopno na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf
55. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Stress research group of the Japanese society for hygiene. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med.* 2008;13(5):243–56. doi: 10.1007/s12199-008-0037-x
56. Kleiman EM, Liu RT. Social support as a protective factor in suicide: findings from two nationally representative samples. *J Affect Disord.* 2013;150(2):540–5. doi: 10.1016/j.jad.2013.01.033
57. Kleiman EM, Riskind JH, Schaefer KE. Social support and positive events as suicide resiliency factors: examination of synergistic buffering effects. *Arch Suicide Res.* 2014;18(2):144–55. doi: 10.1080/13811118.2013.826155
58. Hawton K, Appleby L, Platt S, Foster T, Cooper J, Malmberg A idr. The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *J Affect Disord.* 1998;50(2–3):269–76. doi: 10.1016/s0165-0327(98)00033-0
59. Kiamanesh P, Dieserud G, Dyregrov K, Haavind H. Maladaptive perfectionism: understanding the psychological vulnerability to suicide in terms of developmental history. *Omega (Westport).* 2015;71(2):126–45. doi: 10.1177/0030222815570592
60. Bernstein DP. Childhood trauma and drug addiction. *Alcohol Treat Q.* 2000;18(3):19–30. doi: 10.1300/j020v18n03_03
61. Teixeira CA, Lasiuk G, Barton S, Fernandes MN, Gherardi-Donato EC. An exploration of addiction in adults experiencing early-life stress: a metasynthesis. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2017;25:članek e2939. doi: 10.1590/1518-8345.2026.2939
62. Grazioli VS, Bagge CL, Studer J, Bertholet N, Rougemont-Bücking A, Mohler-Kuo M idr. Depressive symptoms, alcohol use and coping drinking motives: examining various pathways to suicide attempts among young men. *J Affect Disord.* 2018;232:243–51. doi: 10.1016/j.jad.2018.02.028

Genetski dejavniki samomorilnosti

Alja Videtič Paska, Katarina Kouter

Ključni poudarki poglavja

- V različnih raziskavah ocenjujejo, da bi genetski dejavniki lahko v 30–50-odstotnem deležu doprinesli k ranljivosti za samomorilno vedenje. Ocena vpliva genetskih dejavnikov je precej variabilna zaradi številnih dejavnikov, ki so soudeleženi pri razvoju samomorilnosti. Med njimi so tudi takšni, ki jih ni mogoče zanesljivo meriti.
- Genetska ranljivost, poleg duševnih motenj in družinske obremenjenosti s samomorom, predstavlja enega od distalnih dejavnikov tveganja za samomor. Ti predstavljajo podlago, na kateri se dogodki, povezani s samomorilnim vedenjem, kopičijo, vendar hkrati sami po sebi ne vodijo v samomorilno vedenje.
- Najpogosteje preučevani geni v povezavi s samomorilnim vedenjem so tisti, katerih produkti (beljakovine) so vključeni v delovanje sistema prenašalca živčnih impulzov – serotonina.
- Raziskave genetskih različic širom genoma so pomembne pri odkrivanju novih kandidatnih genov za samomorilno vedenje.
- En sam gen za samomorilno vedenje ne obstaja; genetsko ozadje samomorilnega vedenja temelji na številnih spremembah več genov v genomu, pri čemer vsaka sprememba prispeva majhen aditivni učinek.

Povzetek

Prvi posredni izsledki o pomembni vlogi genetike pri samomorilnem vedenju izhajajo iz raziskav družinske obremenjenosti s samomorom. Ugotovili so, da gre za vedenje, ki se lahko deduje neodvisno od drugih psihopatologij. V nadaljevanju so vlogo genetske komponente samomorilnosti osvetlili z raziskovanjem enojajčnih in dvojajčnih dvojčkov. Podobnost (konkordanca¹) v vedenju enojajčnih dvojčkov, kjer imata oba dvojčka enak dedni zapis, je namreč bistveno višja od podobnosti med dvojajčnimi dvojčki. Dedna zapisa dvojajčnih dvojčkov se med seboj razlikujeta, podobno kot se sicer razlikujejo genetski zapisi sorojencev. Na podlagi nadaljnjih raziskav posvojenih otrok so nato pokazali, da je samomorilno vedenje posvojenih oseb povezano s samomorilnim vedenjem v njihovih bioloških družinah in ne v družini posvojiteljev. Tako pri samomorilnem vedenju znotraj družin in pri dvojčkih ne gre zgolj za komponento okolja ali imitacije, temveč verjetno tudi za genetsko komponento. Prvi ugotovljeni molekularni rezultat, povezan s samomorilnim vedenjem, je bila spremenjena količina serotonina in/ali metabolita serotonina v likvorju² oseb s samomorilnim vedenjem. Ugotovljene so bile tudi različne nevrobiološke spremembe v možganih. Na podlagi teh izsledkov so se pričele genetske raziskave samomorilnega vedenja. Sprva so se raziskovalci osredotočali predvsem na gene, povezane s sistemi prenašalcev živčnih impulzov, kjer je osrednjo vlogo odigral serotonin.

¹ Konkordanca je podobnost, ujemanje v fenotipski lastnosti (pri dvojčkih).

² Likvor, cerebrospinalna tekočina ali možgansko-hrbtenjačna tekočina je prozorna, brezbarvna telesna tekočina, ki obdaja možgane in hrbtenjačo.

Z razvojem tehnologije pa se je pričelo tudi raziskovanje celotnega genoma. Postalo je jasno, da gen za samomorilno vedenje ne obstaja, temveč aditivni učinki številnih genov s svojimi različicami prispevajo h končnemu fenotipu³.

Uvod

DNA ali deoksiribonukleinska kislina je molekula, ki nosi genetski zapis vseh živih organizmov, od bakterij do živali. Celoten nabor molekul DNA določenega organizma imenujemo genom. Človeški genom sestavljajo molekule DNA, ki so razporejene v 23 parov kromosomov in mitohondrijsko DNA. Osnovni gradniki molekule DNA so nukleotidi. Vsak je sestavljen iz sladkorja (deoksiriboze), dušikove baze (adenina, citozina, gvanina, timina) in fosfatne skupine. Nukleotide se pogosto zapisuje z enočrkovnimi oznakami A, C, G in T, ki so opredeljene glede na prisotnost določene dušikove baze.

Leta 2001 sta dve najuglednejši reviji naravoslovnih znanosti, Nature in Science, objavili prvi osnutek človeškega genoma, ki je nastal v okviru mednarodnega konzorcija Projekt humani genom (angl. Human Genome Project) (1, 2). Sekvenciranje ali določanje nukleotidnega zaporedja prvega človeškega genoma je bilo končano leta 2003; poznanege je bilo okrog 99 % celotnega človeškega genoma, ki je sestavljen iz zaporedja treh milijard baznih parov⁴. Na podlagi sekvenciranja človeškega genoma vemo, da se v dednem zapisu nahaja 20.687 različnih genov. Geni se iz DNA prepisujejo v sporočilno ribonukleinsko kislino (mRNA) in iz nje prevajajo v beljakovine (proteine), ki v telesu opravljajo različne vloge. Zapis za te gene znaša le 2,94 % celotnega genoma, preostalih 97 % pa predstavlja nekodirajoči del genoma, to je del genoma, ki ne nosi zapisa za beljakovine. V tem primeru se DNA prepisuje v različne molekule RNA, ki se v nadaljevanju ne prevedejo v beljakovine, del genoma pa se celo ne prepisuje (3).

Sekvenciranje človeškega genoma pomeni velik preboj za biološke in medicinske raziskave in je pomembno z več stališč: poznavanja osnove človeka, torej genoma in njegove strukture, organizacije in različnih genetskih variacij ter identifikacije celotnega nabora človeških genov; povezovanja bolezni z genetskimi značilnostmi; napredka v tehnologiji raziskovanja človeškega genoma. Vse naštetje je pomembno pripomoglo k razmahu raziskovanja genetskih osnov poligenskih⁵ in večfaktorskih⁶ bolezni, med katere sodijo tudi duševne motnje in samomorilno vedenje.

V poglavju je zajet pregled raziskovanja genetskega ozadja samomorilnosti od raziskav posameznih genov do sodobnih raziskav celotnega genoma.

Genetika samomorilnosti

Duševne motnje, družinska obremenjenost s samomorom in biološki dejavniki, med njimi tudi genetski, sodijo med distalne dejavnike tveganja za samomorilno vedenje. Ti dejavniki predstavljajo podlago, na kateri se dogodki, povezani s samomorilnim vedenjem, kopičijo, a hkrati sami po sebi niso zadostni, da bi vodili v samomorilni poskus ali samomor (4).

³ Fenotip je izraz, ki se v genetiki uporablja za opis vseh vidnih (zunanjih) značilnosti ali lastnosti organizma. Izraz genotip pa zajema dedno maso organizma.

⁴ Nukleotide, ki se nahajajo na nasprotnih, komplementarnih verigah DNA, in se med seboj povezujejo z vodikovimi vezmi med dušikovimi bazami, imenujemo bazni pari. Izraz se uporablja pri navajanju dolžine molekule DNA.

⁵ Poligenski, pomeni, da je za razvoj neke bolezni ali stanja potrebno delovanje več različnih genov.

⁶ Večfaktorski pomeni, da na razvoj neke bolezni ali stanja vpliva več različnih dejavnikov in ne le eden.

Pred več desetletji so se poleg raziskav psiholoških, kliničnih, socioloških in okoljskih dejavnikov pojavile tudi prve raziskave o pomenu in vplivu genetskih dejavnikov na samomor. Začetni namigi o pomembni vlogi genetskega ozadja so bili posredni, saj so izhajali iz opažanj pojavljanja samomora znotraj družin ter pri dvojčkih in posvojencih. Družinska obremenjenost s samomorilnim vedenjem se je izkazala kot biološki in psihološki dejavnik tveganja, ki je lahko neodvisen od prisotnosti psihopatologije. To je bilo potrjeno tako v okviru asociacijskih (5–9) kot tudi obsežnih populacijskih raziskav (10–12). Po drugi strani pa je bila v raziskavah družin prisotnost endofenotipa⁷ samomorilnega vedenja, to je impulzivno-agresivnega vedenja, povezana s povišanim tveganjem za samomor (13, 14). V nadaljevanju so pomembno vlogo odigrale raziskave na dvojčkih in posvojencih, ki so veliko doprinesle k razjasnitvi vlog okoljskih in genetskih dejavnikov tveganja za samomorilno vedenje. V raziskavah enojajčnih in dvojajčnih dvojčkov so ugotovili, da je tveganje za samomorilno vedenje višje pri enojajčnih (konkordanca 24,1 %) kot dvojajčnih dvojčkih (konkordanca 2,8 %) (15). Enojajčni dvojčki imajo enak dedni zapis, medtem ko je podobnost dedne osnove pri dvojajčnih dvojčkih takšna, kot je sicer pričakovana med sorojenci. Bolj podoben genetski zapis je pri dvojčkih sicer povezan z višjo konkordanco, a kljub enakemu dednemu zapisu enojajčnih dvojčkov konkordanca ni 100-odstotna. To vrednost bi dosegla, le če bi bila etiologija samomorilnega vedenja vezana le na genetiko. Iz teh izsledkov izhaja ugotovitev, da je doprinos okoljske komponente samomorilnega vedenja najmanj enak genetski (16). V raziskavah posvojenih oseb so ugotovili, da je njihovo samomorilno vedenje podobno vedenju članov njihovih bioloških družin in ne vedenju posvojiteljev (17, 18). Na osnovi rezultatov raziskav družin, dvojčkov in posvojencev je bila dednost samomorilnih poskusov in samomora ocenjena na približno 30–50 % (19–21). Ob upoštevanju dednosti duševnih motenj pa se je ta odstotek zmanjšal na 17–36 % (20).

Začetek genetskih raziskav samomorilnosti je temeljil na preiskovanju t. i. kandidatnih genov. To so geni, ki so bili identificirani na podlagi izsledkov različnih raziskav, predvsem tistih, v katerih so preučevali biološke in nevrofiziološke spremembe v možganih oseb, ki so umrle zaradi samomora. V večini molekularno-genetskih raziskav samomorilnosti so kot ključni kandidatni geni obravnavani tisti, katerih produkti so na kakršen koli način vključeni v signalizacijo s prenašalci živčnih impulzov. To so molekule, ki se ob signalu sprostijo iz živčne celice v sinapso in tako signal prenesejo do tarčne celice. Objavljenih je kar nekaj raziskav o genih za receptorje, prenašalce in metabolizem prenašalcev živčnih impulzov. Največ raziskav je bilo opravljenih na genih serotoninske signalne poti, saj imajo spremembe v signalizaciji tega prenašalca živčnih impulzov glavno vlogo pri razlikah v razpoloženju, impulzivnosti in agresivnosti oseb (22). Kandidatni geni za duševne motnje in samomorilno vedenje se tesno prepletajo. Različni sistemi prenašalcev živčnih impulzov se najverjetneje prepletajo v različnih stopnjah razvoja samomorilnosti, od depresivnih preko samomorilnih misli in načrta do poskusov in samomorilnega dejanja. Tako povezujejo serotoninski receptor 1A s splošnimi depresivnimi mislimi, receptor 2A pa z obupom, ki je pogosteje povezan s samomorilnimi mislimi (23).

Najštevilčnejše spremembe (variacije, različice) v genomu, ki so bile tudi najpogosteje preučevane, so polimorfizmi posameznih nukleotidov (angl. single nucleotide polymorphisms; SNPs). To so majhne spremembe, kjer se en nukleotid zamenja z drugim,

⁷ V genetiki je endofenotip ali vmesni fenotip (angl. intermediate phenotype) merljiva komponenta (npr. biokemijska, nevrofiziološka, kognitivna značilnost), ki je sicer del skupne lastnosti nekega fenotipa, a ima v nasprotju z drugimi lastnostmi preučevanega fenotipa jasnejšo genetsko povezavo.

denimo A s T. SNP-ji se nahajajo po celotnem genomu, tako v področjih, kjer so zapisi za gene, kot tudi v področjih med geni. Možno je, da zamenjave posameznih nukleotidov znotraj kodirajočih področij genov na ravni beljakovin ne prinesejo nikakršne spremembe ali pa povzročijo zamenjavo aminokislina. Slednjemu lahko sledijo bistvene spremembe v delovanju beljakovine, ki bi jo bilo mogoče povezati z občutljivostjo posameznika za določeno bolezen.

Na splošno gledano pa so SNP-ji pomembni za izražanje povsem običajnih lastnosti posameznika, denimo telesne višine (24). Poleg SNP-jev so v genomu pogosto prisotne tudi nekaj nukleotidov dolge delecije in insercije⁸, bistveno redkeje pa daljše strukturne variacije (25).

Največ genetskih raziskav samomorilnosti je narejenih v obliki asociacijskih raziskav, pri čemer so običajno preučevali le nekaj izbranih polimorfizmov kandidatnih genov. Kadar pa je predmet raziskave denimo celotni gen, je preučevanje vseh polimorfizmov tega gena preveč zamudno. Takrat je treba s pomočjo bioinformatike poiskati t. i. označevalne polimorfizme (angl. tag SNPs). To so polimorfizmi, na osnovi katerih je mogoče sklepati o prisotnosti alelov polimorfizmov v njihovi bližini, saj se aleli polimorfizmov v določeni kombinaciji dedujejo skupaj. Na tak način se gen razdeli v haplobloke. Vsak tak del vsebuje polimorfizme, ki se z veliko verjetnostjo dedujejo skupaj. Na osnovi poznavanja prisotnosti alelov v označevalnih polimorfizmih lahko sklepamo o prisotnosti alelov v preostalih SNP-jih znotraj posameznega haplobloka in tako bistveno zmanjšamo število preiskovanih SNP-jev.

Poleg preučevanja posameznih polimorfizmov v kandidatnih genih pa je mogoče pregledati polimorfizme širom celotnega genoma (angl. genome-wide association studies; GWAS). Na tak način se identificira veliko število polimorfizmov, ki bi lahko bili povezani z določenim fenotipom, a je zanje težko dokazati, da ima genetska sprememba pomembno funkcijsko vlogo (povzroči spremembo delovanja celice). To pomeni, da bi bilo v veliko primerih za določen polimorfizem, za katerega je ugotovljena povezava s samomorilnostjo, treba njegovo vlogo še dokazati. Eden od načinov ugotavljanja vloge določenega polimorfizma v genomu je pristop s tehnologijo CRISPR/Cas9⁹. Gre za postopek na celičnih linijah, pri katerem se želeni alel preiskovanega polimorfizma v celično linijo vstavi, nato pa se opazuje njegove učinke na celični ravni.

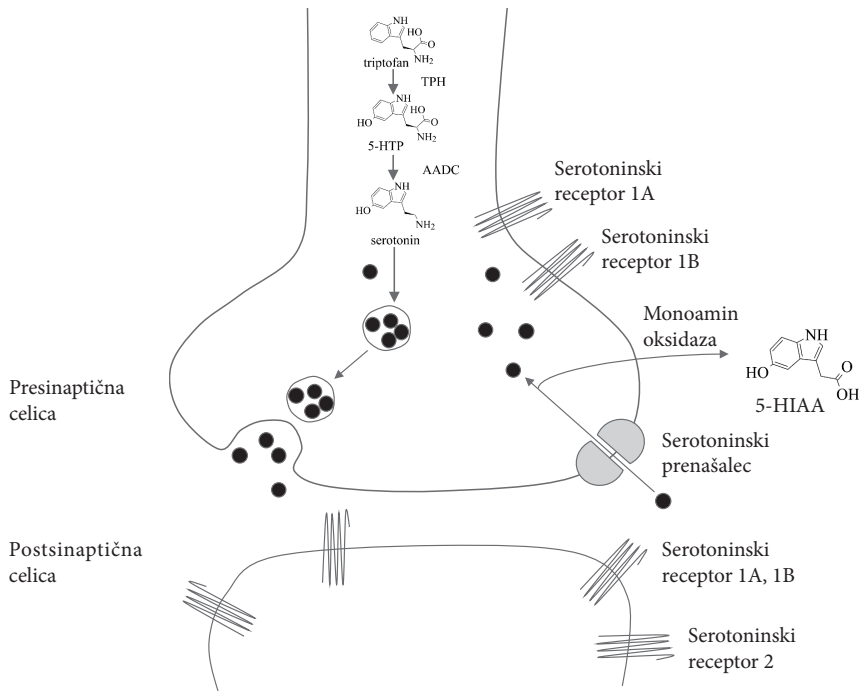
Serotoninski sistem in samomorilnost

Raziskave genov, povezanih s signalizacijo s serotoninom (5-hidroksitriptamin, 5-HT), so v povezavi s samomorilnostjo najpogostejše (26). Oslabljeno delovanje serotoninskega sistema v možganih oseb, ki so umrle zaradi samomora, se odraža v obliki znižane ravni serotonina in 5-hidroksiindolacetne kisline (5-HIAA) v možganskem deblu ter zmanjšanju vezavnih mest serotoninskega prenašalca na presinaptičnih membranah živčnih celic in povečanem številu postsinaptičnih serotoninskih receptorjev 1A in/ali 2A (21). Ugotovitev Asberg idr., da je nizka koncentracija 5-HIAA v likvorju povezana z višjim številom poskusov samomora in uporabo nasilnejših načinov samomorilnih poskusov pri osebah z depresijo (27), je bila pomembna za usmeritev nadaljnjih raziskovanj molekularne genetike

⁸ Delecije pomenijo izbjite nukleotidov iz genoma, insercije pa vrinjenje nukleotidov v genom.

⁹ Emmanuelle Charpentier in Jennifer Doudna sta leta 2020 dobili Nobelovo nagrado za kemijo za odkritje in razvoj tehnologije CRISPR/Cas9 ali metodo genetskih škarij, ki omogoča urejanje genoma.

samomorilnega vedenja in samomorilnosti. Večino pozornosti so v raziskavah namenili serotonininskemu prenašalcu (5-HTT), serotoniniskim receptorjem (HTR) in encimu triptofan hidroksilazi (TPH), ki kljub raznolikim rezultatom ostajajo dobri kandidatni geni za nadaljnje raziskave. Slika 7.1 prikazuje lokacijo beljakovin serotonininskega sistema.



Slika 7.1. Sinteza serotonina in serotoniniski sistem

Sinteza serotonina in serotoniniski sistem. TPH – triptofan hidroksilaza, 5-HTP – 5-hidroksitriptofan, AADC – dekarboksilaza aromatskih aminokislin, 5-HIAA – 5-hidroksiindolocetna kislina

Serotoniniski prenašalec in samomorilnost

Serotoniniski prenašalec ima pomembno vlogo pri prenosu signala s 5-HT, saj 5-HT iz sinaptične špranje vrača v presinaptično celico. Na tak način uravnava obseg in jakost signalizacije 5-HT preko postsinaptičnih 5-HT receptorjev (28) in hkrati zagotavlja obnovo zaloge 5-HT, ki je s tem pripravljena na sproščanje ob novem signalu. Zaradi vloge pri uravnavanju koncentracije serotonina v sinapsi je gen za 5-HTT, ki ga označujemo s *SLC6A4*¹⁰, eden od pomembnih kandidatnih genov samomorilnosti. Znotraj zapisa za *SLC6A4* so bile identificirane tri polimorfne regije: v drugem intronu¹¹ spremenljivo število tandemskih ponovitev (angl. variable number of tandem repeats; VNTR), v katerem je 16 ali 17 nukleotidov dolgo zaporedje lahko sestavljeno iz 9, 10 ali 12 ponovitev (29); v promotorski regiji¹² 44 baznih parov dolga insercija ali delecija (5-HTTLPR, pri čemer

¹⁰ Za zapis kratkih imen človeških genov se uporabljajo velike tiskane črke in ležeča pisava, medtem ko se za zapis beljakovin uporabljajo velike tiskane črke.

¹¹ Geni so lahko sestavljeni iz različnih delov, eksonov in intronov. Eksoni sestavljajo del nukleotidnega zaporedja gena, ki predstavlja zapis za nastanek beljakovine, medtem ko introni ne vodijo v nastanek beljakovine, a so pomembni pri uravnavanju izražanja gena.

¹² Promotorska regija je nukleotidno zaporedje pred genom. Pomembna je pri uravnavanju izražanja gena.

LPR pomeni linked polymorphic region; rs4795541¹³) (30) in SNP na 3'-koncu neprevedene regije¹⁴ gena, kjer gre za zamenjavo med nukleotidoma G in T (31).

Polimorfizma v promotorski regiji in drugem intronu imata funkcionalne posledice in sta bila velikokrat preiskovana v povezavi z različnimi duševnimi motnjami. Polimorfizem 5-HTTLPR vodi v nastanek dveh različnih alelov, kratkega (angl. short; S) in dolgega (angl. long; L). Alel S zniža prepisovalno aktivnost gena (30), kar vodi v znižano izražanje gena in zmanjšan privzem 5-HT v limfoblastnih¹⁵ celicah (32). Aktivnost prepisa *SLC6A4* v primeru prisotnosti genotipa SS ali LS so nižje v primerjavi z genotipom LL, kar nakazuje na dominanten učinek alela S (32). Polimorfizem v drugem intronu prav tako deluje na uravnavanje prepisovanja, pri čemer ima 12 ponovitev zaporedja večji učinek ojačevalca prepisovanja, kot jih ima 10 ali 9 ponovitev (33). Večina raziskav samomorilnosti v povezavi s *SLC6A4* je bila narejena na polimorfizmu 5-HTTLPR, a so rezultati precej različni. V nekaterih raziskavah so ugotovili povezavo med alelom S in različnimi oblikami samomorilnega vedenja, medtem ko pri drugih statistično značilne povezave niso ugotovili (34). Raziskave polimorfizma VNTR so bistveno redkejše (35), a vseeno je bilo ugotovljenih nekaj povezav s samomorilno ideacijo pri osebah z bipolarno motnjo (36) in bolj letalnimi oblikami samomorilnih poskusov pri osebah z veliko depresivno motnjo (37). Zanimivo je tudi, da so na hrvaški populaciji ugotovili, da bi bila lahko kombinacija dolgega alela L v 5-HTTLPR in desetih ponovitev znotraj VNTR povezana s samomorom (38). Podobna analiza obeh polimorfizmov je bila opravljena tudi na slovenski populaciji, pri čemer povezave s samomorom na ravni alelov, genotipov ali haplotipov ni bilo (39).

Triptofan hidrosilaza in samomorilnost

Prva genetska raziskava serotoninskega sistema je bila opravljena na encimu triptofan hidrosilazi. To je ključni encim v biosintezi 5-HT, saj določa hitrost sinteze in s tem količino razpoložljivega 5-HT ob signalizaciji. V raziskavi, v katero so bile vključene nasilne impulzivne in neimpulzivne osebe ter kontrolna skupina, so ugotovili povezavo z impulzivnostjo in polimorfizmom A779C (stari oznaki obeh alelov sta bili U in L) in koncentracijo 5-HIAA, poleg tega pa so polimorfizem povezali tudi z zgodovino samomorilnih poskusov pri osebah, ki so izkazovale nasilno vedenje, ne glede na prisotnost impulzivnosti (40). Sledile so raziskave predvsem dveh polimorfizmov: A218C, ki se nahaja v potencialnem mestu za vezavo prepisovalnega dejavnika, in A779C, ki se nahaja v intronu 7, pri čemer so si rezultati precej nasprotovali (21, 34). Leta 2003 so odkrili tudi drugo izoobliko encima triptofan hidrosilaze. Do tedaj znana TPH je bila preimenovana v TPH1, nova izooblika pa v TPH2. TPH1 se izraža predvsem v perifernih tkivih in manj v možganih, *THP2* pa le v možganih (21). Prvo raziskavo polimorfizmov tega gena so naredili na nemški populaciji, in sicer na umrlih zaradi samomora. Opravili so analizo 10 polimorfizmov in povezavo potrdili za enega (rs1386494) ter v analizi haplotipov potrdili povezavo s tremi različni kombinacijami alelov preiskovanih polimorfizmov s samomorom (41). V zares obsežni raziskavi na štirih različnih populacijah so 15 polimorfizmov TPH2 preučevali v povezavi s samomorilnim poskusom, anksioznostjo, veliko depresijo in koncentracijo 5-HIAA v likvorju, ki je predstavljala endofenotip. Identificirali so haploblok,

¹³ Oznaka za 5-HTTLPR, ki se uporablja v strokovni literaturi.

¹⁴ 3'-neprevedena regija je nukleotidno zaporedje na koncu gena, ki se prepíše v sporočilno RNA (mRNA), a nima zapisa za beljakovino. Pomembno vlogo pa lahko igra pri izražanju gena.

¹⁵ Limfoblasti so nezrele celice, ki se razvijejo v eno izmed vrst belih krvnih celic.

povezan s samomorilnim poskusom pri dveh populacijah in nizko koncentracijo 5-HIAA. Zanimivo je, da je del tega haplotipa vsebovan tudi v raziskavi, opravljeni na nemški populaciji (42). Kljub temu da večina preiskovanih polimorfizmov v TPH nima določne funkcionalne vloge, je bilo opravljenih relativno veliko raziskav, med drugim tudi na področju farmakogenetike (34).

Polimorfizmi *TPH2* so bili preučeni tudi na slovenski populaciji umrlih zaradi samomora, in sicer funkcijski polimorfizem G1463A in štirje polimorfizmi na 5'-koncu gena in v petem intronu. Možna povezava s samomorom je bila ugotovljena le za polimorfizem rs11178997 (43).

Serotoninski receptorji in samomorilnost

Znanih je 14 različnih serotoninskih receptorjev, ki so na osnovi strukturnih in signalnih lastnosti receptorja ter na podlagi vloge, ki jo receptor opravlja, razvrščeni v 7 poddružin. Pri uvrstitvi so upoštevane tudi farmakološke lastnosti, aminokislinsko zaporedje, organizacija gena in poti sekundarnih prenašalcev, ki jih izzove aktivacija receptorja s 5-HT (44). V povezavi s samomorilnim vedenjem so preučevali predvsem receptorje 1A (*HTR1A*), 2A (*HTR2A*) in 1B (*HTR1B*). Dva funkcionalna polimorfizma, ki pri *HTR1A* povzročita zamenjavo aminokislina v receptorju, sta C47T (aminokislina prolin na mestu 16 se zamenja z aminokislino levcinom) in G815A (aminokislina glicin se na mestu 272 zamenja z aminokislino asparaginsko kislino), a kljub funkcionalni vlogi s samomorilnim vedenjem nista bila povezana (45). Prav tako funkcionalni polimorfizem, C-1019G, se nahaja v promotorski regiji, in sicer v področju vezave jedrnega represorja¹⁶ DEAF-1-related (NUDR). Za polimorfizem predpostavljajo, da prepreči vezavo represorja na DNA, kar povzroči višje izražanje *HTR1A*, kar vpliva na serotoninski sistem. Povišano število receptorjev so našli v možganih oseb z depresijo, ki so umrle zaradi samomora (21). Alel G polimorfizma C-1019G je bil povezan s spremenjenim izražanjem *HTR1A* ter tudi depresijo in samomorom. Pri osebah, ki so umrle zaradi samomora, je bil kar štirikrat pogostejši kot pri osebah v kontrolni skupini (46).

Serotoninski receptor *HTR1B* povezujejo z agresivnim vedenjem, zaradi česar je postal zanimiv kandidatni gen za samomorilnost. V povezavi s samomorilnim vedenjem je bil najpogosteje preučevan polimorfizem G861C, ki ne povzroči spremembe aminokislina v *HTR1B* ter A-161T v promotorski regiji gena. Alel C polimorfizma G861C so povezali z alkoholom, medtem ko povezave s samomorom in depresijo niso ugotovili (21). Polimorfizem A-161T so pri umrlih zaradi samomora proučevali v povezavi z impulzivnim in agresivnim vedenjem, ki predstavlja ednofenotip samomorilnega vedenja. Ugotovili so, da je pri nosilcih alela T prisotna višja raven agresivnega vedenja in da so ti kazali nagnjenje k višji impulzivnosti (47).

Povišano gostoto serotoninskega receptorja *HTR2A* povezujejo s samomorom (21). Najpogosteje sta bila preučevana predvsem dva polimorfizma, A-1438G in T102C. Opravljene so bile številne analize na različnih oblikah samomorilnosti, od ideacije do samomora, različnih diagnostičnih skupinah, upoštevane so bile številne druge spremenljivke, kot sta spol in etnična pripadnost, a kljub temu trdne povezave med *HTR2A* in samomorilnostjo niso ugotovili (34).

¹⁶ Represor je beljakovina, ki se veže na DNA ali RNA in prepreči izražanje gena ali genov.

Na slovenski populaciji umrlih zaradi samomora je bilo preiskovanih več različnih polimorfizmov v genih za serotoninske receptorje, in sicer v *HTR1A* polimorfizmi C47T, G815A (48) in C-1019G (49), v *HTR1B* polimorfizma G861C in A-161T (48), v *HTR1F* polimorfizma C-78T in C528T (48), v genu *HTR2A* polimorfizem C-1420T (48) in v genu *HTR2C* G-995A in G68C (aminokislina cistein se na mestu 23 zamenja z aminokislino serinom) (50). Za gene za serotoninske receptorje 1A, 1B, 1F, in 2A statistično značilnih razlik v porazdelitvi alelov in genotipov med umrlimi zaradi samomora in kontrolno skupino ni bilo; možna povezanost je bila ugotovljena le za polimorfizem C-1420T v *HTR2A* (48, 49). Za *HTR2C* je bila ugotovljena povezava med genotipom GG in alelom G pri ženskah, ki so umrle zaradi samomora. Povezava z alelom G in samomorom je bila pokazana tudi pri združenih skupinah moških in žensk, medtem ko povezave s samomorom pri analizi zgolj moških ni bilo (50).

Dopaminski in noradrenergični sistem in samomorilnost

Kot zanimiva, vendar trenutno še ne preveč raziskana, sta se poleg serotoninskega sistema izkazala tudi dopaminski in noradrenergični sistem. Povezanost dopaminske funkcije s samomorom so v večini raziskav ugotavljali z merjenjem koncentracije homovanilne kisline v hipokampusu in/ali sprednji skorji umrlih zaradi samomora. Rezultati raziskav so zelo različni. Pomembno vlogo pri avtoagresiji in samomorilnemu vedenju naj bi imeli dopaminski receptorji D2 (DRD2) (21). Pri preučevanju polimorfizma insercije/delecije -141C v promotorski regiji gena *DRD2* so ugotovili pogostejši alel z delecijo citozina (ki povzroči zmanjšano izražanje gena) pri osebah s sindromom odvisnosti od alkohola, ki so poskušali narediti samomor (51). Povezava noradrenergičnega sistema s samomorilnostjo temelji na ugotovitvah, da je višja koncentracija noradrenalina in znižana vezava alfa 2A adrenergičnih receptorjev prisotna v možganih umrlih zaradi samomora (52) Polimorfizmi alfa 2A adrenergičnega receptorja so bili nekajkrat preiskovani v povezavi s samomorilnostjo, rezultati pa si nasprotujejo (34).

Dva promotorska SNP-ja v genu *DRD2*, in sicer -141delC (rs1799732) in A-241G (rs1799978) sta bila preučena tudi na slovenski populaciji umrlih zaradi samomora. V analizi rezultatov značilnih razlik v porazdelitvi genotipov, alelov ali haplotipov za preiskovana polimorfizma v povezavi s samomorom ali rabo alkohola ni bilo. Opaženi pa so bili nekateri trendi, in sicer je bila pogostost genotipa Del/Del za polimorfizem -141delC redkejša pri umrlih zaradi samomora in prav tako ob samomoru z uporabo nasilnega načina. Za polimorfizem -241A>G so ugotovili, da je bila pogostost genotipa A/G (genotip G/G ni bil prisoten) večja pri skupini moških, ki so izbrali nenasilen način samomora (53).

Razgradnja monoaminov in samomorilnost

Signalizacija serotonina, dopamina in noradrenalina se lahko zaključi na dva načina. Prenašalec molekule bodisi prenese v presinaptično celico, s čimer se molekule reciklirajo, bodisi pride do encimatske razgradnje.

Katehol-O-metiltransferaza (COMT) je encim, ki na dopamin in noradrenalin prenaša metilno skupino in s tem sodeluje pri njuni razgradnji. Gen vključuje funkcionalni polimorfizem, zamenjavo G z A, kar povzroči zamenjavo aminokislinske valin (Val) z aminokislino metioninom (Met) na mestu 158 v primeru membransko vezane oblike encima, oziroma na mestu 108 v primeru topne oblike encima (Val^{108/158}Met) (54). Ob

prisotnosti valina je encim stabilnejši in ima višjo aktivnost, saj dopamin razgrajuje kar do štirikrat hitreje kot ob prisotnosti alternativne aminokislina metionin. Polimorfizem Val^{108/158}Met naj bi bil povezan z agresijo v različnih kliničnih populacijah (55), samomorom (56) in samomorilnim poskusom (57). Polimorfizem Val/Val je bil pogosteje prisoten pri moških, umrlih zaradi samomora v primerjavi s kontrolno skupino moških, medtem ko pri ženskah ni bilo tako. Takšni rezultati nakazujejo možnost, da polimorfizem Val^{108/158}Met različno vpliva na kateholaminergični sistem moških in žensk (56).

Možno pojasnilo za razlike med spoloma je vpliv estrogena pri ženskah, saj ta deluje na prenos signala in vzdraženost živčnih celic kateholaminergičnega sistema (58).

Monoamin oksidaza A (MAOA) se nahaja v zunanji membrani mitohondrija in razgrajuje dopamin, noradrenalin in serotonin. V promotorski regiji gena se nahaja polimorfizem, ki je lahko sestavljen iz različnega števila (3, 3,5, 4 ali 5) tandemskih ponovitev 30 baznih parov (angl. upstream variable number of tandem repeats; uVNTR). Različno število tandemskih ponovitev vpliva na učinkovitost izražanja gena (59). V objavljenih raziskavah samomorilnega vedenja in uVNTR so se rezultati precej razlikovali (34, 60).

Polimorfizem COMT Val^{108/158}Met je bil preiskovan tudi na slovenski populaciji umrlih zaradi samomora. Ugotovljena je bila precej različna razporeditev genotipa Met/Met med moškimi in ženskami: samomor 32,2 % proti 19,7 % in kontrole 19,7 % proti 32,6 %, zato je bila nadaljnja analiza opravljena ločeno po spolu. Statistično značilne razlike v razporeditvi genotipov in alelov med umrlimi zaradi samomora in kontrolnimi skupinami so bila ugotovljene le pri moških (55).

V analizi polimorfizma uVNTR v MAOA na slovenski populaciji sta bila najpogosteje prisotna alela s tremi in štirimi tandemskimi ponovitvami. Zaradi lokacije gena na kromosomu X je bila analiza opravljena ločeno za moške in ženske. Pri moških je bila ugotovljena možna povezanost s samomorom in nenasilnimi načini samomora ob prisotnosti treh tandemskih ponovitev (60).

Nevrotrofni dejavniki in samomorilnost

Geni za beljakovine, ki so tesno povezani z delovanjem prenašalcev živčnih impulzov, so zanimivi kandidatni geni za raziskave duševnih motenj in samomora. Mednje zagotovo sodijo geni, ki kodirajo beljakovine iz naddružine nevrotrofinov, in sicer rastni dejavnik živčevja (angl. nerve growth factor; NGF), možganski nevrotrofni dejavnik (angl. brain-derived neurotrophic factor; BDNF) in njegovi receptorji iz družine tirozin kinaz (angl. neurotrophic receptor tyrosine kinase; NTRK ali Trk) in receptor za rastni dejavnik celic živčevja (angl. nerve growth factor receptor; NGFR ali p75NTR). Nevrotrofni so rastni dejavniki celic živčevja. Pomembni so za uravnavanje strukturne, sinaptične in morfološke plastičnosti, poleg tega pa vplivajo tudi na moč in število sinaptičnih povezav in prenos živčnih signalov (61). BDNF je najpogostejši in najbolj razširjen nevrotrofin v osrednjem živčnem sistemu (62). Vezava BDNF na receptor TrkB sproži kaskado fosforilacije in s tem sintezo beljakovin ter rast in zorenje celic živčevja, dendritov, aksonov in sinaptogenezo. Po drugi strani pa vezava nezrele oblike BDNF – proBDNF, ki deluje preko receptorja p75NTR, sproži apoptozo (programirano celično smrt) (63). Interakcija med 5-HT in BDNF je ključna za plastičnost živčnih celic, možganov in vedenja. Najpomembnejši učinek BDNF je vpliv na rast in razvoj serotonininskih živčnih celic (63). Delovanje 5-HT in BDNF je zelo povezano. V predpostavljene modelu BDNF aktivira receptor TrkB na serotonininskih živčnih celicah, kar vodi v privzem 5-HT in tudi povišano izražanje encima za sintezo

serotonina – TPH. V celici se sprožijo signali, ki aktivirajo sintezo BDNF. Novonastali BDNF pa lahko ponovno aktivira receptor TrkB in krog medsebojnega delovanja 5-HT in BDNF je sklenjen. Na podoben način naj bi delovali tudi antidepresivi, ki selektivno zavirajo privzem 5-HT v presinaptično celico. Zaradi inhibicije serotoninskega prenašalca pride do povišane koncentracije 5-HT, ki preko serotoninskih receptorjev v celici sproži signale, ki vodijo v povišano izražanje BDNF (62). Moteno uravnavanje interakcije med 5-HT in BDNF pa je verjetno povezano tudi z razvojem nevropsihiatričnih in vedenjskih nepravilnosti, tudi samomora (63).

Gen *BDNF* ima precej kompleksno strukturo, zato je tudi uravnavanje njegovega izražanja zapleteno. V *BDNF* se nahaja funkcijski polimorfizem, ki povzroči spremembo aminokislinske valin v aminokislino metionin na mestu 66 (Val66Met) oziroma zamenjavo nukleotida G z A na mestu 196 (rs6265). Polimorfizem sicer ne vpliva na strukturo, funkcionalne lastnosti in izražanje zrelega BDNF, a prisotnost alela Met vpliva na upočasnjeno inducirano sproščanje ter pakiranje BDNF v granule in potovanje v sinapse (64). Zaradi tesne povezave med serotoninskim sistemom in BDNF je raziskav polimorfizma Val66Met veliko tako v povezavi z depresijo kot samomorilnostjo, pri čemer so v številnih primerih pokazali povezavo alela Met s psihopatologijo (34).

Polimorfizmi v genu receptorja za BDNF, *NTRK2*, so bili proučevani v povezavi z duševnimi motnjami in/ali samomorilnim vedenjem. Za polimorfizme rs11140714, rs10868235 in rs1147198 so ugotovili povezavo s samomorilnim poskusom pri bolnikih z veliko depresivno motnjo (65, 66). Polimorfizmi *NGFR* pa so bili analizirani predvsem pri različnih duševnih motnjah (67).

Na slovenski populaciji umrlih zaradi samomora so bili znotraj gena *BDNF* preučevani polimorfizem Val66Met (68) in polimorfizmi rs7124442, rs10767664, rs962369, rs12273363, rs908867, rs1491850 in rs1491851 (69). Prav tako so bili znotraj gena za receptor *NTRK2* preučevani polimorfizmi rs11140714, rs1147198, rs1187323, rs10780691, in rs10868235 ter znotraj gena za receptor *NGRF* polimorfizmi rs2072446, rs7219709, rs7224806, rs734194, rs741071 in rs741072 (67). Za polimorfizem Val66Met so pokazali, da je razporeditev genotipov in alelov med preiskovanima skupinama podobna. Zaradi funkcionalne vloge alela Met so v nadaljevanju v osebe z genotipoma Met/Met in Val/Met združili v eno skupino in jo primerjali s skupino Val/Val. Statistično značilne razlike v porazdelitvi genotipov so ugotovili pri ženskah, ko so primerjali umrle zaradi samomora in kontrolno skupino. Podobno je veljalo tudi v primeru žensk, ki so uporabile nasilne načine samomora v primerjavi s kontrolno skupino (68). V drugi raziskavi na večjem številu polimorfizmov *BDNF* niso ugotovili povezave s samomorom za genotipe in alele. V analizi haplotipov pa so kombinacijo polimorfizmov rs7124442–rs10767664–rs962369–rs12273363–rs908867 v halotipu C–A–T–C–C povezali s samomorom (69). Raziskava polimorfizmov *NTRK2* in *NGFR* v povezavi s samomorom je bila prva te vrste, a povezave s samomorom niso potrdili na ravni genotipov, alelov ali haplotipov (67).

Metaanalize kandidatnih genov

Raziskave samomorilnosti na ravni posameznih kandidatnih genov in njihovih polimorfizmov so zares številne. Rezultati si pogosto nasprotujejo, kar otežuje oceno povezanosti nekega polimorfizma s samomorilnostjo. To je sicer v raziskavah na različnih področjih pogosto. Odgovore na pomembna (znanstvena) vprašanja se navadno preiskuje več kot enkrat, vprašanja preučujejo različne skupine na različnih lokacijah in raznolikost

ali nasprotovanje rezultatov je zato pogosto. Za pomoč pri oceni moči povezave npr. neke bolezni z določenim zdravljenjem ali morda genetskim zapisom je mogoče uporabiti metaanalizo. To je statistični postopek, v katerem se integrirajo rezultati številnih neodvisnih raziskav; naredi se sistematična ocena rezultatov z namenom natančnejše ocene določenega dejavnika. Cilj metaanalize je ugotoviti, ali obstaja nek učinek preiskovanega dejavnika (npr. polimorfizma) in ali je ta učinek pozitiven ali negativen. Na osnovi rezultatov metaanalize je mogoče izboljšati oceno učinka nekega dejavnika, odgovoriti na vprašanja, ki v drugih raziskavah niso bila niti zastavljena, razrešiti nasprotujoče si ugotovitve različnih raziskav in raziskati razloge za heterogenost raziskav, kar omogoča postavitev novih hipotez. Rezultati metaanalize lahko v primerjavi z rezultati posamezne raziskave izboljšajo oceno nekega dejavnika na preiskovani fenotip. Jasno zastavljena hipoteza metaanalize predstavlja temeljno ogrodje raziskave, pri čemer so raziskave v metaanalizo vključene na podlagi vključitvenih in izključitvenih kriterijev (70).

Vseh objavljenih raziskav na področju genetike samomorilnosti ni mogoče vključiti v metaanalize, saj so razlike v njihovi zasnovi, predvsem v opisu podatkov o preiskovancih, prevelike. Iz raziskav je tudi razvidno, da je treba samomorilni poskus in samomor obravnavati kot dva ločena fenotipa ter po potrebi upoštevati tudi pridružene duševne motnje (71).

Najobsežnejšo metaanalizo je so pripravili Schild idr. Vanjo so vključili kar 23 različnih SNP-jev, med njimi številne, ki so del serotoninske signalne poti ali pa so z njo tesno povezani, kot je *BDNF*. Namen njihove metaanalize je bila umestitev polimorfizmov v širši okvir. Za osem polimorfizmov, za katere so že bile objavljene metaanalize, so rezultate posodobili, dodali pa so še petnajstih polimorfizmov, ki v metaanalize še niso bili vključeni, hkrati pa je bilo zanje na voljo dovolj raziskav, da je bilo mogoče opraviti metaanalizo. Kot že v prejšnjih metaanalizah so ugotovili, da je heterogenost med raziskavami precejšnja, da so učinki posameznih polimorfizmov na samomorilno vedenje relativno nizki in redko statistično značilni. Poleg tega so ponovno potrdili, da je mogoče na rezultate metaanalize dokaj enostavno vplivati, saj so bili rezultati v veliki meri odvisni prav od posameznih raziskav, vključenih v analizo (72).

Med najbolj preiskovane gene sodi gen za serotoninski prenašalec *SLC6A4*, zato je tudi število metaanaliz tega gena precej veliko (16). V zadnjo objavljeno metaanalizo je bilo vključenih 45 raziskav polimorfizma 5-HTTLPR. Poleg primarne metaanalize vseh raziskav so opravili tudi več analiz po spolu, etnični pripadnosti, psihiatrični diagnozi in različnih fenotipih samomora. V nobenem primeru povezave med polimorfizmom in samomorilnim vedenjem (samomorilnim poskusom in samomorom) niso ugotovili. So pa ob uporabi nasilnih načinov samomora v primerjavi bodisi bolnikov brez samomorilnega fenotipa in zdravih oseb bodisi v primerjavi uporabe nenasilnih načinov samomora, pokazali povezavo polimorfizma, ki vpliva na znižano izražanje gena, s tveganjem za samomorilno vedenje, predvsem s samomorilnim poskusom (16).

Metaanaliza genov *TPH1* (A218C in A779C) in *TPH2* (G-703 T, A-473 T in G19918A) obsega 37 raziskav. Opravili so analizo z različnimi genetskimi modeli in tudi analizo po etnični pripadnosti. Preučevana polimorfizma v genu *TPH1* bi lahko predstavljala dejavnika tveganja za samomorilno vedenje na klinični ravni, v čemer so rezultati podobni predhodnim metaanalizam. Za našete polimorfizme gena *TPH2* pa povezave s samomorilnim vedenjem niso ugotovili (73).

V metaanalizo samomorilnega poskusa in *HTR2A*, polimorfizma T102C, so vključili 13 raziskav. Glede na predhodne precej nasprotujoče si rezultate so poskuse samomora posebej primerjali s kontrolno skupino in osebami z duševnimi motnjami. Statistično značilno povezavo so ugotovili za shizofrenijo, kjer bi genotip CC lahko predstavljal tveganje za samomorilno vedenje, medtem ko splošne povezave s samomorilnim vedenjem niso potrdili (74).

V metaanalizo gena *COMT*, polimorfizma Val^{108/158}Met, je bilo vključenih 14 raziskav. Povezave s samomorilnim vedenjem v primarni analizi niso ugotovili. V analizi po spolu pa so ugotovili statistično značilno povezavo pri ženskah (75). V najnovejši metaanalizi so ponovno ugotovili povezavo med spolom in polimorfizmom; alel Val je bil pri moških dejavnik tveganja, pri ženskah pa varovalni dejavnik (76).

Metaanaliza polimorfizma Val66Met v *BDNF* je bila opravljena na 23 raziskavah tako samomorilnih poskusov kot samomorov. Povezave polimorfizma s samomorilnim vedenjem niso potrdili, so pa povišano tveganje ugotovili, ko so raziskave ločili po etničnem ozadju oseb na Kavkazijce in Azijce (77), kar kaže pomembnost upoštevanja etničnega ozadja pri genetskih analizah.

Rezultati metaanaliz kažejo, da posamezni gen oziroma polimorfizem ne prispeva veliko k samomorilnemu vedenju. Kljub temu pa so asociacijske analize, na osnovi katerih so metaanalize opravljene, pomemben in potreben korak v razvoju sodobnih in kompleksnejših pristopov genetike samomorilnega vedenja (72).

Raziskave samomorilnosti širom genoma

Z raziskavami kandidatnih genov je postalo jasno, da bo treba človeški genom preiskati v večjem obsegu, da bi lahko identificirali dele genoma, povezane s samomorilnostjo. V tem koraku je ključno čim boljše poznavanje genoma in genetskih različic.

Dva ključno izbrana posameznika se med seboj v genetskem zapisu razlikujeta za približno 0,1 % (24). Kljub temu pa je jasno, da se ti dve osebi bistveno razlikujeta po fenotipu. Te razlike gre pripisati okoljskim dejavnikom in številnim drobnim razlikam v genetskem zapisu. Z uporabo najnovejše tehnologije je bilo do danes pri različnih populacijah ljudi identificiranih na desetine milijonov genetskih različic. Dokazano je, da se naključni človeški genom od referenčnega človeškega genoma¹⁷ običajno razlikuje na 4,1–5,0 milijona mestih. Večina teh razlik (99,9 %) so SNP-ji ter kratke insercije in delecije (25).

Največ raziskav samomorilnega vedenja je usmerjenih v proučevanje SNP-jev in drugih krajših strukturnih sprememb v kandidatnih genih. Najpogosteje so bili analizirani polimorfizmi, ki imajo v genomu funkcionalno vlogo, bodisi da gre za zamenjavo aminokislin bodisi za regulatorno vlogo, ki je pomembna pri izražanju genov. Pri duševnih motnjah so ugotovili povezavo s številnimi tako redkimi kot pogostimi različicami v genomu z zmanjšano penetranco¹⁸ (izražanjem). Poleg tega lahko te različne variacije v genomu interagirajo med seboj ter tudi s celotnim genomom ali pa z dejavniki okolja (78).

¹⁷ Referenčni genom je digitalna zbirka zaporedij nukleotidov, ki predstavljajo genom nekega organizma. Referenčni genom je sestavljen iz zaporedij DNA številnih različnih posameznikov, zato ne predstavlja točno določene osebe. Posebej uporaben je pri sestavljanju delčkov zaporedij DNA na novo sekvenciranih genomov.

¹⁸ Popolna penetranca pomeni, da se določena sprememba v genomu pri vseh osebah odraža v znakih in simptomih določene genetske motnje. Penetranca je lahko nepopolna ali zmanjšana, kadar se kljub genetski spremembi znaki in simptomi genetske motnje ne odražajo pri vseh osebah.

Podobno velja tudi pri samomorilnosti. Gre za poligenski in večfaktorski fenotip; torej za veliko število genetskih različic, pri čemer vsaka k tveganju doprinese majhen delež, poleg genetske komponente pa so pomembni tudi dejavniki okolja. Na osnovi te predpostavke so se pričele raziskave različnih oblik samomorilnosti širom genoma (GWAS). To so raziskave, kjer se za vsakega posameznika določi nekaj sto tisoč različic v genomu, najpogosteje SNP-jev. Analiza poteka z uporabo mikromrež in omogoča vključitev velikega števila oseb. Pridobljena količina podatkov je velika, a ker je pristop GWAS brez vnaprej določene hipoteze, je njegova velika slabost predvsem pomanjkanje funkcionalne opredelitve identificiranih različic v genomu (34).

Analiza podatkov, pridobljenih iz GWAS, lahko poteka na tri različne načine. V raziskovanju samomorilnosti je najpogosteje prisotna identifikacija posameznih, statistično značilnih SNP-jev. Ker pa je polimorfizmov v določenem genu veliko in so njihovi učinki majhni, je ena od možnosti identifikacija kandidatnih genov na osnovi rezultatov analiziranih in identificiranih SNP-jev, ki ji nato sledi asociacijska analiza genov in preiskovanega fenotipa. V primeru poligenskih, kompleksnih, večfaktorskih fenotipov, kakršna je samomorilnost, in kadar so učinki različnih genov na fenotip lahko podobni ali pa so učinki posameznih genov izjemno majhni, pa je lahko analiza opravljena na osnovi različnih molekularnih poti, ki jim identificirani geni pripadajo. Slednje je zanimiv in obetaven pristop k analizi podatkov GWAS tudi na področju duševnih motenj in samomora (79).

Genomske raziskave samomorilnega vedenja so precej raznolike, predvsem glede na obravnave fenotipe samomorilnosti in prav zato je identifikacija bioloških označevalcev samomorilnosti precej otežena. V večini primerov je samomor preučevan kot dodaten fenotip v sicer klinično orientirani raziskavi duševnih motenj. Pri tem je identifikacija jasnega genetskega prispevka k samomorilnemu vedenju le redko mogoča. Kadar v raziskavah primarno proučujejo samomorilni proces, pa prihaja do velikih razlik v smislu stopnje smrtnosti in samomorilne namere. Najbolj homogen fenotip predstavljajo raziskave samomora in prav na osnovi teh naj bi bila identifikacija bioloških označevalcev samomorilnosti najučinkovitejša (80). Zaradi omejenega dostopa do posmrtnih vzorcev oseb, ki so umrle zaradi samomora, pa so te raziskave razmeroma redke. Poleg očitne raznolikosti v zasnovi raziskav je pogosto vključenih tudi premalo oseb, zaradi česar imajo raziskave premajhno statistično moč za zaznavanje drobnih učinkov. Kljub vsemu pa so tovrstne raziskave še vedno pomembne pri napredovanju razumevanja molekularno-bioloških mehanizmov samomorilnosti.

Le v peščici GWAS so samomor analizirali kot primarni fenotip (81–85). Med najbolj edinstvene s stališča zasnove sodi raziskava, v kateri so identificirali 43 razširjenih družin preko 7–9 generacij, pri katerih je bilo znatno povečano tveganje za samomor. S tem pristopom so dosegli bistveno večjo moč identifikacije genomske regije, ki bi lahko bile povezane s samomorom in hkrati zmanjšali učinke okolja. Identificirali so 207 genov, med katerimi jih je bilo 18 vpletenih v vnetje in imunske funkcije. To je zanimivo zato, ker so s tem podprli rezultate predhodnih raziskav o vlogi vnetja in etiologiji samomora (81).

Najobsežnejša GWAS na splošni populaciji je vključevala 500.000 oseb. Poleg kontrolne skupine so razlikovali še med štirimi fenotipi samomorilnosti, ki so bili opredeljeni kot kategorije različnih stopenj samomorilnosti in samopoškodbenega vedenja, in sicer »misli, da življenje ni vredno živeti«, »misli o samopoškodbi ali samomoru«, »namerno samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega poskusa«, »samomorilni poskus« ter na podlagi mrljskih listov tudi »samomor«. Identificirali so tri nove genomske lokuse (na kromosomih 9, 11 in 13), povezane s samomorilnostjo ter zmerno do močno genetsko

povezavo med samomorilnostjo in različnimi duševnimi motnjami, predvsem depresijo. Tveganje za samomorilnost je bilo seveda poligeno, pri čemer pa so bili genetski prispevki k različnim fenotipom samomorilnosti različni (86).

Druga populacijska raziskava je bila izvedena na obsežni banki¹⁹ DNA oseb, ki so umrle zaradi samomora, pri čemer so bili na voljo podatki iz medicinske dokumentacije in socialno-demografski podatki. To je bila hkrati tudi prva raziskava, v kateri so se osredotočili na samomor kot fenotip in je hkrati statistična moč zadostila pogojem GWAS. Na kromosomih 13 in 15 sta bila identificirana dva pomembna genomski lokusa, povezana s samomorom, dednost samomora na podlagi SNP pa je bila ocenjena na 25 % (82), pri čemer pa je zanimiv podatek, da je bila dednost samomorilnosti v zgoraj omenjeni populacijski raziskavi 7,6-odstotna (86).

Na drugih fenotipih samomorilnosti so bile izvedene še številne GWAS, najpogosteje v povezavi z duševnimi motnjami. Zaradi variabilnosti zasnov raziskav ter odsotnosti podrobne anotacije rezultatov v genomu in identifikacije vlog, v katere so geni vključeni, je rezultate raziskav težko povezati (34). Metaanaliza podatkov GWAS je bila opravljena pred kratkim. Vključili so 21 raziskav GWAS; v večini primerov na samomorilnih poskusih in samomorilni ideaciji, pogosto v povezavi z diagnozo velike depresivne motnje ali bipolarni motnje. Z računalniškim pristopom na osnovi sistemske biologije so analizirali predvsem biološko vlogo genov, ki so bili v GWAS povezani s samomorilnostjo. Ugotovili so, da so identificirani geni pravzaprav vsi vključeni v biološke poti, ki so bile že v preteklosti povezane z duševnimi motnjami, kar kaže povezanost genetskega ozadja duševnih motenj in samomorilnosti. Kljub temu pa bi za jasnejšo povezavo s samomorilnostjo morali v prihodnosti opraviti raziskave na samomoru, s čimer bi razjasnili prehod iz samomorilnih ideacij in samomorilnega poskusa do samomora (87).

Kljub številnim podatkom le peščica rezultatov GWAS dosega statistično značilnost. Raziskave se med seboj močno razlikujejo po osnovnem namenu (primarna raziskava duševne motnje/samomorilnosti), številu vključenih oseb, metodah, uporabljenih za analizo podatkov, in nenazadnje tehnologiji, uporabljeni za identifikacijo polimorfizmov. Poleg tega je iz pregleda analize asociacijskih raziskav posameznih genov (npr. triptofan hidroksilaze, serotninskih receptorjev in prenašalca ali možganskega nevrotrufnega dejavnika) in raziskav GWAS razvidno, da prekrivanja med rezultati enega in drugega pristopa praktično ni (34). Rezultati imajo šibko statistično značilnost, biološka vloga genov pa je slabo, predvsem pa redko pojasnjena. Naštete slabosti so skušali preseči v raziskavi, v kateri so preiskali vse objavljene raziskave o SNP-jih, GWAS, različicah v številu kopij (angl. copy number variations; CNV), analize genske povezanosti, sekvenciranja celotnega eksoma (vseh eksonov celotnega genoma), sporočilnih RNA in mikro RNA ter beljakovinah. Sestavili so nabor 106 genov, ki so bili povezani s samomorilnim vedenjem. Poleg tega pa so za identificirane gene, povezane s samomorilnostjo, opravili tudi obsežno časovno in prostorsko analizo izražanja genov v povezavi z razvojem človeških možganov (88).

Osnovni namen večine GWAS je identifikacija posameznih bioloških označevalcev, ki bi lahko služili kot genetski označevalci neke bolezni in pripomogli k oceni tveganja. Poleg tega pa je bistvenega pomena funkcijska analiza identificiranih genov, saj se šele na tej ravni pristopi k prepoznavanju mehanizmov bolezni. V nadaljevanju lahko poglobljeno

¹⁹ Banka se v tem primeru nanaša na zbirko DNA različnih oseb, ki jo hrani določen laboratorij.

razumevanje patogeneze bolezni vodi v razvoj inovativnih pristopov k zdravljenju in razvoju novih zdravil. V tem smislu je identifikacija polimorfizmov, povezanih s samomorilnostjo, šele konec začetka, ki bo v nadaljevanju morda pripeljal do cilja. Ta je seveda izboljšano zdravljenje bolnikov (89).

Poleg tehnologije mikromrež²⁰ se na področju raziskovanja duševnih motenj vse bolj uveljavlja tudi najsodobnejši pristop, to je sekvenciranje naslednje generacije. Trenutno je na voljo samo ena raziskava samomora, v kateri je bilo opravljeno sekvenciranje celotnega eksoma, pri čemer so imele vse osebe, ki so umrle zaradi samomora, tudi diagnozo velike depresivne motnje. Na voljo je veliko podatkov, ki vsebujejo nekaj sto tisoč SNP-jev in identificirane insercije/delecije. V tem trenutku so ti podatki predvsem temelj za nadaljnje obsežno in zahtevno delo poglobljene analize, ki bo osvetlila biološki pomen identificiranih sprememb (90).

Zaključek in usmeritve za naprej

Zdi se, da je dedna nagnjenost k samomoru določena z vsaj dvema fenotipskima dejavnikoma, dovzetnostjo za duševno motnjo in impulzivno agresivnost. Poleg fenotipa pa so pomembne tudi razlike v genetskem zapisu. Na podlagi izsledkov raziskav je postalo jasno, da enega samega gena za samomorilnost ni. Gre za fenotip, na katerega vpliva veliko število sprememb v genomu, pri čemer ima vsaka majhen učinek, a ko se ti učinki na nek način seštejejo, pomembno doprinesejo k razvoju fenotipa. Obsežne zbirke podatkov, pridobljene z najnovejšimi tehnologijami, predstavljajo neprecenljiv vir in velik potencial za nadaljnje raziskovanje samomorilnosti, tudi v povezavi z duševnimi motnjami. Čeprav obstaja velika heterogenost v zasnovi raziskav in metodologiji proučevanja genetske variabilnosti, pa je razvidno, da je genetska komponenta pomemben dejavnik tveganja za pojav samomorilnega vedenja.

Genetske raziskave samomorilnega vedenja trenutno še nimajo klinične vrednosti, a pomagajo bolje razumeti kompleksnost pojava. V prihodnosti bi morda lahko pričakovali, da bi v klinično prakso prenesli izsledke genetskih raziskav, ki so jih opravljali v povezavi s predpisovanjem zdravil za zdravljenje duševnih motenj. To bi pomenilo, da bi določali farmakogenetski profil posameznika in mu skladno s tem predpisovali zdravila, ki bi bila zanj ustrezna tudi z vidika metabolizma zdravil.

²⁰ Mikromreže so stekelca, na katera so v mikroskopski velikosti na točno določena mesta nanese molekule DNA z znanim zaporedjem. Uporabljajo se različne tehnologije mikromrež, ki med drugim omogočajo tudi preiskavo izražanja več tisoč molekul RNA ali več tisoč polimorfizmov v DNA hkrati.

Reference

1. Lander ES, Linton LM, Birren B, Nussbaum C, Zody MC, Baldwin J idr. Initial sequencing and analysis of the human genome. *Nature*. 2001;409(6822):860–921. doi: 10.1038/35057062
2. Venter JC, Adams MD, Myers EW, Li PW, Mural RJ, Sutton GG idr. The sequence of the human genome. *Science*. 2001;291(5507):1304–51. doi: 10.1126/science.1058040
3. Bach C, Patra P. Human genome regulation. *Bioengineered*. 2016;7(2):57–9. doi: 10.1080/21655979.2016.1142635
4. Moscicki EK. Gender differences in completed and attempted suicides. *Ann Epidemiol*. 1994;4(2):152–8. doi: 10.1016/1047-2797(94)90062-0
5. Kim CD, Seguin M, Therrien N, Riopel G, Chawky N, Lesage AD idr. Familial aggregation of suicidal behavior: a family study of male suicide completers from the general population. *Am J Psychiatry*. 2005;162(5):1017–9. doi: 10.1176/appi.ajp.162.5.1017
6. McGirr A, Alda M, Seguin M, Cabot S, Lesage A, Turecki G. Familial aggregation of suicide explained by cluster B traits: a three-group family study of suicide controlling for major depressive disorder. *Am J Psychiatry*. 2009;166(10):1124–34. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08111744
7. Rajalin M, Hirvikoski T, Jokinen J. Family history of suicide and exposure to interpersonal violence in childhood predict suicide in male suicide attempters. *J Affect Disord*. 2013;148(1):92–7. doi: 10.1016/j.jad.2012.11.055
8. Rajalin M, Hirvikoski T, Salander Renberg E, Asberg M, Jokinen J. Family history of suicide and interpersonal functioning in suicide attempters. *Psychiatry Res*. 2017;247:310–4. doi: 10.1016/j.psychres.2016.11.029
9. Roy A. Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk. *J Affect Disord*. 2011;130(1–2):205–8. doi: 10.1016/j.jad.2010.09.022
10. Tidemalm D, Runeson B, Waern M, Frisell T, Carlstrom E, Lichtenstein P idr. Familial clustering of suicide risk: a total population study of 11.4 million individuals. *Psychol Med*. 2011;41(12):2527–34. doi: 10.1017/S0033291711000833
11. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981–1997. *Am J Psychiatry*. 2003;160(4):765–72. doi: 10.1176/appi.ajp.160.4.765
12. Runeson B, Asberg M. Family history of suicide among suicide victims. *Am J Psychiatry*. 2003;160(8):1525–6. doi: 10.1176/appi.ajp.160.8.1525
13. Diaconu G, Turecki G. Family history of suicidal behavior predicts impulsive-aggressive behavior levels in psychiatric outpatients. *J Affect Disord*. 2009;113(1–2):172–8. doi: 10.1016/j.jad.2008.03.028
14. Roy A. Family history of suicide and impulsivity. *Arch Suicide Res*. 2006;10(4):347–52. doi: 10.1080/13811110600790983
15. Voracek M, Loibl LM. Genetics of suicide: a systematic review of twin studies. *Wien Klin Wochenschr*. 2007;119(15–16):463–75. doi: 10.1007/s00508-007-0823-2
16. Fanelli G, Serretti A. The influence of the serotonin transporter gene 5-HTTLPR polymorphism on suicidal behaviors: a meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2019;88:375–87. doi: 10.1016/j.pnpbp.2018.08.007
17. von Borczyskowski A, Lindblad F, Vinnerljung B, Reintjes R, Hjern A. Familial factors and suicide: an adoption study in a Swedish National Cohort. *Psychol Med*. 2011;41(4):749–58. doi: 10.1017/S0033291710001315
18. Voracek M. Genetic factors in suicide: reassessment of adoption studies and individuals' beliefs about adoption study findings. *Psychiatr Danub*. 2007;19(3):139–53.
19. Brent DA, Melhem N. Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am*. 2008;31(2):157–77. doi: 10.1016/j.psc.2008.02.001
20. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J idr. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers*. 2019;5(1):članek 74. doi: 10.1038/s41572-019-0121-0
21. Bondy B, Buettner A, Zill P. Genetics of suicide. *Mol Psychiatry*. 2006;11(4):336–51. doi: 10.1038/sj.mp.4001803
22. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci*. 2003;4(10):819–28. doi: 10.1038/nrn1220
23. Deakin JE. 5-HT, antidepressant drugs and the psychosocial origins of depression. *J Psychopharmacol*. 1996;10(1):31–8. doi: 10.1177/026988119601000106
24. Shastry BS. SNPs: impact on gene function and phenotype. *Methods Mol Biol*. 2009;578:3–22. doi: 10.1007/978-1-60327-411-1_1
25. 1000 Genomes Project C; Auton A, Brooks LD, Durbin RM, Garrison EP, Kang HM idr. A global reference for human genetic variation. *Nature*. 2015;526(7571):68–74. doi: 10.1038/nature15393
26. Antypa N, Serretti A, Rujescu D. Serotonergic genes and suicide: a systematic review. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2013;23(10):1125–42. doi: 10.1016/j.euroneuro.2013.03.013
27. Asberg M, Traskman L, Thoren P. 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Arch Gen Psychiatry*. 1976;33(10):1193–7. doi: 10.1001/archpsyc.1976.01770100055005

28. Lesch KP, Mössner R. Genetically driven variation in serotonin uptake: is there a link to affective spectrum, neurodevelopmental, and neurodegenerative disorders? *Biol Psychiatry*. 1998;44(3):179–92. doi: 10.1016/s0006-3223(98)00121-8
29. Lesch KP, Balling U, Gross J, Strauss K, Wolozin BL, Murphy DL idr. Organization of the human serotonin transporter gene. *J Neural Transm Gen Sect*. 1994;95(2):157–62. doi: 10.1007/bf01276434
30. Heils A, Teufel A, Petri S, Stöber G, Riederer P, Bengel D idr. Allelic variation of human serotonin transporter gene expression. *J Neurochem*. 1996;66(6):2621–4. doi: 10.1046/j.1471-4159.1996.66062621.x
31. Battersby S, Ogilvie AD, Blackwood DH, Shen S, Muqit MM, Muir WJ idr. Presence of multiple functional polyadenylation signals and a single nucleotide polymorphism in the 3' untranslated region of the human serotonin transporter gene. *J Neurochem*. 1999;72(4):1384–8. doi: 10.1046/j.1471-4159.1999.721384.x
32. Lesch KP, Bengel D, Heils A, Sabol SZ, Greenberg BD, Petri S idr. Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Science*. 1996;274(5292):1527–31. doi: 10.1126/science.274.5292.1527
33. Fiskerstrand CE, Lovejoy EA, Quinn JP. An intronic polymorphic domain often associated with susceptibility to affective disorders has allele dependent differential enhancer activity in embryonic stem cells. *FEBS Lett*. 1999;458(2):171–4. doi: 10.1016/s0014-5793(99)01150-3
34. Mirkovic B, Laurent C, Podlipski MA, Frebourg T, Cohen D, Gerardin P. Genetic association studies of suicidal behavior: a review of the past 10 years, progress, limitations, and future directions. *Front Psychiatry*. 2016;7:članek 158. doi: 10.3389/fpsy.2016.00158
35. Xiang C, Liu S, Fan Y, Wang X, Jia Y, Li L idr. Single nucleotide polymorphisms, variable number tandem repeats and allele influence on serotonergic enzyme modulators for aggressive and suicidal behaviors: a review. *Pharmacol Biochem Behav*. 2019;180:74–82. doi: 10.1016/j.pbb.2019.03.008
36. Pinto C, Souza RP, Lioult D, Semeralul M, Kennedy JL, Warsh JJ idr. Parent of origin effect and allelic expression imbalance of the serotonin transporter in bipolar disorder and suicidal behaviour. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2011;261(8):533–8. doi: 10.1007/s00406-011-0192-8
37. Lee HY, Hong JP, Hwang JA, Lee HJ, Yoon HK, Lee BH idr. Possible association between serotonin transporter gene polymorphism and suicide behavior in major depressive disorder. *Psychiatry Investig*. 2015;12(1):136–41. doi: 10.4306/pi.2015.12.1.136
38. Hranilovic D, Stefulj J, Furac I, Kubat M, Balija M, Jernej B. Serotonin transporter gene promoter (5-HTTLPR) and intron 2 (VNTR) polymorphisms in Croatian suicide victims. *Biol Psychiatry*. 2003;54(9):884–9. doi: 10.1016/s0006-3223(03)00179-3
39. Pungercic G, Videtic A, Pestotnik A, Pajnic IZ, Zupanc T, Balazic J idr. Serotonin transporter gene promoter (5-HTTLPR) and intron 2 (VNTR) polymorphisms: a study on Slovenian population of suicide victims. *Psychiatr Genet*. 2006;16(5):187–91. doi: 10.1097/01.ygg.0000218617.65633.9e
40. Nielsen DA, Goldman D, Virkkunen M, Tokola R, Rawlings R, Linnoila M. Suicidality and 5-hydroxyindoleacetic acid concentration associated with a tryptophan hydroxylase polymorphism. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(1):34–8. doi: 10.1001/archpsyc.1994.03950010034005
41. Zill P, Büttner A, Eisenmenger W, Möller HJ, Bondy B, Ackenheil M. Single nucleotide polymorphism and haplotype analysis of a novel tryptophan hydroxylase isoform (TPH2) gene in suicide victims. *Biol Psychiatry*. 2004;56(8):581–6. doi: 10.1016/j.biopsych.2004.07.015
42. Zhou Z, Roy A, Lipsky R, Kuchipudi K, Zhu G, Taubman J idr. Haplotype-based linkage of tryptophan hydroxylase 2 to suicide attempt, major depression, and cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid in 4 populations. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(10):1109–18. doi: 10.1001/archpsyc.62.10.1109
43. Videtič A. Molekularna analiza genov serotoninske signalne poti in samomor v Sloveniji [doktorska disertacija]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta; 2007.
44. Raymond JR, Mukhin YV, Gelasco A, Turner J, Collinsworth G, Gettys TW idr. Multiplicity of mechanisms of serotonin receptor signal transduction. *Pharmacol Ther*. 2001;92(2–3):179–212. doi: 10.1016/s0163-7258(01)00169-3
45. Nishiguchi N, Shirakawa O, Ono H, Nishimura A, Nushida H, Ueno Y idr. Lack of an association between 5-HT1A receptor gene structural polymorphisms and suicide victims. *Am J Med Genet*. 2002;114(4):423–5. doi: 10.1002/ajmg.10414
46. Lemonde S, Turecki G, Bakish D, Du L, Hrdina PD, Bown CD idr. Impaired repression at a 5-hydroxytryptamine 1A receptor gene polymorphism associated with major depression and suicide. *J Neurosci*. 2003;23(25):8788–99. doi: 10.1523/jneurosci.23-25-08788.2003
47. Zouk H, McGirr A, Lebel V, Benkelfat C, Rouleau G, Turecki G. The effect of genetic variation of the serotonin 1B receptor gene on impulsive aggressive behavior and suicide. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2007;144B(8):996–1002. doi: 10.1002/ajmg.b.30521

48. Videtic A, Pungercic G, Pajnic IZ, Zupanc T, Balazic J, Tomori M idr. Association study of seven polymorphisms in four serotonin receptor genes on suicide victims. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2006;141B(6):669–72. doi: 10.1002/ajmg.b.30390
49. Videtic A, Zupanc T, Pregelj P, Balazic J, Tomori M, Komel R. Suicide, stress and serotonin receptor 1A promoter polymorphism -1019C>G in Slovenian suicide victims. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2009;259(4):234–8. doi: 10.1007/s00406-008-0861-4
50. Videtic A, Peternelj TT, Zupanc T, Balazic J, Komel R. Promoter and functional polymorphisms of HTR2C and suicide victims. *Genes Brain Behav*. 2009;8(5):541–5. doi: 10.1111/j.1601-183X.2009.00505.x
51. Johann M, Putzhammer A, Eichhammer P, Wodarz N. Association of the -141C Del variant of the dopamine D2 receptor (DRD2) with positive family history and suicidality in German alcoholics. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2005;132B(1):46–9. doi: 10.1002/ajmg.b.30085
52. Arango V, Ernberger P, Sved AF, Mann JJ. Quantitative autoradiography of alpha 1- and alpha 2-adrenergic receptors in the cerebral cortex of controls and suicide victims. *Brain Res*. 1993;630(1–2):271–82. doi: 10.1016/0006-8993(93)90666-b
53. Rojc Ž. Preiskava polimorfizmov v genu drd2 pri žrtvah samomora [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za kemijo in kemijsko tehnologijo; 2014.
54. Lotta T, Vidgren J, Tilgmann C, Ulmanen I, Melén K, Julkunen I idr. Kinetics of human soluble and membrane-bound catechol O-methyltransferase: a revised mechanism and description of the thermolabile variant of the enzyme. *Biochemistry*. 1995;34(13):4202–10. doi: 10.1021/bi00013a008
55. Pivac N, Pregelj P, Nikolac M, Zupanc T, Nedic G, Muck Seler D idr. The association between catechol-O-methyltransferase Val108/158Met polymorphism and suicide. *Genes Brain Behav*. 2011;10(5):565–9. doi: 10.1111/j.1601-183X.2011.00695.x
56. Ono H, Shirakawa O, Nushida H, Ueno Y, Maeda K. Association between catechol-O-methyltransferase functional polymorphism and male suicide completers. *Neuropsychopharmacology*. 2004;29(7):1374–7. doi: 10.1038/sj.npp.1300470
57. Baud P, Courtet P, Perroud N, Jollant F, Buresi C, Malafosse A. Catechol-O-methyltransferase polymorphism (COMT) in suicide attempters: a possible gender effect on anger traits. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2007;144B(8):1042–7. doi: 10.1002/ajmg.b.30541
58. Balthazart J, Foidart A, Absil P, Harada N. Effects of testosterone and its metabolites on aromatase-immunoreactive cells in the quail brain: relationship with the activation of male reproductive behavior. *J Steroid Biochem Mol Biol*. 1996;56(1–6 Spec No):185–200. doi: 10.1016/0960-0760(95)00236-7
59. Sabol SZ, Hu S, Hamer D. A functional polymorphism in the monoamine oxidase A gene promoter. *Hum Genet*. 1998;103(3):273–9. doi: 10.1007/s004390050816
60. Ursic K, Zupanc T, Paska AV. Analysis of promoter polymorphism in monoamine oxidase A (MAOA) gene in completed suicide on Slovenian population. *Neurosci Lett*. 2018;673:111–5. doi: 10.1016/j.neulet.2018.02.063
61. Thoenen H. Neurotrophins and activity-dependent plasticity. *Prog Brain Res*. 2000;128:183–91. doi: 10.1016/s0079-6123(00)28016-3
62. Martinowich K, Lu B. Interaction between BDNF and serotonin: role in mood disorders. *Neuropsychopharmacology*. 2008;33(1):73–83. doi: 10.1038/sj.npp.1301571
63. Popova NK, Naumenko VS. Neuronal and behavioral plasticity: the role of serotonin and BDNF systems tandem. *Expert Opin Ther Targets*. 2019;23(3):227–39. doi: 10.1080/14728222.2019.1572747
64. Egan MF, Kojima M, Callicott JH, Goldberg TE, Kolachana BS, Bertolino A idr. The BDNF val66met polymorphism affects activity-dependent secretion of BDNF and human memory and hippocampal function. *Cell*. 2003;112(2):257–69. doi: 10.1016/s0092-8674(03)00035-7
65. Kohli MA, Salyakina D, Pfennig A, Lucae S, Horstmann S, Menke A idr. Association of genetic variants in the neurotrophic receptor-encoding gene NTRK2 and a lifetime history of suicide attempts in depressed patients. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(4):348–59. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.201
66. Schosser A, Butler AW, Ising M, Perroud N, Uher R, Ng MY idr. Genomewide association scan of suicidal thoughts and behaviour in major depression. *PLoS One* [na spletu]. 2011;6(7):članek e20690. Dostopno na: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0020690>. doi: 10.1371/journal.pone.0020690
67. Ropret S, Zupanc T, Komel R, Videtic Paska A. Investigating the associations between polymorphisms in the NTRK2 and NGFR genes and completed suicide in the Slovenian sample. *Psychiatr Genet*. 2015;25(6):241–8. doi: 10.1097/YPG.000000000000109
68. Pregelj P, Nedic G, Paska AV, Zupanc T, Nikolac M, Balazic J idr. The association between brain-derived neurotrophic factor polymorphism (BDNF Val66Met) and suicide. *J Affect Disord*. 2011;128(3):287–90. doi: 10.1016/j.jad.2010.07.001
69. Ropret S, Zupanc T, Komel R, Videtic Paska A. Single nucleotide polymorphisms in the BDNF gene and suicide in the Slovenian sample. *Neurosci Lett*. 2015;602:12–6. doi: 10.1016/j.neulet.2015.06.027
70. Haidich AB. Meta-analysis in medical research. *Hippokratia*. 2010;14 Suppl 1:29–37.

71. Clayden RC, Zaruk A, Meyre D, Thabane L, Samaan Z. The association of attempted suicide with genetic variants in the SLC6A4 and TPH genes depends on the definition of suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis. *Transl Psychiatry*. 2012;2:članek e166. doi: 10.1038/tp.2012.96
72. Schild AH, Pietschnig J, Tran US, Voracek M. Genetic association studies between SNPs and suicidal behavior: a meta-analytical field synopsis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2013;46:36–42. doi: 10.1016/j.pnpbp.2013.06.014
73. González-Castro TB, Juárez-Rojop I, López-Narváez ML, Tovilla-Zárate CA. Association of TPH-1 and TPH-2 gene polymorphisms with suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2014;14:članek 196. doi: 10.1186/1471-244x-14-196
74. Wang JY, Jia CX, Lian Y, Sun SH, Lyu M, Wu A. Association of the HTR2A 102T/C polymorphism with attempted suicide: a meta-analysis. *Psychiatr Genet*. 2015;25(4):168–77. doi: 10.1097/ypg.0000000000000091
75. Sadeghiyeh T, Hosseini Biouki F, Mazaheri M, Zare-Shehneh M, Neamatzadeh H, Poursharif Z. Association between catechol-O-methyltransferase Val158Met (158G/A) polymorphism and suicide susceptibility: a meta-analysis. *J Res Health Sci*. 2017;17(2):članek e00383.
76. González-Castro TB, Hernández-Díaz Y, Juárez-Rojop IE, López-Narváez ML, Tovilla-Zárate CA, Ramírez-Bello J idr. The role of COMT gene Val108/158Met polymorphism in suicidal behavior: systematic review and updated meta-analysis. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018;14:2485–96. doi: 10.2147/ndt.s172243
77. González-Castro TB, Salas-Magaña M, Juárez-Rojop IE, López-Narváez ML, Tovilla-Zárate CA, Hernández-Díaz Y. Exploring the association between BDNF Val66Met polymorphism and suicidal behavior: meta-analysis and systematic review. *J Psychiatr Res*. 2017;94:208–17. doi: 10.1016/j.jpsychires.2017.07.020
78. Geschwind DH, Flint J. Genetics and genomics of psychiatric disease. *Science*. 2015;349(6255):1489–94. doi: 10.1126/science.aaa8954
79. Sokolowski M, Wasserman J, Wasserman D. Genome-wide association studies of suicidal behaviors: a review. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2014;24(10):1567–77. doi: 10.1016/j.euroneuro.2014.08.006
80. Oquendo MA, Sullivan GM, Sudol K, Baca-Garcia E, Stanley BH, Sublette ME idr. Toward a biosignature for suicide. *Am J Psychiatry*. 2014;171(12):1259–77. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.14020194
81. Coon H, Darlington TM, DiBlasi E, Callor WB, Ferris E, Fraser A idr. Genome-wide significant regions in 43 Utah high-risk families implicate multiple genes involved in risk for completed suicide. *Mol Psychiatry*. 2018;25(11):3077–90. doi: 10.1038/s41380-018-0282-3
82. Docherty AR, Shabalin AA, DiBlasi E, Monson E, Mullins N, Adkins DE idr. Genome-wide association study of suicide death and polygenic prediction of clinical antecedents. *Am J Psychiatry*. 2020;177(10):917–27. doi: 10.1176/appi.ajp.2020.19101025
83. Galfalvy H, Haghighi F, Hodgkinson C, Goldman D, Oquendo MA, Burke A idr. A genome-wide association study of suicidal behavior. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2015;168(7):557–63. doi: 10.1002/ajmg.b.32330
84. Galfalvy H, Zalsman G, Huang YY, Murphy L, Rosoklija G, Dwork AJ idr. A pilot genome wide association and gene expression array study of suicide with and without major depression. *World J Biol Psychiatry*. 2013;14(8):574–82. doi: 10.3109/15622975.2011.597875
85. Otsuka I, Akiyama M, Shirakawa O, Okazaki S, Momozawa Y, Kamatani Y idr. Genome-wide association studies identify polygenic effects for completed suicide in the Japanese population. *Neuropsychopharmacology*. 2019;44(12):2119–24. doi: 10.1038/s41386-019-0506-5
86. Strawbridge RJ, Ward J, Ferguson A, Graham N, Shaw RJ, Cullen B idr. Identification of novel genome-wide associations for suicidality in UK Biobank, genetic correlation with psychiatric disorders and polygenic association with completed suicide. *EBioMedicine*. 2019;41:517–25. doi: 10.1016/j.ebiom.2019.02.005
87. Gonzalez-Castro TB, Tovilla-Zarate CA, Genis-Mendoza AD, Juarez-Rojop IE, Nicolini H, Lopez-Narvaez ML idr. Identification of gene ontology and pathways implicated in suicide behavior: systematic review and enrichment analysis of GWAS studies. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2019;180(5):320–9. doi: 10.1002/ajmg.b.32731
88. Sokolowski M, Wasserman D. Genetic origins of suicidality? A synopsis of genes in suicidal behaviours, with regard to evidence diversity, disorder specificity and neurodevelopmental brain transcriptomics. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2020;37:1–11. doi: 10.1016/j.euroneuro.2020.06.002
89. Ikegawa S. A short history of the genome-wide association study: where we were and where we are going. *Genomics Inform*. 2012;10(4):220–5. doi: 10.5808/gi.2012.10.4.220
90. Tombác D, Maróti Z, Kalmár T, Palkovits M, Snyder M, Boldogkői Z. Whole-exome sequencing data of suicide victims who had suffered from major depressive disorder. *Sci Data*. 2019;6:članek 190010. doi: 10.1038/sdata.2019.10

Med geni in okoljem – epigenetika samomorilnosti

Katarina Kouter, Alja Videtič Paska

Ključni poudarki poglavja

- Epigenetika je področje, ki opisuje sovplivanje genetskih dejavnikov in dejavnikov okolja.
- Delovanje epigenetike lahko spremeni izražanje genov, ne spremeni pa samega zapisa molekule DNA, ki nosi zapis za gene.
- Uravnavanje izražanja genov z epigenetskimi mehanizmi je povezano z različnim tveganjem za samomorilno vedenje.
- Med epigenetske mehanizme sodijo metilacija DNA, delovanje nekodirajočih RNA in posttranslacijske spremembe histonov.
- Epigenetski mehanizmi kot možni biološki označevalci bi lahko v prihodnosti doprinesli k zgodnejši prepoznavi in spremljanju samomorilnosti.

Povzetek

Epigenetika je področje, ki povezuje zunanje dejavnike (tako okolja kot tudi družbene dejavnike) z genetsko zasnovano posameznika. Z izrazom epigenetika se opisujejo spremembe v izražanju prepisa za gene, ki pa ne izvirajo iz razlik v zaporedju DNA. Znani so različni mehanizmi, preko katerih deluje epigenetika. To so metilacija DNA¹, delovanje nekodirajočih RNA² in posttranslacijske spremembe³ histonov. Mehanizmi epigenetskega uravnavanja so nujno potrebni za vzdrževanje celične identitete in prilagajanje na spremembe. Če se pojavijo motnje v uravnavanju epigenetskih mehanizmov, se lahko pojavijo različna bolezenska stanja, vključno s psihopatologijami. Večji delež znanja o vlogi epigenetike pri razvoju samomorilnosti izvira iz raziskav o metilaciji DNA, a sta preučevana tudi druga dva mehanizma (delovanje nekodirajočih RNA in posttranslacijske spremembe histonov). Velik nabor raziskav je omogočil boljši uvid v biološko ozadje samomorilnega vedenja in predvsem poglobil znanje o tem, kako na celični ravni pride do odziva na različne dejavnike okolja. Razlike so opazne predvsem v genih, ki vplivajo na odziv na stres, genih, povezanih s sistemi prenašalcev živčnih impulzov in nevrotrofnih dejavnikov, genih, katerih produkti so povezani z izvajanjem kognitivnih funkcij, genih, ki sodelujejo v nadzoru celičnega cikla in medcelične signalizacije, genih, ki uravnavajo prepisovanje in izražanje genov, ter genih, ki presnavljajo poliamine. Samomorilno vedenje je kompleksno in kot tako ni pod vplivom posameznega gena ali epigenetskega mehanizma. Zato ne preseneča dejstvo, da se kljub bogatemu naboru znanja rezultati iz različnih raziskav pogosto med seboj ne ujemajo. Kljub temu pa se nadaljuje iskanje ustreznih epigenetskih označevalcev, ki bi jih lahko uporabili kot pomoč strokovnjakom za spremljanje in ustreznejšo pomoč osebam z duševnimi motnjami.

¹ Metilacija DNA je proces, pri katerem se na molekulo DNA veže metilna skupina (sestavljena iz enega atoma ogljika in treh atomov vodika).

² Z izrazom nekodirajoča RNA opišemo molekule RNA, katerih končni produkt niso beljakovine.

³ Posttranslacijske spremembe beljakovin so spremembe, ki se beljakovinom zgodijo po njihovi sintezi. So nujno potrebne za ustrezno končno obliko beljakovine in njeno delovanje.

Uvod

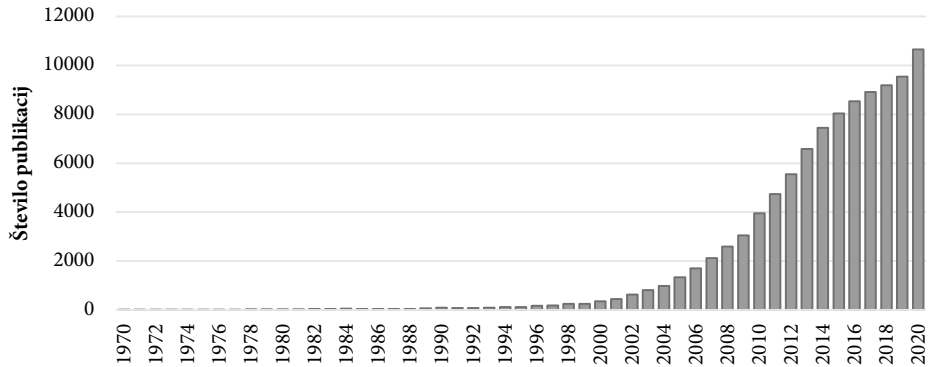
Telo je zgrajeno iz velikega števila celic, ki v svojem jedru nosijo enak zapis molekule DNA. Molekula DNA nosi zapis za gene, ki služijo kot navodilo za izdelavo beljakovin. Te opravljajo vse potrebne naloge, da lahko celica živi. Takih genov je v človeški celici približno 20.000 (1). Kljub temu pa se vsi geni ne morejo prepisovati⁴ hkrati. Prepisujejo se le takrat in v tistih celicah, v katerih je to pomembno za njihovo ustrezno delovanje. Z drugimi besedami se celice lahko opiše kot specializirane – v telesu opravljajo različne naloge. V celicah, ki gradijo kosti, se prepisujejo drugačni geni kot v celicah, ki gradijo srce. Tako se celice med seboj močno razlikujejo, čeprav imajo vse celice enega osebka enak zapis molekule DNA. Nazoren prikaz opaznih razlik v videzu je dramatična preobrazba gosnice preko bube v metulja. Gosenica in metulj sta morda videti kot popolnoma različni živali, a si vendarle delita identični zapis molekule DNA. Spremembe se zgodijo le na ravni izražanja genov in beljakovin, kar posledično vpliva na drastično spremenjen videz živali.

Geni se torej izražajo pod strogim prostorsko-časovnim nadzorom, kar vodi v razvoj specializiranih celic. Prav tako pa so spremembe v izražanju genov lahko posledica odziva na okolje. Ta omogoči prilagoditev na dejavnike okolja, ki se dogajajo v sedanosti, lahko pa so obstajali v daljni preteklosti, a se je prilagoditev ohranila tudi v sedanosti. Mehanizme, ki so lahko bodisi pod vplivom zunanjega okolja bodisi pod vplivom okolja znotraj celic, in vplivajo na izražanje genov, imenujemo epigenetski mehanizmi. Z izrazom epigenetika so definirane spremembe v delovanju genov, ki so lahko dedne ali ne, in jih ne moremo pojasniti s spremembami v zaporedju DNA (2). Povedano drugače, zaradi delovanja epigenetike se spremeni izražanje genov, ne spremeni pa se sam zapis molekule DNA, ki nosi zapis za gene.

Samomorilno vedenje je zapleten fenomen, na katerega vpliva kombinacija dednih in okoljskih dejavnikov – epigenetika deluje kot povezovalni vmesni člen, ki jih prepleta (3). V raziskavah genetskih dejavnikov niso dobili jasnih odgovorov o genu ali genih, ki bi bili ključni za razumevanje molekularne biologije samomorilnosti (4). V zadnjem času se je molekularno preiskovanje samomorilnega vedenja usmerilo v preučevanje epigenetskega uravnavanja. Kljub temu pa je na tem mestu treba poudariti, da epigenetika ni nadrejena genetiki; predstavlja le način uravnavanja genetskega potenciala celice. Slika 8.1 prikazuje skokovit porast znanstvenih publikacij o epigenetiki, pri čemer pa je seveda treba opozoriti, da so v analizo zajete raziskave vseh bolezenskih in nebolezenskih stanj, ne le samomorilnega vedenja.

Namen poglavja je podrobneje predstaviti biološko ozadje samomorilnega vedenja in možnih vplivov mehanizmov epigenetskega uravnavanja nanj. Obravnavana so tri podpodročja epigenetike: metilacija DNA, delovanje nekodirajočih RNA in posttranslacijske spremembe histonov ter njihova morebitna vpletenost v samomorilno vedenje. Opisane so tudi raziskave, v katerih so preučevali epigenetsko ozadje samomorilnega vedenja na slovenski populaciji.

⁴ Prepisovanje gena je proces, pri katerem na podlagi odseka molekule DNA nastane molekula RNA.



Slika 8.1. Naraščanje števila objavljenih publikacij o epigenetiki v zadnjih 50 letih (1970–2020)

Vir podatkov je spletna podatkovna baza publikacij PubMed (iskanje vključuje vse publikacije, ki v svojem naslovu ali povzetku vsebujejo ključno besedo s korenem 'epigenetic').

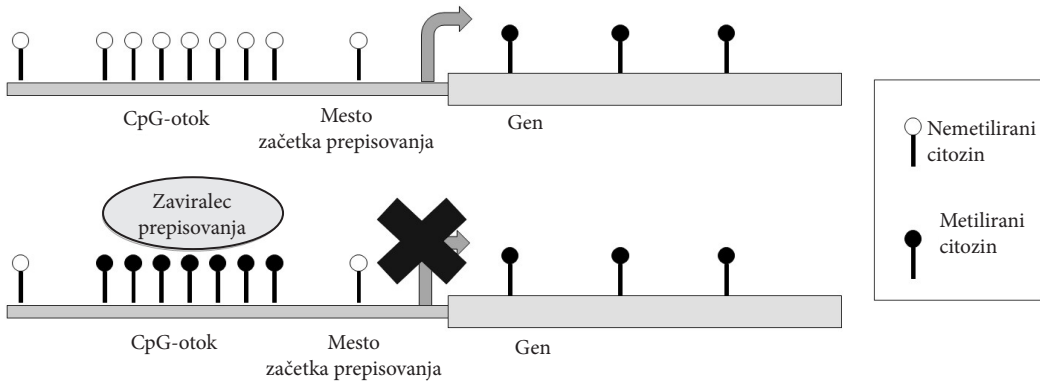
Metilacija DNA in samomorilnost

Mehanizem metilacije DNA

Metilacija DNA je najpogosteje preučevan epigenetski mehanizem v molekularno-bioloških raziskavah. Z izrazom metilacija DNA je običajno opisana vezava ene funkcionalne metilne skupine (sestavljene iz enega atoma ogljika in treh atomov vodika) na dušikovo bazo citozin v molekuli DNA. Pri tem se samo zaporedje molekule DNA ne spremeni, vodi pa metilacija DNA v spremembo biofizikalnih lastnosti dvojne vijačnice DNA. Posledično lahko pride do znižanega izražanja prepisa za gen in s tem nižje količine beljakovin v celici (slika 8.2). Metilacija DNA je binarno stanje; posamezni citozin znotraj molekule DNA je lahko bodisi metiliran bodisi nemetiliran. Običajno so lahko metilirani tisti citozini, katerim v zaporedju molekule DNA sledi dušikova baza gvanin (tako zaporedje dušikovih baz imenujemo tudi CpG, kjer sta C in G oznaki za bazi, p pa je oznaka za fosfatno skupino) (5). Zaporedja CpG se lahko v molekuli DNA pojavljajo v skupinah, taki odseki DNA z visoko vsebnostjo zaporedij CpG se imenujejo CpG-otoki. Teh je po zadnji oceni v človeškem genomu okoli 30.000 in se pogosto nahajajo v regulatornih predelih DNA, kot so promotorske regije⁵, in lahko pomembno vplivajo na izražanje genov (6, 7). Proces dodajanja metilne skupine opravlja družina encimov, imenovanih DNA-metiltransferaze. Te skrbijo, da se ob podvojevanju celice ohranita stopnja in vzorec metilacije, nekatere pa lahko dodajajo metilno skupino na prej še nemetilirane citozine. Metilacija DNA je reverzibilen proces; tako obstajajo tudi encimi, ki metilne skupine odstranjujejo (8).

Metilacija DNA je nujno potrebna za ustrezen razvoj in delovanje celic, zato lahko spremembe v stopnji in vzorcu metilacije DNA pomembno vplivajo na stanje celice. Med pomembne zunanje dejavnike, ki vplivajo na metilacijo DNA, med drugim uvrščamo prehrano, izpostavljenost svetlobi, uživanje zdravil, kajenje in stres (9).

⁵ Promotor je zaporedje DNA, ki se nahaja na 5'-koncu zapisa za gen. Na promotor se vežejo beljakovine, ki lahko sprožijo ali zavirajo začetek prepisovanja gena.



Slika 8.2. Vpliv metilacije DNA na izražanje (prepisovanje) gena

Zgornja polovica prikazuje nemetiliran odsek DNA, ki omogoča prepisovanje gena. Nasprotno spodnja polovica slike prikazuje metiliran odsek DNA, ki lahko vodi v zavrtu prepisovanje.

Zelo nazoren prikaz vpliva okolja na delovanja metilacije DNA je primer iz nedavne zgodovine – potomci žensk, ki so zanosile v obdobju velike nizozemske lakote leta 1944, imajo pogostejše spremenjeno stanje metilacije DNA v primerjavi s svojimi sorojenci, rojenimi v obdobju brez lakote, prav tako pa imajo tudi spremenjen metabolni profil in višje tveganje za pojav debelosti in srčno-žilnih obolenj. Prehrana in življenjske razmere matere so vplivali na še nerojeni plod (10, 11).

Metilacija DNA in samomorilnost

Sprememba vzorcev metilacije DNA se lahko pojavi tudi v povezavi z različnimi psihopatološkimi stanji in samomorilnostjo. V zadnjih letih so izvedli številne raziskave, ki so pomembno doprinesle k boljšemu razumevanju epigenetskega ozadja samomorilnosti. V raziskavah metilacije DNA so pogosto sledili poti genetike samomorilnosti; največkrat so preučevani kandidatni geni, ki so vpleteni v sisteme prenašalcev živčnih impulzov. To so molekule, ki omogočajo prenos informacij iz živčnih celic (nevronov) v druge celice (nevrone ali pa drug tip celic).

Os hipotalamus–hipofiza–nadledvična žleza (poimenovana tudi stresna os) je močno vpletena v odziv na stres in znano je, da je moteno delovanje te osi pomemben dejavnik tveganja za nastanek samomorilnosti. Motnje delovanja stresne osi in slabše prilagajanje na stres so lahko povezani tudi s spremembami v metilaciji DNA nekaterih genov. Pogosto je preučevan glukokortikoidni receptor, na katerega se lahko veže stresni hormon kortizol; vezava kortizola na receptor ima protivnetni učinek. Če je število glukokortikoidnih receptorjev ustrezno, je odziv na stres primeren. Če je število glukokortikoidnih receptorjev zmanjšano (npr. kot posledica zvišane stopnje metilacije DNA v področju gena za receptor), pa bo odziv na stres podaljšan. Pomembno znanje o vplivu metilacije DNA na vedenje izhaja iz raziskav, izvedenih na živalih. Samice podgan svojim mladičem običajno izkazujejo posebno skrb v obliki lizanja in negovanja. V raziskavi so preučili stanje metilacije DNA mladičev, ki so bili v prvem tednu življenja deležni materinske nege, in ga primerjali s stanjem metilacije DNA mladičev, ki materinske nege niso bili deležni. Pri mladičih, ki niso bili deležni običajnega materinskega vedenja z lizanjem in nego, so zaznali višjo stopnjo metilacije DNA promotorske regije gena za glukokortikoidni receptor v hipokampusu kot pri mladičih, ki so bili nege deležni. Če so mladiče med seboj zamenjali, torej mladiče, ki niso bili deležni nege, predstavili v oskrbo k samicam, ki so vedenje

izkazovale, in obratno, se je vzorec metilacije DNA ustrezno spremenil. Če so mladiče, ki niso bili deležni običajnega materinskega vedenja, prestavili v oskrbo skrbni samici, se je njihovo stanje metilacije DNA znižalo in bilo bolj podobno stanju metilacije DNA mladičev, ki so bili od rojstva deležni skrbnega vedenja. Vedenje samic je tako pomembno vplivalo na delovanje epigenetskih mehanizmov, obenem pa je bilo njegove učinke mogoče spremeniti ob izpostavljenosti drugačnemu okolju (12). Podobno sliko zvišane stopnje metilacije DNA glukokortikoidnega receptorja v hipokampusu so zaznali tudi pri umrlih zaradi samomora ob primerjavi s stanjem metilacije DNA kontrolne skupine umrlih zaradi drugih vzrokov, predvsem pri umrlih zaradi samomora, ki so doživeli zlorabe v otroštvu, kar nakazuje, da so spremembe metilacije DNA, pridobljene v otroštvu, ostale aktivne tudi v odrasli dobi. Prav tako so zaznali znižano stopnjo izražanja gena za glukokortikoidni receptor, kar je skladno s pričakovanji, saj zvišana stopnja metilacije DNA pogosto vpliva na znižano izražanje gena (13, 14). Z glukokortikoidnim receptorjem je povezan tudi gen *SKA2*. Beljakovina *SKA2* sodeluje pri prehodu glukokortikoidnega receptorja iz citosola v jedro celice, kjer ta sodeluje kot dejavnik prepisovanja in spodbuja izražanje genov, ki delujejo protivnetno. V genu *SKA2* so opazili spremembe v metilaciji DNA v prefrontalni skorji možganov pri umrlih zaradi samomora ob primerjavi s kontrolno skupino umrlih zaradi drugih vzrokov, podobno pa so zaznali tudi v krvi oseb s samomorilnim vedenjem ali ideacijami. Stanje metilacije DNA je bilo zvišano, prav tako pa so opazili znižano izražanje gena, kar lahko vodi k slabšemu uravnavanju vnetnega odziva pri umrlih zaradi samomora (15). Pomemben kandidatni gen je tudi možganski nevrotrofni dejavnik (angl. brain-derived neurotrophic factor; *BDNF*), ki je vključen v ohranjanje sinaptične plastičnosti in vpliva na ustrezen potek različnih procesov med razvojem možganov. Prav sposobnost naših možganov, da se ustrezno odzovejo na okoljske dražljaje, je lahko spremenjena zaradi oslabiljene strukturne in nevronske plastičnosti, kar lahko pomembno vpliva na tveganje za samomorilno vedenje. Pri umrlih zaradi samomora so ob primerjavi s kontrolno skupino umrlih zaradi drugih vzrokov v prefrontalni skorji možganov zaznali zvišano stopnjo metilacije DNA receptorja za *BDNF* in znižano izražanje zapisa za gen (16).

Drugi pogosto preučevani sistem v povezavi s samomorilnim vedenjem je poliaminski sistem. Poliamini so molekule, ki vsebujejo več kot dve amino skupini in tvorijo poliaminski sistem, ki sodeluje v številnih celičnih procesih, kot sta rast celic in modulacija ionskih kanalov, prav tako pa se lahko vežejo na molekulo DNA in spreminjajo prepustnost krvno-možganske pregrade. V prefrontalni skorji v možganih umrlih zaradi samomora so ob primerjavi s kontrolno skupino umrlih zaradi drugih vzrokov zaznali znižano izražanje prepisa za spermidin/spermin N1-acetiltransferazo 1 (*SAT1*), kar je lahko povezano s stanjem metilacije DNA gena *SAT1*. Beljakovina *SAT1* je pomembno vključena v razgradnjo poliaminov in tako določa količino poliaminov, ki se bodo nahajali znotraj celice (17). Prav tako so spremembe opazili pri izražanju dveh drugih genov poliaminskega sistema spermin sintaza (*SMS*) in spermin oksidaza (*SMOX*), katerih beljakovinski produkti so udeleženi v presnovi poliaminov. Spremembe v izražanju genov so opazili v prefrontalni skorji možganov umrlih zaradi samomora ob primerjavi s kontrolno skupino umrlih zaradi drugih vzrokov, vendar pa se stanje metilacije DNA obeh genov med skupinama oseb ni razlikovalo (18). Znižana stopnja metilacije DNA genov za adenozilmetionin dekarboksilazo 1 (*AMD1*) in arginazo II (*ARG2*) (beljakovinska produkta obeh genov sta ravno tako udeležena v presnovi poliaminov) in zvišana stopnja izražanja prepisa za ta dva gena je bila prav tako zaznana pri umrlih zaradi samomora ob primerjavi s kontrolno skupino umrlih zaradi drugih vzrokov (19).

Serotonin je prenašalec živčnih impulzov v osrednjem živčnem sistemu s pomembno vlogo pri uravnavanju številnih procesov, vključno s procesi, povezanimi z razpoloženjem in spanjem. Geni serotoninskega sistema so bili podrobno preučeni z genetskimi raziskavami, vendar pa te niso podale trdnih oziroma enoznačnih odgovorov o povezanosti sprememb v zaporedju DNA s samomorilnim vedenjem. Tudi raziskave metilacije DNA genov serotoninskega sistema niso podale jasnih zaključkov in niso potrdile povezave s samomorilnim vedenjem. Poleg tega so v številne raziskave vključili osebe s pridruženimi duševnimi motnjami, zlorabami v otroštvu ali spolnimi zlorabami, kar je otežilo neposredno povezavo izključno s samomorilnim vedenjem (20). V človeškem genomu se nahaja približno 20.000 genov, ki kodirajo zapis za nastanek beljakovin, in še približno toliko nekodirajočih genov. Prav zato so zelo pomembne tudi raziskave, v katerih se raziskovalno vprašanje ne osredotoča na vnaprej določen kandidatni gen, temveč na širše dogajanje širom genoma. S takimi raziskavami lahko preučijo več sto tisoč mest v genomu in tako podajo širšo in običajno tudi kompleksnejšo sliko stanja v genomu. V rezultatih do zdaj opravljenih raziskav metilacije DNA širom genoma poročajo o kompleksni povezavi metilacije DNA in samomorilnega vedenja (rezultati so podrobneje opisani v preglednici 8.1).

Preglednica 8.1. Pregled nekaterih raziskav metilacije DNA širom genoma in samomorilnega vedenja

Preiskovano tkivo	Glavni rezultati	Vir
Dendatni girus (del hipokampusovega kompleksa)	Razlika v stanju metilacije DNA v promotorski regiji 366 genov pri umrlih zaradi samomora ob primerjavi s kontrolno skupino umrlih zaradi drugih vzrokov (od tega 273 zvišano metiliranih in 93 znižano metiliranih).	Labonte idr. (21)
Orbitofrontalna skorja	Zvišano stanje metilacije DNA pri umrlih zaradi samomora ob primerjavi s kontrolno skupino umrlih zaradi drugih vzrokov.	Haghighi idr. (22)
Prefrontalna skorja	Razlika v stanju metilacije DNA štirih genov pri umrlih zaradi samomora ob primerjavi s kontrolno skupino umrlih zaradi drugih vzrokov.	Guintivano idr. (15)
Prefrontalna skorja	Znižano stanje metilacije DNA pri umrlih zaradi samomora ob primerjavi s kontrolno skupino umrlih zaradi drugih vzrokov.	Schneider idr. (23)
Prefrontalna skorja	Znižano stanje metilacije DNA pri umrlih zaradi samomora ob primerjavi s kontrolno skupino umrlih zaradi drugih vzrokov, razlika v stanju je bila zaznana v 115 različnih odsekih DNA.	Nagy idr. (24)
Prefrontalna skorja	Korelacija med stanjem metilacije DNA in izražanjem genov pri umrlih zaradi samomora ob primerjavi s kontrolno skupino umrlih zaradi drugih vzrokov.	Cabrera - Mendoza idr. (25)

Razlike so opazne predvsem v genih, vpletenih v izvajanje kognitivnih funkcij (21), genih, ki sodelujejo v uravnavanju celičnega cikla in medcelični signalizaciji (15, 22), genih, vpletenih v uravnavanje prepisovanja in izražanja genov (23), genih signalne poti prenašalca živčnih impulzov glutamata (24) ter razvoja osrednjega živčnega sistema in genih presnove poliaminov (25). Kljub nekaterim omejitvam (kot so velika količina pridobljenih podatkov

in umestitev opaženih razlik v kontekst funkcijskega delovanja celice) so analize celotnega genoma odlično orodje za iskanje novih kandidatnih genov, saj omogočajo vpogled v sicer skrite dele genoma, ki jih pogosto spregledamo ob osredotočanju na popularne kandidatne gene.

Preučevanje metilacije DNA in samomorilnega vedenja v Sloveniji

Genetskemu preiskovanju samomorilnega vedenja v Sloveniji so kmalu sledile tudi raziskave preučevanja epigenetskega ozadja samomorilnega vedenja. Preučevali so predvsem metilacijo DNA. Prav ena od prvih raziskav v svetovnem merilu je bila izvedena na umrlih zaradi samomora v Sloveniji. Keller idr. (26) so žarišče svoje raziskave usmerili k BDNF, natančneje k promotorju IV gena za *BDNF*. Ugotovili so, da so v Wernickovem področju (tj. področje možganov, vpleteno v razumevanje pomena jezika) umrli zaradi samomora ob primerjavi s kontrolno skupino umrlih zaradi drugih vzrokov imeli zvišano stopnjo metilacije DNA, medtem ko se celokupna stopnja metilacije DNA širom genoma ni razlikovala, kar nakazuje pomembnost gena. Prav tako je bilo znižano izražanje prepisa za gen, kar nakazuje morebitni vpliv metilacije DNA na izražanje gena (26). Delo so nadaljevali še s preučevanjem receptorja, na katerega se BDNF veže, vendar pa ni bilo opaznih razlik v stopnji metilacije DNA med umrlimi zaradi samomora in kontrolno skupino umrlih zaradi drugih vzrokov (27).

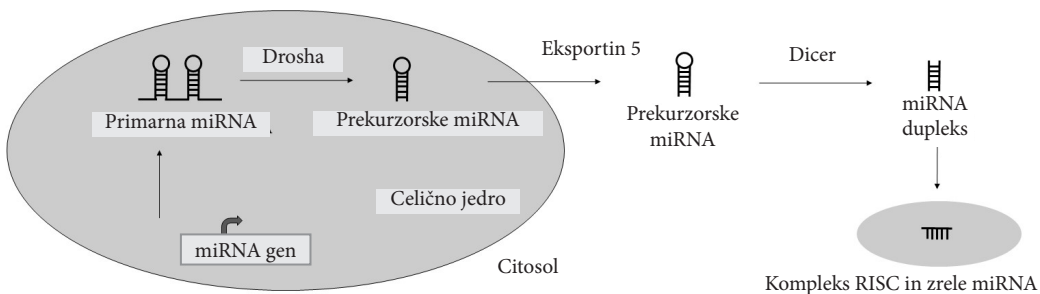
Na področju samomorilnega vedenja in metilacije DNA sta bili v Sloveniji zaključeni še dve raziskavi. V prvi so se osredotočali na že prej omenjeni BDNF, ki pomembno vpliva na preživetje živčnih celic. Stopnja metilacije DNA je bila v krvi umrlih zaradi samomora ob primerjavi s kontrolno skupino umrlih zaradi drugih vzrokov znižana v predelu promotorja I, medtem ko v prefrontalni skorji in hipokampusu razlik ni bilo moč zaznati. Kljub temu je bil v prefrontalni skorji umrlih zaradi samomora močnejše izražen eden od alternativnih prepisov za gen (28). V drugi raziskavi so področje raziskovanja razširili na odkrivanje učinka metilacije DNA širom genoma. V prefrontalni skorji in hipokampusu so zaznali številne razlike v stopnji metilacije umrlih zaradi samomora ob primerjavi s kontrolno skupino umrlih zaradi drugih vzrokov, med drugim sta bila kot pomembno spremenjena zaznana dva do zdaj s samomorilnim vedenjem še nepovezana gena – gen, ki zapisuje za cinkov prst 714 (*ZNF714*) in gen, ki zapisuje za z jedrnim receptorjem interagirajoči protein 3 (*NRIP3*). V raziskavah preučevanja širom genoma, kot je ta, so razlike med preiskovanimi skupinami pogosto opažene v večjem številu genov. To oteži vrednotenje biološke vrednosti teh rezultatov, saj sezname genov pogosto niso visoko informativni na prvi pogled. Prav to je naloga genske ontologije, kjer se vsakemu od genov pripiše določen izraz glede na to, kakšno biološko nalogo opravlja beljakovina, v katere procese je udeležena in kje znotraj celice se nahaja. Z nadaljnjo analizo genske ontologije prej omenjene raziskave v Sloveniji so pokazali, da so geni s spremenjeno metilacijo DNA vpleteni v zagotavljanje strukturne integritete celice in zmožnosti pritrjevanja, kar bi lahko pomembno vplivalo na plastičnost možganov (29). Drug del raziskave je bil usmerjen v posamezne kandidatne gene, vpletene v sisteme prenašalcev živčnih impulzov, in dva predhodno identificirana kandidatna gena *ZNF714* in *NRIP3*. Preučevali so jih na dodatnih možganskih regijah (skupaj štiri različne možganske regije) in v krvi. Pri vseh kandidatnih genih so opazili razlike med umrlimi zaradi samomora in kontrolno skupino umrlih zaradi drugih vzrokov, so pa bile te razlike ponekod majhne. Predvsem pa je zanimiva tudi primerjava podatkov o stanju metilacije DNA znotraj možganov in v krvi. Vzorec metilacije DNA dveh genov je sovpadal med možganskim tkivom in krvjo; metilacija DNA v predelu gena *ZNF714* je bila pri umrlih

zaradi samomora ob primerjavi s kontrolno skupino umrlih zaradi drugih vzrokov znižana tako v krvi kot tudi vseh štirih možganskih regijah, medtem ko je bila v predelu gena za serotoninški receptor 1A (*HTR1A*) metilacija DNA v krvi znižana, v možganski regiji insula pa zvišana (30).

Nekodirajoče RNA in samomorilno vedenje

Mehanizem delovanja nekodirajočih RNA

Številni geni ne sledijo osrednji dogmi biologije, ki predpostavlja, da se genetska informacija prepisuje iz molekule DNA preko molekul RNA v končni produkt – beljakovino. Produkt številnih genov niso beljakovine, temveč nekodirajoče RNA. Te sodelujejo pri izdelovanju drugih beljakovin in zorenju sporočevalne RNA ter so lahko povezane z različnimi boleznimi. Nekodirajoče RNA delimo v dve glavni skupini: dolge nekodirajoče RNA (dolžina molekule RNA večja kot 200 baz) in kratke nekodirajoče RNA (med katere spadajo tudi mikro RNA). Mikro RNA (miRNA) so enoverižne molekule RNA, ki so dolge 19–25 baz. Znotraj celičnega jedra se nahajajo v obliki primarne miRNA, ki se preko delovanja različnih beljakovinskih kompleksov pretvorijo v končno obliko zrelih miRNA, ki jih najdemo v citosolu celice (podrobna shema zorenja miRNA je prikazana na sliki 8.3). Mehanizem delovanja miRNA poteka tako, da se miRNA in kompleks beljakovin, imenovan RISC (angl. RNA-induced silencing complex), preko miRNA veže na 3'-neprevedeno regijo⁶ tarčnega prepisa gena oziroma sporočilno mRNA, kar spremeni stabilnost prepisa in vpliva na zmožnost nastanka končne beljakovine. Posamezna miRNA lahko uravnava izražanje več različnih genov, prav tako pa je tudi posamezni gen lahko uravnavan s strani več različnih miRNA. Kombinacija delovanja različnih miRNA na različne gene tako tvori visoko zapleteno in kompleksno mrežo uravnavanja, močno nadzorovano s časovnim in prostorskim uravnavanjem in tako pomembno vpliva na delovanje celice. MiRNA so zelo pomembne za razvoj možganov, prav tako pa s svojim vplivom na izražanje genov lahko pomembno delujejo pri nastanku psihopatologije (slika 8.3 (31, 32)).



Slika 8.3. Zorenje mikro RNA

Z genskega zapisa za miRNA se najprej izrazi prepis za primarno miRNA, ki se nato znotraj celičnega jedra z beljakovino, imenovano drosha, razreže v prekurzorsko miRNA. S pomočjo beljakovine eksportin 5 se prekurzorska miRNA prenese v citosol, kjer beljakovina dicer iz nje tvori dupleks miRNA. Ena od dveh miRNA, ki tvorita dupleks miRNA, postane končna oblika zrele miRNA in se poveže z beljakovinskim kompleksom RISC.

⁶ 3'-neprevedena regija je odsek sporočilne RNA (mRNA), ki se ne prevede v končni produkt – beljakovino. Pogosto vsebuje vezavna mesta, na katera se lahko vežejo beljakovine ali mikro RNA.

Mikro RNA in samomorilno vedenje

V prvi objavljeni raziskavi o preučevanju samomorilnega vedenja in miRNA so primerjali izražanje miRNA med umrlimi zaradi samomora in kontrolno skupino umrlih zaradi drugih vzrokov. Pri umrlih zaradi samomora so zaznali znižano stopnjo izražanja enaindvajsetih miRNA. Posamezna miRNA se lahko veže na večje število genov, zato so avtorji raziskave dalje preverili, na katere gene se lahko vežejo miRNA, ki so jih identificirali kot znižano izražene pri umrlih zaradi samomora. Tarčna mesta, na katere bi se lahko vezale miRNA, so se nahajala v genih, povezanih s celično rastjo in diferenciacijo, genih, ki zapisujejo za prepisovalne dejavnike, in genih za beljakovine, ki se nahajajo v celičnem jedru. Številni geni, ki so jih v tej raziskavi prepoznali kot možno tarčo, na katero se lahko vežejo miRNA, so bili v drugih raziskavah že prej povezani z depresijo (33). Ista skupina raziskovalcev je pozneje ponovno potrdila znižano izražanje osmih miRNA, ki se je bistveno razlikovalo med umrlimi zaradi samomora s pridruženimi duševnimi motnjami in kontrolno skupino, v katero so vključili tudi osebe z duševnimi motnjami, ki niso umrle za posledicami samomorilnega vedenja (34).

Nevrotrofni dejavniki, kot je tudi BDNF, so ključnega pomena za ohranjanje plastičnosti, rasti in razvoja možganov in imajo pomembno vlogo v razvoju tveganja za pojav duševnih motenj. V raziskavah so ugotavljali, da se pri umrlih zaradi samomora ob primerjavi s kontrolno skupino umrlih zaradi drugih vzrokov znižano izraža ena od različic receptorja, na katerega se veže BDNF. Žal pa niso v celoti določeni mehanizmi, ki vplivajo na to spremembo v izražanju. Zato so dalje preučili, katere miRNA se izražajo v prefrontalni skorji umrlih zaradi samomora, ki imajo znižano izražanje različice receptorja in jih primerjali s podatki, pridobljenimi pri kontrolni skupini umrlih zaradi drugih vzrokov. V raziskavi so odkrili eno miRNA (imenovano miR-185*), ki je bila zvišano izražena v prefrontalni skorji umrlih zaradi samomora. Z nadaljnjo računalniško analizo modeliranja so določili še pet možnih mest na prepisu za receptor, na katere se lahko veže miRNA, in tako prepreči nastanek receptorja za BDNF (35).

Drugi pomembni način uravnavanja možganske plastičnosti predstavlja razred beljakovin, imenovanih netrini. Z njegovim delovanjem je uravnavana rast aksonov⁷, prav tako pa sodeluje pri vzdrževanju povezave med nevronskimi živčnimi celicami. Delovanje receptorja, na katerega se lahko veže netrin, je povezano s tveganjem za pojav duševnih motenj, tudi pri umrlih zaradi samomora so že zaznali zvišano izražanje gena za receptor. Z računalniško analizo modeliranja so prepoznali eno miRNA (imenovano miR-218), ki bi lahko uravnava izražanje prepisa za netrinski receptor. V prefrontalni skorji umrlih zaradi samomora z depresijo so ob primerjavi s kontrolno skupino umrlih zaradi drugih vzrokov zaznali zvišano raven prepisa za netrinski receptor, medtem ko je bila raven miRNA znižana. Poleg tega so ugotovili negativno povezavo med izražanjem prepisa za netrinski receptor in miR-128 pri dodatni kohorti udeležencev, v kateri so bili prav tako umrli zaradi samomora z depresijo in kontrolna skupina. Zaradi znižanega izražanja miRNA se ta torej ne more v zadostni količini vezati na prepis za netrinski receptor, kar posledično vodi v večjo količino netrinskih receptorjev (36).

Stres lahko poveča tveganje za samomorilno vedenje. Urokortin je beljakovina, močno vpletena v stresni odziv in spada v skupino neuropeptidov – to so molekule, ključne za vzdrževanje komunikacije med nevronskimi živčnimi celicami. Pri umrlih zaradi

⁷ Akson je dolg izrastek živčne celice, ki iz njenega telesa oziroma some proži ali prevaja signal proti drugi živčni celici.

samomora so ob primerjavi s kontrolno skupino umrlih zaradi drugih vzrokov zaznali znižano raven specifične miRNA (imenovane miR-326) in zvišano izražanje prepisa za urokortin v možganskem predelu, imenovanem jedro Edinger - Westphal. Povezano je z možganskima regijama amigdalo in lateralnim delom hipotalamusa, ki sta povezana s čustvovanjem in odzivom na stres (37).

Dva od encimov poliaminskega sistema, SAT1 in SMOX, sta bila že povezana s samomorilnim vedenjem. S primerjavo prefrontalne skorje umrlih zaradi samomora z anamnezo depresije in kontrolne skupine umrlih zaradi drugih vzrokov so identificirali štiri miRNA, ki so pri umrlih zaradi samomora povišano izražene, izražanje prepisa za gena *SAT1* in *SMOX* pa je znižano (38).

V proces čustvovanja in kognicije je vpletenih več možganskih regij, vključno z delom možganskega debla, imenovanim *locus coeruleus*, ki je odgovorno za sintezo glavne možganske prenašalca živčnih impulzov noradrenalina⁸. V primerjavi področja možganov *locus coeruleus* pri umrlih zaradi samomora z depresijo s skupino kontrolnih oseb, umrlih zaradi drugih vzrokov, so odkrili 13 miRNA s spremenjeno ravno izražanja. Računalniška analiza modeliranja je razkrila kompleksne nadzorne mreže delovanja miRNA in prepisov genov, na katere se miRNA lahko vežejo. Omenjeni geni so bili pogosto udeleženi v celičnih signalnih poteh, ki so vpletene v pojavnost duševnih motenj in samomorilnega vedenja (39).

Serotonin – imenovan tudi hormon sreče – je prenašalec živčnih impulzov, ki igra pomembno vlogo pri uravnavanju razpoloženja, učenju, spominu in številnih drugih kognitivnih in bioloških funkcijah. Delovanje serotoninškega sistema je zapleteno, motnje uravnavanja njegovega delovanja pa so povezane s številnimi duševnimi stanji. Serotonin se lahko veže na več različnih vrst serotoninških receptorjev. Nedavno je bila objavljena raziskava, v kateri so poročali o zmanjšani stopnji spremembe 5-HT_{1A}, bolj specifično znižani stopnji palmitoilacije⁹ serotoninškega receptorja v prefrontalni skorji umrlih zaradi samomora ob primerjavi s kontrolno skupino umrlih zaradi drugih vzrokov. Ta sprememba bi lahko bila posledica delovanja miRNA (imenovane miR-30e), saj se ta veže na prepis za palmitoiltransferazo ZDHHC21. Palmitoiltransferaza ZDHHC21 je encim, ki sodeluje pri palmitoilaciji beljakovin, vključno s serotoninškim receptorjem. Znižane ravni izražanja prepisa za ZDHHC21 in zvišane ravni miR-30e so zaznali v prefrontalni skorji umrlih zaradi samomora, pri čemer je bilo eno od ciljnih vezavnih mest miRNA tudi prepis za ZDHHC21. Tako lahko zvišane ravni miR-30e vplivajo na izražanje ZDHHC21, ki nato oslabi palmitoilacijo serotoninškega receptorja in povzroči motnje v delovanju serotonina (40). V preglednici 8.2 so zapisana imena posameznih miRNA, ki so jih identificirali v raziskavah samomorilnega vedenja.

Področje, znotraj katerega so miRNA še dodatno preučevane, je medcelična komunikacija z eksosomi. Eksosomi so zunajcelični vezikli, veliki do 200 nanometrov. So kroglasti delci, zgrajeni iz plašča celične membrane, znotraj pa je nakopičen tovor. Nastajajo znotraj skoraj vseh tipov celic, nato pa se iz celice izločijo v medceličnino, zaznani pa so tudi v celičnih tekočinah, kot je kri. Prehajajo lahko preko krvno-možganske pregrade, prav tako pa se lahko spojijo z drugimi celicami in vanje sprostijo tovor, ki so ga prenašali. Eksosomi lahko

⁸ Noradrenalin je molekula, ki deluje kot hormon in prenašalec živčnih impulzov ter sodeluje pri aktivaciji možganov in telesa.

⁹ Palmitoilacija je postopek, pri katerem se maščobne kisline kovalentno vežejo na cisteinske aminokislinske ostanke.

poleg ostalega tovora, kot so beljakovine, lipidi in molekule DNA, skladiščijo tudi miRNA. V tem primeru lahko v celici, ki je eksosom prevzela, novo prispele miRNA sodelujejo pri uravnavanju izražanja genov (41). Gre za novo področje raziskovanja, zato je do zdaj na voljo le nekaj raziskav, s katerimi so preučevali miRNA znotraj eksosomov v povezavi z duševnimi motnjami.

Preglednica 8.2. Raziskave mikro RNA in samomorilno vedenje

Preiskovano tkivo	Spremenjeno izražene nekodirajoče mikro RNA	Vir
Prefrontalna skorja možganov	miR-142-5p, miR-137, miR-489, miR-148b, miR-101, miR-324-5p, miR-301a, miR-146a, miR-335, miR-494, miR-20b, miR-376a*, miR-190, miR-155, miR-660, miR-130a, miR-27a, miR-497, miR-10a, miR-20a, miR-142-3p; vse ↓	Smalheiser idr. (33)
Prefrontalna skorja možganov	miR-152, miR-181a, miR-330-3p, miR-34a, miR-133b, miR-224; vse ↓ miR-376a, miR-625; obe ↑	Smalheiser idr. (34)
Prefrontalna skorja možganov	miR-185* ↑	Maussion idr. (35)
Prefrontalna skorja možganov	miR-218 ↓	Torres - Berrio idr. (36)
Jedro Edinger - Westphal (jedro okulomotoričnega živca)	miR-326 ↓	Aschrafi idr. (37)
Prefrontalna skorja možganov	miR-34c-5p, miR-139-5p, miR-195, miR-320c; vse ↑	Lopez idr. (38)
Locus coeruleus (del možganskega debla)	miR-17-5p, miR-20b-5p, miR-106a-5p, miR-330-3p, miR-541-3p, miR-582-5p, miR-890, miR-99b-3p, miR-550-5p, miR-1179; vse ↑ miR-409-5p, let-7g-3p, miR-1197; vse ↓	Roy idr. (39)
Prefrontalna skorja možganov	miR-30e ↑	Gorinski idr. (40)

↓ – znižano izražanje, ↑ – povišano izražanje

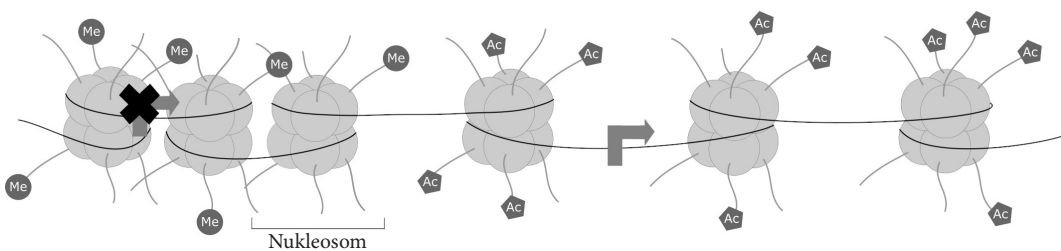
V nobeni od raziskav se raziskovalci niso ciljano osredotočali na osebe s samomorilnim vedenjem, pač pa so vsebnost eksosomov preučevali pri osebah z depresijo, shizofrenijo ter bipolarno motnjo in kontrolnimi skupinami. Ker zaradi prisotnosti eksosomov v krvi ti (oziroma njihov tovor) predstavljajo lahko dostopen biološki označevalec, so na tem mestu vseeno omenjeni. Pri osebah z duševnimi motnjami so zaznali spremenjeno izražanje nekaterih miRNA, ki so izvirale iz eksosomov, in so jih povezali z nevrodegenerativnimi boleznimi, rastnimi dejavniki živčnih celic in predvsem vnetnim odzivom (42).

Spremembe histonov in samomorilno vedenje

Mehanizem delovanja posttranslacijskih sprememb histonov

Dolžina posamezne molekule DNA je približno dva metra. Nahaja se v celičnem jedru s premerom okoli 10 mikrometrov, kar je ena stotina milimetra. Da se lahko molekula DNA prilega jedru celice, se ta tesno ovije okoli beljakovinskih struktur, imenovanih histoni (43). Posamezni nukleosom sestavlja osem histonskih beljakovin – dve kopiji beljakovin H2A, H2B, H3 in H4, okoli katerih se ovije 147 baznih parov molekule DNA, dodatno pa jo pritrđi še povezovalna histonska beljakovina H1. Molekula DNA se tako ovija okoli histonov in tvori nukleosome, kar pod elektronskim mikroskopom spominja na bisere, nanizane na nit. Kompleks DNA in histonov se nato še nadalje tesno zvija in tvori komatin, ki v končno zviti obliki tvori kromosome (43).

Kljub zvitju pa mora molekula DNA v celici opravljati svoje vloge in tako biti dostopna beljakovinom, ki sodelujejo pri ključnih bioloških nalogah. Na samo strukturo in funkcijo kromatina med drugim pomembno vplivajo tudi posttranslacijske spremembe histonov. Posttranslacijske spremembe beljakovin so spremembe, ki se beljakovinom dogodijo po njihovi sintezi in so nujno potrebne za ustrezno končno obliko beljakovine in njeno delovanje. Spremembe se lahko vršijo na terminalnih koncih histonov – histonskih repih, ki štrlijo iz kroglastega, globularnega dela histona. Na aminokislinske gradnike histonov lahko encimi dodatno vežejo določene funkcionalne skupine. Znane so številne oblike posttranslacijskih sprememb, med najpogosteje preučevane se uvrščajo acetilacija lizinov, metilacija lizinov ali argininov, fosforilacija serinov, treoninov ali tirozinov, citrulinacija argininov, ubikvitinacija lizinov, sumoilacija lizinov in ADP-ribozilacija (43). Večina sprememb vpliva na uravnavanje genov, izražanje bodisi zavirajo bodisi omogočajo, natančna vloga vseh sprememb pa še ni povsem znana (slika 8.4). Prav tako je pomembno okolje, v katerem se sprememba nahaja – sprememba bo lahko imela drugačen učinek glede na vrsto sprememb, ki se nahajajo v njeni bližini (44). Mehanizem delovanja sprememb lahko poteka na dva načina: (i) zaradi vezave ali odsotnosti funkcionalnih skupin se lahko spremeni elektrostatski naboj med posameznimi nukleosomi, kar ima lahko za posledico spremembo v strukturi kromatina, (ii) spremeni se zmožnost interakcije med DNA in nehistskimi beljakovinami (44).



Slika 8.4. Delovanje posttranslacijskih sprememb histonov

Nukleosomi so kompleksi histonskih beljakovin, okrog katerih se ovije molekula DNA. Prisotnost posttranslacijskih sprememb, vezanih na histone, lahko spremeni gostoto kromatina in tako spremeni dostopnost vezave različnih beljakovin na DNA. Tako vpliva na izražanje prepisov za gen. Spremembe histonov lahko kromatin ohranjajo v bolj (primer metilacije histonov (Me)) ali manj zgoščeni obliki, ki omogoča lažje izražanje prepisov za gen (primer acetilacije histonov (Ac)).¹⁰

¹⁰ Avtorica slike: Iris Šalamon, mag. mol. funk. biol.

Tako kot metilacija DNA se tudi posttranslacijske spremembe histonov spreminjajo s pomočjo encimov, ki spremembe dodajajo na histonski rep ali pa jih z njega odstranjujejo. Te spremembe so dinamične, saj se lahko pojavijo ali pa izginejo v času le nekaj minut (44). Prav tako pa so v določeni meri pod vplivom okolja, saj lahko nekatera zdravila za zdravljenje duševnih motenj posredno vplivajo na zastopanost posttranslacijskih sprememb histonov (45).

Posttranslacijske spremembe histonov in samomorilno vedenje

Na področju epigenetskega preučevanja samomorilnega vedenja so spremembe histonov preučevane redkeje. Tako trenutno obstaja le nekaj raziskav, v katerih so avtorji raziskovali stanje histonskih sprememb in njihovo različno pojavnost pri umrlih zaradi samomora in kontrolni skupini umrlih zaradi drugih razlogov. Najpogosteje je bila preučevana sprememba trimetilacije lizina 27 na histonu 3, ki je povezana z utišanjem izražanja genov. Njeno stanje so preučili za nekatere gene, ki so že bili preučevani v povezavi s samomorilnim vedenjem. Zvišano stopnjo trimetilacije lizina 27 na histonu 3 v promotorski regiji receptorja za nevrotrofni dejavnik BDNF so zaznali pri umrlih zaradi samomora, a le v predelu frontalne možganske skorje, ne pa tudi v predelu malih možganov, kar nakazuje, da se lahko stanje močno razlikuje glede na posamezno možgansko regijo (46).

V treh raziskavah so preučevali spremembe histonov v povezavi s poliaminskim sistemom. SAT1 je encim, vpleten v razgradnjo poliaminov in je pri umrlih zaradi samomora pogosto znižano izražen. V analizi prefrontalne možganske skorje kljub temu niso pokazali razlik v stopnji trimetilacije lizina 27 na histonu 3 v promotorski regiji gena *SAT1* (17) med umrlimi zaradi samomora in kontrolno skupino umrlih zaradi drugih vzrokov, prav tako ni bilo opaznih razlik v promotorskih regijah genov za encime poliaminskega sistema *SMS* in *SMOX* (18). V prefrontalni skorji možganov so preučevali še trimetilacijo lizina 4 na histonu 3 v povezavi s štirimi geni, udeleženi v poliaminskem sistemu. Zaznana je bila zvišana stopnja trimetilacije lizina 4 na histonu 3 v genu *OAZ1* (ornitin dekarboksilaza antincim 1) pri umrlih zaradi samomora, prav tako pa je obstajala pozitivna povezava med stopnjo spremembe histonov in izražanjem gena *ARG2* (47).

Pri samomorilnem vedenju in depresiji lahko pride do motenj v komunikaciji med možganskimi celicami, imenovanimi astrociti. Ti so vključeni v vzdrževanje homeostaze možganov in nudenje podpore živčnim celicam. Astrociti med seboj komunicirajo preko tesnih celičnih stikov, ki so v glavnini sestavljeni iz beljakovin, imenovanih koneksini. V več možganskih regijah je bilo pri umrlih zaradi samomora ob primerjavi s kontrolno skupino umrlih zaradi drugih vzrokov moč opaziti znižano stopnjo izražanja dveh genov za koneksin (*CX30* in *CX43*) ob zvišani stopnji trimetilacije lizina 9 na histonu 3, ki deluje zaviralno na izražanje genov. Tako je možno, da pri samomorilnem vedenju komunikacija med možganskimi celicami ne teče ustrezno (48).

Stopnjo posttranslacijskih sprememb histonov enega od ključnih dejavnikov možganske plastičnosti, BDNF, so preučili tudi v frontalni skorji in hipokampusu umrlih zaradi samomora ter kontrolni skupini umrlih zaradi drugih vzrokov. Pri umrlih zaradi samomora so zaznali znižano stopnjo acetilacije lizina 9 in 14 na histonu 3 ter zvišano stopnjo dimetilacije lizina 27 na histonu 3, prav tako pa so zaznali manj beljakovine BDNF, kar je verjetno posledica delovanja obeh posttranslacijskih sprememb histonov (49). Možgansko plastičnost lahko opredelimo kot prilagoditev in odziv živčnih celic na okolje. Gre za individualne odzive, ki vključujejo tako tvorbo novih celic kot tudi umiranje možganskih celic. Beljakovina BDNF lahko preko signalizacije znotraj celice sproži vrsto mehanizmov,

povezanih s preživetjem živčnih celic, ohranjanjem plastičnosti in tvorbo novih povezav med živčnimi celicami. Znižano delovanje BDNF lahko tako zviša degeneracijo živčnih celic in zniža plastičnost možganov (50).

Uporaba strojnega učenja pri preučevanju samomorilnega vedenja

V zadnjem času je v porastu tudi razvoj novih pristopov in tehnologij, posebno zanimivo je področje umetne inteligence. Živimo v času hitrega tehnološkega napredka, ki je neizogibno povezan tudi s proizvodnjo ogromnih količin podatkov. Z uporabo strojnega učenja – ideje, da lahko računalnik oblikuje algoritme iz podatkov, s katerimi razpolaga – je mogoče obsežne podatke analizirati in iz njih razbrati napovedno vrednost. Z uporabo pristopov strojnega učenja so raziskovalci že pokazali, da lahko računalniški modeli prepoznajo skupino oseb s samomorilnim vedenjem in jo razlikujejo od kontrolne skupino brez samomorilnega vedenja na podlagi bioloških lastnosti in vedenja. Tako so do zdaj pristope strojnega učenja že uporabili za razlikovanje in izdelavo napovednih modelov na podlagi podatkov, kot so zapisi na družbenih omrežjih, poslovilna pisma oseb, umrlih zaradi samomora, ter podatkov, pridobljenih iz zdravstvene dokumentacije in vprašalnikov. Pristopi strojnega učenja so bili prav tako uporabljeni za raziskovanje podatkov, ki temeljijo na bioloških lastnostih oseb. Tako lahko napovedni modeli razločijo med osebami, ki so bodisi umrle zaradi samomora bodisi se pri njih pojavlja samomorilno vedenje ali ideacije, in kontrolno skupino. Razlikovanje med skupinama je mogoče na podlagi analize funkcionalne magnetne resonance (slikanja možganov in spremljanja njihove aktivnosti s pomočjo uporabe magnetnega polja), delovanja presnove osebe ali pa na podlagi njihove genetike (51).

Velik del raziskav pri preučevanju epigenetskih mehanizmov temelji na podatkih, ki so bili pridobljeni s pregledom celotnega genoma. Običajno tak način raziskovanja poda veliko količino informacij, zato je uporaba metod strojnega učenja področje, ki bo lahko pomembno doprineslo k razumevanju in napovedovanju vedenjskih vzorcev. Področje raziskovanja epigenetskih mehanizmov s pomočjo strojnega učenja je še na svojem pričetku. Primer je raziskava, v kateri so preučevali, ali lahko algoritmi strojnega učenja natančno razvrstijo osebe na podlagi njihove metilacije DNA in stanja izražanja genov. Pri tem so primerjali podatke, pridobljene iz krvi oseb, ki so izvedle samomorilni poskus, oseb z depresijo in kontrolne skupine zdravih oseb. Za razvrstitev so bili zgrajeni trije različni primerjalni modeli, s katerimi so primerjali podatke med (i) osebami, ki so poskušale storiti samomor, in osebami z depresijo, (ii) osebami z depresijo in kontrolno skupino, ter (iii) osebami, ki so poskušale storiti samomor, in kontrolno skupino.

Vsi trije modeli so z dobro natančnostjo (več kot 86-odstotna uspešnost) razvrstili osebe v pravilno skupino izključno na podlagi informacije o stanju metilacije DNA in izražanja genov (računalniški model torej ni imel podatka, kateri skupini posamezna oseba pripada) (52).

Strojno učenje je področje z velikim in ne v celoti izkoriščenim potencialom. Kljub temu obstaja upanje, da bo lahko pomagalo pri oblikovanju ustrežnejših terapevtskih pristopov in možnosti zdravljenja. Podrobnejši pregled uporabe pristopov strojnega učenja za razumevanje biološke osnove samomorilnega vedenja je na voljo v dodatni literaturi (51).

Zaključek in usmeritve za naprej

Epigenetsko uravnavanje znotraj celic je kompleksno. Preko opisa posameznih epigenetskih mehanizmov je možno razumeti zapleteno sliko – prav vsak od opisanih epigenetskih mehanizmov lahko prepreči, da bi se v celici beljakovina ustrezno izrazila in opravljala svoje naloge. Ti mehanizmi v celici tečejo hkrati in so pod strogim prostorskim in časovnim nadzorom (53).

Ena od pomanjkljivosti biološkega raziskovanja samomorilnega vedenja je tkivna specifičnost epigenetskih mehanizmov, saj so najpogosteje preučevano tkivo možgani. Raziskave samomorilnega vedenja, ki vključujejo tkivo možganov, so tako namreč omejene na posmrtno izvedbo, kar sicer omogoča večji nabor odvzetih tkiv za preiskovanje, vendar pa omejuje pomoč še živčim. V raziskave se zato pogosteje vključujejo tudi periferna tkiva, kot je kri, saj so takšna tkiva lažje dostopna tudi pri osebah s samomorilnimi ideacijami in osebah s samomorilnim vedenjem (vključno z osebami, ki so že izvedle samomorilni poskus). Cilj je, da bi raziskovalci v perifernem tkivu našli biološki označevalec, ki bi ga bilo možno zaznati oziroma izmeriti njegovo količino, in ki bi se pri osebah s samomorilnimi ideacijami ali vedenjem pojavljal bolj ali manj pogosto kot pri splošni populaciji. S pomočjo biološkega označevalca, zaznanega v perifernem tkivu, bi bilo možno pridobiti boljše razumevanje in vpogled v stanje in delovanje osrednjega živčnega sistema. Tako bi lahko služili kot biološki označevalci samomorilnega vedenja s potencialno klinično uporabo.

Žal v zadnjem desetletju na področju psihiatrije v svetovnem merilu kljub številnim poskusom ni prišlo do novih prebojev na področju bioloških označevalcev. Obstajajo biološki označevalci, povezani z duševnimi motnjami, vendar ti niso natančni in specifični. Preučevanje ravno tako otežujejo metodološke omejitve in pomanjkanje modelov *in vivo*¹¹. Gre za modele, kjer preučevanje poteka znotraj živih celic, bodisi znotraj gojenih celičnih kultur, znotraj testnih živalih ali redkeje znotraj živih ljudi. Velika prednost uporabe takih modelov v primerjavi s preučevanjem odvzetega tkiva ali posmrtnih vzorcev je vpogled v aktivno stanje in delovanje celic in organov. Možno je opazovati kompleksnost interakcij znotraj celic in organizma ter spremljati presnovo, medtem ko je pri posmrtnih vzorcih možno opazovati le stanje, kot je bilo ob točki nastopa smrti ali odvzema vzorca (54).

Posebna prizadevanja obstajajo tudi na področju personalizirane medicine – novejšem področju medicine, ki stremi k zdravljenju osebe glede na njene potrebe in močno temelji na biološki zasnovi posameznika. Cilj je, da bi se z dodatnimi pristopi personalizirane oskrbe ljudi s samomorilnim vedenjem in drugimi duševnimi motnjami izboljšala predvsem terapevtski pristop in način zdravljenja z zdravili (55).

¹¹ Slovenski pomen latinskega izraza je 'v živem'.

Reference

1. Salzberg SL. Open questions: how many genes do we have? *BMC Biol.* 2018;16(1):članek 94. doi: 10.1186/s12915-018-0564-x
2. Riggs AD, Martienssen RA, Russo VE. Epigenetic mechanisms of gene regulation. New York: Cold Spring Harbor; 1996.
3. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J idr. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers.* 2019;5(1):članek 74. doi: 10.1038/s41572-019-0121-0
4. Zai CC, de Luca V, Strauss J, Tong RP, Sakinofsky I, Kennedy JL. Genetic factors and suicidal behavior. V: Dwivedi Y, urednik. *The neurobiological basis of suicide.* Boca Raton (FL): CRC Press; 2012. str. 213–54.
5. Moore LD, Le T, Fan G. DNA methylation and its basic function. *Neuropsychopharmacology.* 2013;38(1):23–38. doi: 10.1038/npp.2012.112
6. Lander ES, Linton LM, Birren B, Nusbaum C, Zody MC, Baldwin J idr. Initial sequencing and analysis of the human genome. *Nature.* 2001;409(6822):860–921. doi: 10.1038/35057062
7. Deaton AM, Bird A. CpG islands and the regulation of transcription. *Genes Dev.* 2011;25(10):1010–22. doi: 10.1101/gad.2037511
8. Kuehner JN, Bruggeman EC, Wen Z, Yao B. Epigenetic regulations in neuropsychiatric disorders. *Front Genet.* 2019;10:članek 268. doi: 10.3389/fgene.2019.00268
9. Martin EM, Fry RC. Environmental influences on the epigenome: exposure- associated DNA methylation in human populations. *Annu Rev Public Health.* 2018;39:309–33. doi: 10.1146/annurev-publhealth-040617-014629
10. Heijmans BT, Tobi EW, Stein AD, Putter H, Blauw GJ, Susser ES idr. Persistent epigenetic differences associated with prenatal exposure to famine in humans. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2008;105(44):17046–9. doi: 10.1073/pnas.0806560105
11. Schulz LC. The Dutch Hunger Winter and the developmental origins of health and disease. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2010;107(39):16757–8. doi: 10.1073/pnas.1012911107
12. Weaver IC, Cervoni N, Champagne FA, D'Alessio AC, Sharma S, Seckl JR idr. Epigenetic programming by maternal behavior. *Nat Neurosci.* 2004;7(8):847–54. doi: 10.1038/nn1276
13. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, Dymov S, Labonté B, Szyf M idr. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci.* 2009;12(3):342–8. doi: 10.1038/nn.2270
14. Labonté B, Suderman M, Maussion G, Navaro L, Yerko V, Mahar I idr. Genome-wide epigenetic regulation by early-life trauma. *Arch Gen Psychiatry.* 2012;69(7):722–31. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.2287
15. Guintivano J, Brown T, Newcomer A, Jones M, Cox O, Maher BS idr. Identification and replication of a combined epigenetic and genetic biomarker predicting suicide and suicidal behaviors. *Am J Psychiatry.* 2014;171(12):1287–96. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.14010008
16. Maussion G, Yang J, Suderman M, Diallo A, Nagy C, Arnovitz M idr. Functional DNA methylation in a transcript specific 3'UTR region of TrkB associates with suicide. *Epigenetics.* 2014;9(8):1061–70. doi: 10.4161/epi.29068
17. Fiori LM, Turecki G. Epigenetic regulation of spermidine/spermine N1-acetyltransferase (SAT1) in suicide. *J Psychiatr Res.* 2011;45(9):1229–35. doi: 10.1016/j.jpsychires.2011.03.015
18. Fiori LM, Turecki G. Genetic and epigenetic influences on expression of spermine synthase and spermine oxidase in suicide completers. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2010;13(6):725–36. doi: 10.1017/s1461145709991167
19. Gross JA, Fiori LM, Labonté B, Lopez JP, Turecki G. Effects of promoter methylation on increased expression of polyamine biosynthetic genes in suicide. *J Psychiatr Res.* 2013;47(4):513–9. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.11.016
20. Labonté B, Lutz PE, Turecki G. Chapter 15 - The epigenetics of suicide: the critical impact of the environment on epigenetic regulation in suicide. V: Peedicayil J, Grayson DR, Avramopoulos D, uredniki. *Epigenetics in psychiatry.* Boston: Academic Press; 2014. str. 303–24. doi: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-417114-5.00015-2>
21. Labonté B, Suderman M, Maussion G, Lopez JP, Navarro-Sánchez L, Yerko V idr. Genome-wide methylation changes in the brains of suicide completers. *Am J Psychiatry.* 2013;170(5):511–20. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12050627
22. Haghghi F, Xin Y, Chanrion B, O'Donnell AH, Ge Y, Dwork AJ idr. Increased DNA methylation in the suicide brain. *Dialogues Clin Neurosci.* 2014;16(3):430–8. doi: 10.31887/DCNS.2014.16.3/jmann
23. Schneider E, El Hajj N, Müller F, Navarro B, Haaf T. Epigenetic dysregulation in the prefrontal cortex of suicide completers. *Cytogenet Genome Res.* 2015;146(1):19–27. doi: 10.1159/000435778
24. Nagy C, Suderman M, Yang J, Szyf M, Mechawar N, Ernst C idr. Astrocytic abnormalities and global DNA methylation patterns in depression and suicide. *Mol Psychiatry.* 2015;20(3):320–8. doi: 10.1038/mp.2014.21
25. Cabrera-Mendoza B, Martínez-Magaña JJ, Genis-Mendoza AD, Monroy-Jaramillo N, Walss-Bass C, Fries GR idr. Brain gene expression-DNA methylation correlation in suicide completers: preliminary results. *Rev Invest Clin.* 2020;73(3). doi: 10.24875/RIC.19003250
26. Keller S, Sarchiapone M, Zarrilli F, Videtic A, Ferraro A, Carli V idr. Increased BDNF promoter methylation in the Wernicke area of suicide subjects. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67(3):258–67. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.9

27. Keller S, Sarchiapone M, Zarrilli F, Tomaiuolo R, Carli V, Angrisano T idr. TrkB gene expression and DNA methylation state in Wernicke area does not associate with suicidal behavior. *J Affect Disord.* 2011;135(1):400–4. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.07.003>
28. Ropret S. Povezava genetskih in epigenetskih sprememb v genih nevrotrofne sistema s samomorom [doktorska disertacija]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta; 2017.
29. Kouter K, Zupanc T, Videtič Paska A. Genome-wide DNA methylation in suicide victims revealing impact on gene expression. *J Affect Disord.* 2019;253:419–25. doi: [10.1016/j.jad.2019.04.077](https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.077)
30. Kouter K. Metilacija DNA pri slovenskih moških, žrtvah samomora z obežanjem [doktorska disertacija]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta; 2019.
31. Diamantopoulos MA, Tsiakanikas P, Scorilas A. Non-coding RNAs: the riddle of the transcriptome and their perspectives in cancer. *Ann Transl Med.* 2018;6(12):članek 241. doi: [10.21037/atm.2018.06.10](https://doi.org/10.21037/atm.2018.06.10)
32. Geaghan M, Cairns MJ. MicroRNA and posttranscriptional dysregulation in psychiatry. *Biol Psychiatry.* 2015;78(4):231–9. doi: [10.1016/j.biopsych.2014.12.009](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.12.009)
33. Smalheiser NR, Lugli G, Rizavi HS, Torvik VI, Turecki G, Dwivedi Y. MicroRNA expression is down-regulated and reorganized in prefrontal cortex of depressed suicide subjects. *PLoS One* [na spletu]. 2012;7(3):članek e33201. Dostopno na: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0033201>. doi: [10.1371/journal.pone.0033201](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0033201)
34. Smalheiser NR, Lugli G, Zhang H, Rizavi H, Cook EH, Dwivedi Y. Expression of microRNAs and other small RNAs in prefrontal cortex in schizophrenia, bipolar disorder and depressed subjects. *PLoS One* [na spletu]. 2014;9(1):članek e86469. Dostopno na: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0086469>. doi: [10.1371/journal.pone.0086469](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0086469)
35. Maussion G, Yang J, Yerko V, Barker P, Mechawar N, Ernst C idr. Regulation of a truncated form of tropomyosin-related kinase B (TrkB) by Hsa-miR-185* in frontal cortex of suicide completers. *PLoS One* [na spletu]. 2012;7(6):članek e39301. Dostopno na: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0039301>. doi: [10.1371/journal.pone.0039301](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0039301)
36. Torres-Berrío A, Lopez JP, Bagot RC, Nouel D, Dal Bo G, Cuesta S idr. DCC confers susceptibility to depression-like behaviors in humans and mice and is regulated by miR-218. *Biol Psychiatry.* 2017;81(4):306–15. doi: [10.1016/j.biopsych.2016.08.017](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2016.08.017)
37. Aschrafi A, Verheijen JM, Gordebeke PM, Olde Loohuis NF, Menting K, Jager A idr. MicroRNA-326 acts as a molecular switch in the regulation of midbrain urocortin 1 expression. *J Psychiatry Neurosci.* 2016;41(5):342–53. doi: [10.1503/jpn.150154](https://doi.org/10.1503/jpn.150154)
38. Lopez JP, Fiori LM, Gross JA, Labonte B, Yerko V, Mechawar N idr. Regulatory role of miRNAs in polyamine gene expression in the prefrontal cortex of depressed suicide completers. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2014;17(1):23–32. doi: [10.1017/s1461145713000941](https://doi.org/10.1017/s1461145713000941)
39. Roy B, Wang Q, Palkovits M, Faludi G, Dwivedi Y. Altered miRNA expression network in locus coeruleus of depressed suicide subjects. *Sci Rep.* 2017;7(1):članek 4387. doi: [10.1038/s41598-017-04300-9](https://doi.org/10.1038/s41598-017-04300-9)
40. Gorinski N, Bijata M, Prasad S, Wirth A, Abdel Galil D, Zeug A idr. Attenuated palmitoylation of serotonin receptor 5-HT1A affects receptor function and contributes to depression-like behaviors. *Nat Commun.* 2019;10(1):članek 3924. doi: [10.1038/s41467-019-11876-5](https://doi.org/10.1038/s41467-019-11876-5)
41. Saeedi S, Israel S, Nagy C, Turecki G. The emerging role of exosomes in mental disorders. *Transl Psychiatry.* 2019;9(1):članek 122. doi: [10.1038/s41398-019-0459-9](https://doi.org/10.1038/s41398-019-0459-9)
42. Kouter K, Paska AV. Biomarkers for suicidal behavior: miRNAs and their potential for diagnostics through liquid biopsy - a systematic review. *Epigenomics.* 2020;12(24):2219–35. doi: [10.2217/epi-2020-0196](https://doi.org/10.2217/epi-2020-0196)
43. Rothbart SB, Strahl BD. Interpreting the language of histone and DNA modifications. *Biochim Biophys Acta, Gene Regul Mech.* 2014;1839(8):627–43. doi: [10.1016/j.bbagr.2014.03.001](https://doi.org/10.1016/j.bbagr.2014.03.001)
44. Kouzarides T. Chromatin modifications and their function. *Cell.* 2007;128(4):693–705. doi: [10.1016/j.cell.2007.02.005](https://doi.org/10.1016/j.cell.2007.02.005)
45. Ganguly S, Seth S. A translational perspective on histone acetylation modulators in psychiatric disorders. *Psychopharmacology (Berl).* 2018;235(7):1867–73. doi: [10.1007/s00213-018-4947-z](https://doi.org/10.1007/s00213-018-4947-z)
46. Ernst C, Chen ES, Turecki G. Histone methylation and decreased expression of TrkB.T1 in orbital frontal cortex of suicide completers. *Mol Psychiatry.* 2009;14(9):830–2. doi: [10.1038/mp.2009.35](https://doi.org/10.1038/mp.2009.35)
47. Fiori LM, Gross JA, Turecki G. Effects of histone modifications on increased expression of polyamine biosynthetic genes in suicide. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2012;15(8):1161–6. doi: [10.1017/s1461145711001520](https://doi.org/10.1017/s1461145711001520)
48. Nagy C, Torres-Platas SG, Mechawar N, Turecki G. Repression of astrocytic connexins in cortical and subcortical brain regions and prefrontal enrichment of H3K9me3 in depression and suicide. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2017;20(1):50–7. doi: [10.1093/ijnp/pyw071](https://doi.org/10.1093/ijnp/pyw071)
49. Misztak P, Pańczyzyn-Trzewik P, Nowak G, Sowa-Kućma M. Epigenetic marks and their relationship with BDNF in the brain of suicide victims. *PLoS One* [na spletu]. 2020;15(9):članek e0239335. Dostopno na: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0239335>. doi: [10.1371/journal.pone.0239335](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239335)

50. Yang T, Nie Z, Shu H, Kuang Y, Chen X, Cheng J idr. The role of BDNF on neural plasticity in depression. *Front Cell Neurosci.* 2020;14:[82 str]. doi: 10.3389/fncel.2020.00082
51. Videtič Paska A, Kouter K. Machine learning as the new approach in understanding biomarkers of suicidal behavior. *Bosnian J Basic Med Sci.* 2020:[11 str.]. doi: 10.17305/bjbms.2020.5146
52. Bhak Y, Jeong HO, Cho YS, Jeon S, Cho J, Gim JA idr. Depression and suicide risk prediction models using blood-derived multi-omics data. *Transl Psychiatry.* 2019;9(1):članek 262. doi: 10.1038/s41398-019-0595-2
53. Allis CD, Jenuwein T. The molecular hallmarks of epigenetic control. *Nat Rev Genet.* 2016;17(8):487–500. doi: 10.1038/nrg.2016.59
54. Lozupone M, Seripa D, Stella E, La Montagna M, Solfrizzi V, Quaranta N idr. Innovative biomarkers in psychiatric disorders: a major clinical challenge in psychiatry. *Expert Rev Proteomics.* 2017;14(9):809–24. doi: 10.1080/14789450.2017.1375857
55. Bragazzi NL. Rethinking psychiatry with OMICS science in the age of personalized P5 medicine: ready for psychiatome? *Philos Ethics Humanit Med.* 2013;8:članek 4. doi: 10.1186/1747-5341-8-4

Nevrobiologija samomorilnosti

Alja Videtič Paska, Jurij Bon, Katarina Kouter, Peter Pregelj

Ključni poudarki poglavja

- Kljub temu da samomorilno vedenje ni nujno povezano s prisotnostjo duševne motnje, lahko na nevrobiološki ravni pri samomorilnih posameznikih opazamo podobne spremembe kot pri motnjah razpoloženja.
- Strukturne in funkcijske spremembe v možganskih področjih, ki jih opazamo pri depresiji in samomorilnem vedenju, so podobne spremembam, ki se pojavljajo pri kroničnem stresu.
- Nevrobiološke spremembe, ki se povezujejo s samomorilnim vedenjem, se nanašajo na spremembe v delovanju nevrokemičnih sistemov prenašalcev živčnih impulzov, strukturi in delovanju osrednjega živčevja, hormonskih osi, metabolizmu maščob, procesih vnetja, plastičnosti živčevja in različnih poteh celičnega signaliziranja.

Povzetek

Samomorilno vedenje ni nujno povezano z duševnimi motnjami, vendar depresija sodi med najpogostejše duševne motnje, povezane z njim. Samomorilno vedenje in depresivno razpoloženje sta kompleksni duševni stanji, pri katerih se prepletajo biološki in okoljski dejavniki. Zaradi kompleksnosti vpletenih duševnih procesov je biološke podlage samomorilnega vedenja in depresije težko preučevati. V nevrobioloških raziskavah so delno ponazorjene z modelom kroničnega stresa. Strukturne spremembe možganov, ki so bolj izražene pri samomorilnem vedenju v primerjavi s strukturnimi spremembami bolnikov z depresijo, vključujejo lezije bele možganovine, manjši volumen orbitofrontalne skorje, amigdale, bazalnih ganglijev in korpus kalozuma¹. Ugotovljene pa so bile tudi spremembe v sistemih prenašalcev živčnih impulzov, kot so serotonin (5-HT), glutamat in γ -aminomaslena kislina (GABA), pri beljakovinah, povezanih z vzdrževanjem nevroplastičnosti² možganov, v metabolizmu maščob in poliaminov ter nenazadnje v vnetnem procesu.

Uvod

Samomorilnost je kompleksno človeško vedenje, ki ga lahko razlagamo na različnih ravneh. Pogosto se povezuje s prisotnostjo duševnih motenj, vendar te za razvoj samomorilnega vedenja niso nujne. Psihološki procesi, ki se povezujejo s samomorilnostjo (več o tem v poglavju 10), so nedvomno odvisni od življenjskih okoliščin in intimnih doživljanj posameznika, nanje pa pomembno vplivajo različni vidiki biološke nagnjenosti, ki povečujejo tveganje za razvoj samomorilnega vedenja (slika 9.1). V epidemioloških raziskavah v zadnjem desetletju so pokazali, da se nagnjenost k razvoju samomorilnega vedenja nedvomno deduje, in to neodvisno od nagnjenosti k razvoju duševnih motenj. Vpliv dedovanja ocenjujejo na 17–36 % (1). Podobno kot pri drugih kompleksnih človeških vedenjih je dedovanje poligeno, z majhnimi vplivi posameznih genov, ki so povezani

¹ V poglavju je navedenih več strokovnih nevroanatomskih izrazov, ki se v slovenski jezik ne prevajajo. Za podrobnejšo opredelitev teh izrazov je primerna strokovna literatura.

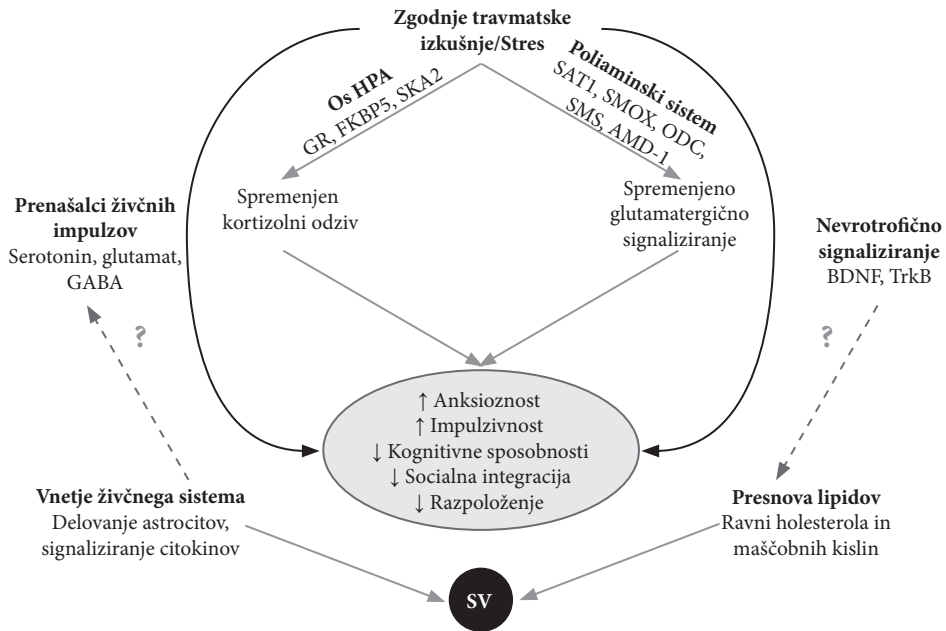
² Nevroplastičnost je vseživljenjska zmožnost možganov, da na podlagi novih izkušenj prerazporejajo živčne poti.

s specifičnimi osebnostnimi lastnostmi, kot so anksioznost, impulzivnost in agresivnost (2, 3). Na biološki ravni se vpleteni geni povezujejo z razvojem živčevja in njegovim delovanjem, imunološkimi boleznimi in vnetnim odgovorom organizma (4). Epigenetske spremembe izražanja genov so nujne za normalen razvoj možganov, vendar lahko preko njih negativni stresorji prispevajo tudi k razvoju duševnih motenj. Zanimarjanje, telesna ali spolna zloraba otrok v zgodnjem otroštvu se, verjetno zaradi podobnih mehanizmov, povezujejo tudi s poznejšim razvojem samomorilnega vedenja (5). Omenjeni vplivi sodijo med distalne dejavnike razvoja samomorilnega vedenja, ki pogojujejo manj ustrezne odzive na bolj proksimalne dejavnike pozneje v življenju (6). Glede na raziskave pri živalih je možno tudi, da stresni dejavniki v zgodnjem otroštvu neposredno vplivajo na razvoj omenjenih osebnostnih lastnosti, ki se povezujejo z večjim tveganjem za samomorilno vedenje (7). Pomemben dejavnik, ki je povezan z negativnimi stresorji v zgodnjem otroštvu, spremembami strukture in delovanja možganov ter tveganjem za samomorilno vedenje, pa so tudi različne motnje kognitivnih procesov, med njimi predvsem izvršilnih sposobnosti (reševanje problemov in načrtovanje) in spomina (8).

Za razumevanje nevrobiološke podlage samomorilnosti je nujno povezovanje znanja o procesih, ki se odvijajo na različnih ravneh delovanja organizma. Vzorci spremenjene možganske aktivnosti so pogojeni s spremembami molekularnih procesov v določenih tipih celic (9). Aktivnost osrednjega živčevja je ob tem povezana z drugimi telesnimi sistemi in sovpliva na spremembe v njih. V zadnjih treh desetletjih so bile opravljene številne raziskave, na podlagi katerih so raziskovalci s primerjavo posameznikov s samomorilnim vedenjem in brez njega ugotovili spremembe v delovanju nevrokemičnih sistemov prenašalcev živčnih impulzov, strukture in delovanja osrednjega živčevja, hormonskih osi, kot je os hipotalamus–hipofiza–nadledvična žleza (os HPA), metabolizmu maščob, procesih vnetja, plastičnosti živčevja in različnih poteh celičnega signaliziranja (10).

Navkljub relativno velikemu številu nevrobioloških raziskav samomora pa je raziskovanje samomorilnosti v temelju pomembno omejeno z dejstvom, da je samomorilnost relativno redek pojav. Zaradi tega jo je težko preučevati neodvisno od spremljajočih dejavnikov in komorbidnih bolezni. V velikem deležu raziskav se tako samomorilnost obravnava pri posameznikih, ki imajo tudi katero od duševnih motenj, najpogosteje depresijo.

Biološke spremembe predstavljajo podlago za vedenjske spremembe. Prizadevanja za razumevanje bioloških dejavnikov, ki se povezujejo s samomorom, so osredotočena na opisovanje procesov, ki pogojujejo vedenjske spremembe, in prepoznavanje potencialnih bioloških tarč, ki vplivajo na spremembo vedenja. Identifikacija bioloških označevalcev samomora bi lahko omogočila bolj specifično obravnavo samomorilnega vedenja najbolj ogroženih oseb. Z uporabo najsodobnejše tehnologije je mogoče preučevati zares širok nabor različnih bioloških značilnosti, povezanih s samomorom ali povečanim tveganjem za samomor, in povezovati spremenjene mehanizme v ločenih ravneh nevroanatomskih sprememb, genomskih značilnosti in specifičnih interakcij med beljakovinami (9).



Slika 9.1. Biološke poti, povezane s samomorilnostjo

(Prirejeno in ponatisnjeno z dovoljenjem; Lutz PE, Mechawar N, Turecki G. Neuropathology of suicide: recent findings and future directions. *Mol Psychiatry*. 2017;22(10):1395-412 doi:10.1038/mp.2017.141)

BDNF – možganski nevrotrofični dejavnik, TrkB – receptor za BDNF, GR – glukokortikoidni receptor, FKBP5 – FKBP prolif-izomeraza 5, SKA2 – z vretenom in kinetohorjem povezane beljakovine, SAT1 – spermidin/spermin N1-acetiltransferaza 1, SMOX – spermin oksidaza, ODC – ornitin dekarboksilaza, SMS – spermin sintaza, AMD-1 – S-adenozilmetionin dekarboksilaza, ↓ – znižano, ↑ – zvišano, SV – samomorilno vedenje

Predlaganih je bilo več bioloških dejavnikov, ki naj bi prispevali k tveganju za samomorilno vedenje (SV). Travmatske izkušnje v zgodnjem obdobju življenja (11) vplivajo na sisteme stresnega odziva (os hipotalamus–hipofiza–nadledvična žleza (HPA) in poliaminski sistem), kar se odraža v spremembah na ravni vedenjskih procesov (anksioznost, impulzivnost, kognitivne sposobnosti, socialna integracija in depresivno razpoloženje). Spremembe so bile opažene tudi v nevrotrofičnih³ poteh in poteh prenašalcev živčnih impulzov. Prav tako so bile opažene spremembe pri vnetju živčevja in presnovi lipidov. Ti dejavniki, interakcije med njimi in prekrivajoči se fenotipi (kar ni prikazano na sliki) delujejo skupaj in vplivajo na verjetnost za samomorilno vedenje (9).

Neurobiološki sistemi, moteni pri depresiji, in povezava s tistimi pri samomoru

Samomorilno vedenje in depresivno razpoloženje sta kompleksni duševni stanji, pri katerih se prepletajo biološki in okoljski dejavniki. Biološki dejavniki se izražajo med drugim tudi skozi strukturne in funkcijske spremembe v osrednjem živčevju in endokrinem sistemu, predvsem v področjih, ki so tudi sicer vpletena v uravnavanje čustvovanja (5). Med distalne dejavnike nastanka samomorilnega vedenja sodijo tako genetski vplivi kot zgodnje travmatske izkušnje. Preko epigenetskih mehanizmov vplivajo na izražanje genov, ki sodelujejo pri razvoju duševnih motenj ali vedenjskih in osebnostnih lastnosti, ki se povezujejo s samomorilnim vedenjem. Na dejansko izražanje samomorilnega vedenja pozneje v življenju vplivajo še proksimalni dejavniki, kot so na primer spremembe v delovanju sistemov prenašalcev živčnih impulzov ali trenutni stresni dejavniki v okolju. Zaradi kompleksnosti vpletenih duševnih procesov je biološke podlage samomorilnega vedenja in depresije težko preučevati. V neurobioloških raziskavah jih delno ponazarjamo z modelom kroničnega stresa.

³ Med nevrotrofične dejavnike sodijo molekule, ki spodbujajo preživetje nevronov, uravnavajo pa tudi številne druge vloge, povezane z razvojem in delovanjem nevronov, vključno z oblikovanjem sinaps in sinaptične plastičnosti.

Strukturne in funkcijske spremembe v možganih oseb z depresijo

S slikovnimi raziskavami so pri zdravih prostovoljcih identificirali možganska področja, ki so vpletena v uravnavanje čustvovanja (12). V ožje omrežje sodijo ventromedialni in orbitofrontalni deli prefrontalne skorje, anteriorna cingulna skorja, jedro accumbens in amigdala. V širšem omrežju so z njimi povezana tudi druga področja (hipokampus, ventralno tegmentalno področje, septum, posteriorni deli cingulne skorje, anteriorni deli inzule in temporalnega režnja) (slika 9.2). V možganih bolnikov z depresijo opažajo atrofijo v področjih hipokampusa, cingulne, orbitofrontalne in ventromedialne prefrontalne skorje. Izrazitost strukturnih sprememb je odvisna od trajanja nezdravljene depresije (13). Funkcijska slikanja kažejo, da so deli omrežja, kot sta amigdala in subgenualna cingulna skorja, med depresijo lahko tudi hiperaktivni, kar je povezano z izraženostjo depresije in se ublaži ob zdravljenju z antidepresivi. Spremembe aktivnosti so opažali tudi v medialnih in ventralnih predelih, kot sta orbitofrontalna in ventrolateralna prefrontalna skorja, ki morda odražajo notranje kompenzatorne mehanizme za uravnavanje razpoloženja. Dorsalni predeli prefrontalne skorje so med depresijo manj aktivni. V subkortikalnih področjih so opažali hiperaktivnost v talamusu ter hipoaktivnost in atrofijo tkiva v kavdatnem jedru in ventralnem striatumu (14).

Prefrontalna skorja

- ↓ aktivnosti
- ↓ volumna sive možganovine
- Funkcijske Δ v orbitofrontalni skorji
- Δ gostote celičnih tipov
- ↑ aktivnost makrofagov

Anteriorna cingulna skorja

- Δ v gostoti mikroglije
- Hipertrofija astrocitov v dorsalni beli možganovini
- Nizko intenzivno vnetje?
- Morfološke Δ piramidalnih nevronov v VI. plasti

Amigdala

- ↑ v možganskem pretoku krvi in metabolizmu glukoze
- Δ volumna
- ↑ volumen BLA
- ↓ gostota mikroglije
- Δ nevroplastičnosti

Hipokampus

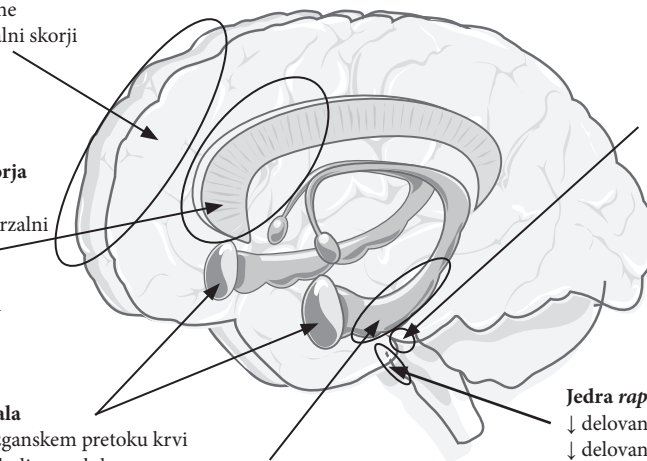
- ↓ volumen
- ↓ nevrogeneza v DG
- Δ zorenju/preživetju zrnatih nevronov
- Δ celična gostota CA

Locus coeruleus

- ↑ TH
- ↓ glutamatnih transporterjev
- ↑ podenot NMDA receptorjev

Jedra raphe

- ↓ delovanje serotonina
- ↓ delovanje 5-HT eceptorjev
- ↑ TPH



Slika 9.2. Možganska področja, vpletena pri depresiji in samomorilnem vedenju

(Prirejeno in ponatisnjeno z dovoljenjem; Lutz PE, Mechawar N, Turecki G. Neuropathology of suicide: recent findings and future directions. *Mol Psychiatry*. 2017;22(10):1395-412 doi:10.1038/mp.2017.141)

BLA – bazolateralna amigdala, CA – cornu amonis, DG – dentatni girus; 5-HT – 5-hidroksitriptamin (serotonin), NMDA – N-metil-D-aspartat, TH – tirozin hidroksilaza, TPH – triptofan hidroksilaza, ↓ – znižano, ↑ – zvišano, Δ – sprememba

Pri veliki depresivni motnji in samomorilnem vedenju je vpletenih več možganskih področij. Spremembe so vidne v prefrontalni skorji, anteriorni cingulni skorji, amigdali, hipokampusu, jedrih raphe in locus coeruleusu. V to so vključene spremembe volumna, celične morfologije in gostote, možna vnetja, spremenjena funkcionalnost ter spremembe stopnje izražanja mRNA in beljakovin (9, 15).

Model kroničnega stresa

Kakšna je vloga omenjenih področij pri uravnavanju čustvovanja? V raziskavah o vplivu stresa na delovanje možganov so ugotovili, da možgani v običajnih, nestresnih ali malo stresnih razmerah delujejo na specifičen način. Prefrontalna skorja je z drugimi oddaljenimi področji možganov, ki so pomembna za čustvovanje, povezana v ločena omrežja. Ventralni in medialni predeli sodelujejo bolj neposredno pri uravnavanju čustvovanja, dorzalni in lateralni predeli pa bolj pri abstraktnem mišljenju in usmerjeni voljni dejavnosti (16). Vsi deli prefrontalne skorje so tudi med seboj dobro povezani, tako da se v nestresnih razmerah ustvari specifično ravnotežje delovanja in vplivanja na druga možganska področja. Prefrontalna skorja modulira sproščanje monoaminskih prenašalcev živčnih impulzov iz jeder v možganskem deblu, ki preko povratnih nevronske projekcije vplivajo na delovanje različnih področij skorje, med drugim tudi na prefrontalno skorjo samo. Vzpostavi se homeostatični povratni krog in zdravo ravnotežje med temi strukturami. V stresnih razmerah se ravnotežje poruši. Amigdala postane veliko bolj aktivna, samostojno spodbuja monoaminska jedra k večjemu izločanju dopamina in noradrenalina. Povečano izločanje monoaminov začne ovirati delovanje prefrontalne skorje, obenem pa še dodatno okrepi delovanje amigdale. Vzpostavi se novo, drugačno ravnotežje, pozitivni povratni krog, v katerem odpušča kontrolni procesi prefrontalne skorje, kot so delovni spomin, nadzor nad pozornostjo in voljnimi dejavnostmi. Okrepi se refleksno vedenje, ki je povezano z neposrednimi zunanjimi dražljaji in pogojeno s strahom. Počasnejše in premišljeno delovanje nadomestijo bolj refleksni, hitrejši čustveni odzivi (16). Amigdala v večji meri sprošča tudi kortikotropin, sproščujoči hormon (angl. corticotropin releasing hormone; CRH), ki deluje kot hormon v endokrinem sistemu, obenem pa v različnih možganskih področjih tudi kot prenašalec živčnih impulzov. Vedenjski učinki CRH se ujemajo z omenjenim, od amigdale pogojenim vedenjem. Vključujejo povečano anksioznost, pojavljanje strahu pred novim in zmanjšanje libida. V endokrinem sistemu deluje CRH na os hipotalamusa, hipofize in nadledvične žleze, ki uravnava dolgoročni odziv organizma na izpostavljenost stresorjem s sproščanjem glukokortikoidov kot stresnih hormonov. Povečano sproščanje glukokortikoidov negativno vpliva na nevroplastičnost, delovanje imunskega sistema in metabolizem glukoze, kar dolgoročno škoduje telesnemu zdravju. Glukokortikoidi, kot je kortizol, so citotoksični za obstoječe nevrone hipokampusa, obenem zavirajo tudi nastajanje in preživetje novih nevronov (17). Pomemben dejavnik pri vplivu kortizola je število nanj odzivnih receptorjev v možganskih področjih. Večja gostota receptorjev za kortizol v hipokampusu po principu negativne povratne zanke omejuje sproščanje dodatnega kortizola, kar varuje organizem pred pretirano burnimi odzivi na izpostavitve stresorjem. Na število receptorjev za kortizol vplivajo tudi epigenetski mehanizmi, preko katerih se lahko izražajo vplivi distalnih dejavnikov v razvoju samomorilnega vedenja (*več o tem v poglavju 8*). Ugotovili so na primer, da se pri osebah, ki so doživele hudo zlorabo v otroštvu, poveča metilacija regulatornega področja receptorjev za kortizol NR3C1 v hipokampusu (18, 19). Spremembe v izločanju stresnih hormonov pomembno vplivajo na delovanje imunskega sistema, ki je spremenjeno tudi pri posameznikih s samomorilnim vedenjem. Vnetni procesi vplivajo na uravnavanje razpoloženja in vedenja preko sprememb v delovanju glutamatnih nevronov, presnovkov kinureninske poti in spremenjenih vnetnih procesov v osrednjem živčevju. Na nastanek vnetnih sprememb, ki jih opažamo pri posameznikih s samomorilnim vedenjem, vplivajo različni mehanizmi. Sprožijo jih lahko avtoimunski procesi, stres ali travmatske poškodbe možganov, ali različni zunanji patogeni, ki prodrejo v živčevje (nevtropni patogeni) (20).

Razlike v delovanju in strukturi možganov pri depresiji in samomorilnem vedenju

Strukturne spremembe v možganskih področjih, ki se pojavljajo pri kroničnem stresu, so podobne strukturnim in funkcijskim spremembam, ki jih opažamo pri depresiji in samomorilnem vedenju. S slikovnimi raziskavami lahko neposredno primerjamo osebe z depresijo, ki so poskušale narediti samomor, z osebami z depresijo, pri katerih samomorilno vedenje ni izraženo. Na ta način lahko delno ločimo specifične nevrobiološke podlage samomorilnega vedenja od širših motenj uravnavanja razpoloženja (21), vendar je tako razlikovanje težavno, ker se samomorilno vedenje pri depresiji pojavlja relativno redko. Med kognitivne procese, ki so pomembni za razvoj samomorilnega vedenja, sodijo motnje kognitivne kontrole in odločanja, pomembna pa je tudi pretirana občutljivost na negativne socialne dražljaje (22, 23).

Strukturne spremembe možganov, ki so bolj izražene pri samomorilnem vedenju kot pri osebah z depresijo, vključujejo subkortikalne in periventrikularne lezije bele možganovine, manjši volumen orbitofrontalne skorje, amigdale, bazalnih ganglijev in korpus kalozuma (21). V raziskavi z magnetnoresonančnim slikanjem, ki je vključevala tri skupine mladostnikov, so ugotovili pomembne razlike med skupinami v površini prefrontalne, temporalne in parietalne skorje ter v prostornini več subkortikalnih jeder. Pri mladostnikih, ki so že poskušali narediti samomor, so v primerjavi z mladostniki z depresijo in zdravimi vrstniki opazili korelacijo med starostjo in debelino temporalne skorje in desne inzule ter med starostjo in prostornino desnega putamna (24). V metaanalizi⁴ slikovnih raziskav s preko tri tisoč preiskovanci, za katere so bili na voljo podatki o samomorilnosti in prisotnosti velike depresivne epizode, so ugotovili, da imajo osebe z depresijo, ki so poročale o samomorilnih načrtih ali poskusih, manjšo skupno intrakranialno prostornino v primerjavi s kontrolno skupino, nakazovala pa sta se tudi trenda bolj specifičnih sprememb, manjše prostornine subkortikalnih struktur in večje prostornine možganskih prekatov v primerjavi s kontrolno skupino. Med osebami z depresijo s samomorilnim vedenjem ali brez njega niso ugotovili pomembnih razlik v prostornini možganov (25).

Funkcijska slikanja zajemajo tako delovanje možganov v mirovanju in med kognitivno aktivnostjo kot določanje ravni prenašalcev živčnih impulzov, transportnih proteinov in receptorjev (26). Funkcijskih slikovnih raziskav je v primerjavi s strukturnimi manj, njihovi izsledki izpostavljajo zmanjšano aktivnost prefrontalne skorje, spremembe v reaktivnosti na čustvene dražljaje v delih prefrontalne in cingulate skorje ter slabšo povezanost teh področij z drugimi deli možganov (21). Vpletena možganska področja in omrežja sicer služijo različnim kognitivnim procesom, med njimi tistim, ki so pomembni pri razvoju samomorilnega vedenja – presoji, odločanju, uravnavanju čustvovanja in predvidevanju nagrajevalnega učinka (27).

Možno je, da so v razvoj samomorilnega vedenja vpletene motnje v nevroplastičnosti amigdale. Pri bolnikih z depresijo opažajo povečan krvni pretok, metabolizem glukoze in povečano prostornino amigdale. Verjetno so za to odgovorne spremembe v razmerjih števila različnih celic amigdale, kar interpretirajo kot odraz procesov nevroplastičnosti. Pri bolnikih z depresijo je povišana tudi koncentracija različnih beljakovin, ki se povezujejo z nevroplastičnostjo. Pri depresivnih bolnikih, ki so naredili samomor, teh sprememb ne opažajo, zato sklepajo, da so pri njih procesi nevroplastičnosti v amigdali morda zavrti (1).

⁴ Metaanalize so raziskave, v katerih so sistematično zbrani in ponovno celovito analizirani rezultati številnih raziskav.

Sistemi prenašalcev živčnih impulzov in samomorilnost

Prenašalci živčnih impulzov so molekule, ki živčni signal prenesejo od živčne celice do njene tarče, ki je lahko živčna celica ali pa katera druga vrsta celic, npr. mišična. Prenašalci živčnih impulzov se shranjujejo v veziklih v presinaptični živčni celici in se ob spremembi akcijskega potenciala živčne celice sprostijo v sinapso. V sinapsi se nato vežejo na postsinaptične ali presinaptične receptorje. Signalizacija s prenašalci živčnih impulzov se prekine z razgradnjo teh molekul ali pa s privzemom molekul v presinaptično celico, kjer se ponovno shranijo v veziklih in so na voljo za sproščanje ob naslednjem signalu. V osrednjem živčnem sistemu je najpomembnejši ekscitatorni prenašalec živčnih impulzov glutamat, inhibitorni pa GABA. Med modulatornimi sistemi, ki uravnavajo delovanje obeh omenjenih osnovnih sistemov nevronov, je v povezavi s samomorilnostjo zagotovo najbolj preučen serotoninški sistem.

Serotoninški sistem

Evolucijsko gledano je serotoninški sistem zelo star. Vključen je v več vedenjskih, fizioloških in patoloških mehanizmov kot katerikoli drug prenašalec živčnih impulzov. Motnje uravnavanja njegovega delovanja pa so povezane s številnimi nevropsihiatričnimi motnjami. Pomanjkanje 5-HT je bilo tudi v klinični obravnavi povezano z depresijo, anksioznostjo, impulzivnostjo, samomorilnimi poskusi in shizofrenijo. Poleg tega pa je 5-HT vpleten tudi v uravnavanje endokrinega sistema in odgovora na stres (28).

Znižane ravni presnovnega produkta 5-HT, 5-hidroksiindolacetne kisline (5-HIAA), so bile ugotovljene v likvorju oseb z depresijo, shizofrenijo in osebnostnimi motnjami, ki so poskušale narediti samomor. Na podlagi teh rezultatov, torej znižane ravni 5-HIAA, predvidevajo, da je znižana signalizacija s 5-HT povezana s samomorilnim vedenjem oseb z duševnimi motnjami. Tudi v raziskavah na možganskem tkivu umrlih zaradi samomora so potrdili podobno: znižane vrednosti 5-HT in 5-HIAA (29). Nadalje so ugotovili, da bi bila kompenzacijska mehanizma lahko povišano število serotonergičnih nevronov in zvišano izražanje ključnega encima za sintezo 5-HT – triptofan hidroksilaze 2. Tako pri poskusih samomora kot samomoru je očitna pristnost pomanjkanja 5-HT (7, 29). Zaradi tesnega prepletanja pojavnosti depresije in samomorilnosti je razlike v neurobiološkem ozadju obeh težko dobro opredeliti. V primeru serotoninškega receptorja 1A in serotoninškega prenašalca so zaenkrat ugotovili, da pri osebah s samomorilnim vedenjem v primerjavi z depresivnimi osebami brez samomorilnega vedenja prihaja do razlik v izražanju genov (7). V posmrtnih raziskavah umrlih zaradi samomora so ugotovili, da je vezava serotoninškega prenašalca znižana, vezava serotoninškega receptorja 1A in 2A pa zvišana v skorji anteriornega cingulum in ventralni prefrontalni skorji (30, 31). Tudi v raziskavah na živih osebah so ugotovili, da je privzem triptofana (aminokislina, iz katere se sintetizira 5-HT) znižan v ventralni in medialni prefrontalni skorji in povezan s stopnjo samomorilnega vedenja (29). Nadalje pa so pokazali tudi, da sta agresivno in impulzivno vedenje, ki sta pogosta spremljevalca samomorilnega vedenja, povezana z nizko ravno serotonina (9).

Glutamat in GABA

Prefrontalna skorja in limbični sistem podpirata procese kognitivnega nadzora, uravnavanja čustvovanja in razpoloženja, zato ne presenečajo številni dokazi o strukturnih in funkcijskih spremembah v teh predelih tako pri depresiji kot samomorilnem vedenju (21, 32). Nevrokemični mehanizmi spremenjenega delovanja so manj jasni. Najverjetneje je, da glavno vlogo igra spremenjeno ravnotežje v delovanju ekscitatornih glutamatnih in

inhibitornih gabaergičnih nevronskega sistema ob spremembah v delovanju serotoninskih, noradrenalinskih in dopaminskih modulatornih sistemov (33). Z genetskimi raziskavami so potrdili spremembe v izražanju genov glutamatnih prenašalcev (*SLC1A2*, *SLC1A3*) in glutamat-amoniak ligaze (*GLUL*) (34) ter spremembe v številu različnih glutamatnih in receptorskih podenot GABA-A (35) v omenjenih možganskih področjih, predvsem v dorzolateralni prefrontalni in anteriorni cingulatni skorji (9). V poznejših metodološko ustrežnejših raziskavah, ki so neposredno primerjale osebe z depresijo s samomorilnim vedenjem in brez njega, so ugotovili specifične vzorce sprememb. V dorzolateralni prefrontalni skorji je bilo opazno povečano izražanje omenjenih genov pri vseh bolnikih, v anteriorni cingulatni skorji pa le pri depresivnih bolnikih s samomorilnim vedenjem (36). Podoben specifični vzorec so opazili tudi pri spremembah gena za podenoto receptorja GABA-A, ki so bile omejene na frontopolarno skorjo (37).

Zdravila, ki delujejo na glutamatni sistem, imajo pomembne antidepresivne učinke. Ketamin deluje zelo hitro, zanimivo pa je, da ima poleg antidepresivnega učinka verjetno tudi dodatni, specifičen učinek na zmanjšanje izraženosti samomorilnega vedenja (38, 39).

Signalizacija z nevrotrofini in samomorilnost

Med nevrotrofini je v povezavi s samomorilnostjo najpogosteje preiskovan možganski nevrotrofni dejavnik (ang. brain-derived neurotrophic factor; BDNF), v manjšem obsegu pa tudi njegov receptor tirozin kinaza B (TrkB). Na splošno naj bi veljalo, da so vrednosti BDNF v serumu oseb, ki so poskušale narediti samomor, znižane (40), a rezultati so si nasprotujoči. V nedavni metaanalizi povezave s samomorilnim poskusom niso potrdili (41). Poleg serumskih vrednosti BDNF so v povezavi s samomorilnostjo preučevali tudi raven izražanja gena. V posmrtnih raziskavah na možganih umrlih zaradi samomora so ugotovili znižano izražanje celotnih prepisov genov *BDNF* in *TrkB* (42, 43). Prav raven izražanja genov pa so precej dobro povezali s statusom metiliranosti genov (*več o tem v poglavju 8*) tako pri umrlih zaradi samomora (44) kot pri osebah s samomorilnim vedenjem in depresijo (45).

Metabolizem maščob in samomorilnost

Skoraj četrtina vsega holesterola v telesu se nahaja v osrednjem živčnem sistemu (46). Holesterol je pomemben gradnik celičnih membran, deluje kot prekursor neurosteroidov in je vključen v uravnavanje nevroplastičnosti (47). Nizka raven serumskega holesterola (pod 160 mg/dl) naj bi bila povezana z impulzivnostjo, agresivnostjo in tudi samomorom. Vplivala naj bi na znižanje centralne serotoninske aktivnosti, kar bi lahko bilo posledično povezano z nasilnim vedenjem (47, 48). Znižano raven holesterola so izmerili v možganih umrlih zaradi samomora (49) in tudi v cerebrospinalni tekočini oseb, ki so poskušale narediti samomor (50). Poleg tega pa so pri osebah z moteno sintezo in metabolizmom holesterola ugotovili pogostejše samopoškodovano vedenje in povišano tveganje za samomor v primerjavi z osebami, kjer motnje v sintezi in metabolizmu holesterola niso prisotne (51, 52). Med mnogimi geni, ki kodirajo beljakovine, vpletene v biosintezo in transport holesterola, je le nekaj potencialnih kandidatnih genov: geni za 3-hidroksi-3-metilglutaril CoA (HMG-CoA) reduktazo (encim, odgovoren za katalizo prve stopnje v biosintezi holesterola), 7-dehidroholesterol reduktazo (7-DHCR) (katalizira zadnjo stopnjo v biosintetski poti holesterola), lipoprotein lipazo (LPL) (hidrolizira trigliceride v proste maščobne kisline), receptor za lipoprotein nizke gostote (LDLR) (uravnava

plazemsko raven holesterola) in apolipoprotein E (apoE) (odgovoren za transport lipidov v obtoku) (48). Kljub pomembnim rezultatom, ki kažejo na potencialni pomen holesterola in drugih lipidov v povezavi s samomorilnostjo, pa so rezultati raziskav še vedno precej heterogeni (9).

Med maščobnimi molekulami so bile v povezavi s samomorilnostjo in razpoloženjem preučevane tudi večkrat nenasičene maščobne kisline, ki so v možganih povezane s tvorbo sinaps in prenosom signala. Biološki mehanizmi delovanja večkrat nenasičenih maščobnih kislin v patogenezi psihiatričnih motenj bi lahko bili povezani s spremembo razmerja med trikrat nenasičenimi maščobnimi kislinami in holesterolom v strukturah celičnih membran, imenovanih lipidni rafti. Sprememba njihove strukture namreč vpliva na delovanje receptorjev, ionskih kanalčkov in prenašalcev. Povišano razmerje med šestkrat in trikrat nenasičenimi maščobnimi kislinami lahko povzroči provnetno stanje preko aktivacije receptorjev TLR (angl. Toll-like receptors) in jedrnih prepisovalnih dejavnikov, kar vodi v vnetne procese živčevja in spremembe v uravnavanju osi HPA (10). Vnetje pa je npr. preko interleukinov lahko povezano s serotoninskim sistemom. Ugotovili so denimo korelacijo med interleukinom 6 in dejavnikom tumorske nekroze (TNF- α) s 5-HIAA in homovanilno kislino v likvorju (29).

Poliamini in samomorilnost

Poleg osi HPA je bil poliaminski sistem, ki prav tako predstavlja pot odgovora na stres, precej preučevan v povezavi s samomorilnostjo. Poliamini so molekule z dvema, tremi ali štirimi aaminskimi skupinami. Mednje prištevamo agmatin, putrescin, spermidin in spermin. Raven poliaminov je natančno uravnavana z dvema ključnima encimoma: ornitin dekarboksilazo (ODC1), ki je prvi encim v sintezi poliaminov, in spermidin/spermin N1-acetiltransferazo 1 (SAT1), ki določa hitrost razgradnje poliaminov (53, 54).

Poliamini so vključeni v številne celične procese, kot so uravnavanje izražanja genov in njihove posttranskripcijske modifikacije, uravnavanje sinaptične aktivnosti ter uravnavanje ionskih kanalčkov, ki so vključeni v vzdražnost nevronske mreže in tako vplivajo na sisteme prenašalcev živčnih impulzov, kot so glutamam, GABA, kateholamini in dušikov oksid. Poleg naštetega pa agmatin deluje tudi kot prenašalec živčnih impulzov, saj menijo, da je antagonist receptorjev N-metil D-aspartata (NMDA), veže pa se tudi na receptorje za acetilholin, imidazolin in serotonin. Agmatin naj bi imel antidepresivne, anksiolitične, antiepileptične, protiventne in nevroprotektivne lastnosti. Podobno kot agmatin naj bi imel tudi putrescin antidepresiven učinek preko receptorjev NMDA (53, 54). Ob fizičnem, hormonskem ali čustvenem stresu se aktivira poliaminski sistem (t. i. poliaminski stresni odgovor), pri tem pride do povišanega izražanja agmatina in putrescina tako v osrednjem živčnem sistemu kot tudi v perifernih tkivih. Zvišane vrednosti teh dveh poliaminov v možganih bi tako lahko imele antidepresivno in anksiolitično delovanje, verjetno preko uravnavanja vnetnega odgovora (9). Po drugi strani pa prisotnost kroničnega stresa vpliva tudi na povišanje ravni spermidina in spermina, ki se sicer pri akutnem stresu ne povišata. Prav v povezavi s samomorom so ugotovili značilno povišane vrednosti putrescina in spermina v možganih umrlih zaradi samomora (54). Spremenjeno izražanje predvsem SAT1, a tudi drugih encimov, vključenih v metabolizem poliaminov, je bilo ugotovljeno v možganih umrlih zaradi samomora (9).

Citokini – molekule imunskega odziva – in samomorilnost

Citokini so majhne signalne beljakovine, ki sodelujejo v procesu komunikacije med celicami. Izdelujejo in izločajo jih raznolike vrste celic, posebno pomembne pa so celice imunskega sistema, ki citokine uporabljajo kot sporočevalne molekule. Poznamo preko 300 različnih citokinov, ki so razdeljeni v podskupine kemokinov, limfokinov, interferonov in rastnih dejavnikov. Delujejo lahko provnetno ali protivnetno, njihovo delovanje lahko tako spodbuja ali zavira vnetni odziv. Že zelo nizke koncentracije citokinov imajo lahko močne učinke. Citokini delujejo sporočevalno na krajše razdalje, in sicer tako, da se vežejo na receptor, ki se nahaja na površini celice, kar sproži kaskado signalnih poti znotraj celice. Posamezni tip citokinov se lahko veže na različne tipe receptorjev, prav tako pa se lahko različni tipi citokinov vežejo na enak tip receptorja. Če se isti tip citokina veže na različne tipe receptorjev, ima lahko vsaka vezava za posledico drugačen učinek, odvisno od tipa receptorja. Delovanje citokinov je zato kompleksno in sodeluje pri vzdrževanju ustrezne homeostaze (55).

Z odzivom na stres je tesno povezano tudi delovanje imunskega sistema, zato ne preseneča dejstvo, da je v številnih raziskavah preučevan tudi vpliv imunskega sistema (predvsem vnetnega odziva) na samomorilnost (11). Možgani so od imunskega sistema ločeni s krvno-možgansko pregrado, ki v normalnih razmerah preprečuje celicam imunskega sistema, da bi prosto prehajale znotraj možganov. V možganih so se tako razvili dodatni mehanizmi nevroidimunskega odziva, ki temeljijo na celicah glia, in so deloma prevzeli vlogo celic imunskega sistema v možganih. Glia celice lahko proizvajajo citokine, prav tako imajo na svoji površini receptorje, na katere se citokini lahko vežejo. Do sedaj še ni povsem razjasnjeno, v kolikšni meri lahko citokini prehajajo iz ostalih predelov telesa v možgane, poznani pa so primeri citokinov, ki lahko prehajajo krvno-možgansko pregrado. Citokini tako lahko delujejo tudi kot sporočilni posrednik med perifernim in možganskim imunskim sistemom (56). Citokini so povezani tudi z delovanjem prenašalcev živčnih impulzov, saj vplivajo na sintezo, sproščanje in ponovni privzem prenašalcev živčnih impulzov in tako pomembno sooblikujejo sporočevalne poti znotraj možganov. Citokini lahko aktivirajo kinureninsko pot (kar posredno vpliva na stopnjo triptofana in posledično nižjo stopnjo serotonina) ter so udeleženi pri regulaciji dopamina in glutamata (57).

Citokini pomembno sodelujejo pri delovanju imunskega sistema, njihovo moteno delovanje pa je bilo do zdaj povezano s številnimi duševnimi in nevrološkim stanji, kot so depresija, bipolarna motnja, shizofrenija in Alzheimerjeva bolezen (58). Spremenjeno delovanje citokinov je povezano tudi s samomorilnostjo.

Interlevkini in samomorilnost

Interlevkini so citokini, ki jih izločajo bele krvne celice imunskega sistema. Ob poimenovanju interlevkinov je prevladovalo mnenje, da izvirajo in sodelujejo predvsem pri komunikaciji med levkociti, poznejše raziskave pa so potrdile njihov širši celični izvor. Njihovi glavni nalogi sta aktivacija in diferenciranje celic imunskega sistema, prav tako pa so udeleženi v procesih zorenja, pritrjevanja in potovanja celic med vnetnim in imunskim odzivom telesa.

Z največ raziskavami so v povezavi s samomorilnostjo preučevali interlevkin 6 in interlevkin 1 β . Z rezultati metaanaliz so pokazali, da se v krvi oseb, ki so izkazovale samomorilnost, nahaja višja količina interlevkina 1 β kot pri osebah z duševnimi motnjami, ki niso izkazovale samomorilnosti. Prav tako se je v krvi oseb, ki so izkazovale samomorilnost, nahajala višja količina interlevkina 6 in interlevkina 10 kot pri zdravi kontrolni skupini. Podobno stanje

so zaznali tudi v možganih, kjer so pri umrlih zaradi samomora opazili višjo količino interleukina 1 β in interleukina 6 v primerjavi s kontrolno skupino oseb, ki niso umrle za posledicami samomora. Raven citokinov je možno preučevati tudi v cerebrospinalni tekočini, kjer so pri osebah, ki so izkazovale samomorilnost, zaznali znižano količino interleukina 8 v primerjavi z zdravo kontrolno skupino (59). Manj pogosto je preučevan tudi interleukin 2, ki se v krvi oseb z zgodovino samomorilnega vedenja nahaja v nižji količini kot pri osebah z depresijo, ki ne izkazujejo samomorilnosti (60).

Kemokini in samomorilnost

Ime kemokinov izvira iz njihove lastnosti kemotaksičnosti. Kemotaksa je sposobnost, da se posamezne celice gibljejo glede na smer koncentracijskega gradienta kemotaktičnih molekul proti višji ali nižji koncentraciji. Kemokini tako usmerjajo celice imunskega sistema, da potujejo na mesto, kjer je potrebno njihovo delovanje. O vpletenosti kemokinov v samomorilnost je znanega manj kot o interleukinih.

V krvi oseb z depresijo in samomorilnimi ideacijami so zaznali znižano količino dveh kemokinov (CCL2 in CCL5) in zvišano količino kemokina CCL11 v primerjavi z osebami z depresijo, ki ideacij niso imele. Več raziskav je preučevalo kemokine v cerebrospinalni tekočini. Pri osebah z depresijo in samomorilnim vedenjem so zaznali znižano količino kemokina CXCL8 v primerjavi z osebami z depresijo v odsotnosti samomorilnega vedenja. V drugi raziskavi so preučevali stanje kemokinov pri osebah, ki so v zadnjih dveh tednih poskušale narediti samomor, ter rezultate primerjali z zdravo kontrolno skupino in osebami z duševnimi motnjami. Pri osebah z nedavnim samomorilnim poskusom so zaznali nižjo količino kemokinov CCL11, CCL2, CCL4, CCL13 in CCL17 v primerjavi s kontrolno skupino. Pomembno pa je poudariti, da je v tej raziskavi le eden od kemokinov, CCL17, omogočal razlikovanje med osebami z nedavnim samomorilnim vedenjem in osebami z duševnimi motnjami brez samomorilnega vedenja, kar nakazuje vpletenost citokinov tudi pri razvoju drugih duševnih motenj, ki se pogosto pojavljajo skupaj s samomorilnostjo. Spet druge raziskave pa niso zaznale statistične povezave med kemokini in samomorilnostjo, torej se količina kemokinov med skupinami preiskovancev ni razlikovala (61).

Možgansko-črevesna os: vpliv mikrobiote na duševno zdravje

V človeškem prebavnem traktu se nahaja bilijon mikrobov, drobnih organizmov, ki niso vidni s prostim očesom. Njihovo število je znotraj telesa tako visoko, da presega število človeku lastnih celic; torej se znotraj telesa nahaja več mikrobnih kot pa človeških celic (62). Taka skupina mikrobov se imenuje mikrobiota in je sestavljena iz raznovrstnih organizmov, kot so alge, glive, virusi in bakterije, slednje so najbolj preučevane v sklopu mikrobiote. Mikrobiota igra pomembno vlogo znotraj telesa in je nujno potrebna za njegovo normalno delovanje. Sodeluje pri prebavi hrane in presnovi, občutku sitosti, uravnavanju imunskega sistema ter čustvovanju in vedenju (63).

Mikrobiota se nahaja na viskozni sluzi, ki obdaja površino črevesnega lumna⁵. Sluz ob pomoči imunskega sistema preprečuje, da bi mikrobiota lahko prehajala do celic črevesja in povzročila morebitne okužbe, vseeno pa omogoča medsebojno komunikacijo celic in mikrobiote preko izmenjave molekul, kot so citokini (predvsem kemokini), kratkoverižne maščobne kisline in prenašalci živčnih impulzov.

⁵ Lumen ali svetlina je notranja površina cevastega organa.

Prav tako lahko črevesje preko različnih mehanizmov, kot je vezava določenih molekul na površino mikrobiote, prepozna in loči med seboj bakterije, ki so za človeka koristne, in bakterije, ki so lahko zanj nevarne (64).

Posamezniki se med seboj razlikujejo tudi po sestavi mikrobov, ki gradijo mikrobioto črevesja. Ta se izoblikuje v prvih nekaj letih življenja, v otroštvu velik vpliv predstavljajo način poroda (vaginalno rojstvo ali carski rez) in prehrana (dojenje ali formula) ter izpostavljenost bakterijskim ali virusnim okužbam (65). V odrasli dobi na raznovrstnost in količino mikroorganizmov, ki sestavljajo mikrobioto, dodatno vplivajo prehrana, stopnja fizične aktivnosti, stres, splošno zdravstveno stanje, uživanje zdravil (predvsem uporaba antibiotikov, pa tudi zdravila za zdravljenje duševnih motenj, kot so antidepresivi), genetska zasnova in starost (63).

Komunikacija med možgani in črevesjem poteka v obeh smereh, vendar pa način komunikacije še ni povsem poznan. Možgansko-črevesna os je sestavljena iz mikrobiote prebavnega trakta, celic imunskega in neuroendokrinega sistema, tkiva črevesja, avtonomnega živčnega sistema (simpatično in parasimpatično), črevesnega živčnega sistema in možganov. Komunikacija tako lahko poteka po mehanizmih imunskega sistema, endokrinega sistema ali živčnega sistema (63).

Sprememba sestave mikrobiote in njene posledice so povezane z bolezenskimi stanji. V bolezenska stanja vodijo različni mehanizmi, med drugimi lahko porušena mikrobiota lahko vodi v spremenjen vnetni odziv telesa, spremenjena je lahko tudi aktivacija stresne osi, saj stresni dogodki lahko vplivajo na mikrobioto (66). Poleg tega je mikrobiota vpletena tudi v ustrezen razvoj krvno-možganske pregrade (67). Z vidika preučevanja duševnih motenj je pomembno tudi dejstvo, da lahko bakterije, ki sestavljajo mikrobioto, izdelujejo prenašalce živčnih impulzov, kot so dopamin, serotonin, noradrenalin in γ -aminobutanojska kislina (68).

Večina raziskav o vplivu mikrobiote na duševno zdravje je bila izvedena na živalskih modelih, novejša raziskava pa so usmerjene tudi na preučevanje ljudi. Dodatek probiotikov⁶, katerih cilj je ponovno vzpostaviti ustrezno mikrobioto v črevesju, je izboljšal razpoloženje oseb z blagimi depresivnimi simptomi ali anksioznostjo v primerjavi s kontrolno skupino oseb, ki so namesto probiotika uživale placebo, ki ni vseboval bakterij. Prav tako pa so raziskovalci zaznali spremenjeno sestavo mikrobiote pri osebah z depresijo ali bipolarno motnjo (69).

Sindrom prepustnega črevesja opisuje zvišano prepustnost črevesne stene, zaradi katere lahko mikroorganizmi in molekule na njihovi površini prehajajo iz lumna črevesja v njegovo notranjost, kar lahko sproži vnetni odziv. Na podlagi merjenja količine nekaterih bioloških označevalcev v krvi lahko raziskovalci ocenijo, ali je prišlo do zvišane prepustnosti črevesja. V primerjavi rezultatov oseb z nedavnim samomorilnim poskusom, oseb z veliko depresivno motnjo brez izkazovanja samomorilnega vedenja in zdravih oseb so pri osebah z nedavnim samomorilnim poskusom zaznali spremenjeno količino bioloških označevalcev, povezanih z uravnavanjem prepustnosti tankega črevesja in poškodbami celic črevesja, kar nakazuje na spremenjeno prepustnost črevesja pri samomorilnem vedenju (70).

⁶ Probiotik je skupek živih mikroorganizmov, običajno v obliki prehranskega dopolnila ali prehranskega izdelka.

Zaključek in usmeritve za naprej

Zaenkrat različno dobro razumemo spremembe v delovanju posameznih omrežij osrednjega živčnega sistema, ki bi lahko bile povezane s samomorilnim vedenjem. Znotraj teh omrežij so bile ugotovljene strukturne in funkcijske spremembe, pa tudi spremembe v delovanju sistemov prenašalcev živčnih impulzov ter hormonskih osi, plastičnosti živčevja, vnetnih procesov ter delovanja in metabolizma drugih molekul, kot so maščobe in poliamini. Mehanizmi delovanja še niso povsem pojasnjeni in rezultati raziskav so neenotni. Samomorilno vedenje povezujemo s stresom, na mehanizem odziva na stres pa vplivajo številni dejavniki, kot so genetika, tip stresa (akutni ali kronični), prisotnost duševnih motenj ali avtoimunih bolezni ter travmatski dogodki v otroštvu. K razumevanju sprememb v možganih, ki bi jih lahko povezali s samomorilnostjo, že prispevajo in bodo tudi v prihodnosti prispevale raziskave o molekularnih mehanizmih samomorilnih dogodkov in seveda raziskave o učinkovanju zdravljenja z zdravili. Lep primer je zdravljenje z litijem, ki deluje preko dopaminergične, glutamatergične in GABA-ergične poti, zviša pa tudi raven nevroprotektivnih dejavnikov. Litij zmanjšuje samomorilnost oseb z razpoloženskimi motnjami, zniževal pa naj bi tudi agresivno in impulzivno vedenje, ki sta tesno povezana s samomorilnim vedenjem (5). Nadaljevanje tovrstnih raziskav bo v prihodnosti doprineslo k bolj poglobljenemu razumevanju delovanja možganov in sprememb, povezanih s samomorilnostjo, pri čemer pa bo pomembno dobro opredeliti klinične in psihološke dejavnike tveganja (t. i. endofenotipe) ter tako izboljšati napovedne dejavnike in zdravljenje.

Reference

1. Tidemalm D, Runeson B, Waern M, Frisell T, Carlstrom E, Lichtenstein P idr. Familial clustering of suicide risk: a total population study of 11.4 million individuals. *Psychol Med.* 2011;41(12):2527-34. doi: 10.1017/S0033291711000833
2. McGirr A, Alda M, Seguin M, Cabot S, Lesage A, Turecki G. Familial aggregation of suicide explained by cluster B traits: a three-group family study of suicide controlling for major depressive disorder. *Am J Psychiatry.* 2009;166(10):1124-34. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.08111744
3. Mann JJ, Arango VA, Avenevoli S, Brent DA, Champagne FA, Clayton P idr. Candidate endophenotypes for genetic studies of suicidal behavior. *Biol Psychiatry.* 2009;65(7):556-63. doi: 10.1016/j.biopsych.2008.11.021
4. Coon H, Darlington TM, DiBlasi E, Callor WB, Ferris E, Fraser A idr. Genome-wide significant regions in 43 Utah high-risk families implicate multiple genes involved in risk for completed suicide. *Mol Psychiatry.* 2018;25(11):3077-90. doi: 10.1038/s41380-018-0282-3
5. Turecki G. The molecular bases of the suicidal brain. *Nat Rev Neurosci.* 2014;15(12):802-16. doi: 10.1038/nrn3839
6. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med.* 2000;30(1):23-39. doi: 10.1017/S003329179900135X
7. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J idr. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers.* 2019;5(1):članek 74. doi: 10.1038/s41572-019-0121-0
8. Richard-Devantoy S, Berlim MT, Jollant F. Suicidal behaviour and memory: a systematic review and meta-analysis. *World J Biol Psychiatry.* 2015;16(8):544-66. doi: 10.3109/15622975.2014.925584
9. Lutz PE, Mechawar N, Turecki G. Neuropathology of suicide: recent findings and future directions. *Mol Psychiatry.* 2017;22(10):1395-412. doi: 10.1038/mp.2017.141
10. Capuzzi E, Caldirelli A, Capellazzi M, Tagliabue I, Buoli M, Clerici M. Biomarkers of suicidal behaviors: a comprehensive critical review. *Adv Clin Chem.* 2020;96:179-216. doi: 10.1016/bs.acc.2019.11.005
11. Ganaça L, Oquendo MA, Tyrka AR, Cisneros-Trujillo S, Mann JJ, Sublette ME. The role of cytokines in the pathophysiology of suicidal behavior. *Psychoneuroendocrinology.* 2016;63:296-310. doi: 10.1016/j.psyneuen.2015.10.008
12. Pessoa L. On the relationship between emotion and cognition. *Nat Rev Neurosci.* 2008;9(2):148-58. doi: 10.1038/nrn2317
13. Sheline YI, Gado MH, Kraemer HC. Untreated depression and hippocampal volume loss. *Am J Psychiatry.* 2003;160(8):1516-8. doi: 10.1176/appi.ajp.160.8.1516

14. Drevets WC. Neuroimaging and neuropathological studies of depression: implications for the cognitive-emotional features of mood disorders. *Curr Opin Neurobiol.* 2001;11(2):240-9. doi: 10.1016/S0959-4388(00)00203-8
15. Smart, Servier Medical Art [na spletu]. [Suresnes]: Les Laboratoires Servier, SAS; [citirano 6. 7. 2021]. Dostopno na: <https://smart.servier.com>
16. Arnsten AF. Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nat Rev Neurosci.* 2009;10(6):410-22. doi: 10.1038/nrn2648
17. Berton O, Nestler EJ. New approaches to antidepressant drug discovery: beyond monoamines. *Nat Rev Neurosci.* 2006;7(2):137-51. doi: 10.1038/nrn1846
18. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, Dymov S, Labonte B, Szyf M idr. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci.* 2009;12(3):342-8. doi: 10.1038/nn.2270
19. Roy A, Gorodetsky E, Yuan Q, Goldman D, Enoch MA. Interaction of FKBP5, a stress-related gene, with childhood trauma increases the risk for attempting suicide. *Neuropsychopharmacology.* 2010;35(8):1674-83. doi: 10.1038/npp.2009.236
20. Brundin L, Erhardt S, Bryleva EY, Achtyes ED, Postolache TT. The role of inflammation in suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand.* 2015;132(3):192-203. doi: 10.1111/acps.12458
21. van Heeringen K, Mann JJ. The neurobiology of suicide. *Lancet Psychiatry.* 2014;1(1):63-72. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70220-2
22. Richard-Devantoy S, Berlim MT, Jollant F. A meta-analysis of neuropsychological markers of vulnerability to suicidal behavior in mood disorders. *Psychol Med.* 2014;44(8):1663-73. doi: 10.1017/S0033291713002304
23. Jollant F, Lawrence NS, Giampietro V, Brammer MJ, Fullana MA, Drapier D idr. Orbitofrontal cortex response to angry faces in men with histories of suicide attempts. *Am J Psychiatry.* 2008;165(6):740-8. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.07081239
24. Gifuni AJ, Chakravarty MM, Lepage M, Ho TC, Geoffroy MC, Lacourse E idr. Brain cortical and subcortical morphology in adolescents with depression and a history of suicide attempt. *J Psychiatry Neurosci.* 2021;46(3):E347-57. doi: 10.1503/jpn.200198
25. Renteria ME, Schmaal L, Hibar DP, Couvy-Duchesne B, Strike LT, Mills NT idr. Subcortical brain structure and suicidal behaviour in major depressive disorder: a meta-analysis from the ENIGMA-MDD working group. *Transl Psychiatry.* 2017;7(5):članek e1116. doi: 10.1038/tp.2017.84
26. Desmyter S, van Heeringen C, Audenaert K. Structural and functional neuroimaging studies of the suicidal brain. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2011;35(4):796-808. doi: 10.1016/j.pnpbp.2010.12.026
27. Tanaka SC, Doya K, Okada G, Ueda K, Okamoto Y, Yamawaki S. Prediction of immediate and future rewards differentially recruits cortico-basal ganglia loops. *Nat Neurosci.* 2004;7(8):887-93. doi: 10.1038/nn1279
28. Popova NK, Naumenko VS. Neuronal and behavioral plasticity: the role of serotonin and BDNF systems tandem. *Expert Opin Ther Targets.* 2019;23(3):227-39. doi: 10.1080/14728222.2019.1572747
29. Mann JJ. The serotonergic system in mood disorders and suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2013;368(1615):članek 20120537. doi: 10.1098/rstb.2012.0537
30. Arango V, Underwood MD, Mann JJ. Serotonin brain circuits involved in major depression and suicide. *Prog Brain Res.* 2002;136:443-53. doi: 10.1016/S0079-6123(02)36037-0
31. Carballo JJ, Akamnonu CP, Oquendo MA. Neurobiology of suicidal behavior. An integration of biological and clinical findings. *Arch Suicide Res.* 2008;12(2):93-110. doi: 10.1080/1381110701857004
32. Zhang H, Wei X, Tao H, Mwansisya TE, Pu W, He Z idr. Opposite effective connectivity in the posterior cingulate and medial prefrontal cortex between first-episode schizophrenic patients with suicide risk and healthy controls. *PLoS One* [na spletu]. 2013;8(5):članek e63477. Dostopno na: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0063477>. doi: 10.1371/journal.pone.0063477
33. Ghosal S, Hare B, Duman RS. Prefrontal cortex GABAergic deficits and circuit dysfunction in the pathophysiology and treatment of chronic stress and depression. *Curr Opin Behav Sci.* 2017;14:1-8. doi: 10.1016/j.cobeha.2016.09.012
34. Bernard R, Kerman IA, Thompson RC, Jones EG, Bunney WE, Barchas JD idr. Altered expression of glutamate signaling, growth factor, and glia genes in the locus coeruleus of patients with major depression. *Mol Psychiatry.* 2011;16(6):634-46. doi: 10.1038/mp.2010.44
35. Duric V, Banasr M, Stockmeier CA, Simen AA, Newton SS, Overholser JC idr. Altered expression of synapse and glutamate related genes in post-mortem hippocampus of depressed subjects. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2013;16(1):69-82. doi: 10.1017/S1461145712000016
36. Zhao J, Verwer RW, Gao SF, Qi XR, Lucassen PJ, Kessels HW idr. Prefrontal alterations in GABAergic and glutamatergic gene expression in relation to depression and suicide. *J Psychiatr Res.* 2018;102:261-74. doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.04.020
37. Poulter MO, Du L, Weaver IC, Palkovits M, Faludi G, Merali Z idr. GABAA receptor promoter hypermethylation in suicide brain: implications for the involvement of epigenetic processes. *Biol Psychiatry.* 2008;64(8):645-52. doi: 10.1016/j.biopsych.2008.05.028

38. Ionescu DF, Swee MB, Pavone KJ, Taylor N, Akeju O, Baer L idr. Rapid and sustained reductions in current suicidal ideation following repeated doses of intravenous ketamine: secondary analysis of an open-label study. *J Clin Psychiatry*. 2016;77(6):e719-25. doi: 10.4088/JCP.15m10056
39. Wilkinson ST, Ballard ED, Bloch MH, Mathew SJ, Murrrough JW, Feder A idr. The effect of a single dose of intravenous ketamine on suicidal ideation: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2018;175(2):150-8. doi: 10.1176/appi.ajp.2017.17040472
40. Grah M, Mihanovic M, Ruljancic N, Restek-Petrovic B, Molnar S, Jelavic S. Brain-derived neurotrophic factor as a suicide factor in mental disorders. *Acta Neuropsychiatr*. 2014;26(6):356-63. doi: 10.1017/neu.2014.27
41. Eisen RB, Perera S, Banfield L, Anglin R, Minuzzi L, Samaan Z. Association between BDNF levels and suicidal behaviour: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2015;4:članek 187. doi: 10.1186/s13643-015-0179-z
42. Banerjee R, Ghosh AK, Ghosh B, Bhattacharyya S, Mondal AC. Decreased mRNA and protein expression of BDNF, NGF, and their receptors in the hippocampus from suicide: an analysis in human postmortem brain. *Clin Med Insights Pathol*. 2013;6:1-11. doi: 10.4137/CPath.S12530
43. Dwivedi Y, Rizavi HS, Conley RR, Roberts RC, Tamminga CA, Pandey GN. Altered gene expression of brain-derived neurotrophic factor and receptor tyrosine kinase B in postmortem brain of suicide subjects. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(8):804-15. doi: 10.1001/archpsyc.60.8.804
44. Keller S, Sarchiapone M, Zarrilli F, Videtic A, Ferraro A, Carli V idr. Increased BDNF promoter methylation in the Wernicke area of suicide subjects. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(3):258-67. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.9
45. Kang HJ, Kim JM, Lee JY, Kim SY, Bae KY, Kim SW idr. BDNF promoter methylation and suicidal behavior in depressive patients. *J Affect Disord*. 2013;151(2):679-85. doi: 10.1016/j.jad.2013.08.001
46. Dietschy JM. Central nervous system: cholesterol turnover, brain development and neurodegeneration. *Biol Chem*. 2009;390(4):287-93. doi: 10.1515/BC.2009.035
47. Cantarelli Mda G, Tramontina AC, Leite MC, Gonçalves CA. Potential neurochemical links between cholesterol and suicidal behavior. *Psychiatry Res*. 2014;220(3):745-51. doi: 10.1016/j.psychres.2014.10.017
48. Lalovic A, Sequeira A, DeGuzman R, Chawky N, Lesage A, Seguin M idr. Investigation of completed suicide and genes involved in cholesterol metabolism. *J Affect Disord*. 2004;79(1-3):25-32. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00453-6
49. Lalovic A, Levy E, Luheshi G, Canetti L, Grenier E, Sequeira A idr. Cholesterol content in brains of suicide completers. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2007;10(2):159-66. doi: 10.1017/S1461145706006663
50. Jokinen J, Nordström AL, Nordström P. Cholesterol, CSF 5-HIAA, violence and intent in suicidal men. *Psychiatry Res*. 2010;178(1):217-9. doi: 10.1016/j.psychres.2008.07.020
51. Diaz-Stransky A, Tierney E. Cognitive and behavioral aspects of Smith-Lemli-Opitz syndrome. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 2012;160C(4):295-300. doi: 10.1002/ajmg.c.31342
52. Freemantle E, Mechawar N, Turecki G. Cholesterol and phospholipids in frontal cortex and synaptosomes of suicide completers: relationship with endosomal lipid trafficking genes. *J Psychiatr Res*. 2013;47(2):272-9. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.10.019
53. Limon A, Mamdani F, Hjelm BE, Vawter MP, Sequeira A. Targets of polyamine dysregulation in major depression and suicide: activity-dependent feedback, excitability, and neurotransmission. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016;66:80-91. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.04.010
54. Gross JA, Turecki G. Suicide and the polyamine system. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2013;12(7):980-8. doi: 10.2174/18715273113129990095
55. Becher B, Spath S, Goverman J. Cytokine networks in neuroinflammation. *Nat Rev Immunol*. 2017;17(1):49-59. doi: 10.1038/nri.2016.123
56. Tian L, Ma L, Kaarela T, Li Z. Neuroimmune crosstalk in the central nervous system and its significance for neurological diseases. *J Neuroinflammation*. 2012;9:članek 155. doi: 10.1186/1742-2094-9-155
57. Miller AH, Haroon E, Raison CL, Felger JC. Cytokine targets in the brain: impact on neurotransmitters and neurocircuits. *Depress Anxiety*. 2013;30(4):297-306. doi: 10.1002/da.22084
58. Stuart MJ, Singhal G, Baune BT. Systematic review of the neurobiological relevance of chemokines to psychiatric disorders. *Front Cell Neurosci*. 2015;9:članek 357. doi: 10.3389/fncel.2015.00357
59. Black C, Miller BJ. Meta-analysis of cytokines and chemokines in suicidality: distinguishing suicidal versus nonsuicidal patients. *Biol Psychiatry*. 2015;78(1):28-37. doi: 10.1016/j.biopsych.2014.10.014
60. Janelidze S, Mattei D, Westrin Å, Träskman-Bendz L, Brundin L. Cytokine levels in the blood may distinguish suicide attempters from depressed patients. *Brain Behav Immun*. 2011;25(2):335-9. doi: 10.1016/j.bbi.2010.10.010
61. Stuart MJ, Baune BT. Chemokines and chemokine receptors in mood disorders, schizophrenia, and cognitive impairment: a systematic review of biomarker studies. *Neurosci Biobehav Rev*. 2014;42:93-115. doi: 10.1016/j.neubiorev.2014.02.001
62. Sender R, Fuchs S, Milo R. Are we really vastly outnumbered? Revisiting the ratio of bacterial to host cells in humans. *Cell*. 2016;164(3):337-40. doi: 10.1016/j.cell.2016.01.013

63. Rea K, Dinan TG, Cryan JF. Gut microbiota: a perspective for psychiatrists. *Neuropsychobiology*. 2020;79(1):50-62. doi: 10.1159/000504495
64. Fasano A, Shea-Donohue T. Mechanisms of disease: the role of intestinal barrier function in the pathogenesis of gastrointestinal autoimmune diseases. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol*. 2005;2(9):416-22. doi: 10.1038/npgasthep0259
65. Borre YE, O'Keefe GW, Clarke G, Stanton C, Dinan TG, Cryan JF. Microbiota and neurodevelopmental windows: implications for brain disorders. *Trends Mol Med*. 2014;20(9):509-18. doi: 10.1016/j.molmed.2014.05.002
66. Bailey MT. Influence of stressor-induced nervous system activation on the intestinal microbiota and the importance for immunomodulation. *Adv Exp Med Biol*. 2014;817:255-76. doi: 10.1007/978-1-4939-0897-4_12
67. Braniste V, Al-Asmakh M, Kowal C, Anuar F, Abbaspour A, Tóth M idr. The gut microbiota influences blood-brain barrier permeability in mice. *Sci Transl Med*. 2014;6(263):članek 263ra158. doi: 10.1126/scitranslmed.3009759
68. Strandwitz P. Neurotransmitter modulation by the gut microbiota. *Brain Res*. 2018;1693(Pt B):128-33. doi: 10.1016/j.brainres.2018.03.015
69. Järbrink-Sehgal E, Andreasson A. The gut microbiota and mental health in adults. *Curr Opin Neurobiol*. 2020;62:102-14. doi: 10.1016/j.conb.2020.01.016
70. Ohlsson L, Gustafsson A, Lavant E, Suneson K, Brundin L, Westrin Å idr. Leaky gut biomarkers in depression and suicidal behavior. *Acta Psychiatr Scand*. 2019;139(2):185-93. doi: 10.1111/acps.12978

Psihološki dejavniki samomorilnosti

Tina Podlogar

Ključni poudarki poglavja

- Pri razvoju samomorilnega vedenja imajo svojo vlogo različni psihološki dejavniki. Psihološke teorije ponujajo razlage njihovega delovanja ob upoštevanju sovplivanja dejavnikov z drugih področij.
- Samomorilne misli se lahko pojavijo, ko posameznik doživlja bolečino. Kot osrednja značilnost samomorilnega vedenja je bila prepoznana predvsem psihična bolečina, ki jo posameznik doživlja kot neznosno, vendar so s samomorilnimi mislimi lahko povezane tudi druge vrste bolečine.
- Ključni dejavnik pri razvoju samomorilnih misli je tudi brezup. Ob doživljanju bolečine se namreč samomorilne misli pojavijo, če posameznik meni, da se situacija v prihodnosti ne bo izboljšala.
- Na pojav ali stopnjevanje samomorilnih misli vpliva tudi (ne)zadovoljenost psiholoških potreb v medosebnih odnosih, zlasti (ne)povezanost z drugimi ljudmi. Socialna podpora in povezanost lahko pripomoreta k prepoznavi možnih rešitev, kar prepreči razvoj brezupa, nemoči in razmišljanja o samomoru.
- Samomorilne misli se lahko stopnjujejo v samomorilni poskus ali smrt zaradi samomora, če je prisotna zmožnost za samomor. Ta je odvisna od doživljanja bolečih življenjskih izkušenj in drugih dejavnikov, npr. občutljivosti za bolečino, izpostavljenosti samomorilnemu vedenju, dostopa do sredstev za samomor.

Povzetek

Razvoj razumevanja psihologije samomorilnega vedenja se je začel z opisom značilnosti samomorilno ogroženih oseb (Shneidman je v pionirskem delu izpostavil predvsem neznosno psihično bolečino). Raziskovalci so se nato osredotočili na preučevanje številnih psiholoških dejavnikov tveganja in varovalnih dejavnikov, v zadnjem času pa predvsem na natančnejše razumevanje vloge posameznih dejavnikov pri razvoju samomorilnega vedenja. Kognitivna teorija in kognitivni model samomorilnosti opisujeta vlogo specifičnih spoznavnih procesov (npr. negativnih prepričanj, brezupa in fiksacije pozornosti¹) ter spremljajočega čustvenega stanja – hude stiske. Teorija krika bolečine izpostavlja pomen občutkov poraženosti, ujetosti in nerešljivosti v stresni situaciji, kar vodi v doživljanje nemoči in posledično samomorilne misli oz. ideacijo². Medosebna teorija samomorilnega vedenja poudarja vlogo medosebnih odnosov; doživljanje pomanjkanja pripadnosti in občutka biti v breme prispeva k razvoju samomorilnih misli, medtem ko je za stopnjevanje do samomorilnega vedenja ključnega pomena pridobljena zmožnost za samomor. Z vpeljavo koncepta zmožnosti za samomor (in s tem miselnega okvirja 'od misli k vedenju'³) medosebna teorija predstavlja pomemben preskok v načinu razumevanja samomorilnosti.

¹ Tunelski vid; posameznik ne vidi nobenih možnih rešitev za težavo, s katerimi se sooča, in se obenem pretirano osredotoča na samomor kot edino možnost.

² Samomorilna ideacija je drug izraz za samomorilne misli.

³ Angl. 'ideation-to-action framework'.

Integrirani motivacijsko-voljni model⁴ samomorilnega vedenja združuje elemente predhodnih teorij v celostni model, ki razlikuje med predmotivacijskimi dejavniki, motivacijskimi dejavniki in vedenjem. Teorija treh korakov razširja predpostavke in spoznanja omenjenih teorij, obenem pa ponuja razmeroma preprost model samomorilnega vedenja. Vključuje štiri konstrukte: bolečino, brezup, povezanost in zmožnost za samomor, ki pojasnjujejo samomorilno vedenje v treh korakih – od razvoja zmerne oz. pasivne samomorilne ideacije preko resne oz. aktivne ideacije do samomorilnega poskusa. Opisana spoznanja imajo pomembno vlogo pri razumevanju in preprečevanju samomorilnega vedenja, pri čemer pa so predvsem glede stopnjevanja samomorilnega procesa (od samomorilnih misli do samomorilnega vedenja) odprta še številna vprašanja za nadaljnje raziskovanje.

Uvod

Psihološki dejavniki samomorilnosti so dejavniki na področju duševnih procesov, vedenjskih vzorcev ter osebnostnih lastnosti, ki so povezani s samomorilnim vedenjem. Pri tem so dejavniki tveganja tisti, ki so povezani z višjim tveganjem za samomorilno vedenje (npr. huda stiska), varovalni dejavniki pa tisti, ki so povezani z nižjim tveganjem (npr. psihološka odpornost). Preučevati in razumeti jih je treba interdisciplinarno, saj samomorilnosti ne moremo razložiti brez upoštevanja različnih vidikov. Najpomembnejši dejavniki samomorilnega vedenja so danes razmeroma dobro poznani. Vendar je sočasno in vzajemno delovanje različnih dejavnikov izjemno kompleksno. Zato skušajo avtorji psiholoških teorij samomorilnega vedenja strniti obstoječa spoznanja v konstrukte in modele, s pomočjo katerih želijo kar najbolje razložiti samomorilnost. Pri tem v ospredje postavljajo psihološke procese in posameznikovo subjektivno doživljanje samega sebe, drugih ljudi in sveta. Upoštevajo pa tudi vplive drugih dejavnikov, ki sodijo npr. na področje genetskih predispozicij, življenjskih okoliščin, medosebnih odnosov in družbenih okoliščin.

Sodobne teorije in modeli samomorilnega vedenja skušajo natančneje pojasniti vlogo in načine delovanja različnih dejavnikov. Pri tem usmerjajo raziskovanje predvsem v razlikovanje med samomorilnimi mislimi in vedenjem, kar so avtorji poimenovali 'miselni okvir od misli k vedenju' (angl. ideation-to-action framework). V nasprotju s tradicionalnimi⁵ teorijami samomorilnosti predpostavljajo, da sta razvoj samomorilnih misli ter napredovanje od misli k vedenju dva različna procesa z različnimi razlagami (1–3).

Sodobne teorije oz. modeli, ki so v veliki meri potrjene z empiričnimi raziskavami, že ponujajo določena spoznanja, medtem ko glede nekaterih vprašanj še ni končnih odgovorov. Zaradi kompleksnosti preučevanega področja iz rezultatov raziskav včasih ni moč izpeljati povsem enoznačnih ugotovitev. Tako si tudi teorije v nekaterih vidikih niso povsem enotne (npr. razlikujejo se v predpostavkah glede tega, kakšno specifično vlogo imajo posamezni dejavniki). Poleg tega so določeni vidiki samomorilnega vedenja bolj raziskani od drugih,

⁴ Angl. 'integrated motivational-volitional model'. V imenu teorije je poudarjeno, da gre za povezovalni oz. združevalni model ter da v ospredje postavlja vprašanje napredovanja od samomorilnih misli (motivacije) k samomorilnemu vedenju (voljnem delovanju).

⁵ Med 'tradicionalne' se uvrščajo tiste teorije, dejavniki tveganja in spoznanja, pri katerih je samomorilnost obravnavana kot homogen oz. enovit konstrukt. Opredeletev je povzeta po avtorjih teorije treh korakov in termina 'miselni okvir od misli k vedenju' (1–3).

ki jih je zaradi etičnih ali praktičnih razlogov težje preučevati. Kljub temu lahko spoznanja sodobnih teorij pomembno prispevajo k implementaciji učinkovitejših intervencij. Te se lahko namreč bolj ciljano usmerjajo na posamezne ranljive skupine in ponudijo pristope, ki so v pomoč skupinam s specifičnimi značilnostmi in potrebami.

Namen poglavja je predstaviti najpomembnejša spoznanja psiholoških teorij samomorilnega vedenja. Opisani so glavni konstrukti in predpostavke teorij, s poudarkom na tistih, ki so se oblikovali v zadnjih letih. Izpostavljeno je tudi, kako se obravnavane teorije med seboj prepletajo in nadgrajujejo.

Psihološke teorije samomorilnega vedenja

Začetki raziskovanja psihologije samomorilnega vedenja segajo v 50. leta prejšnjega stoletja, ko je Edwin S. Shneidman razvil novo znanstveno disciplino in jo poimenoval suicidologija. Kot ključno značilnost samomorilnega vedenja je prepoznal psihično bolečino oz. psihobol (angl. psychache), ki izhaja iz nezadovoljenih psiholoških potreb in od katere želi posameznik pobegniti. Samomor naj bi se zgodil, kadar je za osebo psihična bolečina neznosna (4). Ljudje pa se med seboj razlikujemo v tem, do katere meje jo lahko prenašamo, saj imamo različne pragove bolečine (5). Kot pomembne lastnosti samomorilnega vedenja je Shneidman izpostavil še čustva obupanosti in nemoči, ambivalentnost (sočasno željo umreti in živeti) in tunelski vid, zaradi katerega posameznik dojema samomor kot edino možnost (4). Že njegove ugotovitve so tako potrdile, da je samomorilno vedenje rezultat kompleksnega procesa v posamezniku (in ne npr. samo rezultat duševnih motenj).

Razlaga samomorilnega vedenja v okviru kognitivne teorije

Kognitivna teorija razlaga samomorilno vedenje na podlagi teoretičnega izhodišča osnovnih vidikov osebnosti: spoznavnih oz. kognitivnih procesov⁶, čustvovanja, vedenja in telesnega vidika. Ti vplivajo drug na drugega, pri čemer lahko dogajanje sprožijo zunanji (npr. situacija, kraj, oseba) ali notranji (npr. misel, čustvo, podoba) dražljaji (6). Na ravni spoznavnih procesov je pri samomorilno ogroženih posameznikih pogosto opaziti pristranskost v pozornosti in težave s procesiranjem informacij. Za samomorilno ogrožene osebe je značilno, da v množici dražljajev opazijo predvsem različne negativne dražljaje, ki jih razumejo kot negativne povratne informacije o sebi in svojem vedenju, medtem ko pozitivne dražljaje spregledajo ali jim ne posvečajo pozornosti. Kritikam torej posvečajo prekomerno pozornost, pohvale pa spregledajo oz. jih ne vzamejo resno. Obenem imajo pogosto težave pri usmerjanju pozornosti in iskanju možnih rešitev problemov, s katerimi se soočajo, kar prispeva k poglobljanju stiske. Takšno doživljanje situacije vpliva na aktivacijo negativnih prepričanj o sebi (npr. »Sem ničvreden, brezupen, ni mi pomoči.«), drugih ljudi in prihodnosti. Zaradi doživljanja neprijetnih čustev posameznik v večji meri usmerja pozornost k dražljajem, ki potrjujejo njegovo negativno podobo o sebi. Aktivirana negativna prepričanja se odražajo na motivacijski in vedenjski ravni, kar vpliva na to, kako se bo posameznik odzval. Pomemben pa je tudi telesni vidik, saj lahko različni telesni simptomi, vezani na duševno motnjo (če je prisotna), prav tako vplivajo na miselne procese. Gre torej za usklajen odziv posameznika na vseh ravneh, kar pomeni, da se ranljivost pojavlja na različnih področjih (6).

⁶ Spoznavni oz. kognitivni procesi so duševni procesi, ki se odvijajo v posameznikovem umu (misli, pozornost, spomini, sanje, podobe ipd.).

V okviru kognitivne teorije je veliko pozornosti namenjene vprašanju razvoja samomorilnih misli. Avtorji pa so raziskali tudi dejavnike tveganja za samomor v ranljivih skupinah (7). Ugotovili so, da pri osebah s samomorilnimi mislimi napredovanje do samomorilnega vedenja napovedujejo naslednje psihološke spremenljivke: brezup (8), samomorilni namen, zlasti v najbolj kritičnem obdobju (9), ter intenzivnost želje po smrti proti želji živeti (10). Dejavniki, ki je imel med posamezniki po samomorilnem poskusu največjo napovedno vrednost za kasnejšo smrt zaradi samomora, je bilo obžalovanje, da se poskus ni končal s smrtjo (11). Navedeni dejavniki bi torej lahko bili povezani z napredovanjem samomorilnega procesa od misli k vedenju.

Kognitivni model samomorilnega vedenja

V okviru splošne kognitivne teorije se je oblikoval kognitivni model samomorilnega vedenja. Vključuje psihološke konstrukte, ki so se v raziskavah izkazali za pomembne pri prepoznavi samomorilno ogroženih posameznikov (12). Pri tem je poudarek na dispozicijskih dejavnikih ranljivosti in spoznavnih procesih.

Dispozicijski dejavniki ranljivosti so predobstoječe in nespecifične spremenljivke, npr. impulzivnost in druge osebnostne lastnosti, slaba sposobnost reševanja problemov, pretirano posplošen spomin (težave pri priklicu specifičnih osebnih spominov iz svoje preteklosti), neprilagojen kognitivni stil (nagnjenost k doživljanju kognitivnih distorzij⁷ in oblikovanju nefunkcionalnih stališč). Dejavniki ranljivosti so prisotni, dolgo preden se samomorilnost izrazi. V skladu z modelom dispozicija – stres⁸, kognitivni model samomorilnega vedenja predpostavlja, da se ranljivost izrazi, kadar je oseba soočena s stresom. V takšnih okoliščinah k razvoju samomorilnosti prispevajo spremenjeni kognitivni procesi (miselne vsebine in načini razmišljanja) na dveh ravneh. V širšem smislu imajo svojo vlogo spoznavni procesi, vezani na psihiatrične motnje. Ti procesi vplivajo na poglobljanje stiske in pojavnosti samomorilnosti, čeprav samomorilno vedenje kot tako ni razumljeno kot duševna motnja (7). V ožjem smislu pa so pomembni specifični spoznavni procesi, vezani na samomorilno vedenje.

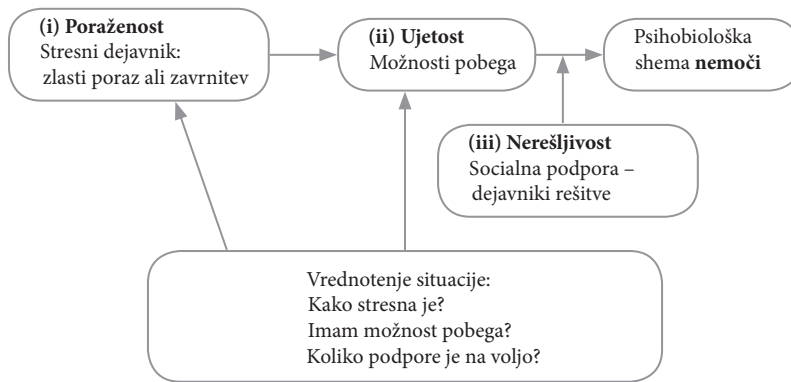
Podobno kot ugotavlja Shneidman (4), kognitivni model predpostavlja, da se samomorilno vedenje pojavi takrat, ko oseba ne more več prenašati stiske, ki jo povzročajo obremenjujoče misli in spremljajoča čustva. Osrednjo vlogo pri tem ima brezup (doživljanje situacije kot neznosne in nespremenljive), ki je tesno povezan s samomorilnim namenom. Pri tem je pomembna tudi fiksacija pozornosti; v skladu s kognitivnim modelom vključuje tunnelski vid tudi pretirano osredotočanje na samomor kot edino možnost. Sovplivanje akutnega brezupa in fiksacije pozornosti prispeva h krepitvi samomorilnih misli in vodi v samomorilno vedenje (12).

⁷ Kognitivne distorzije so izkrivljanja v mišljenju, ki se bolj ali manj pogosto dogajajo vsem ljudem. Tovrstna miselna izkrivljanja povzročijo, da posameznik situacije oz. dogodke doživlja na izkrivljen način. Razmišlja npr. na način vse-ali-nič (»Če svet ni bel, je črn.«), sklepa na podlagi čustev (»Slabo se počutim, torej je nekaj narobe.«), pretirano poslušuje (»Nekdo se je nesramno obnašal do mene, torej so vsi ljudje slabi in svet je grozen.«).

⁸ Model dispozicija – stres (angl. diathesis – stress model) poudarja pomen interaktivnega delovanja genetskih in okoljskih dejavnikov. Genetski dejavniki vplivajo na posameznikovo ranljivost, vendar se samomorilnost razvije šele v primeru stresnih življenjskih okoliščin, ki delujejo kot sprožilec.

Teorija krika bolečine

Teorija krika bolečine (angl. cry of pain model) je ena od prvih teorij, v kateri so avtorji poskušali razložiti značilnosti samomorilnega procesa s predpostavljanjem konkretnih okoliščin in psiholoških procesov, ki vodijo v samomorilne misli. Te se pojavijo, kadar posameznik doživlja poraženost (neuspeh, zavrnitev), ujetost oz. nezmožnost pobega iz situacije in občutek nerešljivosti problema. Posameznik se čuti nemočnega in posledično lahko začne razmišljati o samomoru kot možnosti za pobeg (13). Eden od ključnih poudarkov teorije krika bolečine je, da ni situacija sama po sebi tista, ki sproži samomorilnost, temveč je pomembno, kako jo posameznik doživlja. Dejavniki samomorilnega vedenja, kot jih predpostavlja teorija krika bolečine, so prikazani na sliki 10.1.



Slika 10.1. Razlaga samomorilnega vedenja v skladu s teorijo krika bolečine

(Prirejeno in ponatisnjeno z dovoljenjem CCC Marketplace; Williams JM, Pollock LR. Psychological aspects of the suicidal process. V: van Heeringen K, urednik. Understanding suicidal behaviour: the suicidal process approach to research, treatment and prevention. Chichester: John Wiley & Sons; 2001. str. 76-93.)

Teorija krika bolečine razlaga razvoj samomorilnih misli skozi aktivacijo evolucijsko primitivne psihobiološke sheme nemoči, ki v posamezniku sproži impulz za pobeg v obliki poškodovanja samega sebe oz. samomora. To se zgodi v odgovor na stresno situacijo (ta je lahko notranja ali zunanja), v kateri so prisotni trije ključni elementi: (i) posameznik oceni situacijo kot preveč stresno (se čuti poraženega), ob tem pa (ii) presodi, da iz nje ne more pobegniti (ujetost oz. brezizhodnost), ter da (iii) nima na voljo dovolj socialne podpore oz. dejavnikov, ki bi mu pomagali situacijo rešiti (nerešljivost, ki vodi v doživljanje brezupa) (13). Pri razvoju občutkov poraženosti in ujetosti imajo poleg značilnosti situacije pomembno vlogo tudi različne osebnostne in kognitivne lastnosti posameznika. Dispozicijska občutljivost oz. dovzetnost vpliva na to, v kolikšni meri posameznik zaznava dogodke iz okolice kot ogrožajoče. Enako situacijo bi namreč lahko občutljivejši posamezniki doživljali kot poraz oz. neuspeh, medtem ko je manj dovzetni posamezniki ne bi doživljali kot take. Za občutljivejše posameznike je značilna pristranskost pozornosti, zaradi katere se bolj osredotočajo na znake poraženosti ali zavrnitev. Obenem obstajajo med ljudmi razlike v prepoznavanju možnosti za rešitev iz situacije, pri čemer so samomorilno ogroženi posamezniki pogosto manj spretni pri reševanju problemov. Težje kot posameznik rešuje svoje težave, pogosteje se znajde v situacijah, ki jih doživlja kot poraz, in ima ob tem občutek ujetosti. Doživljanje občutkov poraženosti in ujetosti v situaciji aktivira psihobiološko shemo nemoči, če posameznik doživlja situacijo kot nerešljivo oz. brezupno.

Na tej točki avtorji izpostavljajo pomen socialne podpore, ki lahko prispeva k uspešnemu iskanju rešitev. Pri tem pa se ljudje med seboj razlikujemo po tem, koliko bližine in podpore drugih oseb potrebujemo oz. si želimo (13).

Samomorilno vedenje je torej rezultat doživljanja poraženosti, ujetosti, nerešljivosti in nemoči. Zato ga je treba razumeti kot krik bolečine, kot odraz hude stiske, in ne kot klic na pomoč. Čeprav ni nujno, da posameznik želi umreti, je v skladu s teorijo krika bolečine ključna značilnost samomorilnega vedenja želja pobegniti iz neznosne situacije. Teorija krika bolečine se tako ujema s Shneidmanovo (4) razlago samomorilnega vedenja kot odraza hude stiske, iz katere želi posameznik pobegniti. Njegova spoznanja teorija nadgrajuje predvsem s predpostavljenimi odnosi med ključnimi elementi, ki prispevajo k razvoju samomorilnih misli.

Avtorji empiričnih raziskav so potrdili predpostavke teorije krika bolečine. V obsežni mednarodni raziskavi (14, 15) so sodelovali mladostniki, stari 14–17 let, med katerimi so nekateri poročali o predhodnem samomorilnem poskusu. Večina slednjih je med predlaganimi razlogi za samomorilni poskus izbrala željo po olajšanju neznosnega stanja uma (dve tretjini) in/ali željo umreti (več kot polovica) (14). Velika večina (86,9 %) jih je kot razlog za samomorilni poskus izbrala vsaj enega od razlogov, ki so skladni s teorijo krika bolečine, torej razlagajo samomorilno vedenje kot rezultat hude stiske (tj. kot 'krik bolečine', in ne kot 'klic na pomoč') (15). V drugi raziskavi so tudi odrasli po samomorilnem poskusu kot razlog za samomorilno vedenje najpogosteje navajali grozno stanje uma ter neznosno situacijo (16).

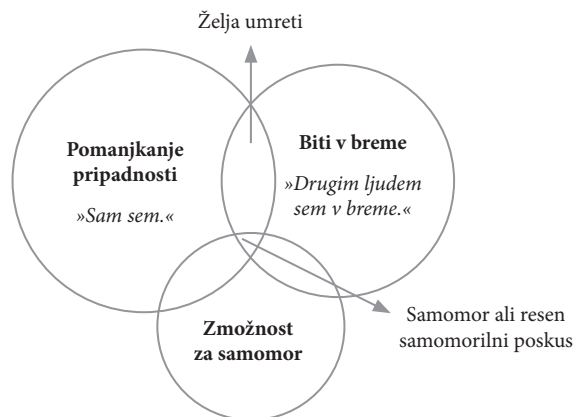
Konstrukti teorije krika bolečine imajo pomembno vlogo v samomorilnem procesu. Porazenost in ujetost sta namreč pomembna napovedna dejavnika samomorilnih misli (17). Udeleženci z enim ali več samomorilnimi poskusi poročajo o višji stopnji občutka poraženosti, nižjem potencialu za pobeg (oz. višji stopnji občutka ujetosti) ter nižji stopnji socialne podpore in pozitivnega razmišljanja o prihodnosti v primerjavi z udeleženci brez samomorilnega poskusa (18, 19). Omenjeni konstrukti se izkazujejo za pomembne tudi ob upoštevanju kliničnih spremenljivk, kot so depresija in brezup (18, 19) ter anksioznost, zgodovina samomorilnega vedenja in samomorilni namen (18). Rezultati raziskav potrjujejo tudi predpostavljene odnose med ključnimi konstrukti teorije. Za razvoj samomorilnih misli tako ni dovolj, da posameznik doživlja porazenost, temveč ima pri tem pomembno vlogo tudi občutek ujetosti v situaciji (18). Socialna podpora (19) in pričakovanje možnih pozitivnih dogodkov v prihodnosti (18) po drugi strani znižujeta vpliv potenciala za pobeg oz. občutka ujetosti na tveganje za samomorilne misli oz. vedenje (19) in tako predstavljata pomembna varovalna dejavnika.

Medosebna teorija samomorilnega vedenja

Medosebna teorija samomorilnega vedenja (angl. interpersonal theory of suicide) izhaja iz spoznanja, da le majhen delež posameznikov, ki razmišljajo o samomoru, samomor tudi poskusi narediti ali naredi (18, 20). Avtorji ugotavljajo, da so teorije večinoma preveč občutljive, obenem pa premalo specifične glede napovedovanja⁹ samomorilnega

⁹ V kontekstu napovedovanja vedenja se koncepta občutljivosti in specifičnosti nanašata na dva vidika zanesljivosti napovedovanja pojavnosti nekega vedenja (ob upoštevanju, da na poznejše dejansko vedenje vplivajo tudi različne intervencije, katerih cilj je spreminjanje neželenih izidov). Občutljivost predstavlja delež posameznikov, pri katerih je vedenjska namera ustrezno prepoznana (torej kolikšen odstotek tistih, ki razmišljajo o samomoru, je prepoznanih kot ogroženih). Specifičnost predstavlja delež posameznikov, pri katerih je ustrezno ugotovljena odsotnost vedenjske namere (torej kolikšen odstotek tistih, ki ne razmišljajo o samomoru, je prepoznanih kot neogroženih).

vedenja (21). To pomeni, da omogočajo prepoznavo velikega števila posameznikov, ki morda razmišljajo o samomoru, precej nenatančno pa napovedujejo dejansko samomorilno vedenje. Ključni poudarek medosebne teorije (22) je zato razlikovanje med samomorilnimi mislimi in vedenjem, njen namen pa je v prvi vrsti pojasnjevati pojavnost resnih samomorilnih poskusov in smrti zaradi samomora. Avtorji medosebne teorije samomorilnega vedenja so tako prvi v ospredje preučevanja postavili to vprašanje in skušali nanj odgovoriti, za kar se je kasneje uveljavil termin 'miselni okvir od misli k vedenju' (20). Medosebna teorija predpostavlja, da sta pri osebah, ki naredijo samomor, izpolnjena dva ključna pogoja: želja umreti in zmožnost izpeljati samomorilno dejanje. Osnovni konstrukti teorije so prikazani na sliki 10.2, kjer je velikost krogov sorazmerna s predpostavko o tem, kako pogosta so posamezna stanja v populaciji.



Slika 10.2. Medosebna teorija samomorilnega vedenja

(Prirejeno in ponatisnjeno z dovoljenjem; Joiner TE. Why people die by suicide. Cambridge: Harvard University Press; 2005.)

Želja umreti se pojavi, ko posameznik doživlja kognitivno-čustvena stanja, ki izhajajo iz neizpolnjenih medosebnih potreb. Pojavi se zaradi dveh vidikov težav v medosebnih odnosih (22, 24): pomanjkanja pripadnosti (občutka odtujenosti) in občutka, da je oseba drugim ljudem v breme. Na pojavnost in ravni teh stanj vplivajo številni osebni (npr. trenutna čustvena stanja) in oddaljeni (npr. zlorabe v otroštvu, duševne motnje) dejavniki tveganja (21).

Prvi konstrukt, pomanjkanje pripadnosti, se nanaša na občutek odtujenosti, osamljenosti, nepovezanosti oz. izločenosti iz družbe in/ali odsotnost vzajemno skrbnih odnosov (posameznik meni, da nima nikogar, na kogar bi se lahko obrnil, in tudi sam ne podpira drugih). Pomanjkanje pripadnosti ni enako kot odsotnost medosebnih odnosov, saj je pomembno posameznikovo subjektivno doživljanje kakovosti odnosov z drugimi. Odraža se lahko na različne načine, poleg doživljanja občutkov osamljenosti npr. tudi v obliki socialnega umika, družinskih konfliktov, nasilja, zlorab, izgube bližnjega (smrt, ločitev ipd.). Ljudje smo namreč socialna bitja in imamo močno potrebo po povezanosti, pripadnosti. Zato ni presenetljivo, da je socialna izolacija povezana z neugodnimi posledicami za zdravje ter da se je izkazala za enega najmočnejših napovednih dejavnikov samomorilnih misli in vedenja (21).

Drugi konstrukt, občutek biti v breme, se nanaša na zaznavanje medosebnih odnosov kot tako slabih, da se posameznik doživlja kot breme za ljudi okoli sebe. Doživlja občutek odvečnosti (je prepričan, da bi bilo drugim bolje, če bi umrl) in/ali sovraži samega sebe. Na doživljanje občutka biti v breme lahko kažejo npr. nizka samopodoba, občutki krivde, sramu, nezaželenosti in nepomembnosti, pa tudi brezposelnost, brezdonnost, prestajanje zaporne kazni ali telesna bolezen. Tudi pri tem je pomembna predvsem posameznikova subjektivna ocena, ki ne izraža nujno dejanskega stanja (21).

Konstrukta pomanjkanja pripadnosti in biti v breme predstavljata dva vidika neizpoljenih potreb v medosebnih odnosih. Na pojavnost obeh vplivajo isti dejavniki tveganja. Težave se lahko izrazijo v obliki pomanjkanja pripadnosti in/ali občutka, da je posameznik drugim v breme, pri čemer lahko eno stanje vpliva na razvoj drugega. Med pomanjkanjem pripadnosti in občutkom biti v breme so avtorji ugotovili statistično značilno pozitivno korelacijo srednje velikosti (25), kar prav tako kaže, da gre za dva različna, a vendar med seboj povezana konstrukta.

Raziskovalci so potrdili pomen obeh konstruktov v samomorilnem procesu, tudi ob upoštevanju vpliva različnih drugih dejavnikov tveganja. V raziskavi, v katero so bili vključeni študenti, so ugotovili, da sovplivanje pomanjkanja pripadnosti in občutka biti v breme napoveduje trenutne samomorilne misli, in sicer ob kontroli starosti, spola in simptomov depresije (25). Tudi sistematični pregled in metaanaliza raziskav (20) potrjujeta, da sta pomanjkanje pripadnosti in občutek biti v breme povezana s samomorilnimi mislimi ter samomorilnimi poskusi. Povezanost obeh konstruktov je močnejša s samomorilnimi mislimi kot poskusi, kar se ujema s predpostavko teorije, da je za pojav samomorilnega vedenja pomemben še tretji dejavnik. Izkazalo se je še, da ima občutek biti v breme pomembnejšo vlogo pri pojavu samomorilnih misli kot pomanjkanje pripadnosti (20, 26). Različni vlogi konstruktov bi bilo smiselno v prihodnosti še natančneje raziskati in razložiti.

Sama prisotnost želje umreti pa še ne pomeni, da bo prišlo do samomorilnega vedenja. To se izrazi, le če je prisotna še pridobljena zmožnost za samomor, ki se razvije na podlagi bolečih življenjskih izkušenj. Samomorilno vedenje se tako zgodi le v prisotnosti vseh treh ključnih konstruktov (20, 24). Temelj za to prepričanje je v evolucijskemu modelu strahu. Ta predpostavlja, da se je skozi proces naravne selekcije oblikoval sistem, ki služi kot signal za potencialno življenjsko ogrožajoče situacije, ki se jih ljudje bojimo. To pomeni, da bo do samomorilnega vedenja prišlo, le če oseba ta strah do neke mere izgubi. Zmožnost za samomor je tako nekaj, kar posameznik pridobi na podlagi življenjskih izkušenj. Do tega pride, če se poviša toleranca za telesno bolečino in zmanjša strah pred smrtjo. Skozi doživljanje situacij, ki povzročajo bolečino in strah, se posameznik na te občutke navadi (21).

Na tem mestu se pojavljajo nekatera vprašanja, na katera še nimamo dovolj natančnih odgovorov. Smiselno bi bilo npr. podrobneje raziskati, katere točno so vse tiste izkušnje, ki lahko privedejo do povišane tolerance za bolečino in zmanjšanega strahu pred smrtjo. Pri tem je treba upoštevati, da različni posamezniki podobne situacije različno dojemajo in se nanje različno odzivajo. Koristno bi bilo tudi natančneje vedeti, na kateri točki opisani procesi pripeljejo do pridobljene zmožnosti za samomor. Tudi tukaj pa je potrebno upoštevati kompleksno sovplivanje številnih dejavnikov, ki privedejo do tega, da postane želja umreti močnejša od strahu pred smrtjo.

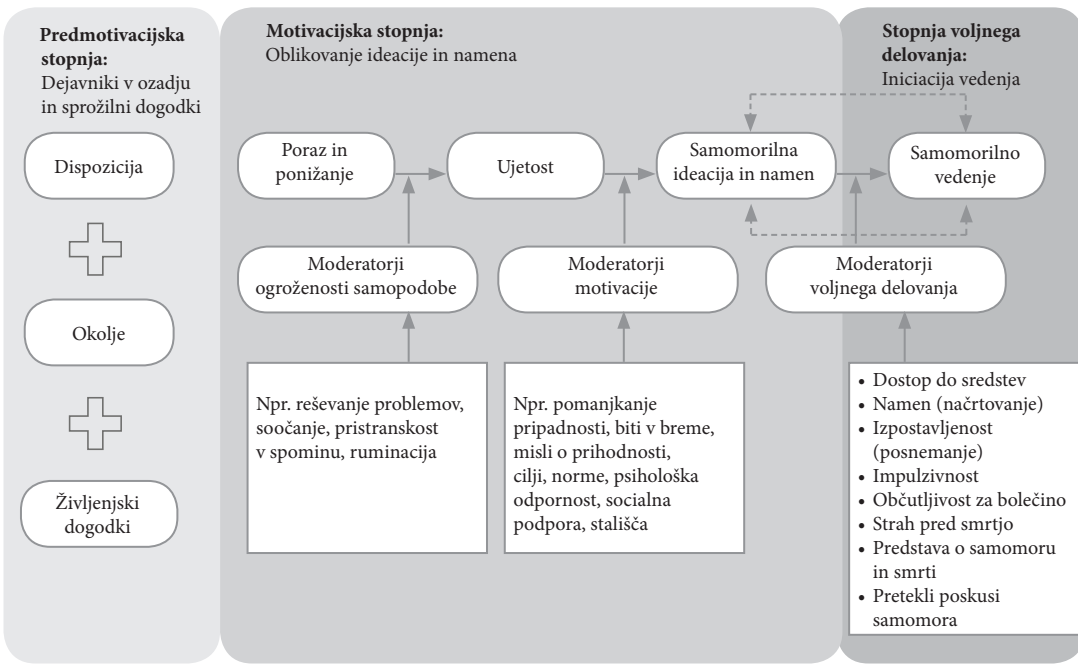
Najbolj neposredni (ne pa edini) način za razvoj zmožnosti za samomor je preteklo samomorilno vedenje (21). Povezanost števila preteklih samomorilnih poskusov z večjo stopnjo pridobljene zmožnosti za samomor so avtorji potrdili v raziskavi s klinično populacijo odraslih (25). Zmožnost za samomor se lahko razvije tudi posredneje, denimo preko doživljanja bolečih in provokativnih izkušenj (npr. zlorabe v otroštvu, izpostavljenost nasilju in drugim travmatičnim izkušnjam, samopoškodovalno vedenje) (21). Izkazalo se je namreč, da tudi to napoveduje stopnjo pridobljene zmožnosti za samomor, in sicer ob kontroli starosti, spola, samomorilnih misli in simptomov depresije (25).

Teorija skuša s svojimi konstrukti pojasniti posamezne stopnje v samomorilnem procesu. Predvideva, da sta pomanjkanje pripadnosti in občutek biti v breme vzročna in zadostna dejavnika pasivnih samomorilnih misli (npr. »*Želim si, da bi bil mrtev.*«). Naslednja predpostavka teorije pravi, da se aktivne samomorilne misli (želja umreti) pojavijo, če se posameznik s kronično oz. trajno nezadovoljenimi medosebnimi potrebami (hkratnim doživljanjem pomanjkanja pripadnosti in občutka biti v breme) glede tega čuti obupanega. Za prehod od samomorilnih misli k vedenju je ključnega pomena še tretji konstrukt, pridobljena zmožnost za samomor. Vključuje dva elementa, zmanjšan strah pred smrtjo ter povišano toleranco za telesno bolečino. V skladu s teorijo je tako zmanjšan strah pred smrtjo ključni dejavnik za konkretizacijo želje umreti v obliki samomorilnega namena, povišana toleranca za telesno bolečino pa za napredovanje od namena k samomoru (21, 23).

V skladu s teorijo sta pomanjkanje pripadnosti in občutek biti v breme dinamična oz. spremenljiva dejavnika, pridobljena zmožnost za samomor pa je relativno stabilna oz. trajna (21). Posameznik ima torej lahko v nekem obdobju bolj ali manj zadovoljene medosebne potrebe. Če so nezadovoljene, lahko razmišlja o samomoru, a opusti te misli, če pride do spremembe. Pri pridobljeni zmožnosti za samomor pa je drugače, saj naj bi bile spremembe v toleranci za telesno bolečino in doživljanju strahu pred smrtjo trajne, ne glede na aktualno čustveno-kognitivno stanje posameznika. Vendar pa posameznik z visoko stopnjo pridobljene zmožnosti za samomor ni nujno samomorilno ogrožen, če ima zadovoljene medosebne potrebe in torej nima želje po smrti (20).

Integrirani motivacijsko-voljni model samomorilnega vedenja

Integrirani motivacijsko-voljni model samomorilnega vedenja (angl. integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour) je nastal kot odgovor na pomanjkanje strukturirane teorije, ki bi povezala obstoječa spoznanja na področju dejavnikov samomorilnosti v celoto. Vsebinsko v veliki meri izhaja iz teorije krika bolečine, medosebne teorije samomorilnega vedenja in drugih teorij ter povezuje njihova spoznanja v celostni model. Podobno kot medosebna teorija model stremi k boljšemu razlikovanju med posamezniki s samomorilnimi mislimi in tistimi s samomorilnim vedenjem. Integrirani motivacijsko-voljni model (slika 10.3) razlaga dejavnike tveganja za samomor strukturirano na treh stopnjah: predmotivacijski (ranljivost), motivacijski (samomorilne misli in namen) ter stopnji voljnega delovanja (samomorilno vedenje) (27–29).



Slika 10.3. Integrirani motivacijsko-voljni model samomorilnega vedenja

(Prirejeno in ponatisnjeno z dovoljenjem Hogrefe Publishing www.hogrefe.com; O'Connor RC. The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Crisis*. 2011;32(6):295-8. doi: 10.1027/0227-5910/a000120)

Predmotivacijska stopnja predstavlja biopsihosocialno perspektivo in vključuje dejavnike v ozadju ter sprožilne dogodke, ki pri ljudeh vplivajo na ranljivost za samomorilne misli in vedenje. Na ravni ranljivosti imajo pomembno vlogo tri skupine dejavnikov, in sicer genetske oz. biološke dispozicije, okolje ter življenjski (zgodnji, negativni) dogodki (27, 28). Motivacijska stopnja in stopnja voljnega delovanja opisujeta razvoj od samomorilnih misli in namena do samomorilnega vedenja (27, 28). Kot dejavniki samomorilnih misli in vedenja se na teh stopnjah pojavljajo konstrukti teorije krika bolečine, medosebne teorije samomorilnega vedenja in drugi dejavniki, ki se v raziskavah izkazujejo za relevantne. Integrirani motivacijsko-voljni model umešča posamezne dejavnike na različne točke v procesu, ne vključuje pa predpostavk o tem, ali določene kombinacije spremenljivk pomenijo višje tveganje za samomorilno vedenje (28).

V integriranem motivacijsko-voljnem modelu je začetna točka samomorilnega procesa situacija, v kateri oseba doživi poraz in ponižanje (27, 28), npr. socialna zavrnitev ali izguba. Čeprav so tovrstne situacije navadno boleče, se ljudje razlikujemo po tem, kako jih doživljamo in kako se nanje odzivamo. Poleg objektivnih lastnosti situacije na posameznikovo doživljanje situacije namreč vplivajo številni dejavniki v ozadju (dejavniki predmotivacijske stopnje). Obenem na posameznikov način odzivanja na problemsko situacijo vplivajo različne psihološke lastnosti (moderatorji ogroženosti samopodobe), ki oslabijo ali okrepijo odnos med porazom/ponižanjem in občutkom ujetosti.

Moderatorji ogroženosti samopodobe so torej vsi dejavniki, ki vplivajo na verjetnost, da bo stresna situacija vodila v doživljanje ujetosti, npr. načini reševanja problemov in soočanja s stresnimi situacijami, pristranskosti v spominu, ruminacija¹⁰ (27, 28).

Občutek ujetosti, še zlasti notranje¹¹ (18, 30, 31), lahko vodi v oblikovanje samomorilnih misli in namena. Pri tem imajo pomembno vlogo specifični dejavniki (moderatorji motivacije), ki oslabijo ali okrepijo vpliv občutka ujetosti na tej točki samomorilnega procesa. Moderatorji motivacije so torej vsi dejavniki, ki vplivajo na verjetnost, da bo občutek ujetosti vodil v samomorilne misli in namen, npr. pomanjkanje pripadnosti, občutek biti v breme, razlogi za življenje, pričakovanje pozitivnih dogodkov v prihodnosti, socialna podpora, psihološka odpornost¹², stališča do samomora (27, 28). Dodati velja še to, da sta samomorilna ideacija in namen sicer različna konstrukta, vendar ju teorija obravnava v okviru skupne stopnje, saj trenutno še ni dovolj dokazov, ki bi upravičevali teoretično razlikovanje oz. obravnavo vsakega od njiju na ločeni stopnji (28).

Za stopnjevanje samomorilnih misli v vedenje so pomembni moderatorji voljnega delovanja. To so dejavniki, ki prispevajo k posameznikovi neposredni ogroženosti za samomorilno vedenje, torej vsi tisti, ki pripomorejo k temu, da posameznik preide od misli k samemu vedenju. Na tej ravni ima pomembno vlogo zmožnost za samomor (povišana toleranca do fizične bolečine, odsotnost strahu pred smrtjo) in drugi dejavniki, kot so različne psihološke lastnosti posameznika (npr. impulzivnost) ter okoljski oz. družbeni dejavniki (npr. samomor znane osebe, dostop do sredstva za samomor) (27, 28). Med samomorilnimi mislimi in vedenjem (ponavljajočimi se samomorilnimi poskusi) je dinamičen in za nekatere posameznike ciklični odnos (28). Na sliki 10.3 je to ponazorjeno s črtkastima obojestranskima puščicama med konstruktoma.

Rezultati raziskav potrjujejo različne vloge posameznih dejavnikov. Mladostniki (32) z zgodovino samomorilnega vedenja so tako izražali višjo stopnjo vseh opazovanih moderatorjev voljnega delovanja (samopoškodovanje v družini, samopoškodovanje prijateljev, prepričanja o samopoškodovanju vrstnikov in prijateljev, impulzivnost) in stresnih življenjskih dogodkov od tistih z zgodovino samomorilnih misli. Skupini se med seboj nista razlikovali v opazovanih dejavnikih predmotivacijske in motivacijske stopnje (perfekcionizem, ruminacija, samopodoba, optimizem). Sta se pa glede teh dejavnikov razlikovali od kontrolne skupine mladostnikov brez zgodovine samomorilnih misli ali vedenja v pričakovani smeri: mladostniki z zgodovino samomorilnih misli ali vedenja so izražali višjo stopnjo perfekcionizma in ruminacije ter slabšo samopodobo in manj optimizma od kontrolne skupine (32). Tudi odrasli z zgodovino samomorilnega vedenja so poročali o višji stopnji opazovanih moderatorjev voljnega delovanja (pogostost pitja alkohola in s tem povezana nepremišljena dejanja za sproščanje čustvene napetosti) od tistih z zgodovino samomorilnih misli (33). Med skupinama ni bilo razlik v dejavnikih predmotivacijske in motivacijske stopnje.

¹⁰ Ruminacija (angl. rumination) je premlevanje oz. dalj časa trajajoče in ponavljajoče se premišljevanje, za katerega je značilno nekonstruktivno usmerjanje pozornosti nase, simptome stresa oz. slabega razpoloženja, možne vzroke in posledice ipd., v nasprotju z usmerjanjem pozornosti na iskanje rešitev.

¹¹ 'Notranja ujetost' se nanaša na doživljanje ujetosti v psihološkem smislu, torej ujetost v bolečino, ki jo povzročajo posameznikove misli in čustva, v nasprotju z 'zunanjo ujetostjo', ki je vezana na objektivne situacije, tj. dogodke in izkušnje v zunanjem svetu.

¹² Psihološka odpornost (angl. resilience) je zmožnost in proces ohranjanja duševnega zdravja ali celo osebnostne rasti ob stresnih življenjskih situacijah in travmatičnih dogodkih.

Odrasli z zgodovino samomorilnih misli ali vedenja pa so poročali o višji stopnji stresa, nižji stopnji prejete socialne podpore in bolj omejenih prepričanjih o lastni sposobnosti za soočanje s težkimi čustvenimi stanji od kontrolne skupine odraslih brez zgodovine samomorilnih misli ali vedenja (33). Dejavniki predmotivacijske in motivacijske stopnje so torej povezani s pojavnostjo samomorilnosti v širšem smislu, vendar ne pripomorejo k razlikovanju med samomorilnimi mislimi in vedenjem. Po drugi strani pa se dejavniki stopnje voljnega delovanja izkazujejo za specifično povezane s samomorilnim vedenjem.

Teorija treh korakov

Teorija treh korakov (angl. three-step theory) predstavlja aktualen poskus parsimonične¹³ razlage samomorilnosti s pomočjo štirih ključnih konstruktov: bolečine, brezupa, povezanosti in zmožnosti za samomor. Gre torej za dejavnike, ki so že bili prepoznani kot pomembni, teorija treh korakov pa jih predstavlja kot ključne elemente napredovanja samomorilnega procesa, pri čemer nekatere od njih nekoliko drugače operacionalizira in/ali jim pripisuje nekoliko drugačne vloge od predhodnih teorij.

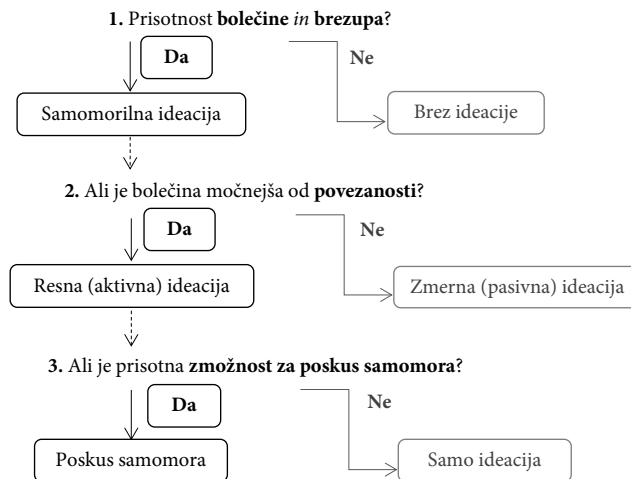
Teorija razlaga samomorilno vedenje kot proces, ki se odvija na treh ravneh oz. v treh korakih (slika 10. 4). V prvem koraku se kot rezultat hkratne prisotnosti bolečine in brezupa pojavi samomorilna ideacija. Bolečina je navadno psihična oz. čustvena, vendar lahko prispevajo k zmanjšanju želje po življenju tudi različne druge oblike bolečine. Pri tem se samomorilne misli ne bodo pojavile, če ima posameznik upanje, da se bo situacija v prihodnosti izboljšala. Nasprotno pa bo o samomoru začel razmišljati, če glede zaznane bolečine čuti brezup. Ključnega pomena je torej interakcija oz. hkratna prisotnost obeh dejavnikov (1–3).

V drugem koraku se zmerna oz. pasivna samomorilna ideacija (tj. misli o smrti, kot npr. »*Včasih mislim, da bi bilo bolje, če bi bil mrtev.*«) stopnjuje v resno oz. aktivno samomorilno ideacijo (npr. »*Če bi imel priložnost, bi se ubil.*«). Med tistimi, ki doživljajo bolečino in brezup, je ključni varovalni dejavnik pred stopnjevanjem samomorilnih misli povezanost. Pomen tega dejavnika je poudarjen že v medosebni teoriji samomorilnega vedenja, vendar je v teoriji treh korakov povezanost pojmovana širše. Čeprav se najpogosteje nanaša na povezanost z drugimi ljudmi, gre lahko tudi za kakršnokoli drugo povezanost, ki življenju daje smisel, npr. navezanost na službo, projekt, vlogo, interes. Poleg tega ima povezanost v teoriji treh korakov tudi drugačno vlogo, saj je razumljena kot varovalni mehanizem pred resnimi samomorilnimi mislimi (in ne glavni dejavnik tveganja za razvoj samomorilnih misli). Pomembno je še poudariti, da teorija prepozna tudi vlogo drugih (tradicionalnih) dejavnikov tveganja na področju duševnih motenj, kognitivno-čustvenih stanj, osebnostnih lastnosti, življenjskih izkušenj ipd. Ti dejavniki vplivajo na pojav (resnih) samomorilnih misli na način, da povzročajo bolečino, brezup in pomanjkanje povezanosti (1–3).

V tretjem koraku nato samomorilna ideacija preide v samomorilni poskus oz. samomor. Napredovanje od resnih samomorilnih misli k vedenju je odvisno od dispozicijskih, pridobljenih in praktičnih dejavnikov, ki prispevajo k zmožnosti za samomorilni poskus. Tudi v tretjem koraku ima torej osrednjo vlogo konstrukt, ki je kot ključen prepoznan že v medosebni teoriji samomorilnega vedenja, a je v teoriji treh korakov opredeljen nekoliko širše. Medtem ko medosebna teorija izpostavlja le pridobljeno zmožnost, sta v teoriji treh korakov predvideni še dve drugi skupini dejavnikov, dispozicijski in praktični.

¹³ Parsimonična je razlaga, ki na razmeroma preprost način zadovoljivo opiše preučevano problematiko oz. upošteva vsa razpoložljiva spoznanja o njej.

Dispozicijski so v veliki meri odvisni od genetike (npr. prirojene občutljivosti za bolečino, strahu pred krvjo). Pridobljeni dejavniki se enako kot v medosebni teoriji nanašajo na to, da se posameznik navadi na boleče izkušnje (npr. telesne bolečine, poškodbe, strah, smrti). Praktični dejavniki pa se nanašajo na neposredne okoliščine oz. konkretne dejavnike, npr. poznavanje in dostopnost sredstev za samomor, ki prispevajo k izvedbi samomorilnega vedenja (1–3).



Slika 10.4. Razlaga samomorilnega vedenja v skladu s teorijo treh korakov

(Prirejeno in ponatisnjeno z dovoljenjem Guilford Press; Klonsky ED, May AM. The three-step theory (3ST): a new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *Int J Cogn Ther.* 2015;8(2):114-29. doi: 10.1521/ijct.2015.8.2.114)

Avtorji so predpostavke teorije preverili v raziskavi z velikim vzorcem odraslih v ZDA (1). Rezultati so potrdili predpostavko prvega koraka, da je sovplivanje bolečine in brezupa tesno povezano s samomorilnimi mislimi. Le malo samomorilnih misli se je pojavljalo v skupinah udeležencev z nizko stopnjo bolečine in brezupa ter med tistimi z visoko stopnjo zgolj bolečine ali brezupa. Nasprotno pa so o več samomorilnih mislih poročali udeleženci z visoko stopnjo obeh konstruktov prvega koraka, torej tako bolečine kot tudi brezupa. V skladu s predpostavko drugega koraka se je izkazalo, da ima povezanost pomembnejšo vlogo pri pojavu samomorilnih misli pri udeležencih z visoko stopnjo bolečine in brezupa kot drugih. Potrdila pa se je tudi predpostavka tretjega koraka. Udeleženci s samomorilnimi mislimi (a brez samomorilnega poskusa) so se namreč od tistih s samomorilnim poskusom razlikovali v vseh treh vidikih zmožnosti za samomor (dispozicijskih, pridobljenih in praktičnih). Vendar avtorji ugotavljajo, da je povezanost med zmožnostjo za samomor in preteklim samomorilnim poskusom relativno nizka, kar pomeni, da bo v prihodnosti treba stopnjevanje samomorilnih misli do samomorilnega vedenja še natančneje raziskati (1).

V primerjavi s predhodnimi teorijami ponuja teorija treh korakov preprosto in jasno strukturirano razlago samomorilnega vedenja. Njen doprinos je v tem, da izpostavlja predvsem ključne konstrukte, obenem pa ne spregleda vpliva dejavnikov v ozadju, ki pripomorejo k razvoju bolečine in brezupa, pomanjkanju povezanosti ter posameznikovi zmožnosti za samomor. Vsak od treh korakov predpostavlja povezanost posameznih konstruktov z določeno stopnjo v samomorilnem procesu, pri čemer je razmeroma veliko pozornosti namenjene razlikovanju med različnimi oblikami samomorilne ideacije ter v zadnjem koraku stopnjevanju do samomorilnega vedenja. Natančno razlikovanje med

posameznimi stopnjami samomorilnih misli pa povzroča določeno mero neuskklajenosti med prvim in drugim korakom. V skladu s prvim korakom je namreč hkratna prisotnost bolečine in brezupa (zadosten) pogoj za pojavljanje samomorilnih misli; v drugem koraku pa je natančneje opredeljeno, da so te misli resne oz. aktivne le, če je bolečina močnejša od povezanosti. Neskladje, ki se pri tem pojavlja, je verjetno v veliki meri vezano na pomanjkanje enotnih opredelitev posameznih stopenj samomorilne ideacije, zaradi katerega je v suicidologiji tudi sicer raziskovanje še vedno precej oteženo (razlikovanje med pasivnimi in aktivnimi samomorilnimi mislimi se med drugim na teoretični ravni pojavlja tudi v okviru medosebne teorije samomorilnega vedenja, a je empirično manj raziskano). Kljub vsemu lahko zaključimo, da so vsi navedeni konstrukti ključnega pomena za razvoj samomorilnih misli, vendar bo treba v prihodnosti tudi podrobnemu razlikovanju med posameznimi oblikami nameniti še več pozornosti.

Zaključek in usmeritve za naprej

V razvoju sodobnega razumevanja psiholoških dejavnikov samomorilnosti se pojavljajo trije raziskovalni fokusi. Shneidman je s svojim pionirskim delom opisal ključne značilnosti samomorilnega vedenja (npr. nezno psihično bolečino, brezup, tunelski vid in ambivalentnost). Nato so raziskovalci preučevali predvsem prisotnost ali odsotnost številnih dejavnikov tveganja in varovalnih dejavnikov. Pri tem so najpogosteje empirično preverjali njihovo povezanost s samomorilnimi mislimi (ki pa ne vodijo nujno tudi v vedenje). Tako novejša raziskava kažejo, da tradicionalno prepoznani dejavniki tveganja (npr. duševne motnje) večinoma napovedujejo samomorilne misli, a ne razlikujejo med posamezniki s samomorilnim poskusom in brez njega (3). Avtorji sodobnih teorij pa so si zadali zahtevno nalogo, saj skušajo predvsem natančneje opredeliti vlogo posameznih dejavnikov ter bolje razlikovati med samomorilnimi mislimi in vedenjem oz. razumeti, kdaj in kako pride do tega prehoda.

Za novo generacijo psiholoških teorij samomorilnega vedenja je tako značilen 'miselni okvir od misli k vedenju' (1), iz katerega trenutno izhajajo tri ključne teorije. Razkorak med samomorilnimi mislimi in samomorilnim vedenjem razlagajo s pomočjo koncepta zmožnosti za samomor. Pri tem pa se med seboj razlikujejo po natančni opredelitvi tega konstrukta ter prisotnosti drugih dejavnikov, ki poleg zmožnosti za samomor pripomorejo k napredovanju od samomorilnih misli k vedenju. Tako medosebna teorija pripisuje osrednjo vlogo pridobljeni zmožnosti za samomor, ki se razvije na podlagi bolečih življenjskih izkušenj (21). Integrirani motivacijsko-voljni model predpostavlja, da se v vlogi moderatorjev voljnega delovanja pojavljajo tudi drugi dejavniki, npr. impulzivnost, dostop do sredstev za samomor, izpostavljenost samomorilnemu vedenju (kar pojasnjuje učinek posnemanja) (28). Teorija treh korakov pa stopnjevanje do samomorilnega vedenja v celoti razlaga s konstruktom zmožnosti, ki pa je širše razumljen kot rezultat tako pridobljenih kot tudi dispozicijskih in okoljskih dejavnikov (1–3). Do neke mere gre pri tem predvsem za različno konceptualizacijo enakih mehanizmov. Po drugi strani pa je na tem področju še veliko potenciala za nadaljnje raziskovanje in nadgradnjo teorij. Natančni mehanizmi delovanja in interaktivnega vplivanja različnih dejavnikov na povečanje tveganja za samomorilno vedenje namreč še vedno niso povsem razumljeni (34). Smiselno bi bilo še natančneje preučiti dejavnike na tej točki samomorilnega procesa in v teorije vključiti pridobljena spoznanja.

Reference

1. Klonsky ED, May AM. The three-step theory (3ST): a new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. *Int J Cogn Ther.* 2015;8(2):114–29. doi: 10.1521/ijct.2015.8.2.114
2. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annu Rev Clin Psychol.* 2016;12(1):307–30. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204
3. Klonsky ED, Qiu T, Saffer BY. Recent advances in differentiating suicide attempters from suicide ideators. *Curr Opin Psychiatry.* 2017;30(1):15–20. doi: 10.1097/YCO.0000000000000294
4. Shneidman ES. *The suicidal mind.* Oxford: Oxford University Press; 1996.
5. Leenaars AA, Edwin S. Shneidman on suicide. *Suicidol Online.* 2010;1(1):5–18.
6. Rudd MD, Brown GK. A cognitive theory of suicide: building hope in treatment and strengthening the therapeutic relationship. V: Michel K, Jobes DA, urednika. *Building a therapeutic alliance with the suicidal patient.* Washington (DC): American Psychological Association; 2011. str. 169–81. doi: 10.1037/12303-010
7. Beck AT. The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(9):953–9. doi: 10.1001/archpsyc.62.9.953
8. Beck AT, Brown G, Berchick RJ, Stewart BL, Steer RA. Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry.* 1990;147(2):190–5. doi: 10.1176/ajp.147.2.190
9. Beck AT, Brown GK, Steer RA, Dahlsgaard KK, Grisham JR. Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide Life Threat Behav.* 1999;29(1):1–9.
10. Brown GK, Steer RA, Henriques GR, Beck AT. The internal struggle between the wish to die and the wish to live: a risk factor for suicide. *Am J Psychiatry.* 2005;162(10):1977–9. doi: 10.1176/appi.ajp.162.10.1977
11. Henriques G, Wenzel A, Brown GK, Beck AT. Suicide attempters' reaction to survival as a risk factor for eventual suicide. *Am J Psychiatry.* 2005;162(11):2180–2. doi: 10.1176/appi.ajp.162.11.2180
12. Wenzel A, Beck AT. A cognitive model of suicidal behavior: theory and treatment. *Appl Prev Psychol.* 2008;12(4):189–201. doi: 10.1016/j.appsy.2008.05.001
13. Williams JM, Pollock LR. Psychological aspects of the suicidal process. V: van Heeringen K, urednik. *Understanding suicidal behaviour: the suicidal process approach to research, treatment and prevention.* Chichester: Wiley; 2001. str. 76–93.
14. Madge N, Hewitt A, Hawton K, de Wilde EJ, Corcoran P, Fekete S idr. Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the child and adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *J Child Psychol Psychiatry.* 2008;49(6):667–77. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x
15. Scoliers G, Portzky G, Madge N, Hewitt A, Hawton K, de Wilde EJ idr. Reasons for adolescent deliberate self-harm: a cry of pain and/or a cry for help? Findings from the child and adolescent self-harm in Europe (CASE) study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009;44:601–7. doi: 10.1007/s00127-008-0469-z
16. Schnyder U, Valach L, Bichsel K, Michel K. Attempted suicide: do we understand the patients' reasons? *Gen Hosp Psychiatry.* 1999;21:62–9. doi: 10.1016/s0163-8343(98)00064-4
17. Slade K, Edelman R. Can theory predict the process of suicide on entry to prison? Predicting dynamic risk factors for suicide ideation in a high-risk prison population. *Crisis.* 2014;35(2):82–9. doi: 10.1027/0227-5910/a000236
18. Rasmussen SA, Fraser L, Gotz M, MacHale S, Mackie R, Masterton G idr. Elaborating the cry of pain model of suicidality: testing a psychological model in a sample of first-time and repeat self-harm patients. *Br J Clin Psychol.* 2010;49:15–30. doi: 10.1348/014466509X415735
19. O'Connor RC. Suicidal behavior as a cry of pain: test of a psychological model. *Arch Suicide Res.* 2003;7(4):297–308. doi: 10.1080/713848941
20. Chu C, Buchman-Schmitt JM, Stanley IH, Hom MA, Tucker RP, Hagan CR idr. The interpersonal theory of suicide: a systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychol Bull.* 2017;143(12):1313–45. doi: 10.1037/bul0000123
21. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite S, Selby EA, Joiner TE. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev.* 2010;117(2):575–600. doi: 10.1037/a0018697
22. Joiner TE. *Why people die by suicide.* Cambridge: Harvard University Press; 2005.
23. Van Orden KA. The interpersonal theory of suicide: a useful theory? V: Lamis DA, Kaslow NJ, urednika. *Advancing the science of suicidal behavior: understanding and intervention.* Hauppauge (NY): Nova Science Publishers; 2014. str. 1–12.
24. Ribeiro JD, Joiner TE. Present status and future prospects take up the interpersonal-psychological theory of suicidal behaviour. V: O'Connor RC, Platt S, Gordon J, uredniki. *International handbook of suicide prevention.* Chichester: Wiley; 2011. str. 169–79. doi: 10.1002/9781119998556.ch10
25. Van Orden KA, Witte TK, Gordon KH, Bender TW, Joiner TE. Suicidal desire and the capability for suicide: tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(1):72–83. doi: 10.1037/0022-006X.76.1.72

26. Ma J, Batterham PJ, Calear AL, Han J. A systematic review of the predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior. *Clin Psychol Rev*. 2016;46:34–45. doi: 10.1016/j.cpr.2016.04.008
27. O'Connor RC. Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. V: O'Connor RC, Platt S, Gordon J, uredniki. *International handbook of suicide prevention*. Chichester: Wiley; 2011. str. 181–98. doi: 10.1002/9781119998556.ch11
28. O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc B*. 2018;373(1754). doi: 10.1098/rstb.2017.0268
29. O'Connor RC. The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior. *Crisis*. 2011;32(6):295–8. doi: 10.1027/0227-5910/a000120
30. Owen R, Dempsey R, Jones S, Gooding P. Defeat and entrapment in bipolar disorder: exploring the relationship with suicidal ideation from a psychological theoretical perspective. *Suicide Life Threat Behav*. 2017;48(1):116–28. doi: 10.1111/sltb.12343
31. De Beurs D, Fried EI, Wetherall K, Cleare S, O'Connor DB, Ferguson E idr. Exploring the psychology of suicidal ideation: a theory driven network analysis. *Behav Res Ther*. 2019;120:članek 103419. doi: 10.1016/j.brat.2019.103419
32. O'Connor RC, Rasmussen S, Hawton K. Distinguishing adolescents who think about self-harm from those who engage in self-harm. *Br J Psychiatry*. 2012;200(4):330–5. doi: 10.1192/bjp.bp.111.097808
33. Melson AJ, O'Connor RC. Differentiating adults who think about self-harm from those who engage in self-harm: the role of volitional alcohol factors. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):članek 319. doi: 10.1186/s12888-019-2292-3
34. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(1):73–85. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70222-6

Sociološki, kulturološki in kontekstualni dejavniki samomorilnega vedenja

Nina Perger, Mirjana Ule, Karmen Šterk

Ključni poudarki poglavja

- Pojavnost samomora je bila od začetka 19. stoletja predmet številnih diskusij, v katerih so se s pomočjo moralne statistike tistega časa prepletale evgenične in darvinistične razlage ter teorije degeneracije, ki samomor obravnavajo kot t. i. 'davek na civilizacijo'.
- S pomočjo statistike 19. stoletja je Émile Durkheim izdelal študijo samomora, v kateri ga celoti pojasnjuje z družbenimi dejavniki, predvsem s korenitimi družbenimi spremembami na področju družbene integracije in regulacije.
- Ob Durkheimovem pregledu individualnih dejavnikov in dogodkov v življenjskem poteku posameznika je njegovo dediščino nadaljeval Maurice Halbwach, ki se je od Durkheimove konceptualizacije samomora pomembno odmaknil s tem, ko je prepoznal pomen hkratne sociološke – torej družbenih dejavnikov samomora – in psihološke obravnave – torej individualnih dejavnikov samomora.
- V poznomoderni družbi se spremembe, ki jih je na prelomu stoletja identificiral Durkheim, še intenzivirajo: posameznik postaja vse odgovornejši za lastni življenjski potek, obenem pa slabijo 'amortizerji' družbenih napetosti in konfliktov, družbeno proizvedenih 'nesreč'.
- Ob prepoznavi pomena interdisciplinarnega pristopa k preučevanju samomora velja izpostaviti tudi psihoanalitsko perspektivo, ki temelji na prepoznavi pomena simbolnih, socialnih in moralnih registrov, simbolnega življenja ob goli fizični eksistenci.

Povzetek

V duhu časa 19. stoletja se je samomor sprva obravnaval v množici dejavnikov, vse bolj prevladujoča pa je postajala teza o samomoru kot t. i. davku na civilizacijo, torej o domnevno višji pojavnosti samomora kot posledice 'pretirane' civiliziranosti družb tistega časa oziroma družbenih sprememb v smeri individualnosti, razpada tradicionalnih vrednot in načina življenja. Prvi poskus celostnega sociološkega pristopa k samomoru je ponudil začetnik sociologije, Émile Durkheim, ki je leta 1897 izdal delo z naslovom *Le Suicide*. V njem je s pomočjo statistike tistega časa razvijal v celoti sociološko konceptualizacijo samomora, pri čemer je razloge za višjo pojavnost samomora v 19. stoletju iskal v korenitih družbenih spremembah, še posebno sprememb v družbeni integraciji in regulaciji. Na statističnih temeljih je izdelal tipologijo samomora, pri čemer je ločeval štiri tipe, in sicer altruistični in egoistični samomor, ki sta stvar pretirane ali nezadostne družbene integracije, ter fatalistični in anomični samomor, ki sta stvar pretirane ali nezadostne družbene regulacije. V težnji po podajanju celotne sociološke razlage je podcenil vpliv individualnih dejavnikov – s tem vprašanjem se je nato ukvarjal njegov učenec, Maurice Halbwach, ki je prepoznaval pomen tako družbenih kot tudi individualnih dejavnikov in dogodkov, ki lahko doprinešajo k razlagi pojavnosti samomora v okviru t. i. družbene distribucije nesreč. V poznomoderni družbi se z deregulacijo in destandardizacijo življenjskih potekov ter naraščajočo individualizacijo večajo in razpršijo priložnosti za t. i. nesrečne dogodke.

Posameznik je namreč vse odgovornejši za lastni življenjski potek, obenem pa slabijo skupnostne povezave, ki so bile v preteklosti pomemben vir 'amortiziranja' družbenih napetosti in konfliktov. Psihoanalitski obravnavi samomora ter razširjenega samomora k pojavnosti samomora pristopata s pripoznanjem tega, da človekovo življenje ni le stvar fizične eksistence kot take, temveč tudi fantazma, predstava, ki jo ima posameznik o sebi in ki jo utemeljujejo in potrjujejo tudi pomembni drugi. Predhodnica fizične smrti – samomora – s tega vidika je t. i. simbolna smrt, izčrpanje simbolnih, socialnih in moralnih registrov, ki nudijo oporo življenju.

Uvod

Leta 1861 je v časopisu *The New York Times* izšel prispevek z naslovom *City suicides in 1860*. V prispevku je bil obravnavan zaznan porast samomorov v New Yorku in Brooklynu, v ozadju tega porasta pa se je postavilo naslednje vprašanje: »Ali smo ob prisotnosti te grozljive moralne kuge, ki letno pobere toliko naših sodobnih smrtnikov, nemočni? Ali so družbene sile, zakon in celo religija tako pomenljivo nemočne, je ta nemoč dokončna in nepopravljiva?« (1). Na prelomu 19. v 20. stoletje se predvsem v ozadju prispevkov evropskih mislecev začne tematizirati samomor ne kot »zgolj izredno individualno dejanje ali nečastno dejanje, temveč družbeni dejavnik ali rezultanta. Je neizogiben, če ne celo naravni produkt družbe v civiliziranih državah« (2). Ta citat naj ponazarja začetne korake v smeri (bolj sociološke oziroma širše, družboslovne) tematizacije samomora na ozadju družbenih značilnosti. Polje družboslovja je sicer navznoter raznoliko in ta raznolikost se izkazuje tudi v pričujočem poglavju, saj v družboslovnem preučevanju samomora ni moč izrisati enovitega pristopa k obravnavanju samomora. Kljub heterogenosti pa med različnimi pristopi znotraj omenjenega polja obstajajo tudi skupne značilnosti, in sicer jih združuje obravnava družbenih in kulturnih dejavnikov v pojavnosti samomora, ki so v prevladujočih pristopih pogosto spregledani.

V poglavju so najprej obravnavane družbenozgodovinske umestitve začetnih družboslovnih pristopov k preučevanju samomora. S tem namenom je obravnavana moralna statistika in teza o t. i. 'davku na civilizacijo', nadaljuje pa se s ključnim avtorjem sociologizacije samomora, Durkheimom, ter njegovo zapuščino o preučevanju samomora na ozadju družbenih dejavnikov. Nadalje so v poglavju obravnavane sodobnejše tematizacije pojavnosti samomora, predvsem v okviru poznomodernih družbenih sprememb oziroma razmer, ki jih pomembno zaznamujeta deregulacija in destandardizacija življenjskih potekov. Zadnji del predhodne obravnave je dopolnjen še z obravnavo pojavnosti samomora v razmerju z dinamiko psihičnega aparata in kulturnim imaginarijem, ki nam v povezavi s Freudovim razumevanjem melanholije omogoča tudi uvid v zelo specifično obliko samomorilnega vedenja, v t. i. razširjeni samomor.

Od moralne statistike k tezi o 'davku na civilizacijo'

V sociološkem pristopu k samomoru – pristopu, ki v pojavnosti samomora razbira več kot le psihološke ali psihiatrične oziroma najširše, zdravstvene dejavnike – sta v preteklosti sicer prevladovali t. i. moralna statistika, torej analiza demografskih podatkov, ki temelji na specifični – krščanski – morali in služi utrjevanju tedaj prevladujočih družbenih norm in vrednot (npr. o idealnem družinskem življenju) (3, 4), in kriminologija. Čeprav se je moralna statistika, kot jo razvijajo predvsem italijanski, francoski, pa tudi angleški in nemški avtorji, ukvarjala tudi z najbolj vsakdanjimi pojavi družbenega življenja (npr.

številom rojstev, številom sklenjenih zakonskih zvez), je bilo največ pozornosti namenjene najbolj 'odklonskim' pojavom, še posebno zločinom (npr. umorom in v tistem času tudi samomorom) (3, 4). V 30. letih 19. stoletja sta belgijski avtor Quetelet z delom *Treatise on man and the development of his faculties* (3) in francoski avtor Guerry z delom *Essay on the moral statistics of France* (4)¹ kot primarno analitsko orodje preučevanja amoralnih dejanj, kamor uvrščata tudi samomor, uporabila moralno statistiko (5, 6), s pomočjo katere sta – podobno kot pozneje Durkheim – prepoznala razmeroma konstantno oziroma stabilno stopnjo samomorov glede na specifične demografske skupine na letni ravni v posamezni družbi (6). Prepoznavna stabilnosti stopnje samomorov je bila ključna za to, da se v pojavnosti samomora ni razbiralole individualnih naključij in dejavnikov, temveč nadindividualne dejavnike, torej dejavnike, ki presegajo posameznika. Prepoznavna nadindividualnih in razmeroma stabilnih dejavnikov, odkritih s pomočjo moralne statistike, je potrdila do tedaj bolj filozofsko usmerjene (in empirično nepodprte) diskusije samomora od 17. stoletja naprej. Tako se je na primer Voltaire že leta 1764 v *Dictionnaire philosophique* (7) spraševal, zakaj je manj samomorov na podeželju kot v mestu. Podobnih s samomorom povezanih vprašanj se v naslednjem stoletju lotevajo še Montesquieu, Rousseau in Hume (8). V tem času pojavnost samomora postane žariščna točka diskusij glede razmerja med Bogom in človekom, tj. glede 'lastništva' in 'oblastništva' nad človekovim življenjem: »Je človekovo življenje božja lastnina? Ali pa človekovo življenje pripada njemu samemu?« (8, str. 51). V ozadju tega je mogoče razumeti tudi kriminalizacijo samomora in samomorilnih poskusov tistega obdobja – kriminalizacijo,² ki se postopoma umika z uveljavitvijo medicinskega modela razumevanja samomora, v katerem se razloge za samomor išče v posameznikovem duševnem zdravju. Po tem modelu se dejanje samomora namreč razume kot človekova 'prisvojitve moči' – upravljanje z lastnim življenjem –, ki mu ne pritiče, saj je njegovo življenje v rokah Boga; takšna prisvojitve moči se tako razume predvsem kot norost (10), obravnava slednje pa ni v rokah duhovnikov, moralistov in kriminologije, temveč zdravnikov oziroma medicine (5, 10, 11).

V prvi polovici 19. stoletja se zgornjim tipom bolj filozofskih obravnjav samomora priključi še vse bolj okrepljena stroka, statistika, ki je v tistem času pravzaprav bolj birokratska kot pa akademska disciplina (12). Statistika, ki se v veliki meri osredotoča na zbiranje podatkov o zločinih, vključno s samomorom, naj bi se, kot izpostavlja Quetelet, ukvarjala z »anatomijo družbenega telesa«, ki sledi določenim – statističnim, nadindividualnim zakonom (12, str. 17) – oziroma analize človeka v prepletu trojice »fizičnih, moralnih in intelektualnih značilnosti«. Na osnovi teh značilnosti Quetelet zaključuje, da »družba pripravi zločin«, v tem primeru samomor, samomorilna oseba pa je le »njen instrument« (13, str. 116). V razlikah med posameznimi družbenimi skupinami in prostori ter izbranimi spremenljivkami (npr. v stopnji samomora med urbanim in ruralnim, stopnji rodnosti glede na letne čase) se razbirajo vzročne povezave, zakoni, ki so stvar družbenega, moralnega, in ne individualnega.

¹ Poleg statističnega pristopa k samomoru je Guerry tudi prvi, ki je izvedel kvalitativno študijo pojavnosti samomora, in sicer vsebinsko analizo motivov samomora na podlagi poslovnih pism, arhiviranih na pariški policiji (4).

² V Angliji je npr. dekriminalizacija samomora izvedena razmeroma pozno, z umikom 'telesne oskrunitve' tistih, ki so umrli zaradi samomora, v letu 1823, odvzema lastnine in predaje slednje oblastniku leta 1870 ter drugih sankcij leta 1961 (9); v Parizu so v 18. stoletju predvidene kazni za samomor javna telesna skrunitve, obsodba spomina na samomorilno osebo ter odvzem lastnine, za samomorilni poskus pa smrtna kazen (10). Ravno zaradi predvidenih kazni je statistika tistega časa – upoštevaje motiv za prikrievanje samomora bližnjih oseb – nezanesljiva (7, 10).

Moralna oziroma socialna statistika tistega časa pa je izrabljena tudi v kontekstu nacionalnih konfliktov in kulturnih bojev. O tem npr. priča obravnava razlik v stopnji samomorilnosti med Angleži in Francozi. Po angleškem avtorju Winslowu je razlaga razlike med nižjo stopnjo samomorilnosti v Angliji ter višjo v Franciji ta, da so Angleži lahko romantični, ne da bi bili samomorilni, medtem ko visoka stopnja samomorilnosti v Franciji priča o njihovem pretiranem spektakelskem značaju (7). Podobna je tudi Oettingenova razlaga razlike v stopnji samomorilnosti med Nemci ter slovanskimi in 'ležernimi' romanskimi skupinami: z »visoko kulturo in globokim notranjim afektivnim življenjem, z njegovo tendenco po samorefleksiji in samokritiki« Nemcev narašča tudi njihovo tveganje za samomor (4, str. 693).

Iz zapisanega je razvidna vsaj ena usmeritev začetnega družbenega preučevanja samomora, in sicer t. i. civilizacijska teza – teza o samomorilnosti kot neizogibnem proizvodu družbenega napredka –, ki se mestoma spenja tudi s teorijami degeneracije. Slednje stopnjo samomorilnosti povezujejo z dekadentnostjo civiliziranih in/ali urbaniziranih okolij. Pri Morselliju, enem pomembnejših Durkheimovih predhodnikov v pojasnjevanju samomorilnosti in avtorju dela *Suicide: An essay on comparative moral statistics* (leta 1879 v italijanskem originalu oziroma 1881 v angleškem prevodu), najdemo oboje. Morselli namreč ugotavlja, da je samomor rezultat boja za preživetje, za katerega pa v razmerah modernega civilizacijskega napredka niso vsi enako opremljeni. Razmere 'moderne civilizacije' namreč po Morselliju terjajo konstantno prilagajanje, v vse gostejši populaciji pa se tudi intenzivira tekmovalnost, še posebno v mestih: »Obstajajo zmagovalci in poraženci tega procesa, kar ustvarja konstantno eliminacijo šibkih značajev in podrejenih organizmov.« (14, str. 121–122; 9)

V tem oziru so družbeni dejavniki pravzaprav prepoznani le toliko, kolikor zmorejo domnevno pojasniti porajanje 'podrejenih, šibkejših' značajev, s tem – in šele sekundarno – pa tudi pojavnost in stopnje samomora neke družbe.³ Še več, družbeni dejavniki samomora (npr. civilizacija, religija, kultura, javna morala, ekonomske, politične in psihološke razmere ter gostota poselitve) so se obravnavali vzporedno z drugimi kategorijami dejavnikov, od kozmično-naravnih (npr. klimo, letnimi časi, časom dneva), etnoloških (npr. rase in tradicije), individualno psiholoških (npr. motivov za samomor, fizičnih in moralnih vzroki) do bioloških in družbenih okoliščin posameznika (npr. spol, starost, zakonski stan) (16). Povedano drugače, teza o civilizacijskem napredku družbene dejavnike večinoma prepozna v okviru ideje o t. i. 'davku', ki ga posamezniki plačujejo za lastno civiliziranost. 'Moralna kuga' samomora je obravnavana kot davek na civiliziranost, kot plačilo »letnega poklona« lastni civiliziranosti (3, str. 339), skratka, kot neizogibna in usodna tendenca civiliziranih družb (16).

Tovrstne prepoznavne degeneracije človeka ob izrazitejšem civilizacijskem napredku, skupaj s pojavom različnih in napredku vzporednih anomalij, pa po pričakovanjih spremljajo tudi klici in pozivi k vračanju v tradicionalne oblike življenja. To je še posebno razvidno v Masarykovem delu *Suicide and the meaning of civilization* iz leta 1881, kjer se domnevno višje stopnje samomora v civiliziranih družbah razlagajo kot »sad napredka, edukacije, civilizacije«, kot posledica razpada enotnega svetovnega nazora, temelječega na krščanskih

³ Podobne, z evgeniko (opravičevanje posegov družbe v človeške dedne lastnosti s ciljem izboljšanja 'kakovosti' določenega dela populacije z nadzorovanjem biološke reprodukcije) in darvinizmom (aplikacijo Darwinovih sklepov o evoluciji naravnih organizmov na t. i. socialne organizme – družbe) obarvane teze lahko zasledimo tudi pri Durkheimovemu kolegu iz polja vednosti v nastajanju, sociologije, in sicer pri Herbertu Spencerju; gl. npr. S. Ahmed (15).

vrednotah, čigar najmočnejša obramba proti samomoru je – o tem naj bi pričala manjša dovzetnost žensk za samomor – idealno družinsko življenje (7, str. 466–467).

Od Queteleta, ki ga Turner (17, str. 357) zaradi njegove osredotočenosti na odkrivanje zakonov družbe poimenuje kot Keplerja družbenega življenja, do Morsellija naj bi statistični zakoni delovali kot zakon gravitacije, na determinističen način – kot socialna fizika, torej kot pristop, ki v družbenem svetu išče podobne zakonitosti, kot sicer veljajo za fizični svet. Če se človekovo delovanje poprej obravnava skozi perspektivo Boga in božje volje, se v socialno-fizikalnem pristopu k samomoru človekovo delovanje obravnava in razume skozi prizmo družbene zakonitosti in percepcijo družbe na napačni razvojni poti (v smeri pretirane civiliziranosti, razpada vrednot itn.). Stabilnost (pojavnosti nekega fenomena), kot jo razkriva socialna statistika prve polovice 19. stoletja, postane indikator determiniranosti človekovega delovanja oziroma zanemarljivega obsega človekove individualne volje (13, 17). Skupaj s projektom modernosti se krepi tudi moralna oziroma socialna statistika, »služabnica racionalnega upravljanja in državnega upravljanja« (3, str. 343). Če med disciplinami medicine, psihiatrije in družboslovnih ved sicer najdemo nekatera razhajanja v pojasnjevanju narave in vzrokov samomora, pa med njimi vendarle obstaja strinjanje o tezi o izrazitem porastu samomora kot inherentnem pojavu moderne civilizacije, kot »bolezni /tistega/ stoletja« (3, str. 344).⁴

Durkheimov Le suicide

Ne glede na način pojasnjevanja samomora pa produktivnost moralne statistike v prvi polovici 19. stoletja priča o številnih diskusijah, povezanih s pojavom samomora. Približno 60 let po Queteletovem delu (18) in približno 20 let po Morsellijevem prispevku (19) k vednosti o samomoru je svoje prispeval še eden ključnih utemeljiteljev sociologije kot samostojne vede oziroma discipline, Émile Durkheim (1858–1917) z znano študijo o samomoru, *Le suicide* (20). Njen predhodnik je krajši in nekoliko bolj spregledan prispevek z naslovom *Suicide and fertility: a study of moral statistics* (21). V slednjem se je Durkheim na ozadju širših vprašanj o zdravju in bolezni družbe osredotočal na vprašanje razmerja med stopnjo rodnosti in številom samomorov v posamezni družbi (20). S pomočjo poti, ki jo je že utrla moralna statistika, je trdil, da lahko znanstveno utemeljeno oceno zdravja družbe ocenimo po pojavnosti družbenih slabosti oziroma 'bolezni', tudi s podatkom o številu samomorov (21).

Podobno kot prej omenjeni avtorji je tudi Durkheim k pojavu samomora pristopal iz ozadja širših družbenih dejavnikov oziroma velikih družbenih sprememb tistega časa. Med njimi je izpostavil predvsem 1) naraščanje populacije in njene gostote, 2) razvoj mest oziroma urbanizacijo, ter 3) število in hitrost komunikacijskih sredstev (22). Za bolj poglobljeno razumevanje njegove obravnave samomora v povezavi z družbenim stanjem na prelomu 19. v 20. stoletje je tako na mestu krajša razprava o Durkheimovih ostalih delih. V tem smislu je eno ključnih del njegovo prvo večje delo, in sicer *The division of labor in society* (22), v katerem s pomočjo analize zakonodaje obravnava prehajanje takratne družbene ureditve iz prevladujoče mehanske v prevladujočo organsko solidarnost, kot ju podrobneje obravnavamo v nadaljevanju.

⁴ Na tem mestu ob strani puščamo vprašanje, v kolikšni meri je na zaznan razmah števila samomorov vplival tudi razvoj metod beleženja tovrstnih pojavov.

Osnovna Durkheimova teza je, da človekova zavest sestoji iz dveh zavesti, in sicer individualne in kolektivne, pri čemer slednja pravzaprav predstavlja družbeno instanco v posamezniku: »V nas je nekaj neosebnega, ker je v nas nekaj družbenega« (23, str. 447).

Durkheim v grobem ločuje dva različna značaja družbene vezi: tega, kar je sam poimenoval solidarnost oziroma, z drugimi besedami, družbeno 'lepilo' oziroma 'vezivo'. Ko je Durkheim torej obravnaval solidarnost, je imel v mislih načine, na katere se družba vzpostavlja in ostaja povezana oziroma integrirana. Pri tem ločuje med že zgoraj omenjeno mehansko in organsko solidarnostjo, vsaka pa družbo 'lepi' na sebi specifične načine. Za (i) mehansko solidarnost je tako značilno, da 'lepljenje' družbe temelji na podobnosti oziroma homogenosti članov družbe, izrazito številčnih in intenzivnih kolektivnih sentimentih ter, vzporedno, na manjšem razponu individualnih specifik oziroma individualne zavesti njenih članov (22). Povedano drugače, družba, za katero je značilna predvsem mehanska solidarnost, je družba, ki jo povezuje homogenost njenih članov, ki privzemajo enake kolektivne vrednote in jasno definirane norme, ki so bolj strogega in kaznovalnega značaja. Je družba, v kateri je zelo malo prostora za individualne variacije. V posamezniku, upošteva zgornjo tezo o človekovi zavesti, sestavljeni iz individualne in kolektivne, tako kolektivna zavest prevladuje nad individualno, kar v jedru pomeni, da je primež družbe nad posameznikom izrazitejši in intenzivnejši.

Na drugi strani je za družbo, v kateri prevladuje (ii) organska solidarnost, značilno, da so njeni člani (bolj) heterogeni, raznoliki. Ta raznolikost se poraja na ozadju naraščajoče delitve dela in vzporedne specializacije funkcij (22). Delitev dela in z njo povezana specializacija funkcij pravzaprav terjata večji razpon individualnih variacij, saj se v tem kontekstu posameznik osredotoča in specializira v posamičnem segmentu dejavnosti. Če so poprej vsi posamezniki opravljali vse oziroma vsaj večino dejavnosti in na ta način zagotavljali lastno preživetje ter skrbeli za lastno življenje, je zdaj posameznik odgovoren le za specifično dejavnost, v kateri se specializira. Ker pa je vendarle usposobljen le v eni sami dejavnosti oziroma v izrazito manjšem sklopu, za svoje življenje pa potrebuje tudi produkte drugih dejavnosti, je ob naraščajoči specializaciji tudi vse bolj odvisen od drugih in dejavnosti, v katerih se specializirajo drugi člani družbe. Ta specializacija torej poraja več individualnega manevrskega prostora, večji razpon individualne zavesti, to pa implicira tudi manj intenziven primež družbe nad posameznikom. Temu se prilagajajo tudi kolektivni sentiment, ki so ohlapneje definirani (22). To je posledica naraščajoče individualnosti: ko se posamezniki vse bolj razlikujejo drug od drugega, se polje skupnih imenovalcev oži in vse bolj abstraktno definira. Med temi ohlapneje definiranimi sentiment, vse pomembnejšo vlogo tako zavzema spoštovanje človeškosti. Takšen ohlapno definiran kolektivni sentiment, z drugimi besedami, družbena vrednota – tisto, kar je v neki družbi zaznано kot pomembno, praktično sveto in zato nedotakljivo –, omogoča, da se kot vredne, pomembne in zato potrebne družbene zaščite zaznavajo vse bolj raznolike oblike človekovega življenja in življenjskih stilov – človeškost kot taka, ki nastajajo na ozadju prevladujoče individualne zavesti v posamezniku, ki jo, kot rečeno, zahteva naraščajoča delitev dela in specializacija funkcij (22).

Družba se v procesu prehajanja iz prevladujoče mehanske solidarnosti, ki temelji na homogenosti oziroma podobnosti njenih članov in prevladujoči kolektivni zavesti, v organsko solidarnost, ki temelji na raznolikosti članov in prevladujoči individualni zavesti, sooča z intenzivnimi spremembami. Ta prehod iz ene oblike solidarnosti v drugo, kot je izpostavil Durkheim, ni enostaven, saj se v temelju zamika sam značaj družbene vezi, tisto, kar 'lepi' družbo:

»V zelo kratkem času so se dogodile temeljne spremembe v strukturi naših družb /.../ moralnost, ki je ustrezala prejšnjemu tipu družbe, je izgubila svoj vpliv, njena naslednica pa se ni utegnila zadosti hitro razviti, da bi lahko zasedla njeno mesto v naših zavestih /.../ Novo življenje, ki je naenkrat nastalo, se ni utegnilo v celoti organizirati« (22, str. 317–318).

Stanje prehoda iz mehanske solidarnosti v organsko tako spremlja stanje anomije oziroma patološkega stanja družbe, ki ne zmore zagotavljati zadostne mere družbene integracije in regulacije, posamezniki pa v tem smislu niso dovolj povezani med sabo in z družbo kot tako. Po Durkheimu je glavni krivec za porajanje te anomije na prehodu abnormalna oblika delitve dela oziroma nezadostna usklajenost posameznih, sicer medsebojno prepletenih in odvisnih delov družbe (22). Povedano drugače in kot obravnavamo zgoraj, delitev dela vključuje ne le specializacijo funkcij, temveč tudi naraščajočo medsebojno odvisnost. Če delitev dela ne temelji na medsebojni usklajenosti in povezanosti različnih delov družbe, potem v primeru patološke delitve dela umanjka potrebna solidarnost oziroma družbeno lepilo: odvija se torej specializacija, skupaj z individualizacijo, a brez njene potrebne hrbtna plati, naraščajoče medsebojne odvisnosti (22). Ravno zato je po Durkheimu delitev dela v procesu prehoda obravnavana kot patološka: če je za nek fenomen v njegovi normalni manifestaciji značilno, da je prisoten v celotni družbi nekega časovno-prostorskega okvira (pogoj generalnosti oziroma razširjenosti in pogostosti) in da je uporaben oziroma nujen za vzdrževanje družbenega reda, patološkost družbenega fenomena – v tem primeru delitve dela – izhaja iz njegove 'škodljivosti' za družbo in normalno delovanje družbenih funkcij (24).

Že v *The division of labor in society* (22) ter v *The rules on sociological method* (24) se je Durkheim preko analize zakonodaje in značaja sankcioniranja zločinov ter vprašanja normalnega in patološkega dotaknil tudi vprašanja samomora, ki se mu je v celoti posvetil v svojem poznejšem delu (24). V prvem delu (22) je tako obravnaval pojavnost samomora kot pokazatelja splošnega vzdušja družbenega okolja in ne specifičnih lokalnih okoliščin; v drugem (264, str. 68) pa je kljub splošni razširjenosti samomora (gl. pogoj splošne razširjenosti za definiranje določenega pojava kot normalnega) sklenil, da je razvoj oziroma porast števila samomorov vendarle patološkega značaja.

V svojem prvem krajšem prispevku, v katerem se je v celoti posvetil vprašanju samomora (21), je že obravnaval pojavnost samomora glede na specifične demografske skupine, npr. profesionalne skupine. Ugotavljal je, da je za določene skupine (še posebno za intelektualce in umetnike ter vojake) značilna višja pojavnost samomora, obenem pa tudi najnižja stopnja rodnosti (21). Tako (previsoka) stopnja samomora kot tudi (previsoka ali prenizka) stopnja rodnosti se po Durkheimu in v duhu tistega časa lahko obravnavata kot patološka pojava. Pri tem je za samomor sklenil, da je vedno »simptom organizma v neravnotežju«, dodal pa je, da so vzroki za to neravnotežje sicer lahko »organski ali družbeni« (21, str. 191), vendar so v največji meri družbenega in ne organskega (torej individualnega) značaja. Tezo o družbeni plati samomora, njegovi družbeni sooblikovanosti je nato poglobljeno razdelal v enem od svojih bolj znanih del – *Suicide: a study in sociology* (20). Ključni doprinos Durkheimovega dela, kot izpostavlja Giddens (6), ni v empiričnih povezavah med pojavnostjo samomora in demografskimi skupinami (profesionalne skupine, starost, spol ipd.), saj o njih predhodno – o čemer priča prvi del – že razglabljajo številni avtorji s polja moralne statistike, temveč v njegovem obsežnem poskusu obravnavanja samomora v okviru koherentne sociološke teorije.

Če sta si psihologija in psihiatrija tistega časa prizadevali pojasniti samomor v striktno psiholoških in individualističnih okvirih, je Durkheim skušal s študijo samomora vzpostaviti sociologijo kot svojstveno disciplino. Če bi mu namreč na izbranem problemu samomora uspelo dokazati in utemeljiti njegovo družbeno determiniranost oziroma sooblikovanost – v nasprotju s prevladujočimi individualističnimi obravnavami –, bi s tem pomembno utrdil vrednost sociologije kot samostojne in legitimne discipline. Če namreč znanost tistega časa prepoznava le obstoj individualne zavesti, kar prevladujoče velja za psihiatrijo in psihologijo, potem specifični objekt sociološkega preučevanja (kolektivna zavest, kolektivna realnost) ne obstaja, s tem pa pade tudi sociologija kot samostojna veda: »V tem primeru je edini možni predmet preučevanja mentalno stanje posameznika, saj ne obstaja nič drugega. Vendar to spada v polje psihologije« (20, str. 38). Durkheim je s študijo samomora in razkrivanjem družbenih determinant želel dokazati obstoj kolektivne moralne realnosti, torej realnosti, ki je nad posameznikom, pa vendar tudi v njem, in ki ga kot družbenega akterja pomembno določa in (so)oblikuje. Povedano drugače, želel je dokazati obstoj družbe kot take – družbe, ki je več kot le skupek oziroma množica posameznikov (20).

V nasprotju z avtorji iz omenjenih disciplin, ki prepoznavajo doprinos nedružbenih dejavnikov, npr. etnoloških, kot je rasa, ali individualnih psihopatoloških stanj, je Durkheim s t. i. izvendružbenimi dejavniki (od psihopatologije do rase, dednosti, okoljskih dejavnikov, kot sta klima in sezonska temperatura, ter imitacija), opravič že v prvem poglavju svojega dela (20). V psihopatologiji sicer prepoznava njen omejeni vpliv na samomor, in sicer v smislu verjetnosti – oseba s težavami v duševnem zdravju kot bolj nagnjena k samomoru –, vendar se ta potencialnost realizira le skozi delovanje drugih dejavnikov, ki so družbenega značaja (20). Še posebno pomenljiva je njegova diskusija o vplivu okoljskih dejavnikov. Statistika sama po sebi sicer potencialno pritrjuje vplivu letnih časov, ne pa tudi vplivu sezonskih temperatur. Največje število samomorov se namreč beleži v času pomladi in poletja, najnižje pa v času jeseni in zime, pri čemer pa velja, da najvišje število samomorov ni značilno za najbolj vroči mesec, avgust, temveč za maj in junij (20). Namesto z okoljskimi vplivi je Durkheim to statistiko variacij števila samomorov skozi letne čase razložil z družbenimi dejavniki. Razmišljal je, da ne gre za vpliv (višjih) temperatur na organizem človeka, temveč za intenzivnost kolektivnega življenja, ki niha v letnih časih (20): »Če se prostovoljne smrti povečujejo od januarja do julija, to ni zaradi vročine, ki predstavlja motnjo za organizem, temveč zaradi tega, ker je družbeno življenje bolj intenzivno« (20, str. 122).

Durkheimova tipologija samomora

Po obravnavi vpliva izvendružbenih dejavnikov na število samomorov se je v nadaljevanju posvetil družbenim vzrokom in vzpostavljanju družbenih tipov samomora. Zanimale so ga izključno stanja različnih družbenih okolij (npr. religijska pripadnost, družina, politična družba, profesionalna skupina) ter z njimi povezane razlike v številu samomorov; posameznikove motive za samomor oziroma individualne vzroke pa je obravnaval kot nepomembne za sociološko razlago.

Čeprav se teza o povezavi med pripadnostjo protestantski ločini in večjim številom samomorov te skupine pogosto pripisuje ravno Durkheimu, jo je pred njim, leta 1864, pravzaprav izpostavil že nemški statistik Adolf Wagner. Ta je večjo pojavnost samomora med protestanti pripisoval njihovi racionalnosti in visoki stopnji izobrazbe, ki doprinese k »bolj progresivnemu in sekularnemu pogledu na svet« (4, str. 692), ni pa razložil, kako

in zakaj višja stopnja izobrazbe vodi v ta učinek. To doprinese Durkheimova razlaga. V nasprotju z zgoraj omenjenimi avtorji, ki v izobraženosti opažajo enega od vzrokov družbene 'degeneracije', je Durkheim v izobraženosti videl »zdravilo, edino zdravilo, ki ga imamo« (20, str. 169). Želja po izobraževanju, pridobivanju vednosti, namreč po Durkheimu nastopi šele takrat, ko je siceršnja tradicionalna in tesno prepletena družbena integracija, temelječa na homogenosti oziroma podobnosti, že destabilizirana oziroma oslABLJENA. Za protestantsko religijsko skupino velja, da je protestant »v večji meri avtor svoje vere« (20, str. 158). Moralni individualizem in individualna odgovornost pred Bogom sta tisti značilnosti protestantizma, ki porajata večje število samomorov (20). V razmerju med religijo in številom samomorov ključne vloge tako ne odigra vednost, tradicionalnost ali intenzivno vzpostavljanje samomora kot grešnega, temveč značaj kolektivne integracije, povezanosti religijske skupine, medtem ko so »/d/etajli dogme in obredov /.../ sekundarni« (20, str. 170).

Podobno je izpostavljaj tudi v povezavi z družinsko skupnostjo oziroma družino ter 'politično družbo' oziroma političnim elementom družbenega življenja. V povezavi s prvo statistika kaže, da je za poročene osebe značilno nižje število samomorov. Pri tem je Durkheim izpostavil tudi pomenljivo spolno specifikko. Tveganje za samomor je namreč načeloma (in z redkimi izjemami posameznih držav) nižje za poročene moške kot poročene ženske. Še več, delež poročenih žensk, ki umrejo zaradi samomora, je neprimerljivo višji od neporočenih (20). Spraševal se je, ali je to povezano z obstojem zakonske skupine (status poročene oziroma poročenega) ali z obstojem družinske skupine (obstoj otrok v partnerski zvezi). Ugotavljal je, da je pravzaprav odločilen dejavnik nižjega tveganja (oziroma večje zaščite) predvsem obstoj družinske, ne pa tudi zakonske skupine kot take (20). Tveganje za samomor se namreč zmanjšuje – in to predvsem za moške, ne pa tudi za ženske – ne le z obstojem družinske skupnosti kot take, temveč tudi s samo gostoto skupnosti, torej s številom otrok v družini (20). Spolno diferenciran vpliv družinske in – v izraziteje manjši meri – zakonske zveze na tveganje za samomor med moškimi in ženskami je Durkheim pojasnjeval z različnimi potrebami ene in druge skupine. Namreč, v duhu tistega časa je sklepal, da zakonska in družinska skupnost delujeta dobrodejno na moškega v smislu vzpostavljanja moralnega ravnotežja, in to predvsem zaradi tega, ker zamejita njegove želje na en sam objekt. Brez te zamejenosti si moški »želi vsega in se ne zadovolji z ničemer« (20, str. 271). Za žensko je, na drugi strani (in na tem mestu se izraziteje izrisuje duh tistega časa), značilno, da je njeno »mentalno življenje manj razvito« (20, str. 272) zaradi nižje stopnje vpetosti v kolektivno življenje, zaradi česar so njene želje manj izrazite. V ozadju tega je njena potreba po izrazitejši družbeni regulaciji (npr. skozi monogamno zakonsko zvezo) nižja: v zakonski zvezi je tako, po Durkheimu, deležna predvsem omejevanja, a – v nasprotju z moškim – brez nekih večjih prednosti.⁵ V povezavi s politično družbo na število samomorov pa je ugotavljal, da se v času večjih socialnih pretresov, kot je vojna, število samomorov zmanjša: družbene krize namreč intenzivirajo kolektivne sentimente, 'družbeno lepilo', zaradi česar je vsaj začasno stopnja družbene integracije večja (20).

Velja torej, da število samomorov upada z večjo stopnjo integriranosti oziroma povezanosti družbenih skupin, od religijskih in družinskih skupin do političnega elementa družb (20).

⁵ S tem Durkheim pojasnjuje tudi spolno diferenciran vpliv instituta ločitve na pojavnost samomora. Ugotavljal je namreč, da v tistih državah, kjer je institut ločitve že močno razširjen, stopnja zaščite, ki jo moškemu nudi institut zakonske zveze, upada, saj mu odpira polje tiste izbirnosti in svobode želje, ki naj bi jo ta institut zamejeval. Na drugi strani institut ločitve deluje dobrodejno na žensko v smislu večje zaščite pred samomorom, saj odpravi čezmerno uravnavanje, ki je za žensko nepotrebno, saj so njene želje že »naravno zamejene« (20, str. 272).

Velja pa tudi, da se integriranost družbe kot take ne more zmanjševati brez vzporednega vpliva tega pomanjkanja povezovanja na posameznika. Ko povezave v družbi postajajo vse ohlapnejše, je tudi posameznik kot tak vse ohlapneje povezan z družbo (20). Poraja se stanje, ki ga Durkheim poimenuje »egoizem«, v katerem individualna zavest v razmerju z družbeno oziroma kolektivno zavzema pretiran del, ta pretiranost pa se manifestira (tudi) v specifičnem tipu samomora, ki je po Durkheimu najbolj značilen za moderne družbe (20). Stanje egoizma kot »pretirane individuacije« (20, str. 217), v katerem družbeno telo v stanju prenizke stopnje integriranosti doživlja »fiziološki stres« (20, str. 214), občutijo tudi posamezniki. Pretirana individuacija oziroma prenizka stopnja družbene integriranosti je po Durkheimu torej tista, ki poraja tip samomora, najbolj značilnega za družbo takratnega časa, tj. egoistični samomor.

V svoji tipologiji samomorov pa Durkheim egoističnemu doda še tri tipe. Eden je altruistični samomor,⁶ pri katerem težave ne predstavlja pretirana individuacija, odpenjanje posameznika od družbenega telesa, temveč nasprotno, nezadostna stopnja individuacije, ki je učinek pretirane družbene integracije: »Teža družbe, ki jo nosi posameznik, je tista, ki ga vodi v samomor« (20, str. 219). Pri tem je ločeval tri podtipe altruističnega samomora, in sicer obligatornega (npr. žrtvovanje žene ob smrti kralja) in (bolj) izbirnega, ki ni stvar neposredne družbene prisile, temveč bolj posrednega družbenega pritiska, ki se izraža skozi javno mnenje ali vprašanje družbene časti. Če je obligatorni altruistični samomor stvar izogibanja stigmi žalitve oziroma posameznikove dolžnosti do družbe, je izbirni altruistični samomor stvar pridobivanja družbenega ugleda (20). Tretji podtip altruističnega samomora – akutni – pa je po Durkheimu enostavno izraz užitka ob samožrtvovanju. V grobem velja, da je altruistični samomor značilnejši za bolj elementarne družbene oblike, v katerih prevladuje zgoraj obravnavani princip mehanske solidarnosti, saj se v modernih družbah individualna zavest posameznika vse bolj osvobaja primeža kolektivne zavesti (20), razen redkih izjem, kot je vojska. Ta je namreč s svojo notranjo strukturiranostjo, togostjo ter zahtevo po podreditvi kolektivni entiteti in z že navzven razvidno homogenostjo (npr. uniforme) bolj podobna elementarnim kot modernim družbam. Njena struktura spominja na strukturo tistih družb, v kateri prevladuje princip mehanske solidarnosti, utemeljen v podobnosti oziroma homogenosti članov kolektivne entitete (20).

Kot tretji tip samomora je Durkheim izpostavil anomični samomor, ki nastopi zaradi deregulacije oziroma anomije (20). Posameznikovo delovanje v družbi mora biti uravnavano z določenimi in učinkovitimi normami. Ko te pretirano oslabijo, nastopi anomija, stanje, v katerem je eno od prevladujočih pravil to, da »pravilo manjka« (20, str. 257). Primarni področji, ki sta po Durkheimu izpostavljeni tovrstni anomiji, sta polje ekonomije⁷ in zakonske zveze. Slednja je po Durkheimu sicer posledica vse bolj razširjenega instituta ločitve oziroma možnosti razveze, ki poraja večji razpon možnosti individualnega delovanja. V nasprotju s klici po vračanju v bolj obvezujočo tradicionalnost, kar se tiče zakonske zveze, pa je Durkheim na temelju podatkov sklenil, da rešitev ni v

⁶ Altruistični samomor leta 1892, torej pet let pred Durkheimom, obravnava Savage, ki ga sicer ne razdeli na enak način kot pozneje Durkheim, ga pa umesti v kategorijo 'namernih samomorov', poleg katere prepozna še kategorijo 'impulzivnih' (25).

⁷ Industrijske in finančne krize v grobem povečujejo število samomorov, enako pa velja tudi za obdobja večjega blagostanja družbe. Stvar torej ni v tem, da težavnost življenja, npr. revščina, povečuje nagnjenost k samomoru, temveč k temu prispevajo bolj radikalni družbeni premiki, četudi k večjemu blagostanju. Intenzivnost sprememb namreč destabilizira obstoječe norme družbenega delovanja. Vsaka kriza torej ne povzroči nujno večje družbene integriranosti (kot velja za primer vojne), lahko namreč učinkuje tudi v smislu deregulacije posameznikovega delovanja (20).

ukinitvi instituta razveze, temveč v zmanjševanju razlik med družbenim položajem moškega in ženske, pri čemer pa – vendarle v duhu tistega časa – je tudi takoj dodal, da »dela stoletij«, ki so vzpostavila takšne razlike in neenakosti po osi spola, ne gre ukiniti v hipu (20, str. 386).

V nasprotju z egoističnim samomorom, ki zadeva vez med posameznikom in družbo, anomični samomor tako nastopi zaradi pomanjkljivega, nezadostnega uravnavanja posameznika. Med obema oblikama samomora pa vendarle obstaja tudi podobnost, stičišče. Obe namreč izhajata iz nezadostne prisotnosti družbe oziroma družbenega v posamezniku – ali v smislu družbene integracije ali v smislu družbene regulacije – in sta kot taki tudi ključna tipa samomorov v modernih družbah (20). Četrty tip samomora, ki ga je poimenoval fatalistični samomor, je Durkheim obravnaval v izrazito manjši meri. V eni od opomb je namreč le pripisal, da je učinek »pretirane regulacije« samomor »zelo mladih mož, poročenih žensk brez otrok«, ki je v modernih družbah praktično zanemarljiv pojav, v preteklih družbenih ureditvah pa se kaže predvsem kot samomor sužnjev (20, str. 276).

Če povzamemo, Durkheim tipologijo samomora zasnuje na dveh oseh, in sicer (i) po osi značaja vezi med posameznikom in družbo oziroma družbene integracije, kjer ločuje altruistični (pretirana integriranost) in egoistični (nezadostna integriranost) samomor, ter (ii) po osi značaja regulacije, kjer ločuje med fatalističnim (pretirana družbena regulacija posameznika) in anomičnim samomorom (nezadostna družbena regulacija posameznika).

V zadnjem poglavju dela o praktičnih posledicah samomora je Durkheim sklenil, da samomor sam po sebi ni nujno patološki pojav, saj obstaja v vseh, tudi preteklih družbah, pa vendar je normalni pojav, le dokler ostaja v določenih mejah (20). Še vedno torej ostajata odprti vprašanji normalnosti/patološkosti števila samomorov in ali je porast števila samomorov nujna spremljevalka civilizacijskega napredka. Za odgovor na to vprašanje se nasloni na primerjavo družb na prelomu 19. v 20. stoletje z družbami v obdobju renesanse in reformacije. Za obe družbenozgodovinski obdobji je namreč značilen izrazit civilizacijski napredek, pa vendar v obdobju renesanse in reformacije takšnega porasta števila samomorov ni moč opaziti. Sklenil je torej, da vzrokov za porast ne gre iskati v napredku kot takem, temveč v posebnih družbenih razmerah, v katerih se napredek odvija in v katerih so »institucije preteklosti« (20, str. 369), torej pretekle družbene ureditve, izkoreninjene, na njihovem mestu pa še niso nastale nove, prilagojene spremenjenim družbenim razmeram.

Skratka, treba je najti nove odgovore na stara družbena vprašanja integracije in regulacije in kot je jasen Durkheim, teh odgovorov ne gre iskati v vračanju v preteklo stanje tradicionalnosti in mehanske solidarnosti, temveč v krepitvi vmesnih veznih členov med posameznikom in družbo, še posebno v krepitvi poklicnih skupin (20). Te namreč posamezniku omogočajo razvoj individualne zavesti, hkrati pa jih preko posrednika poklicnih skupin in njihovih norm ohranjajo v povezanosti z družbo (integracija) in v zadostnem primežu družbenih norm (regulacija). Iz njegovega zaključka je razvidno, da naraščajoče individualnosti, v katerih drugi avtorji tistega časa neredko razbirajo znake 'dekadence' oz. 'razpada' družbe, ne obravnava kot patološki, temveč kot normalni družbeni pojav. Še več, individualnost obravnava kot pojav, ki ga velja krepiti, ob tem pa hkrati vendarle preprečevati njegov zdrs v egoizem oziroma pretirano obliko individualizma, v kateri se individualni ego vzpostavlja na račun družbenega ega (in ne skupaj z njim) in ki kot tak (lahko) vodi v egoistični samomor (22, 26, 27). Do podobnega zaključka v smeri prepoznavanja pomena individualnosti ob hkratni prepoznavi nevarnosti družbene

anomije, ki izhaja iz abnormalnih oblik delitve dela, kot obravnavamo zgoraj, je prišel tudi že v delu *The division of labor in society* (22). Kot odgovor na anomijo in deregulacijo, ki spremljata takratne družbene spremembe, je v tem delu namreč izpostavil pomen enakosti v zunanjih (družbenih) razmerah in pravičnosti: »Lahko bi rekli, da je naloga najbolj naprednih družb pravzaprav misija za pravičnost« (22, str. 302).

Podobni učinki družbenih neenakosti in anomičnega stanja družbenega življenja so neposredno v povezavi s samomorom izpostavljeni tudi v Marxovem eseju po Peuchetovih zapiskih (28). Ta pariški uradnik (roj. 1760) je s pomočjo policijskih arhivov analiziral pojavnost samomora v Parizu. Njegove zapiske je s svojimi predelavami in dodelavami – predvsem v smeri izpostavljanja družbene neenakosti in pomena družbenih bojev – pozneje, v drugi polovici leta 1845, objavil Marx (28, str. 9): »Klasifikacija različnih vzrokov samomora je pravzaprav klasifikacija samih defektov naše družbe /.../ Najlažje je slaviti ustave na papirju, pravico vsakega posameznika do izobrazbe, do dela in predvsem do zadostnih sredstev za preživetje /.../, a prava naloga je obelodaniti te liberalne ideje z materialnimi in družbenimi institucijami«.

Po Durkheimu – durkheimovsko z zamiki

Podobno, le približno 30 let po Durkheimovem delu *Suicide* (20), je izpostavil tudi Durkheimov učenec, Halbwasch v delu *The causes of suicide* (29). To delo je, kot je zapisal Mauss (30, str. 2), »nujno dopolnilo« Durkheimovega dela. V njem je namreč Halbwasch z že nekoliko bolj razvitimi statističnimi metodami preizkusil Durkheimove teze in jih mestoma tudi pomembno nadgradil. Izpostaviti velja Halbwaschevo pozornost na individualne dejavnike, ki jih je Durkheim v svojem fokusu na obravnavo samomora kot družbenega fenomena obravnaval kot bolj ali manj zanemarljive dejavnike oziroma motive, ne pa tudi kot vzroke. Durkheim je tako individualne, naključne dejavnike v življenjskem poteku posameznika prepustil klinični praksi oziroma psihiatriji; obravnaval jih je kvečjemu z vidika družbene sooblikovanosti posameznikovega živčnega sistema (20): »/h/ ipercivilizacija, ki krepi tendence k anomiji in tendence k egoizmu, obenem tudi poraja bolj delikaten živčni sistem.« (20, str. 323). Halbwasch je temu nasprotoval: v preučevanju samomora je po njegovem treba preučevati sočasnost individualnih in kolektivnih dejavnikov. Še več, trdil je, da je individualne dejavnike treba obravnavati na bolj sociološki način. Sam je k temu prispeval tezo o družbeni distribuciji nesreč, ki jo je podkrepil s prisposodbo konjske dirke (29). Po Halbwaschu je Durkheim predpostavljal, da se konji z ovirami na dirkalni ravnic (npr. neporavnana zemlja) srečujejo naključno (29): »Za Durkheima značaj ovire in njena lokacija nista pomembni. Slabo treniran konj bo nujno padel, na eni ali drugi točki« (29, str. 287). Sam pa je v njih razbiral širšo sliko: morda je zveza, ki naj bi skrbelo za dirkalne razmere, preslabo opravila svoje delo zaradi primanjkljaja delovne sile ali resursov, morda je zato konj premalo nahranjen ali treniran (29): »Daleč od tega, da so /ovire/ ustvarjene naključno. Na vsaki točki in v vsakem obdobju so rezultat jasno definiranih družbenih pogojev« (29, str. 287). Distribucija nesrečnih dogodkov v življenjskem poteku posameznika (npr. nesrečna ljubezen, osebni stečaj) ni – v nasprotju z Durkheimovo tezo o nepomembnosti individualnih razlogov za samomor – stvar naključij, temveč strukture družbe oziroma družbenih skupin. Z naraščajočo kompleksnostjo družbe ter z njo povezane kompleksnejše delitve dela in individuacije pa naraščajo tudi priložnosti za različne 'nesreče', neskladja, ki, še posebno ob hkratni slabitvi družbenih (religijskih, družinskih itn.) vezi in njihovih podpor, množijo individualne motive za samomor: »Družba jih prikrajša za podporo, hkrati pa jih obdrži v situaciji, kjer so možnosti za poškodbe in rane vseh vrst multiplicirane« (29, str. 320).

Od socialnega k individualnemu in nazaj k socialnemu vidiku samomora

Če je bilo za Durkheima značilno, da je v svojem delovanju skušal vzpostaviti sociologijo kot samostojno in od drugih disciplin jasno ločeno disciplino, je bilo za Halbwascha približno 30 let pozneje značilno, da je prepoznal pomen interdisciplinarne obravnave, še posebno na področju samomora. Po njegovem mnenju se namreč tako sociologija kot psihologija spopadata s problemom – pojavnostjo samomora –, ki presega meje vsake posamične discipline: »Pravzaprav lahko k samomoru, vsakemu samomoru, pristopimo z dveh perspektiv,« (29, str. 290) ki skupaj tvorita kompleksno in nedeljivo celoto (32). Nenazadnje k podobnemu holističnemu pristopu pozove tudi eden od najpomembnejših Durkheimovih učencev, Mauss (31, 32).⁸ Povedano drugače, kar Durkheim v začetnih korakih sociologije razločuje, njegovi nasledniki skupaj s sodobnimi družboslovnimi raziskovalci samomora združujejo.

Podobno izpostavlja tudi Georg Simpson v predgovoru k angleški izdaji Durkheimove knjige o samomoru: izhodišče za družboslovno raziskovanje samomora naj bo medsebojno povezovanje posameznih življenjskih zgodb oseb, ki so poskušale storiti samomor ali umrle zaradi samomora, s sociološkimi spremenljivkami (33). Durkheim teh povezav ni uspel najti, saj je, kot je bilo omenjeno zgoraj, individualno početje in namere vnaprej izločil iz svoje razlage (20). Vendar so nadaljnje sociološke in socialnopsihološke študije pokazale, da je nedvomno možno in nujno upoštevati individualne vidike samomorilnega početja ljudi tudi pri sociološki razlagi samomora. Kot je ugotavljal Jack Douglas v svoji znani knjigi o družbenem pomenu samomora, so skoraj vse raziskave, ki so obravnavale samomor kot temeljno družbeni pojav, dejansko ponujale razne »psihosocialne teorije« (34, str. 152), preplet življenjskih potekov posameznika z družbenimi dejavniki in značilnostmi družbenega življenja.

Od samomora kot dogodka k samomoru kot življenjskemu procesu

Samomor je dejanje, s katerim osebe nasilno končajo življenje. Neredko skušajo z njim okolici sporočiti nekaj važnega, kar ima širši pomen. Za vse, ne le za sociološko proučevanje, je pomembno znati razbrati ta širši pomen samomorov. Tako življenjske izkušnje in znanstvene ugotovitve o tveganem obnašanju nas učijo, da so vsi ljudje ranljivi in lahko pod pritiskom socialnih okoliščin in osebnih težav razvijajo samomorilna nagnjenja. Vsak samomor spremlja zapleten preplet življenjskih doživljanj in izkušenj, osebnostnih značilnosti, medicinskih ali psihiatričnih diagnoz, prepričanj, zapletov v odnosih in akutnih stresnih dejavnikov, ki predstavljajo okvir življenjske zgodbe in samomora kot zaključka te zgodbe. Zato je pomembno, da samomor ločimo od fiksacije na 'samomorilni dogodek' in ga motrimo kot sestavni del življenjskega procesa.

Samomor je tako posebno življenjsko dejanje/dogajanje. Kot navajajo Vallach idr., je samomor ena od možnosti v subjektivno nevzdržni situaciji in lahko predstavlja možni cilj delovanja (npr. narediti konec življenju) v kritičnih življenjskih položajih, ko se zdijo ogroženi glavni človekovi življenjski cilji (35). Ronald Maris (36) je uvedel pojem 'samomorilne kariere'. Poudaril je, da je odločilna za konstruktivno ali samodestruktivno soočenje posameznika s kriznimi življenjskimi situacijami, vendar raziskovalci in terapevti praviloma pozabljajo nanjo. Samomorilni proces sestoji iz več stopenj, ki lahko zajemajo razmišljanje o samomoru, okrepljene samomorilne namere, ki se lahko izrazijo v načrtovanju, pisanju,

⁸ Mauss je trdil, da psihično življenje družbe sestoji iz različnega 'materiala', kot velja za psihično življenje posameznika; pa vendar slednje ne pomeni, da med njima obstaja popoln prelom, temveč gre predvsem za stvar kontinuuma (31).

govorjenju, v pripravi končne strategije samomora ali pa v pričakovanju kakega ključnega dogodka, ki bi sprožil samomorilno dejanje. Pogosto je sprožilec končnega dejanja intenzivna čustvena reakcija na dogodek. Oseba, ki razmišlja o samomoru, običajno gradi posebno zgodbo o sebi in svojih početjih, ki je del siceršnje identitetne zgodbe, namreč prizadevanj za pridobivanje ali ohranitev vsaj minimalno koherentne osebne in socialne identitete. Samomorilna kariera je tako sestavni del identitetne kariere posameznika. Identitetna kariera pa je bistveni del njegovega življenjskega poteka.

Družbene razmere in krizna identitetna obdobja

Susanne Langer idr. so v delu *Understandig suicide: a sociological autopsy* ugotavljali, da sicer od Durkheima dalje razumemo velik pomen socialne integracije in dezintegracije za razlago samomora v družbi, vendar ne razumemo dobro, kako se socialni odnosi in vpletenost ljudi v socialne institucije spreminjajo v življenjskem poteku ljudi (37). Opozarjajo, da so bile raziskave sprememb v življenjskem poteku in njihovega vpliva na pojav samomorov do zdaj opravljane v glavnem na populaciji mladih in starejših, ne pa tudi na vmesni populaciji odraslih. Ugotavljajo, da obstajajo tri ključna obdobja v življenjskem poteku, ko se povečuje število samomorilnih dejanj: (i) obdobje identitetne krize v mladosti zaradi težav pri prehodu v odraslost, (ii) obdobje srednje odraslosti, ko se zgostijo eksistenčni in karierni problemi ter krizne družinske situacije, ter (iii) obdobje visoke starosti, zaznamovane z izgubo bližnjih oseb in bližino smrti (37).

Langer idr. kot poglavitni socialno-psihološki razlog za višjo stopnjo samomorilnosti v teh obdobjih navajajo krize emocionalne, kognitivne in instrumentalne navezanosti posameznikov na svoje bližnje (partnerje, starše, otroke, prijatelje), dom ter delo in kariero. Te navezanosti dajejo ljudem osnovni občutek varnosti in zaupanja v socialni svet. Če se človeku izmakne kak zanj pomemben dejavnik navezanosti, potem lahko to predstavlja potencial za nastanek samomorilne težnje. Naj tu kot pomenljivo dejstvo omenimo, da od Durkheima dalje podatki kažejo, da je v vseh ključnih življenjskih obdobjih več samomorov med moškimi kot ženskami (*več o tem v poglavju 25*). Predvsem pa se med moškimi zgostijo v srednjem življenjskem obdobju. Avtorji to razlagajo s še vedno tradicionalnimi pričakovanji o moških kot oskrbovalcih družine, z osrediščenjem življenjske zgodbe moških na delo in kariero, zato jih bolj kot ženske zadenejo problemi z izgubo zaposlitve, kariernimi problemi in finančni zlomi (38). Povzeto po Halbwaschu (gl. zgoraj), družbena distribucija 'nesreč' in njihova 'škodljivost' je tudi spolno zaznamovana.

Krizna identitetna obdobja v življenjskem poteku je pravzaprav prvi opredelil Erik Erikson v svojem teorijskem modelu identitetnega razvoja in identitetnih kriz. Po Eriksonu je oblikovanje identitete posameznika vseživljenjski proces in predstavlja samorefleksivno osišče med posameznikovim notranjim in zunanjim svetom. Identiteta je zanj predvsem posameznikov občutek kontinuiranosti življenja skozi čas, ki jo priznavajo tudi drugi ljudje (39).⁹ Za psihosocialni razvoj v življenjskem poteku so tudi po Eriksonu odločilne predvsem tri identitetne krize. Mladostna kriza identitete je pomenljiva, ker se tedaj razvije celostna identiteta sebstva, ki jo mora mladostnik sprejeti, potrditi pa jo mora tudi družba. Po Eriksonu v tej dobi grozi nevarnost regresivnega razvoja identitete ali difuzija identitete (39).

⁹ Cilj identitetnega razvoja po Eriksonu je identiteta sebstva (angl. self-identity), pojmovana kot občutek samoidentičnosti in kontinuitete osebnega doživljanja. V vsaki identitetni krizi obstaja možnost progresivno ali regresivno razreševati krize, pri čemer slednja vsebuje nevarnost disociacije osebnosti, psihosocialnih motenj in tudi samomora.

V odraslosti krizo identitete označuje iskanje ravnovesja med ustvarjalnostjo in stagnacijo. Odvisna je od možnosti za ustvarjalni karierni razvoj in emocionalne stabilnosti zasebnega življenja. Zadnja ključna kriza identitete pa je značilna za starost in jo označuje nasprotje med integriteto in izgubo smisla življenja, ko človek reflektira svoje dotedanje življenje. Uspešen razplet te krize se kaže v doseganju stabilne integritete identitete, ki ji Erikson pravi tudi 'modrost'. Skrajno negativni rezultat te krize pa je lahko tudi izguba smisla življenja, stanje brezupa, ki lahko vodi tudi v samodestruktivna dejanja, kot je samomor (39).

Temeljna Eriksonova ideja identitetnih kriz je, da jih ne izzovejo le spremembe v samem posamezniku, temveč tudi v odnosih med ljudmi, v katerih se oseba znajde v določenem obdobju svojega življenja. Tako do progresivnih kot regresivnih oblik reševanja identitetnih kriz pride s sodelovanjem posameznika in drugih ljudi, oz. še širše, družbenih razmer, v katerih poteka življenjski proces. Zato so identitetne krize tudi krize socialnih odnosov, medosebnih povezav, pa tudi krize institucij in družbenih odnosov.

Destandardizacija in deregulacija življenjskih potekov

Pomanjkljivost Eriksonove teorije je, da ni tematiziral tega, kako so identitetne krize del aktualnih družbenih kriz in protislovij, zato je njegova teorija dobila prizvok teorije prilagajanja družbi. S tem pa je tudi pojem identitete izgubil kritično dimenzijo, ki je prav v možni odsotnosti integritete posameznika, v neujemanju individualnosti in socialnosti v identiteti. Takšna neujemanja je prehitro negativno ocenil kot zgolj identitetne pomanjkljivosti. Njegov 'ideal identitete – jaza' je tako težko ločiti od konformističnega ideala 'dobro integrirane' osebnosti, ki ga je ostro kritiziral že Theodor Adorno. Raziskave sprememb v življenjskem poteku ljudi v pozni moderni, torej v zadnjih desetletjih 20. stoletja, zavračajo tudi Eriksonovo tezo o univerzalnem poteku identitetnega razvoja in univerzalnem vzorcu identitetnih kriz. Raziskovalci namreč opozarjajo, da tradicionalni mejniki v življenjskem poteku ljudi, npr. vstop v šolanje in njegov zaključek, vstop v redno zaposlitev, formiranje družine in starševstvo, napredovanje v poklicni karieri in upokožitev nikakor ne poznajo več kakšnih stabilnih ali prepoznavnih vzorcev. Potekajo v različnih časovnih zaporedjih, časovno vzporedno ali se sploh ne dogodijo (40–42). Posamezniki si morajo pravzaprav sami priboriti primerne identitetne prehode v zase primernih časih ob zahtevnih pogojih z ustanovami, v katerih se nahajajo (40). Govorimo o destandardizaciji in deregulaciji življenjskih potekov ter individualizaciji življenja. Ta zajema naraščajočo raznolikost v vzorcih življenjskega poteka, kar pomeni, da se zmanjšuje primerljivost življenjskih potekov, obenem pa narašča prepričanje ljudi, da se lahko zanašajo le sami nase, in to na temelju vse manjše stabilnosti življenjskih načrtov. Ob naraščajoči raznolikosti družbenega življenja in življenjskih potekov se zmanjšuje možnost oblikovati dolgoročno, stabilna pričakovanja, življenjski poteki pa postajajo vse bolj nepredvidljivi in nepovezani. Skratka, od posameznika se v vse bolj nestabilnih razmerah družbenega življenja, torej ob destandardizaciji in deregulaciji življenjskih potekov, vse bolj pričakuje, da je zmožen in pristojen načrtovati in voditi svoj lastni življenjski potek. Takšna pričakovanja in pritiski pa pogosto presegajo zmožnosti posameznika in porajajo paradoksalno situacijo, v kateri je samostojni posameznik vse bolj odvisen od spremenljivih socialnih okoliščin. Nastajajo nove socialne odvisnosti posameznika in nove strategije delovanja, pri čemer sta problematični predvsem dve. To sta površinsko dojetje problemov, v kateri posameznik problem zaznava le na ravni določenih simptomov, ne zmore pa uvideti njihovega temeljnega vzroka, zato se tudi osredotoča na reševanje vidnih simptomov, ne pa

izvora težav, ter fragmentacija življenja, v kateri se življenje doživlja kot kolaž nepovezanih dogodkov, še posebno na temelju pritiska ponudbe trga, medijev, porabe, ki ponujajo vedno nove dejavnosti, smernice, usmeritve in stile (43).

Ti strategiji, torej površinsko dojetje problemov in fragmentacija življenja, lahko pomenita, da se reševanje življenjskih problemov odlaga in prenaša v prihodnost. Zato tudi izbruhi (identitetnih) kriz niso več vezani na tipične biografske prehode, ampak jih zaradi nakopičenih nerazrešenih življenjskih problemov lahko sprožijo povsem naključni dogodki ali okoliščine. Posamezniki so vse bolj obremenjeni z družbenimi konflikti in nasprotji, ki se zdaj vse bolj neposredno lomijo na njih, brez socialnih 'amortizerjev', kot so obstajali v prejšnjih obdobjih modernizacije, na primer družina, generacijska, razredna, sosedska pripadnost ljudi in druge vmesne strukture (44). Kolikor bolj odpadajo te skupnostne povezave, na pomen katerih opozarja že Durkheim, toliko manj vnaprejšnjih 'amortizerjev' pred pritiski socialnih in osebnih kriz in negotovosti je človeku na voljo; toliko manj je tudi zunanjih izgovorov za neuspehe, toliko odgovornejšega in krivega se čuti človek za svoje morebitne napačne izbire in odločitve.

Obenem pa individualizacija življenjskih potekov omogoča, da imamo 'svoje življenje v svojih rokah', torej da smo avtonomni pri življenjskih odločitvah, da nismo vezani na standardizirane vzorce življenja. Torej bi pričakovali, da se stopnja samomorilnosti v pozni moderni niža ravno zaradi večje avtonomnosti v izbirah življenjskih poti, v možnostih, da se vračamo na začetek in začnemo pisati življenjsko zgodbo na novo. Statistični podatki temu vsaj deloma pritrjujejo (45). V mnogih razvitih državah, zlasti tistih z urejenim socialnim in zdravstvenim varstvom, je ostala stopnja samomorilnosti stabilna ali se je celo znižala. Ugotovitev je pomembna, vendar jo moramo previdno interpretirati. Tako npr. novejša raziskave o stopnji samomorilnosti v Združenih državah Amerike kažejo, da se je v obdobju 2000–2016 precej povečala stopnja samomorilnosti, z 10,4 do 13,5/100.000 prebivalcev (46). Podobni, ponekod še bolj drastični skoki v porastu samomorilnosti so se zgodili v državah, za katere je značilna močna neoliberalna ekonomska politika in minimalna ali odsotna socialna država, npr. Južni Koreji, Kitajski, Indiji, pa v baltskih državah v Evropi (47).

Zdi se, da ob individualiziranju življenjskih potekov pride do znižanja samomorilnosti predvsem tam, kjer obstajata urejeni izobraževalna in zaposlitvena politika, pa socialno in zdravstveno varstvo za večino prebivalstva, medtem ko tam, kjer tega ni, ljudje iščejo paradokсне individualne rešitve svojih problemov v raznih negativnih in destruktivnih oblikah reševanja svojih življenjskih kriz. Neoliberalizem s svojim zagovarjanjem moči trga nad močjo zasebnih mikrosfer uničuje moč socialne države, zmožnosti ljudi za ohranjanje stabilne identitete in integracijo protislovnih izkušenj ter vzdrževanje kontinuirane identitete lastnega sebstva.

Na tem ozadju se še toliko jasneje izrisuje potreba po interdisciplinarnem obravnavanju samomora. Samomor namreč kot del življenjskega procesa v svoji kompleksnosti presega meje posamičnih disciplin. Ne gre ga razumeti zgolj v luči družbenih dejavnikov ali individualnih odločitev, temveč kot preplet obojih: posameznikovo življenje je namreč, kakor priča diskusija o destandardizaciji in deregulaciji življenjskih potekov, pomembno družbeno sooblikovano kljub izpostavljanju pomena (pa tudi teže) individualnosti v sodobnem družbenem življenju. Nenazadnje že Durkheim zapiše, da individualizem skupaj z vsem, kar ta predstavlja in zahteva od posameznika, ni nič drugega kot »družbeni proizvod« (26, str. 24).

Od samomora k (samo)umoru – freudovska psihoanaliza

Povsem sočasno z vzponom Durkheimove (in durkheimovske) sociologije samomora se je na Dunaju uveljavljala paradigma, ki je radikalno spremenila in trajno dopolnila akademsko razumevanje področji individualnega in družbenega – freudovska metapsihologija. Znotraj nje je posameznikov samomor enigmatično dejanje, ki razveljavlja ultimativno načelo – načelo ugodja, ki uravnava psihični aparat posameznika.

Z rojstvom je človek zgolj skupek gonov, ki so Freudova imena za posameznika, okovanega v darvinistične okvire bioloških potreb; potrebe po prehranjevanju (kar ustreza cilju reprodukcije posameznika) in seksualne potrebe (kar ustreza cilju reprodukcije človeške vrste). Freud to prevede v izhodiščno stanje človeka, rekoč da posameznika obvladujeta samoohranitveni ter seksualni gon. Pozneje to prevede v narcistični in seksualni libido oz. libido Jaza in libido Onega, njuni začetni zadovoljitvi pa sta narcizem in avtoerotizem. Posameznik v freudovski metapsihologiji ni nič več in nič manj od svojega psihičnega aparata, ki je sestavljen iz različnih med seboj dopolnjujočih in hkrati nasprotujočih si psihičnih instanc. Zavestni, racionalni in v upoštevanje zunanje realnosti usmerjen del posameznika je njegov Jaz, psihična energija, s katero Jaz pogojno razpolaga, je ambivalentno, 'polimorfno perverzno' (48), agresivno in principu ugodja zavezano Ono, Nadjaz predstavlja introjiciran preostanek prvih identifikacij in objektnih izbir (predstavljajo jo starši, ki so bili prvi zadolženi za zadovoljevanje naših potreb), je instanca nadzorovanja, kaznovanja in nagrajevanja, na koncu je tu še Ideal Jaza, ki predstavlja homogeno, idealizirano pripoved o domu in svetu, ki jo posameznik pripoveduje samemu sebi.

Odraščanje, življenjski poteki in včasih tudi smrt posameznika so sestavljeni iz usod čustvenih navezanosti, ki jih Freud poimenuje libidinalne investicije. Te so dveh vrst: identifikacije in objektna izbire. Prva, identifikacija, predstavlja vzpostavitev čustvenega razmerja z zunanjim objektom, druga, ki je lahko nadaljevanje prve, pa predstavlja (popolni) prenos libida na zunanji objekt. Freud ugotavlja, da smo posamezniki pri opustitvah objektnih zasedb izjemno omahljivi in da jim zelo neradi odtegujemo svoje čustvene investicije, zato to odtegovanje običajno poteka postopno, običajno kar s predhodno vpotegnitvijo investicije, ki se veže z objektno izbiro, nazaj v identifikacijo. S takim razumevanjem prehajanja libida od Jaza do objekta in nazaj je storjen prvi korak v razrešitvi uganke nagnjenosti k samomoru (49). K drugemu koraku pojasnjevanja te uganke pa pripomore razumevanje gonov kot konstitutivno ambivalentnih; libidinalne nastrojenosti so vedno obeh vrst, pozitivne in negativne, zlahka se obračajo v svoje nasprotje, prehajajo iz aktivne v pasivno pozicijo, obenem pa imajo moč, da Jaz (zavedni, racionalni del posameznika) vzamejo za svoj objekt (50). Katero od omenjenih poti bo gon ubral, je odvisno od temeljnega načela, ki uravnava psihični aparat posameznika, načela ugodja, in pogoj, ki mora biti izpolnjen za izbor, je en sam; gon gre v smeri, kjer je neugodje, odpor, najmanjše.

V tako predstavljeni dinamiki psihičnega aparata je jasno, da je (samo)zavedanje smrtnosti trenutek, ki v posamezniku vzbuja ultimativno nelagodje. Samomor je potemtakem »nenavadno premaganje nagona, ki vsako živo bitje žene, da se oklepa življenja« (49, str. 206), je ultimativna transgresija principa ugodja, ki jo je težko teoretsko utemeljiti. Te zagate, »kako lahko Jaz privoli v samouničenje« (49, str. 211), se Freud loteva v spisu *Žalovanje in melanholija*: »Jaz se lahko ubije le takrat, če lahko z obratom objektno investicije obravnava samega sebe kot objekt, če lahko usmeri proti sebi sovražnost, ki velja objektu«

(49). Idealno patološko stanje za tak potek stvari je melanholija, psihično stanje, še najbolj podobno tistemu, kar danes ustreza laični predstavi depresije. Melanholijo Freud predstavi kot patološko sliko normalnega psihičnega stanja žalovanja, ki mu je (v patološki različici) pridruženo še dvoje: motnje samozavesti in dejstvo, da melanholik ne ve, za čem žaluje. Tako se žalujočemu ob neki realni izgubi, npr. kakšnega ideala, ali smrti ljubljene osebe zdi opustošen zunanji svet, melanholiku pa lastni Jaz; in medtem ko žalujoči natančno ve, za čem žaluje, je v melanholiji status izgube nezaveden. »Melanholijo bi torej na neki način lahko povezali z izgubo objekta, ki je odtegnjena zavesti, v nasprotju z žalovanjem, kjer izguba v ničemer ni nezavedna« (49, str. 205).

Dinamiko melanholije je najlažje opazovati v ljubezenskem življenju, zato ni naključje, da je Freud »skrajno zaljubljenost« (49, str. 211) in samomor povezal s skupnim imenovalcem (49): »Objekt pri obeh premaga Jaz, čeprav na popolnoma različna načina.« (49, str. 212).

»Procesa zdaj ni težko rekonstruirati. Najprej je bil izbor objekta, vezanost libida na določeno osebo, zaradi vpliva realne razžalitve ali razočaranja, ki ju je povzročila ljubljena oseba, pa se je ta objektni odnos zamajal. Kot se običajno dogaja, to ni pripeljalo do tega, da bi se libido odtegnil temu objektu in se premestil na novi objekt /.../, marveč se je umaknil nazaj v Jaz. Tu pa ni bil poljubno uporabljen, marveč je rabil za vzpostavitev identifikacije Jaza z opuščnim objektom. /.../ Na ta način se je izguba objekta preobrazila v izgubo Jaza, konflikt med Jazom in ljubljeno osebo pa v razcep med kritiko Jaza in Jazom, spremenjenim zaradi identifikacije« (49, str. 208-209).

Prišlo je torej do introjekcije, do povratnega vnosa libida, identificiranega z opustelim objektom, s čimer se ukinja neugodje realne izgube, saj se je čustvena vez z objektom ohranila, samo da tokrat obstaja le znotraj psihičnega aparata posameznika, torej le tam, kjer stvari zares štejejo – v psihični realnosti. Tako lahko pojasnimo tudi trpinčenje Jaza, samoponiževanja in ostale motnje samozavesti, za katerimi trpi melanholik (49, str. 208): »Ključ za to klinično sliko držimo v roki takrat, ko spoznamo v samoočitkih očitke objektu ljubezni, vendar so bili iz njega prevajeni na lastni Jaz«. Libido je na tej poti sledenja minimiziranja neugodja utrpel serijo popačitev in sprevračanj, omogočenih z inherentno ambivalentnostjo: iz aktivne v pasivno pozicijo, iz pozitivne čustvene nastrojenosti v negativno, od zunanjega objekta k lastnemu Jazu.

Melanholikova »ljubezenska investicija njegovega objekta je doživela dvojno usodo; deloma je regradirala v identifikacijo, deloma pa je bila pod vplivom ambivalentnostnega konflikta prestavljena nazaj na stopnjo sadizma. Šele ta sadizem razreši uganko nagnjenosti k samomoru« (49, str. 211). Oseba, ki je umrla zaradi samomora, potemtakem ne umori sebe, pač pa tisti del Jaza, ki se je po identifikaciji z opustelim objektom introjiciral v Jaz, ga opustošil in ponižal. Dragocena lekcija, ki jo iz takšne zastavitve lahko uzre tako sodobna psihiatrija kot forenzične znanosti, je ta, da ne moremo zgrešiti s pristopom, ki samomor obravnava tudi že kot umor (v skovanki samoumor torej) – in seveda obratno.

Razširjeni samomor

Takšna logika interpretacije (samo)morjenja bi bila torej morda uporabna tudi v primerih, ki jih že samo spontana zaznava v Sloveniji zlahka poveže v nek zelo specifičen vzorec samomorilnosti, katerim je bil predhoden umor. Takšno dejanje, razumeti ga namreč velja kot enega samega, je v literaturi in uradnih statistikah pojmovano različno; umor - samomor, družinski umor ali, najpogosteje, razširjeni samomor, znotraj katerega je najpogostejši podtip, zabeležen tako v literaturi kot slovenski praksi, medpartnerski umor, konkretnije, gre za uksoricid, umor zakonske partnerke. Za ilustracijo navajamo

fragment iz dostopne statistike: leta 1997 je bilo v Sloveniji od 34 umorov kar 8 takih, ki so se nadaljevali s samomorom storilca (51), kar predstavlja visokih 23,5 %. V istem viru navajajo, da je kombinacija umora in samomora, ko si morilec po dejanju sodi sam, v letih 1992–1997 kar 25-odstotna. Če to primerjamo z med seboj sicer le pogojno primerljivimi podatki, ki za druge države veljajo v delno primerljivih obdobjih, ugotovimo, da je to dejanje, razširjeni samomor, v Sloveniji zelo nadpovprečno zastopano in s tem izjemno zanimivo za nadaljnje sociološko in kulturološko preučevanje. V izčrpnem pregledu statističnih podatkov, pridobljenih po svetu v različnih časovnih obdobjih, ki prikazujejo izrazito kulturno variabilnost razširjenega samomora, Liem (52) navaja naslednje deleže: Avstralija, 1989–1996, 5,5 %; Anglija z Walesom, 1988–1992, 1,0 %; Hong Kong, 1989–1997, 6,0 %; Nizozemska, 1992–2006, 4,0 %; Finska 1960–2000, 8,0 %. Če za referenčno vrednost vzamemo delež umorov, ki so se nadaljevali v samomor storilca v Sloveniji v letu 1997 (ki je bil, kot rečeno, 23,5-odstoten), je po dostopnih podatkih višji delež zabeležen le v japonski provinci Toyama, ki je med leti 1986 in 1995 imela 25,3 % takih primerov.

Upošteva je epidemiološke študije razširjenega samomora, ki poudarjajo vzročnost individualnih psihopatologij (53), bi bilo zanimivo preveriti tudi, kako druga od obeh, poleg depresivnih (zgoraj predstavljenih kot melanholičnih) še paranoidna psihična dispozicija, vzdrži teoretično rekonstrukcijo, ki podpira podoben iztek v samomor.

V strokovni teoriji sicer že obstaja t. i. psihodinamična paradigma, ki razširjeni samomor obravnava v okvirih Freudove metapsihologije in dinamike instanc psihičnega aparata (54). Za alternativno pojasnilo pa naj uporabimo interpretativni aparat filozofa in psihoanalitika Jacquesa Lacana, ki je svoje teorije prav tako naslanjal večinoma na Freuda. S tem je nakazana nujnost vzpostavitve neke nove epistemologije in s tem tipologije, ki razširjenega samomora ne obravnava bodisi kot različice umora ali podtipa samomora, pač pa kot samostojno kategorijo krvnega delikta. Razširjeni samomor torej nista dva dogodka, najprej umor, nato samomor, temveč gre za en sam dogodek v dveh dejanjih, za samoumor.

Lacanova interpretativna psihoanaliza (pa tudi Heidegger, Foucault in Badiou, naštevamo samo najpomembnejše), je skladno s starogrškim razumevanjem zoe in bios, človekovo življenje razklal na dvoje. Zoe pomeni »preprosto dejstvo življenja, skupno vsem živim bitjem«, bios pa »obliko ali način življenja, lasten nekemu posamezniku ali skupini« (55 str. 9). Rečeno drugače, obstaja neko Realno, biološko življenje, fizična eksistenca, ki je opremljena z nekim Simbolnim življenjem, ki ga sestavljajo razlogi za življenje.¹⁰ Na ravni Simbolnega imamo opravka s subjektiviziranim, individualnim življenjem, kot ga je posamezniku vredno živeti, s smislom življenja nekoga torej. Ker je subjekt vselej že potisnjen v subjektivnost kot intersubjektivnost (je, kar je, skozi pogled Drugega, za drugega), ima življenje vedno podobo nekakšnega simbolnega mandata, zaveze, ki vzdržuje neka razmerja med posamezniki in omogoča družbeno življenje. Analogno, predpostavlja Lacan (56), sta tudi dve smrti; je Realna, biološka smrt in je Simbolna smrt, ki predstavlja razgradnjo intersubjektivnih vezi in s tem desubstanciacijo posameznika, razveljavitev družbene pogodbe in razkroj vsega tistega, kar je pomembnejše od golega življenja. Saj, »če ni nič dovolj pomembno, da bi za to umrli, kaj je potem smisel življenja?« (57, str. 111).

¹⁰ Realno in Simbolno pišemo z veliko začetnico, ker sta to dva koncepta, ki pripadata spoznavno-teoretskemu modelu realnosti, kot ga uporablja interpretativna psihoanaliza. Več o tem v npr. Žižek S. Kuga fantazem. Ljubljana: Društvo za teoretsko psihoanalizo; 1997.

Naš kulturni imaginarij podpira le sosledje dogodkov, kjer je fizična smrt predhodnica simbolne. V obliki pogrebnih obredov ali kakorkoli drugače je treba simbolno smrt razumeti kot neko simbolno gesto, ki redefinira status telesa, prekine prej obstoječe intersubjektivne vezi, ukine star simbolni mandat. Gre za smrt identitete, subjektivni občutek življenja, ne le kot opustošenega in ponižanega (kot velja za melanholikov Jaz), temveč imamo opravka s popolnim razvrednotenjem smisla življenja. Predpostavimo, da imamo opravka z živečim posameznikom, ki je svoje razloge in smisle življenja izčrpal: opravka imamo le z golo fizično eksistenco (bios), s telesom, ki nima opore v simbolnih, družbenih, kulturnih in moralnih kategorijah (zoe). Mar ni morilec, ki zavoljo umora stori samomor, prav tak posameznik, ki je razlog svoje simbolne smrti naprtil žrtvi, in mu potem, ko žrtev kaznuje za svojo smrt, ne preostane nič drugega, kot da zares konča še svojo fizično eksistenco? Najpogostejša oblika razširjenega samomora je, kot rečeno, uksoricid, ali pa umor nezakonske partnerke, ki se izteče v samomor. Temu običajno botruje nek stresor; dejanska ali namišljena prevara, dejanska ali namišljena možnost zapustitve, kar izniči posameznikove samodefincije, identiteto, vse simbolne, socialne in moralne registre, ki so nudili oporo življenju. Človekovega življenja namreč ne podpira (le) fizična eksistenca kot taka, temveč, morda predvsem, neko dopolnilo tej eksistenci, neka fantazma (58), predstava o samem sebi, ki jo utemeljujejo in potrjujejo pomembni drugi.

Zaključek in usmeritve za naprej

Neizogibna se zdi zaznava, da samomor ni toliko rezultat svobodne volje posameznika, kot je produkt delovanja nekega notranjega razcepa, nepomirljivosti in konfliktnosti. Pri Durkheimu imamo opravka z dvema tipoma zavesti, individualno in kolektivno, pri čemer slednja predstavlja ponotranjeno družbeno instanco v posamezniku. Ključ za razumevanje samomora v Durkheimovem in durkheimovskem sociološkem pojmovanju je vidik razmerij med individualno in kolektivno zavestjo v posamezniku ter stopnjo družbene (pretirane ali nezadostne) integracije ali regulacije, ki pomembno spremeni razmerje zavesti v posamezniku. V primeru Freudove zastavitve samomora kot sklepnega koraka melanholije se soočamo z razkolom v posamezniku, le da je v tem primeru tista ponotranjena tujost še preveč domača, intimna in usodna za posameznikovo identiteto in zato posameznik do nje ne more vzpostaviti varne distance. Oboje velja obravnavati kot proces, v okviru katerega je samomorilni proces tudi že sestavni del procesa oblikovanja in doživljanja identitete posameznika, ki je ne gre razumeti kot ločene od siceršnjega družbenokulturnega življenja. Sam dogodek samomora v tem smislu velja razumeti kot z neko krizno (individualno ali kolektivno) situacijo sprožen moment razlitja, implozije, sinergičnega preseka samomorilnega procesa z identitetnimi.

Reference

1. City suicide in 1860. New York Times [na spletu]. 17. januar 1861 [citirano 31. 8. 2020]. Dostopno na: <https://www.nytimes.com/1861/01/17/archives/city-suicides-in-1860-number-of-suicides-ratio-cepidemic.html>
2. Curiosities of suicide. New York Times [na spletu]. 4. julij 1880 [citirano 31. 8. 2020]. Dostopno na: <https://www.nytimes.com/1880/07/04/archives/curiosities-of-suicide.html>
3. Lee D. Accounting for self-destruction: Morselli, moral statistics and the modernity of suicide. *Intellect Hist Rev.* 2009;19:337–52. doi: 10.1080/17496970903266277
4. Lederer D. Sociology's one law: moral statistics, modernity, religion, and German nationalism in the suicide studies of Adolf Wagner and Alexander von Oettingen. *J Soc Hist.* 2013;46:684–99. doi: 10.1093/jsh/shs128
5. Brancaccio MT, Engstrom EJ, Lederer D. The politics of suicide: historical perspectives on suicidology before Durkheim – an introduction. *J Soc Hist.* 2013;46:607–19. doi: 10.1093/jsh/shs110

6. Giddens A. The suicide problem in French sociology. *Br J Sociol.* 1965;16:3–18. doi: 10.2307/588563
7. Kushner HI. Suicide, gender, and the fear of modernity in nineteenth-century medical and social thought. *J Soc Hist.* 1993;26:461–90. doi: 10.1353/jsh/26.3.461
8. Crocker LG. The discussion of suicide in the 18th century. *J Hist Ideas.* 1952;13:47–72. doi: 10.2307/2707725
9. Healy R. Suicide in early modern and modern Europe. *Hist J.* 2006;49:903–19. doi: 10.1017/S0018246X06005577
10. Merrick J. Patterns and prosecution of suicide in 18th century Paris. *Hist Reflect [na spletu].* 1989 [citirano 22. 5. 2020];16:1–53. Dostopno na: <https://www.jstor.org/stable/41298905>
11. Hacking I. The taming of chance. Cambridge: Cambridge University Press; 1990. Chapter 2, The doctrine of necessity; str. 11–5. doi: 10.1017/CBO9780511819766.002
12. Porter TM. Statistical and social facts from Quetelet to Durkheim. *Sociol Perspect.* 1995;38:15–26. doi: 10.2307/1389259
13. Hacking I. The taming of chance. Cambridge: Cambridge University Press; 1990. Chapter 14, Society prepares the crime; str. 115–24. doi: 10.1017/CBO9780511819766.014
14. Hawkins M. Durkheim's sociology and theories of degeneration. *Econ Soc.* 1999;28:118–37. doi: 10.1080/03085149900000028
15. Ahmed S. What's the use? On the uses of use. Durham: Duke University Press; 2019. doi: 10.1515/9781478007210
16. Brancaccio MT. »The fatal tendency of civilized society«: Enrico Morselli's suicide, moral statistics, and positivism in Italy. *J Soc Hist.* 2013;46:700–15. doi: 10.1093/jsh/shs121
17. Turner S. Durkheim among the statisticians. *J Hist Behav Sci.* 1996;32:354–78. doi: 10.1002/(SICI)1520-6696(199610)32:4<354::AID-JHBS3>3.0.CO;2-R
18. Quetelet MA. A treatise on man and the development of his faculties. Edinburgh: William and Robert Chambers; 1842.
19. Morselli H. Suicide: an essay on comparative moral statistics. New York: D. Appleton and Company; 1882.
20. Durkheim É. Suicide: a study in sociology. New York: Free Press; 1951.
21. Durkheim É. Suicide and fertility: a study of moral statistics. *Eur J Popul.* 1992;8:175–97. doi: 10.1007/BF01797209
22. Durkheim É. The division of labour in society. New York: Free Press; 2014.
23. Durkheim É. The elementary forms of religious life. New York: Free Press; 1995.
24. Durkheim É. The rules of sociological method. New York: Free Press; 1982. Chapter 3, Rules for the distinction of the normal from the pathological; str. 85–107. doi: 10.1007/978-1-349-16939-9_4
25. Goldney RD, Schioldann JA. Evolution of the concept of altruistic suicide in pre-Durkheim suicidology. *Arch Suicide Res.* 2004;8:23–7. doi: 10.1080/13811110490243822
26. Lukes S. Durkheim's 'individualism and the intellectuals'. *Polit Stud.* 1969;17(1):14–30. doi: 10.1111/j.1467-9248.1969.tb00622.x
27. Giddens A. The 'individual' in the writings of Émile Durkheim. *Eur J Sociol.* 1971;12:210–28. doi: 10.1017/S0003975600002307
28. Marx K. Peuchet on suicide. V: Plaut EA, Anderson K, urednika. Marx on suicide. Evanston: Northwestern University Press; 1999. str. 43–76.
29. Halbwachs M. The causes of suicide. London: Routledge; 1978.
30. Mauss M. Forward to the French edition. V: Halbwachs M. The causes of suicide. London: Routledge; 1978. str. 2–4.
31. Ignatow G. Mauss's lectures to the psychologists: a case for holistic sociology. *J Class Sociol.* 2012;12:3–21. doi: 10.1177/1468795X11433703
32. Mauss M. The nature of sociology. New York: Durkheim Press; 2005.
33. Simpson G. Editor's introduction. V: Durkheim É. Suicide: a study in sociology. New York: Free Press; 1951. str. 13–32.
34. Douglas JD. The social meaning of suicide. Princeton: Princeton University Press; 1967.
35. Valach L, Young RA, Michel K. Understanding suicide as an action. V: Michel K, Jobes DA, urednika. Building a therapeutic alliance with the suicidal patient. Washington (DC): American Psychological Association; 2011. str. 129–48. doi: 10.1037/12303-008
36. Maris RW. Pathways to suicide: a survey of self-destructive behaviors. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1981.
37. Langer S, Fincham B, Scourfield J, Shine M. Understanding suicide: a sociological autopsy. London: Palgrave MacMillan; 2012. doi: 10.1057/9780230314078
38. Cutcliffe JR, Santos J, Links P, Juveria Z, uredniki. Routledge international handbook of clinical suicide research. Abingdon: Routledge; 2016.
39. Erikson EH. Identität und Lebenszyklus. Frankfurt: Suhrkamp; 1973.
40. Heinz RW, urednik. Theoretical advances in life course research. Weinheim: Deutscher Studien Verlag; 1997.
41. Keupp H, Höfer R. Identitätsarbeit heute. Frankfurt: Suhrkamp; 1998.

42. Ule M. *Sodobne identitete: v vrtincu diskurzov*. Ljubljana: ZPS; 2000.
43. Beck U, Beck-Gernsheim E, urednika. *Riskante Freiheiten*. Frankfurt: Suhrkamp; 1994.
44. Beck U, urednik. *Perspektiven der Weltgesellschaft*. Frankfurt: Suhrkamp; 1998.
45. OECD iLibrary [na spletu]. Paris: OECD Publishing; 2021. *Society at a glance: OECD social indicators*; 2016 [citirano 1. 7. 2020]. Dostopno na: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/society-at-a-glance-2016_9789264261488-en
46. Hedegaard H, Curtin SC, Warner M. *Suicide rates in the United States continue to increase*. NCHS Data Brief [na spletu]. 2018 [citirano 1. 7. 2020];309:[8 str.]. Dostopno na: <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db309.htm>
47. Wikipedia: the free encyclopedia [na spletu]. 2001 [posodobljeno 2021]. *Epidemiology of suicide*; 2019 [citirano 1. 7. 2020]. Dostopno na: https://en.wikipedia.org/wiki/Epidemiology_of_suicide
48. Freud S. *Tri razprave o teoriji seksualnosti*. Ljubljana: Studia Humanitatis; 1995.
49. Freud S. *Metapsihološki spisi*. Ljubljana: Studia Humanitatis; 1987. *Žalovanje in melanholija*; str. 197–217.
50. Freud S. *Metapsihološki spisi*. Ljubljana: Studia Humanitatis; 1987. *Nagoni in njihove usode*; str. 71–100.
51. Sterle J. *Umori v Sloveniji v letih 1990–1997*. *Revija za kriminalistiko in kriminologijo* [na spletu]. 1999 [citirano 1. 7. 2020];50(4):351–64. Dostopno na: https://www.policija.si/images/stories/Publikacije/RKK/PDF/1999/04/RKK1999-04_JankaSterle_UmoriVSloveniji.pdf
52. Liem M. *Homicide followed by suicide: a review*. *Aggress Violent Behav*. 2010;15:153–61. doi: 10.1016/j.avb.2009.10.001
53. Marzuk PM, Tardiff K, Hirsch CS. *The epidemiology of murder-suicide*. *JAMA* [na spletu]. 1992 [citirano 1. 7. 2020];267:3179–83. Dostopno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1593740/>. doi: 10.1001/jama.1992.03480230071031
54. Felthous AR, Hempel A. *Combined homicide-suicides: a review*. *J Forensic Sci*. 1995;40:846–57. doi: 10.1520/JFS15396J
55. Agamben G. *Homo sacer: suverena oblast in golo življenje*. Ljubljana: Študentska založba; 2004.
56. Lacan J. *Etika psihoanalize*. Ljubljana: Delavska enotnost; 1988.
57. Eagleton T. *Sveti teror*. Ljubljana: Sophia; 2008.
58. Žižek S, Riha R, urednika. *Problemi teorije fetišizma*. Ljubljana: Univerzum; 1985.

2. SKLOP

*Različni pristopi k raziskovanju
in preventivi razvoja samomorilnosti*



Različni pristopi in etični vidiki raziskovanja samomorilnosti

Urša Mars Bitenc, Tomaž Zupanc, Tina Podlogar

Ključni poudarki poglavja

- Raziskovanje samomora je zaradi različnih dejavnikov, kot so redkost pojava, odsotnost pripovedovalca (oseba z izkušnjo) in občutljivosti tematike, oteženo.
- Med pogostimi oblikami raziskav na tem področju so epidemiološke in ekološke raziskave, družinske in posvojitvene študije ter študije dvojčkov, psihološke avtopsije in raziskave po samomorilnih poskusih.
- Sledenje etičnim smernicam je pri preučevanju samomorilnosti odločilnega pomena, saj je le tako zagotovljena dobrobit udeležencev raziskav in raziskovalcev.

Povzetek

Raziskovanje samomorilnega vedenja je ključno za načrtovanje ustreznih in učinkovitih preventivnih dejavnosti. Raziskovalci preučujejo pojavnost samomorilnega vedenja, značilnosti samomorilnega procesa in dejavnike tveganja za samomor ter varovalne dejavnike. Raziskujejo tudi učinkovitost intervencij, tako v zdravstvenem kontekstu (oblike obravnave, vrste zdravljenja z zdravili, psihoterapije) kot tudi na področju preventivnih dejavnosti (delavnice, programi, medijske kampanje). Predmet raziskovanja so tudi posledice samomora, ki se odražajo na bližnjih in družbi. Med pogostimi oblikami raziskav so epidemiološke in ekološke raziskave, ki na podlagi velikih baz podatkov nudijo informacije o pojavnosti samomorilnega vedenja po spolu, starostnih skupinah, regijah ali državah ter drugih spremenljivkah (npr. metodi samomora). Družinske in posvojitvene študije ter študije dvojčkov kažejo družinsko obremenjenost s samomorom in omogočajo preučevanje genetskih vplivov na samomorilno vedenje. Ker je samomor statistično gledano redek pojav, obenem pa oseb, ki bi vedele največ o svoji stiski, motivih in doživljanju pred samomorom, ni več med nami, je raziskovanje oteženo. Raziskovalci informacije pridobivajo iz različnih virov. To so lahko informatorji (bližnje osebe pokojnikov, ki jih raziskovalci vključujejo v psihološke avtopsije), osebe po samomorilnih poskusih, biološki vzorci umrlih oseb, različna dokumentacija. Ne glede na vrsto raziskave je izjemnega pomena sledenje etičnim načelom pri samem delu oz. raziskovanju. Raziskovalci morajo posebno pozornost nameniti ranljivosti udeležencev, pridobiti morajo prostovoljno in zavestno privolitev po poučtvi¹, pripravljen morajo imeti načrt ob izrednih dogodkih (npr. sprejem v bolnišnico, samomorilni poskus udeleženca) in prav tako ne smejo pozabiti na lastno duševno blagostanje. Raziskovanje samomora namreč lahko, ne le za vključene udeležence, pač pa tudi za raziskovalce, predstavlja določeno stopnjo tveganja, ki se mu je moč izogniti ob ustrezni izvedbi in pripravi.

¹ Izraz uporablja Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko. V strokovni in znanstveni literaturi ter v okviru drugih komisij za etiko se pojavljajo tudi izrazi obveščen pristanek, informirano soglasje ter obveščeno soglasje.

Uvod

Samomorilnost ima raznolike kratkotrajne in dolgotrajne učinke na posameznike, njihove družinske člane in družbo kot celoto (1). Poleg psiholoških stisk vseh vpletenih ima lahko tudi pomembne gospodarske in finančne posledice. Strokovnjaki, ki se v praksi ukvarjajo s posamezniki z duševnimi motnjami in tistimi v stiski, raziskovalci suicidologi, ki se ukvarjajo s preučevanjem samomora, prav tako pa odločevalci in snovalci politik se strinjajo, da je samomor treba preprečevati in zmanjševati njegove negativne učinke na posameznike in družbo. V ta namen je treba problematiko samomorilnega vedenja temeljito poznati. Pomembna vprašanja, ki se pri tem zastavljajo, so:

- Kakšna je pogostost samomora in samomorilnega vedenja?
- Kakšne so okoliščine samomora?
- Zakaj pride do samomorilnih misli, samomorilnega vedenja in samomora?
- Kako lahko samomor preprečimo?
- Kaj je pri preprečevanju samomora najučinkovitejše?
- Kakšne posledice ima samomor za bližnje?

V grobem se lahko raziskave na področju suicidologije delijo na štiri sklope². V prvi sklop sodijo epidemiološke raziskave, ki so usmerjene k preučevanju pojavnosti samomora in samomorilnega vedenja. Ta predstavlja število samomorov, ki se zgodijo v določenih okoljih in obdobjih. Pojavnost samomorilnega vedenja je smiselno spremljati s sistematičnim zbiranjem podatkov o samomorih in samomorilnih poskusih (1), pri čemer se države po svetu razlikujejo med seboj. V Sloveniji Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) vodi evidenco umrlih zaradi posledic nezgod in samomora. Podatki o številu umrlih zaradi samomora po letih glede na spol in starostno skupino so na voljo na spletnih straneh Statističnega urada Republike Slovenije (SURS) (2), zbirajo pa se tudi v sklopu zbirke NIJZ 46, katere del je tudi zdravniško poročilo o umrli osebi (*več o tem v poglavju 5*). Sistematično vodeni registri samomorov so ključni za informirane odločitve o politikah in strategijah preprečevanja samomora ter spremljanje učinkov implementiranih aktivnosti (3).

Drugi sklop raziskav se osredotoča na razumevanje samomorilnega procesa od prvih misli na samomor, preko izdelave samomorilnega načrta, morebitnega samomorilnega poskusa ter smrti zaradi samomora. V teh raziskavah skušajo raziskovalci odgovoriti na vprašanje, kako pride do razvoja samomorilnega procesa od samomorilnih misli, načrta do izpeljanega samomora. Poleg tega preučujejo tudi psihološke mehanizme v samomorilnem procesu, pogosto s pomočjo kvalitativnih raziskav, ki omogočajo poglobljeno razumevanje procesa in spremljevalnih dejavnikov (*več o tem v poglavju 15*). Raziskave v tem sklopu se osredotočajo tudi na različne dejavnike tveganja za samomor in varovalne dejavnike, ki so povezani z večjim ali manjšim tveganjem za pojav samomorilnega vedenja. Pri tem podrobno preučujejo različne dispozicijske, biološke, psihološke, družbene in kontekstualne dejavnike ter skušajo pojasniti, v kolikšni meri in na kakšen način posamezni dejavniki prispevajo k posameznikovi ranljivosti za samomorilno vedenje (oz. varujejo pred njim). V ta sklop sodijo tudi fenomenološke raziskave, v katerih raziskovalci preučujejo subjektivno doživljanje posameznikov z izkušnjo samomorilnosti, da bi bolje razumeli vidike prvoosebni izkušenj, ki jih ni moč pojasniti zgolj s pomočjo dejavnikov tveganja in varovalnih dejavnikov.

² V poglavju so predstavljena najpogostejša področja raziskovanja v suicidologiji. Pogledov na raziskovanje in razdelitev vrst raziskav je sicer več.

V tretji sklop se uvrščajo evalvacijske raziskave, v katerih preučujejo učinkovitost nacionalnih strategij za preprečevanje samomora, lokalnih preventivno-intervencijskih iniciativ ter strokovnih obravnava ranljivih oz. ogroženih posameznikov. Evalvacijske raziskave so izjemnega pomena za preverjanje učinkovitosti izvajanih strategij. S krepitvijo znanja na tem področju namreč omogočajo boljše načrtovanje in upravljanje aktivnosti ter posledično vključevanje preverjenih oz. dokazano učinkovitih pristopov in metod v nadaljnja prizadevanja za preprečevanje samomorilnega vedenja (1).

Četrty sklop raziskav se osredotoča na preučevanje posledic samomora na žalujoče po samomoru (4), natančneje na proces žalovanja, učinke na telesno in duševno zdravje po izgubi, soočanje z izgubo v različnih okoljih ter učinkovitost različnih aktivnosti, ki so lahko v pomoč svojcem po samomoru bližnjega.

Namen poglavja je predstaviti različne načine preučevanja dejavnikov tveganja in varovalnih dejavnikov za samomor, samomorilnega procesa ter psiholoških in kontekstualnih okoliščin samomora. Poglavje zajema osnovno razdelitev raziskav na področju suicidologije glede na čas izvajanja raziskave ter glede na vire informacij, iz katerih črpajo raziskovalci. Temu sledi predstavitev ključnih značilnosti epidemioloških raziskav, družinskih študij, študij dvojčkov in posvojitvenih študij, metode psihološke avtopsije in raziskav, ki vključujejo osebe po samomorilnem poskusu. Poglavje se zaključi z razmislekom o etičnih vidikih raziskovanja samomora. Ta lahko koristi tako strokovnjakom, ki se ukvarjajo z osebami v stiski, kot tudi raziskovalcem na področju suicidologije.

Raziskovanje in preučevanje samomorilnega vedenja

Glede na čas izvajanja se raziskave delijo na prospektivne in retrospektivne raziskave. Raziskave, ki potekajo pred pojavom samomorilnega vedenja, so prospektivne raziskave. Omogočajo preverjanje izpostavljenosti dejavnikom tveganja in spremljanje poteka skozi čas, leta ali tudi desetletja pozneje (5). Vključevati morajo veliko število posameznikov, ki jih raziskovalci spremljajo skozi daljše časovno obdobje (longitudinalne raziskave), saj je samomor statistično redek pojav. Prospektivne raziskave zato vključujejo nekaj sto (v primeru klinične populacije) ali nekaj tisoč (v primeru splošne populacije) posameznikov, ki jih raziskovalci spremljajo tudi več let (5). Te raziskave so zato s časovnega in materialnega vidika težje izvedljive. V suicidologiji so pogostejše retrospektivne raziskave, ki preučujejo samomore in samomorilno vedenje, ko se je to že zgodilo (5). Predmet teh raziskav je raziskovanje dejavnikov tveganja, ki so bili prisotni pri posamezniku: kakšno življenje je imel ter kakšne okoliščine so spremljale samomorilno vedenje ali njegovo smrt. Razdelitev različnih raziskav v suicidologiji je prikazana v preglednici 12.1.

Preglednica 12.1. Oblike raziskav v suikidologiji (5)

Razdelitev glede na	Vrsta raziskave	Glavne značilnosti
Čas raziskovanja	Prospektivne raziskave	Dogodek se še ni zgodil Spremljanje skozi daljše časovno obdobje
	Retrospektivne raziskave	Dogodek se je že zgodil Časovno in materialno bolj ekonomične
Raziskovalni načrt	Študije primerov (angl. case reports, case studies) Serije primerov (angl. case series)	Opazovalne raziskave
	Raziskave s primerjalno skupino (angl. case-control studies) Kohortne študije	
	Randomizirane kontrolirane študije (angl. randomized control trials)	Eksperimentalne raziskave
Vir informacij	Osebe same	Npr. po samomorilnem poskusu, v primeru samomorilnih ideacij, biološki vzorci
	Svojci – informatorji	Npr. psihološke avtopsije
	Dokumentacija (uradna statistika, registri samomorov, zdravstvena dokumentacija)	Npr. epidemiološke raziskave, psihološke avtopsije

Glede na raziskovalni načrt se lahko raziskave delijo na opazovalne in eksperimentalne. V slednje so vključeni udeleženci, ki so naključno razporejeni v dve skupini, t. i. eksperimentalno in kontrolno. Osebe v eksperimentalni skupini so deležne določene obravnave, bodisi zdravila, ki ga preizkušajo, intervencijskega programa ali npr. vrste psihoterapije. Kontrolna skupina ne prejme nobene posebne obravnave, v primerih preizkušanja zdravil pa te osebe prejmejo tableto brez učinkovine, znano tudi kot 'placebo'. Take raziskave sodijo med prospektivne raziskave, imenovane randomizirane kontrolirane študije (RCT) (6). Pri preučevanju dejavnikov tveganja za samomorilno vedenje so take raziskave težje izvedljive, saj bi bilo neetično določeno skupino posameznikov izpostavljati izbranemu dejavniku, za katerega se predpostavlja oz. je znano, da prispeva k tveganju za samomorilno vedenje. Študije RCT so pogostejše pri npr. preverjanju učinkovitosti različnih preventivnih ali intervencijskih programov ter uspešnosti terapije z zdravili in veljajo za raziskave z najvišjo stopnjo kakovosti. Med opazovalne raziskovalne načrte pa se uvrščajo npr. študije primerov; raziskave, ki vključujejo serije primerov samomora in samomorilnega vedenja; raziskave s primerjalno skupino in kohortne študije. V raziskave, ki vključujejo serije primerov, so vključeni posamezniki glede na določen izid, ki raziskovalce zanima (samomorilni poskus, smrt zaradi samomora). Raziskovalci nato preverjajo povezave med izpostavljenostjo vključenih posameznikov dejavnikom tveganja in neugodnim izidom (5). Primer take raziskave so prve generacije psiholoških avtopsij, ki še niso vključevale kontrolne skupine (*več o tem v poglavju 16*). Z vključitvijo kontrolne skupine v raziskovalni načrt lahko raziskovalci dobijo boljši vpogled v posamezne dejavnike tveganja in njihov prispevek k samomorilnemu vedenju. Z omenjenimi raziskavami ni mogoče odgovoriti na kompleksnejša vprašanja glede samomorilnega procesa in doživljanja posameznikov v stiski, ki o samomoru razmišljajo ali ga celo izvedejo.

Za poglobljeno razumevanje samomorilnega vedenja so ključne kvalitativne raziskave, ki sicer ne nudijo informacij o pojavnosti ali učinkih posameznih dejavnikov tveganja za samomor, osvetlijo pa povezanosti med posameznimi dejavniki in omogočajo celostni pogled na dogajanje pred samomorilnim poskusom ali smrtjo zaradi samomora.

Glede na vir informacij se raziskave delijo na tiste, ki vključujejo bližnje in svojce oseb, ki so umrle zaradi samomora, osebe same, npr. po samomorilnem poskusu ali v primerih preučevanja bioloških vzorcev, ter različno dokumentacijo. Pomemben in morda največji metodološki izziv pri preučevanju samomora je prav odsotnost pripovedovalca (7). Na nekatera ključna vprašanja na področju suicidologije je še posebno težko odgovoriti, saj oseb, ki vedo največ o tem, kaj jih je vodilo v stisko, kako so se počutili pred odločitvijo za samomor in kaj vse je botrovalo temu dejanju, ni več med nami. Raziskovalci se zato po informacije obrnejo na bližnje in svojce oseb, ki so umrle zaradi samomora (5, 8). Osebe, ki so vključene v retrogradno raziskovanje samomora svojega bližnjega – informatorji, so po izgubi v procesu žalovanja. Takšno čustveno stanje lahko pridobljene informacije do neke mere izkrivi, npr. zaradi idealizacije pokojnika, izkrivljenih spominov na dogajanje in samega pokojnika (7). Pridobljene informacije so lahko nezanesljive tudi zaradi potrebe informatorjev po prikrivanju informacij o pokojniku. Raziskovalci se lahko pri raziskovanju samomorilnih poskusov obrnejo tudi na osebe same in njihovo samoporočanje, razen ob hudih psihiatričnih simptomih, oškodovanosti kognitivnih funkcij ali poškodbah, ki so posledica tveganih samomorilnih poskusov. Z vključevanjem oseb z izkušnjo samomorilnega vedenja lahko iz prve roke izvedo, kakšna so bila doživljanja oseb, preden so poskušale narediti samomor, ter kateri dejavniki tveganja so obstajali pri teh osebah v primerjavi s splošno populacijo. V primeru bioloških raziskav (biokemijske, genetske in epigenetske, nevrobiološke raziskave ipd.) raziskovalci preučujejo biološke vzorce, vzete osebam, ki so izkazovale samomorilno vedenje oz. so umrle zaradi samomora. Raziskovalci v svojih raziskavah preučujejo tudi različno dokumentacijo, npr. zdravstvene kartoteke, psihiatrične dokumente, policijska poročila, zapisnike o mrliških pregledih in druge razpoložljive vire informacij (5, 9), v nekaterih primerih pa poslovilna pisma (7). Ker večina ne pusti za seboj poslovilnega pisma, npr. v slovenski populaciji umrlih zaradi samomora je bilo poslovilno pismo najdeno le pri pribl. 20 % umrlih zaradi samomora (10), je raziskovanje samomora izključno na podlagi poslovilnih pisem problematično. Pri raziskovanju samomorilnega vedenja je smiselno uporabiti več različnih virov informacij in tako dobiti boljši vpogled v dogajanje.

Epidemiološke in ekološke raziskave

Epidemiološke raziskave temeljijo na spremljanju določene populacije skozi določeno časovno obdobje in preverjanju pojavnosti oz. razširjenosti določenega vedenja (11). V epidemioloških raziskavah spremljajo skupino posameznikov in npr. opazujejo, ali se bodo razvile samomorilne misli. Raziskave pa lahko vključujejo tudi podatke iz nacionalnih registrov smrti zaradi samomora, da bi opredelili samomorilni količnik, trende spreminjanja pojavnosti, značilnosti umrlih, kot so spol, uporabljena metoda samomora, starost ter regionalne porazdelitve smrti, spremljajoče diagnoze ipd. (npr. 12–16). Ekološke raziskave so opazovalne. Raziskovalci spremljajo določen pojav (npr. samomorilni količnik) v več skupinah, ki se razlikujejo npr. po okolju (prebivalci različnih držav ali regij), času (različni letni časi, dnevi v tednu, obdobja) ali kakem drugem dejavniku (17). Ekološke raziskave temeljijo na velikih bazah podatkov, ki se ne osredotočajo na posameznika. Dober primer izvajanja epidemioloških in ekoloških raziskav na področju suicidologije poteka

na Danskem (18). Njihovi dosledno vodeni nacionalni zdravstveni registri, ki so na voljo raziskovalcem, omogočajo izvedbo visoko kakovostnih raziskav. Tako so npr. ugotovili povezanost med dostopnostjo sredstev za samomor in samomorilnim količnikom ter nakazali ugoden učinek omejevanja sredstev na njegovo zmanjšanje. Z uporabo registrov samomora je možno raziskovati tudi tveganje za samomorilno vedenje v različnih skupinah, npr. med posamezniki po samomorilnem poskusu (19) in brezdomnimi posamezniki (20), pa tudi vpliv globalne finančne krize na trend gibanja samomorilnega količnika (21).

Družinske in posvojitvene študije ter študije dvojčkov

Pri preučevanju genetskih in okoljskih dejavnikov tveganja za samomorilno vedenje izvajajo različne oblike družinskih študij (22). Raziskovalci ocenjujejo podobnost v določeni ciljni značilnosti med genetsko povezanimi starši in otroki ter med sorojenci, ki živijo skupaj (23). Stopnja povezanosti med gensko povezanimi pari lahko služi le kot kazalec možnega genetskega vpliva. Z izsledki družinskih študij namreč ni mogoče razločevati med okoljskimi in genetskimi vplivi, saj si preučevani posamezniki delijo okolje. Razlikovanje med genetskimi in okoljskimi vplivi ponujajo posvojitvene študije in študije dvojčkov. S posvojitvenimi študijami se ocenjuje fenotipsko podobnost med posvojenci in njihovimi genetskimi starši ter podobnost med posvojenci in njihovimi posvojitelji (23). Študije dvojčkov pa temeljijo na predpostavki, da naj bi si bili v primeru pomembnega genetskega vpliva na neko značilnost enojajčni (monozigotni) dvojčki v preučevani značilnosti bolj podobni kot dvojajčni (heterozigotni) dvojčki istega spola (23).

Družinske in posvojitvene študije ter študije dvojčkov kažejo družinsko obremenjenost s samomorom, pa tudi vpliv genetike na povečano tveganje za samomor in samomorilno vedenje (*več o tem v poglavju 7*) (24, 25). K tveganju lahko prispeva nagnjenost k duševnim motnjam, impulzivnemu in agresivnemu vedenju, nevroticizmu ter nevrokognitivni primanjkljaji (25). Impulzivnost in agresivnost staršev lahko prispevata k zlorabam in nestabilnemu domačemu okolju, kar povečuje tveganje za psihopatologijo in samomorilno vedenje otrok (25). Prenosi tveganja za samomorilno vedenje v družinah, ki niso povezani z dednostjo, so lahko medgeneracijski prenosi zlorab in neugodno družinsko okolje (25). Na samomorilno tveganje lahko vpliva tudi žalovanje po smrti svojca zaradi samomora, pride pa lahko tudi do posnemovalnega vedenja (25).

Preučevanje samomorilnih poskusov

Velik metodološki izziv pri preučevanju samomora je odsotnost osebe, ki je zaradi samomora umrla. Ta izziv poskušajo suicidologi rešiti tako, da v svoje raziskave vključujejo ljudi, ki so poskušali narediti samomor in so po spletu okoliščin ali naključju preživeli. Tako lahko dobijo vpogled v dogodke, ki so vodili v samomorilni poskus, in različne dejavnike, ki bi lahko prispevali k njemu (26, 27). Omenjene raziskave so lahko načrtovane tako, da vključujejo posameznike z izkušnjo samomorilnega poskusa in primerjalno skupino oseb brez samomorilnega vedenja. Na ta način preučujejo, kateri so tisti dejavniki, ki so najbolj vplivali na samomorilni poskus. Raziskovalci so tako ugotovili, da so pri osebah pred samomorilnim poskusom prisotni duševna bolečina, težave v komunikaciji, impulzivnost pri odločanju in agresivnost (28). Za razumevanje procesa, ki se je odvijal pred poskusom, napredovanja od samomorilnih misli do načrta za samomor in na koncu samega poskusa, pa je treba z osebami po samomorilnem poskusu opraviti poglobljene intervjuje ter kvalitativno analizo podatkov, ki je potekala tudi v Sloveniji (29).

Z etičnega vidika ima raziskovanje značilnosti in doživljanja oseb po samomorilnem poskusu nekatere prednosti za udeležence, na primer možnost pridobivanja uvida v lastno situacijo in izkušnjo biti poslušan in slišan (30). Ima pa tudi nekaj pomanjkljivosti: do neke mere je lahko vprašljivo podajanje prostovoljne in zavestne privolitve po poučitvi za sodelovanje v raziskavi, izvajanje raziskave s strani klinično neizkušenega raziskovalca in izkrivljene informacije, podane med raziskavo v primerih hude depresije, tesnobe in drugih motenj pri osebi po samomorilnem poskusu. Poleg tega se ljudje po samomorilnem poskusu pogosto bojijo stigme in etiketiranja zaradi duševne motnje, zato ne želijo govoriti o svojih izkušnjah in se izpostavljati (31, 32).

Psihološke avtopsije

Psihološke avtopsije se uporabljajo za poglobljeno razumevanje posameznikov, ki so umrli zaradi samomora, samomorilnega procesa ter dejavnikov tveganja in okoliščin, ki so jim bili umrli izpostavljeni (*več o tem v poglavju 16*) (33). V okviru psiholoških avtopsij izvajajo raziskovalci intervjuje z bližnjimi osebami pokojnikov, ki so umrli zaradi samomora. Bližnji, ki raziskovalce informirajo o pokojnikovih značilnostih in okoliščinah smrti, se imenujejo informatorji. Dobro je, da so informatorji pokojnika dobro poznali in so bili v stiku z njim v zadnjih mesecih, tednih in dnevih pred samomorom (8). Psihološke avtopsije lahko vsebujejo primerjalno skupino oseb, ki niso umrle zaradi samomora. To so lahko živeči posamezniki ali osebe, ki so umrle nenadne naravne smrti. Takšni raziskovalni načrti omogočajo prepoznavanje dejavnikov tveganja (34).

Z uporabo psiholoških avtopsij so tuji raziskovalci v različnih raziskavah ugotovili, da je tudi do 90 % oseb, ki so umrle zaradi samomora, trpelo zaradi vsaj ene duševne motnje, večinoma zaradi motenj razpoloženja in/ali zlorabe psihoaktivnih snovi (35, 36). Kot pomemben dejavnik tveganja se je izkazalo tudi pomanjkanje ustrezne obravnave, čeprav so posamezniki bili v stiku s psihiatri ali drugimi strokovnjaki za duševno zdravje (35, 36). Nadalje so ugotovili, da je tretjina do polovica oseb, ki so umrle zaradi samomora, izkazovala svoj namen končati življenje bodisi družinskim članom bodisi zdravstvenemu osebju, vendar ne v času tik pred samomorom (35). Med pomembnimi dejavniki tveganja sta se izkazali tudi brezupnost in impulzivnost (36). V zadnjem času se povečuje tudi število kvalitativnih raziskav z metodo psihološke avtopsije (33), ki omogočajo bolj poglobljen vpogled v samo dogajanje pred samomorom ter psihološke značilnosti pokojnikov. Psihološke avtopsije se v raziskovanju uporabljajo tudi pri nas (9, 37–39).

Etični vidiki raziskovanja samomora

Temeljna etična načela pri delu s posamezniki vključujejo spoštovanje človekovih pravic in dostojanstva; spoštovanje zasebnosti, zaupnosti in avtonomije; ohranitev življenja in zdravja ljudi; spoštovanja pravice do svobodnega odločanja; visoko raven kompetentnega ravnanja in poklicno molčečnost, odgovornost do udeležencev, skupnosti, poklica in družbe ter poklicno integriteto z ustreznimi odnosi v strokovnih timih (npr. 40–42).

Poleg splošnih etičnih smernic, ki jih sprejemajo različne stroke, so na voljo etične smernice za raziskovalce (43). Buchanan, Fisher in Gable (44) predstavljajo osem standardov za izvajanje etičnih raziskav:

1. Socialna veljavnost, ki mora pretehtati morebitna tveganja, ki so jim izpostavljeni udeleženci.
2. Znanstvena veljavnost raziskovalnega načrta, ki je bistvenega pomena za pridobivanje veljavnih rezultatov.

3. Pravična izbira udeležencev se nanaša na osebe v ranljivih skupinah ali skupinah z visokim tveganjem, ki ne morejo samostojno odločati o udeležbi v raziskavi in podati privolitve ali pa se nagibajo k sodelovanju v raziskavi zaradi določenih prednosti ali zaradi strahu (otroci, odrasli z motnjami v duševnem razvoju, zaporniki, ljudje z nizkim socialno-ekonomskim statusom).
4. Sprejemljivo razmerje med tveganji in koristmi, pri čemer gre upoštevati verjetnosti, razsežnost in trajanje potencialnega tveganja; če je tveganje neizogibno, morajo koristi prevladati nad tveganji; obstaja pa določena stopnja tveganja, ki je nikoli ni mogoče uravnotežiti ne glede na koristi.
5. Pregled zasnove raziskave s strani neodvisnih etičnih komisij.
6. Udeleženci morajo podati privolitev na podlagi informacij o raziskavi, ki so jim jih predstavili raziskovalci.
7. Raziskovalci morajo spoštovati udeležence v vseh fazah raziskave, kar pomeni varovanje podatkov, nadaljnje spremljanje udeležencev, po potrebi zaključek raziskave v primeru izrednih dogodkov in obveščanje udeležencev o vseh tveganjih, ki so jim bili izpostavljeni med raziskavo.
8. Sodelovanje s skupnostjo, ki je ključnega pomena za preprečevanje stigmatizacije določenih skupin.

Raziskovalci suicidologi morajo pri svojem delu upoštevati smernice etičnega raziskovanja, ki so dostopne v strokovni in znanstveni literaturi ter različnih dokumentih, kot so konvencije, deklaracije in kodeksi. Etična načela pri raziskovanju samomorilnega vedenja so podobna, a samo področje prinaša potrebo po dodatnih premislekih. Teme, povezane s samomorilnim vedenjem in samomorom, namreč predstavljajo občutljivo raziskovalno področje, zato morajo raziskovalci upoštevati dodatne previdnostne ukrepe in dodatne smernice. Zavedati se morajo ranljivosti udeležencev, pridobiti prostovoljno in zavestno privolitev po poučitvi udeležencev v raziskavi, pripravljene morajo imeti načrte za morebitne izredne dogodke, posebno pozornost morajo nameniti izboru primerne kontrolne skupine, ne smejo pa pozabiti tudi na lastno varnost in blagostanje.

Ranljivost udeležencev se nanaša na (ne)zmožnost zaščite lastnih interesov in s tem zaščite pred tveganji in škodo ter (ne)zmožnost podajanja privolitve za sodelovanje v raziskavah (45, 46). Tematika samomora je po svoji naravi zelo občutljiva, saj vključuje samomorilne misli, samomorilno vedenje in žalovanje po samomoru, ki so zelo osebni, za nekatere celo sveti vidiki doživljanja (7). Spoštovanje v vseh fazah raziskave, spremljanje udeležencev tudi po raziskavi, bodisi s telefonskim klicem ali na kakšen drug dogovorjen način in preverjanje njihove izkušnje s sodelovanjem v raziskavi, so zato ključni pri etičnem raziskovanju. Pri izvajanju raziskav morajo raziskovalci poskrbeti, da najobčutljivejše teme naslavljajo na sredini srečanja (ne na začetku ali na koncu, tik preden se z udeležencem razidejo) in da skrbijo za avtonomijo udeležencev ter jim npr. omogočijo, da sami izberejo kraj intervjuja (7).

Pri pridobivanju prostovoljne in zavestne privolitve po poučitvi je pomembno, da raziskovalci udeležencem, če je le mogoče, informacije o raziskavi predstavijo pisno in ustno (47). Različni avtorji (7, 45, 47) poudarjajo, da je lahko zaupnost kršena v primeru stiske in ogroženosti posameznika, ki je v raziskavo vključen. Morebitne udeležence v raziskavi je treba natančno informirati o možnih ukrepih v primerih hude trenutne samomorilne ogroženosti. Podobne izjeme je moč najti tudi v kodeksih poklicne etike, npr. v Kodeksu poklicne etike psihologov (40), kjer so navedene štiri izjeme, v primeru katerih sme

psiholog odstopiti od ščitenja podatkov, in sicer, ko je ogroženo življenje posameznika ali druge osebe, se izvaja nasilje in zloraba otrok ali obstaja utemeljena verjetnost povzročitve večje družbene in materialne škode ter splošne nevarnosti.

Tako pri raziskovanju samomora kot tudi v drugih raziskavah obstaja možnost za negativne izide oziroma dogodke (47). Raziskovalci morajo zato pripraviti načrte v primeru izrednih dogodkov, ki vključujejo postopke reševanja v primerih velikega tveganja za samomor bodisi pri udeležencih raziskave bodisi tretjih osebah (45). Na tem mestu sta pomembni tudi vključenost in razpoložljivost zdravnikov ali organizacij za preprečevanje samomorov, če raziskovalcem teh izkušenj primanjkuje.

Še en etični pomislek pri raziskovanju samomora je določitev kontrolne skupine v randomiziranih kontroliranih študijah, ki preverjajo učinkovitost različnih intervencijskih programov (7). Običajno so te raziskave zasnovane tako, da eksperimentalna skupina prejme neko obravnavo ali je vključena v neko aktivnost, za katero raziskovalci predpostavljajo, da je učinkovita pri zmanjševanju samomorilnega vedenja. Dokazana učinkovitost neke aktivnosti pomeni, da učinke oz. njihovo odsotnost preverjajo tudi pri skupini posameznikov, ki je s posamezniki v eksperimentalni skupini izenačena po ključnih značilnostih, vendar ni deležna te preučevane aktivnosti oz. tretmaja. V tem primeru bi bilo posameznikom v kontrolni skupini neetično onemogočiti dostop do aktivnosti, za katere predpostavljamo, da so učinkovite pri preprečevanju samomorilnega vedenja in smrti zaradi samomora (45). V večjem evropskem projektu Reševanje in opolnomočenje mladih življenj v Evropi (angl. Saving and Empowering Young Lives in Europe; SEYLE) (48), v katerem je sodeloval tudi Slovenski center za raziskovanje samomora Univerze na Primorskem, so preverjali učinkovitost različnih intervencij. Projekt je vključeval (i) izvedbo preventivnih delavnic z dijaki, (ii) izobraževanje učiteljev in šolskega osebja o opozorilnih znakih, dejavnih tveganja za samomor in pristopu Vprašaj - Prepričaj - Napoti ter (iii) presejanje dijakov in na osnovi odgovorov, ki so nakazovali psihološko stisko ali samomorilno ogroženost, izvajanje poglobljenih pogovorov ter napotovanje k strokovnim službam. Ker bi bilo izpostavljanje dijakov takšni raziskavi brez kakršnekoli intervencije neetično, četrta skupina ni bila kontrolna v pravem pomenu besede (brez kakršnekoli aktivnosti ali tretmaja), ampak je prejela minimalno intervencijo, ki je vključevala vizitke z navedenimi kontakti pomoči ter posterje s ključnimi informacijami o duševnih motnjah, dejavnih tveganja za samomor, opozorilnih znakih in iskanju pomoči. V večini drugih podobnih raziskav osebe v kontrolni skupini še naprej prejemajo takšno obravnavo, kot so je bile deležne pred vključitvijo v raziskavo (angl. treatment as usual), kar bistveno ne spremeni njihovega siceršnjega delovanja. Raziskovalci pa lahko problematiko kontrolnih skupin rešujejo tudi s čakalnimi seznanji (7). To pomeni, da so osebe iz kontrolne skupine po zaključku pomembnih merjenj pred izvedbo neke aktivnosti ali tretmaja, ki je pomemben za določitev njihove učinkovitosti, in po njej deležne enakih aktivnosti kot eksperimentalna skupina in torej v nobenem primeru niso prikrajšani.

Etični pomisleki pri izvajanju občutljivih raziskav se pogosto nanašajo na izkušnje udeležencev, zlasti na blagodejne in škodljive učinke sodelovanja v raziskavi. Izkušnje raziskovalcev z izvajanjem občutljivih raziskav in intervjuvanjem ranljivih udeležencev o občutljivih temah pa so pogosto spregledane (49). V zadnjih letih so se nekateri raziskovalci (49–52) osredotočili na različne učinke izvajanja kvalitativnih raziskav na področju brezdolnosti, spolnega vedenja, raka, zlorabe alkohola in psihoaktivnih snovi, nasilja, smrti in samomora na raziskovalce. Terenski raziskovalci poudarjajo pomen stalnega nadzora in medsebojne podpore med raziskovalnim procesom. Soočajo se namreč lahko

z različnimi konflikti vlog, npr. med vlogo raziskovalca in zdravstvenega delavca, med zbiralcem podatkov in prijateljem (52) ter med izvajanjem raziskovanja in terapije (50). Nekateri raziskovalci poročajo o čustveni navezanosti in prijateljskih odnosih, ki so jih ustvarili z udeleženci, in o tem, da razmišljajo o udeležencih tudi po končani raziskavi (49). Poleg tega lahko terenski raziskovalci doživljajo fizično in čustveno ranljivost, občutek krivde ter čustveno in fizično izčrpanost (49). Kljub temu da raziskovalci čutijo hvaležnost, da so lahko del raziskav, v okviru katerih se srečujejo z osebnimi zgodbami udeležencev in jemljejo svojo vlogo kot privilegij (49), lahko sčasoma postanejo tudi desenzibilizirani ali odporni na te vsebine, saj so pri svojem delu izpostavljeni bolečim zgodbam in izkušnjam. Raziskovalci se lahko na terenu soočajo s čustvenimi in fizičnimi tveganji (51). Različna tveganja lahko naslavljajo z nekaterimi previdnostnimi ukrepi, kot so: pozornost pri izbiri lokacije, delo v parih, nošenje mobilnih telefonov, obveščanje svojih bližnjih o kraju razgovora in javljanje bližnjim po zaključku intervjuja, pozornost pri načrtovanju količine dela ter pozornost, namenjena manj učinkovitim načinom spoprijemanja, kot so umik, izbruhi in uporaba substanc (7, 51). Čustvena tveganja, ki jih prinaša delo na področju raziskovanja samomorilnosti, lahko raziskovalci zmanjšajo tudi s pravilno pripravo, medsebojno podporo, neformalno podporo družine in prijateljev ter ustrezno supervizijo. Čeprav je dobro počutje udeležencev raziskav razumljivo v središču pozornosti pri odločanju o etični ustreznosti raziskave, se nekateri člani etičnih komisij osredotočajo tudi na dobrobit raziskovalcev (53). Izražajo stališče, da nezadostno usposabljanje, pomanjkanje supervizije, podpore in razbremenitve raziskovalcev predstavlja etično dilemo in lahko škodljivo vplivajo na raziskovalce.

Zaključek in usmeritve za naprej

Pri raziskovanju samomorilnosti se pojavljajo določeni metodološki izzivi in etične dileme. Vprašanje, ali je določena raziskava etično zasnovana in potrebna za boljše razumevanje samomorilnosti ali ne, je pomembno. Zastaviti si ga morajo tako raziskovalci kot člani komisij za etično presojo ustreznosti raziskav. Pomembno je predvsem, kako je mogoče raziskavo načrtovati na varen, etičen in znanstveni način (47). Nekatero usmeritve za prihodnje raziskovanje na področju suicidologije, ki jih je De Leo (3) navedel v svojem prispevku o prihodnosti raziskovanja različnih oblik samomorilnosti, so:

- uvedba standardiziranega poimenovanja ključnih pojmov, vezanih na samomorilnost;
- izboljševanje kakovosti podatkov o samomorilnosti in samopoškodovalnem vedenju;
- povezovanje baze umrlih zaradi samomora z registri na drugih področjih (šolstvo, zdravstvo, zavodi za prestajanje kazni);
- razvoj interdisciplinarnih in mednarodnih raziskav v kulturno bogatih okoljih;
- povečanje števila raziskav resnih samomorilnih poskusov;
- ocenjevanje izidov zdravljenja med posamezniki, ki so poskušali narediti samomor;
- krepitev raziskovanja varovalnih dejavnikov;
- izboljšanje raziskav na področju osebnostnih značilnosti in temperamenta;
- izvajanje simulacije vzorcev vedenja za lažje razumevanje občutkov ujetosti in obupanosti pri ranljivih posameznikih;
- povečanje raziskovanja vpliva drog na agresivnost, impulzivnost in samomorilnost;
- pospešitev nevrobiološkega in genetskega raziskovanja ter nenazadnje raziskovanje vloge epigenetike pri samomoru.

Nekateri raziskovalci (33) opozarjajo še na potrebo po izvedbi več kvalitativnih raziskav, saj imajo določeni do zdaj uveljavljeni raziskovalni pristopi k preučevanju samomora preveč metodoloških pomanjkljivosti in je pozornost treba usmeriti v razumevanje samega procesa. To ima lahko tudi veliko praktično vrednost za osebe, ki se v svoji klinični praksi srečujejo s samomorilno ogroženimi posamezniki (54). Maltsberger idr. (54) navajajo, da so epidemiološke raziskave izjemnega pomena in lahko nakazujejo povezave med samomorilnim vedenjem in določenimi dejavniki tveganja, ne odgovarjajo pa na vprašanja o vzročnosti. Poznavanje dejavnikov tveganja za samomor je namreč ključno za izvajanje različnih preventivnih aktivnosti, kot je npr. omejevanje sredstev za samomor, s kliničnega vidika pa naj ti izsledki ne bi imeli velike napovedne vrednosti pri presojanju samomorilne ogroženosti posameznika. Morda je, kot pravijo predstavniki kliničnih psihologov in psihiatrov v svojem uvodniku v reviji *Crisis*, čas za več študij primerov, več teoretičnih člankov, ilustrativnih modelov, podkrepljenih s poročanji bolnikov, predstavitev subjektivnih izkušenj ter poročil o psihoterapevtskih obravnavah, saj stanja človeka ne gre zreducirati na serijo dejavnikov tveganja in korelacij (54).

Reference

1. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [na spletu]. Geneva: World Health Organization; 2014 [citirano 20. 7. 2020]. Dostopno na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf
2. Statistični urad RS. SiStat [na spletu]. Ljubljana: Statistični urad RS; [posodobljeno 2020]. Umrli zaradi posledic nezgod in samomorov, Slovenija, letno. Dostopno na: <https://pxweb.stat.si/SiStatData/pxweb/sl/Data/-/05L3007S.px>
3. De Leo D. Future directions in suicide research and prevention. V: De Leo D, Poštuvan V, urednika. Resources for suicide prevention: bridging research and practice. Göttingern: Hoegrefe; 2017. str. 141–55. doi: 10.1027/00454-000
4. Andriessen K, Krysinska K, Grad OT. Postvention in action: the international handbook of suicide bereavement support. Boston (MA): Hogrefe; 2017. doi: 10.1027/00493-000
5. Glenn CR, Franklin JC, Kearns JC, Lanzillo EC, Nock MK. Suicide research methods and designs. V: O'Connor RC, Pirkis J, urednika. The international handbook of suicide prevention. 2nd ed. Wiley Blackwell; 2016. str. 710–24. doi: 10.1002/9781118903223.ch40
6. Hariton E, Locascio JJ. Randomised controlled trials - the gold standard for effectiveness research. Study design: randomised controlled trials. *BJOG*. 2018;125(13):1716. doi: 10.1111/1471-0528.15199
7. Larkin C. What is different about suicidology? Ethical and methodological issues unique to research on suicidal behavior. V: De Leo D, Poštuvan V, urednika. Reducing the toll of suicide: resources for communities, groups, and individuals. Göttingern: Hoegrefe; 2020. str. 205–16.
8. Hawton K, Appleby L, Platt S, Foster T, Cooper J, Malmberg A idr. The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *J Affect Disord*. 1998;50(2–3):269–76. doi: 10.1016/s0165-0327(98)00033-0
9. Zupanc T. Zloraba alkohola kot dejavnik tveganja za samomorilno vedenje [dokorska disertacija]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta; 2011.
10. Bulovec T. Samomori z ostrim in/ali koničastim predmetom v osrednji, zahodni in jugovzhodni Sloveniji [magistrsko delo]. Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede Univerze v Mariboru; 2019.
11. Pearce N. Classification of epidemiological study designs. *Int J Epidemiol*. 2012;41(2):393–7. doi: 10.1093/ije/dys049
12. Kanamüller J, Riipinen P, Riala K, Paloneva E, Hakko H. Hanging suicides in northern Finland: a descriptive epidemiological study. *Death Stud*. 2016;40(4):205–10. doi: 10.1080/07481187.2015.1117537
13. Lubin G, Werbeloff N, Halperin D, Shmushkevitch M, Weiser M, Knobler HY. Decrease in suicide rates after a change of policy reducing access to firearms in adolescents: a naturalistic epidemiological study. *Suicide Life Threat Behav*. 2010;40(5):421–4. doi: 10.1521/suli.2010.40.5.421
14. McIntosh JL. Middle-age suicide: a literature review and epidemiological study. *Death Stud*. 1991;15(1):21–37. doi: 10.1080/07481189108252407
15. Roškar S, Zorko M, Podlesek A. Suicide in Slovenia between 1997 and 2010. *Crisis*. 2015;36(2):126–34. doi: 10.1027/0227-5910/a000298
16. Škrtić D, Milivojević L, Karlović R. Epidemiological study of suicide in Croatia (2004–2009) - motive alcohol dependence. *Alcoholism*. 2011;47(1):29–41.
17. Pirkis J, Blood W, Sutherland G, Currier D. Suicide and the entertainment media: a critical review [na spletu]. Rockville (MD): Everymind; 2019. Dostopno na: <https://mindframemedia.imgix.net/assets/src/uploads/Critical-Review-Suicide-and-the-entertainment-media.pdf>

18. Nordentoft M. Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. *Epidemiological studies of suicide and intervention studies in selected risk groups*. *Dan Med Bull*. 2007;54(4):306–69.
19. Fedyszyn IE, Erlangsen A, Hjorthøj C, Madsen T, Nordentoft M. Repeated suicide attempts and suicide among individuals with a first emergency department contact for attempted suicide: a prospective, nationwide, Danish register-based study. *J Clin Psychiatry*. 2016;77(6):832–40. doi: 10.4088/JCP.15m09793
20. Feodor Nilsson S, Hjorthøj CR, Erlangsen A, Nordentoft M. Suicide and unintentional injury mortality among homeless people: a Danish nationwide register-based cohort study. *Eur J Public Health*. 2014;24(1):50–6. doi: 10.1093/eurpub/ckt025
21. Konieczna A, Jakobsen SG, Larsen CP, Christiansen E. Recession and risk of suicide in Denmark during the 2009 global financial crisis: an ecological register-based study. *Scand J Public Health*. 2021. doi: 10.1177/14034948211013270
22. Lester D. Genetics, twin studies, and suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 1986;16(2):274–85. doi: 10.1111/j.1943-278x.1986.tb00355.x
23. Zupančič M. Dednost in okolje. V: Zupančič M, Marjanovič Umek L, urednici. *Razvojna psihologija*. Ljubljana: Znanstveno raziskovalni inštitut Filozofske fakultete; 2004. str. 89–118.
24. Voracek M, Loibl LM. Genetics of suicide: a systematic review of twin studies. *Wien Klin Wochenschr*. 2007;119(15–16):463–75. doi: 10.1007/s00508-007-0823-2
25. Brent DA, Melhem N. Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am*. 2008;31(2):157–77. doi: 10.1016/j.psc.2008.02.001
26. Marzano L, Hawton K, Rivlin A, Smith EN, Piper M, Fazel S. Prevention of suicidal behavior in prisons. *Crisis*. 2016;37(5):323–34. doi: 10.1027/0227-5910/a000394
27. Rivlin A, Ferris R, Marzano L, Fazel S, Hawton K. A typology of male prisoners making near-lethal suicide attempts. *Crisis*. 2013;34(5):335–47. doi: 10.1027/0227-5910/a000205
28. Gvion Y, Levi-Belz Y. Serious suicide attempts: systematic review of psychological risk factors. *Front Psychiatry*. 2018;9:članek 56. doi: 10.3389/fpsy.2018.00056
29. Zadavec Šedivy N. Understanding male suicide: a qualitative perspective. V: De Leo D, Poštuvan V, urednika. *Reducing the toll of suicide: resources for communities, groups, and individuals*. Göttingen: Hoegrefe; 2020. str. 75–93.
30. Lakeman R, Fitzgerald M. The ethics of suicide research. *Crisis*. 2009;30(1):13–9. doi: 10.1027/0227-5910.30.1.13
31. Azizpour M, Taghizadeh Z, Mohammadi N, Vedadhir A. Fear of stigma: the lived experiences of Iranian women after suicide attempt. *Perspect Psychiatr Care*. 2018;54(2):293–9. doi: 10.1111/ppc.12237
32. Carpiniello B, Pinna F. The reciprocal relationship between suicidality and stigma. *Front Psychiatry*. 2017;8:članek 35. doi: 10.3389/fpsy.2017.00035
33. Hjelmeland H. Translating research into practice: the qualitative perspective. V: De Leo D, Poštuvan V, urednika. *Resources for suicide prevention*. Göttingen: Hoegrefe; 2017. str. 13–37.
34. Conner KR, Beautrais AL, Brent DA, Conwell Y, Phillips MR, Schneider B. The next generation of psychological autopsy studies. Part I. Interview content. *Suicide Life Threat Behav*. 2011;41(6):594–613. doi: 10.1111/j.1943-278x.2011.00057.x
35. Isometsä ET. Psychological autopsy studies – a review. *Eur Psychiatry*. 2001;16(7):379–85. doi: 10.1016/s0924-9338(01)00594-6
36. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. 2003;33(3):395–405. doi: 10.1017/s0033291702006943. Erratum in: *Psychol Med*. 2003;33(5):947.
37. Milčinski L. *Samomor in Slovenci*. Ljubljana: Cankarjeva založba; 1985.
38. Zupanc T. *Okoljski in genetski dejavniki pri žrtvah samomora [magistrsko delo]*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta; 2009.
39. Mars Bitenc U, Tekavčič Grad O, De Leo D. Understanding suicide from survivors' perspective – Psychological autopsy outcomes: the model of a hot air balloon. V: De Leo D, Poštuvan V, urednika. *Reducing the toll of suicide*. Göttingen: Hoegrefe; 2020. str. 185–201.
40. Društvo psihologov Slovenije. *Kodeks poklicne etike psihologov Slovenije [na spletu]*. Maribor: Društvo psihologov Slovenije; 2018 [citirano 20. 12. 2020]. Dostopno na: http://www.dps.si/wp-content/uploads/2018/06/KPE_2018.pdf
41. Slovensko zdravniško društvo; *Zdravniška zbornica Slovenije. Kodeks zdravniške etike [na spletu]*. Slovenija: Slovensko zdravniško društvo; 2016 [citirano 20. 12. 2020]. Dostopno na: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/KME/Kodeks-zdravniske-etike.pdf>
42. *Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije [na spletu]*. Slovenija: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2014 [citirano 20. 12. 2020]. Dostopno na: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/KME/Kodeks-etike-v-zdravstveni-negi-in-oskrbi-Slovenije.pdf>

43. Republika Slovenija. Portal GOV.SI [na spletu]. Ljubljana: Urad Vlade Republike Slovenije za komuniciranje; c2020. Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko; [citirano 20. 12. 2020]. Dostopno na: <https://www.gov.si/zbirke/delovna-telesa/komisija-rs-za-medicinsko-etiko/>.
44. Buchanan DR, Fisher CB, Gable L. Introduction. V: Buchanan DR, Fisher CB, Gable L, uredniki. *Research with high-risk populations: balancing science, ethics, and law*. Washington: APA; 2009. str. 3–21. doi: 10.1037/11878-000
45. Mishara BL, Weisstub DN. Ethical and legal issues in suicide research. *Int J Law Psychiatry*. 2005;28(1):23–41. doi: 10.1016/j.ijlp.2004.12.006
46. Saigle V, Séguin M, Racine E. Identifying gaps in suicide research: a scoping review of ethical challenges and proposed recommendations. *IRB*. 2017;39(1):1–9.
47. Hom MA, Podlogar MC, Stanley IH, Joiner TE. Ethical issues and practical challenges in suicide research. *Crisis*. 2017;38(2):107–14. doi: 10.1027/0227-5910/a000415
48. Wasserman D, Carli V, Wasserman C, Apter A, Balazs J, Bobes J idr. Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2010;10:članek 192. doi: 10.1186/1471-2458-10-192
49. Dickson-Swift V, James EL, Kippen S, Liamputtong P. Doing sensitive research: what challenges do qualitative researchers face? *Qual Res*. 2007;7(3):327–53. doi: 10.1177/1468794107078515
50. Dickson-Swift V, James EL, Kippen S, Liamputtong P. Blurring boundaries in qualitative health research on sensitive topics. *Qual Health Res*. 2006;16(6):853–71. doi: 10.1177/1049732306287526
51. Dickson-Swift V, James EL, Kippen S, Liamputtong P. Risk to researchers in qualitative research on sensitive topics: issues and strategies. *Qual Health Res*. 2008;18(1):133–44. doi: 10.1177/1049732307309007
52. Johnson B, Clarke JM. Collecting sensitive data: the impact on researchers. *Qual Health Res*. 2003;13(3):421–34. doi: 10.1177/1049732302250340
53. Lakeman R, Fitzgerald M. The ethics of suicide research. *Crisis*. 2009;30(1):13–9. doi: 10.1027/0227-5910.30.1.13
54. Maltsberger JT, Schechter M, Herbstman B, Ronningstam E, Goldblatt MJ. Suicide studies today. Where do we come from? Who are we? Where are we going? *Crisis*. 2015;36(6):387–9. doi: 10.1027/0227-5910/a000338

Javnozdravstveni pristopi k preprečevanju samomorilnosti

Saška Roškar, Matej Vinko

Ključni poudarki poglavja

- Glede na razsežnost, večplastnost in različne pojavne oblike samomorilnosti so za učinkovito preprečevanje samomora (preventivo) poleg kliničnih intervencij nujno potrebni tudi pristopi, katerih učinek se odraža na celotni populaciji.
- Z javnozdravstvenimi (JZ) pristopi se poskušajo ugotoviti vzorci samomorilnosti v populaciji, preprečiti razvoj različnih oblik samomorilnosti ali zmanjšati tveganje zanje ter zmanjšati posledice nezmožnosti, ko se je samomorilnost že izrazila.
- JZ pristopi preprečevanja samomora združujejo štiri temeljne aktivnosti, in sicer beleženje in spremljanje podatkov, epidemiološke raziskave, oblikovanje ter evalvacijo (oceno) intervencij in implementacijo učinkovitih programov.
- Hitra rešitev za preprečevanje samomorilnega vedenja ne obstaja. Intervencije se usmerjajo v različne segmente¹ populacije, ki so različno ogroženi. Govorimo o univerzalni, selektivni in indicirani preventivi, ki se pomembno dopolnjujejo tudi s pristopi promocije duševnega zdravja.
- Najučinkovitejši so tisti pristopi in intervencije, ki vključujejo več aktivnosti na različnih ravneh, npr. skrb za socialno in zdravstveno varnost (zaposlitvena in stanovanjska politika, enakomerna dostopnost pomoči), ozaveščanje in spreminjaje stališč na ravni populacije, sodelovanje z različnimi vratarji sistema ipd.

Povzetek

Klinične intervencije so pomembne in nepogrešljive za ljudi z visokim tveganjem za samomor, imajo pa le majhen učinek na stopnjo samomorilnega količnika v populaciji. Če želimo nanjo vplivati, je treba združevati oboje – učinkovite klinične intervencije in nujno tudi javnozdravstvene strategije. Z JZ pristopi se poskušajo ugotoviti in razumeti vzorci samomorilnosti v populaciji in vplivati na spremembe v okolju, ki bi na razvoj samomorilnega vedenja vplivale preventivno. JZ pristopi preprečevanja samomora združujejo štiri temeljne aktivnosti: (i) epidemiološko spremljanje, (ii) epidemiološke raziskave za identifikacijo determinant samomorilnega vedenja v populaciji, (iii) oblikovanje in evalvacijo intervencij z namenom vplivanja na dejavnike samomora in (iv) implementacijo dokazano učinkovitih intervencij. JZ pristopi k preprečevanju samomora in drugih oblik samomorilnosti se usmerjajo v populacijske skupine oz. delujejo na podlagi t.i. populacijskega principa. Intenzivnost pristopov se premosorazmerno spreminja s stopnjo ogroženosti ciljne populacije oziroma glede na stopnjo tveganja, da bi se samomorilnost lahko izrazila. Govorimo o treh ravneh preventive: (i) univerzalni (usmerjena v celotno populacijo ne glede na stopnjo tveganja), (ii) selektivni (usmerjena v del populacije, pri kateri obstaja večje tveganje) in (iii) indicirani (usmerjena v del populacije, pri kateri je ugotovljena prisotnost dejavnikov tveganja in obstaja visoko tveganje, da se samomorilno vedenje izrazi ali se je že izrazilo). Kot najučinkovitejši so se izkazali tisti pristopi, ki so združevali več intervencij na različnih ravneh.

¹ Posamezne populacijske podskupine, ki jih združujejo iste lastnosti oziroma značilnosti (spol, starost ipd.).

Gledano v najširšem smislu se preprečevanje samomorilnega vedenja prične z ukrepi promocije duševnega zdravja, katerih nepogrešljiv del je ustvarjanje takšnih življenjskih razmer, v katerih posameznik lahko plodno živi in razvija svoje potenciale.

Uvod

Samomor se je dolgo časa obravnaval v tesni povezanosti s področjem duševnih motenj. V različnih raziskavah so ugotavljali, da je do 90 % oseb, ki so si vzele življenje, trpelo zaradi katere izmed duševnih motenj (1), najpogosteje zaradi depresije, zlorabe psihoaktivnih snovi in psihotičnih motenj (2). Posledično so bile kot najučinkovitejše intervencije preprečevanja samomora prepoznane klinične intervencije, ki so bile usmerjene v obravnavo oseb z duševnimi motnjami, še posebno depresije. Po drugi strani pa so avtorji ugotavljali, da večina ljudi, ki ima duševno motnjo, ne umre zaradi samomora (3) in da visok odstotek ljudi z duševno motnjo, iz različnih razlogov ni deležen ustrezne obravnave (4). Avtorji različnih raziskav so ugotavljali (5, 6), da imajo učinkovite in pomembne klinične intervencije, ki so usmerjene v skupine ljudi z visokim tveganjem, majhen učinek na stopnjo samomorilnega količnika v populaciji. Glede na razsežnost, večplastnost in različne pojavne oblike samomorilnosti so zato za učinkovito preprečevanje samomora poleg kliničnih intervencij (za manj številne, vendar bolj ogrožene posameznike), nujno potrebne tudi intervencije, ki se usmerjajo v vse populacijske skupine. Takšne intervencije združuje JZ pristop.

Če se klinični pristopi usmerjajo v posameznike, ki 'stojijo na robu', potem JZ pristopi preprečevanja samomora temeljijo na tem, da bi zmanjšali tveganje ali preprečili, da bi posameznik 'do roba prišel' (5). V primerjavi s kliničnimi pristopi, ki se usmerjajo v razumevanje (in obravnavo) zdravstvenih ter osebnih okoliščin, ki so vplivale na razvoj samomorilnega vedenja pri posamezniku, so JZ pristopi namreč usmerjeni v razumevanje in identifikacijo vzorcev samomorilnega vedenja v populaciji. Z JZ pristopi poskušamo preprečiti (preventiva) ali zmanjšati tveganje, da bi se različne oblike samomorilnosti sploh začele razvijati, zmanjšati posledice nezmožnosti pri osebah, pri katerih se je samomorilnost že izrazila, ter v skrajnem cilju, preprečiti prezgodnjo umrljivost zaradi samomora. Strategije za doseg tega cilja so številne in različno intenzivne, od izobraževanja vratarjev sistema², sodelovanja z mediji v smislu odgovornega poročanja o samomoru in spreminjanja stališč, omejevanja dostopnosti sredstev za samomor do destigmatizacije iskanja pomoči. Pomembni so tudi ukrepi, ki niso neposredno povezani s preprečevanjem samomorilnosti, imajo pa velik vpliv na kakovost življenja in s tem na duševno zdravje posameznika in populacije. Mednje spada denimo zagotavljanje dostopnosti in uspešnosti socialnega in zdravstvenega varstva za celotno prebivalstvo, naslavljanje nepravilnih neenakosti v zdravju³ ipd. Dejavniki tveganja se med seboj pogosto prekrivajo (genetski, biološki, sociokulturni, psihološki idr.), zato je pomembno izpostaviti izsledke znanstvenih raziskav. Ti kažejo (7), da so najučinkovitejše tiste strategije in intervencije, ki vključujejo različne ukrepe, sektorje (šolski sektor, zdravstveni sektor ipd.) in akterje (strokovnjake iz klinične stroke, medijske strokovnjake, predstavnike splošne javnosti ipd.). Pri tovrstnih intervencijah so zabeležili sinergistične učinke, kar pomeni, da je bil vpliv oziroma izid

² Vratarji sistema (angl. gatekeepers) so osebe, ki v osebni ali strokovni vlogi (npr. zdravniki družinske medicine, psihologi, učitelji, policisti, farmacevti, gasilci) pogosteje prihajajo v stik z ogroženimi posamezniki.

³ Nepravilne neenakosti so razlike v zdravju oz. zdravstvenih izidih med družbenimi skupinami z različnim socialno-ekonomskim statusom, ki jih lahko preprečimo in so torej nepravilne.

celokupne intervencije večji in močnejši, kot bi bil vpliv ali izid posameznega pristopa (8). Če želimo vplivati na upad samomorilnega količnika v populaciji, je torej treba združevati oboje – tako učinkovite klinične intervencije kot nujno tudi JZ strategije, katerih učinek se odraža na celotni populaciji.

V poglavju bodo predstavljene osnovne značilnosti JZ pristopov na področju preprečevanja samomora in različne ravni preventive. JZ pristopi bodo postavljeni ob bok kliničnim pristopom in intervencijam, skozi primerjavo obeh bo poudarjeno, da ne gre za vprašanje 'ali' temveč 'in'. Izpostaviti želimo, da se skozi JZ pristope zrcali ena najpomembnejših usmeritev za preprečevanje samomora, to je, da je k izzivu treba pristopiti multidisciplinarno. Nenazadnje bo v poglavju osvetljeno tudi, da se z različnimi ukrepi in pristopi preprečevanje samomora začne že mnogo prej, preden se samomorilnost pri posamezniku začne razvijati ali se izrazi.

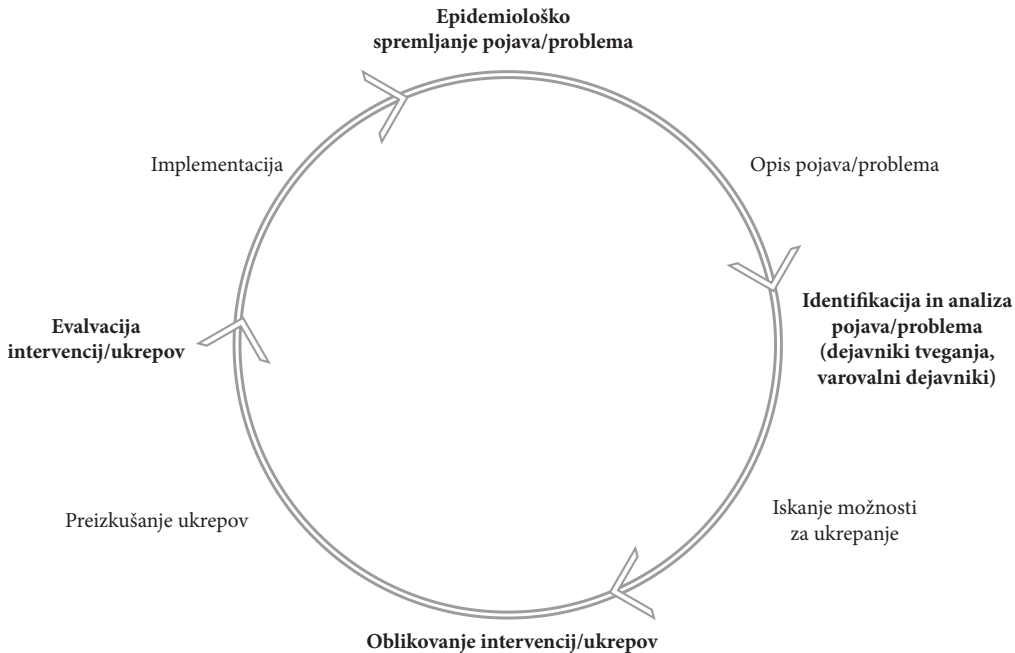
Temelji JZ pristopa (na področju preprečevanja različnih oblik samomorilnosti)

JZ pristopi so usmerjeni v identifikacijo vzorcev različnih oblik samomorilnosti v populaciji ali delih populacije, spremembo okolja in determinant, ki vplivajo na razvoj in izražanje različnih oblik samomorilnosti ter spremembo vedenja, ki ljudi izpostavlja večjemu tveganju (9). Prvi začetki JZ pristopa k preprečevanju samomora segajo v osemdeseta leta prejšnjega stoletja, ko so v Združenih državah Amerike vzpostavili sistematično spremljanje vzorcev samomorilnosti v populaciji, na podlagi katerega so poskušali napovedovati oziroma ocenjevati pojavnost samomora (10). Potreba po JZ pristopih k preprečevanju samomorilnosti se je v naslednjih letih okrepila (11). Danes si je preprečevanje samomora brez njih težko predstavljati, saj so temelj večine nacionalnih strategij duševnega zdravja in preprečevanja samomora.

JZ pristopi preprečevanja samomora se opirajo na štiri temeljne aktivnosti in načela javnega zdravja, ki so prenosljiva na področje preprečevanja samomora (slika 13.1):

1. *Epidemiološko spremljanje* – nanaša se na ugotavljanje pojavnosti različnih oblik samomorilnosti v populaciji in njenih podskupin (npr. pojavnost samomora po starosti, geografskem območju, metodi samomora) ter značilnosti posameznikov, ki umrejo zaradi samomora, oziroma okolij, v katerih živijo (socialno-demografski, zdravstveni podatki ipd.). Značilnosti, ki jih opažamo in zabeležimo pri posameznikih, ki so umrli zaradi samomora, so pri JZ pristopih v agregirani, torej združeni obliki (npr. koliko posameznikov, ki so umrli zaradi samomora, je imelo kakšen zakonski stan, kakšna je bila njihova povprečna starost). Epidemiološko spremljanje omogoča ocenjevanje bremena samomora v družbi, določanje prednostih področij, na katerih je treba delovati, torej predstavlja osnovo tako za epidemiološko raziskovanje kot tudi JZ ukrepanje.
2. *Identifikacija dejavnikov tveganja in varovalnih dejavnikov ter determinant samomorilnega vedenja v populaciji* – nanaša se na ugotavljanje oziroma razumevanje sovplovanja različnih dejavnikov na pojavnost samomora v populaciji. Vključeni so tako dejavniki tveganja kot tudi varovalni dejavniki. Z JZ pristopi se poskuša zmanjšati vpliv dejavnikov tveganja in povečati vpliv varovalnih dejavnikov.
3. *Oblikovanje preventivnih intervencij* – nanaša se na oblikovanje različno intenzivnih in občutljivih preventivnih pristopov (podrobnosti v preglednici 13.1). Ti se usmerjajo v segmente populacije, ki je različno ogrožena; govorimo o preventivi pri duševnih motnjah (in samomorilnem vedenju) ter promociji duševnega zdravja.

4. *Evalvacija intervencij in implementacija dokazano učinkovitih pristopov* – nanaša se na preverljivost učinkovitosti intervencij. Učinkovitost intervencije je do neke mere odvisna od izhodnih kriterijev, ki jih zasleduje posamezni program (npr. število samomorov, število samomorilnih poskusov, višja raven pismenosti na področju duševnega zdravja⁴).



Slika 13.1. Temeljne aktivnosti javnega zdravja, ki jih vključujejo JZ pristopi pri preprečevanju samomora

Dileme pri izbiri učinkovitih programov

Na področju preprečevanja samomora obstajajo številne različne intervencije in programi, vendar je le malo programov ustrezno evalviranih in dokazano učinkovitih (9). Dobra evalviranost programa in dokazana (ne)učinkovitost so temelji, na podlagi katerih se odločamo, kateri program najboljše odgovarja na trenutne potrebe v populaciji in kateri je stroškovno najučinkovitejši.

Najzanesljivejša ocena učinkovitosti zagotovo prihaja iz vrst randomiziranih kontroliranih študij, ki zaradi svoje raziskovalne zasnove omogočajo najmanj pristranskosti pri vrednotenju rezultatov programov. Pri randomiziranih kontroliranih študijah se udeleženci v raziskavi naključno razdelijo v dve skupini, od katerih je ena skupina deležna proučevane intervencije, druga pa ne (ali pa je izpostavljena kontrolni intervenciji). Na področju preprečevanja samomora randomizirane kontrolirane študije velikokrat niso izvedljive zaradi finančnih, etičnih ali izvedbenih zadržkov (*več o tem v poglavju 12*), zato se je treba za evalvacijo preventivnih intervencij opreti na metode, ki ponujajo manj rigorozne dokaze. Dodaten problem izvira iz dejstva, da je zbiranje podatkov iz populacijskih intervencij preprečevanja samomora 'zamudno', saj zajema čas pred uvedbo

⁴ Znanja in prepričanja o duševnih motnjah, ki pomagajo pri njihovi prepoznavi, obravnavi in preventivi.

intervencije, med njo in po njej. Zato se nakazuje dilema, ali je bolj smiselno podpreti in implementirati program, ki sicer odgovarja na zaznane potrebe v okolju, a ima slabše na dokazih temelječe izhodišče (npr. izobraževanje zdravnikov družinske medicine v okolju, kjer jim teh znanj primanjkuje), ali po drugi strani podpreti program, ki ima trdno na dokazih temelječe izhodišče, a zato v manjši meri odgovarja na potrebe specifičnega okolja (npr. omejevanje dostopnosti do strelnega orožja v okolju, kjer se malo samomorov zgodi na tak način). Razrešitev predstavljene dileme se zdi (zelo) težka, vendar predstavljeni primer (ali podpreti program, ki ima manj dokazov o učinkovitosti, a hkrati bolje odgovarja na potrebe ali obratno) izpostavi pomemben pogoj, ki je nujen za optimizacijo učinkov preventivnih programov pri preprečevanju samomora: sodelovanje med odločevalci, ki s svojo (ne)podporo odločajo o tem, kateri program se bo implementiral, in posamezniki, ki programe razvijajo in evalvirajo (8).

Samomor je statistično gledano redkejši pojav, dokazana (ne)učinkovitost programa pa je večplastni rezultat, ki je do določene mere odvisen od tega, katere izhodne kriterije oziroma rezultate zasleduje program. Zato zmanjšanje števila samomorov ni edini kriterij, na podlagi katerega bi lahko ocenjevali, ali je posamezni program učinkovit ali ne. Glavne izhodne kriterije, na podlagi katerih lahko ocenjujemo, ali je imela intervencija željene učinke ali ne, lahko razdelimo na glavne in spremljajoče (9).

Med glavne izhodne kriterije npr. spadajo:

- upad števila samomorov,
- zmanjšanje števila samomorilnih poskusov in
- zmanjšanje pojavnosti samomorilnih misli.

Med spremljajoče izhodne kriterije npr. spadajo:

- povečanje pismenosti na področju duševnega zdravja in iskanja pomoči,
- povečanje vpliva varovalnih dejavnikov in zmanjšanje vpliva dejavnikov tveganja,
- izboljšanje medijskega poročanja o samomoru,
- zmanjšanje dostopnosti sredstev za samomor,
- rezultati različnih izobraževalnih programov in pristopov (povečanje znanja, sprememba stališč pri vratarjih sistema, npr. splošnih zdravnikih, policistih, psihologih, socialnih delavcih, učiteljih, farmacevtih),
- zmanjšanje stigme na področju iskanja pomoči, duševnih motenj in samomorilnosti.

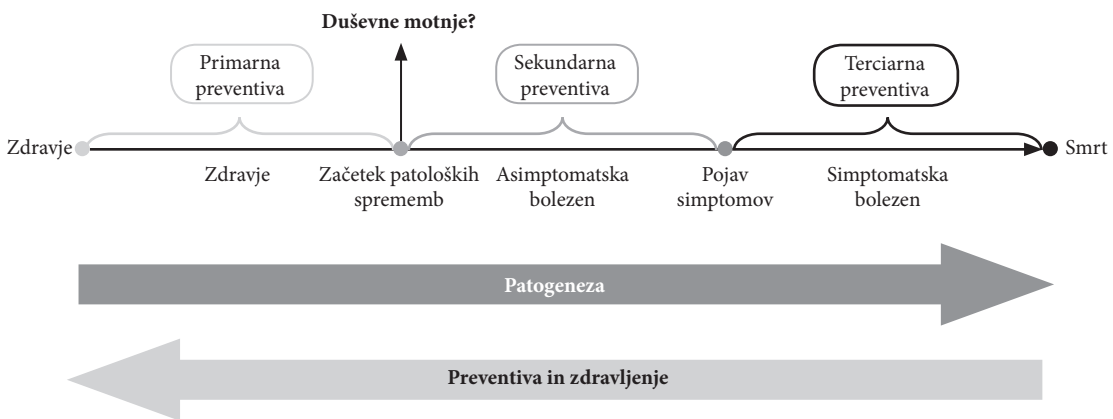
V skladu s tem, da je samomor posledica sovplivanja različnih dejavnikov tveganja (npr. genetskih, psiholoških, bioloških, sociokulturnih, okoljskih), so za zmanjšanje pojavnosti samomora v populaciji pomembni tako programi in intervencije, ki samomorilnost neposredno naslavlajo, kot tudi tisti, ki omenjene dejavnike tveganja naslavlajo posredno (5).

Različni pristopi k preventivi in različne ravni preventive

Oblikovanje preventivnih intervencij je ena od temeljnih aktivnosti JZ pristopov na področju preprečevanja samomora. Razvrstitev in značilnosti preventivnih strategij bodo predstavljeni skozi dva ustaljena modela JZ razumevanja preventive – (i) model primarne, sekundarne in terciarne preventive ter (ii) model univerzalne, selektivne in indicirane preventive (pristop USI). Podrobneje bo predstavljen model USI, ki je za področje duševnega zdravja in preprečevanja samomora uporabnejši.

Model primarne, sekundarne in terciarne preventive

Razdelitev izhaja iz obdobja, ko je bil v ospredju biomedicinski model zdravja oziroma bolezni, ki aktivnosti preventive razdeli na patogenetski premici (patogeneza – nastanek in razvoj bolezni) (12), ki poteka od točke zdravja do točke smrti. Namen vseh treh ravni preventive je premikati posameznika po premici proti točki zdravja. Med točkama zdravja in smrti sta še točka, ki označuje pričetek bolezenskih sprememb v telesu, in točka, ki označuje pojav bolezenskih sprememb v obliki znakov in simptomov. Na opisani premici so aktivnosti primarne preventive med točko zdravja in pričetkom bolezenskih sprememb v telesu, sekundarne preventive med točko pričetka bolezenskih sprememb in pojavom bolezenskih sprememb v obliki znakov in simptomov ter terciarna preventiva med točko pojava bolezenskih sprememb v obliki znakov in simptomov in smrti (slika 13.2).



Slika 13.2. Različne ravni preventive na patogenetski premici

Primarna preventiva se nanaša na preprečevanje pojavnosti bolezenskih znakov, poškodb in nezmožnosti (zmanjšujemo incidenco, tj. število novih primerov), sekundarna preventiva na odkrivanje bolezenskih znakov na začetku bolezenskega procesa (zmanjšujemo prevalenco, tj. število aktivnih primerov v populaciji), terciarna preventiva pa na zmanjševanje stopnje oziroma resnosti bolezenskih znakov in nezmožnosti, ki je nastala, ko so se bolezenski znaki in bolezen sama že izrazili (13). Po tej razdelitvi lahko preventivne aktivnosti na področju preprečevanja samomora razdelimo na aktivnosti, preden se samomorilnost izrazi, aktivnosti, ko je samomorilnost v izražanju, in aktivnosti, ki sledijo, ko se je samomorilnost že izrazila (8).

Aktivnosti primarne preventive preprečevanja samomora so usmerjene v preprečevanje razvoja različnih oblik samomorilnosti. Aktivnosti v tej skupni lahko razdelimo v dve podskupini, in sicer:

1. Aktivnosti, usmerjene v zmanjševanje ali odstranjevanje poznanih dejavnikov tveganja: v to skupino spadajo npr. omejevanje dostopnosti sredstev in s tem samomorilnega vedenja, ozaveščanje o duševnih stiskah in samomorilnosti, zmanjševanje pitja alkohola, trpinčenja v šolskem okolju.
2. Aktivnosti, usmerjene v krepitev varovalnih dejavnikov: v to skupino spadajo npr. spodbujanje zdravega življenjskega sloga v šolah, izobraževanje vratarjev sistema, vzpostavljanje virov pomoči, ozaveščanje o pomenu skrbi za duševno zdravje.

Aktivnosti sekundarne preventive preprečevanja samomora so usmerjene v odkrivanje različnih oblik samomorilnosti v zgodnjih fazah samomorilnega procesa. V to skupino spadajo npr. aktivnosti presejanja celotne populacije ali dela populacije, za katerega ocenjujemo, da je bolj ogrožen (npr. nezaposleni, ruralno prebivalstvo, starejši).

Aktivnosti terciarne preventive preprečevanja samomora pa so usmerjene v zmanjševanje nezmožnosti zaradi bolezni ter obravnavo bolezni in s tem preprečevanje možnih zapletov. Sem spadajo predvsem različne klinične intervencije, psihoterapevtska ali psihofarmakološka obravnava posameznikov z izraženimi znaki in simptomi samomorilnosti (8).

V ospredju modela primarne, sekundarne in terciarne preventive je torej bolezensko stanje, ki je lahko v različnih fazah. Ta model je vzdržen na tistih JZ področjih, kjer je ločnica med pred – med – in po bolezenskim obdobjem oziroma znaki, jasna. Z razvojem znanosti in bio-psiho-socialnega modela zdravja je prihajalo v ospredje spoznanje, da zaradi prepletanja različnih dejavnikov tveganja (bioloških, socioloških idr.) pri večini bolezenskih stanj govorimo o verjetnosti, da se bo stanje izrazilo (14). Na Inštitutu za medicino (15) so zato predlagali novo delitev različnih ravni preventivnih aktivnosti in jih združili v modelu, znanem kot USI (U – univerzalna preventiva, S – selektivna preventiva, I – indicirana preventiva). Za razliko od prej opisanega modela (primarna, sekundarna, terciarna) v ospredju modela USI ni izraženost bolezenskih znakov, pač pa populacija, ki jo sestavljajo posamezniki, pri katerih obstaja različna verjetnost oziroma tveganje za razvoj določenih stanj. Omenjena delitev preventive je zaradi tega še posebej aktualna in prenosljiva na področje duševnega zdravja, duševnih motenj ter samomorilnosti.

Model univerzalne, selektivne in indicirane preventive

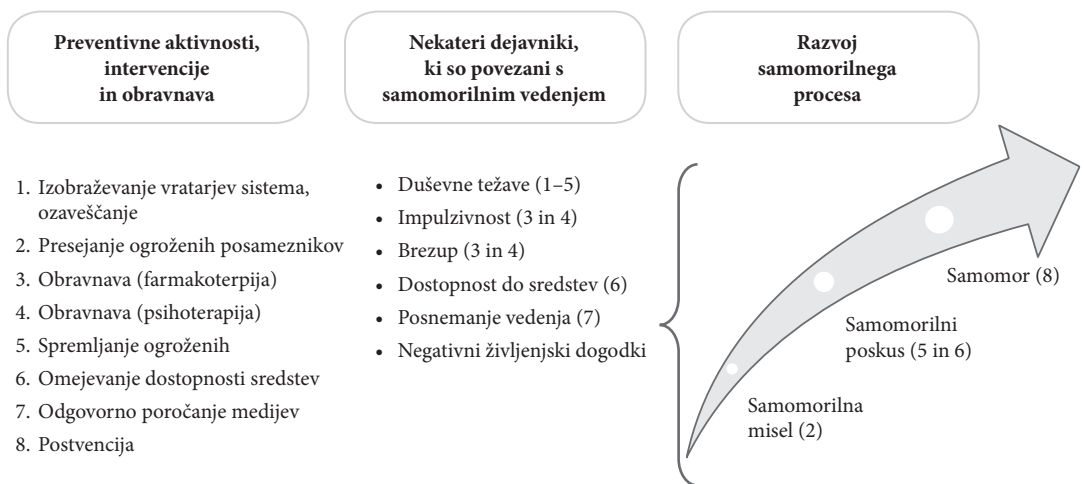
Predlagana delitev USI predstavlja temelje za večino intervencij na področju preprečevanja različnih oblik samomorilnosti. Intervencije so po tem modelu usmerjene v različne segmente populacije, v katerih je prepoznano različno veliko tveganje. Z naraščanjem tveganja se spreminja tudi intenziteta intervencij. V preglednici 13.1 so prikazane različne ravni preventive skupaj z opredelitvijo (ciljno populacijo) in primeri (9, 8).

Preglednica 13.1. Različne ravni preventive samomorilnega vedenja po modelu USI s posameznimi primeri (9)

Raven preventive	Definicija/Opredelitev	Primeri
Univerzalna	Aktivnosti so usmerjene v celotno populacijo, ne glede na stopnjo tveganja za samomor.	Programi ozaveščanja splošne javnosti; destigmatizacija; odgovorno poročanje medijev; omejevanje dostopnosti sredstev; izobraževanje različnih vratarjev sistema (zdravnikov družinske medicine, učiteljev, policistov, psihologov, socialnih delavcev, farmacevtov ipd.).
Selektivna	Aktivnosti so usmerjene v določene podskupine v populaciji, pri katerih je prepoznano ali pričakovano večje tveganje za samomor; podskupine so definirane glede na prisotnost znanih dejavnikov tveganja (biološki, psihološki, okoljski ipd., npr. osebe, ki prekomerno rabijo psihoaktivne snovi, nezaposlene osebe, osebe s spremembo zakonskega stana, osebe s slabim socialno-ekonomskim statusom, starejši).	Programi za ruralno prebivalstvo; nezaposlene; mladostnike, ki imajo izkušnje z depresijo (npr. osebna izkušnja v preteklosti, oboleli starši); mladostnike, ki imajo težave v šoli (npr. učne težave, medvrstniške težave); starejše, ki živijo sami; žrtve fizičnih, psihičnih ali spolni zlorab.
Indicirana	Aktivnosti so usmerjene v posameznike, pri katerih je prisoten en ali več dejavnikov tveganja, zaradi katerih je pri njih prepoznano ali pričakovano visoko tveganje za samomor ali se je samomorilnost že izrazila (npr. predhodni ali aktualni samomorilni poskus, duševna motnja).	Programi spremljanja in kontinuirane obravnave oseb, ki imajo duševno motnjo, so pred kratkim poskušale narediti samomor ali se samopoškodujejo.

Predpostavka v ozadju programov univerzalne preventive (preglednica 13.1) je, da bodo informacije in znanja dosegli vse ljudi v populaciji, ne glede na to, kakšna je stopnja njihove ogroženosti. Izobraževalni programi za zdravnike družinske medicine o depresiji in samomorilnosti bodo koristili vsem, ki prihajajo v ambulanto zdravnika družinske medicine, ne glede na razlog prihoda (*več o tem v poglavju 19*). Podobno bo odgovorno poročanje medijev o samomorilnosti in omejevanje dostopnosti sredstev imelo preventivni učinek na vse. Ranljive posameznike v populaciji bo vzpodbudilo k iskanju pomoči, manj ranljivim bo ponudilo več informacij o problemu. Avtorji so v različnih raziskavah ugotavljali (16, 17), da sta samomorilni količnik v populaciji in število samomorilnih poskusov z določeno metodo upadla po uvedbi smernic za odgovorno poročanje o samomoru (*več o tem v poglavju 17*). Hawton idr. (18) so ugotavljali, da je za 21 % upadlo število zastrupitev s paracetamolom (za 11 % tudi delež samomorilnih poskusov s to metodo), potem ko so z zakonom uredili oziroma določili najvišje dovoljeno število tablet, ki se lahko naenkrat izdajo uporabniku. Programi selektivne preventive lahko povečajo učinkovitost različnih aktivnosti preprečevanja samomora na dva načina. Prvič zato, ker so usmerjeni v podskupine populacije, v katerih je delež oseb, ki storijo ali poskusijo storiti samomor, višji. Drugič zato, ker se ti programi ciljano usmerjajo na zmanjševanje vpliva dejavnikov tveganja, ki so prisotni v izbrani podskupini populacije. Programi indicirane preventive so neobhodni za zmanjševanje ogroženosti pri posameznikih, pri katerih obstaja visoko tveganje za samomor.

Čeprav se različne ravni preventive usmerjajo v različno ogrožene segmente populacije, so med seboj prepletene in se dopolnjujejo, saj se intervencije na različnih ravneh preventive usmerjajo na različne oblike samomorilnosti (slika 13.3). Če je v družbi visoka stopnja ozaveščenosti in nizka stopnja stigme (programi univerzalne preventive), obstaja večja verjetnost, da bodo bolj in zelo ogroženi posamezniki v družbi prepoznani (tako od splošne javnosti kot tudi od zdravstvenih delavcev) in usmerjeni k virom pomoči in obravnavi (indicirana preventiva) (8). Zato je smiselno, da se izkoristijo kumulativni in sinergistični učinki programov univerzalne preventive (npr. izobraževanje o duševnih motnjah in samomorilnosti) ob hkratnem uvajanju intervencij selektivne in indicirane preventive (19, 7, 20). Skupina avtorjev (7) je ugotavljala, da so elementi najučinkovitejših strategij preprečevanja samomora vključevali izobraževanje zdravnikov družinske medicine o depresiji in samomorilnosti, omejevanje dostopnosti sredstev in izboljšano dostopnost pomoči za ogrožene osebe. Hkrati s tem so podobno kot Hadlaczky idr. (8) ugotavljali, da so prav strategije, ki hkrati vključujejo različne intervencije na več ravneh, tudi najučinkovitejše.



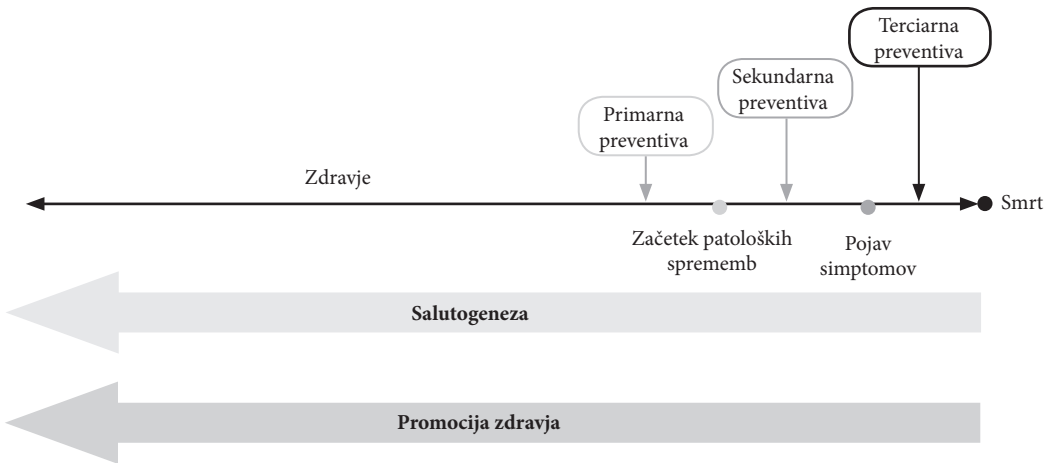
Slika 13.3. Različne stopnje samomorilnega procesa ter z njimi usklajene preventivne aktivnosti. Številke v oklepajih pomenijo vrsto intervencije, ki je navedena v prvem stolpcu.

Pristop, v katerem so združevali intervencije na različnih ravneh preventive je projekt Evropske zveza za preprečevanje depresije (angl. European Alliance Against Depression) (21). Na ravni univerzalne preventive so bile v projekt vključene aktivnosti ozaveščanja splošne javnosti (predavanja, filmi, zloženke, plakati ipd.) o znakih in simptomih depresije, virih pomoči, z namenom destigmatizacije in vzpodbujanja iskanja pomoči. Organizirana so bila tudi predavanja in izobraževanja za različne vratarje sistema (policiste, farmacevte, učitelje idr.), ki so bili v okolju prepoznani kot pomembni oziroma vplivni. Posebna pozornost je bila namenjena zdravnikom družinske medicine in nadgradnji njihovega znanja o prepoznavanju znakov depresije in samomorilnega vedenja. Okrepljeno je bilo sodelovanje z mediji. Hkrati so v projektu potekale tudi aktivnosti indicirane preventive, organizirane so bile npr. skupine za samopomoč, skupine za svojce. V evalvaciji učinkovitosti so ugotavljali, da se je v regijah, ki so bile vključene v projekt, pomembno znižalo število samomorilnih poskusov in da se je nakazal tudi trend upadanja števila samomorov (22).

Promocija duševnega zdravja za preventivo samomorilnega vedenja

Pri opisanih oblikah preventive se usmerjamo tako v preprečevanje dejavnikov tveganja ali njihovega vpliva, v preprečevanje izražanja bolezenskega stanja ali neželenega vedenja (npr. samomorilnosti) kot tudi v preprečevanje in zmanjševanje posledic, ki jih določeno (bolezensko) stanje prinaša. Preprečevanje česar koli, tudi samomorilnega vedenja, se prične mnogo prej, preden se vedenje ali težava izrazi – s krepitvijo posameznika in skupnosti. Na področju duševnega zdravja v tem oziru govorimo o promociji duševnega zdravja. Postavljeno v nekoliko širši kontekst se je področje promocije zdravja razvilo kot dopolnilo pristopom preventive, s katerim je konceptualizacija zdravja kot pozitivnega pojma (torej ne zgolj odsotnosti bolezni) pridobila svoj lastni ali pa vsaj izpopolnjeni okvir razumevanja, preučevanja in delovanja (23). S tem se je pogled javnega zdravja kot stroke razširil iz biomedicinskega, v zdravstvo usmerjenega in patogenetsko zaznamovanega, v širše polje družbe in prestopil meje zdravstva. Ob tem pa se je promocija zdravja usmerila predvsem v zagotavljanje (družbenih) razmer, ki bi zagotavljale enakost osnovnih zmožnosti za doseganje zdravja. V tem se pomembno razlikuje od pristopov varovanja zdravja in preventive bolezni, ki sicer prav tako neredko presegajo meje zdravstva, a s svojimi aktivnostmi ciljajo precej ožje področje zdravja in bolezni.

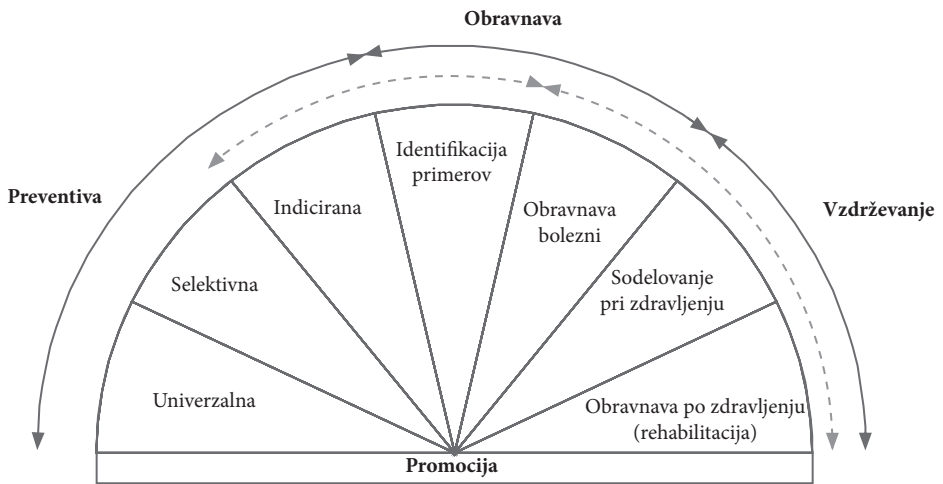
Promocija duševnega zdravja stremi h krepitvi posameznikovih potencialov, kompetenc ter psihološke odpornosti in hkrati tudi h krepitvi skupnosti za povečanje kakovosti življenja posameznikov. Zdravje s promocijskega vidika ni zgolj odsotnost bolezni in ni zgolj cilj, temveč je sredstvo za življenje. Medtem ko je težišče preventivnih pristopov na preprečevanju bolezni (glede na točko na patogenetski premici), je težišče promocijskih pristopov na krepitvi in ohranjanju zdravja glede na točko na salutogenetski premici (salutogeneza – razvoj, nastajanje in krepitev zdravja) (slika 13.4).



Slika 13.4. Promocija zdravja na salutogenetski premici

V najširšem smislu se promocija duševnega zdravja nanaša na ustvarjanje življenjskih razmer, v katerih se posameznik lahko plodno razvija, živi in prispeva k skupnosti. Skozi takšno definicijo lahko promocijo duševnega zdravja razumemo kot 'preventivni pristop v najširšem smislu'. Na sliki 13.5 je prikazano, da je promocija duševnega zdravja temelj in podstat vseh preventivnih aktivnosti, tudi aktivnosti, ki so bolj ciljano usmerjene v obravnavo

in zdravljenje (duševnih motenj). Preneseno na področje preprečevanja samomora se ukrepi promocije duševnega zdravja nanašajo na ustvarjanje takšnih življenjskih razmer, v katerih bi posameznik lahko plodno živel in razvijal svoje potenciale. Ukrepi promocije duševnega zdravja so izrazito multidisciplinarni (npr. urejena stanovanjska in zaposlitvena politika, socialna varnost, krepitev skupnosti) ter zahtevajo vključitev vseh sektorjev in upoštevanje vidikov duševnega zdravja v vseh politikah (politika, šolstvo, zdravstvo, sociala idr.) (15, 24). To velja tudi za preprečevanje samomora.



Slika 13.5. Ukrepi in aktivnosti na področju duševnega zdravja

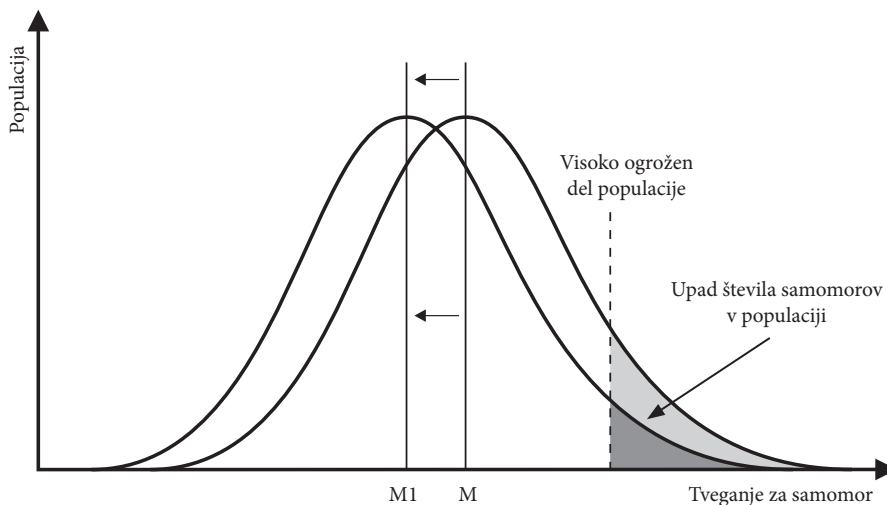
(Prirejeno in ponatisnjeno z dovoljenjem National Academy of Sciences; Institute of Medicine, Committee on prevention of mental disorders. Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Mrazek PJ, Haggerty RJ, urednika. Washington (DC): The National Academy Press; 1994. doi: 10.17226/2139)

Predpostavka v ozadju JZ pristopov in preventivni paradoks

JZ pristopi temeljijo na predpostavki, da se bodo učinki ukrepov odražali na celotni populaciji. Na sliki 13.6 je prikazano, kako je ta predpostavka prenosljiva na področje preprečevanja samomora in drugih oblik samomorilnosti. Za lažjo ponazoritev lahko razpršenost duševnega zdravja populacije prikažemo v obliki normalne distribucije – manjši del populacije je v zelo dobri duševni kondiciji, večji del populacije je v povprečni duševni kondiciji, manjši del populacije pa je v slabši oziroma slabi duševni kondiciji, lahko tudi rečemo, da ima večje tveganje za samomor. Stopnjevanje tveganja za samomor je prikazano na osi x, na osi y pa je prikazano število ljudi. Takšna, čeprav arbitrarna razdelitev, nakazuje dilemo, ali intervencijo usmeriti v manjši del populacije, ki je bolj ogrožen, ali obratno, v večinski del populacije, ki je manj ogrožen. Govorimo o dveh pristopih, in sicer o (i) pristopu k populaciji z visokim tveganjem (angl. high risk approach) in (ii) populacijskem pristopu (25).

Pristop, ki je usmerjen k populaciji z visokim tveganjem, v ospredje postavlja zanimanje za vzroke obolevnosti posameznika (dejavniki tveganja in varovalni dejavniki na individualni ravni). Med te pristope uvrščamo večino ukrepov na ravni selektivne, še bolj pa indicirane preventive. Po drugi strani pa populacijski pristop v ospredje postavlja zanimanje za razloge prevalence in incidence primerov v populaciji (dejavniki tveganja in varovalni dejavniki na populacijski ravni). V ta pristop uvrščamo večino ukrepov univerzalne preventive in promocije duševnega zdravja. Odločitev za implementacijo

enega ali drugega pristopa je odvisna od ciljev in namenov posamezne intervencije ter populacije, na katero želimo vplivati. Kadar želimo zmanjšati tveganje za samomor pri posamezniku ali manjši ciljni skupini, ki je visoko ogrožena, je uporaben in učinkovitejši prvi pristop (usmerjen k populaciji z visokim tveganjem). Vendar bo ta pristop zajel le malo posameznikov, ki so v 'kritičnem delu' (slika 13.6), kar pomeni, da bo večji del populacije ostal brez intervencije. Ravno ta populacija – ki je številčnejša in manj ogrožena – pa nas mora zanimati, če želimo zmanjšati samomorilni količnik v populaciji. Statistično gledano namreč več aktivnih primerov samomora in različnih oblik samomorilnosti izvira iz tega dela populacije, saj je ljudi v tem delu več in so zato tudi možnosti za pojavnost samomora večje. Populacijski pristop zajame celotno populacijo, torej tudi posameznike, ki so bolj ogroženi in posledično bodo od intervencije imeli korist vsi. V teoriji to pomeni, da bi se celotna populacija pomaknila bolj levo. Večinski del populacije bi postal manj dovzeten za samomorilno vedenje, del najbolj ogrožene populacije pa bi se premaknil iz območja večje v območje manjše ogroženosti. Slednje bi se na populacijski statistiki odražalo kot upad samomorilnega količnika (slika 13.6). Zato avtorji navajajo, da lahko s populacijskimi pristopi bolj vplivamo na znižanje samomorilnega količnika v populaciji kot s pristopi, ki so usmerjeni samo v posameznike z visokim tveganjem (5). Ob tem pa se odpira nova dilema, ki jo je Rose (24) poimenoval 'preventivni paradoks'. S tem pojmom označujemo protislovje, ki se nanaša na to, da ima določen program velik učinek na populacijo (univerzalna preventiva na področju samomora, npr. odgovorno poročanje medijev), a le majhen učinek na posameznika (na bolj ogroženega posameznika bodo ukrepi selektivne in indicirane preventive imeli večji učinek). Raziskave, v katerih so ugotavljali, kateri od obeh pristopov (visoko tveganje ali populacijski) je nedvomno učinkovitejši, niso dale enoznačnih rezultatov. Zato avtorji poudarjajo, da je treba, kadar je le mogoče, pristope na različnih ravneh kombinirati in jih povezovati, saj bo le tako dosežen optimalni učinek (7, 8, 20, 26).



Slika 13.6. Premik sredine in s tem celotne populacijske krivulje duševnega zdravja iz območja večje v območje manjše ogroženosti

M – sredina izvirne populacije, M1 – sredine nove populacije

(Prirejeno in ponatisnjeno z dovoljenjem Hogrefe Publishing www.hogrefe.com; Yip PS. Towards evidence-based suicide prevention programs. *Crisis*. 2011;32(3):117-20. doi: 10.1027/0227-5910/a0000100)

Zaključek in usmeritve za naprej

JZ pristopi na področju preprečevanja samomora vzpodbujajo tesno sodelovanje različnih sektorjev in ravni, saj le to lahko vodi do optimalnih učinkov. Ukrepi morajo temeljiti na podatkih, biti skrbno načrtovani, naslavljeni morajo potrebe v okolju, predvsem pa morajo biti dobro evalvirani. Ocena učinkovitosti programa je namreč prvi pogoj za sistemsko podporo, slednja pa je pogoj za vzdržnost in trajnost programa. JZ intervencije na področju preprečevanja samomora so številne in obsegajo različne ravni preventive. Hitra rešitev za preprečevanje samomora in program, ki bi odgovoril na vse potrebe, ne obstaja, zato je treba stremeti k celostnemu pristopu. S programi je treba naslavljeni celotno populacijo, še posebno pa tisti del, ki je bolj ogrožen. V prihodnosti bi bilo potrebno v Sloveniji več pozornosti nameniti povezovanju kliničnih in JZ pristopov ter sodelovanju strokonjakov, ki prihajajo iz obeh področij.

Reference

1. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004;4:članek 37. doi: 10.1186/1471-244X-4-37
2. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7):članek 1425. doi: 10.3390/ijerph15071425
3. Brådvik L. Suicide risk and mental disorders. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(9): članek 2028. doi: 10.3390/ijerph15092028
4. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. 2003;33(3):395–405. doi: 10.1017/S0033291702006943
5. Yip PS. Towards evidence based suicide prevention programs. *Crisis*. 2011;32(3):117–20. doi:10.1027/0227-5910/a0000100
6. Lewis G, Hawton K, Jones P. Strategies for preventing suicide. *Br J Psychiatry*. 1997;171:315–54. doi: 10.1192/bjp.171.4.351
7. van der Feltz-Cornelis CM, Sarchiapone M, Postuvan V, Volker D, Roskar S, Tančič Grum A idr. Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: a review of systematic reviews. *Crisis*. 2011;32(6):319–33. doi: 10.1027/0227-5910/a000109
8. Hadlaczky G, Wasserman D, Hoven CW, Mandell DJ, Wasserman C. Suicide prevention strategies: case studies from across the globe. V: O'Connor R, Platt S, Gordon J, uredniki. *International handbook of suicide prevention: research, policy and practice*. Chichester: Wiley; 2011. str. 473–85. doi: 10.1002/9781119998556.ch27
9. World Health Organisation. *Towards evidence-based suicide prevention programmes*. Geneva: World Health Organisation; 2010.
10. Mercy JA, Rosenberg ML. Building a foundation for suicide prevention: the contributions of Jack C. Smith. *Am J Prev Med*. 2000;19(1 Suppl 1):26–30. doi: 10.1016/S0749-3797(00)00170-7
11. Hoven CW, Wasserman D, Wasserman C, Mandell DJ. Awareness in nine countries: a public health approach to suicide prevention. *Leg Med*. 2009;11 Suppl 1:S13–7. doi: 10.1016/j.legalmed.2009.01.106
12. Termania, Slovenski medicinski slovar [na spletu]. Kamnik: Amebis; c2010–2020. Patogeneza; [citirano 15. 1. 2021]. Dostopno na: <https://www.termania.net/iskanje?query=patogeneza&SearchIn=All>
13. Commission on Chronic Illness (US). *Chronic illness in the United States*. Vol. 1, Prevention of chronic illness. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1957. doi: 10.4159/harvard.9780674497474
14. Gordon R. An operational classification of disease prevention. V: Steinberg JA, Silverman MM, urednika. *Preventing mental disorders*. Rockville (MD): Department of Health and Human Services; 1987. str. 20–6.
15. Institute of Medicine. *New directions in definitions*. V: Mrazek PJ, Haggerty RJ, urednika. *Reducing risk for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington (DC): National Academy Press; 1994. str. 19–30.
16. Etzersdorfer E, Sonneck G. Preventing suicide by influencing mass-media reporting: the Viennese experience 1980–1996. *Arch Suicide Res*. 1998;4(1):67–74. doi: 10.1080/1381119808258290
17. Niederkrotenthaler T, Voracek M, Herberth A, Till B, Strauss M, Etzersdorfer E idr. Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *Br J Psychiatry*. 2010;197(3):234–43. doi:10.1192/bjp.bp.109.074633
18. Hawton K. United Kingdom legislation on pack sizes of analgesics: background, rationale, and effects on suicide and deliberate self-harm. *Suicide Life Threat Behav*. 2002;32(3):223–9. doi: 10.1521/suli.32.3.223.22169
19. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A idr. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005;294(16):2064–74. doi: 10.1001/jama.294.16.2064

20. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M idr. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(7):646–59. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X
21. Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G. The alliance against depression: 2 year evaluation of a community based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med*. 2006;36:1225–33. doi: 10.1017/S003329170600780X
22. Hegerl U, Wittenberg L; European Alliance Against Depression Consortium. Focus on mental health care reforms in Europe: The European Alliance Against Depression: a multilevel approach to the prevention of suicidal behavior. *Psychiatr Serv*. 2009;60:596–9. doi: 10.1176/ps.2009.60.5.596
23. Webster C, French J. The cycle of conflict: the history of the public health and health promotion movements. V: Adams L, Amos M, Munro J, uredniki. *Promoting health: politics and practice*. London: Sage Publications; 2002. str. 5–12. doi: 10.4135/9781446220269.n2
24. Kobau R, Seligman ME, Peterson C, Diener E, Zack MM, Chapman D idr. Mental health promotion in public health: perspectives and strategies from positive psychology. *Am J Public Health*. 2011;101(8):e1–9. doi: 10.2105/AJPH.2010.300083
25. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol*. 2001;30:427–32. doi: 10.1093/ije/30.3.427
26. Pittman A, Caine E. The role of the high risk approach in suicide prevention. *Br J Psychiatry*. 2012;201:175–7. doi: 10.1192/bjp.bp.111.107805

Alkoholna problematika in učinkovitost ukrepov alkoholne politike pri zmanjševanju samomorilnega vedenja

Maja Roškar, Matej Vinko, Tomaž Zupanc

Ključni poudarki poglavja

- V svetu približno 40 % ljudi, starih 15 in več let, pije alkohol. V Evropi je ta delež skoraj 60-, v Sloveniji pa kar 80-odstoten. Slovenija se uvršča med države z najvišjo porabo alkohola, slovenski samomorilni količnik pa presega evropsko povprečje.
- Obstaja veliko na dokazih temelječih ukrepov, ki učinkovito zmanjšujejo problematiko alkohola. Med stroškovno najučinkovitejše uvrščamo omejevanja fizične in cenovne dostopnosti alkohola ter oglaševanja in tržnega komuniciranja alkohola.
- Z gibanjem samomorilnega količnika v populaciji se povezujejo poraba alkohola ter različne kulturno pogojene značilnosti pivskega okolja in pivskega vedenja prebivalcev.
- Nekateri ukrepi alkoholne politike so učinkoviti pri zmanjševanju samomorilnega vedenja in znižajo populacijsko tveganje za samomor, povezan z alkoholom. Manjši porabi alkohola navadno v enem do nekaj letih sledi zmanjšanje samomorilnega količnika.
- Prednostno in ciljano vključevanje ukrepov alkoholne politike v politike preprečevanja samomora zahteva poglobljene raziskave o tem, kateri ukrepi alkoholne politike se v določeni državi povezujejo s samomorilnim količnikom.

Povzetek

Slovenija sodi med t. i. mokre kulture, za katere je značilen toleranten odnos do pitja alkohola in opijanja, lahka dostopnost alkohola ter vpetost alkohola v kulturo in običaje. Toleranten odnos se kaže v visoki porabi alkohola in naraščajočem deležu visoko tveganih oblik pitja. Skoraj polovica prebivalcev Slovenije, starih 15–64 let, vsaj enkrat na leto pije na način, s katerim tvega pojav škodljivih posledic alkohola. V svetovnem merilu sodi Slovenija med države z visoko porabo alkohola in visokim samomorilnim količnikom. V Sloveniji v povprečju vsak dan zaradi vzrokov, ki so izključno povezani s pitjem alkohola¹, umrejo tri osebe, zaradi samomora pa približno ena. Glede na dostopne podatke je v nekaj več kot tretjini primerov alkohol prisoten v krvi oseb, ki so umrle zaradi samomora. Obstaja veliko na dokazih temelječih ukrepov, ki učinkovito zmanjšujejo problematiko alkohola². Ti so združeni v alkoholno politiko, ki se je v Evropi začela pospešeno razvijati v devetdesetih letih 20. stoletja, Slovenija pa je temu razvoju hitro sledila. Povezave med alkoholom in samomorom na populacijski ravni so številne in kompleksne. Z gibanjem samomorilnega količnika v populaciji se povezujejo poraba alkohola ter različne kulturno

¹ Pri smrtih, ki so izključno povezane z alkoholom (v celoti pripisljive alkoholu), je alkohol edini vzrok za razvoj bolezni ali poškodbe, zaradi katere je oseba umrla (npr. alkoholna ciroza jeter).

² Izraz problematika pitja alkohola je uporabljen, kadar gre za besedilo, ki je ozko vezano na posledice rabe oz. pitja alkohola. Kadar pa gre za besedilo, ki opisuje problematiko alkohola širše, pa je uporabljen izraz problematika alkohola. Ko govorimo o problematiki alkohola širše, imamo poleg škodljivih posledic pitja oz. rabe alkohola v mislih tudi druge vidike, npr. obseg prodaje alkohola, oglaševanje alkohola, torej vidike, ki so del problematike alkohola in vplivajo na velikost problema in seveda tudi na samo rabo alkohola.

pogojene značilnosti pivskega okolja in pivskega vedenja prebivalcev. Kadar se poraba alkohola v določeni državi zmanjša, v enem do nekaj letih navadno sledi tudi zmanjšanje samomorilnega količnika. Nekateri ukrepi alkoholne politike učinkovito znižajo populacijsko tveganje za samomor, povezano z alkoholom. Raziskovalci so preučevali predvsem učinke ukrepov za zmanjševanje dostopnosti alkohola (cenovne in fizične) ter ukrepov za preprečevanje vožnje pod vplivom alkohola. Da bi lahko karseda ciljano in prednostno izbirali ukrepe alkoholne politike, ki bodo učinkovito vplivali na zmanjšanje samomorov, povezanih z alkoholom, je ključno ugotoviti, katere značilnosti problematike alkohola se v našem prostoru povezujejo s samomorilnim količnikom.

Uvod

Svetovno gledano sodi Slovenija med države z visoko porabo alkohola. V svetu približno 40 % ljudi, starih 15 in več let, pije alkohol (ne abstiniira) (1). V Evropi je ta delež skoraj 60-, v Sloveniji pa kar 80-odstoten³ (1, 2). Skoraj polovica prebivalcev Slovenije, starih 15–64 let, vsaj enkrat na leto pije na visoko tvegan način (2), to je na način, s katerim tvega škodljive posledice zaradi alkohola. Toleranten odnos odraslih do alkohola se prenaša na mladostnike, ki so v večini kazalnikov nad evropskim povprečjem (3, 4). Za zaježitev problematike potrebujemo celovito alkoholno politiko, ki bo združila učinkovite ukrepe; vseh v Sloveniji še nismo sprejeli (5). Alkohol je v Sloveniji še vedno lahko dostopen, vpet v kulturo in običaje. Zaradi vsega tega pravimo, da je za Slovenijo značilna t. i. mokra kultura (6, 7). V Sloveniji v povprečju vsak dan zaradi vzrokov, ki so izključno povezani s pitjem alkohola, umrejo tri osebe (8), zaradi samomora pa približno ena (9). Torej imamo mokro kulturo z visokim samomorilnim količnikom. Povezave med alkoholom in samomorom so že dolgo znane, raziskane tako na individualni kakor tudi na populacijski ravni. Alkohol na ravni posameznika povečuje tveganje za samomor preko povečevanja impulzivnosti in agresivnosti, primanjkljajev v kogniciji ter preko povečevanja drugih dejavnikov tveganja za samomor. Alkohol poveča impulzivnost, vpliva na izbiro metode samomora in je pogosto sredstvo za obvladovanje stiske v času pred samomorom (*več o tem v poglavju 26*). Znano je, da so družbeno-kulturne značilnosti pivskega okolja in pivskega vedenja prebivalcev določene države povezane z gibanjem samomorilnega količnika v populaciji. Kadar se poraba alkohola v določeni državi zmanjša, v enem do nekaj letih navadno sledi tudi zmanjšanje samomorilnega količnika (10).

Na področju problematike alkohola je bilo že ob koncu 20. stoletja narejenih veliko raziskav, v katerih so prikazali, kateri ukrepi alkoholne politike so dokazano učinkoviti pri zmanjševanju rabe alkohola in preprečevanju škodljivih posledic njegovega pitja. Razvoju na tem področju so sledile tudi raziskave, v katerih so skušali odgovoriti na vprašanja, ali in kateri ukrepi alkoholne politike učinkujejo na gibanje samomorilnega količnika. Namen poglavja je te raziskave predstaviti. V prvem delu poglavja bodo predstavljeni problematika alkohola v Sloveniji, učinkoviti ukrepi in stanje alkoholne politike. V drugem delu bo osvetljena kompleksnost povezav med alkoholom in samomorom na populacijski ravni. V tretjem delu pa bodo predstavljeni izsledki raziskav o tem, kako uspešni so različni ukrepi alkoholne politike pri zmanjševanju samomora.

V zaključku bodo izpostavljeni pomen javnozdravstvenega pristopa pri preprečevanju z alkoholom povezanih samomorov in prihodnji izzivi.

³ Delež prebivalcev Slovenije, ki so v populacijskih raziskavah na vprašanje, ali so v zadnjem letu pili alkoholne pijače, odgovorili pritrdilno.

Alkohol je v Sloveniji velik javnozdravstveni in družbeni problem

V zadnjih desetletjih je bilo narejenih veliko raziskav, v katerih so pokazali, da ima pitje alkohola veliko različnih škodljivih posledic (11–14). Pitje alkohola povečuje tveganje za okoli 230 različnih zdravstvenih stanj, tako nalezljivih kot nenalezljivih bolezni ter poškodb in zastrupitev (1). Posledice škodljivega pitja alkohola so vidne na različnih ravneh posameznikovega delovanja (v socialnih odnosih, duševnem zdravju ipd.) in prizadenejo tudi bližnje. V svetu zaradi alkohola vsako leto umre približno 3 milijone ljudi, kar predstavlja 5 % vseh smrti (1).

V Sloveniji je pitje alkoholnih pijač pogosto in tudi opijanje je družbeno sprejemljivo. Poraba alkohola je visoka, posledice pa številne (6, 8, 15). Slovenija v svetovnem merilu sodi med države, ki beležijo najvišjo porabo alkohola na prebivalca. Registrirana poraba čistega alkohola na prebivalca, starega 15 ali več let, je pri nas v letu 2019 znašala 11,05 litra (l) (8) (to pomeni, da je vsak prebivalec, star 15 ali več let, v povprečju na leto spil 91 l piva, 48 l vina in 3 l žgane pijače) in je vseskozi nad povprečjem držav evropske regije (16–18). K registrirani moramo prišteti še neregistrirano⁴ porabo alkohola, ki v evropski regiji predstavlja petino celotne porabe (1). Zaradi vzrokov, povezanih izključno z alkoholom, v Sloveniji vsak dan v povprečju umrejo tri osebe (8). Če k temu prištejemo še smrti zaradi prometnih nezgod, katerih povzročitelji so bili alkoholizirani, in upoštevamo vse smrti, ki jih posredno lahko pripišemo alkoholu (alkohol tu ni edini, je pa dodatni vzrok za razvoj bolezni/poškodbe, zaradi katere je oseba umrla) ugotovimo, da v Sloveniji skupaj zaradi alkohola vsak dan umre 5–6 oseb (14, 19, 20). Umrljivost zaradi alkohola je v Sloveniji višja od umrljivosti zaradi samomora.

Med vedenjskimi dejavniki tveganja za zdravje je alkohol v evropski regiji in Sloveniji na tretjem mestu (takoj za tobakom in nezdravo prehrano) po bremenu bolezni, merjenem z izgubljenimi leti zdravega življenja zaradi slabega zdravja, oviranosti ali prezgodnje smrti (21).

Škodljivo pitje alkohola je za našo državo veliko ekonomsko breme. Samo zdravstveni stroški so v obdobju 2012–2016 letno v povprečju znašali 147 milijonov evrov (22). To predstavlja 3–5 % vseh letnih izdatkov za zdravstvo (23). Če k temu prištejemo še nekatere druge stroške, se ta številka zviša na 228 milijonov evrov letno (22, 24). Za ilustracijo; vsako leto v slovenskem državnem proračunu od trošarin na alkohol in alkoholne pijače zberemo približno 100 milijonov evrov (25).

Podatki populacijskih raziskav (2, 26) za Slovenijo kažejo, da približno petina odraslih prebivalcev, starih 15–64 let, v zadnjem letu ni pila alkoholnih pijač, približno 70 % jih je pilo znotraj dnevne meje manj tveganega pitja, približno vsak deseti pa je alkoholne pijače pil čez to mejo⁵. Skoraj vsak drugi prebivalec Slovenije pa se vsaj enkrat na leto opije.

Z vidika varovanja zdravja in zmanjševanja problematike alkohola je pomemben predvsem podatek o tem, koliko prebivalcev Slovenije pije visoko tvegano in s tem tvega pojav škodljivih posledic zaradi alkohola (npr. škoda za zdravje, odnose, druga tvegana vedenja).

⁴ Neregistrirana poraba alkohola temelji na uvozu posameznikov ter domači proizvodnji alkohola (lastni manjši vinogradi, domače žganjekuhe in domača pridelava piva).

⁵ V raziskavi (26) je čezmerno pitje alkohola oz. pitje alkohola čez dnevne meje manj tveganega pitja alkohola opredeljeno tako: za odrasle moške ne več kot 2 merici na dan in za odrasle ženske ne več kot 1 merica na dan. Ena enota ali merica je 10 g čistega alkohola. Ta je vsebovana v 1 dcl vina ali 2,5 dcl piva ali 0,3 dcl žganja. Za otroke in mladostnike, nosečnice in ženske, ki dojijo, poklicne voznike in osebe, ki delajo s stroji, na višini ipd., ter bolne, osebe, ki jemljejo zdravila, in osebe s težavami v duševnem zdravju, velja priporočilo, naj alkohola ne pijejo (28).

Če osebe, ki pijejo visoko tvegano, opredelimo kot vse, ki so v preteklem letu pile čez dnevno mejo manj tveganega pitja⁶ alkohola in/ali so se vsaj enkrat opile, ugotovimo, da skoraj polovica (47 %) prebivalcev Slovenije vsaj enkrat na leto pije na tak način. Med njimi je več moških, več nižje izobraženih, več mlajših in več prebivalcev vzhodne Slovenije (2).

Pri mladostnikih o pitju alkohola pod mejo manj tveganega pitja ali preko nje ne moremo govoriti, saj zanje velja, da je vsako pitje alkohola tvegano. Zaradi razvojnih posebnosti mladostništva in intenzivnega razvoja možganov so ranljivejši za večino učinkov alkohola. 86 % slovenskih mladostnikov je do 17. leta starosti že pilo alkoholne pijače; tedensko alkohol pije 14 % 15-letnikov in vsak četrti 17-letnik (3). V obdobju 2002–2018 je upadel delež 13- in 15-letnikov, ki tedensko pijejo alkohol, in tistih, ki so bili v življenju že vsaj dvakrat opiti. Upad zasledimo tako med dečki kot dekleti. Trendi v pitju alkohola med slovenskimi mladostniki so v zadnjih letih torej ugodni, a velja izpostaviti, da je Slovenija v večini kazalnikov pitja alkohola med mladostniki še vedno nad evropskim povprečjem (4).

Alkoholna politika v svetu in Sloveniji

Alkoholna politika združuje širok nabor intervencij oz. ukrepov z namenom preprečevanja in zmanjševanja tveganega in škodljivega pitja alkohola, uspešne obravnave in zdravljenja odvisnosti od alkohola ter zmanjševanja škode zaradi njegove rabe (5). V Evropi se je alkoholna politika začela pospešeno razvijati v devetdesetih letih 20. stoletja s sprejetjem Deklaracije o alkoholu (5, 27), v kateri je bila izpostavljena resnost problema. Danes večina držav članic Evropske unije (EU) sprejema ukrepe za zmanjševanje problematike alkohola, kar 75 % jih ima sprejeto nacionalno alkoholno politiko (20, 29).

Uspešnost alkoholne politike je odvisna od mnogih dejavnikov, med njimi od tega, kako uspešna je država pri izvajanju posameznih ukrepov ter tudi od tega, ali pri oblikovanju, vodenju in izvajanju alkoholne politike sodelujejo vsi ključni akterji (npr. politični odločevalci in snovalci politik na državni in lokalnih ravneh, stroka, civilna družba, mediji). Kadar alkoholna politika združuje več različnih področij ukrepanja, je verjetnost njenega uspeha večja (30). Uspešnost alkoholne politike se kaže tudi, in je hkrati odvisna, od javnega mnenja oziroma tega kolikšno podporo imajo posamezni ukrepi alkoholne politike pri prebivalcih neke države. Za Slovenijo velja, da prebivalci v veliki meri podpirajo obstoječe in predlagane nove ukrepe za omejevanje porabe alkohola. Več kot 90 % prebivalcev npr. podpira obstoječe prepovedi prodaje in ponudbe alkohola mladoletnim in opitim ter prepoved prodaje in ponudbe alkohola v šolah, bolnišnicah ali na delovnem mestu. 83 % prebivalcev bi podprlo uvedbo obveznega navajanja sestavin in energijske vrednosti na embalaži alkoholnih pijač, 65 % pa bi jih podprlo uvedbo ničelne tolerance alkohola za vse voznike (31).

V zadnjih desetletjih je bilo narejenih veliko raziskav, v katerih so preučevali vpliv različnih intervencij oz. ukrepov na porabo alkohola, pivsko vedenje prebivalcev ali odnos družbe do alkohola (11, 12, 32–35). Ugotovili so, da med najučinkovitejše ukrepe sodijo:

- *omejevanje dostopnosti alkohola* (npr. omejitev prodaje po urah ali dnevih, omejevanje gostote prodajnih mest, določena spodnja starostna meja za nakup ali pitje alkoholnih pijač, uvedba dovoljenj za prodajo alkohola);
- *zmanjševanje cenovne dostopnosti alkohola* (npr. poviševanje cen alkohola, višanje trošarin, določitev minimalne cene alkohola, prepoved akcijskih in promocijskih cen alkoholnih pijač);

- omejevanje oglaševanja in tržnega komuniciranja alkoholnih pijač (npr. omejevanje oglaševanja alkoholnih pijač, tudi digitalnega);
- zgodnja prepoznavna in obravnavna oseb, ki pijejo tvegano (npr. zagotavljanje programov za zgodnjo prepoznavo oseb, ki pijejo tvegano ali škodljivo, kratki ukrepi za osebe, ki pijejo tvegano, v zdravstvu, socialnem varstvu in drugih okoljih);
- zdravljenje duševnih in vedenjskih motenj ter drugih bolezni in stanj zaradi pitja alkohola (npr. zagotavljanje učinkovitih načinov obravnave, zdravljenja in rehabilitacije ter programov pomoči svojcem);
- preprečevanje vožnje pod vplivom alkohola (npr. zniževanje dovoljene koncentracije alkohola v krvi za vse voznike (0,0 g alkohola/kg krvi), naključna preverjanja vsebnosti alkohola v izdihanem zraku, postopno pridobivanje vozniškega dovoljenja, če je bilo to odvzeto zaradi vožnje pod vplivom alkohola, zagotavljanje rehabilitacijskih programov in psihosocialnih delavnic za voznike prekrškarje ter različne kampanje in preventivne akcije);
- zmanjševanje škode v pivskih okoljih (npr. povečevanje odgovornosti in izobraževanje strežnega osebja, menedžment za odgovorno strežbo ter zagotavljanje varnih okolij);
- na dokazih temelječi preventivni programi (npr. programi, ki so časovno načrtovani, ki jih izvajajo ustrezni strokovnjaki, ki vključujejo normativni pristop in krepijo varovalne dejavnike, ki so ustrezno vrednoteni).

Slovenija je mednarodnemu razvoju evropske alkoholne politike ves čas sledila (5), naši strokovnjaki so se že leta 1994 udeležili 1. Srečanja nacionalnih koordinatorjev evropskega akcijskega načrta za omejevanje porabe alkohola (7, 36). Prvi zakonodajni orisi alkoholne politike so se oblikovali že v prejšnjem stoletju, po letu 2000 pa je bilo sprejetih nekaj zakonov, ki so postavili trdne temelje za nadaljnji razvoj alkoholne politike v Sloveniji. Leta 2001 je bilo z Zakonom o medijih prepovedano oglaševanje alkoholnih pijač, s čimer smo se postavili ob bok državam z najnaprednejšimi alkoholnimi politikami. Žal le za kratko obdobje, saj je bilo le leto po tem oglaševanje alkohola ponovno, sicer delno, dovoljeno. Za Slovenijo pomembno je bilo leto 2003, ko je bil sprejet Zakon o omejevanju porabe alkohola (ZOPA), ki je združil vrsto učinkovitih ukrepov za omejevanje dostopnosti alkohola. Novosti ZOPA in ključni zakonodajni mejniki alkoholne politike v Sloveniji v zadnjih dvajsetih letih so predstavljeni v preglednici 14.1.

Slovenija trenutno nima sprejetega akcijskega načrta za omejevanje porabe alkohola in zmanjševanje škodljivih posledic njegove rabe, je pa to področje vključeno v več drugih dokumentov na državni ravni. Resolucija nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2016–2025, imenovana Skupaj za družbo zdravja (38), med cilji navaja sprejem celovite alkoholne politike in razvoj modelov celostne obravnave tistih, ki tvegano in škodljivo pijejo. Slednje učinkovito zagotavlja interdisciplinarni projekt SOPA – Skupaj za odgovoren odnos do alkohola (2016–2021) (39). Področje alkohola je poleg samomorilnega vedenja kot prednostno področje opredeljeno v Nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (40) z namenom zmanjševanja samomora, zamejevanja pivskega vedenja ter duševnih in vedenjskih motenj zaradi alkohola (*več o tem v poglavju 3*). Ukrepi so umeščeni tudi v Resolucijo o nacionalnem programu varnosti cestnega prometa 2013–2022 (41) in Resolucijo o nacionalnem programu za mladino 2013–2022 (42).

Preglednica 14.1. Izbrani ključni zakonodajni mejniki alkoholne politike v Sloveniji v zadnjih dvajsetih letih (5, 7, 20, 37)

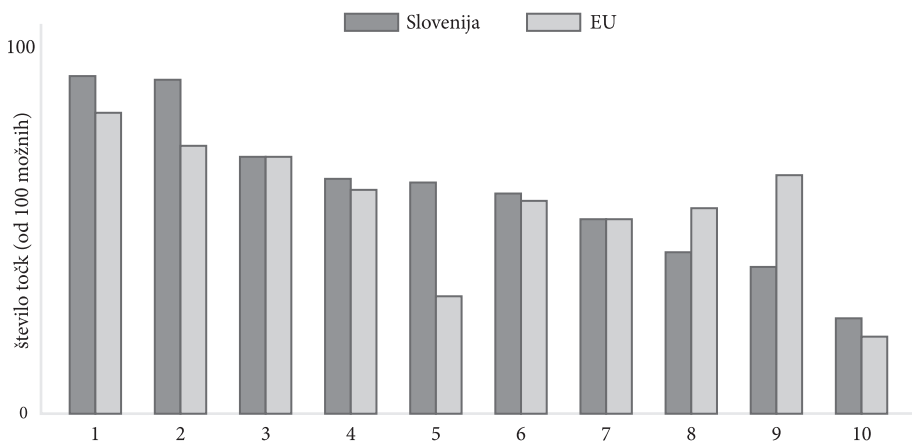
Zakon	Leto	Ključne spremembe
<i>Zakon o medijih</i>	2001	Popolna prepoved oglaševanja alkoholnih pijač.
<i>Zakon o zdravstveni ustreznosti živil in izdelkov ter snovi, ki prihajajo v stik z živili</i>	2002	Oglaševanje alkoholnih pijač je pod določenimi pogoji ponovno dovoljeno (npr. oglaševalsko sporočilo pitja alkohola ne sme povezovati z uspehom, ne sme biti namenjeno mladim, ne sme se pojavljati v okoljih, kjer se opravlja zdravstvena dejavnost ter dejavnost vzgoje, športa ter izobraževanja, ne sme se pojavljati na nosilcih, ki so od vrtcev in šol oddaljeni manj kot 300 metrov). Prepovedano je vsakršno oglaševanje alkoholnih pijač, ki vsebujejo več kot 15 vol. % alkohola (npr. žgane pijače). Alkoholne pijače z manj kot 15 vol. % alkohola (npr. pivo, vino) je dovoljeno oglaševati, z izjemo oglaševanja na radiu in televiziji med 7.00 in 21.30 ter v kinematografih pred 22.00. Oglaševalsko sporočilo mora vsebovati sporočilo o škodljivosti pitja alkohola.
<i>Zakon o omejevanju porabe alkoholnih pijač</i>	2003	Prepovedana je prodaja alkoholnih pijač med 21. uro in 7. uro naslednjega dne v trgovinah. Prepovedana je prodaja žganih pijač v gostinskih obratih od začetka dnevnega obratovanja do 10. ure dopoldan. Prepovedana je tudi prodaja alkoholnih pijač iz samopostrežnih naprav. Prepovedana je prodaja in ponudba alkoholnih pijač mlajšim od 18 let in tudi tistim, ki jih želijo posredovati mlajšim od 18 let. Ponujanje alkohola na javnem mestu osebi, mlajši od 18 let, se kaznuje. Prepovedana je prodaja alkohola osebam, ki kažejo znake opitosti. Prepovedana je prodaja alkoholnih pijač tam, kjer se opravljajo dejavnost vzgoje, izobraževanja in zdravstvena dejavnost, na delovnem mestu ter v športnih objektih, v času ko poteka športna prireditev. Prodajalci morajo imeti v prodaji vsaj dve različni vrsti brezalkoholnih pijač, ki sta cenovno enaki ali cenejši od najcenejše alkoholne pijače. Živila, ki vsebujejo alkohol, morajo imeti na embalaži označeno vsebnost alkohola in opozorilo, da živilo ni primerno za otroke.
<i>Zakon o varnosti cestnega prometa</i>	2004	Najvišja dovoljena raven alkohola v krvi je 0,50 g alkohola/kg krvi. Poklicni vozniki, vozniki v javnem prevozu, učitelji vožnje, vozniki začetniki, vozniki, ki prevažajo otroke, in nekateri drugi vozniki ne smejo imeti alkohola v organizmu (opredeljeno že v zakonu iz leta 1998). Zakon o varnosti cestnega prometa se je leta 2010 razdelil na več zakonov: Zakon o voznikih, Zakon o pravilih cestnega prometa, Zakon o motornih vozilih in Zakon o cestah.
<i>Zakon o voznikih</i>	2010	Uveden je zdravstveni pregled s svetovanjem v primeru vožnje pod vplivom alkohola. Ob izgubi vozniškega dovoljenja zaradi vožnje pod vplivom alkohola je obvezna udeležba v rehabilitacijskih programih za odlog prenehanja vozniškega dovoljenja ali pred vnovičnim opravljanjem vozniškega izpita.
<i>Zakon o varnosti in zdravju pri delu</i>	2011	Popolna prepoved dela pod vplivom alkohola.
<i>Zakon o avdiovizualnih medijskih storitvah</i>	2015	Prepovedana je televizijska prodaja alkoholnih pijač.
<i>Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o omejevanju porabe alkohola (ZOPA-A)</i>	2017	Za prodajo alkoholnih pijač na javnih prireditvah mora organizator pridobiti dovoljenje. Prodaja in ponudba alkoholnih pijač z manj kot 15 vol. % alkohola (npr. pivo, vino) sta na športnih prireditvah ponovno dovoljeni.

Glede na 10 področij ukrepanja, ki jih opredeljuje Svetovna zdravstvena organizacija, je Slovenija v zadnjih letih najuspešnejša na področjih:

- preprečevanja vožnje pod vplivom alkohola;
- vodenja in ozaveščanja (zagotavljanja podpore sprejemanju in izvajanju alkoholne politike);
- spremljanja alkoholne problematike;
- omejevanja dostopnosti alkoholnih pijač;
- preprečevanja negativnih posledic pitja in zastrupitev z alkoholom;
- obravnave tveganega in škodljivega pitja ter odvisnosti v zdravstvu (slika 14.1).

Manj uspešni pa smo pri:

- omejevanju oglaševanja in tržnega komuniciranja alkohola;
- preprečevanju posledic neformalne pridelave in nedovoljene prodaje alkohola;
- zmanjševanju cenovne dostopnosti alkohola. Pri tem so tudi druge države najslabše (slika 14.1) (43).



Slika 14.1. Primerjava Slovenije s povprečjem 30 evropskih držav (28 držav članic EU ter Švica in Norveška) glede na skupno število točk (0–100), ki nam pove, v kolikšni meri so države sprejele posamezne ukrepe alkoholne politike, ki so združeni v 10 področij ukrepanja celovite alkoholne politike (20, 43)

1 – Preprečevanje vožnje pod vplivom alkohola, 2 – Vodenje, ozaveščanje in zavezanost k ukrepanju, 3 – Spremljanje alkoholne problematike, 4 – Omejevanje dostopnosti alkohola, 5 – Preprečevanje negativnih posledic pitja in zastrupitev z alkoholom, 6 – Obravnava tveganega in škodljivega pitja alkohola ter zasvojenosti v zdravstvu, 7 – Pristopi v lokalni skupnosti in na delovnem mestu, 8 – Omejevanje oglaševanja in tržnega komuniciranja alkoholnih pijač, 9 – Preprečevanje posledic neformalne pridelave ter nedovoljene ponudbe in prodaje alkohola, 10 – Ukrepi na področju cenovne dostopnosti alkohola

Povezave med samomorom in problematiko rabe alkohola na populacijski ravni

Povezava med alkoholom in samomorom je že dolgo znana. Alkohol na ravni posameznika povečuje tveganje za samomor na več načinov: (i) neposredno, preko povečevanja impulzivnosti in agresivnosti ter primanjkljajev v kogniciji (npr. primanjkljaji pozornosti, odločanja, reševanja problemov), (ii) posredno preko povečevanja drugih dejavnikov tveganja za samomor (npr. izguba službe ali spremenjeni odnosi v družini zaradi pitja alkohola; *več o tem v poglavju 26*) (44). Alkohol je pogosto sredstvo za obvladovanje stiske v času pred samomorom (44–47). Izsledki zadnje slovenske posmrtno raziskave s tega področja kažejo, da je bil alkohol prisoten v krvi pri nekaj več kot tretjini (37 %) oseb, ki so umrle zaradi samomora (48). Alkohol vpliva tudi na izbiro načina samomora. Ugotovitve raziskav o vplivu akutne rabe alkohola na izbiro letalnega ali nasilnega načina samomora (*več o tem v poglavju 30*) so si deloma nasprotujoče (49–54). Samomorilni poskus z izbiro letalnega načina je pogosto povezan z akutno rabo alkohola (49). Vendar raziskave, v katerih preučujejo umrle zaradi samomora (samomor naj bi predstavljal bolj opredeljen fenotip kot samomorilni poskus), tega ne potrjujejo v celoti. V raziskavi, v kateri so preučevali rabo alkohola med umrlimi zaradi samomora v slovenski populaciji, so ugotovili, da so umrli zaradi neletalnih načinov samomora pred samomorom pogosteje pili alkohol, in da so bile koncentracije alkohola, izmerjene v krvi (KAK) umrlih zaradi nepopolnega obešenja⁶ višje kot pri umrlih zaradi popolnega obešenja (50). Ugotovitve Pennel idr. (52) so podobne v tem, da so ugotavljali, da je pitje alkohola pred samomorom pogosteje povezano z izbiro neletalnih načinov samomora (npr. zastrupitve) in KAK med 0,1 in 1,15 g/kg. Po drugi strani je v teh primerih izbira letalnega načina samomora (npr. obešenja) manj verjetna. Vendar so pri več kot polovici umrlih zaradi obešenja izmerili višje KAK (višje od 1,5 g/kg). V južnokorejski raziskavi pa so ugotavljali, da so letalni načini samomora pogosteje povezani z rabo alkohola in da razmerje med letalnimi in neletalnimi načini ni linearno, ampak zvonaste oblike. Pri največjem deležu umrlih zaradi letalnih načinov samomora so izmerili srednje (1,5–1,99 g/kg) in višje (2,00–2,49 g/kg) KAK. Ugotovitve raziskave, v katero so bili vključeni umrli iz populacije Združenih držav Amerike, kažejo, da je med mlajšimi odraslimi raba alkohola pred samomorom pogostejša med umrlimi zaradi nasilnih, starejšimi odraslimi pa zaradi nenasilnih načinov samomora (51). Nasprotno v raziskavi Radnić idr. niso ugotovili povezave med letalnostjo načina samomora in KAK umrlih zaradi samomora (54). Ugotovljene razlike so verjetno povezane z različnimi pivskimi navadami in razlikami v pitju med populacijami (55).

Z gibanjem samomorilnega količnika v populaciji se povezujejo različni kazalniki problematike alkohola. V mnogih državah so ugotovili povezavo (nekateri tudi linearno) med registrirano porabo alkohola in samomorilnim količnikom (56–61). Povezave so ugotovili predvsem pri moških in za porabo žganih pijač. Kadar se poraba alkohola v določeni državi zmanjša, v enem do nekaj let sledi znižanje samomorilnega količnika (10). Ocene o tem, kolikšno znižanje lahko pričakujemo, so v literaturi redke. V starejši raziskavi, ki je bila izvedena v Franciji in Švedski, so raziskovalci primerjali gibanje samomorilnega količnika in registrirane porabe alkohola skozi daljše časovno obdobje; izračunali so, da je zmanjšanju registrirane porabe alkohola za en liter sledilo zmanjšanje samomorilnega količnika za 3 % (v Franciji) do 10 % (na Švedskem) (62).

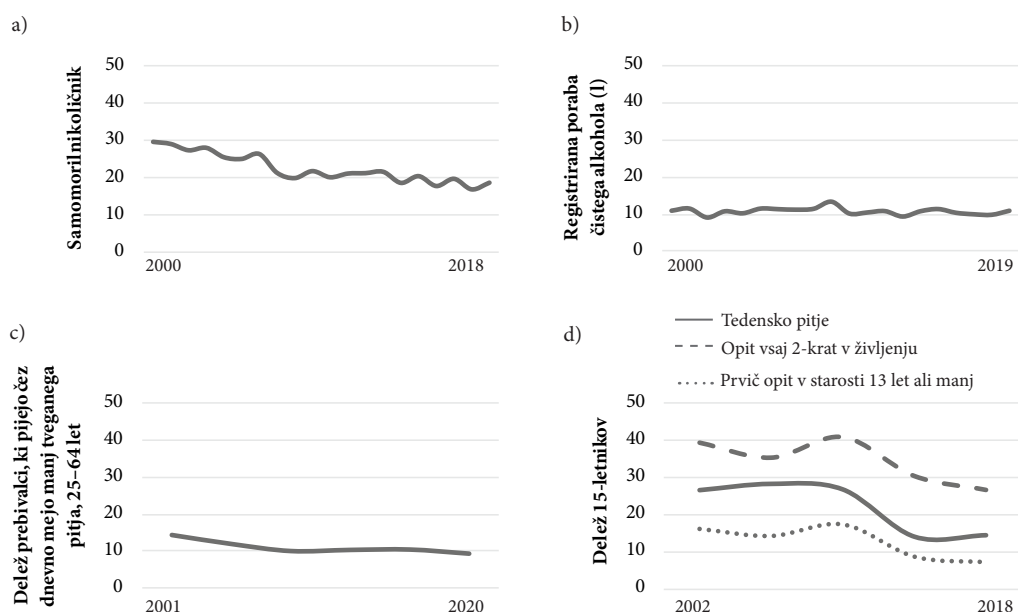
⁶ Nepopolno obešenje je način samomora z obešenjem, pri katerem je del telesa v stiku s podlago ali okolico in zanka le deloma obremenjena s težo telesa, pri popolnem obešenju pa telo prosto visi v zanki in obremenjuje zanko s celotno telesno težo.

Povezave med samomorom in alkoholom so kompleksne. Med kulturami in državami se razlikujejo. Ugotovili so npr. (57, 59, 62), da na samomorilni količnik v severnoevropskih državah spremembe v pivskih navadah vplivajo bolj kot v južnoevropskih. Države se glede na značilnosti pivskega okolja delijo na mokre (predvsem države južne in vzhodne Evrope) in suhe (predvsem severnoevropske države). V stereotipno mokrih kulturah je poraba alkohola visoka, a hkrati časovno porazdeljena (npr. skozi cel teden), v suhih kulturah pa je letna poraba alkohola nižja, a je hkrati več visoko tveganega opijanja ob posameznih priložnostih (npr. koncih tedna), ki poveča impulzivnost in s tem tveganje za samomor. Ker je opijanje pogostejše pri moških in mlajših, so pri njih tudi povezave med samomorom in alkoholom močnejše (56, 59). Glede na porast opijanja med slovenskimi mladimi odraslimi (25–34 let), ki je najizrazitejši med visoko izobraženimi ženskami (20), lahko upravičeno pričakujemo, da bo v prihodnosti med njimi več samomorov, povezanih z alkoholom. Morda pa tudi ne, saj se podobno kot v nekaterih drugih državah (56) tudi v Sloveniji pogostost opijanja ni povezovala s samomorilnim količnikom v določeni občini (63); zanimivo pa so ugotovili, da se pogostost alkoholne psihoze⁷ na ravni regij je (64). Kljub temu vpliva opijanja na samomor ni mogoče izključiti, saj izsledki raziskav, ki so izvedene s podatki na populacijski ravni (npr. agregirani podatki na ravni občin), ne omogočajo sklepanja o povezanosti na ravni posameznika.

Poleg registrirane porabe alkohola in značilnosti pivskega vedenja prebivalcev (pogostosti opijanja) se s samomorilnim količnikom povezujejo tudi nekatere druge družbeno-kulturne značilnosti, npr. družbena prepričanja in norme glede pitja alkohola ali pa odnos prebivalcev do pitja alkohola in težav, ki zaradi tega nastanejo. Ugotovili so, da je pomembna predvsem družbena sprejemljivost opijanja in stopnja destigmatizacije oseb s čezmernim pitjem ali odvisnostjo (59). Za suhe kulture (predvsem države severne Evrope) velja ambivalenten odnos do opijanja, opijanje pogosto ni sprejemljivo, osebe z odvisnostjo pa so v večji meri stigmatizirane in marginalizirane kot v mokrih kulturah (predvsem državah južne in vzhodne Evrope). Stigma in marginalizacija povečujeta tveganje za samomor (npr. socialno izolacijo) (59), zato se predpostavlja, da naj bi bilo v suhih kulturah več z alkoholom povezanih samomorov.

V Sloveniji v zadnjih letih samomorilni količnik upada (63) (slika 14.2a), medtem ko se registrirana poraba alkohola ni pomembno spremenila (slika 14.2b). Zaznati pa je ugoden trend za nekatere kazalnike pivskega vedenja (26): med odraslimi narašča delež tistih, ki v zadnjem letu niso pili alkohola, in pada delež tistih, ki običajno pijejo čez mejo manj tveganega pitja alkohola (primerjava leta 2020 z letom 2001) (26) (slika 14.2c). Med mladostniki (15-letniki) pa upada delež tistih, ki alkohol pijejo vsak teden, tistih, ki so bili v življenju že vsaj dvakrat opiti in tudi delež tistih, ki so prvič pili alkohol v starosti 13 ali manj let (obdobje 2002–2018) (slika 14.2d) (3). Po drugi strani pa se povečuje razširjenost visoko tveganih oblik pitja (npr. opijanje) med mladimi odraslimi (25–44 let), višje izobraženimi, predvsem ženskami (2, 20). Njim velja z vidika preprečevanja samomora nameniti posebno pozornost. Opozoriti je treba tudi, da uporaba nekaterih drugih psihoaktivnih snovi, tudi prepovedanih (npr. konoplje) (65), narašča, kar predstavlja dodaten dejavnik tveganja za samomorilno vedenje (66). Tveganje za samomorilno vedenje se, sodeč po izsledkih tujih raziskav, povečuje s številom psihoaktivnih snovi, ki jih posameznik uporablja (67).

⁷ Alkoholna psihoza je psihoza, ki nastane kot posledica rabe alkohola.



Slika 14.2. (a) Trendi samomorilnega količnika (9), (b) registrirane porabe čistega alkohola na prebivalca, starega 15 in več let (17)⁸ in (c) drugi izbrani kazalniki pivskega vedenja med odraslimi (26) in (d) mladostniki (3) v Sloveniji

Učinkovitost ukrepov alkoholne politike pri zmanjševanju samomora

Na področju problematike alkohola je bilo že ob koncu 20. stoletja narejenih veliko raziskav, s katerimi so pokazali, kateri ukrepi alkoholne politike so dokazano učinkoviti pri zmanjševanju rabe alkohola in preprečevanju škodljivih posledic njegovega pitja. Raziskav, v katerih so skušali odgovoriti na vprašanja, ali in kateri ukrepi alkoholne politike učinkujejo na gibanje samomorilnega količnika, je manj (68), podajajo pa izhodišča za nadaljnje raziskovanje in razprave o tem, kateri ukrepi alkoholne politike lahko znižajo samomorilni količnik.

Ukrepi za zmanjševanja cenovne dostopnosti alkohola sodijo med najučinkovitejše ukrepe alkoholne politike (11, 32, 33, 69). V to skupino uvrščamo ukrepe, kot so poviševanje cen alkohola, višanje trošarin, določitev minimalne cene alkohola ter prepoved akcijskih in promocijskih cen alkoholnih pijač. Višanje cen alkohola pomeni manj pitja alkohola in manj škode zaradi alkohola. Ukrepi so učinkoviti predvsem v državah z visoko porabo alkohola in med mladimi, če je hkrati zagotovljen nadzor nad nedovoljeno prodajo alkohola (34). V Sloveniji se trošarine na alkoholne pijače niso spremenile od leta 2014, cene alkohola so nizke (6, 70), ukrepa minimalne cene alkohola in prepoved akcijskih in promocijskih cen alkohola pa nista uvedena. V nekaterih raziskavah so ugotovili, da se povišanje cen in trošarin alkohola povezuje z nižjim samomorilnim količnikom. To velja predvsem za moške, medtem ko pri ženskah učinka cen niso ugotovili (71–74).

⁸ Podatki za obdobje 2000–2009 so za namene primerjave preračunani za nazaj, po metodologiji, ki se je uporabljala po letu 2010.

Ukrepi za zmanjševanje fizične dostopnosti alkohola prav tako pomembno znižujejo problematiko alkohola. Mednje sodijo omejitve prodaje alkohola po urah, dnevih ali prodajnih mestih. Manjša dostopnost pomeni manj pitja alkohola in manj škode zaradi alkohola (11). V Sloveniji imamo uvedenih precej ukrepov, ki omejujejo dostopnost alkohola in so opisani v preglednici 14.1 (gl. ZOPA). V raziskavah ugotavljajo, da je večja dostopnost prodajnih mest alkohola (trgovin, restavracij in barov), predvsem tistih z žganimi pijačami, povezana z višjim deležem prometnih nesreč zaradi alkohola, višjim številom samomorilnih poskusov in smrti zaradi samomora (75–77).

V raziskavi, ki so jo izvedli na Aljaski (78), so primerjali različna okolja glede na stopnjo omejevanja dostopnosti alkohola (brez omejitev, popolna prepoved, delne omejitve). V ločenih časovnih obdobjih (pred uvedbo, ko so bila vsa okolja brez omejitev, in po uveljavitvi omejitev, ko so se okolja razlikovala glede na stopnjo omejevanja) so spremljali število umorov in samomorov. Zanimivo so ugotovili, da je bil pristop delnih omejitev pri zmanjševanju samomorov najučinkovitejši, pristop s popolnimi prepovedmi pa je bil učinkovit predvsem pri zniževanju števila umorov (68). Avtorji so v razpravi izpostavili pomembno dejstvo; posamezne skupnosti na Aljaski namreč ukrepe alkoholne politike, ki omejujejo dostopnost alkohola, sprejemajo z referendumom. To pomembno odraža odnos prebivalcev do alkohola, ki je verjetno že sam po sebi bolj kritičen, in tako tudi v okoljih z delnimi omejitvami pripomore k manjši porabi alkohola.

Med ukrepe omejevanja dostopnosti alkohola, ki znižujejo alkoholno problematiko, sodi tudi zakonsko določena spodnja starostna meja za nakup alkohola in pitje alkoholnih pijač (79). V Sloveniji prodaja in ponudba alkohola nista dovoljeni osebam, mlajšim od 18 let, starostna meja za pitje alkohola pa zakonsko ni opredeljena. Raziskave o starostni meji za nakup alkohola izhajajo predvsem iz ameriškega okolja, kjer potekajo debate o tem, ali znižati starostno omejitev z 21 na 18 let. Argumente proti znižanju starostne meje ponujajo raziskave, ki ugotavljajo, da se zakonsko določena starostna meja za nakup alkoholnih pijač povezuje s samomorilnim količnikom. V eni (80) so npr. ugotovili, da je bil samomorilni količnik med mladimi (18–21 let) skoraj za desetino višji v okoljih s starostno mejo 18 let v primerjavi z okolji s starostno mejo 21 let. Poleg zakonskih omejitev je pri zamejevanju pitja alkohola med mladostniki pomemben odnos staršev in drugih odraslih do pitja alkohola. Raziskovalci ugotavljajo, da v družinah, kjer se starši zanimajo za mladostnika, postavljajo meje, spoštljivo komunicirajo, so vzgled in kritični do pitja alkohola svojih otrok, ti pijejo manj kot otroci iz družin, kjer starši pitje dovoljujejo ali ga brez razlage prepovedo (81).

Ukrepi za preprečevanja vožnje pod vplivom alkohola prav tako sodijo med učinkovite ukrepe alkoholne politike, kar ugotavljajo tudi v našem prostoru (82). Uvedba ukrepov, ki omejujejo dovoljeno vsebnost alkohola v krvi ali uvajajo ukrep ničelne tolerance (dovoljena vsebnost alkohola v krvi voznikov je 0,0 g alkohola/kg krvi) je povezana z znižanjem samomorov, predvsem med mlajšimi (15–24 let) (71, 83). V eni od raziskav so izračunali, da bi uvedba ukrepa ničelne tolerance pomenila skoraj dva samomora manj na 100.000 moških v starosti 18–20 let (83). Medtem ko so za ukrep poviševanja cen alkohola poročali, da naj bi bil učinkovit predvsem pri zmanjševanju z alkoholom povezanih samomorov med moškimi, pa v raziskavah v primeru ukrepov preprečevanja vožnje pod vplivom alkohola avtorji nakazujejo, da naj bi bili ti ukrepi uspešni tudi pri zmanjševanju samomorov med ženskami (71).

V slovenskem prostoru zasledimo dve raziskavi, katerih avtorji so preučevali učinke zakonodaje zamejevanja problematike alkohola na gibanje samomorilnega količnika. V obeh (48, 84) so preučevali učinke ZOPA iz leta 2003⁹. ZOPA je uvedel več ukrepov, ki so znatno omejili dostopnost alkohola. Uvedena je bila npr. prepoved prodaje alkoholnih pijač po urah in v različnih okoljih (npr. kjer se opravljata vzgoja in izobraževanje), prepoved prodaje alkohola ranljivejšim skupinam prebivalstva – opitim, mladoletnim ipd. (preglednica 14.1). Pridemore in Snowden (7, 84) poročata o pozitivnih učinkih ZOPA; poraba alkohola se je po uvedbi tega zakona znižala. Da bi avtorja ugotovila učinke ZOPA na pogostost samomora, sta z metodo prekinjene časovne serije primerjala mesečno število samomorov v obdobju pred uvedbo ZOPA (1997–2003) in po tem (2003–2005). Ugotovila sta, da se je po uveljavitvi ZOPA to število za desetino znižalo pri moških, pri ženskah pa učinka nista našla. O pozitivnih učinkih ZOPA poročajo tudi Zupanc idr. (48, 85). S pomočjo posmrtno diagnostike so ugotavljali prisotnost in stopnjo alkohola v krvi oseb, ki so umrle zaradi samomora v treh obdobjih: pred uvedbo ZOPA (2000–2002), v letu uvedbe (2003) in po njej (2004–2007). Razlik v deležih samomorov, ki so imeli v času smrti v krvi alkohol, med obdobji niso ugotovili. Ugotovili pa so razlike v koncentracijah alkohola. Osebe, ki so umrle zaradi samomora v obdobju po uvedbi ZOPA, so imele nižje koncentracije alkohola v krvi v primerjavi s tistimi, ki so zaradi samomora umrle v obdobju pred uvedbo ZOPA.

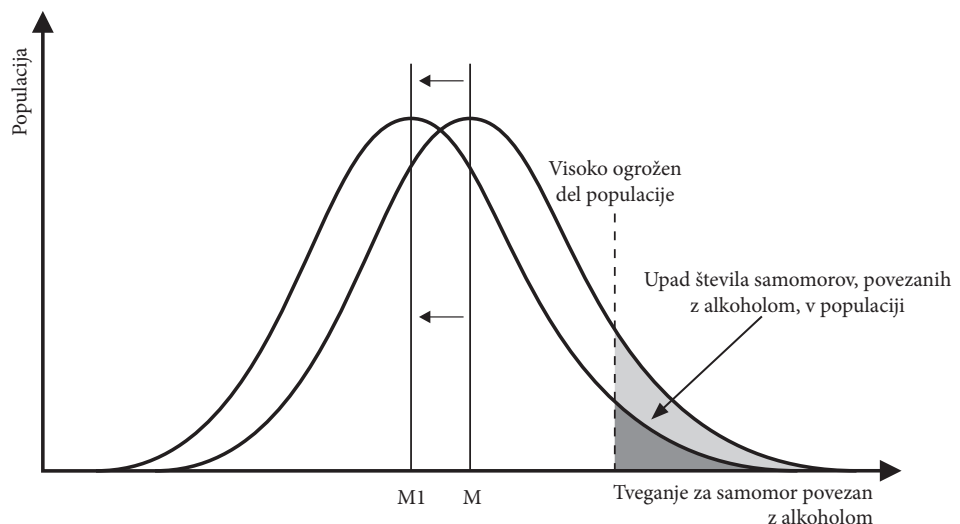
Obstaja več raziskovalnih pristopov pri vrednotenju učinkov javnih politik oz. populacijskih ukrepov na zdravje prebivalcev. V opisanih raziskavah so raziskovalci večinoma uporabili pristop pred–po, kjer določeno vedenje spremljajo skozi čas, v ločenih časovnih obdobjih (npr. pred uvedbo ukrepa, med in po tem). Tak pristop pa ima svoje pomanjkljivosti. Na rezultate namreč lahko vpliva izbira časovnega obdobja. Pomembna so tudi (naključna) nihanja proučevanega vedenja, zato je treba izsledke umestiti v daljše časovno obdobje. V Sloveniji na primer ugotavljamo, da samomorilno vedenje v zadnjih 20 letih upada, kar pomeni, da moramo nekaj upada po uvedbi določene politike pripisati temu trendu. Na spremembe vedenja lahko poleg uvedenih ukrepov vplivajo tudi drugi dejavniki; npr. spremembe v dostopnosti virov pomoči, družbene spremembe ali drugi ukrepi, ki so bili uvedeni v istem obdobju (tudi z drugih področij; npr. ukrepi omejevanja drugih psihoaktivnih snovi). Če se vrnemo k slovenski zakonodaji, ugotovimo, da je ZOPA (2003) poleg ukrepov omejevanja dostopnosti alkohola utrla pot tudi nekaterim drugim ukrepom; okrepile so se aktivnosti ozaveščanja javnosti o škodljivih posledicah alkohola, razvijati so se začele intervencije za zgodnjo prepoznavo in obravnavo oseb, ki pijejo tvegano, nastajali so novi preventivni programi; vse to je verjetno vplivalo na ugodne spremembe. Pregled preventivnih programov, ki se v Sloveniji izvajajo na področju problematike alkohola, kaže na porast tovrstnih programov po letu 2003 (5, 86). Poleg pristopa pred–po so raziskovalci v raziskavah uporabili tudi pristop, s katerim so spremljali gibanje preučevanega vedenja v dveh geografsko ločenih okoljih ali dveh starostnih skupinah. Pri tem je bilo eno okolje (oz. starostna skupina) izpostavljeno uvedenim ukrepom, drugo pa ne. Tudi pri tem pristopu je pomembno upoštevati druge dejavnike, ki bi lahko vplivali na razlike v preučevanih spremenljivkah (npr. razlike med okolji v uvajanju drugih ukrepov, siceršnje razlike v gibanjih preučevanega vedenja med okolji).

⁹ Zakon o omejevanju porabe alkohola (Uradni list RS, št. 15/03).

V kolikšni meri so sprejeti ukrepi uspešni, pa je odvisno tudi od tega, kako učinkovito so izvajani in koliko je v nekem okolju dejavnikov, ki njihovo izvajanje ovirajo (npr. visoka poraba neregistriranega alkohola, delovanje alkoholne industrije) (6). Na spremembe v vedenju vsekakor vplivajo številni dejavniki, zato ne moremo izolirano preučevati posameznih ukrepov niti sklepati o vzročno-posledičnih povezavah.

Zaključek in usmeritve za naprej

Javno zdravstveni pristopi k preprečevanju samomora vključujejo tudi ukrepe, ki zmanjšujejo problematiko alkohola. Večji delež samomorov, ki so povezani z alkoholom, izvira iz populacije z nizkim ali srednjim tveganjem, ker je ta številčnejša (belo obarvana dela populacijskih krivulj na sliki 14.3) in ne iz populacije z višjim tveganjem, ki je v manjšini (sivo obarvana dela populacijskih krivulj na sliki 14.3) (74, 87). Usmerjenost ukrepov alkoholne politike na celotno populacijo in ne zgolj na tisto z višjim tveganjem, bo zato preprečila več samomorov, ki so povezani z alkoholom. Populacijska krivulja se bo premaknila s področja z višjim tveganjem za samomor, povezan z alkoholom, na področje z nižjim, pri čemer se bo del visoko ogrožene populacije zmanjšal (slika 14.3). Na populacijski ravni bi to lahko pomenilo manj samomorov zaradi alkohola in posledično znižanje samomorilnega količnika.



Slika 14.3. Premik populacijske krivulje s področja višjega tveganja za samomor, povezan z alkoholom, na področje nižjega tveganja po uvedbi učinkovitih ukrepov alkoholne politike

M – sredina populacije pred uvedbo ukrepov alkoholne politike, M1 – sredina populacije po uvedbi ukrepov alkoholne politike

(Prirejeno in ponatisnjeno z dovoljenjem Hogrefe Publishing www.hogrefe.com; Yip PS. Towards evidence-based suicide prevention programs. *Crisis*. 2011;32(3):117-20. doi: 10.1027/0227-5910/a0000100)

Povezave med alkoholom in samomorom na populacijski ravni so številne in kompleksne. Odvisne so od porabe alkohola ter mnogih kulturno pogojenih značilnosti pivskega okolja in vzorcev pitja. Poseben izziv, pred katerega smo postavljeni, pa je ugotoviti, katere od teh značilnosti se v slovenskem prostoru povezujejo s samomorilnim količnikom, saj bomo le tako ukrepe alkoholne politike, ki bodo učinkovito zmanjševali samomorilni količnik, lahko izbirali prednostno in ciljano. Ob tem je pomembno, da sprejete ukrepe alkoholne politike vrednotimo tako z vidika njihove učinkovitosti pri zmanjševanju pitja alkohola kakor tudi z vidika tega, da ne povečujejo stigme oseb, ki tvegano ali škodljivo pijejo, ter njihovih svojcev. Pomemben vidik, ki bi ga veljalo v prihodnje, tudi raziskovalno, podrobneje nasloviti, pa je tudi vpliv pitja alkohola pri posamezniku na samomorilno vedenje njegovih družinskih članov in drugih bližnjih (88).

Reference

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018 [na spletu]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citirano 2. 11. 2018]. Dostopno na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>
2. Hovnik Keršmanc M, Roškar M, Lavtar D, Rehberger M, Korošec A. Pitje alkoholnih pijač med prebivalci Slovenije – izsledki nacionalne raziskave o tobaku, alkoholu in drugih drogah – ATADD 2018. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2020 (neobjavljeno).
3. Jeriček Klanšček H, Roškar M, Drev A, Pucelj V, Koprivnikar H, Zupanič T idr. Z zdravjem povezana vedenja v šolskem obdobju med mladostniki v Sloveniji: izsledki mednarodne raziskave HBSC, 2018. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2019.
4. Inchley J, Currie D, Budisavljevič S, Torsheim T, Jåstad A, Cosma A idr., uredniki. Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report. Vol. 1, Key findings. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.
5. Petrič VK. Razvoj alkoholne politike. V: Zorko M, Hočevar T, Tančič Grum A, Petrič VK, Radoš Krnel S, Lovrečič M idr., uredniki. Alkohol v Sloveniji: trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2014. str. 26–33.
6. Čebašek-Travnik Z. Slovenia: alcohol today - could a country be addicted to alcohol? *Addiction*. 2006;102:11–4. doi: 10.1111/j.1360-0443.2006.01565.x
7. Snowden AJ, Pridemore WA. The 2003 Slovenian alcohol policy: background, supporters, and opponents. *Contemp Drug Probl*. 2009;35:5–35. doi: 10.1177/009145090803500102
8. Zaletel M, Vardič D, Hladnik M, uredniki. Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2019 [na spletu]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2021 [citirano 25. 5. 2021]. Dostopno na: <https://www.nijz.si/sl/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2019>
9. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Baza podatkov Zdravniško poročilo o umrli osebi (NIJZ 46). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2020 (neobjavljeni podatki).
10. Holmes J, Meier PS, Booth A, Guo Y, Brennan A. The temporal relationship between per capita alcohol consumption and harm: a systematic review of time lag specifications in aggregate time series analyses. *Drug Alcohol Depend*. 2012;123:7–14. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.12.005
11. Babor TF, Ceatano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K idr. Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy. Oxford: Oxford University Press; 2010. doi: 10.1093/acprof:oso/9780199551149.001.0001
12. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies; 2006.
13. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol use disorders. *Lancet*. 2009;373(9682):2223–33. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60746-7
14. GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018;392:1015–35. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31310-2
15. Room R, Mäkelä K. Typologies of the cultural position of drinking. *J Stud Alcohol*. 2000;61(3):475–83. doi: 10.15288/jsa.2000.61.475
16. Nacionalni inštitut za javno zdravje. NIJZ podatkovni portal [na spletu]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2020 [citirano 14. 9. 2020]. Dostopno na: <https://podatki.nijz.si/>.
17. Metličar T. Registrirana poraba čistega alkohola na prebivalca, starega 15 let in več, v obdobju 2000–2019. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2020 (neobjavljeni podatki).

18. World Health Organization. European health for all database (HFA-DB) [na spletu]. Geneva: World Health Organization; 2020 [citirano 2. 11. 2020]. Dostopno na: <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>.
19. Ministrstvo za notranje zadeve RS, Policija. Letna poročila o delu policije 2003–2017 [na spletu]. Ljubljana: Ministrstvo za notranje zadeve; [citirano 3. 7. 2018]. Dostopno na: <https://www.policija.si/o-slovenski-policiji/statistika>
20. Roškar M, Serec M, Petrič VK, Blažko N, Hovnik Keršmanc M, Sedlakova D, uredniki. Alkoholna politika v Sloveniji: priložnosti za zmanjševanje škode in stroškov ter neenakosti med prebivalci. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2019.
21. GBD compare data visualization [na spletu]. Seattle (WA): Institute for health metrics and evaluation, University of Washington; 2019 [citirano 30. 10. 2020]. Dostopno na: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
22. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Interni izračun ekonomskih posledic tvegane in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji 2012–2016. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje (neobjavljeno).
23. Sedlak S, Zaletel M, Roškar M, Sambt J. Ekonomske posledice tvegane in škodljivega pitja alkohola v Sloveniji v obdobju 2015–2017. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2019. doi: 10.18690/978-961-286-250-3.71
24. Rehm J, Shield KD, Rehm MX, Gmel G, Frick U. Alcohol consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe: potential gains from effective interventions for alcohol dependence [na spletu]. Canada: Centre for Addiction and Mental Health; 2012 [citirano 12. 9. 2018]. Dostopno na: www.zora.uzh.ch/64919/1/CAMH_Alcohol_Report_Europe_2012.pdf. doi: 10.1037/e506502014-001
25. Ministrstvo za finance RS. Državni proračun 1992–2020 [na spletu]. Ljubljana: Ministrstvo za finance; [citirano 2. 11. 2020]. Dostopno na: <https://www.gov.si/teme/fiskalna-in-javnofinancna-politika/>.
26. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Raziskava CINDI 2020 - Z zdravjem povezan vedenjski slog. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje (neobjavljeni podatki).
27. World Health Organization. Declaration on young people and alcohol. The WHO European ministerial conference on young people and alcohol; 2001 Feb 19–21; Stockholm. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2001.
28. Kolšek M. O pitju alkohola: priročnik za zdravnike družinske medicine. 2., dopolnjena izd. Ljubljana: Department of Family Medicine of the University of Ljubljana; 2011.
29. European Alcohol Policy Alliance Eurocare. European report on alcohol policy: a review 2016 [na spletu]. Brussels: Eurocare; 2016 [citirano 2. 11. 2020]. Dostopno na: <https://www.drugsandalcohol.ie/26737/1/ERAH-2017-European%20Report%20on%20Alcohol%20Policy.pdf>
30. Chisholm D, Rehm J, Van Ommeren M, Monteiro M. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *J Stud Alcohol*. 2004;65(6):782–93. doi: 10.15288/jsa.2004.65.782
31. Ministrstvo za zdravje RS. Raziskava o podpori ukrepom na področju tobaka in alkohola. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS; 2018.
32. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*. 2009;373:2234–46. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60744-3
33. World Health Organization. Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm [na spletu]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 [citirano 17. 8. 2018]. Dostopno na: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf
34. Petrič VK. Predlogi ukrepov. V: Zorko M, Hočevar T, Tančič Grum A, Petrič VK, Radoš Krnel S, Lovrečič M idr., urednice. Alkohol v Sloveniji: trendi v načinu pitja, zdravstvene posledice škodljivega pitja, mnenja akterjev in predlogi ukrepov za učinkovitejšo alkoholno politiko. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2014. str. 134–56.
35. World Health Organization. 'Best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases: updated (2017) appendix 3 of the global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020 [na spletu]. Geneva: World Health Organization; 2017 [citirano 12. 11. 2018]. Dostopno na: https://www.who.int/ncds/management/WHO_Appendix_BestBuys_LS.pdf
36. Cebasek-Travnik Z. Slovenija's story – an eight years struggle for alcohol legislation. *The Globe* [na spletu]. 2003 [citirano 2. 11. 2020];2:18–9. Dostopno na: <https://globalgapa.org/wp-content/uploads/2015/05/gl200302.pdf>
37. Spletišče Pravno-informacijskega sistema PIS Republike Slovenije [na spletu]. Ljubljana: Služba Vlade Republike Slovenije za zakonodajo; 2020 [citirano 2. 1. 2020]. Dostopno na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/#>
38. Ministrstvo za zdravje RS. Skupaj za družbo zdravja: resolucija nacionalnega plana zdravstvenega varstva 2016–2025 [na spletu]. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2018 [citirano 2. 11. 2020]. Dostopno na: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/O-ministrstvu/198ae56ddc/SKUPAJ-ZA-DRUZBO-ZDRAVJA-Resolucija-o-nacionalnem-planu-zdravstvenega-varstva-2016-2025-v2.pdf>
39. Hočevar T, Henigsmann K, Štruc A. Skupaj za odgovoren odnos do pitja alkohola SOPA. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2018.
40. Maučec Zakotnik J, Švab V, Breclj Anderlugh M, Dernovšek MZ, Konec Juričič N, Dominkuš D idr. MIRA za duševno zdravje: nacionalni program duševnega zdravja. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2019.

41. Resolucija o Nacionalnem programu varnosti cestnega prometa za obdobje od 2013 do 2022 (ReNPVCP13–22) [na spletu]. Uradni list RS, št. 39/13. 2013 [citirano 2. 11. 2020]. Dostopno na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=RESO92>
42. Resolucija o Nacionalnem programu za mladino 2013–2022 [na spletu]. Uradni list RS, št. 90/13. 2013 [citirano 2. 11. 2020]. Dostopno na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=RESO93>
43. World Health Organization. Alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019.
44. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Dominici G, Ferracuti S, Kotzalidis GD idr. Suicidal behavior and alcohol abuse. *Int J Environ Res Public Health*. 2010;7(4):1392–431. doi: 10.3390/ijerph7041392
45. Sher L. Alcoholism and suicidal behaviour: a clinical overview. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113:13–22. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00643.x
46. Ali S, Nathani M, Jabeen S, Yazdani I, Mouton CD, Bailey RK idr. Alcohol: the lubricant to suicidality. *Innov Clin Neurosci*. 2013;10(1):20–9.
47. Lamis DA, Malone PS. Alcohol use and suicidal behaviour among adults: a synthesis and theoretical model. *Suicidal Online*. 2012;3:4–23.
48. Zupanc T, Agius M, Videtič Paska A, Pregelj P. Reduced blood alcohol concentration in suicide victims in response to a new national alcohol policy in Slovenia. *Eur Addict Res*. 2013;19:7–12. doi: 10.1159/000338639
49. Kaplan MS, McFarland BH, Huguet N, Conner K, Caetano R, Giesbrecht N idr. Acute alcohol intoxication and suicide: a gender-stratified analysis of the National violent death reporting system. *Inj Prev*. 2013;19(1):38–43. doi: 10.1136/injuryprev-2012-040317
50. Zupanc T, Agius M, Videtič Paska A, Pregelj P. Blood alcohol concentration of suicide victims by partial hanging. *J Forensic Leg Med*. 2013;20:946–79. doi: 10.1016/j.jflm.2013.09.011
51. Conner KR, Huguet N, Caetano R, Geibrecht N, McFarland BH, Nolte KB idr. Acute use of alcohol and methods of suicide in a US national sample. *Am J Public Health*. 2014;104(1):171–8. doi: 10.2105/AJPH.2013.301352
52. Pennel L, Quesada JL, Begue L, Dematteis M. Is suicide under the influence of alcohol a deliberate self-harm syndrome? An autopsy study of lethality. *J Affect Disord*. 2015;177:80–5. doi: 10.1016/j.jad.2015.02.006
53. Park CH, Yoo SH, Lee J, Cho SJ, Shin MS, Kim EY idr. Impact of acute alcohol consumption on lethality of suicide methods. *Compr Psychiatry*. 2017;75:27–34. doi: 10.1016/j.comppsy.2017.02.012
54. Radnic B, Bogdanovic M, Durmic T, Popovic V, Mihailovic Z, Soldatovic I idr. Can blood alcohol concentration have a role in choosing high lethality method of suicide? *Aust J Forensic Sci*. 2020:[9 str.]. doi: 10.1080/00450618.2020.1757759
55. Norström T, Rossow I. Alcohol consumption as a risk factor for suicidal behavior: a systematic review of associations at the individual level and at the population level. *Arch Suicide Research*. 2016;20(4):489–506. doi: 10.1080/13811118.2016.1158678
56. Roche SP, Rogers ML, Pridemore WA. A cross-national study of the population-level association between alcohol consumption and suicide rates. *Drug Alcohol Depend*. 2018;188:16–23. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2018.02.036
57. Norström T, Ramstedt M. Mortality and population drinking: a review of the literature. *Drug Alcohol Rev*. 2005;24:537–47. doi: 10.1080/09595230500293845
58. Kerr WC, Subbaraman M, Ye Y. Per capita alcohol consumption and suicide mortality in a panel of US states from 1950 to 2020. *Drug Alcohol Rev*. 2011;30:473–80. doi: 10.1111/j.1465-3362.2011.00306.x
59. Ramstedt M. Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction*. 2001;96(1):S59–75. doi: 10.1080/09652140020021189
60. Landberg J. Alcohol and suicide in eastern Europe. *Drug Alcohol Rev*. 2008;27:361–73. doi: 10.1080/09595230802093778
61. Norström T, Stickley A, Shibuya K. The importance of alcoholic beverage type for suicide in Japan: a time-series analysis, 1963–2007. *Drug Alcohol Rev*. 2012;31:251–6. doi: 10.1111/j.1465-3362.2011.00300.x
62. Norström T. Alcohol and suicide: a comparative analysis of France and Sweden. *Addiction*. 1995;90:1463–9. doi: 10.1111/j.1360-0443.1995.tb02808.x
63. Roškar S, Sedlar N, Furman L, Roškar M, Podlesek A. Associations of selected area-level indicators with suicide mortality in Slovenian municipalities. *Crisis*. 2020;41(12):1–7. doi: 10.1027/0227-5910/a000742
64. Marušič A. Suicide mortality in Slovenija: regional variation. *Crisis*. 1998;19(4):159–66. doi: 10.1027/0227-5910.19.4.159
65. Drev A, Hočevar Grom A, Jandl M, urednice. Report on the drug situation 2019 of the Republic of Slovenia [na spletu]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2019 [citirano 4. 11. 2020]. Dostopno na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/np_2019_ang_final.pdf
66. Šturm S. Odvisniki in samomorilno vedenje v zahodnem delu Slovenije: zloraba učinkovin s centralnim delovanjem kot dejavnik tveganja v letih 2000 – 2014 [magistrsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za farmacijo; 2016.

67. Kokkevi A, Richardson C, Olszewski D, Matias J, Monshouwer K, Bjarnason T. Multiple substance use and self-reported suicide attempts by adolescents in 16 European countries. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2012;21:443–50. doi: 10.1007/s00787-012-0276-7
68. Kølves K, Chitty KM, Wardhani R, Värnik A, de Leo D, Witt K. Impact of alcohol policies on suicidal behavior: a systematic literature review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(19):članek 7030. doi: 10.3390/ijerph17197030
69. Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a metaanalysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*. 2009;104(2):179–90. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02438.x
70. World Health Organization. Status report on alcohol and health in 35 European countries 2013 [na spletu]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 [citirano 12. 9. 2018]. Dostopno na: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf
71. Markowitz S, Chatterji P, Kaestner R. Estimating the impact of alcohol policies on youth suicides. *J Ment Health Policy Econ*. 2003;6:37–46.
72. Razvodovsky YE. Alcohol and suicide in Belarus. *Psychiatr Danub*. 2009;21(3):290–6.
73. Pridemore WA, Chamlin MB, Andreev E. Reduction in male suicide mortality following the 2006 Russian alcohol policy: an interrupted time series analysis. *J Public Health*. 2013;103(11):2021–6. doi: 10.2105/AJPH.2013.301405
74. Xuan Z, Naimi TS, Kaplan MS, Bagge CL, Few LR, Maisto S idr. Alcohol policies and suicide: a review of the literature. *Alcohol Clin Exp Res*. 2016;40(10):2043–55. doi: 10.1111/acer.13203
75. Giesbrecht N, Huguét N, Ogdén L, Kaplan MS, McFarland BH, Caetano R idr. Acute alcohol use among suicide decedents in 14 US states: impacts of off-premise and on-premise alcohol outlet density. *Addiction*. 2014;110:300–7. doi: 10.1111/add.12762
76. Escobedo LG, Ortiz M. The relationship between liquor outlet density and injury and violence in New Mexico. *Accid Anal Prev*. 2002;34:689–94. doi: 10.1016/S0001-4575(01)00068-9
77. Johnson FW, Gruenewald PJ, Remer LG. Suicide and alcohol: do outlets play a role? *Alcohol Clin Exp Res*. 2009;33(12):2124–33. doi: 10.1111/j.1530-0277.2009.01052.x
78. Berman M, Hull T, May P. Alcohol control and injury death in Alaska native communities: wet, damp and dry under Alaska's local option law. *J Studies Alcohol*. 2000;61:311–9. doi: 10.15288/jsa.2000.61.311
79. Wagenaar AC, Toomey TL. Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960 to 2000. *J Stud Alcohol*. 2002;14:206–25. doi: 10.15288/jsas.2002.s14.206
80. Birckmayer J, Hemenway D. Minimum-age drinking laws and youth suicide, 1970–1990. *Am J Public Health*. 1999;89(9):1365–8. doi: 10.2105/AJPH.89.9.1365
81. Mares SH, van der Vorst H, Engels RC, Lichtwarck-Aschoff A. Parental alcohol use, alcohol-related problems, and alcohol-specific attitudes, alcohol-specific communication, and adolescent excessive alcohol use and alcohol-related problems: an indirect path model. *Addict Behav*. 2011;36(3):209–16. doi: 10.1016/j.addbeh.2010.10.013
82. Mujkić E, Rován J. Statistical analysis of road accidents in Slovenia in period 1996–2000. V: Ferligoj A, Mrvar A, urednika. *Development in applied statistics*. Ljubljana: FDV; 2003. str. 279–93. (Metodološki zvezki; št. 19).
83. Carpenter C. Heavy alcohol use and youth suicide: evidence from tougher drunk driving laws. *J Policy Anal Manage*. 2004;23(4):831–42. doi: 10.1002/pam.20049
84. Pridemore A, Snowden A. Reduction in suicide mortality following a new national alcohol policy in Slovenia: an interrupted time-series analysis. *Am J Public Health*. 2009;99(5):915–20. doi: 10.2105/AJPH.2008.146183
85. Zupanc T. Zloraba alkohola kot dejavnik tveganja za samomorilno vedenje [doktorska disertacija]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta; 2011.
86. Kamin T, Roškar M. MOSA – Mobilizacija skupnosti za odgovornejši odnos do alkohola – časovnica preventivnih programov s področja problematike alkohola v Sloveniji [na spletu]. 2013 [citirano 4. 11. 2020]. Dostopno na: http://www.infomosa.si/doc/casovnica_april2013.pdf
87. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol*. 2001;30:427–32. doi: 10.1093/ije/30.3.427
88. Rossow I, Synnøve Moan I. Parental intoxication and adolescent suicidal behavior. *Arch Suicide Res*. 2012;16(1):73–84. doi: 10.1080/13811118.2012.640576

Kvalitativni pristopi k preučevanju samomora

Vita Poštuvan, Meta Lavrič, Nuša Zadravec Šedivy

Ključni poudarki poglavja

- S kvantitativnimi pristopi se raziskovalci usmerjajo v razlaganje samomorilnega vedenja in njegovo redukcijo na merljive dele, medtem ko se s kvalitativnimi pristopi osredotočajo na razumevanje samomorilnega vedenja in ga poskušajo bolj celostno zaobjeti.
- S kvalitativnimi pristopi v suikidologiji so se raziskovalci v preteklosti osredotočali na raziskovanje poslovilnih pisem, dnevnikov in ostalih dokumentov ljudi, ki so umrli zaradi samomora, na doživljanje ljudi s samomorilnimi mislimi in preteklimi samomorilnimi poskusi, na doživljanje svojcev oseb, ki so umrle zaradi samomora, in socialne vidike samomorilnega vedenja (pomen kulture, socialnih predstav ipd.).
- Pri izvajanju intervjujev (najpogostejše metode kvalitativnega zbiranja podatkov) je treba biti pozoren na to, kako zastavljamo vprašanja, saj je samomor še vedno močno zaznamovan s stigmo, žalujoči po samomoru pa se poleg žalosti pogosto soočajo še z občutki krivde in sramu.
- Kvalitativno raziskovanje zaradi individualiziranega pristopa omogoča opolnomočenje oz. krepitev psihološke odpornosti posameznikov, ki sodelujejo v raziskavah.
- Kvalitativno in kvantitativno raziskovanje skupaj v obliki mešanih raziskovalnih metod (angl. mixed methods) najbolj celostno prispevata k raziskovanju samomora in samomorilnega vedenja.

Povzetek

Kvalitativno raziskovanje predstavlja pomemben doprinos v znanosti, saj naslavlja samomorilno vedenje, kot ga razumejo udeleženci raziskav, torej svojci, osebe z lastno izkušnjo idr., z njihovimi besedami. Znotraj kvalitativnih metod raziskovanja obstaja več različnih pristopov, načinov analize (npr. metoda tematske analize, utemeljene teorije, interpersonalno-fenomenološka analiza) in zbiranja podatkov (intervjuji, fokusne skupine ipd.). Ključno je, da jih kompetenten raziskovalec dobro obvlada in uporablja skladno z nameni raziskave. Pristopi se lahko razlikujejo glede na to, ali so bolj usmerjeni v preučevanje posameznika ali socialnih vidikov samomorilnosti. Hkrati je pomembno, da raziskovalec pri svojem delu zagotavlja skrb za doživljajsko komponento udeležencev, kar pomeni, da je poudarek na posameznikovem doživljanju in pomenu, ki ga ima samomorilno vedenje zanj. Nenazadnje je pomembno, da se raziskovalec zaveda etičnih vidikov svojega dela.

Uvod

V znanosti se vedno znova pojavljajo nove paradigme in raziskovalne usmeritve. Definicije kvalitativnih raziskav se razlikujejo glede na različna obdobja. Iz izvirne definicije izhaja, da je kvalitativno raziskovanje situirana aktivnost, ki umesti opazovalca v svetu. Kvalitativno raziskovanje sestoji iz niza interpretativnih praks, ki naredijo svet neoprijemljivih vsebin 'viden' oziroma dostopen. Svet doživljanja spremenijo v vrsto predstavitev, npr. beležke, intervjuje, pogovore, fotografije, posnetke in lastne spomine. Kvalitativno raziskovanje vključuje interpretativni (v razumevanje posameznika usmerjen), naturalistični (v

naravnem okolju) način preučevanja sveta, saj raziskovalci preučujejo pojave v njihovem naravnem okolju v želji, da bi jih osmislili ali interpretirali v okviru izrazoslovja, ki ga uporabljajo udeleženci (1).

Kvalitativna metoda nima enotne teorije ali paradigme, saj jo kot svojo sprejemajo konstruktivistično naravnani raziskovalci, marksisti, etnologi, preučevalci kultur ipd. Hkrati tudi ne predstavlja le ene metode ali prakse, ampak se znotraj nje pojavljajo različne veje, npr. semiotika¹, narativna², kontekstualna³, diskurzivna⁴, arhivska⁵, fonetična⁶ analiza. Kvalitativni principi raziskovanja predstavljajo presečno področje humanistike, družboslovja in naravoslovja, vsaka disciplina pa prinaša v kvalitativno raziskovanje svoje principe. Kvalitativno raziskovanje je interdisciplinarno⁷, transdisciplinarno⁸ in včasih temelji na preseganju enodisciplinarnosti⁹ (angl. counter-disciplinary) (1).

Kadar skušamo kvalitativno raziskovanje razmejiti od kvantitativnega, lahko to povzamemo v naslednjih ugotovitvah. V okviru pozitivističnega¹⁰ razumevanja sveta (kot enem od filozofskih razumevanj znanosti) se predpostavlja, da realnost objektivno obstaja in ima znanost možnost njenega preučevanja. V okviru postpozitivizma¹¹ (kritike slednjega) pa se razume, da realnosti ne moremo povsem dobro zaobjeti (saj so tudi raziskovalci vedno nujno tudi družbeno pozicionirani), vendar lahko poskušamo narediti največ, kar se da, da se ji približamo. Da se realnosti čim bolj približamo, uporabljamo predvsem kombinacijo oz. integracijo metod ter metodološke mere zanesljivosti in veljavnosti kot kriterije za verodostojnost raziskav. Mnogi zagovorniki kritične teorije¹², konstruktivizma¹³, poststrukturalizma¹⁴ in drugih postmodernih pogledov zavračajo pozitivizem in njihove kriterije ocenjevanja. Pravijo, da takšni dokazi veljajo le za en del znanosti, in sicer tisto, ki skuša utišati vse druge znanosti. Namesto pozitivističnih načinov ocenjevanja kot verodostojne kriterije znanosti postavljajo resničnost, avtentičnost (angl. verisimilitude), čustvenost, osebno odgovornost in etičnost izvedbe ipd. Kvalitativni raziskovalci pravijo, da lahko z uporabo intervjujev in opazovanja bolje zaobjamejo individualno percepcijo oz. dožemanje, medtem ko v kvantitativnih pristopih nimamo te osebne perspektive, zato se moramo zanašati na bolj oddaljene metode znanstvenega zaključevanja.

¹ Veda o znakih.

² Analiza pripovedi.

³ Analiza besedila, ki ocenjuje zgodovinski, kulturni ali drugi kontekst, v katerem se pojavlja.

⁴ Analiza jezika, ki se uporablja v besedilu.

⁵ Analiza arhivskih dokumentov.

⁶ Analiza fonetičnih, glasoslovnih strani jezika.

⁷ Nanašajoč se na več znanstvenih disciplin, ved.

⁸ Raziskovanje, ki temelji na sodelovanju, združevanju dveh ali več mnogovrstnih in raznovrstnih disciplin.

⁹ Temelji na preseganju in vključevanju različnih obstoječih teoretičnih disciplin. Uveljavljenega slovenskega izraza še ni.

¹⁰ Filozofski pogled, ki razlaga, da vedenje lahko izhaja iz neposrednih izkušenj oz. meritev naravnih pojavov.

¹¹ Filozofski pogled, ki razlaga, da ne obstaja objektivno preučevanje naravnih pojavov, saj so vedno pod vplivom raziskovalčevih vrednot, teoretičnega ozadja, hipotez ipd.

¹² Socialna teorija, ki je usmerjena na kritiziranje in spreminjanje družbe kot celote in ne le na njeno razumevanje ali pojasnjevanje.

¹³ Filozofski pogled, ki razlaga, da znanost sestavljajo mentalni konstrukti, ki so jih raziskovalci razvili z meritvami naravnega sveta.

¹⁴ Gibanje, ki za razumevanje objekta predvideva študij objekta samega in sistemov znanja oz. družbe.

Kvantitativno raziskovanje išče posplošitve, opise, pojasnitve in enoznačnost vsebin raziskovanja, medtem ko kvalitativno raziskovanje omogoča globino in razumevanje preučevanega (1).

Kompleksnost samomorilnega vedenja in doprinos kvalitativnega raziskovanja v suicidologiji

Samomor je kompleksen fenomen, ki ga je treba preučevati multidisciplinarno in na podlagi različnih znanstvenih in metodoloških pristopov (2). Zajema namreč psihološke, sociološke, biološke, filozofske, antropološke, genetske, pravne, etične in drugi vidike. Ta kompleksnost ni nujno (bila zgodovinsko) razvidna v znanstvenem raziskovanju v suicidologiji. Podobno kot velja za znanost na splošno, je tudi v suicidologiji moč zaznati prepad med kvalitativnim in kvantitativnim pristopom k raziskovanju samomorilnega vedenja in poskus njegovega preseganja.

Kvantitativno raziskovanje, izhajajoč iz naravoslovne paradigme, skuša razložiti samomor in samomorilno vedenje. Pri tem je ključno razumevanje vzročnosti in iskanje odgovora na vprašanje »Zakaj nekdo naredi samomor?« V ozadju tega je tudi želja, da bi s poznavanjem odgovorov lahko samomor uspešno preprečili. Za kvantitativno raziskovanje je značilna tudi redukcija samomorilnega vedenja na merljive vidike. V raziskavah s kvantitativnimi metodami se raziskovalci osredotočajo na vzročno-posledično razmišljanje, na drugi strani pa kvalitativne metode omogočajo globlje razumevanje samomorilnega vedenja (3). To pomeni, da se samomorilno vedenje raziskuje z osredotočenostjo na pomen, ki ga ima to za posameznika, brez namena posploševanja na širšo populacijo. Raziskovalca zanima namreč pomen samomorilnega vedenja iz perspektive posameznikovega unikatnega sveta, hkrati pa so posamezniki s takšnim vedenjem v vlogi 'strokovnjaka' glede lastne samomorilnosti ter razumevanja razlogov za lastno samomorilno vedenje. Na ta način se skuša samomorilno vedenje obravnavati bolj celostno.

Če želimo razumeti pojav, ki ga preučujemo, mora zato kvantitativnemu raziskovanju slediti kvalitativno, ali še bolje, obratno (oz. odvisno od namena raziskave) (3). Te ugotovitve, skupaj s kvantitativnimi analizami kvalitativnega materiala (npr. ko se kvalitativni podatki prikazujejo s frekvenčnimi analizami), kažejo, da je razločevanje med kvantitativnimi in kvalitativnimi metodami v suicidologiji zavajajoče in da imata oba pristopa enako ozadje, to je želja po medicinski objektivnosti (torej bolj kot subjektivno izkušnjo poudarjajo objektivni fenomen) (4). Kvalitativne raziskave lahko pomagajo tudi interpretirati in razumeti odnose med spremenljivkami, ki se uporabljajo v kvantitativnih raziskavah (5).

Kvalitativni pristop v suicidologiji omogoča tudi vpogled v odnose med pomembnimi dejavniki samomorilnega vedenja, česar s kvantitativnimi raziskavami z uporabo standardiziranih vprašalnikov ne moremo doseči. Standardizirana vprašanja namreč ne ustrezajo vsakemu posamezniku; in morda vseh udeležencev raziskave zato ne bodo spodbudila k deljenju pomembnih oz. iskrenih informacij (3).

Z omejevanjem vprašanj zgolj na standardizirana se omeji tudi spekter možnosti raziskovanja in v tem primeru poudarek ostaja izključno na vzrokih in razlagah samomora. S tem samomorilno vedenje preučujemo le preko identifikacije predhodno prepoznanih dejavnikov tveganja. A vendar tak pristop ni dovolj širok, da bi fenomen samomora preučili še z drugih vidikov. Cilj takega pristopa ni razumevanje, temveč razlaga in preprečevanje (6), čeprav izsledki kažejo, da z identifikacijo dejavnikov tveganja ni mogoče predvideti, ali bo posameznik s tovrstnimi dejavniki tveganja dejansko umrl zaradi samomora, ali imel samomorilni poskus, ali bo svojo stisko razrešil drugače.

Kljub navedenemu je bil v suicidologiji do danes glavni poudarek na:

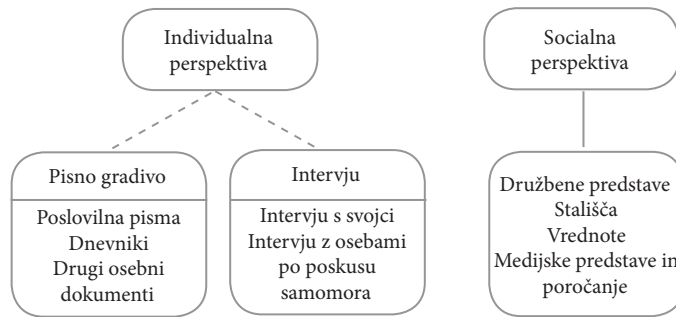
- epidemioloških raziskavah, v katerih poleg razširjenosti samomorilnega vedenja preučujejo predvsem dejavnike tveganja. V zadnjem obdobju je pozornost epidemioloških raziskav usmerjena tudi na preučevanje varovalnih dejavnikov, ki vplivajo na samomorilno vedenje;
- (nevro)bioloških raziskavah, ki zajemajo genetske raziskave in raziskave preučevanja in slikanja možganov;
- intervencijskih raziskavah, ki naslavlajo učinkovitost preventivnih intervencij ali terapevtskih pristopov.

Razvidno je torej, da v suicidologiji prevladuje kvantitativni raziskovalni pristop. Pred desetletjem sta Hjelmeland and Knizek (3) ugotavljali, da je bilo med leti 2005 in 2007 le 3 % objavljenih člankov v treh glavnih revijah s področja suicidologije kvalitativne narave. Četudi so kvalitativne raziskave morda objavljene v drugih publikacijah, ti podatki kažejo, da kvalitativno in kvantitativno raziskovanje v suicidologiji še zdaleč nista enakovredno zastopana. Nekatere tovrstne raziskave morda niso objavljene ali imajo raziskovalci težave s financiranjem oz. implementacijo.

Pomanjkljivost takega pretežno kvantitativnega pogleda na samomorilno vedenje je seveda očitna, saj samo s kvantitativnimi metodami gotovo ni mogoče dovolj celostno raziskovati tako kompleksnega vedenja, kot je samomorilnost. Hkrati nam nesorazmerno malo pove o izkušnjah posameznika ter ne more napovedati poteka vedenja, posameznikovih izkušenj, tveganja za samomor ali napovedati, kako se takšno vedenje udejanji (izrazi v kontekstu) v določenem socialnem okolju. Poleg tega nam poznavanje dejavnikov, povezanih s samomorom, zelo malo pove o dinamiki med posameznikom in socialnim kontekstom ali okoljem (7). Z drugimi besedami, čeprav zelo informativne in potrebne, kvantitativne raziskave ne morejo in ne bi smele v celoti nadomestiti osredotočenosti na posameznika kot tistega, ki doživlja samomorilno vedenje (individualna perspektiva), prav tako pa tudi ne smemo prezreti konteksta, v katerem se samomorilno vedenje dogaja (socialna perspektiva) – to sta dva ključna vidika, ki bi si ju morali v večji meri prizadevati zaobjeti pri preučevanju samomorilnega vedenja.

Primeri kvalitativnega raziskovanja samomorilnega vedenja

Vključevanje kvalitativnih pristopov pri raziskovanju samomorilnega vedenja omogoča (i) preučevanje subjektivne izkušnje posameznikov (individualna perspektiva), kar se lahko najbolje doseže preko preučevanja osebnih pripovedi posameznikov (8), ter (ii) preučevanje posameznika, upoštevajoč kontekst okolja, iz katerega izhaja (socialna perspektiva), saj je socialno vedenje konstrukt, ki združuje družbeno resničnost in vzajemno upoštevanje posameznih interpretacij sveta (3). Slika 15.1 prikazuje primere individualne in socialne perspektive kvalitativnega raziskovanja samomorilnega vedenja.



Slika 15.1. Primeri kvalitativnega raziskovanja samomorilnega vedenja

Individualna perspektiva

Poslovilna pisma, dnevniki in drugi osebni dokumenti ter intervjuji z bližnjimi po samomoru ali posamezniki po samomorilnem poskusu so lahko osrednjega pomena pri celostnem razumevanju samomora in so v pomoč pri oblikovanju jasnejše slike samomorilnega vedenja. Tako pridobimo informacije o individualnem, intimnem svetu posameznikov, ki imajo najboljši vpogled v doživljanje lastnega samomorilnega vedenja (8, 9).

Poslovilna pisma, dnevniki in ostali dokumenti

Idiografska¹⁵ tradicija je na področju suicidologije razmeroma dobro uveljavljena z osebnimi dokumenti, kot so poslovilna pisma, dnevniki, biografije in drugi dokumenti, ki so pomemben vir podatkov za raziskovalce (4). Idiografsko znanje pa je lahko podlaga tudi za bolj splošna znanja, saj se na ta način raziskovano področje obravnava bolj celostno.

Shneidman in Farberow (1954 v Leenars) (10), sta formalizirala empirično raziskavo poslovilnih pisem s primerjavo vsebine pristnih in simuliranih zapiskov. Od njune začetne raziskave se je uporaba poslovilnih pisem v raziskovalne namene močno razširila, vendar ne brez pomislekov. Zaradi razmeroma nizkega odstotka posameznikov, ki ob samomoru zapustijo poslovilna pisma (18–37 %) (11), se namreč pogosto izpostavlja vprašanje o možnosti posploševanja rezultatov raziskav poslovilnih pisem tudi na posameznike, ki poslovilnih pisem ob smrti zaradi samomora niso pripravili. Raziskovalci sicer niso dokazali pomembnih demografskih razlik med posamezniki, ki so za seboj pustili poslovilna pisma, in tistimi, ki jih niso (11), kar lahko kaže učinkovitost, veljavnost in smiselnost tovrstnih raziskav.

Intervjuji

Čeprav se informacije, ki jih pridobimo od (i) posameznikov s samomorilnimi mislimi ali preteklimi samomorilnimi poskusi ter (ii) svojcev oseb, ki so umrle zaradi samomora, do neke mere razlikujejo od informacij, ki bi jih lahko pridobili od tistih, ki so umrli zaradi samomora, nam podatki, zbrani na ta način, še vedno predstavljajo najboljši približek informacij o osebah, ki umrejo zaradi samomora (8). Kot taki predstavljajo pomemben člen pri osvetlitvi področja samomorilnega vedenja.

¹⁵ Pristop, ki temelji na poglobljenem preučevanju posamičnih raziskovalnih primerov.

Eno najpomembnejših del s tega področja je Avtopsijska samomorilnega uma Edwina Shneidmana (4). Shneidman, dolgoletni zagovornik preučevanja posameznika, je namreč celotni obseg navedenega dela posvetil preučevanju samomorilnega vedenja ene osebe z uporabo metode, v suicidologiji znane pod izrazom psihološka avtopsijska (PA). PA je bila prvotno sicer metoda, namenjena razjasnitvi načina smrti v primerih, ko je bila smrt dvoumna, s podrobnim preučevanjem dejavnikov, ki so bili vezani na smrt in umrlega, a je pozneje postala glavna metoda preučevanja dejavnikov tveganja za samomor (*več o tem v poglavju 16*). Trenutno PA velja za eno od najbolj neposrednih (12), pa tudi zanesljivih in veljavnih metod (13) za preučevanje odnosa med različnimi pojasnjevalnimi dejavniki in samomorom. Ta pristop k preučevanju samomorilnega vedenja se je izkazal kot obetaven za izboljšanje našega razumevanja samomora kljub omejitvam, ki jih prinašajo intervjuji s tretjimi osebami. Med razvojem metode se tako vse bolj poudarja pomen vključevanja strokovne ocene osebnostnih motenj in osebnostnih lastnosti posameznikov v pristop PA, pa tudi integracijo pristopa PA in nevrobiološkega preučevanja možganov (11, 14).

Poleg intervjujev s svojci oseb, umrlih zaradi samomora, imajo tudi dokumentiranje prvoosebni pripovedi o samomorilnem vedenju in intervjuji z osebami po samomorilnem poskusu pomemben participativni imperativ¹⁶, saj nam omogočajo vpogled v prvoosebno doživljanje samomorilnega vedenja posameznika. Zavzemanje za kakovostnejše raziskave in vključitev prvoosebni poročil o samomorilnem vedenju pa sta ključnega pomena tudi za razvoj kritične suicidologije (*več o tem v poglavju 34*). Vendar je na tem mestu potrebna previdnost pri posploševanju na ta način pridobljenih podatkov, saj se je treba zavedati, da so ti v svojem temelju vezani na kontekst, nepopolni, subjektivni in intersubjektivni¹⁷ (15).

Kvalitativni pristop na področju raziskovanja samomorilnega vedenja pa se v zadnjih letih vedno pogosteje uporablja tudi za preučevanje žalovanja posameznikov, ki so izgubili bližnjega zaradi samomora. Velik del literature s tega področja navaja izsledke, ki so pridobljeni v intervjujih z žalujočimi in v katerih preučujejo značilnosti žalovanja po samomoru (*več o tem v poglavju 32*), dejavnike, ki so specifični za tovrstno žalovanje, ter potrebe žalujočih po samomoru (16).

Socialna perspektiva

V raziskavah, kjer se osredotočajo na preučevanje socialne perspektive samomorilnega vedenja, avtorji poročajo, da ljudje samomorilno vedenje doživljajo na različne načine. Osebe se razlikujejo ne le glede stališč do samomora, predstav, temveč tudi glede neposrednih izkušenj s samomorilnim vedenjem (7). Posameznikove izkušnje so namreč neločljivo povezane s (socialnimi) predstavami o samomoru (in celo upodobitvami življenja in smrti) v določenem kulturnem in družbenem okolju (17), zato raziskave na področju suicidologije, v prizadevanjih po celostni in poglobljeni razlagi samomorilnega vedenja, ne bi smele spregledati teh družbenih in kulturnih vidikov. V povezavi z navedenim Brinkmann (2009 v Hjelmeland) (18), poudarja, da je kakovostno razumevanje psihe bistvena zahteva same psihologije in enako velja za suicidologijo – razumeti je treba, kaj samomorilno vedenje pomeni ljudem v različnih kulturnih okoliščinah in socialnih kontekstih, preden ima smisel kvantitativno primerjati značilnosti samomorilnega vedenja v različnih kulturnih okoljih (3).

¹⁶ Vključitvena zapoved oziroma prioriteta, ki se nanaša na to, katere vidike oziroma osebe je treba vključiti v raziskovanje.

¹⁷ Določeni s strani več subjektov.

Vendar je v tradicionalnih medkulturnih raziskavah težko odločiti, katere spremenljivke predstavljajo 'kulturo' in jih zato ne bi smeli nadzorovati, ter katere spremenljivke ne in bi jih zato bilo treba nadzorovati. Poleg tega mora biti medkulturna psihologija vedno najprej 'kulturna psihologija', da bo lahko smiselna. Kulturna psihologija skuša razumeti, kako na vedenje vpliva družbeni kontekst, v katerem se pojavlja (18). Na tem mestu lahko besedo 'psihologija' enostavno nadomestimo z besedo 'suicidologija'. To pomeni, da variacije znotraj kulture lahko osvetlijo, kako kulturno okolje oblikuje mišljenje in vedenje ter obratno (19). Z drugimi besedami, imeti kulturni pogled na svoje raziskave v bistvu pomeni, da se pri analizah upošteva sociokulturni kontekst in ne zgolj preučuje posameznika ali skupino, ki je brez konteksta.

Ker kultura in socialno okolje nista niti statični entiteti niti neodvisni, vzročni, pojasnjevalni ali celo merljivi spremenljivki na tem področju, so potrebne raziskave, ki uporabljajo različne oblike kvalitativne metodologije in dajo priložnost odgovoriti na vprašanja 'kaj', 'kako' in 'zakaj'. Kvalitativno raziskovanje tako omogoča osredotočanje na razumevanje pomenov samomorilnega vedenja v različnih socialnih in kulturnih kontekstih (3). Metodologija kulturne psihologije in kulturne suicidologije mora biti sistemska, idiografska in kvalitativna (20). Z različnimi oblikami kvalitativnih analiz se lahko razloži in razvije razumevanje, kako kulturni dejavniki prispevajo (ali ne) k samomorilnemu procesu.

Kvalitativni pristop v suicidologiji se uporablja pri proučevanju družbenih predstav, stališč in vrednot, povezanih s samomorom (med različnimi skupinami posameznikov, kot so mladostniki, študentje, starejši, strokovnjaki, politiki idr.), medijskih predstav in poročanja o samomoru ipd. (7). Vendar tudi na tem področju poudarek ostaja na kvantitativnih pristopih, ki pa so potencialno omejevalni po obsegu in možnosti pridobivanja novega znanja.

Posebnosti kvalitativnega raziskovanja samomorilnega vedenja

Posebnosti zbiranja podatkov pri kvalitativnem raziskovanju samomorilnega vedenja

Kvalitativno raziskovanje je izrazito osredotočeno na to, kaj je pomembno za udeležence – udeležence oz. podatke, ki jih podajo, postavlja v ospredje. To pa pomeni, da je pot raziskovanja polna presenečenj, ker raziskovalci ne morejo vnaprej vedeti, kakšne podatke bodo udeleženci podali. Pustiti podatkom, da se razvijejo, kot se, lahko predstavlja še posebno velik izziv pri občutljivih raziskovalnih vprašanjih. Eno izmed občutljivejših raziskovalnih področij so samomori oz. samomorilno vedenje, saj so samomorilne misli, samomorilno vedenje in žalovanje po samomoru globoko osebni procesi (21). To pa s seboj prinaša posebnosti raziskovanja, na katere morajo biti raziskovalci pozorni tako z vidika skrbi za kakovost in veljavnost raziskav kot z etičnega vidika skrbi za udeležence. Pri kvalitativnem raziskovanju samomorilnega vedenja je treba zelo previdno graditi most med znanstvenimi, strokovnimi in analitičnimi cilji raziskovanja ter osebnimi zgodbami, izkušnjami in občutji udeležencev raziskave.

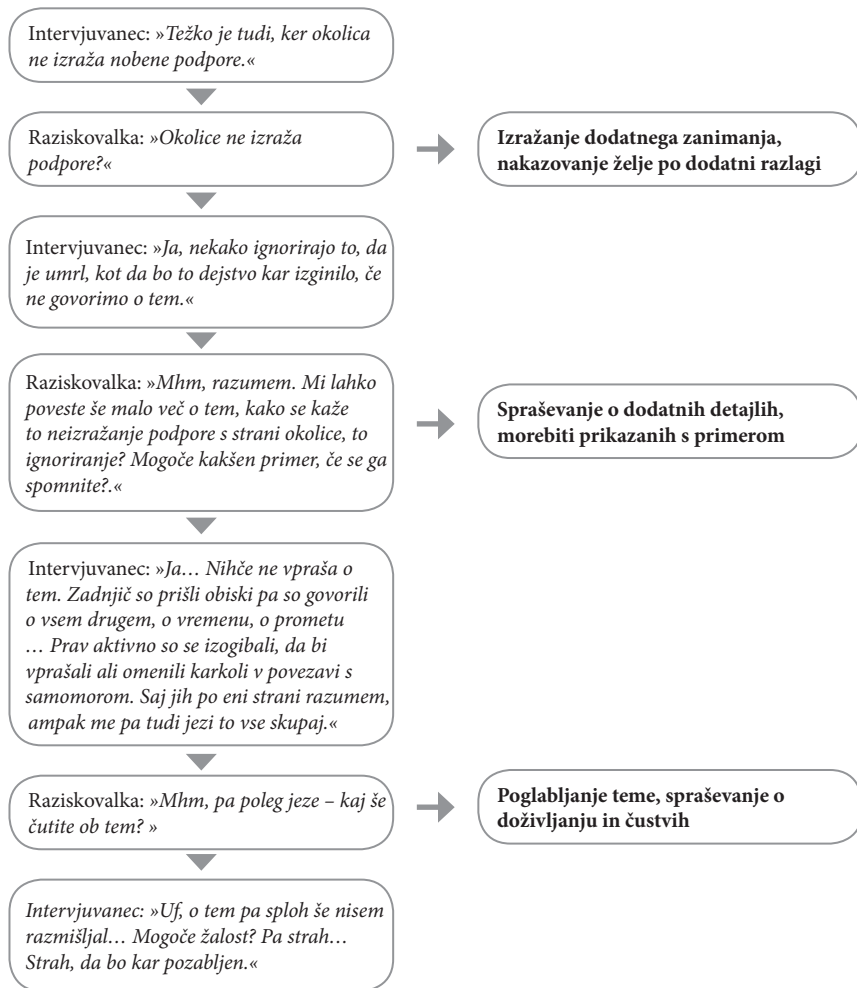
Prvi korak pred začetkom zbiranja podatkov je poznavanje in razumevanje prevladujočih stališč in dožemanja samomora v določeni družbi, kulturi ali skupini ljudi, v kateri samomor preučujemo. Razumevanje in razlaganje samomorilnega vedenja je namreč močno vpeto v sociokulturne značilnosti družbe, iz katere izhajajo udeleženci raziskav (22). To razumevanje omogoča pridobivanje veljavnih in resničnih podatkov ter primerno skrb za občutke in čustva udeležencev raziskave. Zavedanje vpetosti samomora v sociokulturni kontekst med samim raziskovanjem zajema tudi usmerjanje pozornosti na rabo jezika.

To, kako udeleženci uporabljajo jezik pri opisovanju samomorilnega vedenja in izkušenj, je pokazatelj tega, kakšen pomen pripisujejo izkušnjam in fenomenom (čutnim zaznavam, pojavom) (23). Raziskovalci pri zbiranju podatkov tako tudi svoje besedišče prilagajajo razumevanju samomorilnega vedenja v določeni kulturi, pri tem pa spremljajo rabo jezika udeležencev in se nanjo primerno uglašijo.

Pri raziskovanju samomorilnega vedenja je še posebno pomemben način zastavljanja vprašanj. Samomor je namreč še vedno močno zaznamovan s stigmo (24), žaljujoči po samomoru (ne zgolj bližnji, temveč vsi, ki se jih je samomor kakorkoli dotaknil) in osebe po samomorilnem poskusu pa se poleg žalosti pogosto borijo še z občutki krivde in sramu (25), ki lahko vodijo v željo po skrivanju doživljanja pred okolico. Raziskovalna drža pri pridobivanju podatkov mora zato izražati odprtost ter iskreno željo po razumevanju, ne pa obsojanja (26).

Nadalje se pri kvalitativnem raziskovanju samomorilnega vedenja poraja vprašanje, katera metoda raziskovanja oz. zbiranja podatkov je najprimernejša. Kvalitativne podatke lahko zbiramo na številne različne načine, npr. z analizo dokumentov, opazovanjem, fokusnimi skupinami ali intervjuji (27). Pri izbiri metode je pomembno upoštevati tako raziskovalno vprašanje kot značilnosti udeležencev, vključenih v raziskavo. Pri občutljivih temah, kot je samomorilno vedenje, je pogosto najprimernejša metoda individualni intervju (28). Ta omogoča pridobitev zaupanja udeležencev, ustvarjanje varne atmosfere odprtosti in sprejemanja, zmanjšanje vpliva občutkov krivde in stigme na kakovost in količino zbranih podatkov. Našteto so pogoji tako za pridobitev veljavnih podatkov kot za njihovo etično zbiranje. Intervjuji namreč preko poglobljenega posvečanja posameznemu udeležencu omogočajo skrb zanj ter tudi pridobivanje poglobljenih podatkov o preučevanem raziskovalnem vprašanju (23).

Čeprav je proces intervjuvanja na prvi pogled podoben pogovoru, pa za intervjuje veljajo drugačna pravila. Raziskovalci izražajo interes, želijo vedeti več, tudi pri temah, o katerih ljudje v pogovorih ne sprašujejo poglobljeno oziroma se jim raje izognejo, saj so neprijetne, vir stigme, sramu ali občutkov krivde. Ravno te teme za raziskovalce predstavljajo srž interesa. Poglobljen intervju sega pod raven vsakodnevnega pogovora v poglobljeno raziskovanje dogodkov, izkušenj, občutkov in doživljanj (23). Pri pridobivanju podatkov namreč ni pomembno samo, kaj se je 'zares' zgodilo oz. se dogaja, temveč predvsem, kako udeleženci razumejo in si tolmačijo to, kar se je zgodilo oz. se dogaja (29). Namen izvajanja intervjujev je razumevanje perspektive udeležencev raziskave, kar omogoča postavljanje poglobljenih vprašanj, s katerimi raziskovalec in udeleženec skupaj iščeta odgovore na raziskovalna vprašanja (28). Poleg zastavljanja vprašanj izvajanje intervjujev zajema tudi odzivanje na odgovore. Pozorno poslušanje, izražanje zanimanja in neverbalno spodbujanje govora je treba nadgraditi z verbalno motivacijo udeležencev, naj podrobno opišejo svoje izkušnje in doživljanja. Namen teh spodbud je udeležencem pomagati, da izrazijo svoja občutja in da razložijo pomeni, ki jih pripisujejo izkušnjam. Pri tem je pomembno, da se raziskovalci izogibajo nehotenemu vsiljevanju svojih prepričanj v oblikovanje in postavljanje vprašanj, tako da postavljajo vprašanja odprtega tipa ter ves čas preverjajo, kaj povedano pomeni za udeleženca, ne da bi predvidevali, kaj pomeni (23). Npr. če udeleženec, ki žaluje po smrti bližnjega zaradi samomora, reče, da okolica ne izraža podpore, ga raziskovalec nadalje vpraša, kako se to kaže in čuti oz. ga povpraša o dodatnih podrobnostih (slika 15.2). Tako doseže, da interpretacije resnično izhajajo iz izkušenj udeležencev in ne iz lastnih predpostavk.



Slika 15.2. Primer poteka raziskovanja v poglobljenem intervjuju

Pri izvajanju intervjujev se je treba prilagajati tako občutljivosti teme kot ranljivosti udeležencev, vključenih v intervju (npr. oseb po samomorilnem poskusu, žalujočih po samomoru). Bolj kot je tema občutljiva in bolj kot so življenja udeležencev zaznamovana s to temo, previdneje in manj vsiljivo je treba zastavljati vprašanja. Udeleženci se lahko med intervjujem spominjajo zelo bolečih vsebin in poročajo o njih, na to pa se morajo raziskovalci znati primerno odzivati. Pri tem je pomembno zavedanje, da je skrb za dobrobit udeležencev pomembnejša od skrbi za pridobivanje zanimivih podatkov. Raziskovalci morajo znati prepoznati, kdaj je primerno nadalje spraševati o določeni temi, kdaj pa gre za področje, ki je za posameznika preveč boleče, da bi lahko poglobljeno govoril o tem. Pri tem pomaga spretnost aktivnega poslušanja – poslušanje in pozorno opazovanje udeležencev, prepoznavanje njihovih občutij, čustev in morebitnega podoživljanja bolečih vsebin ter razumevanje povedanega s stališča udeležencev. Individualni intervjuji se morajo z vidika skrbi za udeležence vedno zaključiti na pozitivni noti oz. na ravni vsakodnevne pogovora, kar je doseženo preko postopnega postavljanja vprašanj, ki udeleženca vodijo k razmišljanju o nevtralnih ali pozitivnih temah. Prav tako je pomembno po koncu pogovora vedno preveriti počutje udeleženca in mu po potrebi nuditi kontakte strokovne pomoči (23).

Udeleženci kvalitativnih raziskav samomorilnega vedenja pogosto predstavljajo ranljivo skupino za samomorilno vedenje (npr. osebe s preteklim samomorilnim poskusom ali žalujoči po samomoru) (21). Ob razmišljanju o ranljivosti udeležencev kvalitativnih raziskav o samomorilnem vedenju se pojavi vprašanje, ali jim sodelovanje v tovrstnih raziskavah škodi oz. ali tveganja presegajo koristi. Rezultati metaanalize kažejo, da sodelovanje v raziskavah samomorilnega vedenja pri udeležencih ne povzroča stresa, temveč ravno nasprotno, ga znižuje, prav tako pa se zniža samomorilna ideacija in verjetnost samomorilnega vedenja (30). Kljub temu pa je treba zaradi občutljivosti teme in potencialne ranljivosti udeležencev posebno skrb nameniti njihovem dobremu počutju in dobrobiti, saj lahko kvalitativno raziskovanje samomorilnega vedenja pri udeležencih sproža (močne) čustvene odzive.

Načinov, kako poskrbeti za udeležence, je več in so odvisni od posamezne izbrane metode. V vsakem delu raziskovalnega procesa, torej pred začetkom, med raziskavo in ob koncu, pa je treba v sklopu zbiranja podatkov poskrbeti tudi za dobrobit udeležencev (21):

- pred začetkom je treba posebno pozornost nameniti etični pripravi na raziskovanje (npr. priprava obveščenega soglasja). Še pred začetkom zbiranja podatkov je pomembno poskrbeti za udobje udeležencev na način, da udeleženci, kolikor je možno, izberejo lokacijo in termin zbiranja podatkov. Udeležencem je treba pojasniti načelo in meje zaupnosti, varovanje podatkov ter jim predstaviti teme intervjuja s posebnim opozorilom, da lahko na katerikoli točki prenehajo sodelovati v raziskovalnem procesu;
- med zbiranjem podatkov je pomembno, da raziskovalni proces poteka na način, v katerem imajo udeleženci občutek, da jih raziskovalci ne obsojajo ter da so njihove izkušnje prepoznane kot pomembne in smiselne ter ne kot patološka vedenja. Že sam raziskovalni proces pri individualnih intervjujih omogoča to, da lahko udeleženci reflektirajo, kako sodelovanje v raziskavi vpliva na njihovo počutje, kar je dodatni vidik skrbi za počutje udeležencev;
- tudi ob koncu zbiranja podatkov je pomembno oceniti, kako se udeleženci počutijo po koncu raziskovalnega procesa, ki se mora vedno zaključiti na nevtralni ali pozitivni noti. Če je možno, je priporočljivo tudi spremljanje udeležencev še nekaj časa po udeležbi v raziskavi z namenom preverjanja njihovega počutja oz. z namenom izogibanja negativnemu vplivu sodelovanja v raziskavi na njihovo dobrobit. Utrjevanje morebitnih pozitivnih učinkov sodelovanja v raziskavi pa zajema predvsem ozaveščanje udeležencev o tem, kako s svojim sodelovanjem prispevajo k razumevanju in preprečevanju samomorilnega vedenja.

Poglobljeni individualni intervjuji torej predstavljajo kvalitativno raziskovalno metodo, ki je lahko še posebno učinkovita pri raziskovanju samomorilnega vedenja. Vendar pa je na voljo še mnogo drugih kvalitativnih raziskovalnih metod (npr. opazovanje, fokusne skupine, analize dnevniških zapisov, analize fotografij ali risb, analize medijskega poročanja), ki lahko pomagajo raziskovati in razumeti samomorilno vedenje, tako v kombinaciji z intervjuji kot samostojno. Pri vsaki izbrani metodi je pomembno ostajati čim bližje podatkom in zgodbam udeležencev ter v skladu s tem fleksibilno in premišljeno voditi raziskovalni proces. To omogoča tako kvalitetno zbiranje podatkov kot morebitno nudenje psihološke podpore udeležencem ob soočanju s spomini na pretekle neprijetne izkušnje. Ne glede na to, kako dobra ali kakovostna je izbrana metoda, zbrani podatki, rezultati in analize ne bodo kakovostni, če je raziskovalec ne bo uporabil na primeren način.

Pomembno torej ni zgolj to, katera metoda je izbrana, temveč tudi, kako je uporabljena (23). Dejanska kompetentnost oz. spretnost raziskovalcev je pri kvalitativnem raziskovanju izjemnega pomena, saj pogosto ni zapisanih formul, ki bi se jih lahko natančno držali, temveč je veljavnost raziskave v veliki meri odvisna od tega, kako spretno je raziskovalec zbiral, analiziral in interpretiral zbrane podatke (31).

Vrednote in občutenja raziskovalcev pri kvalitativnem raziskovanju samomorilnega vedenja

Samomor je področje, na katerem si nasprotujejo različna mnenja in vrednote, ker se dotika osnovnih eksistencialnih vprašanj življenja, smrti, svobode, izbire ipd. Vrednote in prepričanja v znanosti ter med suicidologi vplivajo na načine ter razloge za izvajanje raziskav ter potrebo po tem, da samomor razlagamo in preprečujemo. Pogosto je to področje neraziskano, saj se pozornost redko posveča raziskovanju vrednot strokovnjakov. Če je v ozadju raziskovanja vedno želja po preprečevanju, je lahko nehote prisotna pristranskost.

Izhodišča kvantitativnega raziskovanja postavljajo raziskovalca v položaj objektivnega, nepristranskega, zunanjega opazovalca, ki na zbrane podatke ne vpliva, temveč jih zbira in analizira takšne, kot so (32). Kvalitativno raziskovanje pa prepoznava drugačno vlogo raziskovalca, saj je raziskovalec razumljen kot nekdo, ki skupaj z udeleženci raziskave soustvarja rezultate in njihovo interpretacijo. Vendar pa je naloga raziskovalcev, v nasprotju z udeleženci, tudi ta, da so zavezani k refleksiji o tem, kaj doprinesejo v raziskovalni proces ter kako to vpliva na njihovo zbiranje, analiziranje in interpretiranje podatkov (33).

V raziskovanju je ključno identificiranje lastnih pogledov, predsodkov (in subjektivnosti) ter tako omogočanje novih razumevanj samomora, ki izhajajo iz sodelovalnega odnosa med raziskovalcem in sodelujočim. Pomembno je torej, da se raziskovalci motivacije za raziskovanje zavedajo, o njej poročajo ter poskušajo ostati čim bolj odprti in sprejemajoči za podatke, ki se ne ujemajo z njihovimi pričakovanji in željami. Sebi in drugim morajo odgovoriti na vprašanja, kakšna je njihova pozicija v odnosu do preučevanega raziskovalnega problema, kakšne rezultate pričakujejo, kakšnih rezultatov si želijo, kaj je motivacija za izbiro raziskovalnega vprašanja/področja. Na ta način je raziskovalni proces čim bližje zbranim podatkom in ne predhodnim prepričanjem raziskovalcev (34).

Collins in Cooper (35) pri tem opozarjata na pomen čustvene inteligentnosti kvalitativnih raziskovalcev, ki je, v kombinaciji z etično držo, ključna pri vzpostavljanju zaupnega odnosa z udeleženci raziskave, pozornem poslušanju pri izvajanju intervjujev ter večji sposobnosti razumevanja in vživljanja v izkušnje ter doživljanja, ki jih udeleženci opisujejo. Čustvena inteligentnost je prav tako pogoj za razumevanje in artikuliranje lastnih stališč, predpostavk in motivacije za raziskovanje ter za opazovanje lastnega doživljanja v raziskovalnem procesu.

Hkrati na raziskovalni proces vpliva tudi občutek kompetentnosti raziskovalcev. Pomen občutka raziskovalne kompetentnosti se pri kvalitativnem raziskovanju samomorilnega vedenja ne razlikuje bistveno od kvalitativnega raziskovanja drugih tem. Vendar pa se poleg raziskovalne kompetentnosti pri raziskovanju samomorilnega vedenja odpira še vprašanje občutka kompetentnosti na področju prepoznavanja stisk udeležencev in odzivanja nanje.

Raziskovalci ne morejo vedeti, kaj se bo v raziskovalnem procesu razkrilo oz. prišlo na plano, zato je med kvalitativnim raziskovanjem samomorilnega vedenja potrebna še posebna previdnost.

Raziskovalci morajo biti večji tudi osnov nudenja prve psihološke pomoči; tj. usmerjanja pogovora s posameznikom na način, da prepoznajo stisko, mu ponudijo potrebno podporo z namenom zmanjšanja trenutne stiske ter ga, če je treba, napotijo po strokovno pomoč (36).

Ob tem je potrebno zavedanje, da raziskovalni intervju ni terapevtski pogovor. Seveda je pomembno, da raziskovalci potencialno stisko zaznajo in se nanjo odzovejo, vendar je njihova vloga še vedno vloga raziskovalca, ne svetovalca ali terapevta (21).

Ohranjanje raziskovalne pozicije je le eden od izzivov kvalitativnega raziskovanja samomorilnega vedenja. Ob osebnih zgodbah, ki jih udeleženci zaupajo raziskovalcem, je naravno, da jim ti želijo pomagati in olajšati njihovo stisko, toda pri tem se morajo zavedati meja raziskovalne vloge. Vendar pa kvalitativno raziskovanje zahteva vpetost v podatke, iskanje interpretacij v globinah, ne zgolj na površju, in trud za zajemanje perspektive udeležencev. Pri kvalitativnem raziskovanju so raziskovalci namreč veliko tesneje vpleteni v podatke kot pri kvantitativnem (37). To pomeni, da težje pobegnejo od žalostnih zgodb in se distancirajo od stisk, saj raziskovalni proces zahteva vpetost in poglobljenost v podatke.

Pri raziskovanju samomorilnega vedenja je lahko tako za raziskovalce izziv, da se ne umaknejo od težkih vsebin, da se jim ne izogibajo in da 'zdržijo' v vsem, kar udeleženec ponudi. Poudarek je na pripravljenosti, da o teh temah ne samo sprašujejo, temveč tudi poslušajo in sprejmejo povedano. Pri težkih temah, kot je samomor, je to lahko še posebej težko in ne predstavlja zgolj raziskovalnega, temveč tudi osebni izziv, ki ima lahko za raziskovalca čustvene posledice. Zato je pomembno, da v času zbiranja in analiziranja kvalitativnih podatkov skrbno spremljajo tudi svoje počutje in se o njem pogovarjajo z mentorji ali raziskovalnimi kolegi. Potrebne so dodatne raziskave na področju doživljanja kvalitativnega raziskovanja samomorilnega vedenja na strani raziskovalcev, da bo moč razumeti, kako tovrstno raziskovanje vpliva nanje in njihovo počutje, ter ugotoviti, kako lahko najbolje poskrbijo zase. Smiselno bi bilo npr. raziskati pojavnost sekundarnega travmatskega stresa pri kvalitativnih raziskovalcih samomorilnega vedenja. Sekundarni travmatski stres, ki je definiran kot skupek psiholoških simptomov, podobnih posttravmatski stresni motnji, se namreč lahko pojavi že ob kratkotrajni izpostavljenosti travmi druge osebe, npr. preko poslušanja njene zgodbe (38).

Pri preventivni skrbi zase in odzivanju na morebitne čustvene posledice izvajanja tovrstnih raziskav so raziskovalcem lahko v pomoč strategije, ki jih predlaga Rager (39):

- pisanje dnevnika, v katerega naj raziskovalci reflektirajo svoje občutke, misli in počutje oz. spremljajo svoj raziskovalni proces ter svoje čustvene, miselne, vedenjske in druge reakcije na ta proces. Dnevnik je prav tako uporabna metoda za bolj poglobljeno analiziranje podatkov;
- intervizije z raziskovalnimi kolegi, v katerih skupina raziskovalcev reflektira vprašanja, ki se jim porajajo v raziskovalnem procesu. Intervizije lahko prav tako izboljšajo analizo podatkov, poleg tega pa dajo raziskovalcem prostor in čas, v katerem lahko odkrito govorijo o svojem doživljanju raziskovalnega procesa, in možnost podpore od raziskovalnih kolegov;
- vključenost v svetovalni proces, ki je izveden na sistemski ravni, torej da univerze ponujajo svetovalno podporo, ki je prilagojena raziskovalcem težkih tem;
- predstavitev rezultatov udeležencem raziskave, ki je pri kvalitativnem raziskovanju že tako priporočljiva z namenom preverjanja veljavnosti rezultatov, npr. raziskovalci udeležencem predstavijo rezultate, ti pa nato izrazijo svoje mnenje o tem, ali raziskava

pravilno portretira njihove izkušnje. Vendar pa imajo te predstavitve poleg skrbi za veljavnost raziskave tudi blagodejen učinek na počutje raziskovalcev. Raziskovalci lahko namreč izvedo, kako je sodelovanje v raziskavi vplivalo na udeležence ter kaj pozitivnega so odnesli od tega;

- ohranjanje ravnotežja med raziskovalnim in zasebnim življenjem, ki zajema predvsem oblikovanje socialne in čustvene varovalne mreže. Pomembno je tudi preventivno izvajanje tehnik za soočanje s stresom, udejstvovanje v hobijih, kakovostno preživljanje prostega časa in dovolj časa za počitek. To je pomembno v vsakodnevnem življenju, kar pomeni tudi, da si raziskovalci ne smejo naložiti preveč raziskovalnega dela v enem dnevu, npr. bolje je, da v enem dnevu izvedejo zgolj en poglobljen intervju, prepisujejo in analizirajo ga naslednji dan, in šele nato izvedejo drug intervju.

Poiskati je torej treba ravnotežje med usmerjenostjo vase z namenom zavedanja svojih prepričanj, občutij, motivacije, občutka kompetentnosti in pripravljenosti za raziskovanje na eni strani ter usmerjenostjo v udeleženca z namenom nudenja prostora in časa, da podeli svojo zgodbo ter po potrebi dobi ustrezno podporo, na drugi (40).

Etični vidiki kvalitativnega raziskovanja

Preučevanje samomorilnega vedenja je in mora biti vedno reflektirano skozi etiko raziskovanja. Zaradi občutljivosti tematike mora raziskovalec imeti vedno pred seboj ne le dobrobit, ki jo potencialna raziskava lahko ima za družbo, temveč se mora izpraševati tudi o tem, kako sodelovanje v raziskavi vpliva na posameznega udeleženca.

Zanimivo je preučevanje razlik v dolgotrajnosti postopkov za pridobivanje soglasij od komisij za etičnost raziskovanja med kvalitativnimi in kvantitativnimi raziskavami. Izkušnje kažejo, da je kvantitativno raziskovanje navadno razumljeno kot etično nesporno, ker je 'objektivno' ter daje občutek, da ne škoduje. Kvalitativne metode pa naj bi bile etično bolj vprašljive, verjetno tudi zato, ker uporabljajo pristope, ki so redkejši ali preučujejo tista področja suicidologije, ki so še nenaslovljena (npr. uporablja se individualizirana nestandardizirana vprašanja za intervju) (41). Seveda je tudi kvalitativno raziskavo treba poglobljeno obravnavati z mero kritične distance, da se preučita njena vrednost in etična nespornost.

Hkrati se ob preučevanju etične ustreznosti raziskav redko posveča dovolj pozornosti procesom raziskovanja in občutenju udeležencev. V velikih kvantitativnih raziskavah je zaradi narave dela skoraj nemogoče preverjati vsa občutenja oz. se nanje primerno odzivati, medtem ko kvalitativno raziskovanje ravno to omogoča. Primer takšnega reflektiranja so vprašanja preverjanja razpoloženja in razbremenitve ob zaključevanju individualnih pogovorov. Ob teh številni udeleženci izrazijo osebno olajšanje in korist (42), četudi je sam pogovor lahko na nekaterih mestih vzbudil neugodna čustva in naslovil boleče vsebine. Kvalitativno raziskovanje hkrati zaradi individualiziranega pristopa omogoča opolnomočenje ljudi skozi sodelovanje v raziskavah (denimo lahko tudi zmanjša stisko), medtem ko je pri kvantitativnih pristopih opolnomočenja precej manj ali ga sploh ni, saj je poudarek na statističnih podatkih. Ne glede na vrsto raziskave mora biti ravno zato še posebej zagotovljeno, da so raziskave izvajane kakovostno in da ne prihaja do zlorab.

Zaključek in usmeritve za naprej

Zaradi kompleksnosti samomorilnega vedenja je treba k njegovemu preučevanju pristopiti z različnih zornih kotov oz. znanstvenih disciplin. Kvalitativne raziskave lahko pomagajo razumeti individualne in socialne perspektive ter premagati razlikovanje med socialnim in individualnim, medtem ko kvantitativni raziskovalni načrti in predvsem analiziranje velike količine podatkov (tudi s pomočjo analize masovnih podatkov, angl. big data) predstavljajo način posploševanja z razširjanjem naučenega na širšo populacijo. Kvalitativno in kvantitativno raziskovanje skupaj v obliki mešanih raziskovalnih metod (angl. mixed methods) verjetno najbolj celostno prispevata k raziskovanju samomora in samomorilnega vedenja.

Reference

1. Denzin NK, Lincoln YS. *The SAGE handbook of qualitative research*. 3rd ed. London: Sage Publications; 2005.
2. Leenaars A. *Psychotherapy with suicidal people: a person-centred approach*. London: Wiley; 2004. doi: 10.1002/9780470713419
3. Hjelmeland H, Knizek L. Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide Life Threat Behav*. 2010;40(1):74–80. doi: 10.1521/suli.2010.40.1.74
4. Fitzpatrick SJ, Hooker C, Kerridge I. Suicidology as a social practice. *Soc Epistemol*. 2015;29(3):303–22. doi: 10.1080/02691728.2014.895448
5. Flick U. Concepts of triangulation. V: Flick U, urednik. *Qualitative research kit: managing quality in qualitative research*. London: Sage Publications; 2007. str. 38–54. doi: 10.4135/9781849209441
6. Cutcliffe JR, Links PS. Whose life is it anyway? An exploration of five contemporary ethical issues that pertain to the psychiatric nursing care of the person who is suicidal: part one. *Int J Ment Health Nurs*. 2008;17(4):236–45. doi: 10.1111/j.1447-0349.2008.00539.x
7. Kuzmanić M, Poštuvan V. Qualitative research in suicidology: values, strengths and ethical issues. V: Schweizer K, Christel T, Ullrich A, Huber GL, Lim L, von Lautz A idr., uredniki. *Qualitative psychology nexus*. Vol. 10, Values and diversity in qualitative research. 1st ed. Tübingen: Center for Qualitative Psychology; 2012. str. 163–77.
8. Valach L, Michel K, Young R, Dey P. Stories of attempted suicide: suicide career, suicide project, and suicide action. V: Valach L, Young R, Lynam J, uredniki. *Action theory: a primer for applied research in social sciences*. London: Praeger; 2002. str. 153–71.
9. Rogers JR, Soyka KM. "One size fits all": an existential-constructivist perspective on the crisis intervention approach with suicidal individuals. *J Contemp Psychother*. 2004;34(1):7–22. doi: 10.1023/B:JOCP.0000010910.74165.3a
10. Leenars AA. In defense of the idiographic approach: studies of suicide notes and personal documents. *Arch Suicide Res*. 2002;6(1):19–30. doi: 10.1080/13811110213125
11. O'Connor RC, Sheehy NP, O'Connor DB. A thematic analysis of suicide notes. *Crisis*. 1999;20(3):106–14. doi: 10.1027/0227-5910.20.3.106
12. Cavanagh J, Carson A, Sharpe M, Lawrie S. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. 2003;33(5):395–405. doi: 10.1017/s0033291702006943
13. Kelly TM, Mann JJ. Validity of DSM-III-R diagnosis by psychological autopsy: a comparison with clinician ante-mortem diagnosis. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;94(5):337–43. doi: 10.1111/j.1600-0447.1996.tb09869.x
14. White J. What can critical suicidology do? *Death Stud*. 2017;41(8):472–80. doi: 10.1080/07481187.2017.1332901
15. Bantjes J, Swartz L. "What can we learn from first-person narratives?" The case of nonfatal suicidal behavior. *Qual Health Res*. 2019;29(10):1497–507. doi: 10.1177/1049732319832869
16. Skehan J, Maple M, Fisher J, Sharrock G. Suicide bereavement and the media: a qualitative study. *Adv Ment Health*. 2013;11(3):223–37. doi: 10.5172/jamh.2013.11.3.223
17. Bradbury M. *Representations of death: a social psychological perspective*. London: Routledge; 2012. doi: 10.4324/9780203006283
18. Hjelmeland H. Cultural research in suicidology: challenges and opportunities. *Suicidol Online*. 2010;1(1):34–52.
19. Medin DL, Unsworth SJ, Hirschfeld L. Culture, categorization, and reasoning. V: Kitayama S, Cohen D, urednika. *Handbook of cultural psychology*. New York: The Guilford Press; 2007. str. 615–44.
20. Valsiner J. *Culture in minds and societies: foundations of cultural psychology*. New Delhi: Sage Publications India; 2007. doi: 10.4135/9788132108504

21. Larkin C. What is different about suicidology? Ethical and methodological issues unique to research on suicidal behaviour. V: De Leo D, Poštuvan V, urednika. Reducing the toll of suicide: resources for communities, groups, and individuals. Göttingen: Hogrefe; 2020. str. 205–16.
22. Lester D. Suicide and culture. V: Lester D, Rogers JR, urednika. Suicide: a global issue. Santa Barbara (CA): Praeger; 2013. str. 209–32.
23. Charmaz K. Constructing grounded theory – a practical guide through qualitative analysis. London: Sage Publications; 2006.
24. Sudak H, Maxim K, Carpenter M. Suicide and stigma: a review of the literature and personal reflections. Acad Psychiatry. 2014;32:136–42. doi: 10.1176/appi.ap.32.2.136
25. Cvinar JG. Do suicide survivors suffer social stigma: a review of the literature. Perspect Psychiatr Care. 2005;41(1):14–21. doi: 10.1111/j.0031-5990.2005.00004.x
26. Råheim M, Magnussen LH, Sekse RJ, Lunde Å, Jacobsen T, Blystad A. Researcher–researched relationship in qualitative research: shifts in positions and researcher vulnerability. Int J Qual Stud Health Well-being. 2016;11(1):članek 30996. doi: 10.3402/qhw.v11.30996
27. Banister P, Bunn G, Burman E, Daniels J, Duckett P, Goodley D idr. Qualitative methods in psychology: a research guide. 2nd ed. Maidenhead: McGraw-Hill Education; 2011.
28. DiCicco-Bloom B, Crabtree BF. The qualitative research interview. Med Educ. 2006;40(4):314–21. doi: 10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x
29. Polkinghorne DE. Language and meaning: data collection in qualitative research. J Couns Psychol. 2005;52(2):137–45. doi: 10.1037/0022-0167.52.2.137
30. Blades CA, Stritzke WG, Page AC, Brown JD. The benefits and risks of asking research participants about suicide: a meta-analysis of the impact of exposure to suicide-related content. Clin Psychol Rev. 2018;64:1–12. doi: 10.1016/j.cpr.2018.07.001
31. Whitemore R, Chase SK, Mandle CL. Validity in qualitative research. Qual Health Res. 2001;11(4):522–37. doi: 10.1177/104973201129119299
32. O'Dwyer LM, Bernauer JA. Quantitative research for the qualitative researcher. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2014. doi: 10.4135/9781506335674
33. Glaser BG, Strauss A. The discovery of grounded theory. Mill Valley (CA): Sociology Press; 1967.
34. Glaser BG. Theoretical sensitivity. Mill Valley (CA): Sociology Press; 1978.
35. Collins CS, Cooper JE. Emotional intelligence and the qualitative researcher. Int J Qual Methods. 2014;13(1):88–103. doi: 10.1177%2F160940691401300134
36. Lavrič A, Štirn M. Psihosocialna pomoč po nesrečah in drugih kriznih dogodkih: priručnik za vsakdanjo rabo. Ljubljana: Uprava RS za zaščito in reševanje; 2016.
37. Green J, Willis K, Hughes E, Small R, Welch N, Gibbs L idr. Generating best evidence from qualitative research: the role of data analysis. Aust N Z J Public Health. 2007;31(6):545–50. doi: 10.1111/j.1753-6405.2007.00141.x
38. Baird K, Kracen AC. Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: a research synthesis. Couns Psychol Q. 2006;19(2):181–8. doi: 10.1080/09515070600811899
39. Rager KB. Self-care and the qualitative researcher: when collecting data can break your heart. Educ Res. 2005;34(4):23–7. doi: 10.3102/0013189x034004023
40. Holloway I, Biley FC. Being a qualitative researcher. Qual Health Res. 2011;21(7):968–75. doi: 10.1177/1049732310395607
41. Eide P, Kahn D. Ethical issues in the qualitative researcher – participant relationship. Nurs Ethics. 2008;15(2):199–207. doi: 10.1177/0969733007086018
42. Omerov P, Steineck G, Dyregrov K, Runeson B, Nyberg U. The ethics of doing nothing. Suicide-bereavement and research: ethical and methodological considerations. Psychol Med. 2013;44(16):3409–20. doi: 10.1017/S0033291713001670

Psihološka avtopsija in njena uporabnost pri raziskovanju samomora

Urša Mars Bitenc, Peter Pregelj, Tomaž Zupanc

Ključni poudarki poglavja

- Psihološka avtopsija se uporablja za ugotavljanje dejavnikov tveganja za samomor ter razumevanje samomorilnega procesa in življenja posameznikov, ki so umrli zaradi samomora.
- Psihološka avtopsija poteka v obliki intervjujev s svojci in drugimi bližnjimi osebami – informatorji, ki so pokojnika dobro poznali in so bili v stiku z njim v zadnjih dneh, tednih, mesecih pred smrtjo.
- Raziskave s psihološkimi avtopsijami so lahko kvalitativne, v okviru katerih potekajo poglobljeni intervjuji z informatorji, ali kvantitativne, ki pogosto, ne pa vedno, vključujejo tudi primerjalno skupino.
- Intervjuji so osredotočeni na življenje pokojnikov, morebitne pretekle samomorilne poskuse, okoliščine smrti, preteklo vključenost v zdravstveno obravnavo, duševne motnje, osebnostne značilnosti, načine spoprijemanja z življenjskimi preizkušnjami, vrsto in količino socialne podpore.
- Kljub nekaterim metodološkim pomanjkljivostim nudijo psihološke avtopsije poglobljen vpogled v okoliščine samomora in življenje pokojnikov pred smrtjo.

Povzetek

Izraz psihološka avtopsija je uvedel suicidolog Edwin S. Schneidman. Sprva so to metodo uporabljali predvsem za preiskovanje nejasnih smrti in določanje krivdne odgovornosti. Danes razumemo psihološko avtopsijo kot sistematično metodo za ugotavljanje in razumevanje psiholoških in okoljskih dejavnikov, ki so bili prisotni pred samomorom. V okviru psiholoških avtopsij se izvedejo intervjuji s svojci in bližnjimi osebami umrlega zaradi samomora. Imenujemo jih informatorji; pokojnika so dobro poznali in so bili v stiku z njim v mesecih pred smrtjo. Število informatorjev za enega pokojnika je v raziskavah različno; lahko je vključen samo eden ali pa jih raziskovalci k raziskavi povabijo več ter se z vsakim posebej pogovorijo o pokojniku. Psihološka avtopsija vključuje poglobljene polstrukturirane intervjuje o življenju in značilnostih pokojnika. Podatke o informatorjih lahko raziskovalci dobijo iz nacionalnih registrov samomora, preko policije ali mrliških oglede. V primerjalnih raziskavah s kontrolno skupino vključijo bodisi svojce in bližnje posameznikov, ki so umrli nenadno, bodisi še živeče posameznike. Pri nas psihološke avtopsije z namenom ugotavljanja dejavnikov tveganja za samomor niso pogoste, do zdaj so bile izvedene tri takšne raziskave. Metoda psihološke avtopsije ni brez pomanjkljivosti. Pomembni metodološki težavi sta okrnjenost in nezanesljivost informacij, pridobljenih v intervjujih z informatorji. Po smrti lahko namreč prihaja do pristranskega priklica informacij o pokojniku ter izkrivljenih spominov. Nezanesejive informacije o pokojniku so lahko tudi posledica nepoznavanja določenih dejavnikov in značilnosti ali namernega prikrivanja informacij. Ob upoštevanju novejših smernic za izvedbo psiholoških avtopsij ostaja to koristna metoda za preučevanje in razumevanje samomora.

Uvod

Izraz psihološka avtopsijsa, uporablja se tudi izraz psihološka obdukcija (angl. psychological autopsy, post-mortem proxy-based interviews), je v poznih petdesetih letih prejšnjega stoletja uvedel Edwin S. Shneidman, ameriški klinični psiholog, suicidolog in tanatolog¹. Sodeloval je s Centrom za preprečevanje samomora v Los Angelesu, ki je deloval pod okriljem losangeleške sodne medicine (1). Psihološko avtopsijsijo je zasnoval z namenom pomagati zdravnikom in patologom pri razjasnjevanju dvoumnih in negotovih vzrokov smrti (2). Z informacijami o pokojniku, zbranimi iz osebnih dokumentov, zdravstvenih, policijskih in mrliških evidenc ter informacij, pridobljenih od družine, prijateljev in sodelavcev v intervjujih, so lahko rekonstruirali življenje umrle osebe (1).

Shneidman je definiral naslednja področja, ki so jih vključevali v psihološke avtopsijsije (1):

1. osebni podatki pokojnika (starost, zakonski stan, veroizpoved),
2. okoliščine smrti,
3. oris zgodovine pokojnika z morebitnimi preteklimi samomorilnimi poskusi,
4. družinska obremenjenost s samomorom,
5. osebnost in življenjski slog pokojnika,
6. pokojnikov odziv na stres, čustveni pretresi,
7. nedavni dogodki (stresorji, napetosti, pričakovanje težav),
8. uživanje alkohola in drog,
9. medosebni odnosi,
10. nedavne spremembe navad in rutin,
11. informacije o načrtovanju prihodnosti in uspehah,
12. ocena namere samomora,
13. ocena smrtonosnosti metode samomora,
14. odziv informatorjev na smrt ter
15. druge pripombe in značilnosti primera.

Psihološke avtopsijsije so takrat izvajali predvsem za razjasnjevanje nepojasnjenih vzrokov smrti in odločanje o morebitni odgovornosti za samomor, izhajajoče iz medicinskih napak oz. pomanjkljive obravnave, stranskih učinkov zdravil in v kazenskih primerih (1). Danes se psihološke avtopsijsije pogosto uporabljajo v raziskovalne namene, da bi razumeli in s tem lažje preprečevali samomore ter pomagali ljudem pri soočanju s samomorom ljubljene osebe (3). Izraz psihološka avtopsijsa torej pomeni »sistematično metodo, ki se uporablja za razumevanje psiholoških in kontekstualnih okoliščin pred samomorom« (4).

Psihološke avtopsijsije pogosto, ne pa vedno, vključujejo dve preučevani skupini: osnovno in primerjalno. V osnovni skupini so osebe, ki so umrle zaradi samomora, v primerjalnih pa bodisi živeči posamezniki bodisi svojci in bližnji posameznikov, ki so umrli zaradi nenadnih smrti. Raziskovalci pridobivajo podatke o pokojnikih in okoliščinah smrti na različne načine. Informacije lahko pridobijo pri bližnjih osebah pokojnega, zdravniških družinske medicine, strokovnjakih za duševno zdravje, v zdravstvenih kartotekah ter obdukcijskem zapisniku in priloženi dokumentaciji (ta je namreč del obdukcijskega zapisnika in vključuje zbrano dokumentacijo o zdravljenju pokojnega, zapisnik o mrliškem pregledu ali napotnico

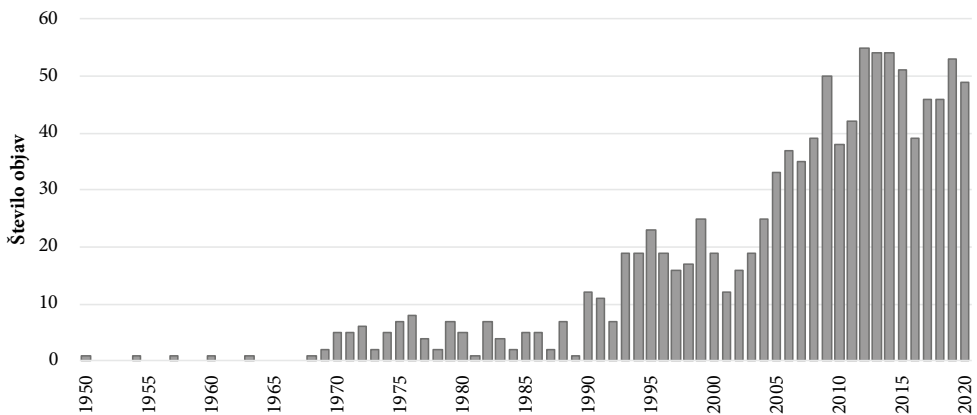
¹ Tanatologija se osredotoča na preučevanje smrti in z njo povezanih posledic.

za obdukcijo z relevantnimi podatki o dogodku in zdravljenju pred smrtjo, morebitna policijska poročila (npr. uradni zaznamek) ali ugotovitve preiskovalnega sodnika na kraju smrti). K sodelovanju v intervjujih vabijo enega ali več informatorjev, ki so pokojnika dobro poznali in so bili v stiku z njim v zadnjih mesecih pred smrtjo. Intervjuji vključujejo tako odprta kot zaprta vprašanja, prav tako pa lahko vključujejo uveljavljene in standardizirane lestvice ter vprašalnike za ocenjevanje različnih psiholoških in psihiatričnih značilnosti posameznika. Intervjuji z informatorji, ki so izgubili bližnjega zaradi samomora, imajo ne le veliko raziskovalno vrednost, ampak tudi dokazano ugoden, celo terapevtski učinek (3, 5–7).

Namen poglavja je predstaviti značilnosti psiholoških avtopsij in metodoloških ter etičnih vprašanj tako o uporabi metode kot o učinkih, ki jih ima sodelovanje v takšnih raziskavah na informatorje.

Izvedba psiholoških avtopsij

Psihološke avtopsije so postale v zadnjih desetletjih vse pogosteje uporabljene pri raziskovanju samomora (slika 16.1). Z naraščanjem števila raziskav se pojavlja tudi potreba po doslednih protokolih in smernicah za njihovo izvedbo. Na nekatera metodološka vprašanja in težave pri izvajanju odgovarjajo različni avtorji v svojih preglednih člankih ter predstavljajo smernice za izvajanje (2, 4, 8–10). Opisujejo različne raziskovalne načrte psiholoških avtopsij, načine izvedbe intervjujev, izbiro informatorjev, čas izvajanja in značilnosti izvajalcev intervjujev ter področja, ki so običajno zajeta.



Slika 16.1. Število objav s ključno besedo psihološka avtopsijska (angl. psychological autopsy) v posameznem letu

Vir podatkov je spletna podatkovna baza publikacij PubMed.

Raziskovalni načrt

Od raziskovalnega vprašanja in zastavljenih raziskovalnih hipotez je odvisno, kakšen raziskovalni načrt bodo raziskovalci izbrali (10). Raziskovalni načrt, ki vključuje primerno izbrano primerjalno skupino, v katero so vključene osebe ali svojci oseb, ki niso umrle zaradi samomora, omogoča preučevanje vloge posameznih dejavnikov tveganja za samomor (4, 10). Kljub temu 1–2 tretjini raziskav, opravljenih s psihološkimi avtopsijami, ne vključujeta primerjalne skupine (2, 11). Nedavno je bilo objavljenih več raziskav, v

katerih je bil uporabljen celo mešani kvalitativno-kvantitativni protokol (12) oziroma so izvajali poglobljene intervjuje z več informatorji o enem primeru samomora ter izvedli fenomenološko analizo podatkov² (14–16). V eni od teh raziskav (14) so preučevali skupino mladih moških, ki so umrli zaradi samomora, pri katerih je bil prisoten maladaptivni perfekcionizem. Ugotovili so, da so sorojenci, bližnji sorodniki, prijatelji in partnerji boljši informatorji o življenju posameznika, saj imajo starši bolj neposreden vpliv na življenje svojih otrok in posledično tudi v intervjujih bolj poudarjajo sprožilne dejavnike kot tiste, ki so posledica predispozicij in zgodnjih življenjskih izkušenj.

Eno glavnih metodoloških vprašanj pri psiholoških avtopsijah je ustrezna izbira primerjalne skupine (2, 10). Kriterije ujemanja med skupino primerov samomora in primerjalno skupino (kot so spol, starost, izobrazba) določijo raziskovalci na podlagi raziskovalnih hipotez; v nekaterih raziskavah jih upoštevajo manj, v nekaterih celo do osem (2). Hawton idr. (10) poudarjajo, da je treba v raziskavah, v katerih so v primerjalno skupino vključene še živeče osebe, razgovore opraviti z informatorji, kot v primerih samomora, in ne s samimi osebami, ki jih preučujemo. Preučevane osebe lahko namreč podajo veliko več informacij, kot bi jih prejeli od informatorjev, kar lahko oteži primerjavo obeh skupin (2). Conner idr. (4) celo predlagajo vključitev obojih; samih subjektov iz primerjalne skupine ter informatorjev. V nekaterih raziskavah za primerjalno skupino izberejo posameznike, ki so umrli nenadno. Vključevanje takšne primerjalne skupine v raziskavo je lahko problematično. Večja pogostost telesnih bolezni, uživanja drog, kajenja, duševnih motenj in višje stopnje tveganega vedenja teh oseb bi lahko popačili rezultate raziskave (2). Pomembno je tudi čustveno stanje informatorjev. Kadar informatorji poročajo o bližnji osebi, ki je umrla zaradi nenadne smrti, je čustvovanje drugačno kot v primerih, ko informatorji poročajo o živečih bližnjih. Arensman idr. (17) predlagajo uporabo dveh primerjalnih skupin. Prvo naj bi predstavljala skupina živečih oseb, ki so po ključnih značilnostih primerljive s primeri samomora. V drugo skupino pa naj bi vključili posameznike s tveganim samopoškodovalnim vedenjem (namerna zastrupitev ali samopoškodovalno vedenje, vključujoč kombinacijo izrazito smrtonosnega načina samopoškodovanja in klinične presoje o resni nameri samomora). Vključitev slednje naj bi omogočala vpogled v dejavnike, vezane na smrtni izid samopoškodovalnega vedenja. Obe predlagani primerjalni skupini vključujeta živeče posameznike, zato avtorji predlagajo, da se intervjuji izvedejo tako s posamezniki kot informatorji, kar lahko služi kot dobra informacija o primerljivosti podatkov, pridobljenih iz druge roke.

Izvedba in narava intervjujev

Intervjuji z informatorji lahko potekajo na domu informatorja ali v kakšnem drugem nevtralnem okolju (10). Conner idr. (4) predlagajo, da se intervju začne z uvodno predstavitvijo namena in narave raziskave ter nadaljuje s pogovorom o pravicah informatorjev do odmorov, izpuščanja ali preskakovanja vprašanj ter popolne ustavitve intervjuja, če bi udeleženec raziskave tako želel. Raziskovalci morajo pred intervjujem pridobiti tudi informirano privolitev³ informatorja za sodelovanje. Udeleženci tako potrdijo, da bodo v raziskavi sodelovali, da so bili primerno obveščeni o vseh pomembnih

² Pri fenomenološkem raziskovanju je cilj osvetliti določeno osebno izkušnjo posameznika in čim bolj opisati doživljanje te izkušnje (13).

³ V strokovni in znanstveni literaturi ter v okviru različnih komisij za etiko se pojavljajo tudi izrazi 'obveščen pristanek', 'informirano soglasje' ter 'prostovoljna in zavestna privolitev po poučitvi'.

vidikih raziskave ter da so povedano tudi razumeli, ker jim je bilo predstavljeno na njim razumljiv in jasen način. Nadalje Conner idr. (4) predlagajo izvedbo polstrukturiranega intervjuja, ki se začne s pogovorom o odnosu med informatorjem in pokojnikom ter okoliščinami in dogodki, ki so privedli v smrt. Nato lahko izvajalec intervjuja preide na bolj strukturiran del pogovora glede podrobnosti o samem samomoru, na koncu pa uporabi še lestvice in vprašalnike o psiholoških značilnostih in drugih okoliščinah posameznika. Če se informatorji sprva izogibajo pogovoru o samomoru, mora raziskovalec to spoštovati in pogovor preusmeriti na druge teme, npr. dosežke pokojnika, morda tudi sodelovati pri ogledu fotografij ali spominkov, če to informator seveda sam predlaga. Te dejavnosti prispevajo tudi k dobremu odnosu med raziskovalcem in informatorjem. Med izvajanjem intervjuja z družinskimi člani ali prijatelji je ključno, da ostanejo raziskovalci prilagodljivi ter so zmožni zaznati tudi psihološke potrebe informatorjev (10). Raziskovalci naj bi na začetku vsakega novega področja, ki ga odprejo v intervjuju, postavljali predvsem vprašanja odprtega tipa (npr. Kakšne so bile okoliščine smrti? Opišite, prosim, kaj se je dogajalo z vašim bližnjim pred smrtjo.), nato pa nadaljevali z natančnejšimi, zaprtimi vprašanji (npr. Ali je v tednu pred smrtjo obiskal zdravnika?). Če začne informator sam govoriti o enem ključnem vidiku pokojnikovega življenja, mora raziskovalec preskočiti na tisti del razgovora in se nato vrniti k drugim temam, ki jih v pogovoru še nista obdelala. Intervjuji potekajo predvidoma v enem delu, čeprav lahko nekateri raziskovalci opravijo tudi več srečanj z informatorji (4). Avtorji še predlagajo, da naj bi se intervjuji končali s pozitivno noto, poudarkom, kako pomembne in koristne so bile vse pridobljene informacije, in iskreno zahvalo informatorjem za njihov čas in trud (10). Nekateri celo predlagajo, da raziskovalci pošljejo pisno zahvalo (4).

Kljub temu da potekajo psihološke avtopsijske v obliki intervjujev, pa to ne pomeni, da gre za poglobljene intervjuje, kot jih poznamo v okviru kvalitativnega raziskovanja. Hjelmeland (18) v svojem prispevku o izvajanju kvalitativnih raziskav na področju suicidologije navaja nekaj pomislekov glede izvajanja psiholoških avtopsij na tradicionalen način. Po njenih izkušnjah in izkušnjah njenih kolegov (14–16, 18) si informacije, pridobljene s strani več informatorjev, lahko nasprotujejo, predvsem tiste, ki se tičejo psihiatrične diagnoze. Predlagajo torej drugačen pristop, z vključitvijo več informatorjev o enem pokojniku, skupina preučevanih pokojnikov pa naj bi bila čim bolj homogena. Poglobljeni intervjuji naj bi se začeli z informatorjevo pripovedjo o lastnem doživetju, kaj je privedlo do samomora njihove bližnje osebe. Raziskovalci naj informatorjem pustijo prosto govoriti in jih ne prekinjajo. Nato lahko zastavljajo specifična vprašanja o različnih kritičnih vidikih pokojnikovega življenja, ki jih informator v intervjuju ni že sam razkril.

Ne glede na to, kakšen pristop si raziskovalci izberejo, je bistveno, da ves čas izvajanja raziskave (prvi stik, izvedba intervjuja, čas po intervjuju) spoštujejo integriteto pokojnika, informatorjem pa ponudijo čas in prostor, da izrazijo svoje misli v svojem tempu in na svoj način (10).

Izbira informatorjev

V nekaterih državah je raziskovalcem na voljo register samomorov, kjer so zbrani podatki o smrtih zaradi samomora. Raziskovalci lahko tudi na druge načine pridobijo informacije o primerih samomora, npr. s sodelovanjem z različnimi službami oz. ustanovami (mrliški ogledniki, državnimi statističnimi uradi in zdravniki družinske medicine) (10). Najbolje je k potencialnim informatorjem pristopiti prek pisma, ki mu sledi telefonski pogovor (10).

Če ni sistematično zbranih informacij o samomorih, lahko raziskovalci pridejo v stik z informatorji tudi preko vabil, ki jih posredujejo po različnih kanalih (spletnih oglasih, e-naslovi, spletnih forumih, socialnih omrežjih) in preko organizacij. Ta pristop je sicer metodološko manj ustrezen, saj lahko nekateri primeri samomora ostanejo spregledani in niso vključeni v raziskavo. Prvi stik naj bi se zgodil nekje med 3 in 12 meseci po smrti, vendar ne v bližini obletnic, rojstnih dni in družinskih praznikov, saj so lahko ta obdobja za žalujoče še posebno obremenjujoča (10).

Najprimernejši informatorji so osebe, ki so pokojnika dobro poznale in so bile v stiku z njim v zadnjih mesecih, tednih in dneh pred samomorom (4). Hawton idr. (10) poročajo, da so starši in partnerji dobri informatorji. V nekaterih primerih pa so bližnji prijatelji lahko bolj informirani o zlorabi substanc, medosebnih težavah in samomorilnih mislih kot npr. starši, še posebno v primeru samomora mlajših oseb (10). Iskanje ustreznih informatorjev je lahko zapleteno, saj nekateri živijo precej osamljeno, v nekaterih primerih pa zdravniki družinske medicine, ki bi predstavljali vez med raziskovalci in informatorji, ne poznajo družinskih članov ali drugih bližnjih oseb pokojnega.

Ko je v raziskavo vključenih več informatorjev, ki poročajo o enem pokojniku, Conner idr. (4) predlagajo ločene intervjuje z vsakim od njih. Če informatorji (običajno družinski člani) vztrajajo pri skupnem intervjuju, je smiselno spoštovati njihovo željo. Vključitev več informatorjev omogoča pridobitev večje količine informacij o pokojniku. Pri tem pa lahko pride tudi do nasprotujočih si informacij, ki jih prejmejo raziskovalci. Združevanje teh in odločanje o tem, katerega od pogledov informatorjev v raziskavi upoštevati, ostaja pomembno metodološko vprašanje psiholoških avtopsij (2, 4), čeprav nekateri raziskovalci za združevanje nasprotujočih si informacij že predlagajo rešitve, kako te pomanjkljivosti preseči (19). Pri preučevanju življenjskih dogodkov je najbolj smiselno upoštevati pritrdilne odgovore kateregakoli informatorja, ob dogodkih, vezanih na družino, pa so najboljši informatorji družinski člani.

Izkušnje iz tujine kažejo, da se 50–60 % svojcev in bližnjih odzove povabilu k raziskavi (10, 20). V slovenski raziskavi (21), ki je vključevala tudi metodo psihološke avtopsije, je bila stopnja odziva oseb, ki so izgubili bližnjega zaradi samomora, 42,5-odstotna. V omenjeni raziskavi so raziskovalci s potencialnimi informatorji stopili v stik preko pisma s pomočjo zdravnika sodne medicine. V raziskavah so tudi ugotavljali, da se svojci in bližnji umrlih zaradi samomora v večji meri odzivajo na povabila k raziskavi kot svojci in bližnji umrlih zaradi drugih nenadnih smrti (10).

Dve pomembni pomanjkljivosti številnih psiholoških avtopsij, vezani na izbor informatorjev, sta pomanjkanje sistematičnega nadzora nad številom informatorjev in naravo odnosa med informatorjem in pokojnikom (2). Značilnosti informatorjev, pokojnikov in vrsta ter bližina odnosov med njimi lahko namreč vplivajo na kakovost informacij, pridobljenih v raziskavi (2, 4, 22). Vplivajo tudi starost in spol informatorjev, pogostost stikov s pokojnikom ter njihov odnos do same tematike (2). Nadalje lahko informatorji v tednih, mesecih ali letih po samomoru doživljajo tesnobo, depresijo ali trpijo za posttravmatsko stresno motnjo; vse to pa je lahko povezano z motnjami spomina (2), ta pa igra pomembno vlogo pri rekonstrukciji dogodkov pred smrtjo in opisovanju značilnosti pokojnikov.

Izvajalci intervjujev

Raziskovalci v psiholoških avtopsijsah so pogosto psihiatri in psihologi, socialni delavci in negovalno osebje (10). Imeli naj bi izkušnje s kliničnimi ali poglobljenimi družboslovnimi intervjuji in tudi sposobnost empatije brez pretirane čustvene vpletenosti (5, 10). Izkušnje in strokovno znanje raziskovalca, ki izvaja intervju, lahko vplivajo na zanesljivost in veljavnost zbranih podatkov, zlasti pri ugotavljanju morebitne diagnoze pokojnikov, ki so umrli zaradi samomora, s pomočjo standardiziranih ali nestandardiziranih orodij (2). Ker zajemajo psihološke avtopsijske težke teme in vključujejo delo z žalujočimi posamezniki, obstaja možnost, da se raziskovalci s težavo spopadajo z določenimi vidiki raziskovalnega dela. Priporočeni so redni stiki z vodjo raziskave in supervizije s spremljanjem čustvenih stanj izvajalcev intervjujev (4, 10).

Čas izvajanja psiholoških avtopsijs

Čas, ki je pretekel med smrtjo in intervjujem, se v raziskavah psihološke avtopsijske giblje med sedmimi dnevi in osmimi leti (2), kar pomeni, da se v tem vidiku psihološke avtopsijske med seboj zelo razlikujejo. Ni namreč optimalnega časovnega intervala, v katerem bi moral potekati pogovor z informatorjem; nekateri raziskovalci predlagajo časovni okvir med dvema in šestimi meseci, drugi pa med tremi meseci in enim letom. Pomembna dejavnika, ki bi lahko vplivala na odločitev glede časovnega okvira intervjujev, sta izguba spominskih sledi in idealizacija pokojnika, ki se lahko zgodi po smrti. Po določenem času se osebe namreč težje spomnijo določenih značilnosti in okoliščin pred smrtjo. S tega vidika bi bilo smiselno intervju izvesti čim prej, dokler so informacije sveže. Vsekakor pa je treba pri izvedbi upoštevati tudi dobrobit informatorjev. Zato nekateri raziskovalci celo predlagajo, da naj bi bili razgovori opravljeni najprej šest mesecev po smrti in ne prej (5, 6).

Predmet raziskovanja

V večini psiholoških avtopsijs se uporabljajo že obstoječa diagnostična orodja za ocenjevanje duševnih motenj na podlagi diagnostičnih sistemov Mednarodne klasifikacije bolezni (MKB) ter Diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj (angl. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM) (10). Najpogosteje uporabljen diagnostični intervju za ugotavljanje možnih duševnih motenj pokojnikov je Strukturirani klinični intervju (angl. Structured Clinical Interview for DSM Disorders; SCID (23)) (4).

Vsi raziskovalci pa ne uporabljajo standardiziranih instrumentov in tudi tisti, ki jih, se odločajo med več različicami istega instrumenta (2); obstajajo na primer različice Strukturiranega kliničnega intervjuja za DSM – SCID I, ki so namenjene bodisi zdravnikom v klinični praksi bodisi raziskovalcem, za uporabo bodisi s pacienti bodisi splošno populacijo (23). Pri tem se postavlja pomembna metodološka dilema glede uporabe standardiziranih instrumentov za oceno psihopatologije s strani informatorjev (2). Noben pripomoček namreč ni prirejen in validiran za pridobivanje informacij o duševnem stanju osebe s strani tretje osebe. Kljub temu obstajajo raziskave, katerih ugotovitve podpirajo uporabo teh pripomočkov z informatorji, saj so v njih dokazali, da se diagnoza, pridobljena neposredno pri preučevani osebi, ujema z diagnozo, ki so jo pridobili v intervjuju z informatorjem (19).

Informacija o tem, kako je oseba umrla (zaradi samomora ali nenadne naravne smrti), lahko vpliva na odločitev raziskovalca o diagnozi duševne motnje pri umrlem. Conner idr. (4) zato predlagajo vključitev dodatnih, t. i. slepih ocenjevalcev v proces raziskave. Ti lahko na podlagi odgovorov informatorjev ocenijo diagnozo, ne da bi vedeli, ali gre za podatke o osebi iz osnovne ali primerjalne skupine. Nekateri raziskovalci (22) celo predlagajo, da

se naslednja generacija psiholoških avtopsij ne bi več osredotočila na diagnosticiranje duševnih motenj. Ugotavljanje diagnoze oseb, ki so umrle zaradi samomora na podlagi informacij, pridobljenih v intervjujih z informatorji, je po njihovem mnenju prevelika metodološka ovira, da bi lahko prišli do zanesljivih in veljavnih zaključkov o dejavnih tveganja za samomor.

Vprašanja o preteklih samomorilnih poskusih so bistveni del psiholoških avtopsij, saj je zgodovina samomorilnega vedenja pomemben dejavnik tveganja za prihodnje samomorilne poskuse (24–26). V raziskavah ugotavljajo, da ljudje, ki umrejo zaradi samomora, pogosto pokažejo svoj namen umreti v zadnjih mesecih, tednih ali dneh pred samomorom (26). V raziskavi z metodo psihološke avtopsije se zbirajo tudi informacije o razkrivanju samomorilnega namena zdravstvenim delavcem, družinskim članom in prijateljem, družinska anamneza psihiatričnih motenj in samomorilnega vedenja ter dostop pokojnikov do sredstev za samomor, kot so razna zdravila, strelno orožje ipd. (2, 4). Kronične bolezni in zdravstvene težave se lahko povezujejo s povečanim tveganjem za samomor, zato se v psiholoških avtopsijah ocenjuje tudi zdravstveno stanje pokojnika v življenju in pred smrtjo (4, 27).

V intervjujih z informatorji raziskovalci raziskujejo tudi psihološke dejavnike, ki so morda vplivali na samomor preučevanih oseb. Del protokola psiholoških avtopsij so tako pogosto osebnostne poteze (impulzivnost, agresivnost), temperament osebe, kognitivno-afektivna stanja, kot je npr. brezup, ter nevrokognitivni primanjkljaji (8, 10). Ti dejavniki lahko negativno vplivajo na dožemanje stresnih situacij in povečajo tveganje za samomor (8).

V psiholoških avtopsijah raziskovalci svojo pozornost usmerjajo tudi na pomembne življenjske dogodke in njihove posledice (11), vključno z negativnimi dogodki v otroštvu, kot so spolna, fizična in psihična zloraba ter zanemarjanje (8). Ocenjevanje življenjskih dogodkov je lahko težavno, saj informatorji nimajo nujno vseh informacij o dogodkih in njihovem vplivu na življenje pokojnega (10), lahko pa jih bližnji bodisi zaradi lastne vpletenosti ali drugih razlogov v intervjujih ne želijo razkriti (8). Raziskovalci razvijajo svoje instrumente ali uporabljajo obstoječe instrumente, kot so Urnik življenjskih dogodkov (angl. Life Events Schedule) (28), Lestvica socialne prilagoditve (angl. Social Readjustment Rating Scale) (29), Seznam ogrožajočih življenjskih izkušenj (angl. Threatening Life Experiences List) (30) in Urnik življenjskih dogodkov za otroke in mladostnike (angl. Life Events Schedule for Children and Adolescents) (31). Uporaba različnih vprašalnikov v raziskavah lahko povzroči neskladne ugotovitve o vlogi škodljivih življenjskih dogodkov pri izvedenem samomoru (2). Conner idr. (4) zato predlagajo ugotavljanje natančnejšega časovnega okvira stresnih življenjskih dogodkov skupaj z določitvijo kroničnosti/akutnosti dogodka, resnosti dogodka ter odnosom med dogodkom in drugimi dejavniki tveganja. Pogovor o stresnih življenjskih dogodkih, v katere so bili vpeti tudi informatorji (npr. ločitev, resni prepiri), morajo raziskovalci v intervjuju načeti diskretno in z veliko mero razumevanja (4).

Med pomembne dejavnike tveganja za samomor, ki jih preučujemo v psiholoških avtopsijah, sodijo tudi izpostavljenost samomoru bližnje osebe ali odmevno medijsko poročanju o samomoru znanih oseb ter drugi situacijski dejavniki, kot so poročanje o samomorih znanih oseb v medijih, izguba službe, izguba pomembnega odnosa z bližnjo osebo (8, 17). Pomemben vidik za razumevanje okoliščin samomora predstavljajo tudi varovalni dejavniki, kot so socialna in družinska opora, verska prepričanja ter obravnava strokovnjakov za duševno zdravje (8).

Izkušnje informatorjev v raziskavah psiholoških avtopsij

Intervjuji imajo lahko različne posledice za same informatorje: občutke stiske in jeze, doživljanje občutkov krivde pa tudi olajšanje ter razumevanje (7, 5). V literaturi, med strokovnjaki, večinoma pa v odborih za etično presojo raziskav obstaja prepričanje, da ima lahko sodelovanje v občutljivih raziskavah škodljive učinke na udeležence, saj odpira stare rane, vodi v vračanje v preteklost in svojem ter bližnjim ne dovoli, da bi preboleli svojo tragično izgubo (32). Takšna stališča izhajajo predvsem iz pomanjkanja znanja, zato je pomembno informirati laično in strokovno javnost o pomenu tovrstnih raziskav na eni ter pozitivnem in včasih celo terapevtskem učinku, ki ga lahko ima udeležba na informatorje na drugi strani (33).

Motivi za sodelovanje v tovrstnih raziskavah se lahko med informatorji razlikujejo in so pogosto prepleteni (3, 34). Najpogosteje navajajo, da je njihov glavni razlog za sodelovanje pomagati drugim. Verjamejo, da lahko s svojo zgodbo, novimi informacijami in spoznanji, do katerih pridejo raziskovalci, pomagajo izboljšati trenutno znanje, ozaveščati o samomoru in pomagati drugim v procesu žalovanja (3, 34). Nadalje navajajo, da želijo preprečiti, da bi se takšne tragedije dogajale drugim, in pomagati tistim, ki doživijo podobno izgubo. Prav tako lahko priložnost za pogovor z izkušeno osebo na področju samomorilnega vedenja motivira svojce in bližnje za udeležbo (34). Žalujoči družinski člani in prijatelji pogosto ne morejo odkrito govoriti o svoji izgubi, občutkih žalosti, krivde in zmedenosti, sodelovanje v raziskavi pa jim daje to možnost.

Žalujoči starši, ki so sodelovali v raziskavi psiholoških avtopsij, so poročali, da so bili pred začetkom zaskrbljeni, napeti in radovedni glede sodelovanja (5). Bali so se, da bo izkušnja mučna, po intervjuju pa so komentirali, da je bilo bolj pozitivno, kot so pričakovali, in da je bilo vredno v raziskavi sodelovati. Med intervjujem lahko informatorji doživljajo čustva žalosti, krivde in jeze (3, 6). Večina jih ceni priložnost, da svobodno izrazijo svoja čustva in misli kompetentnemu in naklonjenemu poslušalcu v zasebnosti svojih domov brez časovnih omejitev (5, 6). Informatorji lahko pred udeležbo v intervjujih v okviru psiholoških avtopsij, med njo in takoj po njej občutijo tesnobo, strah in bolečino. Kljub temu večina poroča o prednostih sodelovanja v raziskavah, npr. o tem, da lahko govorijo o svoji izgubi, so poslušani in slišani, pomagajo drugim, tako da prispevajo k znanju o samomorilnem vedenju, s pogovorom osmislijo svojo izgubo in se po intervjuju počutijo olajšane. Velika večina sodelovanja v takih raziskavah ne obžaluje (5, 7).

Zaradi morebitnega pomanjkanja strokovne in laične podpore po izgubi bližnjega je lahko sodelovanje v intervjuju edina oblika pomoči, ki jo svojci in bližnji po samomoru prejmejo, čeprav primarni namen raziskave ni razbremenitev informatorjev (7). S sistematično pripovedjo o svoji izkušnji si lahko tudi osmislijo izgubo, kar jim pomaga v procesu žalovanja (33).

Uporaba metodologije psiholoških avtopsij na Slovenskem

O pomenu psiholoških avtopsij je v svojih delih pisal začetnik suicidologije na Slovenskem akad. prof. dr. Lev Milčinski (35, 36). Ta metoda je bila uporabljena v različnih raziskavah, usmerjenih v iskanje dejavnikov, povezanih s samomorilnim vedenjem, že povzetih v predhodnih publikacijah (37). V zadnjih letih je bilo v Sloveniji opravljenih več raziskav z uporabo psiholoških avtopsij.

V okviru raziskovalnega projekta z naslovom Vloga serotonina pri samomorilnem vedenju, ki ga je vodila prof. dr. Martina Tomori, je potekala raziskava, ki je vključevala tudi uporabo metode psihološke avtopsije (21). Namen raziskave je bil sicer širši; raziskovalci so preučevali morebitne razlike v pojavljanju izbranih polimorfizmov genov serotoninskega sistema v povezavi s pojavljanjem različnih dejavnikov okolja tako pri posameznikih z agresivnim vedenjem v obdobju pred samomorom kot tistih, ki tovrstnega vedenja pred samomorom niso izražali. Raziskovalci so izvedli strukturirane intervjuje s člani družine, sorodniki, prijatelji in skrbniki 90 posameznikov, ki so med leti 2002 in 2006 umrli zaradi samomora in katerih obdukcije so bile opravljene na Inštitutu za sodno medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani. Med njimi je bilo 63 moških in 27 žensk. V intervjujih so informatorje spraševali o navadah in razvadah pokojnikov, samopoškodovalnem vedenju, osebnostnih značilnostih in pomembnih (stresnih) dogodkih v njihovem življenju, zaposlitvi, odnosih na delovnem mestu, v domačem okolju, partnerskih odnosih in odnosih zunaj družine, o socialno-ekonomskih težavah, rabi alkohola in psihoaktivnih snovi in agresivnem vedenju (nestrpnosti, slabem obvladovanju čustev, sporih, fizičnih obračunih, izgubi nadzora nad jezo, besednih žalitvah, zmerjanju, grožnjah, ustrahovanju, izbruhih, razburjenosti z uničevanjem ali poškodovanjem predmetov, šibkejših in živali, telesnem kaznovanju, napadih znotraj družine in izven nje). V raziskavo so vključili enega do dva informatorja, pregledali pa so tudi razpoložljivo zdravstveno dokumentacijo. Na podlagi informacij o agresivnem vedenju so pokojnike razdelili v dve skupini: tiste z agresivnim vedenjem (42 oseb) in tiste brez agresivnega vedenja (48 oseb). Ugotovili so, da so posamezniki v skupini z agresivnim vedenjem v večji meri doživljali stresne dogodke v času pred samomorom kot tisti v skupini brez izražene agresivnega vedenja. Prav tako so prvi pogosteje poskušali narediti samomor v preteklosti kot slednji. Med skupinama pa niso našli razlik v preučevanih polimorfizmih izbranih genov serotoninske signalne poti, razen v genu regulatornega encima, vključenega v sintezo serotonina, triptofan hidroksilaze 2 (*TPH2*) (Rs 1843809 G16073T) (21, 38).

V raziskavo, kjer so preučevali polimorfizem $-1019C > G$ promotorja serotoninskega receptorja 1A (*5-HTR1A*), so vključili tudi skupino umrlih zaradi samomora, za katere so podatke o pogostosti negativnih življenjskih dogodkov v mesecu pred samomorom zbrali v okviru opravljenih psiholoških avtopsij. Med skupinama z genotipoma CC in CG/GG je bila razlika v pogostosti pojavljanja negativnih življenjskih dogodkov pred samomorom, vendar se nista razlikovali v pogostosti pojavljanja teh dogodkov v otroštvu. Prav tako niso dokazali pomena izbranih polimorfizmov promotorja gena za *5-HTR1A* pri samomoru (39).

Enak vzorec umrlih zaradi samomora je bil vključen v poznejšo raziskavo (40), v kateri so se osredotočali na vlogo zlorabe alkohola pri samomorilnem vedenju in nezgodah v prometu ter v kateri so preverjali tudi vpliv spremenjene zakonodaje v dostopnosti alkohola oz. zakonodaje, povezane z varnostjo v cestnem prometu, na izmerjene koncentracije alkohola v krvi po smrti zaradi samomora in prometnih nesreč. Skupino umrlih zaradi samomora so na podlagi zbranih podatkov razdelili v skupino tistih, pri katerih je bila prisotna zloraba alkohola ali sindrom odvisnosti od alkohola, ter skupino, v kateri ni bilo podatkov o zlorabi alkohola. Ugotovili so, da je bil alkohol prisoten v telesnih tekočinah v tretjini umrlih zaradi samomora. Med skupinama z zlorabo alkohola in brez nje niso ugotovili razlik v preučevanih genskih različicah izbranih genov receptorjev serotoninskega sistema v osrednjem živčevju razen v genu za *TPH2* (38, 40, 41). Podatki, pridobljeni s to metodo, so bili uporabljeni tudi v raziskavi, ki se je prvenstveno osredotočila na preučevanje

polimorfizmov gena *BDNF* (angl. brain-derived neurotrophic factor; možganski nevrotrufni dejavnik). Tako so v raziskavi ugotovili, da utegnejo skupni genotipi Met/Met in Met/Val variante polimorfizma Val66Met gena *BDNF* povečati tveganje za izbiro nasilnih samomorilnih načinov pri ženskah in osebah, izpostavljenih travmatičnim dogodkom v otroštvu (42).

Politakis idr. (43) so pozneje izvedli raziskavo, ki je vključevala 90 umrlih zaradi samomora iz prej omenjenih raziskav, dodali pa so še 90 preiskovancev iz splošne populacije. Podatki so bili zbrani s pomočjo polstrukturiranih intervjujev po metodi psihološke avtopsijske. V raziskavi so ugotovili, da so informatorji o zlorabi alkohola pogosteje poročali pri umrlih zaradi samomora kot v kontrolni skupini splošne populacije. Tudi poročanje o hudem pomanjkanju in alkoholizmu enega ali obeh staršev v otroštvu je bilo pogostejše v skupini samomora kot v kontrolni skupini. Razlik med skupinama v pogostosti ločitve preiskovancev od enega ali od obeh staršev, smrti enega ali obeh staršev, razvezi staršev v otroštvu ali razlik v poročanju o spolni zlorabi v otroštvu niso ugotovili.

Podobno je bila metoda psihološke avtopsijske uporabljena tudi z namenom ugotavljanja dejavnikov tveganja za samomor v Sloveniji v raziskavi Mars Bitenc idr. (44, 45). V poglobljene intervjuje v okviru raziskave je bilo vključenih 17 informatorjev, ki so poročali o 12 osebah, ki so med 2015 in 2017 umrle zaradi samomora. Intervjuje so kvalitativno analizirali po principih utemeljene oz. poskusne teorije⁴. Na podlagi rezultatov so oblikovali celovit model dejavnikov tveganja, ki ga je sestavljalo šest manjših mrežnih modelov in je bil osnova za metaforičen Model balona na vroč zrak, ki je lahko v pomoč žalujočim po samomoru, prav tako pa tudi strokovnjakom in širši javnosti pri razumevanju kompleksnosti samomorilnosti (*več o tem v poglavju 6*).

Psihološke avtopsijske se uporabljajo tudi v slovenski sodni praksi in so omenjene tudi v smernicah za delo kliničnih psihologov na tem področju (46, 47).

Etični vidiki uporabe psiholoških avtopsijs

O etičnih vprašanjih izvajanja psiholoških avtopsijs so slovenski suicidologi govorili že v osemdesetih letih prejšnjega stoletja. Konec osemdesetih let je Lunaček (48) namreč predstavil zanimiv pogled na psihološke avtopsijske, in sicer kot odgovor na obsežno delo psihiatra Milčinskega, ki je bilo objavljeno leta 1985 z naslovom Samomor in Slovenci (35). V svojem delu je Milčinski predstavil metodo psihološke avtopsijske in ugotovitve svoje raziskovalne skupine. Lunaček je trdil, da so psihološke avtopsijske neetične, saj se osredotočajo na življenje pokojnika, ki naj bi po njegovem mnenju ostalo tajno in sveto ter ga ne bi smeli raziskovati (48). Na Lunačkove pomisleke se je Milčinski odzval v svojem delu Psihološka avtopsijska da ali ne, v katerem je zavrnil Lunačkove trditve (49). Kolikor vemo, je to edini primer diskurza o etičnih vidikih raziskovanja preteklosti pokojnikov brez njihovega soglasja. Mishara in Weisstub (50) v svojem delu o etičnih vprašanjih na področju suicidologije sicer govorita o občutljivosti raziskovanja samomora, vendar le v kontekstu nezmožnosti zaščite dobrobiti udeležencev v raziskavah, izpostavljenosti tveganjem in povzročanju škode zaradi udeležbe v raziskavah. Avtorja omenjata torej zgolj ranljivost živih udeležencev v raziskavah, ne pa tudi pomislekov o ranljivosti pokojnikov. Oravec (49), ki je razpravljajal o polemiki med Lunačkom in Milčinskim, je

⁴ Pri utemeljeni oz. poskusni teoriji gre za ustvarjanje razlagalnih modelov človeškega vedenja, ki izhajajo iz odnosov med kategorijami podatkov (13).

zaključil, da bi psihološke avtopsije lahko bile problematične, vendar ne z etičnega, pač pa z epistemološkega⁵ vidika. Pokojnik je iz postopka namreč izključen, ostajata le svojec v vlogi informatorja ter raziskovalec, ki razpravljata o njegovem življenju.

Metodološki pomisleki

Hawton idr. (10) v svojem preglednem članku obravnavajo dva problema, ki vplivata na veljavnost in zanesljivost informacij, pridobljenih v psiholoških avtopsijah: pristranskost priklica informacij in njihovo nezanesljivost. Pristranskost priklica je lahko posledica procesa žalovanja po samomoru, zaradi katerega pride do izkrivljenih spominov na dogodke in odnose v zvezi s pokojnikom in s tem do netočnih informacij, podanih v intervjuju. Nezanesljivost podanih informacij pa je lahko posledica dejstva, da informatorji dejansko ne poznajo podrobnosti dogodkov, vseh značilnosti pokojnika in njegovega življenja ali čutijo krivdo ter odgovornost za samomor svojca. V določenih okoljih zaradi kulturnih in verskih vplivov lahko informatorji prikrivajo zgodovino duševnih motenj ali celo samo naravo smrti in poročajo o smrti zaradi nesreče namesto zaradi samomora (8). Hawton idr. (10) zato predlagajo nekaj idej za zmanjšanje učinka teh težav, in sicer (i) izvedbo intervjujev z več kot enim informatorjem, (ii) zbiranje informacij iz različnih virov (npr. informatorji, zdravstvena dokumentacija) in (iii) usmerjanje pozornosti na prepoznavanje duševnih motenj pri pokojnikih na podlagi podatkov, pridobljenih v intervjujih, z vključevanjem dodatnih strokovnjakov, ki niso obremenjeni z drugimi informacijami o pokojniku oz. okoliščinah smrti.

Hjelmeland idr. (22) podobno predlagajo, da se v raziskavo vključi več informatorjev na en primer samomora, pri čemer je treba upoštevati kakovost odnosa med informatorjem in pokojnikom in ne samo vrste odnosa. Predlagajo tudi premik fokusa z diagnoz duševnih motenj, kot je bilo to značilno za številne psihološke avtopsije v preteklosti, k razumevanju samomorilnega procesa in življenjske poti posameznika. Tudi Pouliot in De Leo (2) poudarjata potrebo po metodoloških raziskavah različnih vidikov psiholoških avtopsij z namenom povečati veljavnost in zanesljivost metode. Predlagata, da bi bilo treba več pozornosti nameniti družbeno-okoljskim dejavnikom, povezanih s samomorom, v primerjavi z duševnimi motnjami, ki so trenutno najbolj poudarjene v teh raziskavah. Spodbudni rezultati kitajske raziskave o veljavnosti in zanesljivosti instrumentov, uporabljenih v psiholoških avtopsijah, kažejo, da so informatorji dobro informirani o samomorilnemu namenu, socialni podpori, ki jo je prejemal pokojnik, depresiji, življenjskih dogodkih, osebnostnih lastnosti in duševnih motnjah pokojnika (19). V raziskavi so primerjali informacije, zbrane s strani informatorjev in samih oseb, ki so bile vključene v primerjalno skupino. Pri tem ostaja problematika razlik v procesu žalovanja informatorjev v različnih skupinah (osnovna s primeri samomora, primerjalna s primeri nenadnih smrti in primerjalna z živečimi posamezniki) nerešena. Druga raziskava je dokazala skladnost med poročanjem same osebe po samomorilnem poskusu in poročanjem informatorjev o impulzivnosti in agresiji (52).

⁵ Epistemologija je filozofska disciplina, ki obravnava izvor, strukturo, metodo spoznavanja in veljavnost spoznanja (51).

Zaključek in usmeritve za naprej

Kljub nekaterim metodološkim pomislekom (2, 10) ostajajo psihološke avtopsije edini veljavni pristop k preiskovanju psiholoških in kontekstualnih okoliščin, ki jih je mogoče prepoznati kot varovalne dejavnike ali dejavnike tveganja za samomor (4). Psihološke avtopsije z osnovno skupino primerov samomorov in primerjalno skupino oseb, ki niso umrle zaradi samomora, lahko nudijo edinstven vpogled v okoliščine samomorov, zlasti v okoljih, kjer ne vodijo registrov samomorov (4). Nekateri suicidologi pa se ne strinjajo, da so tradicionalno izvedene psihološke avtopsije edini veljavni pristop k preiskovanju varovalnih dejavnikov in dejavnikov tveganja za samomor (22). Poudarjajo, da imajo psihološke avtopsije veliko preveč nerešenih metodoloških vprašanj, da bi lahko dale zanesljive in veljavne zaključke glede dejavnikov tveganja samomora. Glavno težavo vidijo v retrospektivnem postavljanju diagnoze pokojniku na podlagi informacij s strani tretje osebe – informatorjev, zlasti kadar so prisotne komorbidnosti in osebnostne motnje. Poleg tega poudarjajo, da se raziskovalci pogosto osredotočajo na zanesljivost med ocenjevalci, namesto na morebitne nezanesljive informacije, ki jih pridobijo od informatorjev (22). Zato predlagajo nadaljnjo uporabo psiholoških avtopsij v raziskavah, vendar na drugačen način; intervjuvanje več informatorjev o enem pokojniku in sistematično kvalitativno analizo poglobljenih intervjujev. Kvalitativni pristopi namreč omogočajo bolj poglobljen vpogled v življenja posameznikov ter dejavnikov in okoliščin, ki so prispevale k samomoru (*več o tem v poglavju 6*).

Reference

1. Jacobs D, Klein-Benheim M. The psychological autopsy: a useful tool for determining proximate causation in suicide cases. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1995;23(2):165–82.
2. Pouliot L, De Leo D. Critical issues in psychological autopsy studies. *Suicide Life Threat Behav*. 2006;36(5):491–510. doi: 10.1521/suli.2006.36.5.491
3. Henry M, Greenfield BJ. Therapeutic effects of psychological autopsies. *Crisis*. 2009;30(1):20–4. doi: 10.1027/0227-5910.30.1.20
4. Conner KR, Beautrais AL, Brent DA, Conwell Y, Phillips MR, Schneider B. The next generation of psychological autopsy studies. Part I. Interview content. *Suicide Life Threat Behav*. 2011;41(6):594–613. doi: 10.1111/j.1943-278X.2011.00057.x
5. Dyregrov K. Bereaved parents' experience of research participation. *Soc Sci Med*. 2004;58(2):391–400. doi: 10.1016/s0277-9536(03)00205-3
6. Dyregrov KM, Dieserud G, Hjelmeland HM, Straiton M, Rasmussen ML, Knizek BL idr. Meaning-making through psychological autopsy interviews: the value of participating in qualitative research for those bereaved by suicide. *Death Stud*. 2011;35(8):685–710. doi: 10.1080/07481187.2011.553310
7. Hawton K, Houston K, Malmberg A, Simkin S. Psychological autopsy interviews in suicide research: the reactions of informants. *Arch Suicide Res*. 2003;7(1):73–82.
8. Bakst SS, Braun T, Shohat T. The postmortem proxy-based interview--future directions. *J Psychiatr Res*. 2016;75:46–56. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.01.006
9. Conner KR, Beautrais AL, Brent DA, Conwell Y, Phillips MR, Schneider B. The next generation of psychological autopsy studies: part 2. Interview procedures. *Suicide Life Threat Behav*. 2012;42(1):86–103. doi: 10.1111/j.1943-278X.2011.00073.x
10. Hawton K, Appleby L, Platt S, Foster T, Cooper J, Malmberg A idr. The psychological autopsy approach to studying psychological autopsy interviews: a review of methodological issues. *J Affect Disord*. 1998;50(2–3):269–76. doi: 10.1016/s0165-0327(98)00033-0
11. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. 2003;33(3):395–405. doi: 10.1017/s0033291702006943
12. Zalsman G, Siman Tov Y, Tzuriel D, Shoval G, Barzilay R, Tiech Fire N idr. Psychological autopsy of seventy high school suicides: combined qualitative/quantitative approach. *Eur Psychiatry*. 2016;38:8–14. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.05.005
13. Kordeš U, Smrdu M. Osnove kvalitativnega raziskovanja [na spletu]. Koper: Založba Univerze na Primorskem; 2015 [citirano 2. 3. 2021]. Dostopno na: <https://www.hippocampus.si/ISBN/978-961-6963-98-5.pdf>

14. Kiamanesh P, Dieserud G, Dyregrov K, Haavind H. Maladaptive perfectionism. *OMEGA (Westport)*. 2015;71(2):126–45. doi: 10.1177/0030222815570592
15. Kizza D, Hjelmeland H, Kinyanda E, Knizek BL. Qualitative psychological autopsy interviews on suicide in post-conflict Northern Uganda: the participants' perceptions. *Omega (Westport)*. 2011;63(3):235–54. doi: 10.2190/OM.63.3.c
16. Rasmussen ML, Haavind H, Dieserud G, Dyregrov K. Exploring vulnerability to suicide in the developmental history of young men: a psychological autopsy study. *Death Stud*. 2014;38(9):549–56. doi: 10.1080/07481187.2013.780113
17. Arensman E, Larkin C, McCarthy J, Leitao S, Corcoran P, Williamson E idr. Psychosocial, psychiatric and work-related risk factors associated with suicide in Ireland: optimised methodological approach of a case-control psychological autopsy study. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):članek 275. doi: 10.1186/s12888-019-2249-6
18. Hjelmeland H. Translating research into practice: the qualitative perspective. V: De Leo D, Poštuvan V, urednika. *Resources for suicide prevention*. Göttingern: Hoegrefe; 2017. str. 13–37.
19. Zhang J, Conwell Y, Wiczorek WF, Jiang C, Jia S, Zhou L. Studying Chinese suicide with proxy-based data: reliability and validity of the methodology and instruments in China. *J Nerv Ment Dis*. 2003;191(7):450–7. doi: 10.1097/01.NMD.0000081613.03157.D9
20. Harwood D, Hawton K, Hope T, Jacoby R. Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;16(2):155–65. doi: 10.1002/1099-1166(200102)16:2<155::aid-gps289>3.0.co;2-0
21. Zupanc, T. *Okoljski in genetski dejavniki pri žrtvah samomora [magistrsko delo]*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta; 2009.
22. Hjelmeland H, Dieserud G, Dyregrov K, Knizek BL, Leenaars AA. Psychological autopsy studies as diagnostic tools: are they methodologically flawed? *Death Stud*. 2012;36(7):605–26. doi: 10.1080/07481187.2011.584015
23. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams J. Structured clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorders, research version, patient edition. (SCID-I/P). New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute; 2002.
24. Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, McKean AJ. Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: even more lethal than we knew. *Am J Psychiatry*. 2016;173(11):1094–100. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.15070854
25. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry*. 2002;181:193–9. doi: 10.1192/bjp.181.3.193
26. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [na spletu]. Geneva: World Health Organization; 2015 [citirano 20. 7. 2020]. Dostopno na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf
27. Mesec Rodi P, Roskar S, Marusic A. Suicide victims' last contact with the primary care physician: report from Slovenia. *Int J Soc Psychiatry*. 2010;56(3):280–7. doi: 10.1177/0020764009105330
28. Paykel ES, Prusoff BA, Uhlenhuth EH. Scaling of life events. *Arch Gen Psychiatry*. 1971;25(4):340–7. doi: 10.1001/archpsyc.1971.01750160052010
29. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res*. 1967;11(2):213–8. doi: 10.1016/0022-3999(67)90010-4
30. Brugha TS, Cragg D. The list of threatening experiences: the reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta Psychiatr Scand*. 1990;82(1):77–81. doi: 10.1111/j.1600-0447.1990.tb01360.x
31. Coddington RD. The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children. II. A study of a normal population. *J Psychosom Res*. 1972;16(3):205–13. doi: 10.1016/0022-3999(72)90045-1
32. Saigle V, Séguin M, Racine E. Identifying gaps in suicide research: a scoping review of ethical challenges and proposed recommendations. *IRB*. 2017;39(1):1–9.
33. Andriessen K, Krysinska K, Draper B, Dudley M, Mitchell PB. Harmful or helpful? A systematic review of how those bereaved through suicide experience research participation. *Crisis*. 2018;39(5):364–76. doi: 10.1027/0227-5910/a000515
34. Dyregrov K, Dieserud G, Straiton M, Rasmussen ML, Hjelmeland H, Knizek BL idr. Motivation for research participation among people bereaved by suicide. *Omega (Westport)*. 2011;62(2):149–68. doi: 10.2190/om.62.2.d
35. Milčinski L. *Samomor in Slovenci*. Ljubljana: Cankarjeva založba; 1985.
36. Milčinski L. "Psihološka avtopsija" da ali ne?: (misli k razmišljanjem M. Lunačka). V: Milčinski L, Mrevlje G, Šepec-Širca B, Virant-Jaklič M, Pentek M, uredniki. *Pomembnost psihološke osvetlitve samomora*. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika UKC; 1988. str. 79.
37. Zorko M, Marušič A. Slovenski samomor skozi prostor in čas. V: Marušič A, Roškar S, urednika. *Slovenija s samomorom in brez*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2003. str. 10–20.
38. Zupanc T, Pregelj P, Tomori M, Komel R, Paska AV. No association between polymorphisms in four serotonin receptor genes, serotonin transporter gene and alcohol-related suicide. *Psychiatr Danub*. 2010;22(4):522–7.
39. Videtič A, Zupanc T, Pregelj P, Balažič J, Tomori M, Komel R. Suicide, stress and serotonin receptor 1A promoter polymorphism -1019C>G in Slovenian suicide victims. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2009;259(4):234–8. doi: 10.1007/s00406-008-0861-4

40. Zupanc T. Zloraba alkohola kot dejavnik tveganja za samomorilno vedenje [doktorska disertacija]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta; 2011.
41. Zupanc T, Pregelj P, Tomori M, Komel R, Paska AV. TPH2 polymorphisms and alcohol-related suicide. *Neurosci Lett*. 2011;490(1):78–81. doi: 10.1016/j.neulet.2010.12.030
42. Pregelj P, Nedic G, Videtič Paska A, Zupanc T, Nikolac M, Balažič J idr. The association between brain-derived neurotrophic factor polymorphism (BDNF Val66Met) and suicide. *J Affect Disord*. 2011;128(3):287–90. doi: 10.1016/j.jad.2010.07.001
43. Politakis VA, Pregelj P, Paska AV, Zupanc T. Association between alcohol abuse, childhood adverse events and suicide. *Zdrav Vestn*. 2017;86(9–10):365–72. doi: 10.6016/zdravvestn.1510
44. Mars Bitenc U. Ugotavljanje dejavnikov tveganja za samomor z uporabo metode psihološke avtopsijsije [doktorska disertacija]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta; 2018.
45. Mars Bitenc U, Tekavčič Grad O, De Leo D. Understanding suicide from survivors' perspective – Psychological autopsy outcomes: the model of a hot air balloon. V: De Leo D, Poštuvan V, urednika. *Reducing the toll of suicide: resources for communities, groups, and individuals*. Göttingen: Hoegrefe; 2020. str. 185–201.
46. Višje sodišče v Ljubljani. Sodna praksa. Sklep višjega sodišča [na spletu]. VSL Sklep I Cp 1860/2018 ECLI:SI:VSLJ:2018:I.CP:1860.2018. 2018 [posodobljeno 2019; citirano 13. 12. 2020]. Dostopno na: [http://www.sodnapraksa.si/?q=id:2010040815261805&database\[SOVS\]=SOVS&database\[IESP\]=IESP&database\[VDSS\]=VDSS&database\[UPRS\]=UPRS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&page=0&rowsPerPage=20&moreLikeThis=1&id=doc_2015081111424229](http://www.sodnapraksa.si/?q=id:2010040815261805&database[SOVS]=SOVS&database[IESP]=IESP&database[VDSS]=VDSS&database[UPRS]=UPRS&_submit=i%C5%A1%C4%8Di&page=0&rowsPerPage=20&moreLikeThis=1&id=doc_2015081111424229)
47. Šešok S, Sever A, Slodnjak V, Kodrič J, Mikuž A, Dobnik Renko B idr. Splošne smernice za opravljanje sodnoizvedenskega dela na področju psihologije [na spletu]. Ljubljana: Zbornica kliničnih psihologov Slovenije; 2019 [citirano 13. 12. 2020]. Dostopno na: http://klinikna-psihologija.si/wp-content/uploads/2019/08/zkpsi_smernice_2019_izvedenstvo_splodne.pdf
48. Lunaček M. Etičnost retrogradnih študij samomora. V: Milčinski L, urednik. *Psihoterapija*. 17, Samomorilnost. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete v Ljubljani; 1988. str. 37–40.
49. Oravec R. Znanstvene kontroverze v slovenski suicidologiji 80-ih let. *Anthropos*. 2000;32(3–4):77–94.
50. Mishara BL, Weisstub DN. Ethical and legal issues in suicide research. *Int J Law Psychiatry*. 2005;28(1):23–41. doi: 10.1016/j.ijlp.2004.12.006
51. Slovar slovenskega knjižnega jezika SSKJ [na spletu]. Ljubljana: ZRC SAZU; 2014 [citirano 2. 3. 2021]. Dostopno na: www.fran.si
52. An J, Phillips MR, Conner KR. Validity of proxy-based reports of impulsivity and aggression in Chinese research on suicidal behavior. *Crisis*. 2010;31(3):137–42. doi: 10.1027/0227-5910/a000019

Uporaba novih medijev pri preprečevanju samomora

Vanja Gomboc, Tina Podlogar, Vita Poštuvan

Ključni poudarki poglavja

- Novi mediji imajo zaradi svojih značilnosti pomembno vlogo pri promociji duševnega zdravja, preventivi pred dejavniki tveganja za poslabšanje duševnega zdravja in preprečevanju samomorilnega vedenja (npr. odgovorno novinarsko poročanje o samomoru).
- Spletne intervencije vključujejo različne promocijske in preventivne aktivnosti, ki so izbrane v skladu z značilnostmi ciljne populacije, potrebami glede ravni interakcije z uporabnikom in načinom izvajanja intervencije.
- Posebna vrednost spletnih intervencij je, da lahko dosežejo tiste posameznike v stiski, ki jih intervencija v živo zaradi različnih dejavnikov (npr. višjih finančnih stroškov, geografske oddaljenosti od ustreznih virov pomoči) ne more.
- Spletne terapije in svetovanja so lahko enako učinkovite kot terapije in svetovanja v živo, saj tako kot slednje tudi splet (lahko vsaj delno) omogoča vzpostavljanje iskrenega in intimnega odnosa z drugo osebo.
- Spletne intervencije, namenjene preprečevanju samomorilnega vedenja, morajo biti strokovne in ustrezno oblikovane, saj je od tega odvisno, kakšen učinek bodo imele na posameznika.

Povzetek

Z razvojem tehnologije so pomembno vlogo v vsakdanjem življenju posameznika prevzeli novi mediji (npr. spletne strani, spletna družbena omrežja, izobraževanja po spletu), ki jih definiramo kot medije, dostopne z uporabo digitalne tehnologije (npr. splet, računalnik). Čeprav so ti v nekaterih vidikih podobni tradicionalnim medijem, imajo tudi svojstvene značilnosti, zaradi katerih so priljubljeni tako v zasebnem kot poklicnem življenju, na primer med strokovnjaki s področja duševnega zdravja. Nekatere pasti in prednosti novih medijev na področju duševnega zdravja so danes dobro poznane. Tako kot velja za neustrezn način predstavljanja vsebin v tradicionalnih medijih, ima lahko tudi neustrezn način predstavljanja vsebin v novih medijih negativni učinek na razvoj samomorilnega vedenja pri njihovih uporabnikih. Nasprotno pa lahko odgovorno pripravljene vsebine predstavljajo varovalni dejavnik na tem področju. Zaradi interaktivnosti, ki jo omogočajo novi mediji, so poleg promocije duševnega zdravja možne tudi različne preventivne aktivnosti, prilagojene potrebam določene populacije. Intervencije so lahko bolj ali manj interaktivne, saj zajemajo vse od psihoedukacije do terapije, ki lahko temelji na besedilu, zvočnem in/ali video prikazu. Zaradi različnih možnosti, anonimnosti, dostopnosti ali preference s strani uporabnika lahko intervencije, ki temeljijo na novih medijih, dosežejo tudi tiste posameznike, ki jih tradicionalne oblike ne morejo. Obenem so intervencije, ki temeljijo na novih medijih, lahko enako učinkovite. Poudarjati in promovirati je zato smiselno tako terapije v živo kot spletne terapije. Za čim večjo učinkovitost slednjih je treba upoštevati značilnosti ciljne populacije, možnosti interakcije (enosmerna ali dvosmerna komunikacija), poznati različne vrste intervencij, njihove prednosti in pomanjkljivosti, možna tveganja ter spoštovati etična načela.

Uvod

Novi mediji (npr. spletne strani, spletna družbena omrežja, izobraževanja po spletu) vstopajo na različna področja posameznikovega življenja. Kot sredstva množične komunikacije, ki temelji na uporabi digitalne tehnologije (npr. splet, računalnik), uporabniku omogočajo enostaven dostop do raznolikih vsebin (1). Tako ne preseneča dejstvo, da so novi mediji vse pomembnejši tudi na področju promocije (duševnega) zdravja, preventive in obravnave različnih (duševnih) bolezni. Omogočajo namreč oblikovanje različnih vrst intervencij, uporabo različnih platform in zato večjo dostopnost zelo različnim uporabnikom novih medijev. Hiter napredek tehnologije hkrati nudi možnosti usklajevanja intervencij (npr. spletnih terapij) z zasebnim življenjem posameznika ter posledično (boljšo) usklajenost intervencij s posameznikovimi specifičnimi potrebami. Ker se nenehno razvijajo, se tudi intervencije s področja promocije duševnega zdravja in preprečevanja samomorilnega vedenja, ki temeljijo na novih medijih, neprestano razvijajo in izboljšujejo (2). Z namenom natančnejšega pregleda doprinosa tovrstnih intervencij k področju preprečevanja samomorilnega vedenja, to poglavje ponudi splošen pregled povezanosti samomorilnega vedenja in novih medijev ter prikaže možnosti na področju promocije duševnega zdravja in preprečevanja samomorilnega vedenja, ki izhajajo iz značilnosti novih medijev. Eden od namenov poglavja je predstaviti značilnosti intervencij, ki so osnovane na novih medijih. Te vsebine so pomembne tako z vidika poznavanja kot oblikovanja novih oziroma izboljšanja obstoječih načinov pomoči in virov pomoči s področja duševnega zdravja.

Povezanost (novih) medijev in samomorilnega vedenja

Povezanost med načinom poročanja v tradicionalnih medijih in samomorilnim vedenjem v populaciji je dodobra raziskana, pozornost pa je zdaj preusmerjena na področje novih tehnologij in novih medijev (3). Čeprav odnos med novimi mediji in samomorilnim vedenjem še ni povsem raziskan, obstoječa spoznanja potrjujejo, da je tudi način poročanja o samomoru v novih medijih lahko povezan s samomorilnim vedenjem pri uporabniku teh medijev (4).

Leta 1774 je Johann Wolfgang von Goethe napisal roman z naslovom Trpljenje mladega Wertherja o nesrečno zaljubljenem fantu, ki na koncu umre zaradi samomora (5). Kmalu po izidu knjige, ki je postala zelo priljubljena, so po Evropi začeli opažati porast števila samomorov z uporabo iste metode. Čeprav slednje ni bilo nikoli z gotovostjo pripisano učinku posnemanja, so bile oblasti v različnih evropskih mestih zaskrbljene in so roman prepovedale (6). Ti dogodki so prvi zaznan primer posnemanja samomorilnega vedenja, prikazanega v knjigi. Ravno knjige pa so bile v času pred razvojem množičnih medijev medij z najmočnejšim vplivom na čustva bralcev (7). Povezanost samomorilnega vedenja z neustrezno prikazanimi vsebinami o samomoru je leta 1974 znanstveno potrdil Phillips (8). Wertherjev učinek, kot ga je poimenoval po Goethejevem junaku, tako označuje negativni vpliv neustreznega novinarskega poročanja o samomoru (9).

Za posnemovalno vedenje so ljudje različno dojemljivi. Dovzetnejši so predvsem tisti posamezniki, ki so zaradi različnih dejavnikov tveganja ali trenutne stiske ranljivejši (8), ter tisti, ki se identificirajo s posameznikom, o katerem poroča prispevek (8, 10). V osnovi ločimo dve vrsti identifikacije, vzporedno (z osebo, o kateri poroča prispevek, se posameznik poistoveti zaradi podobnih osebnih značilnosti ali življenjskih okoliščin, v katerih sta se oba znašla) in navpično (z osebo, o kateri poroča prispevek, se posameznik poistoveti oziroma jo spoštuje zaradi njenega statusa slavne osebe) (11).

Če se posameznik identificira z določeno osebo, je namreč verjetnost, da bo posnemal (vsaj nekatera) njena vedenja, toliko večja. Tveganje za posnemanje vedenja pa se še poveča, če posameznik zazna, da je bilo vedenje osebe, o kateri poroča prispevek, okrepljeno oz. je imelo pozitivni učinek (npr. romantično opisovanje samomora, posebna pozornost in reakcije javnosti, obsežno medijsko poročanje o osebi) (11). Za pojav Wertherjevega učinka so sicer še posebej dovzetni starostniki in mladostniki (10, 12). V primerjavi z drugimi starostnimi skupinami je samomor mladega posameznika običajno v središču medijske pozornosti, novinarski prispevek pa je bolj čustveno obarvan, kar lahko še poveča tveganje za posnemanje samomorilnega vedenja (9, 13). Glede na spol so za posnemanje samomorilnega vedenja nekoliko dovzetnejše ženske (14).

Poleg značilnosti posameznika je tveganje za posnemanje samomorilnega vedenja odvisno tudi od lastnosti umrlega in značilnosti prispevka o samomoru (8). Tveganje za posnemanje vedenja se (v primerjavi s fiktivnimi filmskimi uprizoritvami samomorilnega vedenja ali prispevki o samomoru osebe, ki javnosti ni bila znana) pri novinarskem prispevku o samomoru znane osebe lahko poveča tudi do 14-krat (15, 16), saj obstaja (še) večja verjetnost identifikacije z umrlim (9). Kljub temu pa se verjetnost posnemanja lahko pojavi, tudi če posameznik ni bil znana osebnost. Včasih je za učinek posnemanja bolj kot socialni status pokojnega pomembno to, kje je prispevek objavljen in kakšna je njegova dosegljivost (12). To pomeni, da pogostejše in intenzivnejše kot je poročanje o samomoru, večje je tveganje za pojav Wertherjevega učinka (15) in s tem za povišanje števila samomorov (8). Tudi prispevki, ki so bolj vidni zaradi objave na prvi strani medija ali zaradi besede samomor v naslovu prispevka, lahko povečajo tveganje za posnemanje vedenja (17). Poleg tega je učinek posnemanja odvisen tudi od navedbe in opisa metode ter lokacije samomora oziroma samomorilnega poskusa (18). Natančen opis ali prikaz metode in lokacije lahko vodi k povečanju števila samomorov na določeni lokaciji ali z uporabo določene metode (19), saj lahko vodi v večjo prepoznavnost te metode oziroma lokacije (9). Tveganje za povečanje števila samomorov je sicer največje predvsem v prvih treh dneh po objavi prispevka (17), lahko pa traja tudi precej dlje (20).

Negativni učinek neustrezno pripravljenih (novinarskih) prispevkov o samomoru pa je še posebno problematičen v obdobju novih medijev. Vsebine so enostavno dostopne in razširjene. Podobno kot navaja Stack (16) za časopisne članke, so lahko tudi vsebine na novih medijih shranjene in kadarkoli ponovno pregledane, zaradi česar je lahko Wertherjev učinek znatno večji (21). Poleg prispevkov, v katerih neustrezno poročajo o samomoru, so na voljo tudi različne druge problematične vsebine (npr. spletne strani, ki spodbujajo k samomoru; spletne strani, ki natančno informirajo o samomorilnem vedenju in metodah samomora; različni forumi, ki omogočajo izmenjavo informacij o samomorilnem vedenju in samomoru) (22). Na ta način lahko novi mediji vplivajo na povečanje samomorilnega vedenja (21). Nekatere spletne platforme uveljavljajo stroga pravila in prepovedujejo vsakršno spodbujanje samomorilnega vedenja, druge pa teh pravil nimajo (23).

Nasprotno, mnoge dovoljujejo oziroma v nekaterih primerih spodbujajo izmenjavo informacij o tem, katero metodo izbrati in kako jo uporabiti, katero lokacijo izbrati in kako napisati poslovilno pismo svojim bližnjim (23), kar je sicer v Sloveniji po 120. členu Kazenskega zakonika¹ (24) kaznivo dejanje. Vsebina je na tovrstnih straneh zato pogosto zelo eksplicitna in direktivna, neredko pa so uporabniku na voljo neposredne informacije in poti za poizvedovanje o različnih metodah (3). Poleg tega omenjene platforme pogosto spodbujajo sklenitev samomorilnega pakta² (25) in povečujejo ljudi (npr. bivše člane določenih platform), ki so umrli zaradi samomora. Večina uporabnikov, ki razmišljajo o samomoru in obiščejo tovrstne platforme, niha med odločitvijo za življenje in odločitvijo za smrt. Velikokrat pa lahko ravno zgoraj omenjene značilnosti teh platform (npr. spodbujanje pogovora o izbiri metode in lokacije samomora, pretirano sprejemajoča stališča do samomora) uporabnika prepričajo k samomoru. V slovenskem jeziku izraza za samomor, do katerega pride zaradi opisanega vpliva spletnih strani, ni, zato glede na pomen in angleški izraz predlagamo izraz samomor pod vplivom spleta (angl. cybersuicide). Opisano se sicer imenuje interaktivni Wertherjev učinek (angl. interactive Werther effect) (23).

Novejša spoznanja poudarjajo, da novi mediji ne predstavljajo nujno le negativnega dejavnika pri razvoju samomorilnega vedenja. Izraz Papagenov učinek, poimenovan po junaku iz opere Čarobna piščal skladatelja Wolfganga Amadeusa Mozarta, označuje preventivni vpliv odgovornega novinarskega poročanja (26). Opera govori o Papagenu, ki zaradi strahu pred izgubo ljubljene Papagene razmišlja o samomoru, a se naposled odloči za eno od alternativnih in konstruktivnih rešitev (6). In tako kot Papageno pozornost preusmeri na alternativne možnosti, lahko podoben in varovalni učinek dosežemo tudi z ustreznim poročanjem o samomoru. Ta učinek je zlasti opazen, kadar vsebina poudarja možnost preprečevanja samomora in prikazuje konstruktivne načine spoprijemanja s stiskami. Vključenost preventivnih informacij in opisovanje pozitivnih načinov spoprijemanja s poudarkom na strategijah, ki so posameznikom pomagale opustiti načrtovanje samomora, je lahko posebno učinkovito (26), odgovorno poročanje o samomoru pa zato ena od pomembnih strategij preprečevanja samomorilnega vedenja. V ta namen so bile v različnih državah razvite smernice odgovornega poročanja o samomoru, ki nudijo oporo pri tem, kako odgovorno poročati o tako pomembni temi (9). V Sloveniji so bile smernice oblikovane skupaj z novinarji. Tako kot drugod po svetu tudi slovenske smernice poudarjajo pomen informiranja o problemu samomora, previdnost pri oblikovanju naslova, izbiri besed, fotografij, poročanju o smrti znane osebnosti, izogibanje opisovanju uporabljene metode in lokacije. Poudarjajo tudi pomen vključevanja informacij o virih in načinih pomoči, navajanja primerov posameznikov, ki so se s stiskami uspešno spoprijeli, ter izražanja skrbi in spoštovanja do ljudi, ki žalujejo zaradi samomora bližnjega (27).

¹ 120. člen Kazenskega zakonika (KZ-1-NPB4) pravi: »(1) Kdor koga naklepoma napelje k samomoru ali mu pomaga pri njem in ga ta stori, se kaznuje z zaporom od šestih mesecev do petih let. (2) Kdor stori dejanje iz prejšnjega odstavka proti mladoletni osebi, ki je že stara štirinajst let, ali proti osebi, katere sposobnost razumeti pomen svojega dejanja ali imeti v oblasti svoje ravnanje je bila bistveno zmanjšana, se kaznuje z zaporom od enega do desetih let. (3) Če je dejanje iz prvega odstavka tega člena storjeno proti mladoletni osebi, ki še ni stara štirinajst let, ali proti osebi, ki ni mogla razumeti pomena svojega dejanja ali imeti v oblasti svojega ravnanja, se storilec kaznuje kot za uboj ali umor. (4) Kdor surovo ali nečloveško ravna s kom, ki mu je podrejen ali od njega odvisen in zaradi takega ravnanja stori samomor, se kaznuje z zaporom od šestih mesecev do petih let. (5) Kdor komu pomaga pri samomoru in ga ta stori, pa so pri tem dane posebne olajševalne okoliščine, se kaznuje z zaporom do treh let. (6) Če je kdo zaradi kakšnega dejanja iz prejšnjih odstavkov samomor samo poskušal, sme sodišče storilca kaznovati mileje« (24).

² Samomorilni pakt je dogovor o samomoru med vsaj dvema posameznikoma, ki imata namen skupaj umreti na izbranem kraju, ob izbranem času in metodi samomora (25).

Interaktivni spletni programi in možnosti pomoči

Uporaba tradicionalnih 'enosmernih' množičnih medijev (časopisov, televizije, radia ipd.) je imela doslej pomembno vlogo pri informiranju o pomenu skrbi za duševno zdravje, ni pa imela potenciala za nudenje neposredne pomoči. Šele z interaktivnostjo, ki jo omogoča splet, je možna tudi pomoč uporabnikom v stiski (28). Promocija duševnega zdravja in preprečevanje samomorilnega vedenja, ki temeljita na novih medijih, sta lahko izjemnega pomena, saj so intervencije zaradi dostopnosti in neodvisnosti od tradicionalnih uradnih ur, navidezne anonimnosti ter nižjih finančnih stroškov na voljo različnim skupinam ljudi, ki so sicer zaradi stigme, oddaljenosti ali drugih dejavnikov omejeni pri dostopanju do drugih virov pomoči (28, 29). Kljub temu so na novih medijih zasnovane intervencije prav tako raznolike kot intervencije, ki temeljijo na neposrednem fizičnem stiku, in zato prav tako primerne za različne skupine ljudi. Na novih medijih zasnovane intervencije so lahko namenjene splošni populaciji z namenom izboljšanja pozitivne samopodobe, subjektivnega blagostanja in spretnosti spoprijemanja s stiskami (promocija in univerzalna preventiva), ranljivim skupinam ljudi, pri katerih obstaja večje tveganje za razvoj težav na področju duševnega zdravja (selektivna preventiva) ali posameznikom, ki izražajo prve simptome težav, a ne dosegajo diagnostičnih kriterijev za potrditev obstoja motnje (indicirana preventiva) (29). Izbira aktivnosti ter zasnova načina izvajanja posamezne intervencije sta zato primarno odvisni od specifičnih ciljev intervencije in tega, komu je namenjena.

Aktivnosti, ki naslavljajo vse uporabnike spleta ali uporabnike določenih platform, kot so družbena omrežja, prištevamo v promocijo ali univerzalno preventivo. Sem sodijo smernice odgovornega poročanja o samomoru in njihova prilagoditev značilnostim novih medijev. Nekateri vidiki poročanja o samomoru so tradicionalnim in spletnim novinarskim prispevkom skupni (npr. možnost nastanka Wertherjevega ali Papageno učinka). Zaradi edinstvenih značilnosti novih medijev (npr. možnosti komentiranja uporabnikov) pa je treba v spletnih novinarskih prispevkih o samomoru upoštevati dodatne smernice, ki so prav tako pomembne pri preprečevanju samomorilnega vedenja (30, 31). Podobnosti pri poročanju o samomoru v tradicionalnih in spletnih novinarskih prispevkih ter dodatne smernice, prilagojene značilnostim novih medijev, so prikazane v preglednici 17.1.

Preglednica 17.1. Smernice poročanja o samomoru v tradicionalnih in spletnih prispevkih ter dodatne smernice poročanja o samomoru v spletnih prispevkih (9, 26, 29, 30)

Smernice za tradicionalne in spletne prispevke

- Informiranje in ozaveščanje o problematiki samomora
- Uporaba nevtralnih izrazov v naslovu in v besedilu prispevka
- Izogibanje predstavljanju samomora kot sprejemljivega načina reševanja težav
- Izogibanje natančnim opisom uporabljene metode in/ali lokacije samomora
- Izogibanje navajanju imena in značilnosti umrlega
- Previdnost pri poročanju o samomoru znanih osebnosti
- Fotografije in/ali videoposnetki z nevtralnimi motivi ali motivi, ki predstavljajo upanje za prihodnost
- Navajanje informacij o možnih načinih pomoči
- Navajanje informacij o obstoječih virih pomoči
- Navajanje zgodb ljudi, ki so premagali težave

Dodatne smernice za spletne prispevke

- Dodajanje povezav izključno na preverjene spletne strani, ki informirajo in ozaveščajo o samomoru
- Izogibanje navajanju ali dodajanju povezav na spletne forume na temo samomora
- Izogibanje senzacionalističnemu poročanju o samomoru kljub manjšemu nadzoru nad načinom poročanja v teh medijih (v primerjavi s tradicionalnimi)
- Previdnost pri navajanju odzivov in komentarjev v povezavi s poročano zgodbo (npr. razne domneve, čustveni odzivi), objavljenih na družbenih omrežjih
- Razvoj pravil in postopkov za ravnanje z neprimernimi komentarji ali komentarji uporabnikov v stiski
- Navajanje virov pomoči v prvem komentarju (v razdelku, namenjenem komentarjem uporabnikov)

Kot je razvidno iz preglednice 17.1, so ponekod že v uporabi prve smernice odgovornega poročanja o samomorilnem vedenju na spletu (30), ki pretežno spodbujajo vključevanje povezav na preverjene spletne strani z natančnimi informacijami o problematiki samomorilnega vedenja in oblikovanje pravil ter postopkov za nadzor nad komentarji oziroma sporočili uporabnikov novih medijev (31). V nasprotju s tradicionalnimi mediji so v spletni prispevek o samomoru poleg novinarja in urednika vključeni tudi spletni ponudniki, administratorji strani in skupnost uporabnikov danega medija, ki lahko prav tako prevzamejo pomembno vlogo pri preprečevanju samomorilnega vedenja. Spletni prispevki namreč omogočajo komentiranje in s tem interakcijo z administratorji strani, avtorjem prispevka in drugimi uporabniki (30). Kot taki pomembno sooblikujejo način poročanja in izraženo mnenje o obravnavani temi. V nedavni slovenski raziskavi (32), v kateri so proučevali novinarsko poročanje o samomoru, so ugotavljali, da so prevladujoči komentarji pod posameznim prispevkom povezani s stilom poročanja v tem prispevku. Ob odgovorno in v skladu s smernicami oblikovanem prispevku o samomoru se tako pogosteje pojavljajo konstruktivni komentarji bralcev s preventivnimi informacijami, ki so lahko za ranljivega bralca izjemnega pomena. Nasprotno so komentarji ob manj odgovorno oblikovanih prispevkih, ki npr. navajajo natančne informacije o uporabljeni metodi, lokaciji, pogosteje neprimerni (32), vendar lahko pri bralcu okrepijo ali spremenijo stališča do določene teme (33).

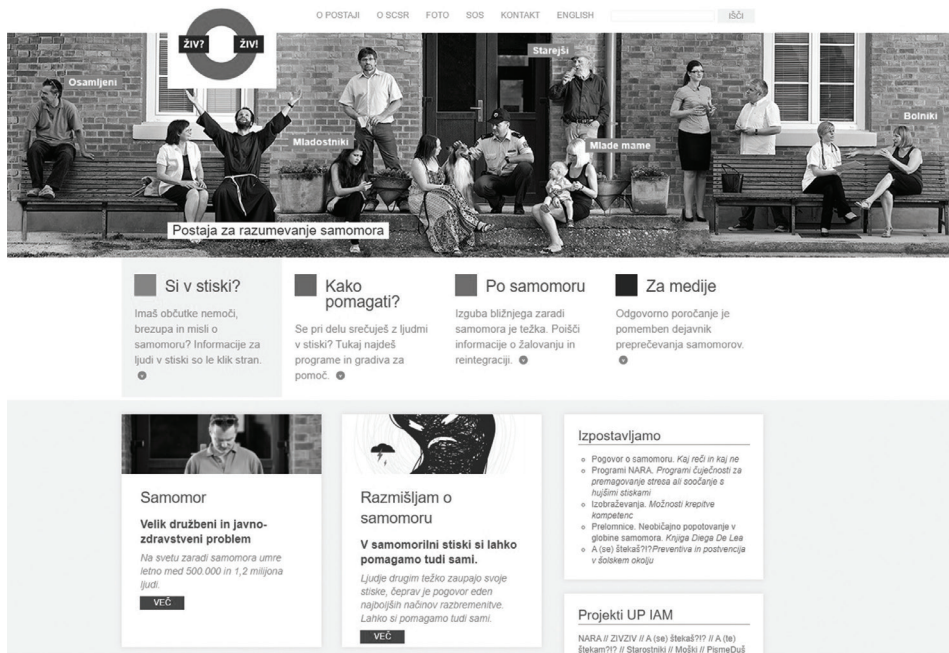
Za preprečevanje samomorilnega vedenja so zato pomembni odgovorno oblikovani prispevki o samomoru, ki vsebujejo pretežno ustrezne komentarje bralcev (32, 34), saj lahko na ta način vplivajo na zmanjšanje tveganja za posnemanje samomorilnega vedenja (34). Še višjo raven interaktivnosti med uporabniki omogočajo družbena omrežja, ki lahko z neprimernimi objavami prav tako spodbujajo samomorilno vedenje oziroma lahko z ustreznimi objavami ali drugimi orodji doprinesejo k njegovemu preprečevanju (35). Na ta način (in skladno z značilnostmi intervencije) so lahko tudi družbena omrežja del univerzalne, selektivne ali indicirane preventive (*več o tem v poglavju 13*). Primer univerzalne preventive na področju družbenih omrežij predstavljajo smernice, ki spodbujajo varno in ustrezno spletno komunikacijo o samomoru. Uporabnika družbenih omrežij usmerjajo k razmisleku o namenu in dostopnosti njegove objave o samomoru, poudarjajo pomen spremljanja odzivov drugih uporabnikov, objavo relevantnih informacij ter previdnost pri izbiri slik, fotografij ali drugih večpredstavnostnih vsebin (36). Kot del indicirane preventive je na družbenem omrežju Facebook na voljo posebno orodje za preprečevanje samomora, ki temelji na odzivu na objavo. Kadar uporabnik v objavi znanca zazna prisotnost samomorilnih misli, se lahko s posameznikom ali s skupnimi prijatelji neposredno pogovori, lahko pa uporabi to orodje, s čimer prijavi objavo in zaprosi za pomoč. Osebe v organizaciji Facebook pregleda in ovrednoti objavo ter odloči o naslednjem koraku. Objava je lahko predmet pregleda, tudi če ni prijavljena, ampak je na podlagi algoritmov zaznana kot izraz resnih samomorilnih misli. Če objava ni vezana na samomorilno vedenje, se primer zaključi. V primeru zaznanega samomorilnega namena je posameznik ob naslednji prijavi v omrežje Facebook informiran o različnih virih in načinih pomoči. V primeru presoje, da je življenje posameznika ogroženo, pa osebe nemudoma obvesti lokalne vire nujne pomoči, ki ukrepajo naprej (37). Tudi družbeno omrežje Twitter ima na voljo orodje za preprečevanje samomorilnega vedenja. To temelji na odzivu drugih uporabnikov, ki v objavi posameznika prepoznajo samomorilne misli in o tem poročajo osebu iz organizacije Twitter. Ti nato kontaktirajo posameznika in ga informirajo o virih, ki so na voljo, ter ga spodbudijo k iskanju pomoči (38).

Poleg omenjenih spletnih strani in platform (npr. družbenih omrežij), ki predvsem promovirajo duševno zdravje, splet ponuja tudi intervencije s področja selektivne ali indicirane preventive in dostop do intervencij, namenjenih obravnavi ali spremljanju posameznika v stiski. Te, na novih medijih zasnovane intervencije, lahko zajemajo zelo različne aktivnosti, od psihoedukacije do svetovanj in terapij. Psihoedukacijske spletne strani so najpogosteje statične oz. pasivne, kar pomeni, da zajemajo promocijo in informiranje o različnih vidikih duševnega zdravja, a večinoma ne predvidevajo posameznikove aktivne vključenosti in so brez možnosti podajanja specifičnih informacij, vezanih na posameznikove skrbi. Tudi strukturirani programi, ki posameznika vodijo skozi različne aktivnosti in mu nudijo informacije o načinih pomoči, temeljijo na izobraževanju, a je slednje veliko bolj dinamično ter prilagojeno specifičnim potrebam in značilnostim posameznika. Že sam program je lahko oblikovan in posredovan na način, ki je bolj blizu ciljni populaciji, posamezniku pa je omogočeno dodatno prilagajanje in pregled vsebin v skladu s trenutnimi potrebami. Pri svetovanjih in terapijah na daljavo pa je v ospredju neposredni stik, ki ga omogoča uporaba videokonferenc, klepetalnic (ki temeljijo na besedilni izvedbi pogovora), elektronskih sporočil in podobnih aplikacij. Intervencijo lahko izvajajo terapevt ali člani podporne skupine. V primeru slednjih je poudarek na pomoči in podpori ostalih članov skupine (28), zaradi česar so lahko izjemnega pomena tudi za nudenje podpore bližnjim po samomoru.

Spletne intervencije, namenjene preprečevanju samomorilnega vedenja, morajo biti strokovne in ustrezno oblikovane, saj je od tega odvisno, kakšen učinek bodo imele na uporabnika. Ker naslavljajo posameznike v hudi stiski, ki razmišljajo o samomoru, morata biti vsebina in način podajanja vsebine preiščena ter v skladu z značilnostmi ciljne populacije. Pomembno je, da je slednja ustrezno definirana, da lahko intervencija ponudi učinkovite načine zadovoljevanja potreb posamezne skupine ljudi (posamezniki, ki razmišljajo o samomoru, posamezniki s povečanim tveganjem za samomorilno vedenje, bližnji po samomoru ipd.). Poleg tega so pri intervencijah, ki temeljijo na novih medijih, osrednjega pomena aktualna in relevantna vsebina, vidne in vedno dostopne informacije o drugih virih pomoči ter vključenost strokovnjaka s področja duševnega zdravja, ki redno pregleduje ustreznost vsebine. V skladu s tem oblikovane intervencije s področja samomorilnega vedenja namreč pomagajo varovati uporabnika (39) in resnično služijo svojemu namenu.

V Sloveniji je na področju preprečevanja samomorilnega vedenja na voljo psihoedukacijska spletna stran *Živ! Živ?*, ki jo urejajo raziskovalci (psihologi) Univerze na Primorskem, Inštituta Andrej Marušič, Slovenskega centra za raziskovanje samomora. Spletna stran je nastala v skladu z zgornjimi poudarki ter kot odgovor na različne provokativne slovenske spletne strani z neprimerno in neustrezno vsebino o samomorilnem vedenju.

Spletna stran *Živ? Živ!* (slika 17.1) v osnovi naslavlja štiri ključne skupine bralcev: (i) posameznike, ki so sami v (samomorilni) stiski, (ii) vratarje sistema oz. druge v socialni mreži posameznikov v stiski, ki želijo pomagati, (iii) žalujoče posameznike oz. bližnje po samomoru ter (iv) novinarje, urednike in druge, ki o samomoru poročajo v medijih. Spletna stran je oblikovno zastavljena kot čakalnica, kjer se znajdejo vsi omenjeni različni deležniki. Grafična podoba in avtentične fotografije so prispevale k vizualni podobi spletne platforme. Poleg tega so transparentno predstavljeni avtorji prispevkov, strokovna in znanstvena gradiva, iz katerih vsebine nastajajo, jasen je namen in financiranje programov spletne strani. Transparentnost teh vsebin je ključna za zagotavljanje kredibilnosti pri bralcih. V obdobju sedmih let delovanja (od 1. 11. 2013 do 1. 11. 2020) je spletno stran obiskalo več kot 400.000 posameznih spletnih identifikatorjev (IP-naslovov), in sicer z več kot 800.000 obiski. Zadetki spletne strani pa so se v iskalnikih v tem času pojavili kar v več kot 24 milijonih. To so številke, ki jih je z neposrednimi psihološkimi intervencijami univerzalne preventive težko doseči brez ogromnih finančnih, časovnih in človeških resursov. Še posebno pa so napisane vsebine aktualne takrat, kadar je kak primer samomora medijsko bolj izpostavljen.



Slika 17.1. Spletna postaja Živ? Živi!

(Pridobljeno in ponatisnjeno z dovoljenjem Univerza na Primorskem, Inštitut Andrej Marušič)

Interakcija z uporabnikom, ki razmišlja o samomoru

Poleg značilnosti in načina podajanja vsebine, opisa tveganj in ciljne populacije, ki ji je intervencija namenjena, je pri intervencijah na področju promocije duševnega zdravja in preprečevanja samomorilnega vedenja pomembno poznati možne načine interakcije z udeleženci. Uporabnik lahko zgolj pregleduje informacije, jih posreduje v obliki osebnega bloga ali pa jih na interaktivnih straneh spremlja in hkrati prejema povratne informacije. V skladu s tem, kar počne in kar se od njega pričakuje, se odvijajo tudi različni notranji procesi, povezani s čutenjem in delovanjem. Izvajanje spletnih aktivnosti lahko pri uporabniku sproži podobne občutke, kot jih sproži izvajanje aktivnosti v fizičnem svetu (40). Pri oblikovanju aktivnosti, še posebno tistih s področja preprečevanja samomora, tako niso pomembni le vsebina in načini njenega podajanja, ampak tudi poznavanje psiholoških procesov, povezanih z bolj ali manj aktivnimi interakcijami z uporabnikom. Z uporabo digitalnih tehnologij in spleta se lahko povezujemo z drugimi osebami (28), četudi se v živo z njimi nikoli ne srečamo. Pri tem povezanost ni nujno vezana le na površinski vidik oziroma nove medije, ki omogočajo komunikacijo na daljavo, temveč vključuje tudi druge vidike vzpostavljanja odnosa. Ljudje se med seboj razlikujemo po tem, v kolikšni meri nam tovrstni način komunikacije ustreza. Nekatere posameznike fizična prisotnost drugih moti, zato lahko izključno interakcija, ki temelji na besedilu, pripomore k oblikovanju intimne povezanosti ter poglobljenih čustev do druge osebe. Drugim pa takšen način interakcije ne ustreza, saj so odnosu lahko resnično predani le, če je na neki točki mogoča tudi fizična prisotnost drugega posameznika. Ne le, da si to želijo, takšno prisotnost nekateri tudi potrebujejo, saj jim skupaj z neverbalno komunikacijo in drugimi značilnostmi interakcije v živo to omogoča bolj osebno odzivanje (40).

Kljub temu pa je odnos, vzpostavljen preko spleta, lahko torej za nekatere izjemnega pomena, zato je poznavanje omenjenih značilnosti pomembno tako za interakcije v vsakdanjem življenju kot razvijalce in izvajalce različnih intervencij s področja duševnega zdravja.

Eden od ključnih pristopov k učinkovitemu preprečevanju samomora temelji na zgodnji identifikaciji in obravnavi posameznikov, ki razmišljajo o samomoru (41). Ker se ljudje med seboj zelo razlikujemo, vsaka obravnava ni enako primerna za vsakogar. Zato je toliko pomembneje, da novi mediji strokovnjakom s področja duševnega zdravja omogočajo, da svetovanja in terapije izvajajo tudi na daljavo in ne le v živo. Svetovanja in terapije na daljavo lahko zajemajo različne vrste interakcije: besedilna sporočila (elektronska sporočila, klepetalnice, kratka sporočila z uporabo mobilnih telefonov) ter zvočni in/ali video prikaz (uporaba različnih programov, ki omogočajo uporabo kamere in zvoka) (28). V primerjavi s terapijami in svetovanji v živo so lahko svetovanja in terapije na daljavo enako učinkovita (42), zaupna, varna (40, 43), skladna z zakonodajo in etičnimi načeli (44), hkrati pa dostopnejša in ugodnejša (42). Tovrstne intervencije uporabniku hkrati omogočajo premostitev geografskih omejitev in izbiro strokovnjaka, ki ga zaradi različnih dejavnikov ne bi mogel fizično obiskati (45). Pri svetovanju ali terapiji na daljavo torej ne gre za novo vrsto terapije, temveč zgolj za uporabo novih medijev in elementov, ki temeljijo na značilnostih slednjih. To pomeni, da je terapija pravzaprav lahko zelo podobna tradicionalni terapiji. Tudi faze terapije na daljavo (npr. spletne terapije) zato odsevajo značilnosti tradicionalnega poteka terapije v živo. Te faze (vzpostavljanje raporta³, ocenjevanje, postavljanje ciljev, vključenost, zaključek in spremljanje) so namreč pomemben del terapevtskega procesa, ne glede na to, v katerem okolju terapija poteka. Omogočajo poglobljanje in oblikovanje terapevtskega odnosa ter posledično prispevajo k učinkovitosti terapije. Ker gre zgolj za izvajanje svetovanja ali terapije v drugem okolju, terapevt uporablja enake spretnosti, kot bi jih pri svetovanju ali terapiji v živo (npr. parafraziranje⁴, preverjanje razumevanja, zastavljanje odprtih vprašanj) (46).

Nekatere intervencije s področja duševnega zdravja in preprečevanja samomorilnega vedenja, ki temeljijo na novih medijih, pa posamezniku omogočajo tudi, da ostane povsem anonimen. Slednje mu lahko daje občutek varnosti in zasebnosti ter posledično poveča verjetnost, da obiše spletno strani ali platforme, ki jih sicer ne bi. Uporabnik, ki je v interakcijah v živo bolj zadržan, se lahko zaradi tega občutka počuti manj ranljivega (43) in posledično lažje spregovori o svojem počutju, doživljanju ter mislih o samomoru. Slednje je še posebno značilno za interakcijo, ki temelji izključno na besedilnih sporočilih. Toda čeprav je nekaterim uporabnikom, ki poiščejo strokovno pomoč, o samomorilnih mislih lažje spregovoriti na ta način (s pomočjo zapisanih sporočil), pa je za strokovnjake, ki morajo oceniti samomorilno ogroženost pri uporabniku, slednje oteženo ravno zaradi interakcije, ki temelji na besedilnih sporočilih (47). Vizualni in neverbalni vidiki komunikacije (hitrost govora, ton govora, obrazni izrazi ipd.), ki so značilni za interakcije v živo ali na daljavo (če je pri slednjih možno slišati vsaj glas uporabnika), olajšajo ocenjevanje samomorilne ogroženosti pri uporabniku, ki razmišlja o samomoru (45, 47). Kljub temu lahko strokovnjak učinkovito oceni samomorilno ogroženost uporabnika, četudi z uporabnikom komunicira izključno preko besedilnih sporočil (45). Težava pa lahko nastane, če je uporabnik anonimen, a neposredno samomorilno ogrožen. V takem primeru

³ Terapevtski odnos.

⁴ Ponovitev prejetega sporočila z drugimi besedami.

je potrebno posredovanje nujne medicinske pomoči, a če uporabnik ne želi razkriti svojih podatkov in lokacije, na kateri se trenutno nahaja, je lahko nudenje ustrezne in pravočasne pomoči ovirano. Strokovnjaki se strinjajo, da so interakcije, ki temeljijo na besedilih, uporabne, a pri ocenjevanju in odzivanju na samomorilno ogroženost uporabnika povečini nezadostne (47). Kljub temu so tudi tovrstne intervencije pomembne, saj v raziskavah ugotavljajo, da se marsikdo ne odloči za strokovno pomoč, če interakcija ni mogoča preko besedilnih sporočil (48). V prihodnje je zato smiselno uporabnika, ki razmišlja o samomoru in vzpostavi stik s pomočjo besedilnih sporočil, preusmeriti na drugo obliko interakcije. Če to ni mogoče, pa je smiselno oblikovati postopke, ki bodo izboljšali možnosti ocenjevanja in odzivanja na samomorilno ogroženost uporabnika, s katerim komuniciramo s pomočjo besedilnih sporočil (47). Le tako bo lahko preprečevanje samomora v tovrstnih interakcijah zares učinkovito.

Za učinkovito preprečevanje samomora s pomočjo intervencij, ki temeljijo na novih medijih, je pomembno tudi, da sta tako uporabnik kot strokovnjak večša uporabe novih medijev. Če intervencija temelji izključno na besedilnih sporočilih, je pomembno tudi, da se znata na ta način (z uporabo besednih sporočil) ustrezno izražati (45). Novi mediji sicer omogočajo uporabo različnih pisav, barv, razmikov in zamikov, kar lahko nadomesti nekatere zvočne in vizualne omejitve interakcije, ki temelji na besedilu (46). Uporabnik, ki razmišlja o samomoru, lahko svoja čustva poskusi tudi slikovno predstaviti z uporabo čustvenih simbolov (angl. emoticons). Pomembne poudarke in čustva pa lahko sporoči tudi z uporabo drugih elementov, npr. z uporabo velikih tiskanih črk ali narekovajev. Ker pa si določene čustvene simbole in elemente vsak lahko razlaga v skladu s svojimi izkušnjami, je pomembno, da uporabnik in strokovnjak sproti razjasnujeta sporočano vsebino in nejasnosti. To vodi k boljšemu razumevanju situacije in posledično učinkovitejši intervenciji (49).

Zaključek in usmeritve za naprej

Izsledki več raziskav poudarjajo, da je raven učinkovitosti spletnih terapij pri doseganju ranljivih in ogroženih posameznikov (50) ter trajanju in intenziteti učinka primerljiva z učinkovitostjo tradicionalnih terapij v živo. Učinkovitost posameznih intervencij ni odvisna le od značilnosti intervencije in od dane težave, temveč tudi od potreb, navad, želja in značilnosti uporabnika oziroma udeleženca intervencije (51). Nekateri posamezniki o samomorilnih mislih lažje spregovorijo, če intervencija temelji na novih medijih (npr. uporaba izključno besedilnih sporočil), saj jim to lahko daje občutek varnosti in zaupnosti (47). Nekateri uporabniki zaradi tega občutka brskajo po spletnih straneh in iščejo ustrezne informacije s področja preprečevanja samomorilnega vedenja, ki jih v nasprotnem primeru (npr. ob interakciji v živo) morda ne bi pridobivali (43). Da bo spletna intervencija res učinkovita, je zato pomembno, da so informacije oblikovane odgovorno, transparentno in podane v skladu z značilnostmi uporabnika ter drugimi značilnostmi, opisanimi v tem poglavju. Posamezniki, ki so v stiski ali razmišljajo o samomoru, so še posebno ranljivi in dovzetni za različne negativno prikazane vsebine. Ker pa imajo zaradi hitrega razvoja novih medijev hkrati možnost nenehnega dostopanja do spleta in ustreznih spletnih intervencij, pa predstavlja splet tudi pomembno novo orodje pri preprečevanju samomorilnega vedenja. Zaradi dostopnosti neustreznih vsebin v ospredju ne sme biti vprašanje, ali uporabiti splet v namene preprečevanja samomorilnega vedenja, temveč kaj, kako in kam vključiti ustrezne vsebine.

Reference

1. Oxford University Press. Lexico.com, UK dictionary [na spletu]. Long Beach: Lexico.com; 2019 [posodobljeno 2021]. New media; [citirano 7. 2. 2021]. Dostopno na: https://www.lexico.com/definition/new_media
2. Bartholomew Eldredge LK, Markham CM, Ruitter RA, Fernández ME, Kok G, Parcel GS. Planning health promotion programs: an intervention mapping approach. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2016.
3. Pirkis J, Nordentoft M. Media influences on suicide and attempted suicide. V: O'Connor RC, Platt S, Gordon J, uredniki. International handbook of suicide prevention: research, policy and practice. 1st ed. Chichester: Wiley; 2011. str. 531–44. doi: 10.1002/9781119998556.ch30
4. Pirkis J, Mok K, Robinson J, Nordentoft M. Media influences on suicidal thoughts and behaviors. V: O'Connor RC, Pirkis J, urednika. The international handbook of suicide prevention. 2nd ed. Chichester: Wiley; 2016. str. 743–57. doi: 10.1002/9781118903223.ch42
5. Phillips DP. The Werther effect. *Sciences*. 1985;25(4):32–40. doi: 10.1002/j.2326-1951.1985.tb02929.x
6. Jack B. Goethe's Werther and its effects. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(1):18–9. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70229-9
7. Ortiz P, Khin Khin E. Traditional and new media's influence on suicidal behavior and contagion. *Behav Sci Law*. 2018;36(2):245–56. doi: 10.1002/bsl.2338
8. Phillips DP. The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implications of the Werther effect. *Am Sociol Rev*. 1974;39(3):340–54. doi: 10.2307/2094294
9. Samaritans. Media guidelines for reporting suicide [na spletu]. Surrey: Samaritans; 2020 [citirano 15. 11. 2020]. Dostopno na: https://media.samaritans.org/documents/Media_Guidelines_FINAL_v2_TABa8C6.pdf
10. Norris B, Jempson M, Bygrave L, Thorsen E. Covering suicide worldwide: media responsibilities [na spletu]. Bristol: The MediaWise Trust; 2006 [citirano 29. 10. 2020]. Dostopno na: <http://www.mediawise.org.uk/wp-content/uploads/2011/03/Covering-Suicide-Worldwide-Updated-06.pdf>
11. Pirkis JE, Burgess PM, Francis C, Blood RW, Jolley DJ. The relationship between media reporting of suicide and actual suicide in Australia. *Soc Sci Med*. 2006;62(11):2874–86. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.11.033
12. Stack S. Social correlates of suicide by age: media impacts. V: Leenars AA, urednik. Life span perspectives of suicide: time-lines in the suicide process. New York: Springer; 1991. str. 187–213. doi: 10.1007/978-1-4899-0724-0_14
13. Michel K, Frey C, Schlaepfer TE, Valach L. Suicide reporting in the Swiss print media: frequency, form and content of articles. *Eur J Public Health*. 1995;5(3):199–203. doi: 10.1093/eurpub/5.3.199
14. Yi H, Hwang J, Bae HJ, Kim N. Age and sex subgroups vulnerable to copycat suicide: evaluation of nationwide data in South Korea. *Sci Rep*. 2019;9(1):članek 17253. doi: 10.1038/s41598-019-53833-8
15. Stack S. Suicide in the media: a quantitative review of studies based on nonfictional stories. *Suicide Life Threat Behav*. 2005;35(2):121–33. doi: 10.1521/suli.35.2.121.62877
16. Stack S. Media impacts on suicide: a quantitative review of 293 findings. *Soc Sci Q*. 2000;81(4):957–71.
17. Gould MS, Kleinman MH, Lake AM, Forman J, Midle JB. Newspaper coverage of suicide and initiation of suicide clusters in teenagers in the USA, 1988–96: a retrospective, population-based, case-control study. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(1):34–43. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70225-1
18. Schmidtke A, Häfner H. The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis. *Psychol Med*. 1988;18(3):665–76. doi: 10.1017/s0033291700008345
19. Etzersdorfer E, Voracek M, Sonneck G. A dose-response relationship between imitational suicides and newspaper distribution. *Arch Suicide Res*. 2004;8(2):137–45. doi: 10.1080/13811110490270985
20. Fu KW, Yip PS. Long-term impact of celebrity suicide on suicidal ideation: results from a population-based study. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(6):540–6. doi: 10.1136/jech.2005.045005
21. Tam J, Tang WS, Fernando DJ. The internet and suicide: a double-edged tool. *Eur J Intern Med*. 2007;18(6):453–5. doi: 10.1016/j.ejim.2007.04.009
22. Biddle L, Donovan JL, Hawton K, Kapur N, Gunnell D. Suicide and the internet. *BMJ*. 2008;336:800–2. doi: 10.1136/bmj.39525.442674.AD
23. Becker K, Schmidt MH. Internet chat rooms and suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43(3):246–7. doi: 10.1097/00004583-200403000-00002
24. Kazenski zakonik (KZ-1-NPB4) [na spletu]. Uradni list RS, št. 50/12. 120. člen: Napeljevanje k samomoru in pomoč pri samomoru. 2008 [citirano 22. 1. 2021]. Dostopno na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO5050>
25. Rajagopal S. Suicide pacts and the internet. *Br Med J*. 2004;329(7478):1298–9. doi: 10.1136/bmj.329.7478.1298
26. Niederkrotenthaler T, Voracek M, Herberth A, Till B, Strauss M, Etzersdorfer E idr. Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *Br J Psychiatry*. 2010;197(3):234–43. doi: 10.1192/bjp.bp.109.074633
27. Roškar S, Tančič Grum A, Poštuvan V. Spregovorimo o samomoru in medijih. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS; 2010.
28. Barak A, Grohol JM. Current and future trends in internet-supported mental health interventions. *J Technol Hum Serv*. 2011;29(3):155–96. doi: 10.1080/15228835.2011.616939

29. O'Connell ME, Boat T, Warner KE, uredniki. Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities. Washington (DC): The National Academies Press; 2009.
30. Maloney J, Pfuhlmann B, Arensman E, Coffey C, Gusmão R, Poštuvan V idr. How to adjust media recommendations on reporting suicidal behavior to new media developments. *Arch Suicide Res.* 2014;18(2):156–69. doi: 10.1080/13811118.2013.824833
31. Reporting on Suicide, Suicide Awareness Voices of Education. Online media [na spletu]. Bloomington: SAVE, Suicide Awareness Voices of Education; [citirano 22. 11. 2020]. Dostopno na: <https://reportingsuicide.org/onlinemedial/>.
32. Gomboc V. Spletno poročanje o samomoru: analiza novinarskih prispevkov in komentarjev bralcev [magistrsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Filozofska fakulteta; 2019.
33. Sung KH, Lee MJ. Do online comments influence the public's attitudes toward an organization? Effects of online comments based on individuals prior attitudes. *J Psychol.* 2015;149(4):325–38. doi: 10.1080/00223980.2013.879847
34. Reporting on Suicide, Suicide Awareness Voices of Education. Best practices and recommendations for reporting on suicide [na spletu]. Bloomington: SAVE, Suicide Awareness Voices of Education; [citirano 22. 11. 2020]. Dostopno na: <https://reportingsuicide.org/recommendations/>.
35. Luxton DD, June JD, Fairall JM. Social media and suicide: a public health perspective. *Am J Public Health.* 2012;102 Suppl 2:S195–200. doi: 10.2105/AJPH.2011.300608
36. Robins J, Hill N, Thorn P, Teh J, Battersby R, Reavley N. #chatsafe: a young person's guide for communicating safely online about suicide [na spletu]. Melbourne: Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health; 2018 [citirano 18. 11. 2020]. Dostopno na: https://www.orygen.org.au/Training/Resources/Self-harm-and-suicide-prevention/Guidelines/chatsafe-A-young-person-s-guide-for-communicatin/ChatsafeUS_guidelines_Orygen
37. Gomes de Andrade NN, Pawson D, Muriello D, Donahue L, Guadagno J. Ethics and artificial intelligence: suicide prevention on Facebook. *Philos Technol.* 2018;31(4):669–84. doi: 10.1007/s13347-018-0336-0
38. Twitter Inc. What to do about self-harm and suicide concerns on Twitter [na spletu]. San Francisco: Twitter Inc.; [posodobljeno 2020; citirano 5. 11. 2020]. Dostopno na: <https://help.twitter.com/en/safety-and-security/self-harm-and-suicide>
39. De Jaegere E, Portzky G, van den Berg M, Wallyn S. Ethical guidelines for technology-based suicide prevention programmes: WP 5 [na spletu]. Leeds: Euregenas; 2014 [citirano 3. 11. 2020]. Dostopno na: <https://www.euregenas.eu/wp-content/uploads/2014/02/Ethical-guidelines-for-TBSP-programmes.pdf>
40. Suler J. Psychology of the digital age: humans become electric. New York: Cambridge University Press; 2016. doi: 10.1017/CBO9781316424070
41. Ji S, Yu CP, Fung SF, Pan S, Long G. Supervised learning for suicidal ideation detection in online user content. *Complexity.* 2018;2018:[10 str.]. doi: 10.1155/2018/6157249
42. Andersson E, Hedman E, Ljótsson B, Wikström M, Elveling E, Lindefors N idr. Cost-effectiveness of internet-based cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive disorder: results from a randomized controlled trial. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* 2015;4:47–53. doi: 10.1016/j.jocrd.2014.12.004
43. Suler J. The online disinhibition effect. *Cyberpsychology Behav.* 2004;7(3):321–6. doi: 10.1089/1094931041291295
44. Hilgart M, Thorndike FP, Pardo J, Ritterband LM. Ethical issues of web-based interventions and online therapy. V: Leach MM, Stevens MJ, Lindsay G, Ferrero A, Korkut Y, uredniki. *The Oxford handbook of international psychological ethics.* Oxford: Oxford University Press; 2012. str. 161–75. doi: 10.1093/oxfordhb/9780199739165.013.0012
45. Fenichel M, Suler J, Barak A, Zelvin E, Jones G, Munro K idr. Myths and realities of online clinical work. *Cyberpsychology Behav.* 2002;5(5):481–97. doi: 10.1089/109493102761022904
46. Nagel DA, Anthony K. Text-based online counseling: chat. V: Kraus R, George S, Speyer C, uredniki. *Online counseling: a handbook for mental health professionals.* 2nd ed. Amsterdam: Elsevier; 2011. str. 169–82. doi: 10.1016/B978-0-12-378596-1.00009-5
47. Predmore Z, Ramchand R, Ayer L, Kotzias V, Engel C, Ebener P idr. Expanding suicide crisis services to text and chat: responders' perspectives of the differences between communication modalities. *Crisis.* 2017;38(4):255–60. doi: 10.1027/0227-5910/a000460
48. Nesmith A. Reaching young people through texting-based crisis counseling. *Adv Soc Work.* 2019;18(4):1147–64. doi: 10.18060/21590
49. Suler J. The psychology of text relationships. V: Kraus R, George S, Speyer C, uredniki. *Online counseling: a handbook for mental health professionals.* 2nd ed. Amsterdam: Elsevier; 2011. str. 21–53. doi: 10.1016/B978-0-12-378596-1.00002-2
50. Dumon E, Portzky G. Splošne smernice za preprečevanje samomora [na spletu]. Leeds: Euregenas; 2014 [citirano 3. 11. 2020]. Dostopno na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/splosne_smernice_za_preprecevanje_samomora.pdf
51. Barak A, Hen L, Boniel-Nissim M. A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *J Technol Hum Serv.* 2008;26(2–4):109–60. doi: 10.1080/15228830802094429

Dobre preventivne prakse za varovanje duševnega zdravja in preprečevanje samomorilnosti v Sloveniji

Nuša Konec Juričič, Ksenija Lekić, Domen Kralj, Marjan Cugmas, Vita Poštuvan, Marija Anderluh, Mojca Vatovec, Alenka Tančič Grum, Mojca Zvezdana Dernovšek, Saška Roškar, Špela Selak

Ključni poudarki poglavja

- Za organizirano preprečevanje samomorilnega vedenja so potrebni z dokazi podprti programi in pristopi, ki posegajo na področja univerzalne, selektivne in indicirane preventive in so hkrati namenjeni različnim ciljnim skupinam.
- Z vidika preprečevanja samomorilnosti so smiselne dejavnosti na področju univerzalne preventive, zlasti v šolskem okolju. Programi *To sem jaz*, *Neverjetna leta*, *A (se) štekaš!?* sledijo spoznanju, da ima razvijanje socialnih in čustvenih veščin otrok in mladostnikov pomembno vlogo pri krepitvi psihične odpornosti, gradnji podpornih medosebnih odnosov, sposobnosti reševanja težav, kar vse dolgoročno prispeva tudi k preprečevanju samomorilnosti.
- Mreža strokovne pomoči v duševni stiski mora biti javno, hitro in brezplačno dostopna ter geografsko enakomerno razvejana. Mrežo 14 svetovalnic *Posvet* – Tu smo zate, kjer na leto opravijo več kot 4.200 svetovanj, obiščejo tudi številni posamezniki, ki bi brez pravočasnega in strokovnega psihološkega svetovanja ter usmerjanja v nadaljnjo strokovno pomoč lahko zdrsnili v samomorilno vedenje.
- Službe pomoči na področju skrbi za duševno zdravje naj delujejo čim bližje ljudem, npr. v zdravstvenih domovih. V Sloveniji skladno s tem izhodiščem že več let v vseh zdravstvenih domovih učinkovito izvajajo psihoedukativne delavnice za podporo pri spoprijemanju z depresijo, s tesnobo in s stresom. Spodbudna je tudi novo nastajajoča nacionalna mreža 25 centrov za duševno zdravje za otroke in mladostnike ter 25 za odrasle.
- Skrb za duševno zdravje je pomembna tudi znotraj strokovnih krogov. Smiselno je zagotoviti kontinuirano izvajanje izobraževalnih programov o duševnem zdravju za strokovnjake različnih profilov, se odzivati na njihove potrebe in jim omogočiti udeležbo v programih za krepitev lastnega duševnega zdravja.
- Mediji imajo lahko v primeru odgovornega poročanja vidno vlogo na področju preprečevanja samomora. Med dejavnike poročanja, ki delujejo preventivno, spadajo denimo spodbujanje iskanja pomoči, informiranje o konkretnih virih pomoči ter sporočanje o konstruktivnih načinih reševanja težav. Smernice za odgovorno poročanje o samomoru so bile v Sloveniji implementirane v letu 2010.

Povzetek

Izbrani javnozdravstveni programi, projekti ter pristopi k varovanju in promociji duševnega zdravja, preventivi težav v duševnem zdravju ter preprečevanju samomorilnega vedenja, razviti v Sloveniji, posegajo na področja univerzalne, selektivne in indicirane preventive ter so namenjeni otrokom, mladostnikom in odraslim. Predstavljeni so primeri dobrih praks: program za duševno zdravje mladih *To sem jaz*; program krepitve duševnega zdravja in preventive samomorilnega vedenja za mladostnike *A (se) štekaš!?*; program starševstva

ter program za vzgojitelje in učitelje Neverjetna leta; program psihološkega svetovanja posameznikom, parom in družinam v duševni stiski v mreži svetovalnic Posvet – Tu smo zate; program psihoedukativnih delavnic za odrasle, ki se soočajo z depresijo, tesnobo ali obremenjujočim stresom; regionalna mreža centrov za duševno zdravje; primer celostno zasnovanega projekta Znanje strokovnjakom, pomoč ljudem – MOČ ter pristop k razvoju, implementaciji in evalvaciji medijskih smernic za odgovorno poročanje o samomoru. Iz prikazanih javnozdravstvenih praks so razvidni raznoliki pristopi k načrtnemu, ciljnemu in sistematičnemu delu na področju preprečevanja samomorilnosti in skrbi za duševno zdravje. V poglavju s prikazom dobro delujočih, večinoma z dokazi podprtih pristopov, avtorji opozarjajo tudi na pomen njihove sistemske implementacije in zelenega zagotavljanja enakomerne dostopnosti učinkovitih programov in mreže pomoči – ne glede na regijo, poklicno skupino, starost ali morebitno stopnjo ranljivosti.

Uvod

Za organizirano in sistematično preprečevanje samomorilnega vedenja potrebujemo z dokazi podprte programe in pristope, ki posegajo na področja univerzalne, selektivne in indicirane preventive in so hkrati namenjeni različnim ciljnim skupinam (*več o tem v poglavju 13*). V Sloveniji že desetletja tečejo prizadevanja za razvoj javnozdravstvenih programov in storitev, s katerimi bi kar najbolje zadostili potrebam na področju duševnega zdravja in preprečevanja samomora v različnih populacijskih skupinah. Med obstoječimi programi in projekti ter pristopi v Sloveniji so bili za prikaz v prispevku izbrani tisti, ki temeljijo na najmanj eni od naslednjih značilnosti: (i) lastnem razvoju pristopa ali programa in dokazani učinkovitosti, (ii) v Sloveniji preizkušeni in implementirani tujih praksah, (iii) prepoznavnosti in sprejetosti v mednarodni in domači strokovni javnosti, (iv) uvrščenosti v redno dejavnost primarne zdravstvene ravni ter (v) prepoznavnosti in sprejetosti med ciljno populacijo.

Predstavitev izbranih primerov dobrih praks

Večina izbranih programov in projektov vsebinsko posega na več ravni preventive (preglednica 18.1).

Preglednica 18.1. Raven preventive, ki jo naslavljajo izbrani primeri dobrih praks

Program/projekt/pristop	Univerzalna preventiva	Selektivna preventiva	Indicirana preventiva
To sem jaz	✓		✓
A se štekaš!?!?	✓	✓	✓
Neverjetna leta	✓	✓	✓
Mreža svetovalnic Posvet – Tu smo zate		✓	✓
Psihoedukativne delavnice (stres, depresija, tesnoba)		✓	
Mreža centrov za duševno zdravje	✓	✓	✓
Projekt MOČ	✓	✓	✓
Medijske smernice za odgovorno poročanje o samomoru	✓		

»Pride moment, ko razmišljam o samomoru« – podpora mladim s programom za duševno zdravje To sem jaz

Eden od uveljavljenih in z dokazi podprtih programov, ki je plod domačega strokovnega znanja in dolgoletnega razvoja, je program za duševno zdravje mladih To sem jaz. V Sloveniji deluje na področju preventivnega dela od leta 2001. Program, vzpostavljen na Nacionalnem inštitutu za javno zdravje (NIJZ), s svojimi aktivnostmi in izhodišči zajema predvsem področje univerzalne preventive. Usmerjen je v celotno populacijo mladih s poudarkom na krepitevi njihovih notranjih psiholoških virov in razvijanju psihične odpornosti, kar lahko vodi v boljšo kakovost življenja in uspešnejše soočanje z vsakdanjimi izzivi med odraščanjem in skozi nadaljnji življenjski potek tudi v odrasli dobi.

Program temelji na izvajanju dveh ločenih, a med seboj močno prepletenih pristopov – (i) spletno svetovanje in informiranje ter (ii) šolska preventivna praksa.

Spletno svetovanje in informiranje

Spletna svetovalnica www.tosemjaz.net predstavlja največjo in najstarejšo mladinsko spletno svetovalnico v Sloveniji, ki mladostnikom omogoča anonimen, javen, brezplačen, hiter in preprost dostop do strokovnega nasveta¹. Obstoječa svetovalna mreža združuje več kot 65 strokovnjakov – prostovoljcev (s področij medicine, psihologije, socialnega dela, pedagogike in drugih), ki mladim nudijo odgovore na vprašanja o dilemah in stiskah odraščanja. Od pričetka delovanja svetovalnice v letu 2001 so mladostniki nanjo naslovili več kot 46.000 vprašanj. Večji delež teh vprašanj je povezan z dilemami odraščanja, telesnimi spremembami v obdobju najstništva in odnosi (1). V približno 11 % vprašanj pa mladostniki izražajo težje stiske, med katerimi so najpogostejše vsebine, vezane na samomorilnost, motnje hranjenja, depresijo in samopoškodbe.

»Sem obupana. Pride moment, ko razmišljam o samomoru. Večino časa ne mislim na to in nočem tega storit. Na to idejo pridem zaradi staršev. Nismo si blizu, velikokrat me zaničujejo, primerjajo z drugimi, kar me resnično boli. Že vseh 17 let je tako. No in takrat ko se to zgodi (vsaj 1x na teden), me prime želja po smrti. Ne traja dolgo, pa vendar je prisotna. Ne znam točno povedati kako se počutim, čutim le neizmerno žalost, razočaranje, hrepenim po tem da bi me imeli radi, podpirali, spodbujali ... Nimam nikogar, da bi si bili blizu, sem sama s sabo. / ... / Sedaj ko to pišem zelo jočem in se mi zdi, da se bom zadušila. Ne vem kaj naj naredim sama s sabo, nočem tako živeti, nočem bit še naprej nesposobna, vsem v napoto. / ... / Saj jim povem kako mi je, kaj čutim in kaj želim, a je vse neslišano in neupoštevano. / ... / Potem pa mislim na samomor« (Primer zapisa iz spletne svetovalnice To sem jaz, september 2020).

Pomemben doprinos v spletni svetovalnici To sem jaz predstavlja uredništvo, v katerem vsakodnevno skrbijo za nemoteno izvajanje spletnega svetovanja, od leta 2012 pa tudi za analitično-raziskovalno dejavnost².

¹ V monografiji Srečanja na spletu avtorji spregovorijo o potrebah slovenske mladine skozi analizo spletnih zapisov in o izkustveni praksi preventivnega, informativnega in svetovalnega dela z mladimi na spletu. Razgrinjajo temeljna vodila spletnega svetovanja. Dostopno na povezavi: <https://www.nijz.si/sl/publikacije/srecanja-na-spletu-potrebe-slovenske-mladine-in-spletno-svetovanje>.

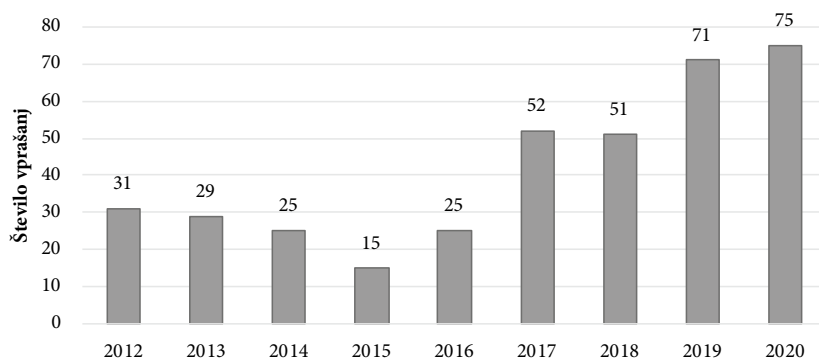
² Analitično-raziskovalna dejavnost je omogočena s kodiranjem vsakega prispelega vprašanja glede na tipologijo problema.

Šolska preventivna praksa

Kot nadgradnja spletnega komuniciranja z mladimi je v okviru programa To sem jaz nastal celostni model preventivnih delavnic (2) po konceptu psihologinje Alenke Tacol 10 korakov do boljše samopodobe (3). Na podlagi praktičnih izkušenj in izstopajočih problemov mladih so delavnice zasnovane za izvajanje v šolskem okolju s ciljem zmanjševanja tveganja za razvoj težav v duševnem zdravju in krepitev varovalnih dejavnikov za uspešno psihosocialno prilagajanje (4). Delavnice, več let preizkušane v praksi, so usmerjene v spodbujanje aktivne vloge mladostnikov pri postavljanju ciljev, prevzemanju odgovornosti, reševanju problemov, sodelovanju z drugimi, asertivnosti, samosprejetanju, soočanju s stresom in krepitevi drugih življenjskih veščin. Namenjene so delu z mladostniki, starimi 13–17 let. Cilj je, da učitelj oz. razrednik v istem razredu izpelje vseh 10 preventivnih delavnic skladno s konceptom razvijanja socialnih in čustvenih veščin. Preventivne delavnice To sem jaz so bile v letu 2018 tudi evalvirane v šolskem okolju, leta 2019 pa v razširjeni obliki na novo objavljene v priročniku za preventivno delo z mladostniki Zorenje skozi To sem jaz³. Rezultati evalvacije Centra za psihodiagnostična sredstva (5) so pokazali, da sistematično izvajanje delavnic pozitivno vpliva tako na izboljšanje odnosov v razredu kot tudi na posameznikovo dobro počutje (2).

Vloga programa pri preprečevanju samomorilnega vedenja mladih

V letih preventivnega delovanja programa To sem jaz so opazne vse večje stiske, s katerimi se srečujejo mladi. Ob siceršnjem upadanju števila vprašanj na letni ravni je število vprašanj s samomorilno tematiko naraslo: leta 2012 je bilo 31 (0,96 %) vprašanj s samomorilno tematiko, leta 2020 pa 75 (4,3 %) (slika 18.1). Skupno je bilo v obdobju 2012–2020 zabeleženih 374 vprašanj (2 %), povezanih s samomorom. Največje število zastavljenih vprašanj, povezanih s samomorilnostjo, je v starostni skupini 14–17 let (37 % vseh vprašanj, povezanih s samomorilnostjo; za približno 39 % vprašanj o samomorilnosti ni podatka o starosti).



Slika 18.1. Število vprašanj s samomorilno tematiko v spletni svetovalnici tosemjaz.net v obdobju 2012–2019

³ Priročnik za preventivno delo z mladostniki Zorenje skozi To sem jaz je bil predan v javno in brezplačno uporabo slovenskim šolam jeseni 2019, dostopen na povezavi: <https://www.nijz.si/sl/prirocnik/tosemjaz>.

Naraščajoči trend vprašanj s samomorilno tematiko v spletni svetovalnici je vsekakor pomemben opozorilni znak, ki nas mora voditi v nadaljnje razmišljanje in ukrepanje v smeri preventive. Vse več najtežjih vprašanj lahko odraža vse večje stiske mladih, ki se lahko v času izrednih razmer, kot smo jim bili priča v letu 2020, še krepijo (6). Na porast stisk lahko vpliva tudi pomanjkanje drugih virov podpore v najtežjih stiskah in/ali zadržanost mladih do komuniciranja o teh stiskah v živo. Obravnave samomorilnih stisk (na spletu ali v živo) zahtevajo takojšen in premišljen odziv strokovnjaka, saj lahko gre za prvi ali zadnji kontakt z mladostnikom v stiski. Pomembno je, da mladim v spletni svetovalnici nudimo takojšno čustveno razbremenitev, jih opolnomočimo ter motiviramo, da poiščejo nadaljnjo pomoč. V primeru kriznih spletnih intervencij program spletne svetovalnice naslavlja področje indicirane preventive. Obenem spletna svetovalnica deluje univerzalno, ko naslavlja e-populacijo mladostnikov (z objavo javno dostopnega strokovnega odgovora anonimnemu mladostniku v stiski lahko pomagamo tudi številnim drugim).

Pri naslavljanju najtežjih stisk mladih ima pomembno vlogo drugi steber programa To sem jaz – izvajanje šolske preventivne prakse. Celostno zastavljeni model na področju šolske preventive omogoča velik doprinos mladim pri razvijanju njihovih socialnih in čustvenih veščin. Razvijanje in krepitev omenjenih veščin predstavlja pomemben varovalni dejavnik, ki zmanjšuje verjetnost pojavnosti samomorilnih misli in vedenj (7). Socialne in čustvene kompetence so pomemben dejavnik zdravega razvoja otrok in mladostnikov. Omogočajo jim lažje spoprijemanje z izzivi odraščanja, boljše odnose z vrstniki in odraslimi, zlasti pa boljšo osebnostno čvrstost (4, 8, 9).

S preventivnimi programi, ki krepijo tovrstne veščine, zmanjšujemo dejavnike tveganja, kot so na primer depresija, anksioznost, brezup, socialna izolacija in zloraba psihoaktivnih substanc, ki so neposredno povezani s samomorilnimi mislimi in vedenjem (4, 7, 10). Vse več šol prepoznava uporabnost preventivnih aktivnosti in jih implementira v šolske kurikulumne (12). Tudi v slovenskem prostoru je že opazna vse večja ozaveščenost o problemu samomorilnosti in doprinosu, ki ga imajo preventivni programi s področja duševnega zdravja na mlade, še vedno pa za duševno zdravje otrok in mladostnikov v slovenskih šolah ni sistemsko poskrbljeno (s standardiziranimi, preverjenimi in enako dostopnimi programi). Program To sem jaz je podprt z dokazi, ima strokovno priporočilo za uporabo v šolah Zavoda republike Slovenije za šolstvo in je bil v okviru Resolucije o Nacionalnem programu duševnega zdravja kot eden od perspektivnih preventivnih programov predlagan za sistemsko uvedbo v slovenskih šolah (13).

Zagotavljanje celovitih, z dokazi podprtih preventivnih programov s področja duševnega zdravja v mladostništvu predstavlja pomembno prelomnico v izboljševanju organizirane skrbi za zdravo odraščanje. NIJZ si bo tudi v prihodnje prizadeval k dopolnjevanju in načrtovanemu izvajanju šolske preventivne prakse. Program To sem jaz je tudi v mednarodni strokovni javnosti večkrat prepoznan kot primer dobre prakse; med drugim je bil oktobra 2018 predstavljen na mednarodnem strokovnem srečanju Global Ministerial Mental Health Summit v Londonu kot vodilni primer dobre prakse s področja duševnega zdravja v skupini za otroke in mladostnike. Še naprej bo podpiral odraščajoče z neodvisnim delovanjem spletne svetovalnice www.tosemajaz.net, pri čemer bodo izvajalci programa morali slediti pristopom v digitalnem komuniciranju in izhajati iz potreb novodobne generacije.

A (se) štekaš?!? – integriran javnozdravstveni program preprečevanja samomora med mladostniki v šolskem okolju

Program A (se) štekaš?!? je primarno namenjen mladostnikom in ga izvaja Slovenski center za preprečevanje samomora v okviru Univerze na Primorskem – Inštitut Andrej Marušič (IAM). Vsebinsko se navezuje tudi na delo z vratarji sistema, starši in drugo zainteresirano javnostjo ter delo s šolami kot sistemi. Na ta način predstavlja integriran pristop krepitve duševnega zdravja in preventive samomorilnega vedenja. Izvajalci, ki so v večini psihologi, s programom naslavljajo univerzalno, selektivno in indicirano preventivo. K preprečevanju samomorilnega vedenja pristopajo s krepitvijo varovalnih dejavnikov pri otrocih in mladostnikih, tako da jih podprejo pri razvijanju samopodobe, učijo veščin za spoprijemanje s stresom ter zdravega življenjskega sloga. Hkrati v socialnem okolju (pri učiteljih, šolski svetovalni službi, starših, tudi pri vrstnikih) krepijo oporno mrežo za mladostnike v stiski. Vratarje sistema seznanjajo z veščinami za čim zgodnejšo prepoznavo in ustrezno odzivanje na stiske in samomorilno vedenje. V okviru programa izvajalci skrbijo tudi za promocijo duševnega zdravja, in sicer s pripravo strokovnih gradiv za vse udeležence programov in objavami na spletni strani Živ? Živ! tudi za drugo zainteresirano javnost. Program poteka v sodelovanju z osnovnimi in srednjimi šolami, dijaškimi domovi, organizacijami za prostočasne dejavnosti mladostnikov ipd.

Delo z mladostniki

Za mladostnike izvajalci programa organizirajo različne dejavnosti. V programu so najbolj prepoznane preventivne delavnice za učence tretje triade osnovnih šol in dijake srednjih šol, kjer udeležence opolnomočijo za prepoznavanje dejavnikov tveganja, težav v duševnem zdravju in samomorilne ogroženosti ter spodbujajo razvijanje veščin za ukrepanje in iskanje pomoči. Delavnice potekajo v obliki socialno-interakcijskih dejavnosti v manjših skupinah. Poudarek je na sodelovanju in diskusijah, preko katerih so predstavljeni teoretični koncepti duševnega zdravja, depresije, stresa, samomorilnega vedenja, strategij varovanja duševnega zdravja. Teoretične vsebine konkretizirajo skozi igre, diskusije in praktične primere, kar omogoča prenos obravnavanih tem v vsakdanje življenje.

V programu se s pomočjo vprašalnikov in intervjujev izvaja presejanje za prepoznavo samomorilno ogroženih mladostnikov. Kadar izvajalci prepoznajo ogrožene mladostnike, jih napotijo k strokovnjakom za duševno zdravje po dodatno strokovno pomoč in jih spremljajo v tem procesu. Tako se v okviru programa izvaja indicirana preventiva. Za učence in dijake izvedejo tudi postvencijske aktivnosti, kadar se v šoli ali lokalni skupnosti zgodi samomor vrstnika oz. sošolca. Z mladostniki naslovijo doživljanje čustev ob takem dogodku, nudijo psihoedukacijo o samomorilnem vedenju, podporo pri žalovanju in razbremenitvi ter krepijo skrb zase. Nenazadnje v okviru programa za mladostnike izvajajo tudi natečaj za oblikovanje izvirnih prispevkov o duševnem zdravju in iskanju pomoči. Z natečajem skušajo spodbuditi zanimanje in notranjo motivacijo za temo duševnega zdravja pri mladostnikih, spodbujajo medsebojno informiranje vrstnikov o tej tematiki na njim razumljiv in zanimiv način ter krepijo interakcijo mladostnikov s strokovnjaki na področju duševnega zdravja. Z objavljanjem natečajnih vsebin na spletni strani Živ? Živ! (www.zivziv.si) promovirajo dejavnosti ter informirajo o duševnem zdravju in samomorilnem vedenju.

Delo z vratarji sistema, starši in drugo zainteresirano javnostjo

Vratarji sistema v programu so tisti odrasli, ki so pri svojem delu ali vsakdanjiku v stiku z mladostniki in lahko zato pravočasno prepoznajo pomembne spremembe pri njih ter ustrezno reagirajo. To so učitelji, drugi zaposleni na šoli, starši, voditelji izvenšolskih dejavnosti in druga zainteresirana javnost.

Delo z vratarji sistema vključuje:

- preventivne aktivnosti, kot so izobraževanja o mladostniških stiskah, mitih in dejstvih o duševnem zdravju in samomorilnem vedenju ter oblikah pomoči, ki so mladostnikom in njihovim staršem na voljo; udeležence učijo praktičnih spretnosti o tem, kako nasloviti vprašanje samomora pri nekom, pri komer zaznavajo stiske; še posebej nudijo podporo tistim osebam na šoli (pogosto so to zaposleni v šolskih svetovalnih službah), ki prevzamejo skrb za bolj ranljive ali ogrožene mladostnike;
- postvenicijske aktivnosti, ki sledijo v primeru samomora mladostnika: v teh primerih izvedejo skupinske ali individualne dejavnosti za zaposlene na šoli, starše sošolcev in tudi starše umrlega mladostnika; intervencije so v tem okviru namenjene razbremenitvi udeležencev, psihoedukaciji in podpori ob žalovanju.

Delo s šolami

Šole v izrednih situacijah, kar smrt dijaka ali učenca zaradi samomora zagotovo je, pogosto nimajo izkušenj, kako ravnati. V programu so strokovnjaki šolam zato v podporo pri sprejemanju odločitev v takih okoliščinah. V oporo so jim tudi pri spremljanju učencev oz. dijakov, ki so bili prepoznani kot ogroženi⁴.

Evalvacija in kontinuiranost programa

Program temelji na preverjenem modelu krepitve duševnega zdravja in preprečevanja samomorilnega vedenja. Vključuje aktivnosti, ki so se izkazale za učinkovite v mednarodni raziskavi SEYLE (Reševanje in opolnomočenje mladih življenj v Evropi) (14), ki se je pred desetletjem izvajala tudi v Sloveniji. Avtorji programa A (se) štekaš?!? so vključili različne metode dela, ki so bile ločeno implementirane in evalvirane v projektu SEYLE. Posameznemu vzgojno-izobraževalnemu zavodu so ponujene različne aktivnosti, tako neposredno delo z mladostniki kot izobraževanje vratarjev sistema. Tako je upoštevano vodilo večnivojske preventive, kot jo predlagajo različni avtorji in katerih dopolnjujoči se učinki različnih pristopov so ključni za preprečevanje samomora (15, 16). Evalvacija programa A (se) štekaš?!? poteka tudi s primerjavo kazalnikov duševnega zdravja mladostnikov pred vključitvijo v delavnice in nekaj mesecev po tem. V evalvacijo so vključene tudi povratne informacije udeležencev o zadovoljstvu s programom. Vsakoletna primerjava je pokazala, da se po vključitvi v delavnice izboljšajo kazalniki duševnega zdravja mladostnikov, npr. zniža se pojavnost simptomov depresije in tesnobe, izboljša se občutek blagostanja in zmanjša občutek, da so drugemu v breme. Prav tako se je zmanjšal odstotek mladostnikov s samomorilnimi težnjami (17).

Program A (se) štekaš?!? je v zadnjih letih v Sloveniji uveljavljen na področju krepitve duševnega zdravja in preventive samomorilnega vedenja mladostnikov v Sloveniji. Vzdržnost in kontinuiranost programa predstavljata možnost, da bodo izvajalci izkušnje nadgradili in izvajanje prilagodili novim družbenim in lokalnim razmeram.

⁴ Septembra 2021 je izšel priročnik Ko se zgodi samomor učenca ali dijaka - Smernice za postvenicijo v šoli, ki je lahko šoli v pomoč pri soočanju s smrtjo učenca ali dijaka zaradi samomora. Smernice so dostopne v tiskani in elektronski obliki.

Programi starševstva in programi za vzgojitelje in učitelje Neverjetna leta

Zgodnji čustveni in socialni razvoj sta temelj duševnega zdravja v obdobju adolescence in odraslosti, saj se kar 50 % vseh duševnih motenj začne pred 14. letom starosti. Težave v duševnem zdravju, zlasti depresivne in anksiozne motnje, težavna vedenja in motnja pozornosti s hiperaktivnostjo, ki pomembno ovirajo njihovo življenje, ima 10–15 % otrok (18). Programi starševstva predstavljajo eno od zgodnjih intervencij, v katerih starši osvojijo tehnike, s katerimi krepijo zdrav čustveni in socialni razvoj otrok ter zmanjšujejo njihove vedenjske težave. V več kot štiridesetih letih so bile opravljene številne raziskave, ki kažejo njihovo učinkovitost (19). Eden od programov zgodnjih intervencij je program starševstva Neverjetna leta (19), ki ga izvajajo v več kot 30 državah. Metaanaliza evropskih raziskav je potrdila učinkovitost, tudi v različnih socialno-ekonomskih razmerah, in dobro prenosljivost tega programa v različna evropska okolja (20).

Da bi preverili učinkovitost in prenosljivost programa starševstva Neverjetna leta tudi v slovenskem prostoru, je bilo v letih 2015–2016 izvedeno pilotno uvajanje programa tudi v Sloveniji. Program, ki ga je koordinirala dr. Marija Anderluh iz Službe za otroško psihiatrijo Pediatrične klinike v Ljubljani, se je začel izvajati v devetih slovenskih okoljih. Namenjen je tako zdravljenju vedenjskih motenj v zgodnjem otroštvu kot tudi splošni preventivi vedenjskih in čustvenih težav otrok ter indicirani preventivi za otroke z visokimi tveganji za čustvene, socialne in vedenjske težave. Prav zaradi širokih indikacij so v pilotno izvajanje v Sloveniji med izvajalce vključili tako službe na področju duševnega zdravja, kot centre za socialno delo (CSD) ter družinski center Mala ulica, ki deluje v okviru Mestne občine Ljubljana. Prvi program, ki so ga uvedli v Sloveniji, je namenjen staremu otroku, starih 3–8 let, v pripravi pa je tudi uvajanje programa za starše otrok, starih 8–12 let.

Izvajanje programov

V programu se starši srečujejo v skupini z dvema usposobljenima voditeljema. V prijetnem, sodelovalnem vzdušju imajo priložnost razvijati nove strategije za uravnavanje vedenja svojih otrok. Delo v skupini vključuje postavljanje individualnih ciljev, igre vlog, samorefleksijo, povratne informacije izvajalcev in domače aktivnosti. Voditelja predvajata učne posnetke, ki spodbujajo razpravo v skupini, izmenjavo idej in reševanje problemov. Starši na vsakem srečanju dobijo povzetek obravnavane teme, navodila za dejavnosti, ki jih vadijo doma z otrokom, in kratke izročke z najpomembnejšimi točkami. Programi starševstva, ki so za starše brezplačni, potekajo v skupini 8–12 staršev enkrat tedensko po 2–2,5 ure, na 14 (preventivni program) oz. 18 srečanjih (kurativni program). Srečanja potekajo v živo, v času spremenjenih razmer (npr. epidemije covid-19) pa se programi izvajajo po spletu v obliki videokonferenc.

Vsa srečanja evalvirajo (obrazec za sovoditelja in samoocenjevanje, seznam voditeljevega sodelovalnega procesa) z namenom certificiranja izvajalcev in za ohranjanje visoke kakovosti izvajanja ter sledenja programu. Udeleženci po vsakem srečanju izpolnijo evalvacijski vprašalnik, na zaključnem srečanju pa vprašalnik o zadovoljstvu s programom. Izvajalci spremljajo tudi spremembe vedenja staršev in otrok, zaradi katerih so se starši vključili v program.

Oktobra 2020 so program izvajali v mreži trinajstih centrov v osmih slovenskih regijah, in sicer v treh centrih v Ljubljani (na Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše, družinskem centru Mala ulica in Službi za otroško psihiatrijo na Pediatrični kliniki v Ljubljani), na Svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše v Mariboru ter CSD Severna Primorska, Gorenjska in Koroška in Centrih za duševno zdravje otrok in

mladostnikov v zdravstvenih domih Celje, Velenje, Murska Sobota, Kočevje, Nova Gorica in Postojna.

Obseg izvajanja programov v Sloveniji v letih od 2015 do oktobra 2020:

- skupno število vseh vključenih staršev je bilo 1.224;
- skupno število vseh izvedenih skupin je bilo 112 (vsaka od teh skupin je izvedla 14–18 delavnic po enkrat tedensko);
- število vseh neposredno vključenih (tarčnih) otrok je bilo 936;
- število vseh otrok (tarčni in njihovi sorojenci) je bilo 1.738.

Program Vodenje razreda za učitelje

Program Vodenje razreda za učitelje (angl. Teacher Classroom Management) usposablja učitelje, vzgojitelje in svetovalne delavce za krepitev otrokove pripravljenosti na šolo, vztrajnosti pri delu, motivacije, spodbujanje medsebojnega sodelovanja, čustvenega samouravnavanja otrok in zmanjševanja medvrstniškega nasilja z uporabo učinkovitih veščin. Namenjen je osnovnošolskim učiteljem ter vzgojiteljem in svetovalnim delavcem v vrtcu in šoli. Program temelji na podobnih izhodiščih kot program starševstva, le da so veščine, ki jih predstavlja, usmerjene v delo z večjo skupino otrok. Program poteka v skupini 14–16 udeležencev (3–5 iz ene šole) v sodelovalnem vzdušju. Program izvajata dva voditelja, ki spodbujata in vodita diskusijo. Udeleženci opazujejo posamezne veščine na videoposnetkih drugih učiteljev, preizkušajo nove veščine z igro vlog in lutkami. Voditelja spodbujata učitelje, naj posamezne veščine v času od ene do druge delavnice uvedejo in preizkusijo pri svojem delu ter izkušnje na delavnici delijo med seboj. Program poteka v obliki šestih enodnevnih delavnic enkrat mesečno (ali dveh poldnevnih mesečno) v skupnem obsegu 50 ur. Usmerjen je v pridobivanje praktičnih veščin gradnje pozitivnega odnosa med učiteljem in učencem, spodbujanje sodelovanja otrok, gradnjo njihove motivacije za učenje ter pridobivanje konkretnih znanj in orodij sodelovanja s starši. V šolskem letu 2019/2020 je izobraževanje v Sloveniji zaključilo skupno 90 učiteljev, vzgojiteljev in šolskih svetovalnih delavcev iz 20 izobraževalnih zavodov.

Dolgoročna pozitivna podpora razvoju otrok

Zgodnje intervencije imajo lahko, če so usmerjene na celotno populacijo, učinke, ki ne bodo pomembni le za posameznega otroka in njegovo družino, ampak širšo skupnost prek promocije socialno sprejemljivih vedenj, medsebojnega sodelovanja, podpore zdravega čustvenega razvoja otrok in že prepoznanih vplivov na dobrobit staršev in družin. Prav zato je implementacija intervencij, namenjenih opolnomočenju staršev, med prioriteta političnih odločevalcev Evropske unije (21–20).

Programi, usmerjeni v podporo, predstavljajo tako kratkoročno kot dolgoročno visoko stroškovno učinkovitost z vsaj šestkratno povrnjeno naložbo že v prvem letu, ki z leti opazovanja samo narašča, kar potrjuje tudi slovenska raziskava (22). Prihranki prihajajo iz preprečevanja slabih izidov odraščanja in zmanjševanja stroškov v zdravstvu, izobraževanju, socialnih transferjih in pravosodju. Intervencija ima statistično pomemben učinek na izboljšanje dobrobiti staršev in njihovo psihosocialno delovanje, posledično pa deluje tudi na sorojence. Pozitivne spremembe v vedenju otroka, ki so opazne po zaključku programa, vztrajajo tudi po šestih mesecih, z redkejšim pojavljanjem neustreznega in izzivalnega vedenja. Vključeni starši so s programom zelo zadovoljni in bi ga priporočili tudi drugim staršem, kar dokazuje tudi visok odstotek tistih, ki se v program vključijo po

nasvetu drugih. Treningi starševstva so prvotno namenjeni obravnavi vedenjskih težav, hkrati pa imajo učinek tudi na druge klinične težave; pri otrocih zmanjšujejo anksioznost, depresijo, čustvene težave ter pomagajo pri simptomih hiperkinetične motnje (23). Kombinacija starševskih programov in programov za učitelje in vzgojitelje lahko nadalje spodbudi zdrav socialni, čustveni in osebnostni razvoj in omogoča dolgoročno pozitivno podporo razvoju otrok.

Program Psihološko svetovanje posameznikom, parom in družinam v duševni stiski v svetovalnicah Posvet – Tu smo zate

Program mreže psiholoških svetovalnic Posvet – Tu smo zate⁵ je rezultat dolgoletnega načrtnega in postopnega povečevanja regionalne dostopnosti strokovne pomoči v čustveni stiski. V okviru Centra za psihološko svetovanje Posvet, ki je podružnica društva v javnem interesu na področju varovanja zdravja in humanitarne organizacije na področju zdravstva Slovenskega združenja za preprečevanje samomora, deluje 14 psiholoških svetovalnic⁶. Prva je bila ustanovljena leta 2006 v Ljubljani s podporo Mestne občine. Število klientov in svetovanj je raslo, prihajali so iz vse Slovenije, čeprav je bila svetovalnica v začetku namenjena predvsem prebivalcem Ljubljane in njene okolice, zato je bilo treba razmišljati o širjenju podobnega koncepta dela v druge večje slovenske kraje. Druga svetovalnica, poimenovana Tu smo zate, je bila leta 2010 ustanovljena s pomočjo NIJZ na njihovi območni enoti v Celju, tretja pa leta 2012 v Kranju s pomočjo Mestne občine Kranj. V letu 2015 so bile svetovalnice Posvet s pomočjo sredstev Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014 v okviru projekta MOČ odprte še v šestih krajih, in sicer v Murski Soboti, Laškem, Sevnici, Slovenj Gradcu, Postojni in Novi Gorici. V letu 2016 so odprli svetovalnico v Kopru, leta 2017 svetovalnici v Mariboru in Idriji, leta 2018 v Zagorju ob Savi, leta 2020 pa še v Novem mestu. Tako je v letu 2020 delovalo že 14 svetovalnic v vseh slovenskih regijah. Program psiholoških svetovalnic financirajo Ministrstvo za zdravje, fundacija Fiho in številne občine.

Program Psihološko svetovanje posameznikom, parom in družinam v duševni stiski je namenjen odraslim, ki svetovanje potrebujejo zaradi čustvenih stisk, ki jih sami ne obvladajo več. Psihološko svetovanje je strokovna obravnava psihičnih težav z različnimi psihološkimi metodami (24). Je nedirektivna oblika pomoči, ki temelji na podpori človekovih lastnih zmogljivosti za presojo, odločanje in reševanje problemov (25, 26). Klient v svetovalnem procesu razkriva svoje misli in občutke, ki so povezani s problemom, svetovalci pa mu pomagata razbremeniti čustveno stisko in ga usmerja k razmišljanju. Nedirektivno psihološko svetovanje v svetovalnicah Posvet – Tu smo zate izvajajo strokovno usposobljeni svetovalci, večinoma psihologi in psihoterapevti pod strokovnim vodstvom ter redno supervizijo. Za delo v svetovalnici je treba opraviti 68-urno izobraževanje, ki je obvezno za vse kandidate, ne glede na njihovo predhodno doseženo izobrazbo/usposobljenost. Izobraževanje je organizirano periodično in glede na potrebe. Pomembno je omeniti, da na Posvetu delajo strokovnjaki z izkušnjami, terapevtsko izobrazbo in visoko motivacijo. Nekateri svetovalci so pred vključitvijo v delo svetovalnic imeli zelo veliko izkušenj in dolg delovni staž, drugi so svojo pot začeli v sprejemni pisarni Posveta, obenem pa so redno delali v drugih

⁵ Poimenovanje današnje mreže psiholoških svetovalnic izvira iz imena prve tovrstne svetovalnice Posvet v Ljubljani (2006) in imena druge svetovalnice Tu smo zate v Celju (2010).

⁶ V času po nastanku prispevka so bile vzpostavljene 4 nove svetovalnice za psihološko svetovanje odraslim (Tolmin, Ilirska Bistrica, Jesenice, Mozirje) ter 3 nove svetovalnice za psihološko svetovanje mladostnikom starih od 14 do 18 let (Ljubljana, Celje, Portorož).

kliničnih ali znanstvenih institucijah. Bili so predstavniki različnih generacij, imeli so različne poklicne in življenjske izkušnje. Vsi pa so si delo na Posvetu izbrali kot svoje dodatno delo, ker so želeli delati v novem, pionirsko zastavljenem delovnem okolju, kjer bo na prvem mestu človek v stiski in kjer bo pomoč dostopna takoj ali čim hitreje in brez uradne registracije. Klienti so hitro ugotovili uporabnost in visoko strokovnost pomoči na Posvetu, zato se je glas med uporabniki razširil.

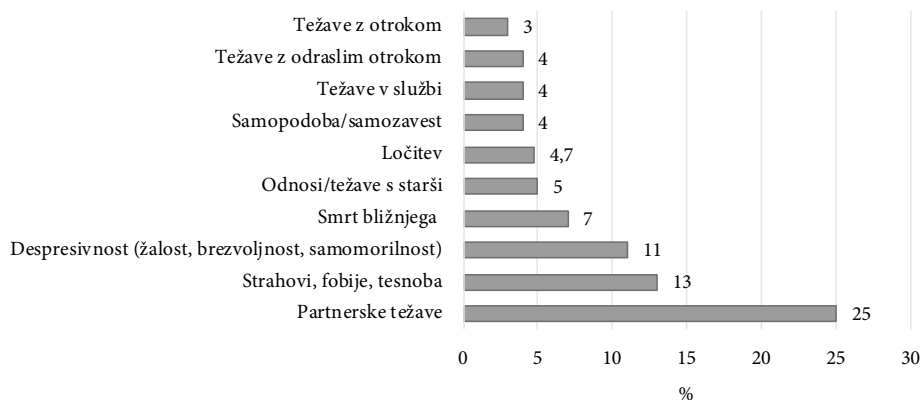
Delovanje in rezultati programa

Svetovalnice Posvet – Tu smo zate so vzpostavljene v štirinajstih slovenskih občinah, na voljo pa so vsem prebivalcem ne glede na kraj bivanja (slika 18.2). Za obisk svetovalnice ni potrebna napotnica ali zdravstvena kartica, naročanje poteka po telefonu ali spletu. Svetovanje je brezplačno, čakalne dobe so kratke in znašajo od enega dneva do treh tednov. Delovanje svetovalnic je zaupno in izven vsakršnega sistematičnega registriranja uporabnikov ter njihovih diagnoz, saj je pri mnogih ljudeh še vedno razlog, da zaradi stigme ob težavah z duševnim zdravjem ne iščejo pomoči v okviru zdravstvenega sistema. Anonimizirane podatke v svetovalnicah uporabljajo izključno za namen poročanja in ugotavljanja potreb in jih ne predajajo nobeni službi. Delujejo na področjih selektivne in indicirane preventive. Odzivajo se na potrebe mnogih ljudi v različnih duševnih stiskah. Gre za stiske, zaradi katerih običajno še ne potrebujejo pomoči zdravnika ali psihiatra, so pa tako hude, da jim uporabniki sami niso kos, jih ovirajo v vsakdanjem življenju ter pri delu in bi se brez pomoči lahko prevesile v bolezen ali druge težave. Informacije o svetovalnicah so ljudem dostopne tudi na spletni strani www.posvet.org.



Slika 18.2. Regionalna razporeditev svetovalnic Posvet – Tu smo zate

Od začetka delovanja prve svetovalnice v Ljubljani v letu 2006 se je število svetovanj povečalo za šestkrat in presega 4.200 svetovanj letno, v vseh letih jih je bilo opravljenih preko 37.000. Najpogostejši problemi klientov, ki ostajajo praktično enaki vseh 15 let od postavitve prve svetovalnice Posvet, so partnerske težave, sledijo strahovi, fobije in tesnoba, depresivnost, smrt bližnjega, odnosi/težave s starši, ločitev, samopodoba in samozavest, težave v službi, težave z otrokom. Na sliki 18.3 je prikazan vrstni red najpogostejših težav pri 1.415 uporabnikih, ki so bili obravnavani v svetovalnicah v letu 2019.



Slika 18.3. Odstotek najpogostejših težav uporabnikov svetovalnic Posvet – Tu smo zate v letu 2019

Večine svetovanj se udeležijo posamezniki, približno šestine vseh svetovanj pa pari in družine. Med uporabniki je bilo približno 75 % žensk ter 25 % moških. Polovica uporabnikov je dokončala srednjo šolo, polovica je zaključila višješolski, univerzitetni program ali magistrski in doktorski študij. Polovica uporabnikov je redno zaposlenih, 15 % je nezaposlenih, drugi so študentje in upokojenci. Več kot polovica je poročenih ali živijo v izvenzakonski skupnosti. Petini uporabnikov obisk svetovalnice svetujejo strokovnjaki iz preobremenjenega zdravstvenega sistema, večinoma pa zanje izvedo od prijateljev in znancev ter preko spleta. Svetovalnice Posvet – Tu smo zate so za več kot polovico uporabnikov sploh prvi vir pomoči, na katerega so se obrnili. Med njimi so tudi ogroženi uporabniki, ki bi brez pravočasnega in strokovnega psihološkega svetovanja ter usmerjanja v nadaljnjo strokovno pomoč lahko zdrsnili v nasilno in/ali samomorilno vedenje.

Zadovoljstvo s programom se redno preverja z evalvacijskimi vprašalniki, v katerih uporabniki z oceno od 1 do 5 (1 – neustrezno, 5 – odlično) ocenjujejo odnos svetovalca do klienta, zaupnost in odkritost, dolžino pogovora, čakalno dobo za naslednji pogovor, do katere mere je pogovor pripomogel k rešitvi problema ter počutje po pogovoru v primerjavi s počutjem prej. Povprečna skupna ocena je 4,8.

Zaradi naraščajočih potreb prebivalcev po psihološkem svetovanju želijo izvajalci programa v prihodnjih letih razširiti mrežo psiholoških svetovalnic na dvajset krajev. To bi v praksi pomenilo še šest dodatnih vrat za hiter in enostaven vstop v sistem psihosocialne in zdravstvene pomoči. V programu svetovalnic želijo ohraniti preverjeno učinkovit, strokoven način dela s posamezniki, pari in družinami v stiski. Program svetovalnic Posvet – Tu smo zate je prilagodljiv tudi glede načina izvajanja svetovanja – v času epidemije covid-19 so svetovanja potekala po telefonu in preko zanesljive videoaplikacije.

Psihoedukativne delavnice v zdravstvenih domovih – podpora pri spoprijemanju z depresijo, tesnobo in stresom

V skladu s priporočili Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) (27) in ugotovitvami slovenskih strokovnjakov (28–30) je oskrbo duševnega zdravja smiselno umestiti na primarno raven zdravstvenega varstva. Prednosti primarne oskrbe so namreč v bolj kontinuirani in celostni obravnavi, večji fizični dostopnosti, hkrati pa v zmanjševanju stigme in pritiska na višje ravni oskrbe (31). Med pomembnimi elementi učinkovite obravnave na primarni ravni je po tujih izkušnjah (32) tudi vključevanje (psiho)edukacijskih programov za paciente in programov za samopomoč.

Psihoedukacija je namenjena posameznikom s težavami v duševnem zdravju in predstavlja specifično obliko izobraževanja, ki temelji na podajanju in razlagi informacij o določeni bolezni oz. diagnozi. Vključuje informacije o vzrokih, simptomih, posledicah, načinih zdravljenja in aktivnega obvladovanja bolezni ter zgodnjem prepoznavanju in ukrepanju ob opozorilnih znakih poslabšanj. Pri tem je pomemben tudi način podajanja informacij, ki je sistematičen, strukturiran, didaktičen, hkrati pa so naslovljene tudi psihološke potrebe (33). Izkazalo se je, da psihoedukativni pristop prispeva k boljšemu razumevanju bolezni in posledično k boljšemu sodelovanju v morebitnem zdravljenju z zdravili ter povečuje zdravstveno pismenost na splošno. Poleg tega pomaga dosegati bolj pozitivne izide zdravljenja in razvijati zdrav življenjski slog (34, 35) ter je časovno in finančno gospodaren (36). Še posebej dobrodošla je skupinska oblika psihoedukacije, saj predstavlja tudi vir izmenjave izkušenj ter medsebojne podpore (37) in dodatno prispeva k zmanjševanju stigme in bremena bolezni (33).

Razvoj in implementacija programa psihoedukativnih delavnic

Na Centru za izvenbolnišnično psihiatrijo Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana (CIP UPK Ljubljana) je leta 2004 Mojca Zvezdana Dernovšek skupaj s sodelavci razvila psihoedukativne delavnice za področje depresije, anksioznih motenj in stresa. Delavnice, ki so jih redno izvajali na Centru za izvenbolnišnično psihiatrijo in na Centru za klinično psihiatrijo UPK Ljubljana, so bile dobro obiskane, udeleženci pa so poročali o pozitivnih izkušnjah.

Leta 2014 se je v okviru Programa integrirane preventive kroničnih nenalezljivih bolezni (KNB), ki ga izvajajo v ambulantah družinske medicine, vzpostavilo nacionalno presejanje ogroženosti za depresijo (38). Ob tem je bila izpostavljena potreba po zagotavljanju učinkovite obravnave posameznikov z diagnosticirano depresijo na primarni ravni zdravstvenega varstva. Pokazala se je možnost, da se psihoedukativna delavnica na področju depresije, ki je bila razvita na CIP UPK Ljubljana, prilagodi in vključi v Program svetovanja za zdravje. Ta poteka od leta 2002 po vseh zdravstvenih domovih v Sloveniji v okviru zdravstvenovzgojnih centrov (ZVC) oz. centrov za krepitev zdravja (CKZ) in ga financira Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Nacionalno implementacijo delavnice z naslovom Podpora pri spoprijemanju z depresijo je koordiniral NIJZ v sodelovanju z regijskimi mentorji (specialisti psihiatrije oz. zdravstvenimi delavci z dolgoletnimi izkušnjami z izvajanjem delavnic), ki so izobrazili izvajalce delavnic iz ZVC/CKZ. Leta 2016 se je Program svetovanja za zdravje razširil še s psihoedukativnima delavnicama Podpora pri spoprijemanju s tesnobo in Spoprijemanje s stresom. Presejanje za ogroženost zaradi stresa je prav tako del Programa integrirane preventive KNB, ki poteka v ambulantah družinske medicine, medtem ko za anksiozne motnje sistematično presejanje zaenkrat še ni vzpostavljeno.

Organizacijski vidiki delavnic

V delavnico Spoprijemanje s stresom se lahko vključijo osebe, ki potrebujejo (poglobljeno) pomoč pri spoprijemanju s stresom. Delavnici Podpora pri spoprijemanju z depresijo in Podpora pri spoprijemanju s tesnobo pa sta namenjeni pacientom z diagnosticirano depresijo oz. anksioznimi motnjami ter posameznikom z obremenjujočimi simptomi depresivnih oz. anksioznih motenj, ki (še) ne dosegaajo kriterija za diagnozo, in njihovim svojcem. Za vključitev na delavnico Spoprijemanje s stresom napotitev ni potrebna. Na delavnici Podpora pri spoprijemanju z depresijo in Podpora pri spoprijemanju s tesnobo pa se lahko posamezniki vključijo le z napotitvijo osebnega izbranega zdravnika družinske medicine, psihiatra, kliničnega psihologa ali psihologa v zdravstveni dejavnosti. Ob postavljeni diagnozi depresije oz. anksioznih motenj pa lahko pacienta na delavnici napoti tudi diplomirana medicinska sestra iz ambulante družinske medicine. Svojci napotitve ne potrebujejo. Strokovnjakom, ki posameznike usmerjajo na psihoedukativne delavnice, so v pomoč tudi rezultati presejanja za sum na depresijo in za sum na ogroženost zaradi stresa, ki poteka v okviru rednih preventivnih pregledov v ambulantah družinske medicine.

Izvajalci psihoedukativnih delavnic so psihologi z opravljenim tristopenjskim usposabljanjem, tj. temeljnim usposabljanjem za izvajalce standardnega tima v CKZ/ ZVC, praktičnim modulom za izvajanje obravnav brez zdravljenja z zdravili na področju duševnega zdravja ter s praktičnim usposabljanjem na sami delavnici pod vodstvom mentorja. V nekaterih okoljih delavnice izvajajo tudi diplomirane medicinske sestre, ki zaključijo omenjena usposabljanja. Izvajalci se redno strokovno izobražujejo in prejemaajo podporo v obliki skupinskih in po potrebi tudi individualnih supervizij.

Psihoedukativne delavnice so sestavljene iz štirih srečanj, ki jih enkrat tedensko izvajajo v manjši skupini udeležencev. Posamezno srečanje traja eno uro in pol. Vsak udeleženec ima možnost, da se dodatno udeleži tudi kratkega individualnega srečanja z izvajalcem. Za potrebe delavnic so bili pripravljene priročniki za izvajalce in udeležence delavnic Podpora pri spoprijemanju z depresijo, Spoprijemanje s stresom in Podpora pri spoprijemanju s tesnobo (39–44). Delavnice so krite iz sredstev ZZZS in so za vse udeležence, ki imajo zdravstveno zavarovanje, brezplačne.

Vsebinski vidiki delavnic

Vsem trem delavnicam je skupna uporaba elementov iz kognitivno-vedenjske terapije, spodbujanje aktivnega sodelovanja udeležencev in medsebojne izmenjave izkušenj, izpostavljanje vloge domačih nalog oz. aktivnosti v času med srečanji, izvajalec pa po potrebi informira/napotuje na dodatne vire pomoči. Delavnica Spoprijemanje s stresom je usmerjena v pridobivanje znanja in veščin za spoprijemanje s stresom in ohranjanje duševnega zdravja. Udeleženci se seznanijo z osnovnimi značilnostmi doživljanja stresa, z njim povezanimi duševnimi in telesnimi motnjami, spoznajo različne načine spoprijemanja s stresom, s katerimi si sami lahko pomagajo izboljšati počutje (npr. tehnike sproščanja, tehnike preusmerjanja misli in čustev, načrtovanje odziva na stresne situacije). V okviru psihoedukativnih delavnic Podpora pri spoprijemanju z depresijo in Podpora pri spoprijemanju s tesnobo pa udeleženci spoznajo osnovne značilnosti bolezni, potek in načine zdravljenja ter načine preprečevanja poslabšanj. Vsebina delavnic udeležence vzpodbuja k vzpostavljanju razumevanja motnje in njenih posledic, zmanjševanju stigme in krepitvi dejavnosti za ohranjanje zdravja oz. izboljšanje počutja in posledično večja njihovo polnomočenost.

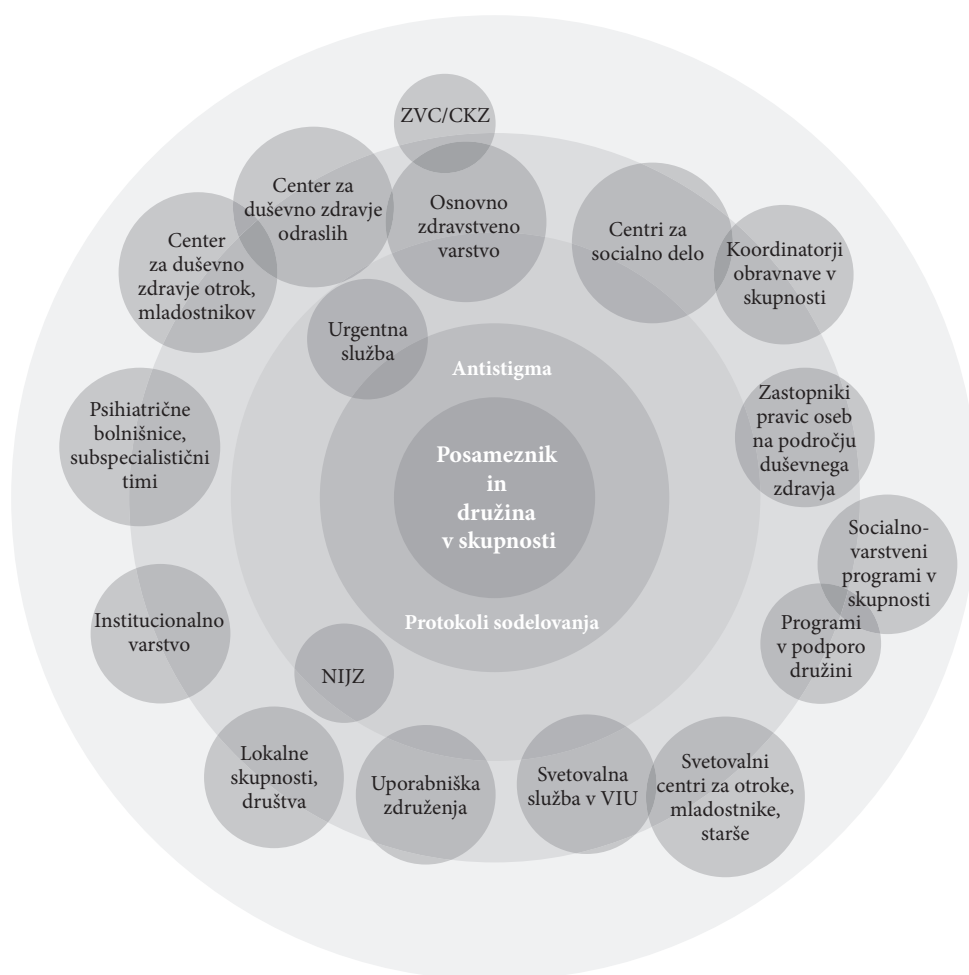
Rezultati programa in evalvacija

Kratkoročne učinke delavnic izvajalci spremljajo s pomočjo kratkih vprašalnikov, ki jih udeleženci izpolnijo ob začetku in zaključku delavnic. V letu 2019 se je na nacionalni ravni delavnice Podpora pri spoprijemanju z depresijo udeležilo 1.584 udeležencev, delavnice Podpora pri spoprijemanju s tesnobo 1.724 udeležencev in delavnice Spoprijemanje s stresom 3.954 udeležencev. Delavnice so obiskale pretežno ženske, udeleženci so bili večinoma v starostnem razponu od 50 do 64 let in so imeli v končano 4-letno srednjo šolo oz. gimnazijo (45).

Dolgoročna učinkovitost psihoedukativnih delavnic je bila zaenkrat preverjena samo pri delavnici Podpora pri spoprijemanju z depresijo, in sicer s poglobljeno evalvacijo v letu 2018, v katero je bilo vključenih 14 ZVC-jev oziroma CKZ-jev v zdravstvenih domovih po Sloveniji (46). Rezultati so pokazali, da se je pri udeležencih zvišala prepričanost vase in v svoje sposobnosti učinkovitega spoprijemanja z depresijo in njenimi simptomi. Pri tem pa se je povečala tudi pogostost izvajanja prijetnih dejavnosti in sodelovanja v družabnih aktivnostih. Poleg tega se je ob koncu delavnice pri udeležencih izboljšala samoporočana depresivna simptomatika, kar se je ohranilo še tri mesece po koncu delavnice. Tri mesece po koncu delavnice so poročali tudi o zvišanju z zdravjem povezane kakovosti življenja. Nenazadnje pa so rezultati nakazali trend zmanjševanja deleža udeležencev z višjo izraženostjo ponotranjene stigme. Del evalvacije je bila tudi kvalitativna raziskava oz. uporaba fokusnih skupin (46), ki je pokazala, da udeleženci delavnico doživljajo kot koristno in da v njej prepoznajo možnost iskanja pomoči v težavah, pridobivanja znanja, izkušenj, usmeritev ter spodbud za spremembo. Med koristmi delavnic so udeleženci navedli tudi izmenjavo izkušenj, težav in načinov njihovega reševanja ter učenje drug od drugega. Mnogi pa so navedli, da jih je delavnica spodbudila k spremembi pogleda na depresijo ter zmanjšanju občutka krivde zaradi bolezni. Rezultati poglobljene evalvacije (46) kažejo, da imajo psihoedukativne delavnice pozitivne učinke na različne vidike delovanja udeležencev in pomembno prispevajo tudi k destigmatizaciji področja duševnega zdravja.

Regionalna mreža centrov za duševno zdravje na primarni ravni

Pod okriljem Nacionalnega programa duševnega zdravja 2018–2028 – Programa MIRA nastaja široka mreža služb, ki ljudem omogočajo boljši dostop do storitev in strokovne pomoči v najrazličnejših duševnih stiskah (13). Vzpostavljajo se regionalni centri za duševno zdravje, ki kadrovsko in vsebinsko nadgrajujejo službe za duševno zdravje (slika 18.4) ter omogočajo, da se skrb in obravnava ljudi s težavami v duševnem zdravju v vseh življenjskih obdobjih čim bolj odvijata v skupnosti, torej tam, kjer ljudje živijo. Svoje službe organizirajo tako, da zagotavljajo enako dostopnost storitev in programov vsej populaciji na opredeljenem območju.



Slika 18.4. Povezana mreža služb za duševno zdravje na regionalni ravni (13)

ZVC – zdravstvenovzgojni centri, CKZ – centri za krepitev zdravja, VIU – vzgojno-izobraževalne ustanove

Vzpostavitev in delovanje centrov za duševno zdravje

Do konca leta 2020 je bilo vzpostavljenih prvih enajst centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov (Brezovica, Celje, Jesenice, Murska Sobota, Nova Gorica, Ormož, Postojna, Ptuj, Ravne na Koroškem, Trbovlje, Velenje) in deset centrov za duševno zdravje odraslih (Celje, Kočevje, Murska Sobota, Nova Gorica, Ormož, Ptuj, Ravne na Koroškem, Sevnica, Trbovlje, Velenje). Centri delujejo v zdravstvenih domovih. Opravljajo storitve univerzalne, selektivne in indicirane preventivne, prepoznavne duševnih motenj in zgodnje obravnave otrok, mladostnikov, družin ter odraslih s tveganjem za razvoj težav v duševnem zdravju ter specialistično zdravljenje duševnih motenj. V centrih delujejo multidisciplinarni timi strokovnjakov, ki se povezujejo z ostalimi službami in deležniki na definiranem geografskem območju in v lokalnem okolju (slika 18.4) ter s tem zagotavljajo preventivo in zgodnje interdisciplinarne ter medresorske obravnave skladno s potrebami posameznika in skupnosti. Centri za duševno zdravje otrok in mladostnikov so namenjeni otrokom, mladostnikom in njihovim staršem, ki potrebujejo podporo ali pomoč pri reševanju stisk ali ohranjanju in krepitvi duševnega zdravja. Vsak center je odgovoren za področje več

zdravstvenih domov z 12.000–16.000 otrok in mladostnikov (do zaključnega 19. leta starosti). Pri tem se z namenom opolnomočenja otroka in njegove družine povezujejo s pediatri in z dovoljenjem staršev, kadar je to potrebno, tudi z vrtci ali šolami in drugimi strokovnimi ustanovami. Kadar je to v otrokovo korist, se povezujejo tudi s pristojnim CSD. V strokovnem timu delujejo strokovnjaki različnih specialnosti, zdravnik specialist otroške in mladostniške psihiatrije, specialist klinične psihologije, psiholog, medicinska sestra, socialni delavec, (klinični) logoped, specialni pedagog in delovni terapevt. V povezovanju s strokovnimi službami v lokalnih zdravstvenih domovih in lokalnem okolju so njihove aktivnosti usmerjene v čimprejšnjo prepoznavo težav in z dokazi podprto obravnavo duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih, ki vključujejo razvojno nevrološke motnje z avtizmom, hiperkinetično motnjo, čustvene in vedenjske motnje, anksiozne motnje, tike, motnje hranjenja in druge težave v duševnem zdravju, s katerimi se srečujejo mladi. Dolgoročni cilj aktivnosti je vzpostaviti lokalno, čim hitrejšo in čim lažjo dostopnost strokovnih intervencij, ki temeljijo na dokazani učinkovitosti.

Centri za duševno zdravje odraslih so namenjeni osebam, starejšim od 19 let, pri čemer je vsak center odgovoren za področje več zdravstvenih domov s približno 64.000 odraslimi. V centru za duševno zdravje odraslih deluje skupina strokovnjakov, in sicer: zdravnik specialist psihiatrije, psiholog specialist klinične psihologije, socialni delavec, delovni terapevt in diplomirana medicinska sestra. Vsi strokovnjaki, ki delujejo v timu, tesno sodelujejo z drugimi službami za duševno zdravje v skupnosti in skupaj s pacientom, družino ter sodelavci načrtujejo obravnavo. Center za duševno zdravje odraslih sestavljata dva tima. Tim za ambulantno obravnavo uporabnikom omogoča obravnavo pri psihiatru, (kliničnem) psihologu, socialnem delavcu, delovnem terapevtu in diplomirani medicinski sestri oziroma zdravstveniku. Tim za psihiatrično obravnavo v skupnosti pa omogoča zdravstveno obravnavo v domačem okolju in skupaj z zunanjimi rehabilitacijskimi službami (na primer socialnovarstvenimi programi) podporo pri okrevanju.

Osebe s težavami v duševnem zdravju lahko v center za duševno zdravje vstopijo samostojno, lahko pa jih napoti osebni zdravnik (pediater, specialist družinske medicine), drugi zdravnik specialist ali sodelujoče službe z ustnim (osebno ali po telefonu) ali pisnim obvestilom (obvestilo zdravniku ali elektronska pošta) oziroma napotnico. Na pogovor lahko pride vsak, ki se znajde v duševni stiski ali oceni, da je treba pomagati drugim v skupnosti. Vstop v obravnavo poteka preko triaže oziroma postopka usmerjanja v ustrezne službe znotraj centra ali izven njega. Temu sledi načrtovanje obravnave, ki lahko poteka v multidisciplinarni skupini ali s posameznim strokovnjakom ter vedno s pacientom. Center za duševno zdravje sodeluje z vsemi službami v lokalnem okolju, ki so pomembne za ohranjanje duševnega zdravja in nudijo oporo osebam, ki se soočajo s tovrstnimi težavami. Najpomembnejši sodelavci so izbrani osebni zdravniki, izbrani psihiatri, patronažne medicinske sestre, službe nujne medicinske pomoči, bolnišnice, CSD, socialnovarstveni programi, zavodi za zaposlovanje in šolsko ter delovno okolje.

Mreža centrov za duševno zdravje ima v javni zdravstveni mreži osrednjo vlogo pri varovanju duševnega zdravja oziroma pravočasnem odkrivanju in zdravljenju težav v duševnem zdravju otrok in mladostnikov ter odraslih. Zato je njena širitev v vse regije nujno potrebna. Do konca izvajalskega obdobja nacionalnega programa je tako predvidenih skupno 25 centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov ter 25 centrov za duševno zdravje odraslih, ki bodo ustanovljeni postopno in bodo v procesu vzpostavljanja upoštevali izsledke evalvacije in izkušnje.

Projekt Znanje strokovnjakom, pomoč ljudem – MOČ

Projekt z naslovom Pomoč ljudem, znanje strokovnjakom s kratico MOČ je potekal od februarja 2015 do junija 2016. Zastavljen je bil celostno. V njem so bile naslovljene različne potrebe v duševnem zdravju in vključene različne ciljne skupine, projektne aktivnosti pa so bile usmerjene na področja univerzalne, selektivne in indicirane preventive. Nosilec projekta je bil NIJZ, partnerji pa Univerza na Primorskem – IAM, Slovensko združenje za preprečevanje samomora – Center za psihološko svetovanje Posvet in Ozara – Nacionalno združenje za kakovost življenja. Projekt je prejel finančno podporo programa Norveškega finančnega mehanizma 2009–2014.

Projekt MOČ so partnerji izvajali kot pilotni projekt v izbranih slovenskih regijah z namenom testiranja nekaterih pristopov in storitev za izboljšanje skrbi za duševno zdravje in zmanjšanje števila samomorov. Ključna cilja projekta sta bila povečanje števila strokovnjakov, ki bodo usposobljeni za prepoznavo duševnih stisk in samomorilnega vedenja, ter nadgradnja obstoječih svetovalnic Posvet za osebe v duševni stiski. Prednostni ciljni skupini v projektu sta bili (i) strokovnjaki, ki prihajajo v stik z največjim deležem ogrožene populacije – zdravniki ter medicinske sestre na primarni zdravstveni ravni, socialni delavci v CSD in policisti ter (ii) odrasle osebe v duševni stiski. Del aktivnosti v projektu je bil usmerjen tudi na splošno populacijo. Dejavnosti v projektu so bile praktično in raziskovalno zasnovane. Nastale so kot odgovor na potrebe omenjenih ciljnih skupin na osnovi že potekajočih in preizkušenih praks v tujini (47, 48) in Sloveniji (49, 50) ter v skladu s predlogom Resolucije o Nacionalnem programu duševnega zdravja za obdobje 2011–2016. Projekt je vseboval pet delovnih sklopov. Sklopa I Upravljanje in koordinacija in VI Evalvacije projektnih aktivnosti, ki ju je vodil NIJZ, sta bila podpora vsem ostalim vsebinskim sklopom. Sklop II Informiranje in obveščanje je bil usmerjen v analizo medijskih vsebin v smislu odgovornega poročanja o vsebinah, povezanih z duševnim zdravjem ter samomorilnostjo. Sklop III Izobraževalni program iz vsebin duševnega zdravja in preprečevanja samomora za strokovnjake je bil namenjen vsem strokovnjakom iz ciljne skupine (i). Vključene so bile vsebine o prepoznavanju in obravnavi oseb z depresijo ter samomorilno ogroženih ter delavnice o čuječnosti, namenjene isti ciljni skupini s ciljem krepitve njihovega lastnega duševnega zdravja. Sklop IV Dopolnitev obstoječih svetovalnic z novimi storitvami in vzpostavitve novih svetovalnic za odrasle v duševni stiski je bil namenjen osebam z že prisotnimi težavami v duševnem zdravju. Sklop V Ozaveščanje širše javnosti je vključeval izdelavo in distribucijo različnih promocijskih gradiv o duševnem zdravju ter analizo njihove sprejetosti v splošni javnosti.

Rezultati projekta

Projekt so partnerji izvedli v štirih regijah – osrednjeslovenski, koroški, savinjski in posavski. V vseh regijah so naleteli na interes strokovnjakov za sodelovanje v projektnih aktivnostih. Ob zaključku projekta so pripravili delovni dokument za strokovnjake in odločevalce Znanje strokovnjakom, pomoč ljudem – MOČ, Ključni rezultati in ugotovitve projekta ter smernice za oblikovanje ukrepov na področju javnega duševnega zdravja (preglednici 18.2 in 18.3).

Preglednica 18.2. Ključni rezultati in ugotovitve projekta Moč

Sklop/raven preventive/ vodja sklopa	Ključni rezultati
II. Informiranje, obveščanje / univerzalna/ NIJZ	<i>Poročilo iz analize medijskega poročanja o vsebinah duševnega zdravja – kot osnova za pripravo smernic o odgovornem medijskem poročanju.</i>
III. Izobraževanje strokovnjakov / univerzalna/ NIJZ, IAM	<i>Model izobraževalnega programa za prepoznavanje in obravnavo oseb z depresijo ter samomorilnih oseb – vključenih je bilo 600 strokovnjakov iz zdravstva, socialnega dela in policije. Priručnik in algoritem o obravnavi depresivnega in samomorilno ogroženega pacienta v ambulanti družinske medicine – priručnik so prejeli timi vseh zdravstvenih domov ter koncesionarji v Sloveniji; javno je dostopen na spletni strani NIJZ*. Model izobraževalnega programa o čuječnosti za krepitev lastnega duševnega zdravja strokovnjakov – vključenih je bilo več kot 100 strokovnjakov iz zdravstva, socialnega dela in policije. Priručnik Program Nara – pomoč strokovnjakom skozi čuječnost – prejeli so ga vsi udeleženci programa, javno je dostopen na spletni strani Univerze na Primorskem**. Evalvacija obeh izobraževalnih modelov med udeleženci – sprejemljivost, uporabnost in učinki izobraževalnega programa, predlogi za nove vsebine in praktično učenje.</i>
IV. Svetovalnice za psihološko pomoč/ univerzalna, selektivna, indicirana/Center Posvet	<i>Mreža 9 psiholoških svetovalnic MOČ – obstoječim trem svetovalnicam (Ljubljana, Celje, Kranj) je bilo dodanih 6 novih (Murska Sobota, Slovenj Gradec, Laško, Sevnica, Postojna in Nova Gorica); izvedeno je bilo 68-urno izobraževanje za nove svetovalce; opravljenih je bilo 6.000 svetovalnih ur za več kot 1.000 posameznikov; izvedene so bile redne supervizije svetovalcev. Model izkustvenih skupin kot dodatna preventivna storitev psiholoških svetovalnic – izveden program izkustvenih skupin za starše s težavami v vzgoji otrok, ločene starše ter žalujoče, za vsako od 6 skupin udeležencev je bilo izvedenih po 12 srečanj. Evalvacijsko poročilo o delu svetovalnic ter izkustvenih skupin.</i>
V. Ozaveščanje splošne javnosti/ univerzalna/ Ozara, NIJZ	<i>Celostni pristop k medijski kampanji ozaveščanja splošne javnosti o vsebinah duševnega zdravja – televizijski in radijski spot, plakati različnih velikosti; raziskava o medijski kampanji med splošno javnostjo. Informativne zgibanke Ker pogovor daje moč – mreža psiholoških svetovalnic Moč; Depresija – prepoznamo, zdravimo in premagajmo jo; Kadar nas je strah, da bi si kdo lahko vzel življenje. Zgibanke so bile razdeljene v ključne ustanove vseh slovenskih regij, javno so dostopne na spletni strani NIJZ.</i>

* https://www.nijz.si/files/uploaded/prirocnik_prepoznavanje_in_obravnavo_depresije_in_samomorilnosti.pdf.

** <http://www.hippocampus.si/ISBN/978-961-6984-07-2/mobile/index.html>.

Preglednica 18.3. Smernice za oblikovanje ukrepov na področju javnega duševnega zdravja

Sklop	Predlogi
II. Informiranje, obveščanje	Pripraviti smernice za kritično in odgovorno poročanje o vsebinah duševnega zdravja, senzibilizirati medije za te vsebine, redno evalvirati sledenje smernicam.
III. Izobraževanje strokovnjakov	Zagotoviti kontinuirano (obdobno) izvajanje izobraževalnih programov iz vsebin duševnega zdravja za strokovnjake različnih profilov in se odzivati na predloge/potrebe strokovnjakov po obravnavi specifičnih strokovnih tem; strokovnjakom omogočiti udeležbo v programih za krepitev lastnega duševnega zdravja; pozornost strokovnjakov usmeriti tudi k težavam duševnega zdravja znotraj strokovnih krogov.
IV. Svetovalnice za psihološko pomoč	Zagotoviti dostop do svetovalnih storitev v vseh regijah, za vse ciljne skupine; promovirati svetovalnice v regijah s slabšimi kazalniki duševnega zdravja, med ranljivimi in marginalnimi skupinami; spodbuditi in omogočiti povezovanje in dopolnjevanje mreže svetovalnih storitev (ki jih ponuja nevladni sektor) s storitvami in programi duševnega zdravja v okviru javnega zdravstva.
V. Ozaveščanje splošne javnosti	Načrtno, ciljno in sistematično ozaveščati splošno javnost (temelječ na teoretičnih izhodiščih in učinkovitih praksah) o vsebinah duševnega zdravja – destigmatizacija in preventiva duševnih motenj in promocija duševnega zdravja; aktivnosti prilagoditi vsaki ciljni skupini posebej; okrepiti ozaveščanje v regijah s slabšimi kazalniki duševnega zdravja; premik od informiranja/ozaveščanja o vsebinah duševnega zdravja k dejavnikom, ki vplivajo na duševno zdravje in iskanje pomoči, ter učenju večšin za krepitev in ohranjanje duševnega zdravja.

Projekt Znanje strokovnjakom, pomoč ljudem – MOČ je primer celostnega in večpartnerskega projektne pristopa k preprečevanju in zmanjševanju težav z duševnim zdravjem ter samomorilnosti. Ključni rezultati in predlogi tega projekta so bili vključeni tudi v Resolucijo o Nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 ter njen prvi akcijski načrt.

Razvoj, implementacija in evalvacija medijskih smernic za odgovorno poročanje o samomoru v Sloveniji

Mediji so prepoznani kot eden ključnih vplivnih deležnikov pri preprečevanju samomorilnega vedenja (*več o tem v poglavju 17*). V različnih raziskavah so ugotavljali, da so določeni načini poročanja o samomoru povezani s povečanjem samomorilnega vedenja v populaciji zaradi učinka posnemanja, medtem ko imajo lahko določeni načini poročanja tudi preventivni učinek (51, 52). Učinek posnemanja, ki ga lahko sproži neugodno medijsko poročanje o samomoru, imenujemo Wertherjev učinek (po knjigi Johanna Wolfganga von Goetheja). Med dejavnike, ki pospešujejo posnemovalno vedenje, spada senzacionalistično poročanje, prikazovanje samomora kot načina za reševanje težav, podrobno navajanje metode in kraja samomora, obširno in podrobno poročanje o samomorih znanih osebnosti (53). Preventivni učinek, ki ga ima lahko medijsko poročanje (npr. v smeri povečanja iskanja pomoči), imenujemo Papagenov učinek (po operi Wolfganga Amadeusa Mozarta Čarobna piščal) (54). Med dejavnike poročanja, ki delujejo preventivno, spadajo navajanje zgodb oseb, ki so svojo samomorilno stisko premagale, vzpodbujanje iskanja pomoči in konstruktivnih načinov reševanja težav, navajanje strokovnih mnenj. V želji po zmanjševanju Wertherjevega in povečevanju Papagenovega učinka je SZO skupaj z vodilnimi organizacijami na področju preprečevanja samomora (npr. Mednarodno

zvezo za preprečevanje samomora) pripravila medijske smernice za odgovorno poročanje o samomoru (55). Smernice zajemajo usmeritve, česa naj se medijski strokovnjaki pri poročanju izogibajo in kaj naj vključujejo. Smernice so uspešno implementirali v različnih državah (npr. Avstriji, Švici, Novi Zelandiji) (56) in so sestavni del večine nacionalnih strategij za preprečevanje samomora (51).

Oblikovanje smernic za odgovorno poročanje o samomoru in sodelovanje z medijskimi strokovnjaki je intervencija, ki spada na raven univerzalne preventive. V letu 2010 so smernice za odgovorno poročanje o samomoru razvili in implementirali tudi v Sloveniji, pri čemer so se opirali na izhodišča in dosežke, ki so jih v preteklosti postavili predhodniki. Pri razvoju programa so sodelovali NIJZ, Slovensko združenje za preprečevanje samomora, Univerza na Primorskem, IAM in Nacionalno združenje za kakovost življenja, Ozara.

Razvoj in implementacija programa, ciljna skupina

Razvoj smernic je v Sloveniji potekal v več fazah. V prvi fazi je bil opravljen prevod izvirnih smernic, ki jih je izdala SZO. V drugi fazi je bil prevod smernic poslan medijskim hišam, novinarjem in urednikom, ki so bili povabljeni h kritičnemu pregledu – kaj pogrešajo, na kakšen način bi si želeli opredelitev vsebin ipd. V tretji fazi so se z novinarji dobili na pogovornem srečanju, na katerem so razpravljali o njihovih predlogih, ki so jih na koncu vključili v končno različico slovenskih smernic. V četrti fazi so izid smernic pospremili z večjim nacionalnim dogodkom ob svetovnem dnevu preprečevanja samomora, v zadnji, peti fazi, pa so smernice nacionalno in regionalni implementirali. Implementacija je potekala v vseh slovenskih regijah, kjer so z regionalnimi novinarji organizirali pogovorna srečanja. Na teh srečanjih so novinarjem predstavili smernice in razpravljali o morebitnih ovirah pri njihovi uporabi.

Rezultati programa in evalvacija

Intervencijo so evalvirali z raziskovalnim načrtom pred-po. Analizirali so članke iz tiskanih medijev iz dveh 12-mesečnih obdobij: (i) obdobje pred intervencijo in (ii) obdobje po intervenciji. Za vsak članek so ocenili, ali je v skladu s strokovnimi smernicami za odgovorno novinarsko poročanje. Poročanje o samomoru je bilo v obdobju po intervenciji manj senzacionalistično, manj je bilo poročanja o konkretnih primerih samomora in več o primerih stisk, ki so se razrešile na konstruktivne načine. Prišlo je do pozitivne spremembe v naslovih prispevkov, prav tako so v več prispevkih navajali vire pomoči (57). Intervencija se je izkazala kot učinkovita in ugotovitve študije so vzpodbudne. Da bi ohranili vzdržnost dobrih rezultatov omenjene intervencije, je potrebno kontinuirano, načrtno in proaktivno delo z mediji kot pomembnimi partnerji na področju informiranja in ozaveščanja o duševnem zdravju.

Zaključek in usmeritve za naprej

Opisani programi, projekti in pristopi so v Sloveniji že prepoznani in uveljavljeni kot primeri dobrih javnozdravstvenih praks na področju krepitve duševnega zdravja in preprečevanja samomorilnosti. S postopnim sistemskim uvajanjem teh programov v dejavnosti šolskega, zdravstvenega in socialnega ter nevladnega sektorja lahko zagotovimo njihovo široko dostopnost, pa tudi sistematičnost, kontinuiteto in trajnost v izvajanju. Snovalci in izvajalci programov verjamejo, da je to moč doseči ob konstruktivni in strokovni razpravi odločevalcev v medsektorskih skupinah na nacionalni ravni ter regijskih in lokalnih ravneh, upanje za sistemsko podporo in uvajanje pa zbuja tudi

Nacionalni program duševnega zdravja 2018–2028 ter njegovi akcijski načrti. Pri uvajanju in širitvi programov je ključno izhajati iz ocene stanja, potreb uporabnikov in izvajalcev ter kakovosti in učinkovitosti ponujenih programov. Pri načrtovanju programov mora biti posebna skrb namenjena dopolnjevanju mreže pomoči na področju duševnega zdravja, pri čemer naj bo v ospredju kriterij dostopnosti. Posebno pozornost zahtevata skrb za najranjlivejše in dostopnost strokovne pomoči v regijah s slabšimi kazalniki duševnega zdravja. Temelj za prihodnost ostaja univerzalna preventiva s programi, osredotočenimi na razvijanje psihične odpornosti otrok in mladostnikov kot univerzalnega varovalnega jezika duševnega zdravja in tudi preprečevanja samomorilnega vedenja.

Reference

1. Lekić K, Tratnjek P, Konec Juričič N, Cugmas M. Srečanja na spletu: potrebe slovenske mladine in spletno svetovanje. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2014.
2. Tacol A, Lekić K, Konec Juričič N, Sedlar N, Roškar S. Zorenje skozi To sem jaz: razvijanje socialnih in čustvenih veščin ter samopodobe: priročnik za preventivno delo z mladostniki. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2019.
3. Tacol A. 10 korakov do boljše samopodobe. Celje: Zavod za zdravstveno varstvo; 2011.
4. Benson PL. All kids are our kids: what communities must do to raise caring and responsible children and adolescents. San Francisco: Jossey-Bass; 2006.
5. Boben D. Evalvacija programa za duševno zdravje mladih To sem jaz: končno poročilo. Ljubljana: Center za psihodiagnostična sredstva; 2018.
6. Fegert J, Vitiello B, Plener P, Clemens V. Challenges and burden of the coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2020;14:članek 20. doi: 10.1186/s13034-020-00329-3
7. Committee for Children. Social-emotional learning and preventing youth suicide: literature review [na spletu]. Seattle: Committee for Children; 2019 [citirano 15. 11. 2020]. Dostopno na: <https://www.cfchildren.org/wp-content/uploads/policy-advocacy/sel-youth-suicide-prevention.pdf>
8. Collaborative for academic, social, and emotional learning. 2013 CASEL guide: effective social and emotional learning programs. Preschool and elementary school ed. Chicago (IL): KSA-Plus Communications; 2012.
9. Sedlar Kobe N, Lekić K, Konec Juričič N, Tacol A, Tratnjek P, Kralj D. Šolski preventivni program To sem jaz: razvoj socialno-emocionalnih kompetenc in izzivi preventivnega delovanja v šolskem kontekstu. V: Orel M, Jurjevčič S, urednika. »Sodobni pristopi poučevanja prihajajočih generacij«. Mednarodna konferenca EDUvision 2017; 30. november–2. december 2017; Ljubljana. Ljubljana: EDUvision; 2017. str. 65–74.
10. Greydanus D, Bacopoulou F, Tsalamanios E. Suicide in adolescents: a worldwide preventable tragedy. *Keio J Med*. 2009;58(2):95–102. doi: 10.2302/kjm.58.95
11. Mazza JJ. Youth suicidal behavior: a crisis in need of attention. V: Villarruel FA, Luster T, urednika. *Child psychology and mental health, the crisis in youth mental health: critical issues and effective programs*. Vol. 2, Disorders in adolescence. Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group; 2006. str. 155–77.
12. Stone DM, Holland KM, Bartholow BN, Crosby AE, Davis SP, Wilkins N. Preventing suicide: a technical package of policies, programs, and practice. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2017. doi: 10.15620/cdc.44275
13. Maučec Zakotnik J, Švab V, Breclj Anderluh M, Dernovšek M, Konec Juričič N, Dominkuš D idr. MIRA za duševno zdravje: nacionalni program duševnega zdravja. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2019.
14. Wasserman D, Hoven C, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G idr. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*. 2015;385(9977):1536–44. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61213-7
15. Mann J, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A idr. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*. 2005;294(16):2064–74. doi: 10.1001/jama.294.16.2064
16. Van der Feltz-Cornelis C, Sarchiapone M, Postuvan V, Volker D, Roskar S, Grum A idr. Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies. *Crisis*. 2011;32(6):319–33. doi: 10.1027/0227-5910/a000109
17. Podlogar T, Žibera J, Poštuvan V, Kerr DC. Belongingness and burdensomeness in adolescents: Slovene translation and validation of The interpersonal needs questionnaire. *Suicide Life Threat Behav*. 2017;47(3):336–52. doi: 10.1111/sltb.12276
18. Collishaw S. Annual research review: secular trends in child and adolescent mental health. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(3):370–93. doi: 10.1111/jcpp.12372

19. Furlong M, McGiloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;2:1–239. doi: 10.1002/14651858.CD008225.pub2
20. Gardner F, Lejten P, Harris V, Mann J, Hutchings J, Beecham J idr. Equity effects of parenting interventions for child conduct problems: a pan-European individual participant data meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(6):518–27. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30162-2
21. Davis MD, Janta B, Gardner F. Positive parenting interventions, empowering parents with positive parenting techniques for lifelong health. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.
22. Ponikvar N, Anderluh M, Strmljan Kreslin E, Marc M. Ekonomski učinki programov starševstva: analiza stroškov in koristi programa starševstva Neverjetna leta (raziskava dosegljiva pri avtorjih).
23. Thapar A. *Rutter's child and adolescent psychiatry*. Chichester: Wiley; 2017.
24. Nelson-Jones R. *Theory and practice of counselling and therapy*. London: Sage Publications; 2006.
25. Varma IH. *The needs of counsellors and psychotherapists: emotional, social, physical, professional*. London: Sage Publications; 1997.
26. Čoderl S, Arnautovska U. Različne oblike psihološke pomoči in predstavitev Centra za psihološko svetovanje – Posvet. *Psihol Obz*. 2008;17(1):123–7.
27. World Health Organization. Integrating mental health into primary care: a global perspective [na spletu]. Geneva: World Health Organization; 2008 [citirano 20. 11. 2020]. Dostopno na: http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf
28. Švab V, Tomori M. Mental health services in Slovenia. *Int J Soc Psychiatry*. 2002;48(3):177–88. doi: 10.1177/002076402128783226
29. Dernovšek MZ, Šprah L. Razvoj kakovosti in dostopnosti preventivne zdravstvene dejavnosti na področju duševnega zdravja na primarnem nivoju: zaključno poročilo o rezultatih opravljenega raziskovalnega dela na projektu št. V3-0370 v okviru ciljnega raziskovalnega programa "Konkurenčnost Slovenije 2006–2013". Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ozare; 2008.
30. Novak T, Šprah L, Dernovšek MZ. Ocena tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije: analiza tveganj za razvoj težav v duševnem zdravju prebivalcev Republike Slovenije v posameznih statističnih regijah s pomočjo prilagojene metodologije Indeksa boljšega življenja. Ljubljana: Družbenomedicinski inštitut ZRC SAZU; 2011.
31. Rifel J, Kersnik J. Problematika duševnega zdravja na primarni ravni - kako prepoznati depresivno epizodo. *Zdrav Vestn*. 2010;79:544–754.
32. Trangle M, Gursky J, Haight R, Hardwig J, Hinnenkamp T, Kessler D idr. *Depression in primary care: health care guideline*. Bloomington (MN): ICSI, Institute for Clinical Systems Improvement; 2016.
33. Lukens E. *Psychoeducation*. Oxford bibliographies in social work [na spletu]. 2015 [citirano 20. 11. 2020]. Dostopno na: <http://www.oxfordbibliographies.com/view/document/obo-9780195389678/obo-9780195389678-0224.xml>
34. Lukens E, McFarlane WR. Psychoeducation as evidence-based practice: considerations for practice, research, and policy. *Brief Treat Crisis Interv*. 2004;4(3):205–25. doi: 10.1093/brief-treatment/mhh019
35. Dernovšek MZ, Šprah L. Psihoedukacija pri bipolarni motnji razpoloženja. V: Kores Plesničar B, urednica. *Sodobni vidiki bipolarnе motnje*. Ljubljana: Psihiatrična klinika; 2011. str. 49–58.
36. Brown J, Cochrane R, Hancox T. Large-scale health promotion stress workshops for the general public: a controlled evaluation. *Behav Cogn Psychother*. 2000;28(2):139–51. doi: 10.1017/S135246580001053
37. Ramovš J. *Skupina in skupinsko delo*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka; 2000.
38. Vrbovšek S, Medved N, Maučec Zakotnik J, Štern B, Čuš B. *Izvajanje integrirane preventivne kroničnih nenalezljivih boleznih v ambulantah družinske medicine: priročnik za diplomirane medicinske sestre*. Ljubljana: NIJZ (delovno gradivo, v tisku).
39. Dernovšek MZ, Mišček I, Jeriček Klanšček H, Tavčar R. *Skupaj premagajmo depresijo: priročnik za vodje delavnic in predavateljce*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2005.
40. Dernovšek MZ, Tavčar R. *Prepoznavajmo in premagajmo depresijo: priročnik za depresivne osebe in njihove svojce*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije; 2005.
41. Dernovšek MZ, Sedlar N, Tančič Grum A. *Spoprijemanje s stresom: priročnik za vodje*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2017.
42. Dernovšek MZ, Sedlar N, Tančič Grum A. *Spoprijemanje s stresom: priročnik za udeležence delavnice*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2017.
43. Dernovšek MZ, Tančič Grum A, Sedlar N. *Podpora pri spoprijemanju s tesnobo: priročnik za vodje*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2017.
44. Dernovšek MZ, Tančič Grum A, Sedlar N. *Podpora pri spoprijemanju s tesnobo: priročnik za udeležence delavnice*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2017.

45. Čeplak M, urednica. Evalvacija poglobljenih zdravstvenovzgojnih/psihoedukativnih delavnic in individualnih svetovanj v ZVC in CKZ za leto 2019. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2019.
46. Dernovšek MZ, Sedlar Kobe N, Furman L. Psihoedukativna delavnica Podpora pri spoprijemanju z depresijo: primer dobre prakse na področju duševnega zdravja [na spletu]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2020 [citirano 20. 11. 2020]. Dostopno na: https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/psihoedukativna_delavnica_-_podpora_pri_spoprijemanju_z_depresijo_-_4_-_web.pdf
47. Rutz W. Preventing suicide and premature death by education and treatment. *J Affect Disord.* 2001;62(1-2):123-9. doi: 10.1016/s0165-0327(00)00356-6
48. Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med.* 2006;36(9):1225-33. doi: 10.1017/S003329170600780X
49. Mesec Rodi P, Roškar S, Marušič A. Suicide victims' last contact with the primary care physician: report from Slovenia. *Int J Soc Psychiatry.* 2010;56(3):280-7. doi: 10.1177/0020764009105330
50. Roškar S, Podlesek A, Zorko M, Tavčar R, Dernovšek MZ, Groleger U idr. Effects of training program on recognition and management of depression and suicide risk evaluation for Slovenian primary-care physicians: follow-up study. *Croat Med J.* 2010;51(3):237-42. doi: 10.3325/cmj.2010.51.237
51. Niederkrotenthaler T, Braun M, Pirkis J, Till B, Stack S, Sinyor M idr. Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2020;368. doi: 10.1136/bmj.m575
52. Niederkrotenthaler T, Stack S. *Media and suicide: international perspectives on research, theory, and policy.* New York: Routledge; 2017. doi: 10.4324/9781351295246
53. Pirkis J, Blood RW. Suicide and the media. Part I: reportage in nonfictional media. *Crisis.* 2001;22(4):146-54. doi: 10.1027//0227-5910.22.4.146
54. Niederkrotenthaler T, Voracek M, Herberth A, Till B, Strauss M, Etzersdorfer E idr. Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *Br J Psychiatry.* 2010;197(3):234-43. doi: 10.1192/bjp.bp.109.074633
55. World Health Organization. *Preventing suicide: a resource for media professionals.* Geneva: World Health Organization; 2017.
56. Thom K, McKenna B, Edwards G, O'Brien A, Nakarada-Kordic I. Reporting of suicide by the New Zealand media. *Crisis.* 2012;33(4):199-207. doi: 10.1027/0227-5910/a000133
57. Roškar S, Grum AT, Poštuvan V, Podlesek A, De Leo D. The adaptation and implementation of guidelines for responsible media reporting on suicide in Slovenia. *Zdr Varst.* 2016;56(1):31-8. doi: 10.1515/sjph-2017-0005

3. SKLOP

*Obravnava različnih oblik samomorilnosti in
ogrožene skupine*



Obravnavo oseb s tveganjem za samomorilno vedenje na primarni zdravstveni ravni v ambulanti zdravnika družinske medicine

Danica Rotar Pavlič, Nena Kopčavar Guček

Ključni poudarki poglavja

- Vloga zdravnikov družinske medicine (ZDM) pri zgodnjem odkrivanju samomorilnosti in preprečevanju samomora je pomembna, saj se 40 % pacientov v obdobju pred samomorilnim poskusom ali samomorom oglasi pri njih.
- Poznavanje pacientovih hkratnih bolezni in drugih življenjskih okoliščin ter kontinuiteta obravnave lahko ZDM olajšajo oceno ogroženosti za samomorilno vedenje glede na prepoznane dejavnike tveganja.
- ZDM obravnava samomorilno osebo tudi zunaj ambulante, v skupnosti ali na domu, kar pogosto predstavlja velik izziv za pacienta in njegove svojce, od zdravnika pa terja posebna znanja in spretnosti.
- Predsodki in strah pred stigmatizacijo pri pacientu pogosto predstavljajo oviro pri odločitvi za obisk specialista psihiatra, pri ZDM pa oviro pri napotitvi, zato stigma terja še veliko prizadevanj na področju ozaveščanja laične javnosti.
- Ocena ogroženosti pacienta odpira možnosti večstopenjske obravnave depresije in multidisciplinarnе obravnave z vključevanjem različnih virov pomoči, pri čemer ima ZDM ključno vlogo koordinatorja. Stiska pred samomorilnim vedenjem je stigmatizirajoča za pacienta, samomor pa za njegove svojce. Prav tako predstavlja breme tudi za izbranega osebnega zdravnika, ki pogosto potrebuje strokovno pomoč.

Povzetek

Prepoznane in obsežne preventivne aktivnosti na področju samomora na eni strani ter krepitev zdravja in veščin pri zdravstvenih strokovnjakih na drugi so v Sloveniji v zadnjih letih izboljšale obravnavo samomora. ZDM so pogosto prvi strokovnjaki, h katerim se posamezniki z visokim tveganjem za samomor zatečejo po pomoč, ne le zaradi nizkopražnega¹ in tradicionalno dobrega dostopa, temveč tudi zaradi zaupanja, ustvarjenega v kontinuiranem odnosu. ZDM je običajno prvi strokovnjak v zdravstvenem sistemu, ki zagotavlja odprt in neomejen dostop svojim uporabnikom. Ti potrebujejo zdravstveno obravnavo ne glede na starost, spol ali katero koli drugo značilnost. Z usklajevanjem oskrbe učinkovito uporablja zdravstvene vire, sodeluje z drugimi strokovnjaki na področju primarne, sekundarne in terciarne zdravstvene oskrbe ter krmari med drugimi specialnostmi, ki so vključene v obravnavo pacienta, kadar je potrebno (1).

Po nekaterih podatkih naj bi 40 % posameznikov z namero samomora ali samomorilnega poskusa pred dejanjem obiskalo svojega osebnega zdravnika. Prepoznavanje pravega vzroka obiska v ambulanti je pogost izziv, ki ga je mogoče premagati z iskanjem dejavnikov tveganja za depresijo in posledično samomorilnost. Tretjino takih pacientov ZDM napotijo k specialistu. Predlagana napotitev k specialistu psihiatru lahko pri pacientih zaradi različnih razlogov izzove tudi odpor. Ocena ogroženosti za samomor pomaga pri načrtovanju in

¹ Nizkopražni programi so vsi tisti, kamor lahko vstopa večina pacientov brez večjih predvstopnih zahtev in s pomočjo katerih želijo usposobljeni strokovnjaki vzpostaviti prvi stik ter jih motivirati za vstop v višje programe zdravljenja.

nadgrajevanju ukrepov. Poleg splošnih ukrepov in individualnega svetovanja so na voljo še skupinske obravnave, vključevanje svojcev in nevladnih organizacij (NVO). Obravnava samomorilne ogroženosti s terapijo z zdravili upošteva individualno bolezensko sliko in sočasne bolezni, pa tudi interakcije med zdravili. ZDM najboljše pozna vire pomoči v skupnosti in v zdravstvenem sistemu ter pri interdisciplinarni obravnavi posameznega pacienta igra vlogo koordinatorja. V raziskavah so ugotavljali, da breme pacientovega samomora boleče obleži na plečih ZDM, ki se zaveda potrebe po pomoči, a še vedno okleva pri njenem iskanju.

Uvod

Primarno zdravstveno varstvo je prva stopnja strokovne oskrbe, kjer ljudje predstavljajo svoje zdravstvene težave in kjer je zadovoljena večina kurativnih in preventivnih zdravstvenih potreb prebivalstva. Primarna oskrba je splošna oskrba, ki je osredotočena na posameznika v njegovem družbenem kontekstu in ne na bolezn. Poleg ZDM so najpogostejši izvajalci primarne zdravstvene oskrbe pediatri na primarni ravni, zobozdravniki, farmacevti, fizioterapevti, logopedi, strokovnjaki s področja duševnega zdravja, diplomirane medicinske sestre, patronažne medicinske sestre, srednje medicinske sestre ter administrativno tehnično osebje. Primarno zdravstveno varstvo kot raven zdravstvene oskrbe omogoča vstop v sistem za vse vrste težav in potreb, daje oskrbo, ki je usmerjena v celovito obravnavo in ne le v bolezen ali organski sistem, zagotavlja reševanje vseh in ne le redkih stanj ter koordinira in povezuje tudi zdravstveno oskrbo, ki poteka kje drugje (2). Zato sta ustrezna usposobljenost in ravnanje strokovnjakov na primarni ravni, ki se srečujejo z osebami v stiski, ključnega pomena. Pri tem je treba upoštevati tudi podatke o obremenitvah primarne zdravstvene ravni. V presečni raziskavi iz preteklega desetletja, v kateri so bili zajeti podatki za skupno 12.296 obiskov v ambulantni, so izpostavili nekaj značilnosti dela ZDM v Sloveniji. Ti so opravili 72,3 % obiskov s fizičnim pregledom pacienta, preostale obravnave so potekale brez osebne stika z zdravnikom. Povprečni čas posveta ob upoštevanju vseh stikov je bil 7,08 minute, sodelujoči zdravniki so imeli povprečno 1.789 vpisanih oseb, manj kot 1 % vseh stikov je bilo v obliki hišnih obiskov (3). Zaskrbljujoč je predvsem kratek čas, ki je na voljo za obravnavo posameznega pacienta, saj obravnava oseb, ki se znajdejo v življenjski stiski, terja veliko več časa.

Za preprečevanje samomora, vključno s samomorilnimi mislimi in vedenjem, so zdravstveni delavci ključnega pomena. Raziskovalci so v sistematičnem pregledu 1.723 izvlečkov preučevali znanje, odnos do ter zaupanje v skrb za ljudi, ki so doživljali samomorilne misli in vedenje. Vključili so študente zdravstvene nege in specialiste različnih ravni. Ugotovili so, da znanje zdravstvenih delavcev, odnos ter zaupanje pri oskrbi ljudi, ki so bili naravnani samomorilno, oblikujejo vedenje zdravstvenih delavcev in lahko vplivajo na izide obravnave pacientov (4).

Mnogi pacienti se v obdobju pred samomorilnim poskusom ali samomorom oglasijo pri svojem izbranem zdravniku, kar kaže pomembno vlogo ZDM pri zgodnjem odkrivanju samomorilnosti in preprečevanju samomora (5). Zato je izjemnega pomena, da ZDM ter člani timov na primarni ravni posedujejo znanje in veščine, kako prepoznati potrebe tistih, ki razmišljajo o samomoru ali imajo za seboj izkušnjo samomora koga od svojih bližnjih (6).

ZDM uporabljajo različne pristope za obravnavo samomorilnih poskusov in samomora: s prepoznavanjem in z reševanjem čustvenih težav pacientov, odkrivanjem depresije, iskanjem in poizvedovanjem o samomorilnih mislih, ustrezno ter pravočasno napotitvijo k specialistom za duševno zdravje (7).

Pojavnost samomora v ambulanti ZDM in trendi v družinski medicini

Pri preprečevanju samomora imajo ZDM ključno vlogo (8). Zaradi lahke dostopnosti in dejstva, da prihajajo v stik z vso populacijo, v kateri so različno ogroženi posamezniki, sodijo ZDM in njihovi timi med glavne vratarje sistema (angl. gatekeeper). Učinkovito delovanje in prepoznavanje samomorilno ogroženih na tej ravni je lahko ključnega pomena za preventivo. Prvo raziskavo, v kateri so dokazali pomen ZDM pri preprečevanju samomora, so izvedli leta 1989 na švedskem otoku Gotland (9). Ugotovili so, da je po izobraževanju ZDM število samomorov upadlo za dve tretjini. T. i. Gotlandska študija je postala temelj za vse naslednje, v katerih so konsistentno dokazovali, da ima izobraževanje ZDM učinek na upad samomorilnega vedenja v populaciji. Izsledke Gotlandske študije so uspešno ponovili v Nemčiji (10), kjer so ugotavljali, da je učinek intervencije (izobraževanje splošnih zdravnikov) bolj vzdržen in trajnosten, če se izobraževanje ponavlja in če se vključujejo tudi druge ravni preventive (sodelovanje z mediji, omejevanje dostopnosti sredstev za samomor ipd.). Izsledke Gotlandske študije so replicirali tudi v Sloveniji, in sicer v letih 2003/2004, ko so v dveh zaradi samomora najbolj ogroženih regijah (posavski in koroški) izvedli izobraževanje za ZDM (11). Ugotovili so, da se je v regijah, v katerih je bila intervencija izvedena, spremenilo razmerje med predpisovanjem anksiolitikov in antidepressivov, gibanje samomorilnega količnika pa je kazalo trend upadanja.

Ker se glede na zbrane podatke ZDM sreča z izgubo pacienta zaradi samomora enkrat na 4–5 let, je zgodnje prepoznavanje samomorilnih pacientov velik izziv (12). Hkrati raziskovalci ocenjujejo, da se povprečno šest pacientov, ki so v glavarini, opredeljeni na enega zdravnika, v obdobju enega leta namerno samopoškoduje (13).

Slovenija velja za državo z velikim tveganjem za samomor. Povprečna stopnja samomorov med letoma 2000 in 2014 je bila 23,8/100.000 prebivalcev (14). Poenostavljen preračun v celotni populaciji Slovenije (pribl. dva milijona) pokaže 476 samomorov na približno 900 ZDM. O številu samomorilnih poskusov v Sloveniji lahko samo sklepamo, saj zanesljivi podatki niso dostopni. Depresija, ki je eden od glavnih dejavnikov tveganja za samomor, je med pacienti v primarnem zdravstvenem varstvu prisotna pri 10–12 % (15, 16). Med pacienti prevladujejo najstnice in odrasle ženske ter osebe s kronično boleznijo (17). V mednarodni raziskavi PREDICT-D, v katero je bilo v Sloveniji vključenih 74 ZDM, so ugotovili, da ima po kriterijih četrte revizije Diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj hudo depresivno motnjo 5,8 % pacientov. Po merilih desete revizije Mednarodne statistične klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov pa ima depresijo 14,5 % ljudi (11,2 % moških in 16,4 % žensk) (18). V drugi slovenski raziskavi, v katero so bile vključene samoocene pacientov, so pokazali prisotnost depresije pri 9,3 % moških, 15,7 % žensk in 18,1 % pacientov s kronično boleznijo (19).

Isometsa idr. so izvedli skrbno preiščeno raziskavo o ljudeh, ki so umrli zaradi samomora, ter ugotavljali njihove stike v štirih tednih pred smrtjo. Od 570 oseb, ki so umrle zaradi samomora, jih je kar 40 % obiskalo zdravnika na primarni zdravstveni ravni. Razlog obiska oziroma iskanja stika so bili v 42 % primerov psihiatrični in psihosocialni problemi (20). V nizozemski raziskavi, v katero so vključili ZDM, so med letoma 1983 in 2003 ugotavljali,

da se je letno število samomorov in samomorilnih poskusov zmanjšalo za 50 %; 60 % pacientov, ki so storili ali poskušali storiti samomor, je bilo pred tem diagnosticiranih z depresijo, od tega jih je ZDM 91 % že zdravil z antidepresivom, 65 % je bilo napotenih k psihiatru ali drugim strokovnjakom za duševno zdravje (21).

Kozel idr. so na slovenski populaciji ugotovili, da so ZDM v času, ko pacientov niso presejali na depresijo, pri 5,7 % diagnosticirali depresivne motnje. Predvideva, da ta delež odraža odstotek diagnosticiranih pacientov z depresivno motnjo v populaciji, s katero ZDM prihaja v stik, oziroma stopnjo prepoznavnosti. Rezultat presejalnih vprašalnikov med ZDM v isti raziskavi kaže, da je bilo v obravnavani populaciji 3,9 % posameznikov z depresivno motnjo (rezultat, pridobljen z Vprašalnikom o bolnikovem zdravju 9; Patient Health Questionnaire 9, PHQ-9). Glede na Zungov vprašalnik (Zung Self-Rating Depression Scale – 50) pa je ta delež znašal 5,2 % pacienta. Izsledki kažejo, da je bil v raziskavi Kozla idr. delež pacientov, pri katerih so ZDM domnevno spregledali resne simptome depresije, 40,6 ali 47,7 % (22).

Tudi ugotovitve Mesec Rodi idr. so, da umrli zaradi samomora pred samomorilnim dejanjem iščejo stik z zdravniki primarne zdravstvene oskrbe. Na slovenskem vzorcu so ugotavljali, da je bil v skupini oseb, ki so umrle zaradi samomora, delež tistih, ki so ob svojem zadnjem obisku navajali težave z duševnim zdravjem, 30 %, medtem ko je ta delež pri osebah iz kontrolne skupine (v tej skupini so bile osebe, ki so bile še živeče) znašal le 3 %. Glavne ugotovitve raziskave, ki so jo izvedli Mesec Rodi idr., so, da so osebe, ki so umrle zaradi samomora, v mesecu in tednu pred samomorom pogosteje iskale stik s svojim zdravnikom v primerjavi z osebami, ki niso umrle zaradi samomora (še živeče osebe v kontrolni skupini). Strokovnjaki ocenjujejo, da bi ZDM s pomočjo presejalnih orodij lahko odkrili več pacientov, ki trpijo za depresivno motnjo in jih je sicer mogoče spregledati. Epidemiološki podatki in rezultati raziskave kažejo možne koristi uporabe presejalnih orodij za prepoznavanje depresije zlasti v skupinah z visokim tveganjem (11).

Umestitev skrbi za duševno zdravje na primarno raven zdravstvene dejavnosti zahteva skrbno usposabljanje in supervizijo zdravstvenih delavcev. Ti morajo biti opremljeni z znanjem in spretnostmi, ki jim omogočajo izvajanje oskrbe. Izobraževanje o duševnem zdravju mora biti del osnovnega izobraževanja pred strokovnim izpitom kot tudi del kontinuiranega medicinskega izobraževanja. Poleg tega sta potrebni tudi primerna podpora in supervizija (23).

Po letu 2011, ko so se timu v družinski medicini pridružile tudi diplomirane medicinske sestre, sta presejanje na depresijo in pogovor o morebitni samomorilnosti lažje izvedljiva. V obdobju pomanjkanja ZDM in njihove preobremenjenosti je bilo treba v ekipo ZDM vključiti diplomirano medicinsko sestro ter opredeliti kompetence in dejavnosti tako, da spodbujajo k aktivnejšemu pristopu k pacientom. Med preventivnim pregledom so diplomirane medicinske sestre povprečno vsak mesec odkrile dva pacienta s kronično boleznijo in petnajst pacientov z dejavniki tveganja, pri čemer celotno število mesečno pregledanih pacientov ni znano (24). S poglobljanjem znanja o duševnih težavah bi delež samomorilnosti v Sloveniji lahko dodatno zmanjšali.

Značilnosti samomorilno ogroženih obiskovalcev ambulant ZDM in dejavniki tveganja na strani pacienta

Pri obravnavi pacientov v ambulantah ZDM moramo biti pozorni na osamljenost. Na Nizozemskem so namreč proučevali lastnosti oseb, ki razmišljajo o samomoru. Ugotovili so, da so bili to mladi ali starejši pacienti z depresijo, ki pogosto živijo sami, katerim je izbrani zdravnik predpisal sodoben antidepresiv in ki redko govorijo o samomorilnih mislih (več je bilo moških). Tudi v drugih epidemioloških raziskavah samomora je bilo navedeno, da je osamljeno življenje dejavnik tveganja (25, 26).

Med pacienti, ki so umrli zaradi samomora ali so imeli samomorilne misli, so na Nizozemskem ugotovili, da je bilo 60 % depresivnih. ZDM jih je v 91 % primerov zdravil z antidepresivom. Tisti, ki so živeli sami, so imeli večje tveganje za samomor. Samomori so bili torej pogostejši pri osebah, ki so živele same; samomorilni poskusi pa so se pogosteje pojavljali v gospodinjstvih, sestavljenih iz treh ali več oseb. V 65 % primerov je prišlo do napotitve k psihiatru ali drugim strokovnjakom za duševno zdravje. ZDM so za nazaj ocenili, da so samomor ali samomorilni poskus predvideli v 31 oziroma 22 % primerov, če je bil obisk pacienta v prejšnjem mesecu (21).

Med značilnosti oseb s tveganjem za samomor sodijo naslednje (27, 28): predhodno samomorilno vedenje, moški spol (več žensk poskuša storiti samomor, več moških umre zaradi samomora), prisotnost depresije, zloraba psihoaktivnih snovi, osebnostne motnje z impulzivnimi odzivi, visoka raven nevroticizma, nedavne ali trajne težave v odnosih, težave pri reševanju problemov, genetski dejavniki. Tveganje za samomor povečujejo tudi dostop do sredstev za izvedbo samomora, socialna izolacija, brezposelnost, nedavne izgube in zloraba v otroštvu.

V slovenskih raziskavah opozarjajo, da je treba biti pozoren tudi na telesne znake (npr. kronični glavobol, ki je pravzaprav lahko znak prikrite depresije, a je diagnosticiran kot fizična pritožba), predvsem pa mora biti obravnava usmerjena tudi na vse paciente s kroničnimi boleznimi (29, 30).

Najpogostejše diagnoze in psihosocialne okoliščine, povezane s samomorilnim vedenjem

Depresija je zapletena motnja s pomembnimi telesnimi in duševnimi spremembami. Simptomi so številni ter se izražajo v različni intenzivnosti in različnih kombinacijah ter vključujejo čustvene, motivacijske, kognitivne in telesne znake. Depresija je pogosto povezana s kroničnimi somatskimi boleznimi, ki imajo vse večji pomen zaradi staranja prebivalstva in posledične rasti števila pacientov s hkratnimi kroničnimi boleznimi. V slovenski raziskavi so leta 2003 v 60 ambulantah družinske medicine prospektivno opazovali 911 obiskovalcev. Ugotovili so, da je bilo od tega 211 (24 %) depresivnih (31). Ta delež je pomembno višji od raziskave Klemenc Ketiš, v kateri so poročali o 15,2-odstotni razširjenosti depresije med pacienti, starimi 18–64 let (32).

Zloraba alkohola ali drog s strani družinskega člana in trenutno slabo finančno stanje sta bila močno povezana z depresijo, pomemben (čeprav nekoliko šibkejši) pa je bil tudi vpliv hkratne inkontinence in kronične črevesne bolezni. Če bi upoštevali samo somatska stanja, je bila kronična bolečina pomembno povezana s pojavom depresije (31). Raziskava v slovenski populaciji je pri obiskovalcih ambulant družinske medicine potrdila vzročno povezavo med pojavnostjo depresije in izpostavljenostjo nasilju v partnerskih odnosih (33).

Pri prepoznavanju depresije so lahko uporabna tudi nekatera presejalna orodja, ki lahko pomembno pomagajo pri oceni, nikakor pa ne morejo nadomestiti kliničnega intervjuja. PHQ-9 (34) je namenjen presejanju depresije v splošni populaciji na primarni ravni zdravstvene dejavnosti. Izkazalo se je, da je lestvica veljavna tako za odkrivanje suma na veliko depresivno motnjo kot tudi podpražnih oblik depresivnih motenj² v splošni populaciji. Vprašalnik se v sklopu standardiziranih postopkov redno uporablja v referenčnih ambulantah družinske medicine (35). Slovenski ZDM kot zanesljivo in uporabno metodo za prepoznavanje in ocenjevanje stopnje depresije uporabljajo tudi Zungovo lestvico za samooceno depresije (36).

Duševne motnje so med najmočnejšimi napovednimi dejavniki samomorilnega poskusa. Malo pa je znano, katere motnje so zaradi visoke ravni psihiatrične komorbidnosti edinstveno povezane s samomorilnim vedenjem. Izsledki ameriške raziskave so pokazali, da ima približno 80 % posameznikov pred samomorilnim poskusom časovno predhodno duševno motnjo. Anksioznost, motnje razpoloženja, težave z impulzivnimi odzivi vsekakor napovedujejo poznejše samomorilne poskuse (37).

Samomorilni poskusi se v primerjavi z drugimi motnjami razpoloženja pogosteje pojavljajo pri pacientih z bipolarno motnjo (38). Pacienti, ki so bili na začetku bolezni mlajši in zlorabljeni, so verjetneje poskusili storiti samomor. Samomorilni poskusi so bili pogostejši tudi pri osebah z anamnezo zlorabe alkohola in tistih s psihotičnimi simptomi. Pri pacientih z bipolarno motnjo se je treba posvetiti psihosocialni anamnezi in komorbidnim simptomom, saj je samomorilno vedenje pri pacientih z bipolarno motnjo razmeroma pogosto (39).

Obravnava samomorilno ogroženih oseb pri ZDM

ZDM imajo zaradi dostopnosti in kontinuiranih stikov s svojimi pacienti ključno vlogo pri preprečevanju samomorilnega vedenja. Temeljno načelo delovanja je aktivno posvečanje pacientu, kar vključuje tudi družino, omejevanje dostopa do sredstev za izvedbo samomora in pripravo intervencijskega načrta. Ključno je spoprijemanje s psihopatologijo, ki pacienta ogroža. Kljub številnim raziskavam pa ni enotnih splošnih ukrepov, ki bi pri posamezniku zmanjševali tveganje za samomorilno vedenje.

Obravnava samomorilno ogroženih v ambulanti ZDM

ZDM se s samomorilno ogroženim sreča bodisi v ambulanti bodisi na hišnem obisku. Najprej poizveduje o zgodovini bolezni. Anamneza samomorilnih poskusov je eden najmočnejših napovednih dejavnikov prihodnjega tveganja za samomor. Skoraj polovica oseb z resnim samomorilnim poskusom v petih letih ponovno poskuša storiti samomor, tveganje za samomor pa je približno za 10–100-krat večje kot v splošni populaciji. Največ oseb, ki so poskušale storiti samomor, je zaradi samomora umrlo v naslednjem letu po poskusu, 10–15 % oseb, ki so samomor poskušale storiti, pa je zaradi samomora umrlo v nekaj letih. Predhodni samomorilni poskusi so napovedni dejavnik prihodnjih poskusov tudi pri mladostnikih, kjer znaša stopnja poskusov 5–15 % (40).

Na ravni posameznika sta ključna dejavnika za zmanjševanje samomorilnega vedenja ocena samomorilne ogroženosti in ustrezni ukrepi po tem. Ogroženost pacientov se lahko vrednoti na več načinov. Med njimi so lestvice oziroma točkovalniki, npr. lestvica

² Podpražna oblika se nanaša na klinično sliko, pri kateri simptomi in znaki ne dosegajo kriterijev za veliko depresivno epizodo.

SAD PERSONS, revidirana Beckova lestvica depresivnosti, Beckova lestvica tesnobe, Beckova lestvica brezupnosti, Beckova lestvica samomorilnih misli. Izpostaviti je treba, da noben točkovačnik ne napoveduje samomorilnega vedenja s popolno zanesljivostjo, zato je najbolje, da se v primeru negotovosti vključi posvet s psihiatrično službo. V raziskavi Cochrane - Brink so primerjali več ocen tveganja za samomor in ugotovili, da je imela lestvica SAD PERSONS 100-odstotno občutljivost³ za napovedovanje sprejema v bolnišnico in 60-odstotno specifičnost⁴. Lestvica je akronim iz naslednjih postavk: *S*: Male sex (moški spol), *A*: Age (<19 ali >45 let) (starost), *D*: Depression (depresija), *P*: Previous attempt (predhodni poskus), *E*: Excess alcohol or substance use (prekomerna raba alkohola in drugih psihoaktivnih substanc), *R*: Rational thinking loss (zmanjšana sposobnost kritičnega/racionalnega mišljenja), *S*: Social supports lacking (pomanjkanje socialne opore), *O*: Organized plan (samomorilni načrt), *N*: No spouse (brez partnerja), *S*: Sickness (prisotnost bolezni) (41, 42).

V nedavnih raziskavah so pokazali, da je občutljivost lestvice tako nizka, da nima klinične vrednosti, zato je bila zelo kritizirana. Razprava v zvezi z rabo omenjene lestvice potrjuje, da sta pri rabi vsakega točkovačnika potrebni previdnost in strokovna kritičnost (42–45).

V Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana so objavili Klinično pot za obravnavo samomorilnega pacienta v ambulantni dejavnosti (46). Svetujejo, da se klinična pot začne ob vsaki pacientovi omembi samomorilnosti in zaključi ob usmeritvi v bolnišnično zdravljenje ali po dosegu stanja remisije (*več o tem v poglavju 20*). Pomembni podatki anamneze vključujejo vprašanja o zgodovini duševnih motenj, samomorilnih poskusih v preteklosti in samomora v družini, hujših telesnih obolenjih ali invalidnosti, travmah in zlorabah, impulzivnosti in agresivnosti, stresorjem v nedavni preteklosti, neugodnih življenjskih razmerah, nezadostni podpori v družini in socialni mreži. Klinična pot vsebuje elemente, ki bi jih lahko koristno uporabili tudi na primarni ravni.

Poznavanje dejavnikov tveganja ZDM omogoča temeljito oceno ogroženih pacientov. To vključuje neverbalne in verbalne znake ter pacientovo trenutno kakovost življenja. Neverbalna sporočila, vključno s povešenimi očmi, psihomotorno upočasnjenostjo govora ali gibanja, neurejenim, upadlim videzom, bi morala zdravnika opozoriti na možnost depresije in potrebo po takojšnjem spremljanju. Komentarji, kot so »*Opažam, da ste danes videti žalostni.*« ali »*Zdi se, da vas danes nekaj muči.*« morda pomagajo začeti pogovor. Izjava, kot je »*Sem pod velikim pritiskom.*« nudi zdravniku možnost obravnave pacientovega čustvenega stanja. Dober očesni stik, sočutni odzivi in neposredna povabila, kot so: »*Povejte mi več.*« ali »*Prosim, povejte mi, zakaj se tako počutite.*«, pogosto odkrijejo pacientov zakriti odziv. Povezava drugih bolezni in izkušenj s trenutno težavo lahko razjasni resnost pacientovih občutkov. Odprta vprašanja o družinskem življenju, šoli, delu in odnosih pa lahko omogočijo razkriti samomorilne misli.

Na primarni ravni se samomorilni poskus ocenjuje kot nujno stanje. Če obstaja nevarnost samomora, je napovedana bolnišnična obravnava. ZDM pozna klinične poti, dostop do splošne nujne medicinske pomoči in nujne psihiatrične službe ter pozna ustrezne pravne smernice za hospitalizacijo proti volji pacienta.

Če oseba ni kritično ogrožena, je treba pred seznanitvijo svojcev s stanjem pridobiti soglasje osebe, podobno kot pri vseh drugih zdravstvenih stanjih.

³ Odstotek oseb z motnjo, ki imajo pozitiven rezultat na presejalnem vprašalniku.

⁴ Odstotek oseb brez motnje, ki imajo negativen rezultat na presejalnem vprašalniku.

Nadaljnji ukrepi ob depresiji so uvedeni za podporo posamezniku in svojcem. ZDM kot najboljši poznavalec možnosti obravnave, virov pomoči in podpore v skupnosti stopenjsko organizira celostno zdravstveno ter psihosocialno oskrbo. Ta vključuje splošne ukrepe, individualno svetovanje, individualno samopomoč na podlagi kognitivnega vedenjskega modela, možnost udeležbe na psihoedukativnih delavnicah v okviru Centrov za krepitev zdravja v zdravstvenih domovih, skupinsko vedenjsko kognitivno terapijo, skupinsko strukturirano telesno vadbo (47, 48).

Splošne ukrepe je pri hujši stopnji depresije treba nadgraditi s terapijo z zdravili (48). Antidepresiv je izbran na podlagi pogovora s pacientom o njegovih izkušnjah, lastnih izkušnjah predpisovanja, neželenih učinkov ob uvajanju in ukinjanju predhodnih zdravil z antidepresivi, interakcij, spremljajočih bolezni, varnosti ter glede na prevladujočo klinično sliko. Najpogostejša prva izbira je antidepresiv iz skupine selektivnih zaviralcev ponovnega privzema serotonina, lahko pa se izbere bolj specifičnega. Antidepresiv se izbere tudi glede na prevladujočo simptomatiko, saj določeni antidepresivi delujejo na določene sisteme prenašalcev živčnih impulzov. Sistem prenašalca živčnih impulzov serotonina vključuje simptome depresivnega razpoloženja, anksioznosti, obsesije, kompulzije, samomorilnega vedenja ter motenj apetita in spanja. Noradrenalinski sistem vključuje upad energije in iniciativnosti, ambivalenco, utrujenost, bolečine ter socialni umik. Dopaminski sistem se izraža z upadom motivacije, anhedonijo, apatijo, kognitivnimi motnjami, psihomotorično upočasnjenostjo in neaktivnostjo. Nekateri antidepresivi delujejo bolj pomirjevalno, sedirajoče, drugi bolj aktivirajoče, odvisno od tega, na katere sisteme prenašalcev živčnih impulzov vplivajo. Pomembno je upoštevati sočasne kronične ter akutne bolezni in možne interakcije z drugimi zdravili. Najmanj interakcij z drugimi zdravili imajo sertralin, escitalopram in citalopram (48).

Stranski učinki antidepresivov so pogosto moteči in pacienta lahko že pri uvajanju odvrčajo od terapije, zato sta v tem obdobju še posebno pomembni podpora ter motivacija za vzdrževanje zavzetosti za zdravljenje. Pri uvajanju je za paciente izziv tudi relativno dolg interval do polnega učinka zdravila, o čemer jih je koristno natančno informirati. Zdravila lahko začnejo delovati šele po enem ali dveh, včasih šele po štirih do šestih tednih od začetka zdravljenja. Dodati je treba, da pacient iz različnih razlogov, med katere sodi tudi neobveščenost o začetku delovanja zdravila, samovoljno prekine zdravljenje, še preden pride do izboljšanja stanja. Kontrolne preglede se načrtuje po dveh, nato po štirih in še po šestih tednih od uvedbe zdravila. Pri pacientih, mlajših od 30 let, in pri tistih s povečanim tveganjem za samomor je priporočljiv prvi kontrolni pregled po enem tednu od uvedbe zdravil (49). Če po šestih tednih ni terapevtskega učinka, je zdravilo treba zamenjati. V nadaljnjih treh mesecih se načrtuje kontrolne preglede na 2–4 tedne, nadaljevalna faza zdravljenja je šest mesecev. Vzdrževalna terapija naj bi trajala dve leti z odmerkom, ki je bil pri pacientu učinkovit. Opuščanje zdravil naj bi bilo postopno, skrbno načrtovano in v skladu s strokovnimi priporočili (50).

Pomembno podporo zdravljenju z antidepresivi predstavlja sočasna podporna vedenjsko-kognitivna terapija. Zdravljenje je multidisciplinarno; poleg izbranega osebnega zdravnika in pacientovih bližnjih sodelujejo še specialist psihiater, patronažna sestra, diplomirana medicinska sestra v timu ZDM, psiholog, fizioterapevt, socialni delavec, specialist medicine dela idr. Med številnimi dolžnostmi, ki jih ZDM nalaga Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, je tudi ocenjevanječasne nezmožnosti za delo do 30 koledarskih dni (50). Osebni zdravnik pri ocenjevanju zmožnosti za delo nastopa kot izvedenec, saj ima njegovo delo značilnosti izvedenstva s pravnimi in materialnimi

posledicami. Pri ocenjevanju delazmožnosti depresivnih pacientov je pri oceni delovnega mesta od obremenitev in škodljivosti pri delu treba upoštevati predvsem nefiziološke delovne razmere (delovni čas, tempo, ritem in intenzivnost dela, slabo organizacijo dela, statične obremenitve, preobremenjenost posameznih organskih sistemov in organov), škodljive psihološke dejavnike (odgovornost, delo z ljudmi, časovni pritiski, izmensko delo, nočno delo) ter škodljive socialno-ekonomske dejavnike (način življenja, bivalne razmere, zdravstvena in socialna varnost). Zavod za zdravstveno zavarovanje v svojih priporočilih za ocenjevanje začasne nezmožnosti za delo iz leta 2002 priporoča bolniški dopust za čas evidentnih depresivnih epizod in, glede na klinično sliko, še mesec dni po tem. V času remisije so pacienti delazmožni z omejitvami ali delazmožni v skrajšanem delovnem času. Priporočajo trajanje bolniškega dopusta od enega do dvanajst mesecev. Pri bipolarni motnji ali hudi depresivni motnji naj bi bolniški dopust trajal do dobre remisije, pri distimiji pa čim krajši čas. Smiselno je vključiti vse razpoložljive oblike pomoči, npr. sočasno podporo NVO, svetovalnih telefonov.

V procesu obravnave depresije – in posredno samomorilnosti – pri ZDM se dilema napotitve k specialistu psihiatru odpira večkrat (51). Poleg že navedenih indikacij, glede na ugotovitve raziskave med ZDM v Sloveniji, na odločitve o napotitvi pacienta k psihiatru vplivajo tudi želje pacienta, pacientova ocena uspešnosti/neuspešnosti dozdajšnjega zdravljenja, odklonilen odnos pacienta do napotitve, organizacija dela (naglica, pomanjkanje časa), strah pred samomorom in zdravnikova lastna analiza (52).

V Sloveniji naj bi ZDM tretjino pacientov z depresijo napotili na sekundarno raven zdravljenja. ZDM od psihiatrov pričakujejo različno: nekateri jih vidijo kot edine odgovorne za obravnavo duševnih motenj, drugi kot svetovalce, tretji kot posrednike v postopku podaljšanja bolniškega staleža in ocene invalidnosti.

V obravnavi depresije in samomorilnosti se neogibno srečujemo tudi s pomenom transferja in kontratransferja, ki pomembno vplivata na izide zdravljenja. Transfer so vse oblike pacientovega čustvovanja in vedenja do zdravnika. Gre za ponavljanje otroških vtisov, spominov, vzorcev, ki jih posameznik doživlja kot aktualne. Kontratransfer je zdravnikov čustveni odgovor na pacientovo nezavedno ali skupek nezavednih reakcij zdravnika na pacienta, na njegov transfer. Zdravnik kot človek s svojo zgodovino in čustvi odločitve sprejema tudi na podlagi tega. Zavedanje prvin odnosa med zdravnikom in pacientom ter ozaveščanje o tem lahko bistveno izboljšata objektivnost sprejemanja odločitev (48).

Obravnava samomorilno ogroženih na domu

Pri obravnavi samomorilno ogrožene osebe na domu je komunikacija težavna in specifična (53). Izbrani osebni zdravnik se srečuje s celo paleto možnih odzivov, od tega, da se bližnji umaknejo in ostane s pacientom sam, do tega, da obravnava prisostvujejo svojci in skušajo s svojimi predlogi vplivati na njen potek. Vsekakor zdravnik posega v posameznikovo zasebno območje. Komuniciranje lahko dodatno ovira in otežuje zmanjšana prištevnost obravnavane osebe. Ko je oseba zunaj življenjske ogroženosti, je ključnega pomena, da ne ostane sama. Vedno je treba poskušati najti in pokazati način, kako bi se lažje spopadla s svojimi težavami. Najkoristneje je osebo mirno poslušati (54, 55).

Kadar zdravnik na hišnem obisku ugotovi, da je zdravje ali celo življenje pacienta ogroženo, prek triažne službe urgentnega centra aktivira ekipo nujne medicinske pomoči (NMP). Štremfljeva raziskava je pokazala, da se za prisilne ukrepe in hospitalizacijo proti volji pacienta pogosto odločajo zdravstveni delavci moškega spola in tisti, ki imajo manj izkušenj z delom z nasilnimi pacienti (56). Anketiranci z višjo izobrazbo so menili, da so

intervencije s hospitalizacijo proti volji pacienta stresne za osebo in zaposlene. Zato več truda vlagajo v hospitalizacije brez prisile, na način, da poskušajo osebo najprej umiriti s pogovorom. Celotna ekipa NMP, torej zdravnik in dva zdravstvena tehnika, po klicu na domu prevzame skrb za osebo z duševno motnjo. Kadar pride do nasilja zaradi bolezni, je treba poskrbeti za varnost vseh udeleženi v intervenciji. Po odredbi zdravnika se lahko za pomoč zaprosi druge intervencijske službe (npr. gasilce, policijo), brez pomoči katerih je intervencija s samomorilno ogroženo osebo težje izvedljiva ali celo tvegana (56). Če tveganje za samomor ni neposredno, mora zdravnik s pacientom sestaviti antisuicidalni načrt, t. i. antisuicidalni pakt (oziroma dogovor), ki ga pacient podpiše, in takoj začeti zdravljenje.

Na primarni ravni si veliko obetamo od interdisciplinarnega tima skupnostne psihiatrične obravnave, ki vključuje tudi samomorilno ogrožene osebe (57). Skupnostna psihiatrična oskrba na lokalni ravni zagotavlja celostno, multidisciplinarno psihiatrično ambulanto in skupnostno obravnavo. Tim sestavljajo diplomirane medicinske sestre, zdravnik specialist psihiatrije, socialni delavec, psiholog, delovni terapevt in administrator. Naloge članov tima so med drugim intenzivno spremljanje in obvladovanje vključenih oseb ter obvladovanje kriznih stanj in poslabšanj; sodelovanje z vsemi ključnimi službami in deležniki v lokalnem okolju, ki omogočajo povezano, celostno in kakovostno obravnavo oseb z duševno motnjo v lokalnem okolju, krepitev duševnega zdravja in preprečevanje razvoja oziroma poslabšanja duševne motnje; sodelovanje z izvajalci psihosocialne rehabilitacije (socialnovarstvenih programov) v skupnosti, centrom za socialno delo in drugimi (58).

Zdravnik družinske medicine in doživljanje pacientovega samomora

Samomor močno obremeni pacientove bližnje, njegovo delovno in bivalno okolje. Medtem ko si ZDM prizadeva za blažitev posledic samomora pri bližnjih, neredko pozabi, da se mora spopasti tudi z lastnimi odzivi na pacientov samomor. Danski ZDM so poročali, da so sami obvladovali čustveni vpliv tovrstnega dogodka, ne da bi poiskali podporo. Številni ZDM pa so priznali, da bi bilo bolje poiskati strokovno pomoč (59). Na Irskem bi 62 % ZDM po pacientovem samomoru uporabljalo strokovno podporo, če bi bila na voljo (60). V Veliki Britaniji večina ZDM, ki jih je prizadel samomor pacientov, išče neformalno podporo vrstnikov in sodelavcev (61). Čeprav večina udeležencev ocenjuje, da je ta metoda relativno uspešna, so opozorili na pomanjkanje smernic za tiste, ki morda zahtevajo formalno podporo. Skladno z ugotovitvami raziskav ZDM pogrešajo ustanove in ustaljene postopke, da bi zagotovili razpoložljivost formalne podpore, potem ko njihovi pacienti storijo samomor (62).

V slovenski raziskavi ZDM najpogosteje iščejo podporo med sodelavci. Le izjemoma se zatekajo k strokovni podpori, so pa intervjuvani ZDM izrazili potrebo po tem. Druga pomembna ugotovitev je bila, da slovenski zdravniki navajajo kulturo (t. i. družbene navade) kot pomembno oviro pri uporabi strokovne podpore. Stigmatizacija je lahko ovira za iskanje pomoči. Nekateri slovenski zdravniki menijo, da je strokovna podpora na splošno koristna, vendar niso prepričani, da bi se sami dejansko odločili zanjo (62).

Zaključek in usmeritve za naprej

ZDM imajo zaradi svojih številnih specifičnosti – kontinuiranega in zaupnega odnosa s pacientom, poznavanja njegovih življenjskih okoliščin, delovanja v skupnosti, celostne obravnave, sodelovanja z družino pacienta – vlogo koordinatorja v obravnavi. Pacienti, ki imajo do svojega izbranega osebnega zdravnika praviloma odprt in nizkopražen dostop, prihajajo v ambulante družinske medicine s svojo težavo praviloma prvič; to je prva obravnava in hkrati vstopna točka v celoten zdravstveni sistem. Zaradi takega odnosa in položaja imajo ZDM vlogo, t. i. vratarjev sistema, ker prihajajo v stik s celotno populacijo. Ob tem moramo opozoriti na problem pomanjkanja specialistov družinske medicine, zaradi česar je dostop do zdravnika lahko otežen. Domnevamo, da ta vrzel lahko vpliva tudi na ravnanje nekaterih pacientov, predvsem v smislu odlašanja z iskanjem pomoči. Od prepoznavanja samomorilnosti in ocene stopnje ogroženosti je odvisna vsa nadaljnja obravnava pacienta. Prva obravnava odpira pot do večplastne in večstopenjske obravnave samomorilno ogrožene osebe z vključevanjem vseh interdisciplinarnih virov pomoči in varovalne socialne mreže v skupnosti. V nasprotju z nekaterimi drugimi zdravstvenimi težavami je stigmatizacija pri samomorilnosti pogosta ovira, še posebno za napotitev k specialistu psihiatru in obravnavo pri njem. Glede na svoje kompetence in oceno ogroženosti kar dve tretjini obravnav oseb z depresijo in posledično samomorilnostjo opravi ZDM. Ne glede na to, ali je bil posameznik napoten na sekundarno ali terciarno raven specialistične obravnave, pa ostaja ZDM koordinator te obravnave in stalno dostopen za svojega pacienta. Med obravnavo ga spremlja, podpira, ureja tudi njegove socialne izzive in dejavno sodeluje v multidisciplinarni obravnavi ter jo povezuje. Možnosti obravnave psihičnih težav v skupnosti so perspektivna usmeritev za naprej.

Poleg pacientovih svojcev kljub obstoječim virom pomoči tudi ZDM pogosto nosijo breme samomorov svojih pacientov. Na tem polju obstajajo še številne možnosti izboljšav.

Reference

1. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definition of general practice / family medicine: WONCA Europe 2011 edition [na spletu]. Barcelona: WHO Europe Office; 2011 [citirano 21. 1. 2021]. Dostopno na: <https://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/regionDocs/European%20Definition%20of%20general%20practice%203rd%20ed%202011.pdf>
2. Boerma W, Kringos D. Introduction. V: Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Saltman RB, uredniki. Building primary care in a changing Europe [na spletu]. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. str. 27–40. (Observatory studies series; no. 38). Dostopno na: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf
3. Švab I, Petek-Šter M, Kersnik J, Živčec-Kalan G, Car J. Presečna študija o delu zdravnikov splošne medicine v Sloveniji. *Zdr Varst.* 2005;44:183–92.
4. Boukouvalas E, El-Den S, Murphy AL, Salvador-Carulla L, O'Reilly CL. Exploring health care professionals' knowledge of, attitudes towards, and confidence in caring for people at risk of suicide: a systematic review. *Arch Suicide Res.* 2019;24 Suppl 2:S1–31. doi: 10.1080/13811118.2019.1586608
5. Hamilton NG. Suicide prevention in primary care. *Postgrad Med.* 2000;108:81–7. doi: 10.3810/pgm.2000.11.1289
6. Foggini E, McDonnell S, Cordingley L, Kapur N, Shaw J, Chew-Graham CA. GPs' experiences of dealing with parents bereaved by suicide: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2016;66(651):e737–46. doi: 10.3399/bjgp16X686605
7. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry.* 2000;159:909–16. doi: 10.1176/appi.ajp.159.6.909
8. Carrigan CG, Lynch DJ. Managing suicide attempts: guidelines for the primary care physician. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2003;5(4):169–174. doi: 10.4088/pcc.v05n0405
9. Rutz W, von Knorring L, Wälinder J. Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand.* 1989;80(2):151–4. doi: 10.1111/j.1600-0447.1989.tb01318.x

10. Hegerl U, Mergl R, Havers I, Schmidtke A, Lehfeld H, Niklewski G idr. Sustainable effects on suicidality were found for the Nuremberg alliance against depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2009;260:401–6. doi: 10.1007/s00406-009-0088-z
11. Mesec Rodi P, Roškar S, Marušič A. Suicide victims' last contact with the primary care physician: report from Slovenia. *Int J Soc Psychiatry*. 2010;56(3):280–7. doi: 10.1177/0020764009105330
12. Diekstra RF, van Egmond M. Suicide and attempted suicide in general practice, 1979–1986. *Acta Psychiatr Scand*. 1989;79:268–75. doi: 10.1111/j.1600-0447.1989.tb10257.x
13. Gunnell D, Bennewith O, Peters TJ, Stocks N, Sharp D. Do patients who selfharm consult their general practitioner soon after hospital discharge? A cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37(12):599–602. doi: 10.1007/s00127-002-0592-1
14. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Svetovni dan preprečevanja samomora: "Vzemi si trenutek, reši življenje" [na spletu]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2017 [citirano 20. 1. 2021]. Dostopno na: <http://www.nijz.si/sl/10-september-2017-svetovni-dan-preprečevanja-samomora-vzemi-si-trenutek-resi-zivljenje>
15. Spitzer RL, Kroenke K, Linzer M, Hahn SR, Williams JB, deGruy FV 3d idr. Health-related quality of life in primary care patients with mental disorders. Results from the PRIME-MD 1000 Study. *JAMA*. 1995;274:1511–7. doi: 10.1016/s0002-9343(96)00275-6
16. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the world health surveys. *Lancet*. 2007;370:851–8. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61415-9
17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4th ed, text rev. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2000.
18. Rifel J, Svab I, Ster MP, Pavlic DR, King M, Nazareth I. Impact of demographic factors on recognition of persons with depression and anxiety in primary care in Slovenia. *BMC Psychiatry*. 2008;8:članek 96. doi: 10.1186/1471-244X-8-96
19. Klemenc-Ketiš Z, Kersnik J, Novak-Glavčič D. Determinants of depression and anxiety in family practice patients with comorbidities. *Wien Klin Wochenschr*. 2010;122 Suppl 2:35–9. doi: 10.1007/s00508-010-1337-x
20. Isometsa ET, Heikkinen ME, Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro HM, Lonnqvist JK. The last appointment before suicide: is suicide intent communicated? *Am J Psychiatry*. 1995;152:919–22. doi: 10.1176/ajp.152.6.919
21. Marquet RL, Bartelds AI, Kerkhof AJ, Schellevis FG, van der Zee J. The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch general practice 1983–2003. *BMC Fam Pract* [na spletu]. 2005 [citirano 21. 1. 2021];6:članek 45. Dostopno na: <https://doi.org/10.1186/1471-2296-6-45>
22. Kozel D, Maučec Zakotnik J, Tančič Grum A, Kersnik J, Rotar-Pavlič D, Tomori M idr. Applicability of systematic screening for signs and symptoms of depression in family practice patients in Slovenia. *Zdrav Vestn*. 2012;81(12):838–46.
23. Rifel J, Kersnik J. Problematika duševnega zdravja na primarni ravni – kako prepoznati depresivno epizodo. *Zdrav Vestn*. 2010;79:544–7.
24. Tonka S, Svab I, Kersnik J. The project of model practices in family medicine in Slovenia. *Zdrav Vestn*. 2013;82:635–47.
25. Middleton N, Whitley E, Frankel S, Dorling D, Sterne J, Gunnell D. Suicide risk in small areas in England and Wales, 1991–1993. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:45–52. doi: 10.1007/s00127-004-0707-y
26. Crawford MJ, Prince M. Increasing rates of suicide in young men in England during the 1980s: the importance of social context. *Soc Sci Med*. 1999;49:1419–23. doi: 10.1016/S0277-9536(99)00213-0
27. Paris J. Suicidality in borderline personality disorder. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(6):članek 223. doi: 10.3390/medicina55060223
28. Duberstein PR, Conwell Y, Seidlitz L, Denning DG, Cox C, Caine ED. Personality traits and suicidal behavior and ideation in depressed inpatients 50 years of age and older. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2000;55(1):P18–26. doi: 10.1093/geronb/55.1.p18
29. Bi B, Liu W, Zhou D, Fu X, Qin X, Wu J. Personality traits and suicide attempts with and without psychiatric disorders: analysis of impulsivity and neuroticism. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):članek 294. doi: 10.1186/s12888-017-1453-5
30. Nepon J, Belik SL, Bolton J, Sareen J. The relationship between anxiety disorders and suicide attempts: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Depress Anxiety*. 2010;27(9):791–8. doi: 10.1002/da.20674
31. Selič P, Svab I, Rifel J, Pavlič DR, Cerne A, King M idr. The pattern of physical comorbidity and the psychosocial determinants of depression: a prospective cohort study on a representative sample of family practice attendees in Slovenia. *Ment Health Fam Med*. 2011;8(3):147–55.
32. Klemenc-Ketiš Z, Kersnik J, Tratnik E. The presence of anxiety and depression in the adult population of family practice patients with chronic diseases. *Zdr Varst*. 2009;48:170–6 .
33. Kopčavar Guček N, Selič P. Depression in intimate partner violence victims in Slovenia: a crippling pattern of factors identified in family practice attendees. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(2):članek 210. doi: 10.3390/ijerph15020210

34. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001;16:606–13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
35. Roškar S. Presejalna orodja za odkrivanje depresije. V: Konec Juričič N, Roškar S, Lunder L, Mihelič-Moličnik P, Lavrenčič Katić A, Lunder D idr., uredniki. Prepoznavanje in obravnava depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulantni družinskega zdravnika. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2016. str. 77–81.
36. Zung WW. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry.* 1965;12:63–70. doi: 10.1001/archpsyc.1965.01720310065008
37. Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry.* 2010;15(8):868–76. doi: 10.1038/mp.2009.29
38. Michaels MS, Balthrop T, Pulido A, Rudd MD, Joiner TE. Is the higher number of suicide attempts in bipolar disorder vs. major depressive disorder attributable to illness severity? *Arch Suicide Res.* 2018;22:46–56. doi: 10.1080/13811118.2017.1319308
39. McGrady A, Lynch D, Rapport D. Psychosocial factors and comorbidity associated with suicide attempts: findings in patients with bipolar disorder. *Psychopathology.* 2017;50:171–4. doi: 10.1159/000453272
40. Mulder JD. Attempted suicide: implications for the general practitioner. V: Kerkhof A, Schmidtke A, Bille-Brahe U, De Leo D, Lonnqvist J, uredniki. Attempted suicide in Europe: findings from the multicentre study on parasuicide by the WHO Regional Office for Europe. Leiden (NL): DSWO Press, Leiden University; 1994. str. 279–86.
41. Cochrane-Brink KA, Lofchy JS, Sakinofsky I. Clinical rating scales in suicide risk assessment. *Gen Hospital Psychiatry.* 2000;22(6):445–51. doi: 10.1016/s0163-8343(00)00106-7
42. Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics.* 1983;24(4):343–5, 348–9. doi: 10.1016/S0033-3182(83)73213-5
43. Bolton JM, Spiwak R, Sareen J. Predicting suicide attempts with the SAD PERSONS scale. *J Clin Psychiatry.* 2012;73(6):e735–41. doi: 10.4088/JCP.11m07362
44. Saunders K, Brand F, Lascelles K, Hawton K. The sad truth about the SADPERSONS scale: an evaluation of its clinical utility in self-harm patients. *Emerg Med J.* 2013;3(10):796–8. doi: 10.1136/emermed-2013-202781
45. Birnbaumer DM. A sad performance by the SADPERSONS scale. *NEJM Journal Watch.* 2013.
46. Klinična pot za obravnavo samomorilnega pacienta v ambulantni dejavnosti [na spletu]. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana; 2018 [citirano 16. 2. 2021]. Dostopno na: https://www.psih-klinika.si/fileadmin/user_upload/_imported/fileadmin/dokumenti/koristne_informacije/klinicne_poti/2014/KP_027_Obravnava_samomorilnega_pacienta_v_ambulantni_dejavnosti.pdf
47. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Zdravstveno vzgojni centri / centri za krepitev zdravja (ZVCT) [na spletu]. Ljubljana: NIJZ; 2020 [citirano 20. 1. 2021]. Dostopno na: <https://www.nijz.si/sl/podatki/zdravstvenovzgojni-centri-centri-za-krepitev-zdravja-zvct>
48. Lavrenčič Katić A. Obravnava depresije. V: Konec Juričič N, Roškar S, Lunder L, Mihelič-Moličnik P, Lavrenčič Katić A, Lunder D idr., uredniki. Prepoznavanje in obravnava depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulantni družinskega zdravnika. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2016. str. 43–60.
49. Govc Eržen J, Petek Šter M, uredniki. Priročnik za zdravnike družinske medicine: izvajanje integrirane preventivne kroničnih nenalezljivih boleznih v referenčnih ambulantah družinske medicine. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2017 [citirano 21. 1. 2021]. Dostopno na: <http://skupajzazdravje.nijz.si/media/splet-.zdm.priročnik.pdf>
50. Zupančič M. Pasti pri ocenjevanju delazmožnosti depresivnih bolnikov. V: Klemenc-Ketiš Z, Drešček M, urednika. Depresija – od receptorjev do remisije, benigna hiperplazija prostate, novosti v kardiologiji, psihosomatska medicina, GERB, arterijska hipertenzija, demenca: zbornik predavanj [na spletu]. 10. Kokaljevi dnevi; 9. in 10. april 2010; Kranjska Gora. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine; 2010 [citirano 21. 1. 2021]. str. 19–24. (Družinska medicina; letn. 8, suppl. 1). Dostopno na: http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/kokalj_X_barvno.pdf
51. Rotar Pavlič D, Švab I, Selič P, Rifel J, Serec M. Sodelovanje med zdravniki družinske medicine in specialisti psihiatri pri zdravljenju bolnikov s depresijo. *Zdrav Vestn.* 2011;80:734–9.
52. Pašič K. Obravnava bolnika s simptomi depresije v ambulantni družinske medicine. V: Klemenc-Ketiš Z, Drešček M, urednika. Stemi, osteoporoza, erektilna disfunkcija, fitoterapija, BHP in depresija – moške težave, okulistika, kronične rane, starostnik, Ažmanov simpozij, praktične veščine: zbornik predavanj. 14. Kokaljevi dnevi; 11. in 12. april 2004; Laško. Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine; 2014. str. 21–8.
53. Prestor J. Komunikacija s pacienti in svojci na njihovem domu. V: Vajd R, Gričar M, urednika. Urgentna medicina: izbrana poglavja 2013. 20. mednarodni simpozij o urgentni medicini; 13.–15. junij 2013; Portorož. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino; 2013. str. 319–22.
54. Turk H, Kersnik J. Psihotična stanja. V: Grmek Š, urednik. Nujna stanja: priročnik. 5. izd. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2008. str. 217–9.
55. Turk H, Mir M, Kersnik J. Stanje akutne zmedenosti in agitacije. V: Grmek Š, urednik. Nujna stanja: priročnik. 5. izd. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2008. str. 209–11.

56. Štremfelj G. Zdravstvena obravnava pacienta s samomorilnim vedenjem v predbolnišničnem okolju [diplomsko delo]. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin; 2017.
57. Švab V. Skupnostna psihiatrija [na spletu]. Ljubljana: Švab V; 2012 [citirano 20. 1. 2021]. Dostopno na: https://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/word/STROKOVNI_CLANKI_-_razni/Skupnostna_psihiatrija_-_Vesna_Svab.pdf
58. Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (ReNPDZ18–28) [na spletu]. Uradni list RS, št. 24/18. 2018 [citirano 21. 1. 2021]. Dostopno na: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=RESO120>
59. Davidsen A. And then one day he'd shot himself. Then I was really shocked: general practitioners' reaction to patient suicide. *Patient Educ Couns.* 2011;85:113–8. doi: 10.1016/j.pec.2011.08.001
60. Halligan P, Corcoran P. The impact of patient suicide on rural general practitioners. *Br J Gen Pract.* 2001;51:295–6.
61. Saini P, Chantler K, While D, Kapur N. Do GPs want or need formal support following a patient suicide? A mixed methods study. *Fam Pract.* 2016;33:414–20. doi: 10.1093/fampra/cmw040
62. Rotar Pavlič D, Treven M, Maksuti A, Švab I, Grad O. General practitioners' needs for support after the suicide of patient: a qualitative study. *Eur J Gen Pract.* 2018;24(1):177–82. doi: 10.1080/13814788.2018.1485648

Obravnavna oseb s tveganjem za samomorilno vedenje na sekundarni in terciarni zdravstveni ravni

Peter Pregelj, Jurij Bon

Ključni poudarki poglavja

- Na sekundarni zdravstveni ravni je mogoča celostna obravnava večine oseb z visokim tveganjem za samomorilno vedenje.
- Na terciarni zdravstveni ravni je mogoča obravnava oseb z visokim tveganjem za samomorilno vedenje, pri katerih obravnava na sekundarni ravni ni zadoščala.
- Terciarna obravnava v okviru specializiranih oddelkov je na področju Republike Slovenije možna tudi za samomorilne posameznike z duševnimi motnjami, ki se redkeje pojavljajo, ter za otroke in mladostnike.
- Obravnava na sekundarni in terciarni zdravstveni ravni na oddelkih pod posebnim nadzorom je mogoča tudi brez privolitve osebe z visokim tveganjem za samomorilno vedenje, kar ureja Zakon o duševnem zdravju.
- Na terciarni ravni poteka izobraževalno in raziskovalno delo ter priprava kliničnih poti za obrnavo oseb z različnimi duševnimi motnjami in samomorilno ogroženostjo.

Povzetek

Na sekundarni zdravstveni ravni poteka obravnava oseb z duševnimi motnjami in tveganjem za samomorilno vedenje, pri katerih obravnava na primarni zdravstveni ravni ne zadošča ali pa se osebe same odločijo za takšno obrnavo brez predhodne obravnave na primarni zdravstveni ravni. Posamezniki so na sekundarni ravni lahko vključeni v različne možnosti zdravljenja, od ambulantne psihiatrične obravnave preko skupnostnih oblik do bolnišnične psihiatrične obravnave, ki je mogoča le na sekundarni in terciarni ravni. Sekundarna obravnava v Sloveniji poteka prvenstveno v okviru dejavnosti psihiatričnih bolnišnic ter psihiatričnih ambulant s koncesijo. Bolnišnična obravnava poteka na oddelkih pod posebnim nadzorom psihiatričnih bolnišnic, ki zagotavljajo povečan nadzor nad pacienti med samo obrnavo, vendar pa omejujejo predvsem možnost njihovega gibanja izven tovrstnih oddelkov, ter na drugih oddelkih, kjer poteka zdravljenje le s privolitvijo pacientov. Ti oddelki omogočajo specializirano obrnavo tako po starostnih skupinah kot po prisotnih duševnih motnjah. Zakon o duševnem zdravju v nasprotju z večino drugih področij medicine ob izpolnjevanju posebnih pogojev omogoča tudi zdravljenje samomorilno ogroženega pacienta brez njegove privolitve, vendar le v nujnih primerih ali po sklepu sodišča. Obravnava oseb na terciarni zdravstveni ravni je namenjena osebam z duševnimi motnjami, ki jim z obrnavo na sekundarni ravni ni mogoče zagotoviti ustreznega zdravljenja, ter osebam, ki potrebujejo ambulantno ali bolnišnično obrnavo, ki ni organizirana na sekundarni zdravstveni ravni (npr. na specializiranih oddelkih v okviru terciarne dejavnosti za obrnavo posameznih starostnih skupin ali oseb s skupinami duševnih motenj). V okviru terciarne dejavnosti poteka tudi izobraževalna in raziskovalna dejavnost na področju suicidologije.

Uvod

Osnovni pristop k zmanjševanju tveganja za samomorilno vedenje pri ogroženih osebah je usmerjen v zdravljenje osnovne duševne motnje. Klinične metode zdravljenja, ki so usmerjene v zmanjševanje tveganja za samomorilno vedenje, je težko preizkušati po metodah randomiziranih raziskav, zato so dokazi o njihovi učinkovitosti do določene mere omejeni (1).

Ob visokem tveganju za samomorilno vedenje je pri osebah z duševnimi motnjami pogosto potrebna intenzivna zdravstvena obravnava duševne motnje, ki presega zmožnosti na primarni zdravstveni ravni in narekuje obravnavo osebe na sekundarni in terciarni zdravstveni ravni, ki poleg ambulantne in skupnostne obravnave omogoča tudi bolnišnično psihiatrično zdravljenje. Vendar pa tudi z bolnišničnim zdravljenjem ni mogoče pri vseh pacientih trajno odpraviti tveganja za samomorilno vedenje, ki obstaja tudi po bolnišnični obravnavi.

V metaanalizi tveganja za samomorilno vedenje po zaključku bolnišničnega zdravljenja so poročali o ugotovitvah, da je obdobje po odpustu iz psihiatrične bolnišnice čas izrazitega tveganja za samomorilno vedenje, vendar stopnja samomorov ostaja visoka še vrsto let po odpustu. Posebno pozornost potrebujejo pacienti, sprejeti zaradi samomorilnih ideacij ali vedenja v obdobju nekaj mesecev po odpustu. Avtorji metaanalize poudarjajo potrebo po prednostni obravnavi predhodno bolnišnično zdravljenih pacientov tudi po zaključku bolnišnične obravnave (2).

Obstajajo tri ključna področja, na katerih bi bil možen napredek v obravnavi oseb s tveganjem za samomorilno vedenje v bolnišničnem okolju, in sicer (i) natančnejše prepoznavanje pacientov s tveganjem za samomor v bolnišničnih okoljih, (ii) boljša uporaba časa in virov pri pacientih, ki so v bolnišnici, in (iii) prepoznavanje pacientov, ki imajo največje tveganje za samomor, v času, ko je to največje (3).

Obravnava na sekundarni zdravstveni ravni

Ambulantna obravnava

Ambulantna psihiatrična obravnava na sekundarni zdravstveni ravni je organizirana v okviru samostojnih psihiatričnih ambulant ali v okviru ambulantne psihiatrične obravnave in oddelkov psihiatričnih bolnišnic (PB). Na območju Slovenije deluje šest psihiatričnih bolnišnic: PB Begunje, PB Idrija, PB Ormož in PB Vojnik ter Oddelek za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra (UKC) Maribor in Univerzitetna psihiatrična klinika (UPK) Ljubljana. Navedene ustanove v okviru ambulantne obravnave zagotavljajo tudi pomoč v okviru 24-urne urgentne psihiatrične obravnave osebam z visokim tveganjem za samomorilno vedenje ob prisotni duševni motnji. Pogosto se zgodi, da je zdravljenje na oddelkih za nujne intervencije v bolnišnicah glavna obravnava za osebe v času kriznega stanja s samomorilnim vedenjem. Tu se opravi tudi triaža in usmeritev v poznejšo nadaljevalno bolnišnično ali ambulantno obravnavo (4, 5).

Pri pribl. tretjini vseh oseb, obravnavanih v urgentni psihiatrični ambulanti, ki deluje v UPK Ljubljana, je bilo ugotovljeno izražanje samomorilnih misli, ali pa so bili pacienti obravnavani po samomorilnem poskusu (6).

Obravnava oseb z duševnimi motnjami na sekundarni zdravstveni ravni je omejena z dostopnostjo storitev. Po regijah je neenakomerna, saj Slovenija po številu psihiatrov na 100.000 prebivalcev sodi v zadnjo tretjino držav v Evropski uniji (EU). Tako je bilo v letu 2015 v Sloveniji le 12,8 psihiatra na 100.000 prebivalcev (7).

Dodatno je dostopnost ambulantne psihiatrične obravnave na sekundarni ravni omejena z neenakomerno razporeditvijo psihiatrov po statističnih regijah, kar še posebno ovira obravnavo prav v regijah z višjim samomorilnim količnikom, saj je tam dostopnost psihiatričnih storitev nižja. V ekološki raziskavi razlik v samomorilnem količniku med statističnimi regijami v Sloveniji so pokazali, da neenaka dostopnost služb na področju duševnega zdravja in kakovost zdravljenja depresivnih motenj prispevata k različnim stopnjam samomorilnosti v različnih regijah, poleg brezposelnosti, ki je bila tudi zelo močan napovednik stopnje samomorilnosti v posamezni regiji. Kaže, da prav ustrezna obravnavna oseb z depresijo zmanjšuje tveganje za samomorilno vedenje v posamezni regiji (8).

Bolnišnična obravnavna

Kadar z ambulantno psihiatrično obravnavno ni mogoče zagotoviti zadostne varnosti pri obravnavi samomorilno ogroženega pacienta ali ni mogoče doseči ustreznega napredka pri zdravljenju, se ga napoti na intenzivnejšo bolnišnično psihiatrično zdravljenje. PB, ki izvajajo tudi ambulantno psihiatrično zdravljenje, imajo specializirane oddelke za zdravljenje oseb z različnimi duševnimi motnjami in stanji. Vse PB v Sloveniji imajo tako oddelke pod posebnim nadzorom, ki so namenjeni obravnavi predvsem oseb z akutnimi stanji. Na teh oddelkih, kot je navedeno v nadaljevanju, je možna obravnavna s privolitvijo osebe ali brez nje, skladno z Zakonom o duševnem zdravju. Večina bolnišnic ima tudi ločene oddelke za zdravljenje starostnikov, oseb s sindromom odvisnosti od alkohola ter psihoterapevtske oddelke. Zdravljenje oseb z visokim tveganjem za samomorilno vedenje tako poteka na oddelkih pod posebnim nadzorom, z zmanjšanjem tveganja za tovrstno vedenje pa se zdravljenje nadaljuje izven tovrstnih oddelkov, odvisno od psihičnih težav, ki se pri posamezniku pojavljajo. Po zaključku bolnišničnega zdravljenja je možna nadaljnja obravnavna pacientov v okviru ambulantnega zdravljenja, ki ga zagotavlja bolnišnica, ali pri drugih izvajalcih zdravstvenih storitev na tem področju (npr. v psihiatričnih ambulantah s koncesijo za izvajanje tovrstnih storitev). Možna je tudi vključitev oseb v katero od obravnav v sklopu skupnostne obravnave, ki je zagotovljena tako v okviru sekundarne kot primarne ravni.

Kronično samomorilne osebe z dolgotrajnimi duševnimi motnjami (distimijo, ponavljajočo se depresijo, sindromom odvisnosti od alkohola ali drugih psihoaktivnih snovi, shizofrenijo in osebnostnimi motnjami) so osebe, ki pogosto potrebujejo dolgotrajno spremljanje. Zagotoviti ga je mogoče le na sekundarni ravni z možnostjo nudenja različnih oblik zdravljenja, od ambulantnega do bolnišničnega zdravljenja, glede na trenutno stopnjo pacientove samomorilne ogroženosti (9).

Terciarna obravnavna

Ambulantna obravnavna

Terciarno obravnavno zagotavlja UPK Ljubljana kot osrednja terciarna ustanova na področju duševnega zdravja v Sloveniji. Tu so obravnavi oseb s specifičnimi duševnimi motnjami namenjene specializirane psihiatrične ambulante. Tako je na primer organizirana pomoč v ambulanti za motnje hranjenja, saj je znano, da se prav pri osebah s tovrstnimi psihičnimi težavami pogosto pojavlja samomorilno vedenje oziroma utegne biti že vedenje v sklopu motenj hranjenja samodestruktivno. Podobno v okviru Centra za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog delujejo ambulante, namenjene obravnavi oseb s sindromom odvisnosti

od prepovedanih drog. Obravnava samomorilno ogroženih pacientov poteka skladno s kliničnimi potmi, ki jih navedena ustanova pripravlja v okviru terciarne dejavnosti. Tako je pripravljena Klinična pot za obravnavo samomorilnega pacienta v ambulantni dejavnosti (10). Vsebuje osebne podatke, anamnezo in heteroanamnezo, pridobljene ob kliničnem pregledu. Ob tem se opravi tudi ocenjevanje po modificirani lestvici SAD PERSONS (*več o tem v poglavju 19*) in drugih lestvicah za oceno stopnje samomorilne ogroženosti. V nadaljevanju klinična pot napotuje na odločitve o možnih oblikah zdravljenja po zaključku trenutne obravnave, preko ambulantnega psihiatričnega zdravljenja do usmeritve pacienta v bolnišnično psihiatrično obravnavo z njegovo privolitvijo ali brez nje glede na stopnjo samomorilne ogroženosti. Klinična pot zajema dodatne diagnostične preiskave ter možne terapevtske ukrepe v okviru ambulantne psihiatrične obravnave, če ta zadošča za obravnavo pacienta. Navaja tudi možne cilje zdravljenja in omogoča tabelarično spremljanje pacientove samomorilne ogroženosti med ambulantno psihiatrično obravnavo ter možnost aktivacije strokovnega tima za razbremenitev in v podporo zdravstvenemu osebju po pacientovem samomorilnem poskusu ali smrti zaradi samomora.

Bolnišnična obravnava

Bolnišnična obravnava na terciarni ravni pomeni obravnavo pacientov, pri katerih z obravnavo na sekundarni ravni ni mogoče zagotoviti ustrezne obravnave, ali pa gre za obravnavo oseb s takimi duševnimi motnjami, za katere v regionalnih psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji ne obstajajo specializirani oddelki. Tako na primer v okviru UPK Ljubljana poteka terciarna obravnava otrok in mladostnikov, ki potrebujejo obravnavo na oddelku pod posebnim nadzorom PB. Omenjeni oddelki so edini v Sloveniji, ki omogoča obravnavo otrok in mladostnikov tudi brez njihove privolitve oziroma privolitve skrbnikov, če so izpolnjeni pogoji za tovrstno zdravljenje, kot jih določa Zakon o duševnem zdravju, tudi za otroke in mladostnike z visokim tveganjem za samomorilno vedenje. V okviru terciarne dejavnosti UPK Ljubljana sta pripravljene dve ločeni klinični poti za bolnišnično obravnavo samomorilno ogroženih oseb. Za odrasle osebe je izdelana splošna Klinična pot za bolnišnično obravnavo samomorilnega pacienta, ki vsebuje ob osnovnih podatkih o pacientu in napotitvi še podatke o prisotnosti različnih psihoaktivnih snovi v telesu, anamnestične podatke in podatke o izvedenih lestvicah za oceno samomorilnega vedenja in tveganja zanj. Klinična pot po ugotovljeni diagnozi zajema načrt nadaljnje obravnave, vključno z diagnostičnimi in terapevtskimi ukrepi. Skladno s tem je predvidena tudi ponovna ocena samomorilne ogroženosti pred zaključkom bolnišničnega zdravljenja in usmeritev v nadaljnjo izvenbolnišnično obravnavo (11).

Klinična pot za bolnišnično obravnavo samomorilnega mladostnika je zasnovana podobno kot prej opisana klinična pot za odrasle osebe, vendar zajema tudi specifične tveganja za samomorilno vedenje mladostnikov ter specifične ukrepe, ki jih je mogoče načrtovati pri obravnavi samomorilne ogroženosti v tej starostni skupini (12).

Dodatno je organizirana bolnišnična obravnava za posebne skupine oseb z duševnimi motnjami glede na starost ali druge okoliščine. Tako deluje na Pediatrični kliniki v okviru UKC Ljubljana oddelki Služba za otroško psihiatrijo, ki je namenjen bolnišničnemu zdravljenju otrok s tveganjem za samomorilno vedenje, ki ne potrebujejo zdravljenja na oddelku pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice. V okviru UKC Maribor na Oddelku za psihiatrijo pa deluje Enota za forenzično psihiatrijo, ki je namenjena obravnavi oseb na prestajanju kazni zapora s povečanim tveganjem za samomorilno vedenje ob sočasni duševni motnji. Zanje je pravica do izbire izvajalca zdravstvenih storitev sicer omejena.

Raziskovalna in izobraževalna dejavnost

V sklopu terciarne dejavnosti potekata tako raziskovalna kot izobraževalna dejavnost. Usmerjeni sta k obravnavi oseb s težavami v duševnem zdravju. Izobraževanje, usmerjeno k celostni obravnavi oseb z duševno motnjo, ob izboljšanju zdravljenja osnovne duševne motnje posredno zmanjšuje tveganje za samomorilno vedenje. UPK Ljubljana organizira posamezne izobraževalne dogodke, kot tudi eno in večsemestrskete tečaje, ki nudijo poglobljeno izobraževanje na področju duševnega zdravja na podiplomski ravni. V sklopu terciarne izobraževalne dejavnosti UPK Ljubljana sodeluje z Medicinsko fakulteto Univerze v Ljubljani, predvsem s Katedro za psihiatrijo, tako pri izvajanju dodiplomskega kot podiplomskega izobraževanja, namenjenega študentom medicine. Podobna sodelovanja potekajo na področju izobraževanja v zdravstveni negi. Pomembno izobraževanje v okviru terciarne dejavnosti poteka tudi na področju izvajanja specializacij, vključno s področjem specializacije psihiatrije z omogočanjem ne le mest kroženja v okviru specializacije, ampak tudi z izvedbo eno in dvosemestrskih modulov, namenjenih specializaciji iz psihiatrije, ki zajemajo tudi izobraževanja s področja obravnave pacientov s povečanim tveganjem za samomorilno vedenje. Raziskovalna dejavnost na terciarni ravni je usmerjena v proučevanje samomorilnega vedenja v okviru različnih raziskovalnih projektov ter v raziskovanje metod zdravljenja, usmerjenega v zdravje oseb z duševnimi motnjami s povečanim tveganjem za samomorilno vedenje, npr. zdravljenje oseb z rezistentno depresivno motnjo, ki zaradi dolgotrajnega poteka in slabega odziva simptomov na zdravljenje predstavlja dolgotrajno tveganje za samomorilno vedenje.

Zdravljenje na oddelku pod posebnim nadzorom PB

V nasprotju z drugimi področji medicine Zakon o duševnem zdravju opredeljuje tudi zdravljenje brez privolitve pacienta v posebnih primerih, tudi ob pacientovi samomorilni ogroženosti, ob izpolnjenih drugih pogojih, kot jih določa zakon (13). Sicer Zakon o pacientovih pravicah opredeljuje, da se medicinski poseg v večini primerov lahko opravi le po podani pojasnilni dolžnosti medicinskega osebja in podani privolitvi pacienta (14). V 39. členu Zakon o duševnem zdravju opredeljuje zdravljenje osebe na oddelku pod posebnim nadzorom brez njene privolitve, kadar so izpolnjeni vsi pogoji, ki jih opredeljuje zakon v tem členu, in sicer: (i) če oseba ogroža svoje življenje ali življenje drugih ali če huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih ali če povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim, (ii) če je prej navedeno ogrožanje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje, in (iii) če navedenih vzrokov in ogrožanja ni mogoče odvrniti z drugimi oblikami pomoči, kot so zdravljenje v PB izven oddelka pod posebnim nadzorom, z ambulantnim zdravljenjem ali nadzorovano obravnavo. Tovrstni sprejem na zdravljenje brez privolitve na oddelek pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice se opravi na podlagi sklepa sodišča, ki se izda po predlogu za sprejem na oddelek pod posebnim nadzorom, ali v nujnih primerih pred izdajo sklepa sodišča, če so izpolnjeni pogoji iz 53. člena tega zakona, ki opredeljuje, da je oseba lahko sprejeta na zdravljenje v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve in pred izdajo sklepa sodišča, če so podani prej navedeni pogoji, kadar je zaradi narave duševne motnje osebe nujno potrebno, da se ji omeji svoboda gibanja oziroma preprečijo stiki z okolico, še preden se izpelje postopek za sprejem brez privolitve, kot ga določa ta zakon.

Obravnava samomorilno ogroženih oseb na oddelku pod posebnim nadzorom PB omogoča zagotovitev varnega okolja in povečanega nadzora nad vedenjem in zdravstvenim stanjem oseb na takem oddelku, vendar pa tudi tovrstno zdravljenje ne zagotavlja popolne odprave tveganja za samomorilno vedenje. Če se pri osebi pojavlja izrazita samomorilna ogroženost in je ni mogoče odpraviti s stalnim nadzorom na tovrstnem oddelku, prej navedeni zakon omogoča tudi uporabo posebnih varovalnih ukrepov, ki sicer dodatno posegajo v osebno svobodo in omejujejo pravice osebe, vendar pa z omejitvijo gibanja preprečijo neposredno avtoagresivno vedenje v sklopu samomorilnega vedenja, na primer ob hudem porušenju stika z realnostjo v sklopu psihotične motnje.

Zakon o duševnem zdravju tako v 29. členu opredeljuje uporabo tovrstnih ukrepov (13). Tak ukrep omenjeni zakon opredeljuje kot nujnega. Uporabi se ga zaradi omogočanja zdravljenja ali odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja osebe, kadar je ogroženo njeno življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njeno zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom. Zakon opredeljuje uporabo dveh posebnih varovalnih ukrepov in sicer (i) telesno oviranje s pasovi in (ii) omejitev gibanja znotraj enega prostora. Kot določa zakon, se tovrstni ukrep uporablja le izjemoma in lahko traja le toliko časa, kolikor je nujno potrebno glede na razlog njegove uvedbe, pri čemer posebni varovalni ukrep telesnega oviranja s pasovi ne sme trajati več kot štiri ure, posebni varovalni ukrep omejitve svobode gibanja znotraj enega prostora pa ne več kot 12 ur. Po preteku navedenega obdobja zdravnik preveri utemeljenost ponovne uvedbe posebnega varovalnega ukrepa. Zakon določa tudi nadzor nad izvajanjem tovrstnega ukrepa ter potrebno obveščanje svojcev in vodenje evidenc, glede česar so v veljavi utečeni notranji procesi v bolnišnicah.

Različne evropske države imajo področje zdravljenja brez privolitve na oddelkih pod posebnim nadzorom različno urejeno. Avtorji pregleda ureditve zdravljenj brez privolitve v 40 evropskih državah ugotavljajo, da je treba preoblikovati pravne razloge za zdravljenje v PB brez privolitve in zmanjšati stigmatizacijo pacientov. Pomembno je obveščanje tako pacienta kot bližnjih o postopkih zdravljenja brez privolitve in pacientovih pravicah. Komunikacija o teh postopkih mora biti široko dostopna v laičnem jeziku za splošno prebivalstvo. Na voljo morajo biti usposabljanja in smernice za pravne in zdravstvene delavce, udeležene v tovrstnih postopkih. Poudarjajo pomen zavedanja ljudi, ki delajo na tem področju, o etičnih izzivih, povezanih z zdravljenjem brez privolitve (14).

Podobno kot je urejeno zdravljenje brez privolitve na oddelku pod posebnim nadzorom PB tudi za osebe z visokim tveganjem za samomorilno vedenje, predvsem v akutnih stanjih duševne motnje, pa Zakon o duševnem zdravju ureja tudi obravnavo oseb na varovanih oddelkih socialnovarstvenih zavodov brez njihove privolitve, npr. oseb, pri katerih se samomorilna ogroženost zaradi narave duševne motnje pojavlja daljše časovno obdobje. Zakon navaja podobne pogoje tako za obravnavo osebe na varovanem oddelku socialnovarstvenega zavoda brez privolitve osebe kot za obravnavo oseb na oddelku pod posebnim nadzorom PB, dodatno pa podaja še pogoj, da je akutno bolnišnično zdravljenje zaključeno oziroma ni potrebno (13).

Zakon opredeljuje tudi pogoje za vključitev osebe v nadzorovano obravnavo v skupnosti, ki se izvaja v njenem domačem okolju. Gre za obravnavo oseb s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo, ki se izvaja na podlagi sklepa sodišča pod nadzorom PB, na območju katere oseba biva, v skladu z načrtom nadzorovane obravnave izven PB v domačem okolju osebe.

Zakon dopušča tovrstno zdravljenje, če so izpolnjeni vsi naslednji pogoji: (i) če gre za osebo s hudo in ponavljajočo se duševno motnjo, (ii) če se je oseba že zdravila v PB brez privolitve, (iii) če je oseba že ogrožala svoje življenje ali življenje drugih ali če je huje ogrožala svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzročila hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in (iv), če so prej navedena ogrožanja posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje, ter (v) če se oseba lahko ustrezno zdravi v domačem okolju (13).

Zaključek in usmeritve za naprej

Obravnavanje oseb z duševnimi motnjami in tveganjem za samomorilno vedenje na sekundarni in terciarni zdravstveni ravni poteka tako v sklopu skupnostne obravnave kot tudi ambulantne psihiatrične obravnave ter bolnišničnega psihiatričnega zdravljenja. Izvajanje zdravljenja oseb z visokim tveganjem za samomorilno vedenje podrobneje določa tudi Zakon o duševnem zdravju, vendar pa ne opredeljuje ali predvideva standardov in normativov, ki bi omogočali zagotavljanje tovrstnih obravnav. Strokovno so standardi in normativi za obravnavo oseb z duševnimi motnjami na teh ravneh pripravljene v skladu z Modro knjigo standardov in normativov¹ (16). Pripravljene standardi in normativi omogočajo strokovno delo na področju psihiatrije in zagotavljajo najbolj optimalno pomoč osebam z duševno motnjo, ki jo stroka lahko nudi v zdajšnjih razmerah. Čimprejšnje sprejetje standardov in normativov na državni ravni bi tako omogočilo izboljšanje obravnave tudi osebam z visokim tveganjem za samomorilno vedenje ob sočasno prisotni duševni motnji.

Reference

1. Jobes DA, Au JS, Siegelman A. Psychological approaches to suicide treatment and prevention. *Curr Treat Options Psychiatry*. 2015;2(4):363–70. doi: 10.1007/s40501-015-0064-3
2. Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, Singh SP, Stanton C, Large MM. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(7):694–702. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.1044
3. Kleiman EM, Nock MK. New directions for improving the prediction, prevention, and treatment of suicidal thoughts and behaviors among hospital patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020;63:1–4. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2019.06.002
4. Claassen CA, Larkin GL. Occult suicidality in an emergency department population. *Br J Psychiatry*. 2005;186(4):352–3. doi: 10.1192/bjp.186.4.352
5. Fields WW, Asplin BR, Larkin GL, Marco CA, Johnson LA, Yeh C idr. The emergency medical treatment and labor act as a federal health care safety net program. *Acad Emerg Med*. 2001;8(11):1064–9. doi: 10.1111/j.1553-2712.2001.tb01116.x
6. Veranic LZ, Pregelj P. Alcohol abuse and suicidal behaviour. *Psychiatr Danub*. 2008;20(2):236–8.
7. EUROSTAT: your key to European statistics [na spletu]. Luxembourg: Eurostat, Evropska komisija. Mental health: how many psychiatrists in the EU? 2017 [citirano 7. 3. 2021]. Dostopno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/EDN-20171010-1>
8. Korosec Jagodic H, Rokavec T, Agius M, Pregelj P. Availability of mental health service providers and suicide rates in Slovenia: a nationwide ecological study. *Croat Med J*. 2013;54(5):444–52. doi: 10.3325/cmj.2013.54.444
9. Litman RE. Long-term treatment of chronically suicidal patients. *Bull Menninger Clin*. 1989;53(3):215–28.
10. Klinična pot za obravnavo samomorilnega pacienta v ambulantni dejavnosti [na spletu]. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana; 2018 [citirano 7. 3. 2021]. Dostopno na: https://www.psih-klinika.si/fileadmin/user_upload/_imported/fileadmin/dokumenti/koristne_informacije/klinicne_poti/2014/KP_027_Obravnavna_samomorilnega_pacienta_v_ambulantni_dejavnosti.pdf

¹ Modra knjiga standardov in normativov zdravnikov in zobozdravnikov je dokument, ki so ga leta 2011 sprejele vse zdravniške organizacije v Sloveniji in opredeljuje standarde in normative za kakovostno zdravstveno obravnavo pacientov.

11. Klinična pot za bolnišnično obravnavo samomorilnega pacienta [na spletu]. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana; 2010 [citirano 7. 3. 2021]. Dostopno na: https://www.psih-klinika.si/fileadmin/user_upload/_imported/fileadmin/dokumenti/koristne_informacije/klinicne_poti/2014/Klinicna_pot_za_bolnisnicno_obravnavo_samomorilnega_pacienta.pdf
12. Klinična pot za bolnišnično obravnavo samomorilnega mladostnika [na spletu]. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana; 2015 [citirano 7. 3. 2021]. Dostopno na: https://www.psih-klinika.si/fileadmin/user_upload/_imported/fileadmin/dokumenti/koristne_informacije/klinicne_poti/2014/KP_za_bolnisnicno_obravnavo_samomorilnega_mladostnika.pdf
13. Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr) [na spletu]. Uradni list RS, št. 77/08. 2008 [citirano 7. 3. 2021]. Dostopno na: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO2157>
14. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) [na spletu]. Uradni list RS, št. 15/08, 55/17 in 177/20. 2008 [citirano 7. 3. 2021]. Dostopno na: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>
15. Wasserman D, Apter G, Baeken C, Bailey S, Balazs J, Bec C idr. Compulsory admissions of patients with mental disorders: state of the art on ethical and legislative aspects in 40 European countries. *Eur Psychiatry*. 2020;63(1):članek e82.
16. Sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije Fides; Slovensko zdravniško društvo; Zdravniška zbornica Slovenije. Modra knjiga standardov in normativov zdravnikov in zobozdravnikov [na spletu]. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije; 2011 [citirano 7. 3. 2021]. Dostopno na: <https://www.szd.si/wp-content/uploads/2018/06/dokumenti-szd-modra-knjiga-standardov.pdf>

Prepoznavna in klinična obravnava samomorilno ogroženih pacientov

Jurij Bon, Peter Pregelj, Borut Škodlar

Ključni poudarki poglavja

- Prepoznavna dejavnikov tveganja za samomorilno vedenje je bistvena za pravilno obravnavo ogroženih posameznikov v kliničnem okolju.
- Klinični pregled določa kratkoročne in dolgoročne terapevtske intervencije pri samomorilno ogroženem pacientu.
- Ogrožene posameznike je treba najprej zavarovati, pozneje se posvetiti podrobnemu ugotavljanju dejavnikov tveganja.
- Zdravljenje osnovnih duševnih motenj v ozadju samomorilnega vedenja je pogosto ključno za dolgoročni uspeh obravnave.

Povzetek

Tveganje za samomorilno vedenje je pri posamezniku zelo težko zanesljivo opredeliti, ker vključuje biološke, psihološke, klinične, družbene in okoljske dejavnike. Klinična obravnava samomorilnih posameznikov vključuje kombinacijo psiholoških, farmakoloških in drugih intervencij, ki so odvisne od stopnje ogroženosti. Kljub prizadevanjem pa večina posameznikov po svetu, ki so umrli zaradi samomora, pred tem ni bila deležna zdravstvene obravnave. Prepoznavanje dejavnikov tveganja za samomorilno vedenje in ocena stopnje tveganja sta zato bistveni nalogi zdravstvenih delavcev v prizadevanjih za prekinitev zaporedja dogodkov, ki posameznika vodijo v prezgodnjo smrt zaradi samomora. Dejavnikov tveganja je mnogo in se raztezajo od osebnih vsebin posameznika do širših družbenih vplivov na njegovo življenje. Zajetje dejavnikov tveganja v sklopu temeljite ocene samomorilne ogroženosti zahteva od terapevta veliko teoretičnega znanja, kliničnih veščin in pristnega človeškega interesa, s čimer se lahko tudi zavzeto loti načrtovanja zdravljenja. Slednje poteka od neposredne zaščite življenja akutno ogroženega pacienta do dolgoročnejših terapevtskih strategij in postvencije, ko pacient kljub naporom drugih umre zaradi samomora in so pomoči potrebni njegovi bližnji (*več o tem v poglavju 32*). Pomembna je vloga izsledkov raziskav, ki jih je treba skrbno vključevati v klinično prakso, hkrati pa iskati nova spoznanja na širokem področju suicidologije.

Uvod

Različni življenjski dejavniki, npr. prisotnost duševne motnje, osamljenost ali zloraba psihoaktivnih snovi, izrazito prispevajo k večanju tveganja za samomorilno vedenje. Pravočasna in temeljita klinična obravnava lahko v takih primerih reši življenje, vendar je le prvi korak v zdravljenju samomorilno ogroženega pacienta. Najprej je treba poskrbeti za njegovo varnost (npr. s sprejemom v bolnišnico), nato pa se lahko podrobneje posvetimo vzrokom za njegovo samomorilno vedenje. Diagnostika mora vsebovati popolno psihiatrično anamnezo in klinični pregled, v katerem je najpomembneje natančno opredeliti prisotnost samomorilnih idej ali načrtov in okoliščine morebitnih predhodnih samomorilnih poskusov, ki so največji dejavnik tveganja za ponovni samomorilni poskus. Glede na ugotovljene dejavnike tveganja je treba narediti primeren načrt dolgoročnega zdravljenja, ki je prilagojen okoliščinam in morebitni prisotnosti specifične duševne motnje. V zdravljenju je primerna tako uporaba psihoterapevtskih pristopov kot različnih

načinov zdravljenja z zdravili ali tudi biološkega zdravljenja, bistvene pa so ustrezno pogoste kontrolne obravnave. Če pacient kljub obravnavi stori samomor, pa poznejši postopki, imenovani postvencija (*več o tem v poglavju 32*), lahko pomagajo tudi njegovi družini, drugim pacientom ter zdravstvenemu osebju, ki ga je zdravilo.

Pri diagnostiki in obravnavi samomorilnega vedenja se uporablja specifična terminologija, ki sicer še ni povsem poenotena (*več o tem v poglavju 1*) (1). Samomorilno vedenje je vsako vedenje, ki lahko vodi v samomor, ne glede na stopnjo nevarnosti. Razlikuje se ga od samomorilnih misli oziroma ideacij. Te vključujejo tako splošno razmišljanje o samomoru kot tudi usmerjeno razmišljanje in konkretne načrte o končanju lastnega življenja, vendar posameznik še ne ravna v skladu z njimi. Samomorilne misli se pogosto pojavijo pred samomorom in jih je treba podrobno opredeliti, lahko pa nastopajo tudi povsem neodvisno od drugih vidikov samomorilnega vedenja, še posebno ob prisotnosti duševne motnje. Kadar ob njih posameznik še nima konkretnega načrta, so to pasivne misli oz. želja po smrti, drugače pa gre za aktivne samomorilne misli. Samomor pomeni, da si je pacient z lastno voljo, četudi je imel ob tem ambivalentno motivacijo, vzel življenje. Smrt zaradi samomora je primernejši izraz kot 'uspešno' storjeni samomor, saj ne povezuje samomora z uspehom in je tako usmerjen v preventivo in obravnavo samomorilnega vedenja. Samomorilni poskus vključuje resno samomorilno dejanje, ki bi vodilo v smrt, če ne bi bilo preprečeno. Parasuicidalna gesta pomeni, da je pacient storil k samomoru usmerjeno dejanje, ki sicer samo po sebi ne bi bilo smrtonosno, da bi pritegnil pozornost ali poskusil dobiti pomoč okolice. Med parasuicidalne geste štejemo tudi dejanja, ko posameznik namerno tvega, da bi ugotovil, ali mu bodo samomorilni poskus pravočasno preprečili (npr. zaužije smrtno dozo zdravil in predvideva, da se bodo svojci še pravočasno vrnili domov in poiskali pomoč). Samomoru ekvivalentno dejanje predstavlja situacijo, ko posameznik ne poskuša storiti samomora, vendar s svojim vedenjem preizkuša, kako bi okolica reagirala na njegov samomor (npr. odide od doma in preverja, kako bodo ravnali svojci, ali ga bodo iskali, ali jim bo žal). Tudi tako vedenje je lahko razumljeno kot posredna parasuicidalna gesta oziroma iskanje pomoči. Samopoškodovalno vedenje je vsako vedenje, ki pripelje do samopoškodb. Ni nujno, da bi bil v ozadju namen storiti samomor, temveč gre pogosto za uravnavanje napetosti in čustvenih stanj. Poleg samopoškodovalnega vedenja v ožjem smislu je del spektra samomorilnosti tudi posredno samouničevalno vedenje, ki ga sestavljajo zloraba in odvisnost od tobaka, alkohola ali prepovedanih drog, neupoštevanje priporočil za zdravljenje telesnih bolezni in duševnih motenj, nevarne oblike spolnosti, močno tvegani in ekstremni športi ipd.

V poglavju bodo obravnavani osnovna suicidološka terminologija, dejavniki tveganja, ki lahko terapevta opozorijo na stopnjevanje samomorilne ogroženosti, terapevtske intervencije ob visoki stopnji samomorilne ogroženosti, diagnostika in zdravljenje osnovne duševne motnje, kadar je v ozadju samomorilnega vedenja, ter terapevtski ukrepi, usmerjene v okolico in socialno mrežo pacienta, ki umre zaradi samomora.

Etiologija samomorilnega vedenja in dejavniki tveganja

Samomorilne misli se pojavljajo v sklopu depresivnih stanj ob različnih duševnih motnjah, prehod proti samomorilnemu vedenju pa spodbujajo komorbidna stanja, ki povečujejo pacientov distress¹ (anksiozne motnje, posttravmatska stresna motnja ipd.) ali zmanjšujejo njegovo zmožnost samonadzora (raba psihoaktivnih snovi, osebnostne motnje ipd.) (2).

¹ Bolezenski odgovor na stres.

Dodatni dejavniki, ki vplivajo na stopnjevanje tveganja, so posameznikove zmožnosti in dostopnost sredstev za izvršitev samomora ter predhodna izpostavljenost samomorilnim dogodkom. Kot je bilo omenjeno, samopoškodovavno vedenje ni nujno samomorilno vedenje v ožjem smislu, saj lahko predstavlja le način sproščanja negativnih čustev. V nekaterih kliničnih okoljih ga klasificirajo ločeno od samomorilnega vedenja, drugje pa ga razumejo kot bolj povezanega s samomorilnim vedenjem, predvsem zato, ker se dejavniki tveganja pogosto prepletajo (3). Dejavnike tveganja se lahko v splošnem deli na distalne, razvojne in proksimalne glede na njihovo časovno oddaljenost od samomorilnega poskusa (*več o tem v poglavju 6*). Distalni dejavniki (genetski in epigenetski, dogodki v zgodnjem otroštvu ipd.) vplivajo na poznejše razvojne dejavnike (osebnostne poteze, kognitivne sposobnosti, zloraba psihoaktivnih snovi ipd.) in skupaj opredeljujejo splošno občutljivost na stres v življenju, ki določa, v kolikšni meri bo posameznik na proksimalne dejavnike (življenjske dogodke, splošni pesimizem in občutke brezupa, duševne motnje, odvisnost od psihoaktivnih snovi ipd.) odgovoril s stopnjevanjem samomorilnega vedenja (1). Vse dejavnike tveganja je treba znotraj klinične obravnave poskusiti podrobno opredeliti, zato so navedeni v nadaljevanju. Pred tako obravnavo, ki pomembno določa tudi nadaljnji načrt zdravljenja, pa je nujno najprej poskrbeti, da je samomorilno ogroženi pacient zavarovan.

Zdravljenje obstoječih bolezni z zdravili

Nekatera zdravila so povezana z večjim tveganjem za samomorilno vedenje, zaradi česar tudi regulatorni organi, kot sta Uprava za živila in zdravila v Združenih državah Amerike (angl. US Food and Drug Administration) ter Evropska agencija za zdravila v Evropski uniji, zahtevajo pri njih navedbo posebnega opozorila. Ob tem mehanizmi povečanega tveganja niso razjasnjeni, v raziskavah pogosto ugotavljajo predvsem povezanost predpisovanja teh zdravil s stopnjo tveganja. Antidepresive, ki zaradi svojega delovanja na depresijo nedvomno znižujejo verjetnost samomora, povezujejo s povečanim tveganjem za samomor ob uvajanju zdravila. Najprej so to povezavo ugotovili pri mladostnikih, pozneje pa so jo potrdili tudi pri odraslih. Antidepresivi se ne razlikujejo po povečani stopnji tveganja, zato njihova izbira temelji predvsem na pričakovani učinkovitosti, obenem pa je treba pozorneje spremljati pacientovo stanje v začetnem obdobju uvajanja zdravila (4). Tudi za stabilizatorje razpoloženja oziroma antiepileptike so ugotovili podobno. Tveganje je povečano pri lamotriginu, gabapentinu in okskarbazepinu v primerjavi z drugimi stabilizatorji, kot je na primer topiramatom (5). Med analgetike, ki so povezani z večjim tveganjem, sodijo predvsem opioidni analgetiki, kot je tramadol. Tudi bupropion, ki je sicer antidepresiv, se povezuje s povečanim tveganjem za samomorilnost, kadar ga predpisujejo kot podporo pri prenehanju kajenja (6). Glukokortikoidi povečujejo tako tveganje za samomorilno vedenje kot tveganje za pojav resnih duševnih motenj (7).

Prisotnost duševne motnje

Prisotnost duševne motnje je na splošno povezana s povečanim tveganjem za prezgodnjo smrt, vendar se nekatere duševne motnje še tesneje povezujejo s povečano stopnjo tveganja za samomor. Pri veliki večini ljudi, ki storijo samomor, je prisotna duševna motnja. Vprašanje samomora brez vsake pridružene duševne motnje, torej povsem racionalnega samomora, ostaja odprto in nanj suicidologi različno odgovarjajo (*več o tem v poglavju 34*). Težko je ločiti neposredne in posredne vplive duševnih motenj na povečanje tveganja, ker se z njim neodvisno povezujejo tudi posledice življenja z duševno motnjo (večja socialna izolacija, slabo funkcioniranje ipd.). Kadar so pacienti sprejeti v bolnišnico zaradi duševne motnje, je tveganje za samomor povečano v treh mesecih po odpustu iz bolnišnice, še

posebno pri mladostnikih. Povezane duševne motnje so lahko precej različne, običajno pa je pri njih prisotna klinično pomembna depresivna simptomatika (8, 9). Duševne motnje tudi različno vplivajo na stopnjo tveganja, zato je njihova pravilna opredelitev med kliničnim pregledom bistvena.

Depresivno razpoloženje samo po sebi vključuje povečano razmišljanje o smrti, pogosto v okviru brezupa, občutkov nemoči in ujetosti ter socialnega umika. Tveganje za samomor je prehodno večje ob začetnem izboljševanju razpoloženja med zdravljenjem depresivne epizode, ko se pacientu vrača volja in ima več energije, da izvede dejanje, razpoloženje pa še ni bistveno izboljšano. Pri bipolarni motnji je tveganje povečano tako med depresivno kot manično fazo, še posebno pri moških ali pacientih s sočasnimi motnjami izvršilnih sposobnosti (10, 11). Ob predpisovanju antidepresivnih zdravil osebam z depresijo in samomorilnim vedenjem je pomembno upoštevati, da so novejši serotoninski² antidepresivi v primeru prevelikih odmerkov precej manj toksični kot starejši triciklični (12).

Pri bipolarni motnji podobno obstaja povečano tveganje za samomorilno vedenje, še posebno pri pacientih z zgodnjim začetkom bolezni. Izraženost depresivnih simptomov in družinska anamneza sta tako tudi zelo pomembni pri klinični oceni pacientov z bipolarno motnjo (13). V širši raziskavi z metaanalizo so pokazali, da so pri bipolarni motnji ženski spol, starost ob začetku bolezni in komorbidne anksiozne motnje napovedni dejavniki samomorilnih poskusov, moški spol in družinska anamneza samomora pri bližnjih svojcih pa smrti zaradi samomora (14). Pri obravnavi bipolarne motnje je že dolgo znan tudi pomemben antisuicidalni učinek terapije z litijem (15).

Bolniki s shizofrenijo imajo kronično povišano tveganje za samomor. Vzroki za to so večplastni. Doživljajo lahko halucinacije v obliki ukazovalnih glasov, naj se ubijejo, kar lahko vpliva na njihovo samomorilno vedenje, poleg tega se v posameznih obdobjih lahko zavedajo resnosti svoje bolezni in funkcionalnega upada ter posledično bilančno razmišljajo o smislu svojega življenja, postanejo depresivni in demoralizirani. Pri pregledu pacienta s shizofrenijo je pomembno upoštevati, da je njegovo izražanje čustev oziroma afekta lahko okrnjeno, zato je potrebna večja previdnost, da ne spregledamo prisotnosti depresije. Večje tveganje obstaja pri bolnikih s shizofrenijo, ki so na splošno bolj funkcionalni, verjetno zato, ker je tudi njihov uvid v bolezen lahko realnejši. Zaradi doživljanja preganjalnih blodenj so nagnjeni tudi k socialnemu umiku in izolaciji, ki prispevata k občutkom osamljenosti. Tveganje se poveča tudi ob hkratni prisotnosti telesnih bolezni ali zlorabi psihoaktivnih snovi (16). Glede zdravljenja z antipsihotiki v več raziskavah ugotavljajo, da atipični antipsihotiki relativno bolj zmanjšujejo stopnjo tveganja za samomorilno vedenje pri bolnikih s shizofrenijo, najbolj specifičen v tem smislu pa je klopazin, ki ima odobreno tudi uradno klinično indikacijo za preventivo samomorilnega vedenja pri bolnikih s shizofrenijo (17, 18).

Samomorilno vedenje je pogosto tudi pri anksioznih motnjah, predvsem fobijah, posttraumatski stresni motnji in obsesivno-kompulzivni motnji. Pacienti se počutijo tesnobne, izolirane, omejene zaradi simptomov, za katere imajo lahko občutek, da nenadzorovano napredujejo in sami nanje ne morejo vplivati. Obsesivno-kompulzivni simptomi so povezani s samomorilnim vedenjem pri mlajših bolnikih, še posebno kadar gre za obsesivne misli pacienta, da bo izgubil nadzor in se agresivno vedel do svoje okolice, ter kadar je hkrati prisotna tudi depresija (19).

² Poznamo različne terapevtske skupine antidepresivov, med katere spadajo serotoninski, serotoninsko-noradrenalinski, triciklični, glutamatergični idr.

Tveganje za samomor se pri obsesivno-kompulzivni motnji povečuje tudi ob predhodnih samomorilnih poskusih ter uživanju psihoaktivnih snovi (20).

Pri zlorabljanju ali odvisnosti od psihoaktivnih snovi se samomorilno vedenje lahko pojavlja v vseh treh fazah odvisnosti – med akutno intoksikacijo, abstinenčnim stanjem ali kronično rabo. Depresivni pacient lahko tipično postane akutno samomorilno ogrožen po nekaj zaužitih alkoholnih pijačah (*več o tem v poglavju 26*). Tudi akutna raba prepovedanih drog podobno kot abstinenčni sindrom stopnjuje samomorilne misli. Pogostost urgentnih obravnav akutno suicidalnih pacientov po uživanju psihoaktivnih snovi se v zadnjem desetletju v svetu povečuje (21). Kronična raba oziroma odvisnost od psihoaktivnih snovi vpliva na funkcionalni upad pacienta in njegov socialni status, izgube na področju dela, partnerskega in družinskih odnosov, kar prispeva k razvoju kronične samomorilne ogroženosti (11). Ogroženi so tudi pacienti, ki so vključeni v programe zdravljenja odvisnosti. Na splošno velja tudi, da uživanje drog v populaciji vpliva na pojavljanje duševnih motenj pri večjem številu posameznikov, kar povečuje tveganje za samomorilno vedenje, zato je to tudi javnozdravstveni problem (22).

Pri starostnikih z delirijem ali demenco se ob upadu kognitivnih sposobnosti, pojavu zmedenosti in psihotičnih simptomih lahko pojavi samomorilno vedenje, večinoma v obdobjih izboljšanja, ko imajo boljši uvid v upadanje kognitivnih sposobnosti in funkcioniranja, ob čemer se stopnjuje depresivno razpoloženje. S povečanim tveganjem je povezana tudi travmatska poškodba možganov, še posebno kadar se poškodbe ponavljajo (23, 24). Celo pretres možganov ob delu ali rekreativnih dejavnostih se povezuje z večjo stopnjo samomorilnega tveganja pozneje v življenju (25).

Motnje hranjenja, predvsem bulimija, so prav tako pogosto povezane s samomorilnim vedenjem. Dejavniki večjega tveganja vključujejo občutja osamljenosti, uporabo stimulansov, družinsko anamnezo duševnih motenj, zlorabe v otroštvu (26). Motnje spanja, povezane z duševnimi motnjami ali telesnimi boleznimi oziroma prisotne samostojno, povečujejo tveganje samomorilnega vedenja (27).

Samomori med nosečnostjo oziroma v perinatalnem obdobju niso pogosti, kadar pa se zgodijo, so običajno povezani z nezdravljeno duševno motnjo (28).

Demografski dejavniki

Tveganje za samomorilno vedenje je izrazito povezano s spolom. Pri moških je delež samomorov do štirikrat večji, pri ženskah pa so veliko pogostejši samomorilni poskusi. Ženske za samomorilni poskus pogosteje izberejo metode, pri katerih je na voljo več časa za intervencijo (npr. zaužitje zdravil). Dejavniki, ki pri ženskah napovedujejo ponavljanje takih samomorilnih poskusov, so osamljenost, zdravljenje z antidepresivi oziroma psihiatrične obravnave v preteklosti. Pri takih bolnicah je potrebna zgodnejša psihoterapevtska pomoč in dolgotrajnejše spremljanje (29). Tveganje samomora se poveča po 15. in ponovno po 45. letu starosti, samomorilni poskusi pa so najpogostejši med 15. in 19. letom.

Pomemben dejavnik tveganja za samomorilnost je spolna usmerjenost, ki odstopa od normativne heteroseksualne in je pogosto zajeta v kratici LGBT+ (lezbična, gejevska, bi- in transseksualna ter druge spolne oz. identitetne usmeritve) (*več o tem v poglavju 25*). Mladi iz teh skupin so posebno nagnjeni k samomorilnim mislim in vedenju, saj je samomorilnih poskusov pri njih 1,5- do 4-krat več kot pri heteroseksualnih mladih (30).

K temu prispevajo strahovi pred stigmatizacijo in nasilje vrstnikov, kar vpliva neposredno ali posredno preko depresije in/ali zlorabe psihoaktivnih snovi. Zelo močan posredovalni dejavnik za povečano samomorilnost pri mladih iz teh skupin je nesprejetost s strani družine, pomembno pa vpliva tudi zakonska diskriminacija, če je v državi prisotna.

Genetski dejavniki

Podatki raziskav nakazujejo, da so genetski dejavniki pri samomorilnem vedenju lahko precej pomembni. Anamnestični podatki o samomorilnih poskusih v družini so zato del rutinske obravnave ob pregledu samomorilnega posameznika. Geni, ki so povezani s serotoninskim sistemom, igrajo vlogo v ponavljajočem se samomorilnem vedenju (*več o tem v poglavju 7*). Pomembne so tudi genetske in epigenetske značilnosti genov, povezanih z uravnavanjem stresnega odgovora (31, 32). Različne duševne motnje, povezane s samomorilnim vedenjem, imajo same po sebi pomembne genetske komponente, ki doprinesejo k tveganju za samomorilnost.

Družinski dejavniki

Družinska anamneza samomorilnega vedenja predstavlja pomembno tveganje za enako vedenje pri potomcih, pri čemer ima vedenje mater večji vpliv kot vedenje očetov, tveganje pa je večje v otroštvu kot odrasli dobi (33).

Telesne bolezni

Samomorilno vedenje je precej pogost odziv na resne telesne bolezni, še posebno kadar gre za dolgotrajne, progresivne težave, pri katerih je prisotna tudi telesna bolečina. Višje tveganje za samomor imajo bolniki na dializi (34), bolniki s kronično obstruktivno pljučno boleznijo, astmo (35), po preboleli hujši telesni poškodbi, z rakom (36), multiplo sklerozo, opeklinami, srčnim popuščanjem in ohromelostjo. Večje tveganje je prisotno tudi pri komorbidnosti migrene in fibromialgije (37). Pogosto je tako tveganje povezano s hkrati prisotno depresijo (38).

Življenjski dogodki

Določeni življenjski dogodki lahko vodijo k samomorilnemu vedenju, predvsem različne večje izgube, kot so ločitev ali prekinitev partnerskega odnosa, izguba službe, smrt svojca ali tudi domače živali. Tveganje je večje, če je izguba nenadna (39). Pomembni dejavniki so tudi izpostavljenost samomorom v preteklosti, na primer pri družinskih članih ali prijateljih, ali nedavno, še posebno pri mladostnikih, kadar žalujejo za prijateljem. Tveganje je večje kot pri ljudeh, ki so bližnje osebe izgubili zaradi drugih vzrokov (40, 41). Pojavlja se lahko tudi posnemanje samomorilnega vedenja (*več o tem v poglavju 17*), ko pri mladostniku že samo informacija o samomoru v lokalnem okolju povzroči pogostejša razmišljanja o samomoru (42). Kot je bilo že omenjeno, se pomembno tveganje pojavlja tudi pri posttravmatski stresni motnji (43). Izkušnja nasilništva med vrstniki je lahko dejavnik tveganja v odrasli dobi, še posebno pri ženskah. Ta dejavnik postaja v zadnjih letih vse bolj prepoznan (44–46).

Ekonomska negotovost in nižji socialni status

Revščina ali nizek socialni status z malo možnostmi za spremembe so stabilen dejavnik povečanega tveganja za samomorilno vedenje (8). Tudi v obdobjih večjih ekonomskih sprememb se pogosto pojavlja povečano število samomorov v širši populaciji. Izguba dela pomembno vpliva na samomorilno vedenje, vendar nekoliko presenetljivo ne le med

odraslimi, ampak tudi mladostniki (47). Pri takih večjih družbenih spremembah ne gre le za izgubo socialne varnosti, ampak splošno negotovost ob hitrih in nepredvidljivih spremembah, tudi če na zunaj delujejo pozitivno, kot so obdobja hitre ekonomske rasti.

Klasični mediji in spletna družbena omrežja

Mediji lahko tveganje za samomorilno vedenje povečujejo ali zmanjšujejo (*več o tem v poglavju 17 in 18*). Predvsem na spletu, pa tudi v klasičnih medijih, je možno najti veliko število 'nasvetov', kako narediti samomor. Poleg spletnih strani, namenjenih preventivi samomora in detekciji motenj razpoloženja (48, 49), je prisotnih tudi veliko strani, ki samomor promovirajo (50). Podoben vpliv imajo tudi antipsihiatrične spletne strani, ki zanikajo psihiatrične razlage duševnih motenj in svarijo pred zdravljenjem duševnih motenj z zdravili in bolnišnično obravnavo. Preko spleta se v skupinah mladostnikov lahko vzpostavljajo samomorilni pakti (51) in pojavljajo celo nagovarjanja k samomoru, k večji pogostosti samomorov pa lahko prispevajo tudi novice o samomorih znanih osebnosti (52).

Psihodinamske razlage dejavnikov tveganja

Obstajajo različne teorije psihodinamskih pogledov na samomorilno vedenje. Kot pomembne dejavnike tveganja omenjajo jezo, ki jo pacienti preusmerjajo v svojo notranjost in škodujejo sebi, da bi zavrli misli o agresiji do drugih. Samomor lahko predstavlja tudi izničenje nezaželenega ponotranjenega objekta (npr. podobo družinskega člana), do katerega goji ambivalenco ali sovražstvo (*več o tem v poglavju 11*).

Vpliv impulzivnosti

Samomor pogosti nastopi, kadar se posameznik vede impulzivno. Trajna ali začasna izguba nadzora impulzov predstavlja precej povečano tveganje za samomorilno vedenje. Prisotnost impulzivnosti lahko predstavlja mejo med posamezniki, ki razmišljajo o samomoru, in tistimi, ki ga bodo dejansko izvršili (53). Zato jo je zelo pomembno natančno oceniti pri evalvaciji samomorilne ogroženosti.

Poklicne skupine

Posamezniki v javnih službah, kot so policija, zdravstvo in gasilci, so bolj izpostavljeni tveganju za samomorilno vedenje zaradi različnih razlogov. Ob večjih ravneh stresnih dejavnikov na delovnem mestu so pogosteje prisotne duševne motnje, kot sta posttravmatska stresna motnja ali zloraba psihoaktivnih snovi. Ljudje iz teh poklicev tudi redkeje iščejo možne oblike pomoči ali se odločajo za preventivne dejavnosti (54, 55).

Sezonske razlike v samomoru

Največ samomorov se zgodi spomladi, z vrhom v mesecu maju, medtem ko je splošno prepričanje, da je samomorov več med prazniki, verjetno le mit. Razlag za sezonske razlike je malo, morda gre za razliko v doživljanju pozitivne spremembe ob koncu zime, ki je depresivni pacienti v primerjavi z okolico ne občutijo, kar pripomore k stopnjevanju samomorilnih misli (56). Obdobje okrog rojstnega dneva je pri nekaterih skupinah bolj tvegano za samomor, predvsem pri moških, ne glede na to, ali se zdravijo zaradi duševne motnje ali ne (57).

Klinični pregled z oceno tveganja samomorilnega vedenja

Ocena samomorilnega tveganja

Podrobna ocena stanja ob kliničnem pregledu poda informacije, na katerih temelji odločitev o samomorilni ogroženosti in terapevtski intervenciji. Ugotovljeni dejavniki tveganja lahko pomembno pripomorejo k oceni ogroženosti, vendar je bistven skrben in natančen pregled pacienta. Ne glede na odgovore pacienta pa terapevti pogosto razvijejo intuitivni občutek, ali bo določeni pacient dejansko storil samomor. Tak čustveni odziv terapevta šteje in ga je treba upoštevati pri odločitvah.

Samomorilne misli

Ugotoviti je treba, ali ima oseba kakršnekoli misli o samopoškodovanju oziroma konkretno samomoru. Obstoj samomorilnih misli je močan napovedni dejavnik tveganja za izvršeni samomor. Nekateri terapevti imajo s takim izpraševanjem težave. Bójijo se, da bi bila vprašanja preveč vsiljiva ali da bi pacienta lahko z njimi celo spodbudili k samomoru, vendar so v raziskavah ugotavljali, da vprašanje o prisotnosti samomorilnih misli ne more sprožiti razmišljanja o samomoru (58). V resnici pacienti taka vprašanja cenijo kot izraz terapevtove skrbi zanje in večina odprto in zaupljivo spregovorijo o svojih morebitnih samomorilnih mislih. Pritrdilni odgovor glede samomorilnih misli zahteva nadaljnje podrobnejše izpraševanje.

Samomorilni načrt

Kadar samomorilne misli obstajajo, je treba pacienta vprašati o morebitnih načrtih za samomor. Na splošno velja, da podrobnejši načrti pomenijo večje tveganje za samomor. Čeprav so nedoločene grožnje s samomorom v prihodnosti pomembne, pa obstaja večji razlog za zaskrbljenost, kadar si je oseba že priskrbela sredstva za samomor, določila čas ali kraj ter sestavila oporoko. Ob ugotovitvi obstoja samomorilnega načrta so potrebna podrobnejša vprašanja o njem in preverjanje, ali so omenjena sredstva pacientu dejansko dostopna in kako resni so omenjeni načrti.

Razmerje med samomorilnimi mislimi, načrti in poskusi

V obsežni raziskavi leta 2014 (59) so na vzorcu 9,4 milijona odraslih udeležencev ugotovili, da približno tretjina ljudi, ki resno razmišljajo o samomoru, naredi samomorilne načrte, približno desetina pa jih zaradi samomora umre. Z drugega zornega kota to pomeni, da dve tretjini ljudi, ki razmišljajo o samomoru, tega dejansko ne načrtuje, velika večina pa ga ne naredi. Ti podatki kažejo, da samomorilne misli torej lahko služijo kot pokazatelj samomorilnih načrtov in poskusov, vendar da so ti relativno redki.

Samomorilni namen

Treba je poskusiti ugotoviti, kaj pacient pričakuje, da bi dosegel s samomorom. Namen samomora lahko nakaže stopnjo tveganja. Nekateri denimo mislijo, da bi samomor družini ali prijateljem omogočil, da spoznajo njihovo čustveno stisko. Drugi vidijo svojo smrt kot olajšanje lastne psihične bolečine. Spet drugi verjamejo, da bi njihova smrt omogočila srečanje pokojnega ljubljene v onostranstvu. Nekateri verjamejo, da bi s samomorom svoje bližnje rešili bremena, ki jim ga s svojo prisotnostjo povzročajo. Kakorkoli že, ugotovljeni namen samomora je dodatno orodje, ki terapevtu pomaga oceniti ogroženost.

Potencial za razširjeni samomor

Ob vprašanjih o samomorilnih mislih je treba oceniti tudi možnost agresivnih dejanj do okolice. Ker samomor pogosto razumemo kot agresivno dejanje, obrnjeno proti samemu sebi, ob njem vedno obstaja tudi potencial izražanja agresije navzven (*več o tem v poglavju 11*). Kadar pride do takih dejanj, so večinoma usmerjena v najožjo družino, pri čemer se storilci pred tem le redko zdravijo zaradi duševnih težav (*več o tem v poglavju 30*)(60).

Dodatna vprašanja med kliničnim pregledom

Nadaljnja vprašanja med pregledom se nanašajo na ugotovljeno prisotnost različnih dejavnikov tveganja. Večinoma se sprašuje po simptomih duševnih motenj (depresija, psihoza, delirij, demenca), zlorabi psihoaktivnih snovi, družinski anamnezi samomora, agresivnosti in zlorab ali nedavni smrti bližnjih.

Opozorilni znaki in dejavniki tveganja samomorilnega vedenja

Naslednji znaki nakazujejo višjo stopnjo tveganja za samomor:

- *Pacient ima natančen načrt, kako bi storil samomor*: dokler razmišlja ali govori o samomoru, je sicer ogrožen, ko ima načrt, pa je že jasno izrazil svojo namero.
- *Pacienti, ki s svojim ravnanjem sistematično kažejo, da se poslavljajo od življenja*: slovo od prijateljev, sestavljanje oporoke, pisanje poslovnega pisma, načrtovanje pogreba ipd.
- *Pacienti s pomembno družinsko anamnezo samomora*: tveganje za samomor je še posebno visoko, če se bliža obletnica take smrti ali se pacient bliža starosti, ko je sorodnik storil samomor.
- *Prisotnost orožja, zlasti strelnega*.
- *Vpliv psihoaktivnih snovi*: tveganje je večje, če snovi spadajo med depresorje (zaviralce) delovanja osrednjega živčnega sistema.
- *Krizno stanje zaradi hude, akutne, nepričakovane izgube*: izguba službe, nenadna ločitev, izguba telesnih zmogljivosti ipd.
- *Izoliranost in osamljenost*.
- *Prisotnost depresivnega razpoloženja s specifičnimi občutki obupa, brezizhodnosti in nemoči, ujetosti ipd*.
- *Ukazovalne slušne halucinacije o samomoru v okviru psihoze pri bolniku*.
- *Nedavni odpust iz psihiatrične bolnišnice*: bolniki so bolj izpostavljeni samomoru po odpustu iz psihiatrične bolnišnice, ker gre lahko za težko in stresno prehodno obdobje, ko struktura, podpora in varnost ustanove niso več na voljo, bolnik pa jih še potrebuje.
- *Anksioznost v vseh oblikah povečuje tveganje za samomor*: stalni občutki strahu in napetosti so lahko nevzdržni.
- *Intuitivni občutki terapevta*: kot je bilo že omenjeno, je ne glede na pacientove navedbe pomembno, ali ima ob tem terapevt občutek, da bo bolnik storil samomor; takšno zaznavanje je del klinične presoje in predstavlja pomemben del ocene tveganja za samomor.

Terapevt mora oceniti tudi zaščitne dejavnike. Mednje sodijo:

- *Stopnja vključenosti v socialna omrežja prijateljev, družine in sodelavcev*: socialne mreže podpirajo posameznika, osmišljajo njegovo življenje in mu zagotavljajo skupino ljudi, ki lahko zazna izoliranje in umikanje ter se nanj odzove.
- *Dolgoročni cilji*: omogočajo, da posameznik vidi trenutne ovire in izgube v drugačni, bolj optimistični perspektivi.
- *Domača žival*: hišni ljubljenci potrebujejo človekovo prisotnost, skrb, kar posamezniku ponuja dodaten razlog za življenje. Zagotavljajo tudi brezpogojno ljubezen in sprejemanje.
- *Terapevt, s katerim se pacient počuti povezanega*: je oseba, ki jo lahko pokliče v stiski. Ključna pri takih pogovorih je izmenjava občutkov in misli, ne ukrepanje po njih.
- *Preventivni postopki, kadar jih pacient opravi*: presejalna lestvica za oceno prisotnosti depresije omogoči posamezniku, da oceni svoja čustva, rezultate pa lahko deli z zdravstvenim delavcem.
- *Prihajajoči dogodek, ki se ga posameznik lahko veseli*: zaključek šole, poroka, prazniki in podobno.
- *Močna vera v okviru religije, ki ne odobrava samomora in poudarja življenje*.
- *Posameznik ima osebo, ki je odvisna od njega*.
- *Imeti ljubeč odnos ali partnerstvo*.
- *Nedosegljivost smrtonosne metode samomora v svoji okolici*.
- *Zagotavljanje, da posameznik v kriznem obdobju ni nikoli sam*: npr. z nekom živi (zakoncem, prijateljem, sostanovalcem).
- *Uporaba telefonskih linij za svetovanje v kriznih situacijah*.
- *Učinkovito zdravljenje duševne motnje, kadar je prisotna*.
- *Zavedanje, da samomor predstavlja nepovratno dejanje v stanju ali situaciji, ki je prehodna*.
- *Imeti nekoga, s katerim se lahko posameznik pogovori in je slišan*.
- *Aktivno iskanje smisla v življenju, to je vsebin, za katere je vredno živeti*.

Drugi viri informacij

Pri ocenjevanju tveganja za samomor je treba uporabiti vse razpoložljive informacije. Poleg gradiva, pridobljenega s kliničnim intervjujem, so pomembne tudi informacije iz drugih virov, vključno z družinskimi intervjuji ali intervjuji s prijatelji ali sodelavci. Ključne podatke ima lahko tudi zdravstveno osebje, ki je prvo posredovalo pri pacientu, oziroma drugo zdravstveno osebje. Ob razvoju informatizacije zdravstva se lahko veliko podatkov najde tudi v elektronskih zdravstvenih kartotekah. Številni instrumenti in lestvice za samoocenjevanje simptomov, do katerih lahko pacient dostopa sam na spletu ali drugje, zaznajo prisotnost klinično pomembne depresije in samomorilne ogroženosti. Lestvice imajo različno specifičnost in občutljivost za oceno samomorilnega tveganja, uporabljajo se lahko v kombinacijah, vendar ne morejo nadomestiti podrobnega kliničnega pregleda in splošne ocene tveganja (61). Pri presejalnih instrumentih so pomembna vprašanja o pogostosti razmišljanja o samomoru. Tveganje se zelo poveča, če so samomorilne misli zelo pogoste ali celo prisotne vsak dan (62).

Psihični status

Pregled psihičnega stanja pacienta je usmerjen v ocenjevanje prisotnosti duševnih motenj in tveganja za samomor.

Videz lahko sam po sebi nakazuje prisotnost depresivnega razpoloženja. Poiskati je treba tudi fizične sledi samomorilnega vedenja, na primer vreznine na zapestjih, odrgnine na vratu, sledi uživanja drog ipd. Glede afekta se pogosto opazi depresivno ali tesnobno razpoloženje, vendar je bolj od tega zaskrbljujoče, kadar pacient opisuje svoje samomorilne misli brezizrazno, z nerazgibanim in slabo odzivnim afektom. Nenadno izboljšanje razpoloženja pri depresivnih bolnikih (na primer umiritev bolnika, ki je bil prej agitiran) lahko nakazuje večjo odločenost glede samomorilnega načrta. Kot je bilo omenjeno, je zelo pomembno, če bolnik doživlja ukazovalne slušne halucinacije o samomoru, prav tako pa so pomembne depresivne blodnje, zato je treba posebno pozorno opredeliti, ali je prisotno psihotično stanje. Tveganje povečuje tudi prisotnost obsesivnih misli o samomoru. Specifično je treba povprašati o občutjih brezupa, nemoči, ujetosti in brezperspektivnosti, ki so najpogostejša skupna postaja pred samomorilnim vedenjem. Pomembna je ocena pacientove presoje in uvida v težave, njegova zmožnost obvladovanja trenutnih stresnih dejavnikov in pričakovanja glede tega v prihodnosti. Slabša presoja povečuje tveganje za samomor tako med odraslimi kot mladostniki (63). Kadar bolnik samomorilnega poskusa ne obžaluje, je tveganje za nadaljnje poskuse veliko. Oceniti je treba tudi intelektualne sposobnosti, ker je od tega odvisno, ali se posameznik realno zaveda tveganja, da se njegovo samomorilno vedenje lahko konča s smrtjo. Prisotnost upada kognitivnih sposobnosti ali dezorientiranost pri deliriju ali demenci povečujeta tveganje za samomor.

Presejalni ukrepi

Že omenjene presejalne lestvice in drugi instrumenti so pomembno orodje za samoprepoznavanje ogroženosti bolnikov, kadar so dosegljivi in posamezniki v splošni populaciji vedo zanje. Presejanje je na splošno lahko precej učinkovito, če se izvaja med obiski pacientov pri izvajalcih zdravstvene oskrbe na primarni ravni (*več o tem v poglavju 19*) (62).

Terapevtske intervencije pri samomorilnem pacientu

Obravnava samomorilnega pacienta vključuje dve fazi. Najprej je treba zagotoviti pacientovo varnost, v drugi fazi pa opraviti diagnosticiranje in zdravljenje osnovne duševne motnje.

V številnih primerih lahko hitro in odločno posredovanje prepreči samomor. Zaradi te možnosti je prepoznavanje povečanega tveganja in takojšnje ukrepanje ob visoki ogroženosti ključnega pomena. Ogroženi posameznik ne sme ostati sam. V urgentni ambulanti to zagotavlja prisotnost zdravstvenega osebja. V drugačnih okoliščinah pa je treba poskrbeti za čimprejšnji prihod reševalcev, v vmesnem času pa naj bodo ob bolniku družinski člani ali drugi ljudje. Odstraniti je treba vsa sredstva, s katerimi bi se bolnik lahko ranil ali ubil. Nadaljnje zdravljenje mora potekati v varnem in nadzorovanem okolju, kot je varovani oddelek bolnišnice. Taki oddelki imajo posebej prilagojeno pohištvo in opremo, ki zmanjšujeta možnost samopoškodb. Bolniki, ki poskušajo storiti samomor s predpisanimi zdravili, predstavljajo enega največjih kliničnih izzivov. Psihotropna zdravila blažijo simptome duševne bolezni, obenem pa ob predoziranju predstavljajo resno nevarnost. Pri ogroženem bolniku je treba slediti količini zdravil, ki mu je na razpolago, ob čemer je pogostejše pomembnejše, koliko zdravil jemlje naenkrat, kot koliko časa je imel na voljo za shranjevanje zdravil z namenom poznejše samozastrupitve (64).

Po začetni obravnavi, ki običajno vključuje sprejem v bolnišnico in kratkoročne psihosocialne intervencije, je ključnega pomena, da se vzpostavi nadaljnji dolgoročni načrt zdravljenja. Bistvo druge faze intervencije je odpravljanje osnovnega vzroka samomorilnega vedenja. Če bolnik razmišlja o samomoru, da bi se izognil telesni bolečini, ga je treba vključiti v kompleksen program za obvladovanje bolečine. V primeru obstoječe primarne duševne motnje (depresije, psihoze, demence ipd.), je potrebna čim natančnejša diagnostična obravnava in temu primeren načrt zdravljenja. Uspešnost dolgotrajnih načrtov zdravljenja je sicer učinkovitejši pri odraslih osebah kot mladostnikih, verjetno pa je odvisna predvsem od specifičnih vzrokov samomorilnega vedenja (65, 66). Tveganje za nenaden samomorilni poskus je visoko po predhodnem poskusu, takoj po odpustu iz bolnišnice in med okrevanjem iz epizode globoke depresije. Dolgoročne psihosocialne intervencije pri samomorilnem bolniku so na splošno usmerjene v izboljšanje socialnih okoliščin in razvijanje veščin, ki delujejo zaščitno (sposobnosti reševanja problemov, prilagajanja, duhovne refleksije ipd.) (1).

Uporaba zdravil se prilagaja pacientovi osnovni duševni motnji. Ustrezno zdravljenje osnovne duševne motnje z zdravili se namreč vedno izkaže kot najučinkovitejša uporaba zdravil pri samomorilnih pacientih. Določena zdravila, kot sta litij in klopazapin, imajo sicer verjetno tudi specifični dodatni učinek na samomorilno vedenje (67, 68). Litij kaže tak učinek predvsem v primerjavah z drugimi stabilizatorji razpoloženja pri zdravljenju motenj razpoloženja, klopazapin pa je pomemben pri obravnavi pacientov z rezistentno shizofrenijo in povečanim samomorilnim tveganjem (1). V zadnjem obdobju se med zdravili z antisuicidalnim učinkom uveljavlja tudi ketamin (69), še posebno odkar je na voljo intranazalna³ formulacija esketamina, ki je odobrena za splošno klinično uporabo (70). Ob akutni ogroženosti zaradi samomora, ki v bolnišničnem okolju traja dlje, je smiselno uporabiti tudi biološke oblike zdravljenja depresije in nekaterih drugih duševnih motenj. Zelo učinkovita je lahko elektrokonvulzivna terapija, pri kateri z električnim tokom v več seansah pacientu v anesteziji sprožijo epileptične napade, kar ima zelo hitre antidepressivne in antisuicidalne učinke. V raziskavah pozitivne učinke ugotavljajo tudi pri uporabi repetitivne transkranijske magnetne stimulacije, pri kateri se z elektromagnetnimi pulzi neinvazivno stimulirajo omejena področja možganske skorje (71). Samomorilno vedenje lahko predstavlja tudi samostojno indikacijo za uporabo teh metod, torej neodvisno od osnovne duševne motnje.

Terapevtski ukrepi po samomoru

Po smrti zaradi samomora terapevt obravnava pacientovo družino in prijatelje ter druge paciente, ki so pokojnika poznali. Osredotoča se na neposredno situacijo, sreča se z družino. Družinski člani cenijo skrb zdravnika in možnost, da izrazijo svoja čustva in reakcije. V nekaterih situacijah je družina morda pričakovala tak izid, v drugih so lahko prizadeti in jezni. Naloga zdravnika je, da je do njih odgovoren, čustveno odziven in zdrži tudi negativna čustva, ki jih lahko izražajo družinski člani umrlega. Družinska intervencija lahko zahteva več kot eno srečanje. Terapevt je tako na voljo družinskim članom, jih posluša in deli njihovo izgubo. Kadar svojci ne želijo deliti svoje izgube s terapevtom, ki je pacienta zdravil, jim je treba pomagati poiskati drugega oziroma jih usmeriti, kako lahko iščejo pomoč.

³ Uporaba preko nosa.

Pogosto so pokojnika poznali tudi drugi pacienti. Njim se posveča posebno pozornost ob ščitenju zaupnosti pokojnikovih podatkov. Terapevtsko srečanje jim omogoči, da izrazijo svoje reakcije na smrt in izgubo. Če je bil pacient, ki je storil samomor, v bolnišnici, je pomembno opraviti skupinsko srečanje in govoriti o reakcijah sopicentov. Tudi zdravstveno osebje mora imeti priložnost, da izrazi svoja občutja, kar običajno poteka v obliki timskih sestankov in supervizijskih skupin s supervizorjem, ki je senzibiliziran za kompleksne čustvene odzive ob samomoru pacienta.

Nenazadnje si mora tudi pokojnikov terapevt vzeti čas za pregled in razpravo o dogodku oziroma opraviti psihološko analizo primera, pri čemer mu pomagajo sodelavci in supervizorji. Terapevt potrebuje čas, da si psihično opomore, zato mu je v akutni fazi primerno nuditi predvsem sočutje in podporo, pozneje pa tudi celovitejšo čustveno predelavo samomora pacienta (*več o tem v poglavju 32*).

Zaključek in usmeritve za naprej

Samomor in samomorilno vedenje predstavljata trajen izziv za družbo in zdravstvene službe. Naše razumevanje korakov v razvoju tega kompleksnega fenomena postopoma napreduje. Z zbiranjem podatkov na različnih področjih raziskovanja samomorilnega vedenja pa smo vse sposobnejši opredeliti posameznikovo tveganje za samomor. Terapevtom bi zelo pomagal razvoj zanesljivih algoritmov za prepoznavo najbolj ogroženih pacientov, ki potrebujejo takojšnjo pomoč v smislu obvarovanja pred izvršitvijo samomora. Pomagali bi tudi zanesljivejši načini ovrednotenja vpliva dolgoročnih terapevtskih intervencij na zmanjševanje tveganja za samomorilno vedenje. Raziskave, ki trenutno potekajo, preučujejo različna zdravila, kombinacije psihoterapevtskih tehnik, druga medicinska orodja, vlogo preventivnih pristopov in postvencije. Napredek bo možen z nadaljnjim združevanjem kliničnih spoznanj, javnozdravstvenih politik ter družbenega odnosa do samomora in samomorilno ogroženega posameznika.

Reference

1. Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J idr. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primer*. 2019;5(1):članek 74. doi: 10.1038/s41572-019-0121-0
2. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016;387(10024):1227–39. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2
3. Kapur N, Cooper J, O'Connor RC, Hawton K. Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: new diagnosis or false dichotomy? *Br J Psychiatry*. 2013;202(5):326–8. doi: 10.1192/bjp.bp.112.116111
4. Schneeweiss S, Patrick AR, Solomon DH, Mehta J, Dormuth C, Miller M idr. Variation in the risk of suicide attempts and completed suicides by antidepressant agent in adults: a propensity score–adjusted analysis of 9 years' data. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(5):497–506. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.39
5. Patorno E. Anticonvulsant medications and the risk of suicide, attempted suicide, or violent death. *JAMA*. 2010;303(14):1401–9. doi: 10.1001/jama.2010.410
6. Moore TJ, Furberg CD, Glenmullen J, Maltzberger JT, Singh S. Suicidal behavior and depression in smoking cessation treatments. *PloS One* [na spletu]. 2011;6(11):članek e27016. Dostopno na: <https://journals.plos.org/plosone/article/figure?id=10.1371/journal.pone.0027016.g001>. doi: 10.1371/journal.pone.0027016
7. Fardet L, Petersen I, Nazareth I. Suicidal behavior and severe neuropsychiatric disorders following glucocorticoid therapy in primary care. *Am J Psychiatry*. 2012;169(5):491–7. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11071009
8. Agerbo E. Psychiatric illness, socioeconomic status, and marital status in people committing suicide: a matched case-sibling-control study. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(9):776–81. doi: 10.1136/jech.2005.042903
9. Olfson M, Wall M, Wang S, Crystal S, Liu SM, Gerhard T idr. Short-term suicide risk after psychiatric hospital discharge. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(11):1119–26. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.2035
10. Malloy-Diniz LF, Neves FS, Abrantes SS, Fuentes D, Corrêa H. Suicide behavior and neuropsychological assessment of type I bipolar patients. *J Affect Disord*. 2009;112(1–3):231–6. doi: 10.1016/j.jad.2008.03.019

11. Ilgen MA, Bohnert AS, Ignacio RV, McCarthy JF, Valenstein MM, Kim HM idr. Psychiatric diagnoses and risk of suicide in veterans. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(11):1152–8. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.129
12. Barak Y, Aizenberg D. Association between antidepressant prescribing and suicide in Israel. *Int Clin Psychopharmacol*. 2006;21(5):281–4. doi: 10.1097/00004850-200609000-00006
13. Goldstein TR, Ha W, Axelson DA, Goldstein BI, Liao F, Gill MK idr. Predictors of prospectively examined suicide attempts among youth with bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* [na spletu]. 2012 [citirano 11. 3. 2021];69(11):1113–22. Dostopno na: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archgenpsychiatry.2012.650>. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2012.650
14. Schaffer A, Isometsä ET, Tondo L, Moreno DH, Turecki G, Reis C idr. International society for bipolar disorders task force on suicide: meta-analyses and meta-regression of correlates of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder. *Bipolar Disord*. 2015;17(1):1–16. doi: 10.1111/bdi.12271
15. Lewitzka U, Severus E, Bauer R, Ritter P, Müller-Oerlinghausen B, Bauer M. The suicide prevention effect of lithium: more than 20 years of evidence—a narrative review. *Int J Bipolar Disord*. 2015;3(1):članek 15. doi: 10.1186/s40345-015-0032-2
16. Barak Y, Baruch Y, Achiron A, Aizenberg D. Suicide attempts of schizophrenia patients: a case-controlled study in tertiary care. *J Psychiatr Res*. 2008;42(10):822–6. doi: 10.1016/j.jpsychires.2007.09.002
17. Kasckow J, Felmet K, Zisook S. Managing suicide risk in patients with schizophrenia. *CNS Drugs*. 2011;25(2):129–43. doi: 10.2165/11586450-000000000-00000
18. Meltzer HY. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: international suicide prevention trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(1):82–91. doi: 10.1001/archpsyc.60.1.82
19. Huz I, Nyer M, Dickson C, Farabaugh A, Alpert J, Fava M idr. Obsessive-compulsive symptoms as a risk factor for suicidality in U.S. college students. *J Adolesc Health*. 2016;58(4):481–4. doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.11.011
20. Fernández de la Cruz L, Rydell M, Runeson B, D’Onofrio BM, Brander G, Rück C idr. Suicide in obsessive-compulsive disorder: a population-based study of 36 788 Swedish patients. *Mol Psychiatry*. 2017;22(11):1626–32. doi: 10.1038/mp.2016.115
21. Crane EH. Patients with emergency department visits involving drug-related suicide attempts who left against medical advice: the CBHSQ report. Rockville (MD): Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2016.
22. Gobbi G, Atkin T, Zytyński T, Wang S, Askari S, Boruff J idr. Association of cannabis use in adolescence and risk of depression, anxiety, and suicidality in young adulthood: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(4):426–34. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.4500
23. Bryan CJ, Clemans TA. Repetitive traumatic brain injury, psychological symptoms, and suicide risk in a clinical sample of deployed military personnel. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(7):686–91. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.1093
24. Madsen T, Erlangsen A, Orlovská S, Mofaddy R, Nordentoft M, Benros ME. Association between traumatic brain injury and risk of suicide. *JAMA*. 2018;320(6):580–8. doi: 10.1001/jama.2018.10211
25. Fralick M, Thiruchelvam D, Tien HC, Redelmeier DA. Risk of suicide after a concussion. *Can Med Assoc J*. 2016;188(7):497–504. doi: 10.1503/cmaj.150790
26. Nickel C, Simek M, Moleda A, Muehlbacher M, Buschmann W, Fartacek R idr. Suicide attempts versus suicidal ideation in bulimic female adolescents. *Pediatr Int*. 2006;48(4):374–81. doi: 10.1111/j.1442-200X.2006.02224.x
27. Bjørngaard JH, Bjerkeset O, Romundstad P, Gunnell D. Sleeping problems and suicide in 75,000 Norwegian adults: a 20 year follow-up of the HUNT I study. *Sleep*. 2011;34(9):1155–9. doi: 10.5665/SLEEP.1228
28. Khalifeh H, Hunt IM, Appleby L, Howard LM. Suicide in perinatal and non-perinatal women in contact with psychiatric services: 15 year findings from a UK national inquiry. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(3):233–42. doi: 10.1016/S2215-0366(16)00003-1
29. Oh SH, Park KN, Jeong SH, Kim HJ, Lee CC. Deliberate self-poisoning: factors associated with recurrent self-poisoning. *Am J Emerg Med*. 2011;29(8):908–12. doi: 10.1016/j.ajem.2011.03.015
30. Suicide Prevention Resource Center. Suicide risk and prevention for lesbian, gay, bisexual, and transgender youth [na spletu]. Newton (MA): Education Development Center; 2008 [citirano 29. 3. 2021]. Dostopno na: http://www.sprc.org/library/SPRC_LGBT_Youth.pdf
31. Courtret P, Picot MC, Bellivier F, Torres S, Jollant F, Michelon C idr. Serotonin transporter gene may be involved in short-term risk of subsequent suicide attempts. *Biol Psychiatry*. 2004;55(1):46–51. doi: 10.1016/j.biopsych.2003.07.004
32. Guintivano J, Brown T, Newcomer A, Jones M, Cox O, Maher BS idr. Identification and replication of a combined epigenetic and genetic biomarker predicting suicide and suicidal behaviors. *Am J Psychiatry*. 2014;171(12):1287–96. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.14010008
33. Geulayov G, Gunnell D, Holmen TL, Metcalfe C. The association of parental fatal and non-fatal suicidal behaviour with offspring suicidal behaviour and depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2012;42(8):1567–80. doi: 10.1017/S0033291711002753

34. Kurella M, Kimmel PL, Young BS, Chertow GM. Suicide in the United States end-stage renal disease program. *J Am Soc Nephrol*. 2005;16(3):774–81. doi: 10.1681/ASN.2004070550
35. Clarke DE, Goodwin RD, Messias EL, Eaton WW. Asthma and suicidal ideation with and without suicide attempts among adults in the United States: what is the role of cigarette smoking and mental disorders? *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2008;100(5):439–46. doi: 10.1016/S1081-1206(10)60468-1
36. Zaorsky NG, Zhang Y, Tuanquin L, Bluethmann SM, Park HS, Chinchilli VM. Suicide among cancer patients. *Nat Commun*. 2019;10(1):članek 207. doi: 10.1038/s41467-018-08170-1
37. Liu HY, Fuh JL, Lin YY, Chen WT, Wang SJ. Suicide risk in patients with migraine and comorbid fibromyalgia. *Neurology*. 2015;85(12):1017–23. doi: 10.1212/WNL.0000000000001943
38. Webb RT. Suicide risk in primary care patients with major physical diseases: a case-control study. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(3):256–64. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.1561
39. Yen S, Pagano ME, Shea MT, Grilo CM, Gunderson JG, Skodol AE idr. Recent life events preceding suicide attempts in a personality disorder sample: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(1):99–105. doi: 10.1037/0022-006X.73.1.99
40. Bearman PS, Moody J. Suicide and friendships among American adolescents. *Am J Public Health*. 2004;94(1):89–95. doi: 10.2105/AJPH.94.1.89
41. Pitman AL, Osborn DP, Rantell K, King MB. Bereavement by suicide as a risk factor for suicide attempt: a cross-sectional national UK-wide study of 3432 young bereaved adults. *BMJ Open*. 2016;6(1):članek e009948. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009948
42. Swanson SA, Colman I. Association between exposure to suicide and suicidality outcomes in youth. *Can Med Assoc J*. 2013;185(10):870–7. doi: 10.1503/cmaj.121377
43. Sorsdahl K, Stein DJ, Williams DR, Nock MK. Associations between traumatic events and suicidal behavior in South Africa. *J Nerv Ment Dis*. 2011;199(12):928–33. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182392c39
44. Klomek AB, Sourander A, Niemelä S, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T idr. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48(3):254–61. doi: 10.1097/CHL.0b013e318196b91f
45. Fisher HL, Moffitt TE, Houts RM, Belsky DW, Arseneault L, Caspi A. Bullying victimisation and risk of self harm in early adolescence: longitudinal cohort study. *BMJ*. 2012;344:članek e2683. doi: 10.1136/bmj.e2683
46. Koyanagi A, Oh H, Carvalho AF, Smith L, Haro JM, Vancampfort D idr. Bullying victimization and suicide attempt among adolescents aged 12–15 years from 48 countries. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019;58(9):907–918.e4. doi: 10.1016/j.jaac.2018.10.018
47. Gassman-Pines A, Ananat EO, Gibson-Davis CM. Effects of statewide job losses on adolescent suicide-related behaviors. *Am J Public Health*. 2014;104(10):1964–70. doi: 10.2105/AJPH.2014.302081
48. Alao AO, Soderberg M, Pohl EL, Alao AL. Cybersuicide: review of the role of the internet on suicide. *Cyberpsychol Behav*. 2006;9(4):489–93. doi: 10.1089/cpb.2006.9.489
49. Haas A, Koestner B, Rosenberg J, Moore D, Garlow SJ, Sedway J idr. An interactive web-based method of outreach to college students at risk for suicide. *J Am Coll Health*. 2008;57(1):15–22. doi: 10.3200/JACH.57.1.15-22
50. Recupero PR, Harms SE, Noble JM. Googling suicide: surfing for suicide information on the Internet. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(6):878–88. doi: 10.4088/JCP.v69n0601
51. Ozawa-de Silva C. Too lonely to die alone: internet suicide pacts and existential suffering in Japan. *Cult Med Psychiatry*. 2008;32(4):516–51. doi: 10.1007/s11013-008-9108-0
52. Ramchand R, Cohen E, Draper J, Schoenbaum M, Reidenberg D, Colpe L idr. Increases in demand for crisis and other suicide prevention services after a celebrity suicide. *Psychiatr Serv*. 2019;70(8):728–31. doi: 10.1176/appi.ps.201900007
53. Burton CZ, Vella L, Weller JA, Twamley EW. Differential effects of executive functioning on suicide attempts. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2011;23(2):173–9. doi: 10.1176/jnp.23.2.jnp173
54. Gold KJ, Sen A, Schwenk TL. Details on suicide among US physicians: data from the National Violent Death Reporting System. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35(1):45–9. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2012.08.005
55. Eneroth M, Gustafsson Sendén M, Løvseth LT, Schenck-Gustafsson K, Fridner A. A comparison of risk and protective factors related to suicide ideation among residents and specialists in academic medicine. *BMC Public Health*. 2014;14(1):članek 271. doi: 10.1186/1471-2458-14-271
56. Woo JM, Okusaga O, Postolache TT. Seasonality of suicidal behavior. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(2):531–47. doi: 10.3390/ijerph9020531
57. Williams A, While D, Windfuhr K, Bickley H, Hunt IM, Shaw J idr. Birthday blues: examining the association between birthday and suicide in a national sample. *Crisis*. 2011;32(3):134–42. doi: 10.1027/0227-5910/a000067
58. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J idr. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005;293(13):1635–43. doi: 10.1001/jama.293.13.1635

59. Lipari R, Piscopo K, Kroutil LA, Kilmer Miller G. Suicidal thoughts and behavior among adults: results from the 2014 National survey on drug use and health [na spletu]. Rockville (MD): SAMHSA, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2015 [citirano 13. 3. 2021]. Dostopno na: <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FRR2-2014/NSDUH-FRR2-2014.pdf>
60. Flynn S, Gask L, Appleby L, Shaw J. Homicide–suicide and the role of mental disorder: a national consecutive case series. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2016;51(6):877–84. doi: 10.1007/s00127-016-1209-4
61. Quinlivan L, Cooper J, Meehan D, Longson D, Potokar J, Hulme T idr. Predictive accuracy of risk scales following self-harm: multicentre, prospective cohort study. *Br J Psychiatry.* 2017;210(6):429–36. doi: 10.1192/bjp.bp.116.189993
62. Simon GE, Rutter CM, Peterson D, Oliver M, Whiteside U, Operskalski B idr. Does response on the PHQ-9 depression questionnaire predict subsequent suicide attempt or suicide death? *Psychiatr Serv.* 2013;64(12):1195–202. doi: 10.1176/appi.ps.201200587
63. Bridge JA, McBee-Strayer SM, Cannon EA, Sheftall AH, Reynolds B, Campo JV idr. Impaired decision making in adolescent suicide attempters. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012;51(4):394–403. doi: 10.1016/j.jaac.2012.01.002
64. Gjelsvik B, Heyerdahl F, Hawton K. Prescribed medication availability and deliberate self-poisoning: a longitudinal study. *J Clin Psychiatry.* 2012;73(04):e548–54. doi: 10.4088/JCP.11m07209
65. Morthorst B, Krogh J, Erlangsen A, Alberdi F, Nordentoft M. Effect of assertive outreach after suicide attempt in the AID (assertive intervention for deliberate self harm) trial: randomised controlled trial. *BMJ.* 2012;345:članek e4972. doi: 10.1136/bmj.e4972
66. Rudd MD, Bryan CJ, Wertenberger EG, Peterson AL, Young-McCaughan S, Mintz J idr. Brief cognitive-behavioral therapy effects on post-treatment suicide attempts in a military sample: results of a randomized clinical trial with 2-year follow-up. *Am J Psychiatry.* 2015;172(5):441–9. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.14070843
67. Cipriani A, Pretty H, Hawton K, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicidal behavior and all-cause mortality in patients with mood disorders: a systematic review of randomized trials. *Am J Psychiatry.* 2005;162(10):1805–19. doi: 10.1176/appi.ajp.162.10.1805
68. Wilkowska A, Cubala WJ. Clozapine as transformative treatment in bipolar patients. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2019;15:2901–5. doi: 10.2147/NDT.S227196
69. Reinstatler L, Youssef NA. Ketamine as a potential treatment for suicidal ideation: a systematic review of the literature. *Drugs R&D.* 2015;15(1):37–43. doi: 10.1007/s40268-015-0081-0
70. Canuso CM, Singh JB, Fedgchin M, Alphs L, Lane R, Lim P idr. Efficacy and safety of intranasal esketamine for the rapid reduction of symptoms of depression and suicidality in patients at imminent risk for suicide: results of a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry.* 2018;175(7):620–30. doi: 10.1176/appi.ajp.2018.17060720
71. George MS, Raman R, Benedek DM, Pelic CG, Grammer GG, Stokes KT idr. A two-site pilot randomized 3 day trial of high dose left prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for suicidal inpatients. *Brain Stimul.* 2014;7(3):421–31. doi: 10.1016/j.brs.2014.03.006

Psihoterapevtska obravnava samomorilno ogroženih oseb

Borut Škodlar, Brigita Novak Šarotar

Ključni poudarki poglavja

- Akutna suicidalna kriza je del kriznega stanja, ki ga je treba obravnavati kot takega, torej s pomočjo kriznih intervencij.
- Antisueidalni dogovor je psihoterapevtsko izhodišče in priložnost, ne pa dokončen in zanesljiv način preprečevanja samomorilnega dejanja.
- Psihoterapevtske intervencije, ki so bile neposredno usmerjene v samomorilne misli in vedenje ter nudijo strategije za spopadanje s samomorilnostjo, dajejo boljše rezultate od terapij, ki so bile usmerjene v splošno zdravljenje duševnih motenj.
- Pri psihoterapevtski obravnavi samomorilnosti je zelo pomembno upoštevanje človekove osebnostne organizacije in sloga navezanosti.
- Kljub temu da so ugotovitve raziskav in kliničnih izkušenj pri psihoterapevtski obravnavi samomorilno ogroženih posameznikov pogosto neenovite, včasih nespodbudne in puščajo mnogo odprtih vprašanj, ostaja neizpodbitno dejstvo, da kažejo pomembno mesto psihoterapije v tovrstni obravnavi.

Povzetek

Vzgib k samomoru je eden najbolj paradoksnih in zapletenih vzgibov v človekovem življenju. Zajema celo paleto pojavov, ki kličejo h klinični pozornosti, diagnostiki in obravnavi. Obravnava zajema številne vidike, med njimi pa ima pomembno mesto psihoterapevtska obravnava samomorilno ogroženega človeka. Ta zajema vse dejavnosti od prvega stika in ocene samomorilne ogroženosti, sklenitve antisueidalnega dogovora in obravnave akutne suicidalne krize v obliki krizne intervencije pa do dolgotrajnejših psihoterapevtskih obravnav, ki izvirajo iz različnih psihoterapevtskih paradig in modalitet. Krizna intervencija je začetni in zato zelo pomemben del psihoterapevtske obravnave, ki ima močno vlogo v preprečevanju samomora. Odvija se lahko ambulantno, velikokrat pa je nujna tudi bolnišnična obravnava. V vsakem primeru je pomembno nasloviti človeka in njegovo življenjsko situacijo v ozadju samomorilnosti. Kriznim intervencijam lahko sledi daljša psihoterapevtska obravnava. V raziskavah so potrdili učinkovitost in pomen psihoterapevtskih strategij, ki specifično naslavlajo samomorilnost. Med paradigami, ki imajo vlogo pri obravnavi tega problema, se nahajajo vse velike paradigme: kognitivno-vedenjska, posebno s strategijami reševanja problemov in naslovitvijo interpersonalnih vsebin ter v obliki dialektične vedenjske terapije in čuječnosti, psihoanalitična, sistemsko-družinska in eksistencialna. Za psihoterapevtsko obravnavo samomorilnosti se izrisuje poseben pomen osebnostne organizacije posameznika in njegovega sloga navezanosti, ki odražata temeljno psihodinamsko situacijo posameznika, iz katere izvira samomorilnost. V dobrem zajetju obeh – osebnostne organizacije in sloga navezanosti – poleg ocene neposredne samomorilne ogroženosti leži ključ do uspešne psihoterapevtske obravnave samomorilnosti.

Uvod

Samomor in samomorilnost pretresata človeštvo vse od vznika človekovega samozavedanja in od prvih zapisov naprej. Kot možnost človeka, da konča svoje življenje po svoji volji in odločitvi, je vznemirjala mislece – zdravnike, filozofe, psihologe, sociologe, duhovnike, umetnike in mnoge druge – in jih miselno oziroma interpretativno vodila v mnoge smeri. Vseeno pa samomorilnost ohranja težko dostopno in nedoumljivo skrivnostnost. Lahko se ji približujemo z več strani – s preučevanjem duševnih motenj in delovanja možganov, družbenih in medicinskih statistik, psiholoških, socioloških, filozofskih in religioških raziskav, z literarne in avtobiografske perspektive –, a vseeno ostajajo odprta in neodgovorjena, morda celo vprašanja, na katera ni mogoče odgovoriti. Gledano z očmi izkušenega klinika in zavzetega raziskovalca, pionirja suicidologije na Slovenskem, akad. prof. dr. Leva Milčinskega, je samomor del davka na ceno človekove svobode¹.

V poglavju bo obravnavano razumevanje samomora in samomorilnega procesa z vidika klinične prakse: od neposrednega prepoznavanja samomorilne ogroženosti preko ukrepanja v najbolj akutnih oblikah samomorilnosti pa vse do obravnave ljudi, ki so samomorilno ogroženi daljši čas oz. lahko pri njih dolgotrajna obravnava pomaga preprečevati samomorilnost. Izpostavljena bo predvsem povezanost samomorilnosti z dinamiko osebnostne organizacije in stili navezovanja. Osrednje vprašanje bo, kaj lahko naredimo v psihoterapevtskem smislu, da ljudem pomagamo iziti iz samomorilne ogroženosti in se varovati pred samomorilnimi vzgibi. Veliko kliničnih prizadevanj in raziskav se je v zgodovini suicidologije in v njeni sedanjosti osredotočalo na ta eminentni in ključni izziv psihoterapije.

Samomor in samomorilni proces v luči psihoterapevtskih intervencij

Samomorilni proces od (pasivnih) misli do samomorilnega poskusa

Samomorilnost zajema različne pojavne oblike in je dejansko zelo razvejan spekter stanj in vedenj (*več o tem v poglavju 1*). Poleg samomorilnih misli s samomorilnim načrtom ali brez njega, samomorilnega poskusa, imenovanega tudi parasuicid, in samomora so opisane tudi parasuicidalne geste, to so samomorilnemu poskusu podobne geste za pritegovanje skrbi in pozornosti ter namerno samopoškodovalno vedenje. Obstaja tudi posredno samouničevalno vedenje, h kateremu sodijo škodljiva raba alkohola ali prepovedanih drog, neupoštevanje terapevtskih ali dietnih navodil pri kroničnih telesnih boleznih, pa tudi gojenje skrajno tveganih športov ipd. (1). V neposredni bližini samomorilnosti so tudi življenje ogrožajoča dejanja pod vplivom spremenjenih stanj zavesti, ki se pojavijo v akutnih stanjih duševnih in telesnih obolenj ter se raztezajo od psihotičnih do delirantnih stanj, lahko pa tudi pod vplivom psihotropnih snovi.

V spektru samomorilnosti, ki je lahko opredeljen kot samomorilni proces, je opisan tudi pomemben koncept presuicidalnega sindroma, ki ga zaznamujejo (kognitivna in eksistencialna) utesnenost, zadržana agresivnost, ki obrne posameznika proti samemu sebi, in fantazije o samomoru (2). Tovrstno pojavljanje sklopa prepoznavnih znakov človekove situacije, ki je skrajno nevarna za samomor, opisuje eden velikih pionirjev suicidologije Edwin Shneidman kot samomorilni um v monografiji z istim naslovom (3).

¹ Besede Leva Milčinskega ob odstranitvi železnih rešetk z oken Psihiatrične bolnišnice Idrija, kot se jih je v osebni komunikaciji z avtorjem (B. Škodlar) spominjal ugledni slovenski psihiater in pisatelj Jože Felc.

Pri psihoterapevtski obravnavi je pomembno slediti izraženi stopnji samomorilnega procesa, letalnosti samomorilnih teženj pri posamezniku in s tem njegove samomorilne ogroženosti ter jih lajšati in zmanjševati, kar bo opisano v nadaljevanju poglavja. Glavno vodilo psihoterapevtske obravnave pa je prepoznavanje in obravnava razlogov za samomorilnost, ki jih je mogoče izluščiti iz pacientove pripovedi (4), ter ne zgolj in samo preprečevanje samomora (5). Terapevtov naslovnik mora biti človek v hudi duševni stiski, zaradi katere teži k samomoru, in ne zgolj nekdo, ki ne bi smel umreti zaradi samomora.

Krizne intervencije in obravnava samomorilnosti

Ambulantna in bolnišnična obravnava na področju kriznih intervencij in akutnih suicidalnih kriz

Kriza predstavlja porušenje duševnega ravnovesja, ki nastane po delovanju zunanega ali notranjega stresorja. Krize so sestavni in normalni del življenja. Zato se jih ne uvršča med bolezenska stanja, saj se v življenju vsi ljudje soočamo s krizami ob razvojnih izzivih in prehodih ter izgubah, boleznih in raznih travmatskih dogodkih. Motnjo v bolezenskem smislu se prepozna šele tedaj, ko pride do tako velikih duševnih in telesnih sprememb, da je ogrožena integriteta osebnosti. Od stopnje in izraženosti stresorja ter predvsem tudi od posameznikovih sposobnosti prilagajanja in obvladovanja je odvisno, kako močno se bodo te izrazile. Človek se znajde v kriznem stanju tedaj, ko zaznava nek dogodek ali situacijo kot neznosno do mere, ki presega njegove zmožnosti obvladovanja (6).

Znane so različne klinične manifestacije kriznih stanj. Mednarodna klasifikacija bolezni jih v svoji 10. reviziji uvršča v poglavje Nevrotske, stresne in somatoformne motnje. Med stresne motnje spadajo akutna stresna reakcija (F43.0), posttravmatska stresna motnja (F43.1) ter prilagoditvena motnja (F43.2). Seveda se krizno stanje lahko izrazi tudi pri posameznikih, pri katerih je že prisotna druga duševna ali osebnostna motnja.

Klinične manifestacije kriznih stanj in načela kriznih intervencij

Kadar se krizna situacija ne razreši, se lahko klinično manifestira z različnimi simptomi in znaki ali v obliki duševne motnje (7). Pogosta je anksioznost z vsemi psihološkimi in fiziološkimi značilnostmi (nemiro, mišično napetostjo, nespečnostjo, hiperaktivnostjo, utrujenostjo, zmanjšanjem apetita ipd.). Pozornost se usmeri – prizadeti je osredotočen na en sam, pogosto nepomemben vidik svojega doživljanja, kot so različne telesne senzacije, ali pa brez pravega učinka ruminira o možnih vzrokih in rešitvah problema. Z anksioznostjo in številnimi nepredelanimi dražljaji preplavljeni jaz regredira na zgodnejše, infantilno vedenje, ki ni več v skladu z realnostjo. Spremeni se časovna perspektiva, pogosto so v doživljanju pomešani zdajšnji, pretekli in celo prihodnji dogodki. Vsi impulzi in vse potrebe postanejo enako pomembne. Narašča občutek osamljenosti, pogosto pride do odtujitve od pomembnih oseb iz okolja. Prilagoditvene sposobnosti pešajo. Poveča se sugestibilnost, pride lahko do preplavljenosti z informacijami, ki jih ima človek navadno veliko, saj išče pomoč pri drugih ljudeh, ki mu ponujajo nasvete, kako bi rešil svoj problem, vendar so te informacije običajno dezorganizirane, zanj nekoristne in neuporabne. Ob specifičnih travmah, npr. ob spolnem nasilju, se lahko izražajo bolj specifični znaki – oseba se lahko počuti ponižano, razvrednoteno, lahko so prisotni občutki krivde in sramu. Vzpostavi se lahko nezaupanje do drugih ali pa občutki hude jeze do napadalca.

V kriznem stanju se zaradi občutka naraščajoče osamljenosti in občutka nemoči stopnjuje tudi nevarnost za samomor. Razvije se lahko zgoraj omenjeni presuicidalni sindrom. Ravno prisotnost nevarnosti za samomorilno vedenje pa je ena glavnih indikacij za bolnišnično obravnavo. Osebe so sprejete na urgentne oddelke in oddelke pod posebnim nadzorom psihiatričnih bolnišnic, na Univerzitetni psihiatrični kliniki (UPK) Ljubljana pa predvsem na Enoto za krizne intervencije.

Enota za krizne intervencije, ki deluje v sklopu Centra za mentalno zdravje UPK Ljubljana, je bila ustanovljena leta 1974 z namenom subspecialistične obravnave samomorilno ogroženih oseb v sklopu kriznih stanj (*več o tem v poglavju 2*). Enota za krizne intervencije je sprejemni oddelek, kjer sprejemi potekajo vseskozi na podlagi napotitve izbranega ambulantnega psihiatra oziroma po pregledu v urgentni psihiatrični službi. Gre za timsko in celostno obravnavo, kjer se v kombinaciji z zdravljenjem z zdravili uporabljajo različne psihoterapevtske intervencije v smislu kriznih intervencij. Cilj obravnave je ob zagotovitvi odsotnosti samomorilnih teženj tudi pridobitev drugačnih strategij reševanja težav, vzpostavitev kontrole nad čustvenimi in vedenjskimi odzivi, soočanje in sprejemanje vzpostavljenih razmer, postavitve konkretnih ciljev za prihodnost osebe ter pridobitev sodelovanja in podpore svojcev ter širše socialne mreže. Po odpustu se osebo usmeri v nadaljnje zdravljenje, pogosto psihoterapevtsko, če je za to prisotna indikacija (8).

Glede na izkušnje so krizne intervencije potrebne v situacijah, ko je prisoten očitni sprožilni dogodek, ki je povzročil neravnovesje, ko sta izrazito narasli anksioznost in psihična bolečina, ko so se zmožnosti obvladovanja bistveno zmanjšale ali zlomile ter sta motivacija in zmožnost za spremembo v pristopu k reševanju problema jasno prisotni. Za izid zdravljenja je pomembno, da oseba poišče pomoč, še preden so se pojavile sekundarne koristi in maladaptativno obvladovalno vedenje, kot so npr. umik iz okolja, ki je za osebo težko in nevzdržno, želja po predčasni invalidski upokojitvi, zatekanje v škodljivo anksiolitično rabo psihoaktivnih snovi.

Ob zdravljenju z zdravili, ki je vsaj v prvem obdobju kriznega stanja, ko so simptomi izraziti, pogosto potrebno tako v ambulantnem kot bolnišničnem okolju, se v sklopu kriznih intervencij uporabljajo različni psihoterapevtski pristopi. Zdravljenje temelji predvsem na psihodinamsko orientiranem pogledu na razvoj osebnosti, tako v skupinski psihoterapevtski obravnavi kot individualnih pogovorih. V dodatnih aktivnostih se uporabljajo tudi elementi vedenjsko-kognitivne terapije. Pomemben del obravnave predstavlja sistemsko-družinski pristop, v terapijo se pogosto vključi posameznikove najbližje osebe. Oseba mora torej izražati pripravljenost za delo na sebi, za iskanje sprememb, ki bi pomagale razrešiti tako trenutno krizno stanje kot tudi preprečiti njegovo ponovitev v prihodnje. Zato je treba razumeti in prepoznavati nezavedne vsebine ter povezovati probleme v sedanosti s tistimi iz preteklosti. Oseba se v terapiji uči drugačnih načinov odzivanja in vedenja ob posameznih vsebinah. Ne glede na psihoterapevtski pristop mora biti obravnavana samomorilnosti neposredna, témi se ne smemo izogibati, pomemben je empatičen terapevtski odnos ter iskanje učinkovitih veščin in strategij, ki bodo posamezniku v njegovem okolju pomagali premagovati stisko in zmanjševati samomorilno ogroženost (9).

Ob samomorilni ogroženosti v sklopu kriznega stanja je pomembno, da zmore terapevt empatično delovati. V prvi vrsti to pomeni, da je pozoren in razumevajoč poslušalec, ki na vprašanja odgovarja z empatijo, je ob tem pristen ter sprejemajoč brez obsojanja. Opredeliti je treba problem, ki vodi v stisko in samomorilnost. Osebi je treba zagotoviti varnost – oceniti resnost grožnje za psihološko in telesno integriteto, oceniti notranje vzgibe in zunanje okoliščine ter predvsem oceniti prisotno impulzivnost.

Delovanje terapevta je v vsakem primeru podporno, da okrepi in podpre pacientove zmožnosti spopadanja s kriznim stanjem. Glede na stopnjo stiske oziroma kriznega stanja pa je terapevt pri posamezniku lahko bolj ali manj direktiven. Skupaj z osebo v stiski preverja možnosti, ki so na voljo, ter pomaga pri izoblikovanju strategij za obvladovanje in razreševanje stike, ki je povzročila samomorilno ogroženost. Terapevt tako pomaga osebi izdelati kratkoročni načrt s konkretnimi koraki. Načrt mora biti realističen, saj bo sicer, če ga oseba ne bi zmogla izpeljati, še dodatno vplival na povečanje stiske. Velja torej načelo, da se krizno stanje poskuša razrešiti v domačem okolju, s pomočjo bližnjih, če je to okolje varno, in da se ga čim manj postavlja v bolezenski in medicinski kontekst. Strokovnjaki s področja duševnega zdravja se na ambulantni ravni vključijo ob resnejših simptomih, ki zahtevajo zdravljenje z zdravili in/ali psihoterapevtsko obravnavo. Bolnišnično zdravljenje pa je namenjeno osebam, pri katerih se je razvilo hudo krizno stanje, ki onemogoča primerno funkcioniranje in človeka ohromi na različnih življenjskih področjih. Prisotnost samomorilnih misli mnogokrat vpliva na odločitev glede oblike ponujene pomoči in je pogosto ključni presojevalni dejavnik pri odločitvi za sprejem pacienta v bolnišnico.

Poleg bolnišničnih oddelkov, kamor so lahko samomorilno ogroženi posamezniki sprejeti, in ambulantnih možnosti obravnave, kamor prihajajo ljudje ob dogovorjenih urah za obravnavo psihične stiske ob morebitni pridruženi samomorilnosti, imajo pomembno mesto pri preprečevanju samomorilnega vedenja v smislu razbremenjevanja tudi telefonske krizne linije, kot je npr. Klic v duševni stiski (*več o tem v poglavju 27*), Samarijan, Telefon za otroke in mladostnike. Včasih so te prvi stik, s katerim oseba v stiski išče pomoč. Zelo pomembne so tudi za premoščanje časovnih vrzeli med ambulantnimi srečanji in/ali bolnišničnimi obravnavami ter obravnavo stisk v teh praznih obdobjih med terapijami. Posebno pomembno je delovanje telefonskih kriznih linij v večernem in nočnem času, pa konec tedna in med prazniki, ko so druge oblike pomoči manj dostopne.

Akutna suicidalna kriza in kronična samomorilnost

Akutna suicidalna kriza je stanje, pridruženo akutnim stresnim oziroma kriznim stanjem, ko človek dejavno razmišlja o samomoru, ki ga vidi kot (edino) rešitev za svojo situacijo. Je najakutnejši primer presuicidalnega sindroma v samomorilnem procesu. V akutni suicidalni krizi človek vidi samomor kot odmik od nevzdržne čustvene bolečine, ko čuti globoko prikrajšanost in ga prevevata obup in nemoč. Občuti zastrtost pri iskanju drugih rešitev, si predstavlja globok mir oziroma prenehanje bolečega toka zavesti, čeprav je v temelju ambivalenten, razdvojen med dokončnostjo samomora in možnostjo, da bi bil rešen. To svojo namero izraža na nekaj običajno precej skritih načinov. Pri tem pa uporablja znane načine in stile spopadanja s stisko, ki ga spremljajo skoraj od otroštva, kot so zanikanje, umik, premeščanje ipd. (3).

V klinični praksi pa se pogosto srečamo tudi s posamezniki, ki so kronično samomorilno ogroženi. Kroničnost se lahko razvije zaradi neustreznih mehanizmov reševanja težav, ki prav tako človeka spremljajo od otroštva in kar največkrat srečamo v sklopu osebnostnih motenj ali tudi ob že kronični duševni motnji s povečano nevarnostjo za samomor, kot so depresivna motnja, bipolarna motnja razpoloženja, shizofrenija, odvisnost od alkohola ali prepovedanih drog. Pri obravnavi kronično samomorilno ogroženih posameznikov se osredotočamo na vire moči, ki jih ima človek na razpolago, v predelovanje težav in izgub zaradi duševne motnje ali/in drugih življenjskih okoliščin ter eksistencialne dimenzije življenja v smislu pogleda na življenje, prepričanij in verovanj ter perspektiv, ki jih človek vidi znotraj tega (10).

Antisuičidalni dogovor

Že ob prvem stiku z osebo, ki je samomorilno ogrožena, je treba razmišljati o sklenitvi antisuičidalnega dogovora, s katerim ta terapevtu zagotovi, da si v določenem časovnem obdobju, ki ga je treba vedno natančno določiti, ne bo skušala ničesar storiti in da bo ob neobvladljivem vzgibu k samomoru poiskala pomoč ter bližnjim in/ali strokovnjakom sporočila svoj namen. Antisuičidalni dogovor je treba v sklopu izvajanja kriznih intervencij vseskozi tudi obnavljati, prav tako ima velik pomen pri obravnavi kroničnih duševnih motenj in stanj ter s tem kronične samomorilne ogroženosti.

Pomembno je, da se antisuičidalni dogovor razume in uporablja kot psihoterapevtski pripomoček in kot izhodišče za nadaljnjo obravnavo samomorilnosti pri posamezniku. Sklenitev dogovora sama po sebi ni in ne more biti stoodstotno zagotovilo, da do samomorilnega dejanja ne bo prišlo. V svoji osnovi je iskanje odnosa s človekom, možne zaveze posameznika z nekom drugim, da se bo ob samomorilnem vzgibu skušal obvladovati in da ve, kaj ob neobvladljivosti lahko stori. Prav tako je preko sklenitve takšnega dogovora mogoče nadalje raziskovati moč in letalnost samomorilnega namena oz. težnje. Nenazadnje je to dogovor dveh ljudi o nečem, kar lahko preverjata, obnavljata, dograjujeta in postane del terapevtskega odnosa in s tem procesa. Zaradi vsega naštetega je tudi pomembno, da tega dogovora pacient ne čuti kot prisilo, kot dolžnost v odnosu do terapevta, da bo ta opravil neko svojo formalnost in bo zadovoljen. Kar nekaj pacientov je izrazilo takšno izkušnjo, namreč, da so sklenili antisuičidalni dogovor zaradi pritiska terapevta, ker so mu želeli ugoditi oz. izpolniti njegova pričakovanja. Če človek sklene antisuičidalni dogovor pod takšnimi pogoji in v takšni atmosferi, ta ne bo imel pravega mesta in bo zgrešil svoje osnovno poslanstvo v preprečevanju samomora.

Samomorilnost in psihoterapevtska obravnava v luči kliničnih raziskav, posameznikove osebnostne organizacije in stila navezanosti

Kdor se znajde v kriznem stanju in je samomorilno ogrožen, je vedno posameznik z mnogimi individualnimi značilnostmi, raznovrstnimi dejavniki, ki prispevajo k njegovi situaciji, in se mu je treba zato približati v njegovi enkratnosti, enkratnosti njegove situacije in enkratnosti njegove osebe. Pri tem so nam v pomoč epidemiološke raziskave, v katerih so opredeljeni dejavniki tveganja in varovalni dejavniki, ki s svojim dinamičnim ravnovesjem določajo neposredno samomorilno ogroženost posameznika in možnosti za psihoterapevtsko obravnavo. Kljub številnim silnicam, ki jih poznamo iz omenjenih raziskav, ostaja mnogo neznanega in nepojasnjenega. Za celovito razumevanje posameznikove situacije moramo vedno ostati odprti in radovedni. Človeka je treba natančno izprašati in se posvetiti njegovi življenjski zgodbi. Ob možnosti večkratnega srečanja je treba pustiti temu diagnostičnemu in terapevtskemu procesu, da posameznikovo situacijo dodatno osvetli.

Raziskave o psihoterapevtskih možnostih pri samomorilno ogroženih

V zadnjih desetletjih so v številnih raziskavah obravnavali pomen in vlogo psihoterapije pri samomorilno ogroženih posameznikih. Osrednje raziskovalno vprašanje je bilo, ali naj se samomorilnost obravnava v sklopu primarne duševne motnje, npr. depresije, ali samostojno.

V raziskavah o različnih psihoterapevtskih pristopih k preprečevanju samomora so raziskovali predvsem nastop in pojavnost samomorilnih ideacij in samomorilnih misli ter njihov prehod v samopoškodovalni ali samomorilni načrt. V središču pozornosti je

bilo duševno stanje posameznika, ki je poročal o samomorilnih namerah, npr. njegovi depresivni ali anksiozni simptomi (11).

V metaanalizi (12), v katero so bile vključene različne oblike psihološkega zdravljenja, so ugotovili, da so po zaključenem zdravljenju intervencije, ki so bile neposredno usmerjene v samomorilne misli in vedenje ter so nudile strategije za spopadanje s samomorilnostjo, imele boljše rezultate od terapij, ki so bile usmerjene v splošno zdravljenje anksioznosti in depresivnosti. Po enem letu pa se te razlike niso več izražale.

V metaanalizi dvajsetih randomiziranih raziskav, v katerih so raziskovali zgolj kognitivno-vedenjske oblike terapije samomorilnosti, se je za učinkovito pri zmanjševanju težav, depresivnosti in brezupa izkazala terapija reševanja problemov, v splošnem pa niso ugotovili klinično pomembnega izboljšanja (13, 14). Podobno smer učinkovitosti so ugotovili tudi za interpersonalno terapijo, ki se osredotoča na reševanje medosebnih težav in zapletov (15). Kognitivno-vedenjska terapija glede na rezultate nadaljnjih raziskav vpliva na zmanjšanje samomorilnih misli predvsem preko mehanizma zmanjševanja občutkov brezupa (16) in pa specifičnega naslavljanja občutij ujetosti, brezizhodnosti in nevrednosti s sramom (17). Na čuječnosti temelječa kognitivna terapija (angl. mindfulness-based cognitive therapy), ki združuje kognitivno-vedenjske tehnike z meditacijskimi in z dihanjem povezanimi vajami, poveča stabilnost čustvovanja, utrdi avtobiografski spomin in izboljša reševanje problemov pri samomorilno ogroženem posamezniku (18).

V 12 raziskavah so dokazovali, da dialektično-vedenjska terapija zmanjša samopoškodovalno vedenje, vendar z razmeroma majhno stopnjo učinkovitosti. Gre za vrsto kognitivno-vedenjske terapije, ki vključuje tako individualno kot skupinsko obliko zdravljenja in je usmerjena v to, da posameznik ostane vključen v terapijo ter se nauči obvladovati čustva, med drugim tudi s tehnikami čuječnosti (19).

Družinska terapija pri adolescentih s samopoškodovalnim vedenjem v primerjavi z običajnim zdravljenjem po rezultatih raziskave (20) ni zmanjšala stopnje samomorilne ogroženosti.

Psihoterapevtske možnosti z vidika pacientove osebnostne organizacije in stila navezanosti

Omenjeni so bili določeni psihoterapevtski pristopi, ki so bili posebej razviti za namen obravnave samomorilnosti ali so zanje zelo relevantni – interpersonalna terapija, na čuječnosti temelječa kognitivna terapija, dialektično-vedenjska terapija idr. – ter tudi njihova terapevtska učinkovitost. Poudariti je treba še dimenzijo osebnostne organizacije in stila navezanosti ter njuno vlogo pri samomorilnosti. Za neposredni psihoterapevtski pristop k samomorilno ogroženemu pacientu se izkažeta ravno raven osebnostne organizacije in stila navezanosti tista, ki najbolj določata psihoterapevtski pristop k pacientu in tudi terapevtske metode z zmožnostjo pomagati samomorilno ogroženim posameznikom.

Tudi v raziskavah potrjujejo, da niso samo stanje in simptomi, ampak prav osebnostno funkcioniranje, npr. pri ljudeh z mejno osebnostno motnjo, od katerega je odvisna samomorilna ogroženost pacientov (21). V raziskavah poslovilnih pisem oz. notic, ki so jih ljudje napisali pred samomorom, prav tako ugotavljajo več vidikov doživljanja, ki neposredno izhajajo iz njihove osebnostne organiziranosti, kot so močno boleče čustvovanje, kognitivna zoženost, nezmožnost prilagajanja, nerazrešeni medosebni odnosi, občutja zapuščenosti in izgub, pa razdvojenost, ne nevtralizirana jeza in maščevalnost ipd. (22). Medosebni odnosi, ki so najtesneje povezani s človekovo osebnostjo in njegovimi

zmožnostmi za navezovanje, so prepoznani kot najpomembnejši vir za samomorilnost, ki se napaja ne le iz žalosti, zapuščenosti in osamljenosti, ampak tudi jeze, agresije in maščevalnosti (23). Vse to ne drži samo, kot bi narekovala vsakodnevna klinična intuicija, za nevrotsko in mejno strukturirane ljudi, ki se veliko ukvarjajo s svojimi odnosi z drugimi ljudmi, pač pa tudi za tiste s psihotično organizacijo, ki pregovorno veljajo za odmaknjene in celo nezainteresirane za človeško družbo. V slovenski raziskavi na bolnikih s shizofrenijo, ki imajo psihotično organizacijo osebnosti, so ugotovili, da so zanje najpomembnejši viri za samomorilnost prav tako težave v medosebnih odnosih, kot so osamljenost, nezmožnost sodelovanja z drugimi ljudmi in občutja manjvrednosti (24).

Kaj pravzaprav pomeni raven osebnostne organizacije? V najosnovnejšem smislu jo lahko pri vsakem človeku razvrstimo v eno od treh velikih skupin, to so nevrotska, mejna in psihotična organizacija osebnosti. Z vidika oblikovanja osebnosti, njene notranje dinamike, obrambnih in kompenzatornih mehanizmov ter vzpostavljanja odnosov z drugimi ljudmi in splošnega funkcioniranja vsakdo sodi v eno od treh omenjenih skupin. Prilagoditev psihoterapevtske obravnave ravni osebnostne organizacije je eden ključnih dejavnikov pri obravnavi in preventivi samomorilnosti.

Značilnosti treh ravni osebnostne organizacije lahko v kratkem povzamemo. (i) Nevrotsko organizacijo osebnosti zaznamujejo stabilna, kontinuirana in integrirana identiteta, zrele in fleksibilne obrambe, ustrezno testiranje realnosti in logično mišljenje, primerne in varne meje med notranjim in zunanjim, stabilni in konstantni odnosi, dobro obvladovanje čustev, med katerimi so tudi krivda in obžalovanje z zmožnostjo hvaležnosti in opravičila. (ii) Za mejno organizacijo osebnosti lahko rečemo, da identiteta ni stabilna in konsistentna, da človek niha med večvrednostjo in ničvrednostjo, pogosto aktivira nezrele obrambne mehanizme, tudi stik z realnostjo je mestoma načet, prav tako meja med notranjim in zunanjim, odnosi so prav tako nestabilni, oteženo je obvladovanje čustev z močnim strahom pred ločenostjo oz. zapustitvijo. (iii) Pri psihotični organizaciji osebnosti je identiteta še bolj načeta, fragmentirana in dezorganizirana, prevladujejo nezreli obrambni mehanizmi, šibko testiranje realnosti in oškodovano racionalno mišljenje, meje med notranjim in zunanjim so vsaj prehodno ukinjene, odnosi in čustvovanje izrazito slabo uravnavani s pogostim močnim strahom pred izničenjem (25). Pacienti s to vrsto organizacije osebnosti čutijo, da je v ozadju vseh blodenj in psihoz temeljni strah pred izničenjem in smrtjo. Eksistencialni prastrahovi so zanje nekaj vsakdanjega, pred čemer se ne morejo skriti s pomočjo vsakdanje samoumevnosti in jih prežema dan in noč, kar pri nekaterih sproža tudi samomorilnost.

V luči organizacije osebnosti oz. psihološke ravni funkcioniranja lahko razumemo tudi samomorilne težnje in psihoterapevtske možnosti za njihovo preprečevanje. Nestabilnost občutka zase (angl. self-experience) in identitete ter težave pri obvladovanju čustev pomenijo tudi večjo nevarnost za pojavljanje samomorilnih teženj, ki so zato pogostejše pri mejnih in psihotičnih organizacijah osebnosti. Temu ustreza tudi pogostost samomorilnih teženj pri duševnih motnjah, pri katerih se omenjeni strukturi pojavljata, to sta shizofrenija in osebnostne motnje. Obe omenjeni skupini motenj sodita poleg depresije, ki ima zelo širok spekter in je skupna končna postaja mnogih motenj tudi na poti v samomorilnost, med tri najpogostejše duševne motnje s spremljajočimi samomorilnimi težnjami (26).

V psihoterapevtskih prizadevanjih v splošnem in tistih s ciljem preprečevanja samomorilnosti je pomembno, da se pri pacientu poleg drugega oceni tudi raven osebnostne organizacije, kar sodi v osnovno psihoterapevtsko diagnostiko. Seveda je ob

tem nujno oceniti stopnjo pacientove samomorilne ogroženosti. Na osnovi take celovite diagnostike se lahko zastavi psihoterapevtska obravnava. Vsem trem prej povzetim osebnostnim organizacijam se prilagaja tudi psihoterapevtski pristop. (i) Pri nevrotsko strukturiranih pacientih celokupno vlada večja stabilnost, nihanja čustvovanja so manjša, identiteta oz. občutje samega sebe, odnosov in sveta ne nihajo močno. Pri njih se bo zaradi tega med obravnavo lažje prodrlo k virom in razlogom za samomorilnost, prepoznali se bodo dejavniki tveganja in varovalni dejavniki, proces zdravljenja bo ob pacientovem predvidoma trdnejšem sodelovanju predvidljivejši, bolj sledljiv in linearen. (ii) Pri mejno strukturiranih pacientih je stabilnost čustvovanja bistveno nižja in s čustvi zaniha tudi občutek zase in za okolico. Zaniha lahko do velikega nezadovoljstva in besa ter preplavljenosti s čustvi do te mere, da se lahko stik z realnostjo prehodno tudi zmanjša ali celo ukine. V takšnih stanjih je tudi samomorilnost povečana in ta vzgib težje obvladljiv. Ob pogosti impulzivnosti pri teh pacientih je nevarnost samomorilnih gest in dejanj toliko večja. Psihoterapevtski proces je tako otežen in nikakor ni premočrten. (iii) Svet psihotično strukturiranih ljudi pa ima še nekoliko ranljivejši notranji svet, v katerem se lahko stik z realnostjo povsem ukine in človek zaživi vzporedno življenjsko zgodbo. V takšnem stanju ni nujno samomorilno bolj ogrožen. Pogosto pravzaprav ni, razen če ne gre za imperativne akustične halucinacije, to je drugim neslišne glasove, ki človeku ukazujejo, naj se ubije. Večina pacientov, ki takšnih glasov ne slišijo, pa velikokrat poroča, da so bili v času akutne psihoze manj samomorilni. Se je pa samomorilnost spet vrnila ali pojavila celo prvič v času, ko je akutna psihoza izzvenela ter so se spet vrnile njim že znane in pogoste težave pri sodelovanju z drugimi ljudmi. Ta vrnitev težav in nezmožnost uravnavanja svojega notranjega sveta učinkujeta precej demoralizirajoče, kar je po raziskavah pomemben vir samomorilnosti (27). V psihoterapevtskem delu, katerega cilji je tudi preprečevanje samomorilnosti, se je treba torej osredotočati na stabilnost čustev in razpoloženja, na kontinuiteto občutka zase in s tem identitete, ki omogoča tudi stabilne medčloveške odnose in zmožnost slediti lastnim ciljem. To velja predvsem za psihotično in mejno organizacijo osebnosti, ki sta glede na omenjene dimenzije doživljanja bolj izpostavljeni in ranljivi ter je samomorilna ogroženost pri njih večja.

Medčloveški odnosi pa so ključna vsebina še ene dimenzije, ki je s samomorilnostjo tesno povezana, to je navezanosti. Teorija navezanosti opredeljuje, kako so otrokove zgodnje izkušnje in vzorci navezanosti na pomembne druge povezani s poznejšimi vzorci v medčloveških odnosih pri odraslih. Znani so varni in ne-varni stili navezanosti, ki predstavljajo skozi čas stabilne vzorce navezanosti v medčloveških stikih. Ne-varni stili navezanosti so povezani s številnimi težavami v duševnem zdravju. Kot ugotavljajo v raziskavah, so tudi pomemben napovedni dejavnik samomorilnosti. Ljudje, ki pri navezovanju ne čutijo varnosti, imajo torej ne-varen oz. negotov stil navezanosti, so ranljivejši za samomorilnost. Pri njih so pogostejše tako samomorilne ideacije kot tudi samomorilno vedenje (28). Poznavanje in klinična opredelitev stila navezanosti ima torej psihoterapevtski potencial, saj so načini vzpostavljanja medčloveških odnosov in njihova kakovost pomemben del psihoterapevtske obravnave. Kažejo razvojno težavo, ki se preko težnje k ponavljanju izrazi v človekovih nadaljnjih odnosih, tudi tistih, ki so se lahko zapletli v času pred izbruhom samomorilnosti. Prepoznavanje stila navezanosti tako nudi izhodišče za psihoterapevtsko obravnavo samomorilnosti, ki ima torej lahko tudi preventiven učinek (29).

Zaključek in usmeritve za naprej

Psihoterapija je neobhodni sestavni del obravnave samomorilnosti v vseh njenih pojavnih oblikah. Že to, da nam človek v duševni stiski, ki jo spremljajo samomorilne težnje, svoje stanje opiše in zaupa, ima v mnogih primerih psihoterapevtski učinek. Vsakomur, ki se znajde v takšnem težkem stanju brezizhodnosti in obupa s samomorilnimi težnjami, je pomembno ponuditi takojšnjo in neposredno pomoč. Slednje sodi v območje kriznih intervencij, ki so v svojem bistvu psihoterapevtski ukrepi in vodijo v razbremenitev, iskanje rešitev in ponovno orientacijo, kar se lahko odvija v bolnišničnem ali ambulantnem okviru. Pri nadaljnji obravnavi pacienta, pri katerem je nakazana dolgotrajnejša psihoterapevtska obravnava, pa se ta prilagaja potrebam posameznega pacienta in njegovi situaciji, virom moči in ravni osebnostne organizacije ter stilu navezanosti. Ravno raven osebnostne organizacije je tista, ki najpomembneje vpliva na obliko in modaliteto psihoterapije pri posameznem pacientu.

Ni dvoma o tem, da so stik z drugim človekom, bližina in beseda osnovni mediji, skozi katere lahko dosežemo posameznika, ki se je znašel v breznu samomorilnega razmišljanja in načrtovanja tega usodnega samouničujočega dejanja. Stik, bližina in beseda, kadar govorimo o strokovni pomoči ljudem v duševni stiski, pa so drugo ime za psihoterapijo.

Kljub temu da so raziskave in klinične izkušnje pri psihoterapevtski obravnavi samomorilno ogroženih posameznikov pogosto neenovite, včasih nespodbudne in puščajo številna odprta vprašanja, ostaja neizpodbitno dejstvo, da kažejo pomembno mesto psihoterapije. Samomora sicer ni mogoče preprečiti pri vseh ljudeh, kar terapevta vedno znova človeško zaboli in strokovno razočara. Profesionalna in človeška pretresenost sta vir visoke motivacije za mnoge klinike in raziskovalce na tem področju. Preverjajo in izboljšujejo se uveljavljeni terapevtski pristopi ter iščejo in oblikujejo novi, kar izraža globoko slutnjo, da ima psihoterapija pri samomorilno ogroženemu posamezniku in njegovih bližnjih pomembno mesto. Mesto, ki je zahtevno in odgovorno, nemalokrat rešuje življenje, nudi pa mnoga globoka spoznanja o življenju ter bogati in osmišlja terapevtovo življenje.

Reference

1. Milčinski L. Očitne in skrite oblike samomorilnosti. V: Kongresne teme. Predavanje na III. Jugoslovanskem kongresu nevrologije in psihiatrije razvojne dobe; 27.–30. maj 1987; Ljubljana. Ljubljana: [s. n.]; 1987. str. 1–4 (tipkopis).
2. Ringel E. The presuicidal syndrome. *Suicide Life Threat Behav.* 1976;6(3):131–49. doi: 10.1111/j.1943-278X.1976.tb00328.x
3. Shneidman ES. *The suicidal mind.* Oxford: Oxford University Press; 1996.
4. Škodlar B. Fenomenološka analiza razlogov za samomorilnost pri bolnikih s shizofrenijo [doktorska disertacija]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta; 2008.
5. Milčinski L. Izbrana dela. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana; 2016. Kako danes zremo na samomor; str. 85–90.
6. Kocmur M. Krizna stanja. V: Romih J, Žmitek A, urednika. *Urgentna stanja v psihiatriji*; zbornik; 16. in 17. oktober 1998; Begunje. Begunje: Psihiatrična bolnišnica; 1999. str. 89–100.
7. Rusk TN. Opportunity and technique in crisis psychiatry. *Compr Psychiatry.* 1971;12:249–63. doi: 10.1016/0010-440X(71)90022-8
8. Kokalj A, Rus Prelog P, Novak Šarotar B. Diferencialno diagnostične dileme in celostna obravnava osebe v kriznem stanju na Enoti za krizne intervencije: preliminary results. V: Abstracts: addressing mental health needs in the Alps - Adria - Danube region: stigma, community based care, stress and suicidality. 2014; WPA Regional Congress Ljubljana. Ljubljana: [s. n.]; 2014. str. 64.
9. Novak Šarotar B. Evaluacija zdravljenja kriznih stanj na Enoti za krizne intervencije, CMZ-UPK Ljubljana. V: Novak Šarotar B, Bon J, urednika. *Zbornik 6. slovenskega psihiatričnega kongresa*; 16.–19. november 2016; Portorož. Ljubljana: Združenje psihiatrov pri SZD; 2016. str. 90.

10. Kuzmanić M. Samomor v eksistencialno-fenomenološki perspektivi: smisel ali nesmisel? [doktorska disertacija]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta; 2011.
11. Fazel S, Runeson B. Suicide. *N Engl J Med*. 2020;382(3):266–74. doi: 10.1056/NEJMra1902944
12. Meerwijk EL, Parekh A, Oquendo MA, Allen IE, Franck LS, Lee KA. Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(6):544–54. doi: 10.1016/S2215-0366(16)00064-X
13. Hawton K. A national target for reducing suicide. Important for mental health strategy as well as for suicide prevention. *BMJ*. 1998;317(7152):156–7. doi: 10.1136/bmj.317.7152.156
14. Townsend E, Hawton K, Altman DG, Arensman E, Gunnell D, Hazell P idr. The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychol Med*. 2001;31(6):979–88. doi: 10.1017/s0033291701004238
15. Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K, Chew-Graham C, Moorey J, Mendel E idr. Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ*. 2001;323(7305):135–8. doi: 10.1136/bmj.323.7305.135
16. Mewton L, Andrews G. Cognitive behavioral therapy for suicidal behaviors: improving patient outcomes. *Psychol Res Behav Manag*. 2016;9:21–9. doi: 10.2147/PRBM.S84589
17. Williams M. Suicide and attempted suicide. London: Penguin Books; 2001.
18. Chesin M, Interian A, Kline A, Benjamin-Phillips C, Latorre M, Stanley B. Reviewing mindfulness-based interventions for suicidal behavior. *Arch Suicide Res*. 2016;20:507–27. doi: 10.1080/1381118.2016.1162244
19. DeCou CR, Comtois KA, Landes SJ. Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: a meta-analysis. *Behav Ther*. 2019;50(1):60–72. doi: 10.1016/j.beth.2018.03.009
20. Cottrell DJ, Wright-Hughes A, Collinson M, Boston P, Eisler I, Fortune S idr. Effectiveness of systemic family therapy versus treatment as usual for young people after self-harm: a pragmatic, phase 3, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(3):203–16. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30058-0
21. Baus N, Fischer-Kern M, Naderer A, Klein J, Stephan Doering S, Pastner B idr. Personality organization in borderline patients with a history of suicide attempts. *Psychiatry Res*. 2014;218(1–2):129–33. doi: 10.1016/j.psychres.2014.03.048
22. Leenaars AA. Psychotherapy with suicidal people: a person-centred approach. Chichester: Wiley; 2004. doi: 10.1002/9780470713419
23. Meyer CL, Irani TH, Hermes KA, Yung B. Explaining suicide. London: Academic Press; 2017. doi: 10.1016/B978-0-12-809289-7.00002-6
24. Škodlar B, Tomori M, Parnas J. Subjective experience and suicidal ideation in schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 2008;49:482–8. doi: 10.1016/j.comppsy.2008.02.008
25. McWilliams N. Psychoanalytic diagnosis. New York: The Guilford Press; 2011.
26. Lönnqvist J. Major psychiatric disorders in suicide and suicide attempters. V: Wasserman D, Wasserman C, urednici. Oxford textbook of suicidology and suicide prevention. Oxford: Oxford University Press; 2011. str. 275–86.
27. Birchwood M, Mason R, MacMillan F, Healy J. Depression, demoralization and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychol Med*. 1993;23(2):387–95. doi: 10.1017/s0033291700028488
28. Sheftall AH, Schoppe-Sullivan SJ, Bridge JA. Insecure attachment and suicidal behavior in adolescents. *Crisis*. 2014;35(6):426–30. doi: 10.1027/0227-5910/a000273
29. Lizardi D, Grunebaum MF, Burke A, Stanley B, Mann JJ, Harkavy-Friedman J idr. The effect of social adjustment and attachment style on suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand*. 2011;124(4):295–300. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01724.x

Samomorilnost in samopoškodovanje v obdobju otroštva in mladostništva

Lara Leben, Maja Drobnič Radobuljac

Ključni poudarki poglavja

- V obdobju 1997–2019 je bil samomor v Sloveniji v starostni skupini 10–19 let drugi vzrok umrljivosti. V povprečju letno zaradi samomora v tej starostni skupini zabeležimo 10 smrti.
- Pomembno je ločiti samopoškodovalno vedenje brez namena umreti od samopoškodovalnega vedenja z namenom smrti oziroma samomorilnega vedenja.
- Za preprečevanje in obravnavo samopoškodovalnega vedenja mladih obstajajo učinkovite metode.
- V obravnavo naj bodo poleg mladostnika in njegovih staršev vključeni tudi šola in druge čustveno stabilne odrasle osebe, ki jim mladostnik zaupa.
- Preventivni programi preprečevanja samomorilnega vedenja med mladimi kažejo spodbudne rezultate, zato so v prihodnosti smiselni in zaželeni.

Povzetek

Po podatkih raziskav komaj polovica mladostnikov spregovori o samopoškodovanju, zato je potreba po presejanju in spodbujanju mladih k temu, da o samopoškodovanju nekomu zaupajo in poiščejo pomoč, velika. Pri kliničnem delu z mladostniki s samopoškodovalnim vedenjem je pomembno ločiti samomorilno vedenje od samopoškodovalnega vedenja brez namena umreti (angl. non suicidal self injury; NSSI). Večina mladostnikov se namreč samopoškoduje, da bi se pomirili, sprostiti svojo notranjo napetost in prevzeli nadzor nad nevzdržnimi čustvenimi ali kognitivnimi stanji in ne iz želje umreti. Če stiske vztrajajo in se samopoškodovalno vedenje stopnjuje, lahko preraste v samomorilnost. Samomorilno vedenje se pri mladostnikih pojavi kot posledica prepleta različnih dejavnikov tveganja in varovalnih dejavnikov. Pri raziskovanju in obravnavi samomorilnega vedenja mladostnikov pa je vedno več poudarka na psihološki odpornosti. Pri njihovi začetni obravnavi je treba preveriti tako dejavnike tveganja kot tudi varovalne dejavnike ter poskrbeti predvsem za mladostnikovo varnost. Pri oceni samomorilne ogroženosti si lahko pomagamo s presejalnim intervjujem. Največ izkušenj pri presejanju samomorilnosti mladih je trenutno s Kolumbijsko lestvico za oceno samomorilne ideacije (angl. Columbia Suicide Severity Rating Scale; C-SSRS), ki je prevedena tudi v slovenščino. Kadar samomorilno tveganje ni visoko, se najpogosteje odločimo za ambulantno obravnavo, pri visokem tveganju, predvsem pri mladostnikih s pridruženjo, nezdravljeno ali poslabšano duševno motnjo in odsotno podporo družine, pa je potreben sprejem v bolnišnico. Pri obravnavi se uporabljajo naslednji pristopi: varovalni načrt, omejevanje dostopa do sredstva za samomor, poostren nadzor in varovanje mladostnika, psihoterapevtski pristopi, delo z družino in delovanje v socialnem sistemu. Kot učinkovite so se izkazale tudi različne oblike preventivnih skupnostnih programov pri dolgoročnem preprečevanju samomorilnosti mladih, zato je smiselno poudarjati pomen preventive in ozaveščanja ljudi o pomenu prepoznavanja in ukrepanja ob sumu na samopoškodovalno vedenje mladih.

Uvod

Povsod po svetu se pogostost namernega samopoškodovanja poveča po pričetku pubertete, v obdobju mladostništva. Mladostništvo ali adolescenca¹ je obdobje odraščanja, torej prehajanja iz otroka v odraslo osebo. Značilnosti adolescence (npr. vidne telesne spremembe, spremenjeno kognitivno delovanje) so poleg hormonskih sprememb tudi posledica v zadnjih desetletjih bolje preučenega razvoja možganov, ki poteka pod vplivom genetsko zastavljenih razvojnih poti, v velikem deležu pa tudi pod vplivom okolja. V času od pričetka pubertete do približno 25. leta se možgani, ki že pri šestih letih dosežejo svojo končno velikost, pospešeno spreminjajo. Prihaja sprva do izgube, nato pa do nove tvorbe velikega števila sinaps v različnih predelih možganske sivine, ob tem pa z zakasnitvijo do postopne mielinizacije². Ta poteka v dorzalno-frontalni smeri, torej od razvojno starejših predelov možganov, ki so odgovorni za najosnovnejše človeško delovanje (dihanje, prehranjevanje ipd.), proti evolucijsko mlajšim, frontalnim predelom možganov, ki so odgovorni za bolj kompleksno človeško delovanje (npr. načrtovanje, sklepanje, predvidevanje) (1, 2). Gre za proces, ko se mladostnik pospešeno tako telesno, nevrofiziološko kot tudi kognitivno in čustveno spreminja. Ta proces se neizogibno odraža v njegovem razmišljanju, doživljanju sveta, čustvovanju, vedenju in nenazadnje v medosebnih odnosih. To je navzven obdobje intenzivnega preizkušanja meja, eksperimentiranja (npr. z intimnimi odnosi ali tveganimi vedenji, kot so raba psihoaktivnih snovi, ukvarjanje s tveganimi športi), pridobivanja izkušenj v odločanju, ugotavljanja lastnih zmot in učenja iz napak. V tem obdobju mora mladostnik izpolniti vrsto razvojnih nalog, od postopnega osamosvajanja ob prevzemanju odraslih odgovornosti, vzpostavljanja stabilnih in intimnih odnosov z vrstniki, akademskega uspeha oz. pridobivanja znanja za poznejšo ekonomsko neodvisnost, formiranja lastnega moralnega in vrednostnega sistema do razvoja realistične, stabilne in pozitivne lastne identitete. Ob tem ko se mladostnikove sposobnosti razmišljanja razvijajo iz konkretnih k vedno bolj abstraktnim, se pri razvoju identitete večina mladostnikov ukvarja tudi z vprašanji o lastnem obstoju (ne samo »Kdo sem?« in »Kakšen sem?«, temveč tudi »Zakaj sem?«) (3) in vprašanji o minljivosti, umiranju in smrti (4).

Samopoškodovalno vedenje mladostnikov (z namenom umreti ali brez njega) večinoma ostane očem skrito, saj poročajo, da jih o njem komurkoli zaupa le okrog 40 %. Od teh jih največ zaupa prijateljem (69 %) in staršem (27 %), strokovnjakom s področja duševnega zdravja ali zdravnikom pa samo 14 oz. 8 %. Ti podatki kažejo potrebo po presejanju in spodbujanju mladih, da se o samopoškodovanju nekomu zaupajo in poiščejo pomoč (5). Odrasli, ki se samopoškodujejo, poročajo, da jih strokovni delavci obsojajo, ne poslušajo in nimajo dovolj znanja o obravnavi samopoškodovalnega vedenja. Pozitiven odnos z zdravstvenimi delavci je tako ključen, da oseba s samopoškodovalnim vedenjem ostane motivirana za zdravljenje in iskanje nadaljnje pomoči (6).

Glede na to, da je samopoškodovanje v mladostniškem obdobju pogosto, je verjetnost, da strokovnjak pri delu z mladostniki pride v stik z nekom, ki se samopoškoduje ali v stiski razmišlja o samomoru, relativno velika (7). Zato je pomembno, da ta pojav strokovni delavci, ki delajo z otroki in mladostniki na različnih področjih, poznajo in ustrezno obravnavajo. V raziskavah so namreč pokazali, da strokovni delavci, ki obravnavajo odrasle in mlade s samopoškodovalnim vedenjem, pogosto poročajo o občutkih nemoči, strahu,

¹ Iz lat. *adolescere* – odraščati.

² Proces nastajanja mielinske ovojnice, ki obdaja možganske celice in služi hitrejši prevodnosti akcijskih potencialov po možganih.

jeze in izgorelosti ob svojem delu ter potrebi po dodatnem znanju in supervizijah (8). V slovenski raziskavi med delavci zdravstvene nege, zaposlenimi na psihiatričnih oddelkih za obravnavo mladostnikov in mladih s samomorilnostjo in samopoškodovalnim vedenjem, so ugotavljali, da jih več kot 50 % meni, da njihovo znanje o samopoškodovalnem vedenju ni zadostno, več kot 75 % pa jih je izražalo željo po dodatnem usposabljanju (8). Boljše znanje, več izkušenj in bolj pozitiven odnos do teh pacientov je imelo zdravstveno osebje, zaposleno na oddelkih za psihoterapijo (9). Tudi izkušnje osebja, ki paciente po epizodi samopoškodovanja obravnava v okviru urgentne zdravstvene službe, so slabše, če jim primanjkuje znanja o duševnem zdravju (10, 11). Podobno o vplivu znanja in izkušenj na odnos do mladih s samopoškodovalnim vedenjem poročajo tudi učitelji (12). Prav znanje, izkušnje in občutki strokovnih delavcev so pomembni za vzpostavljanje odnosa z občutljivim mladostnikom. To je ključno za mladostnikovo zaupanje, izkušnjo z obravnavo, uspeh zdravljenja in posledično verjetnost, da bo tudi ob prihodnjih stiskah poiskal strokovno pomoč (13). Zato so znanje in izkušnje vseh strokovnjakov, ki pri svojem delu pogosto prihajajo v stik z mladimi v stiskah, tiste, ki vplivajo na kakovost življenja in celo življenje mladih s samopoškodovalnim vedenjem (13).

Samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena in samomorilnost

V znanstveni in strokovni literaturi se še vedno uporablja izraz samopoškodovalno vedenje, ki zajema vse oblike vedenj, pri katerih si otrok, mladostnik ali odrasla oseba namenoma telesno škodi (12, 14). Za klinično delo z mladostniki s samopoškodovalnim vedenjem je pomembno razlikovati samomorilno vedenje od samopoškodovalnega vedenja brez namena umreti.

Angleške smernice (angl. National Institute for Health and Care Excellence) definirajo namerno samopoškodovanje (angl. deliberate self-harm; DSH) kot »samozastrupitev ali samopoškodbo, ki je neodvisna od namena dejanja« (15). Posamezna epizoda je lahko samomorilni poskus, vendar pa veliko samopoškodovalnih dejanj ni povezanih s samomorilnim namenom (16). Podskupino teh vedenj, tj. samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena, definirajo kot »namerno povzročanje poškodb lastnega telesa na način, ki ni socialno sprejemljiv in nima samomorilnega namena« (17, 18) (preglednica 23.1). Ta vedenja se najpogosteje pojavljajo prav pri mladostnikih in mladih odraslih ter vključujejo rezanje ali zbadanje kože, pogosto je tudi povzročanje kožnih opeklin (npr. s cigaretnimi ogorki), udarjanje ob trd predmet ali dele telesa, praskanje do krvi, odstranjevanje krast s kože, udarjanje z glavo ob trd predmet in grizenje (19). Mladostniki, ki imajo dostop do drugačnih metod, uporabljajo za samopoškodovanje tudi te. Tako na primer tisti s sladkorno boleznijo tipa 1 v samopoškodovalne namene najpogosteje uporabljajo zbadanje z iglo po koži ali odmerjanje previsokih ali prenizkih odmerkov insulina (14). Večina bolnikov (po nekaterih ocenah kar 90 %) ta vedenja uporablja z namenom samopomirjanja, sprostitve notranje napetosti in prevzemanja nadzora nad nevzdržnimi čustvenimi ali kognitivnimi stanji, kar je ravno nasprotno samomorilnemu namenu (ali celo z namenom preprečitve samomorilnega poskusa). Na ta način se samopoškodovalno vedenje dolgoročno vzdržuje po principu krepitve, torej povečevanja tovrstnega vedenja. Na podlagi funkcionalnega pristopa se NSSI deli glede na način krepitve na avtomatsko pozitivno krepitev, kjer samopoškodovanje mladostnik uporablja za pobeg iz nevzdržnega čustvenega ali kognitivnega stanja, in avtomatsko negativno krepitev, pri katerem se samopoškodovanje uporablja za vzbujanje čustev. Socialno pozitivna krepitev se pojavi, ko je NSSI izvedeno z namenom opozarjanja in pridobivanja pozornosti, socialno negativna

krepitev pa za izogibanje zahtevam v medosebnih odnosih (20). Po medicinskem modelu se NSSI deli na impulzivno, kompulzivno, stereotipno in hudo obliko. Pri kliničnem delu se največkrat pojavlja impulzivna oblika, ki se najpogosteje začne v starosti 12–14 let in v več kot 80 % primerov v obdobju mladostništva tudi izzveni (13, 17). Največ mladostnikov uporablja NSSI impulzivno za samopomoč pri reševanju notranjih stisk in čustvenih stanj. Vedenje postane problematično po 5–10 ponovitvah. Nekateri opisujejo, da takrat pridobi značilnosti bolezni odvisnosti (13). Pri kompulzivni obliki govorimo o ponavljajočih se oblikah samopoškodovalnega vedenja (npr. grizenje nohtov, praskanje obnohtne kože, trihotilomanija³), ki ima pogosto tudi obsesivno komponento. Stereotipna oblika se pojavlja predvsem v sklopu intelektualne manjzmožnosti ali pervazivne razvojne motnje⁴. Posameznik brez občutkov sramu in inhibicije v javnosti ponavlja monotona samopoškodovalna vedenja (udarja z glavo ob steno, se tepe po obrazu, boksa v trebuh). Najbolj dramatična, a na srečo redka, je huda oblika, kjer si posameznik trajno poškoduje del telesa. Običajno je v sklopu psihotičnega doživljanja (20).

Preglednica 23.1. Kriteriji za samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena (18)

- A) Posameznik si je pet ali več dni v zadnjem letu namerno povzročal poškodbo na površini lastnega telesa na način, ki vodi v krvavitve, obtolčenine ali bolečine (npr. rezanje, žganje, zbadanje, udarjanje, pretirano praskanje), s pričakovanjem, da bo poškodba povzročila blago ali zmerno telesno poškodovanost (samomorilni namen je odsoten).

Zaznamek: Posameznik je potrdil odsotnost samomorilnega namena ali pa o tem sklepamo na podlagi ponavljajočega se vedenja, za katerega posameznik ve, da ne bo povzročilo smrti.

- B) Posameznik se zateka v samopoškodovalno vedenje z enim ali več od naslednjih pričakovanj.
1. Da doseže olajšanje ob negativnem občutku ali kognitivnem stanju.
 2. Da reši medosebno težavo.
 3. Da si povzroči pozitivne občutke.

Zaznamek: Željeno olajšanje ali odgovor doživi med samim samopoškodovanjem ali hitro po njem in posameznik lahko prikazuje vzorec vedenja, ki nakazuje na odvisnost od ponavljajočega se zatekanja k takšnemu vedenju.

- C) Namerno samopoškodovanje je povezano z vsaj enim od naslednjih občutkov.
1. Medosebne težave ali negativni občutki ali misli, kot so depresivno, anksiozno razpoloženje, napetost, jeza, splošna psihična stiska, samokritika, ki se pojavijo neposredno pred samopoškodovanjem.
 2. Pred samopoškodovanjem je obdobje preokupacije z načrtovanim vedenjem, posameznik se ob tem težko nadzoruje.
 3. Pogosto razmišljanje o samopoškodovanju, tudi če do samega vedenja ne pride.

- D) Vedenje ne zajema posegov na površini telesa, kot so prebadanje kože (parsing), tetoviranje, vedenja, ki je del verskih ali kulturnih obredov, praskanje krast ali grizenje nohtov.

- E) Vedenje in njegove posledice povzročijo klinično pomembno stisko ali pomembno vplivajo na medosebno, akademsko in druga pomembna področja delovanja.

- F) Vedenje se ne pojavlja izključno med psihotičnimi epizodami, delirijem, zastrupitvijo s psihoaktivnimi snovmi ali odtegnitvijo od njih. Pri posameznikih z motnjami v razvoju ni del vzorca stereotipij. Vedenja ni mogoče razložiti z drugo duševno motnjo ali boleznijo (npr. psihozo, motnjami avtističnega spektra, duševno manjrazvitostjo, Lesch-Nyhanovim sindromom, stereotipno motnjo gibanja s samopoškodovanjem, trihotilomanijo, motnjo praskanja).

³ Duševna motnja, pri kateri se pojavlja močna, neustavljiva želja po puljenju las.

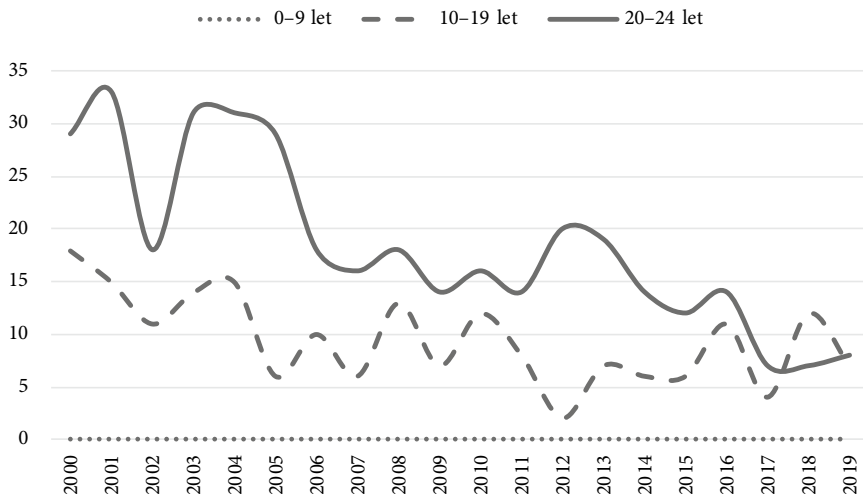
⁴ Nevrorazvojne motnje, ki zajemajo simptome s področja socialnih interakcij, komunikacije ter stereotipne vzorce vedenja in interesov.

Epidemiologija samopoškodovalnega in samomorilnega vedenja

O življenjski prevalenci NSSI pri odraslih poročajo v 6 % (po različnih raziskavah 2–17 %), pri mladostnikih pa v povprečju pribl. 19 % (19, 21). V vzorcu slovenskih srednješolcev, starih 14–19 let, so ugotovili, da se je 24 % mladostnic in 12 % mladostnikov do 19. leta že kdaj samopoškodovalo brez namena umreti (14). Še o višjih prevalencah samopoškodovalnega vedenja pa pričakovano poročajo v raziskavah, opravljenih na kliničnih vzorcih mladostnikov, saj v nekaterih navajajo letno prevalenco celo do 50 % (22, 23). O življenjski prevalenci NSSI je poročalo 44 % mladostnikov, sprejetih v bolnišnico na Enoti za adolescentno psihiatrijo Univerzitetne psihiatrične klinike v Ljubljani (24). V avstralski longitudinalni raziskavi, v kateri so spremljali več kot 1.900 mladih od 15. do 29. leta (v sedmih valovih), je bila začetna ugotovljena prevalenca samopoškodovalnega vedenja 8-odstotna, od tega je kar 82 % mladih samopoškodovalno vedenje spontano preraslo (25, 26).

Življenjska prevalenca samomorilnih poskusov med mladostniki je v večini držav 1–4 % pri fantih in 2–10 % pri dekletih (27). Tomori idr. so že leta 1996 ugotovili, da je 10 % od 4.706 vprašanih slovenskih mladostnikov do starosti 14–19 let že kdaj poskušalo storiti samomor (od teh 14 % deklet in 7 % fantov), 44 % mladostnikov pa je že kdaj razmišljalo o tem, da bi se ubilo (55 % deklet in 31 % fantov) (28). V podobni raziskavi, ki je bila izvedena trinajst let pozneje, je na manjšem vzorcu srednješolcev ostala prevalenca samomorilnih poskusov in samomorilnih misli približno enaka (14). V raziskavi, ki je bila izvedena na kliničnem psihiatričnem vzorcu slovenskih mladostnikov leta 2016, je samomorilne misli navajalo 59 %, anamnezo samomorilnega poskusa pa 21 % mladostnikov (24).

Samomori so v starostni skupini do deset let izjemno redki, v zadnjih 20 letih v Sloveniji uradne statistike ne beležijo nobenega. Število samomorov v starostni skupini 10–19 let se po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje giblje letno okrog 10, v skupini 20–24 let pa okrog 15 letno. Podobno kot v tujini in pri odraslih pa tudi slovenska statistika v zadnjih 20 letih kaže postopen upad števila samomorov med mladostniki (27, 29) (slika 23.1).



Slika 23.1. Število samomorov v Sloveniji po starostnih skupinah za oba spola (27, 29)

Etiologija samopoškodovalnega in samomorilnega vedenja

V etiologijo samomorilnega vedenja mladostnikov je zajet sovpliv različnih dejavnikov, ki večajo ali manjšajo tveganje za samomorilno vedenje (preglednica 23.2). Gre za preplet bioloških, okoljskih in psiholoških dejavnikov (30). Večina raziskav je bila do zdaj izvedena na področju samomorilnosti, le redki raziskovalci so preučevali dejavnike, ki vplivajo na NSSI v razvojnem obdobju, vendar zaradi povezanosti obeh oblik vedenja pogosto navajajo enake dejavnike za vse oblike samopoškodovalnih vedenj (z namenom umreti in brez njega). Nekateri tudi poudarjajo, da bi bilo treba več pozornosti, tako raziskovalne kot tudi splošne, nameniti odpornosti, ki se večinoma predstavlja kot odsotnost dejavnikov tveganja (npr. odsotnost disfunkcionalnih družinskih odnosov) (31).

Preglednica 23.2. Splošni dejavniki tveganja za samomor in dejavniki tveganja, značilni za mladostnike

Splošni dejavniki tveganja za samomor	Dejavniki tveganja za samomor v mladostništvu
Moški spol	Moški spol, višja starost
Duševne motnje	Duševne motnje (depresija, motnje hranjenja)
Predhodni samomorilni poskusi	Predhodni samomorilni poskusi, samomorilne misli ali NSSI, sprejem v bolnišnico
Nagnjenost k impulzivnemu in agresivnemu vedenju	Impulzivna agresivnost
Zloraba alkohola	Zloraba alkohola ali drog (še posebno v kombinaciji z depresijo in motnjo vedenja)
Stres	Stresni dejavniki in travmatski dogodki, šolski neuspeh
Osebnostna motnja	Motnja vedenja, delinkventno vedenje, težave z oblastjo
Samski stan (ločeni, ovdoveli)	Nevroticizem, pesimizem, perfekcionizem, nizka samozavest, slabi mehanizmi spoprijemanja
Brezposelnost	Neheteroseksualna spolna usmerjenost, odsotnost ujemanja biološkega spola s spolno identiteto in druge pojavnosti populacije LGBTQ+
Samomorilni načrt	Vrstniško nasilje, spletno nasilje, slabi odnosi z vrstniki
Obupanost	Izguba romantičnega odnosa, selitev
Socialna osamitev	Uporaba spletnih forumov, na katerih je mogoče izmenjati mnenja o samomorilnosti
Nasilje v družini	Izpostavljenost samomorom v klastrih*
Družinska anamneza samomora	Konflikti, nasilje v družini in vse oblike zlorabe
	Družinska anamneza samomora ali samomorilnih poskusov

* Večje število med seboj povezanih samomorov.

Dejavniki tveganja za samomorilno vedenje

Preteklo samopoškodovalno vedenje

Predhodno samopoškodovanje poveča tveganje za samomorilno vedenje, saj ima kar 70 % ljudi, ki se samopoškodujejo, v anamnezi vsaj enega, 55 % pa več samomorilnih poskusov. Osebe, ki se samopoškodujejo brez samomorilnega namena, tudi pogosteje umrejo zaradi samomora (32). Pri mladostnikih, ki so bili urgentno obravnavani zaradi samopoškodovanja, je bila letna prevalenca samomora kar 30-krat večja kot v starostno primerljivi splošni populaciji (33). Tveganje za ponovitev samomorilnega poskusa je

najvišje v prvih 3–6 mesecih po poskusu in ostaja visoko še vsaj dve leti (34). V kliničnem vzorcu slovenskih mladostnikov so tisti, ki so se akutno samopoškodovali, pogosteje razmišljali o samomoru, kot tisti, ki so s samopoškodovanjem v preteklosti prenehali (24). Mladi, ki poskušajo storiti samomor z bolj letalno metodo (na primer obešanjem, skokom z višine), imajo zelo visoko tveganje za poznejši samomor. Vendar pa je v razvojnem obdobju pomembno, da se uporabe manj letalnih metod ne podcenjuje. Kognitivno manj zreli otroci ali mladostniki lahko verjamejo, da bo posledica manj letalne metode (npr. površinske rane na zapestju) smrt, kar nakazuje samomorilni namen. Poleg tega pa lahko zelo impulziven mladostnik, ki ima na voljo strelno orožje ali paracetamol, brez predhodne priprave izpelje nevaren samomorilni poskus ali celo umre zaradi samomora (27).

Duševne motnje

V avstralskem vzorcu mladostnikov je bilo samopoškodovalno vedenje povezano s simptomi depresije, anksioznosti, kajenjem cigaret, konoplje in tveganim pitjem alkohola ter antisocialnim vedenjem. Tisti, katerih samopoškodovanje se je nadaljevalo do mlade odraslosti, pa so imeli v začetku raziskave jasno prisotne simptome depresije in/ali anksioznosti. Avtorji zaključujejo, da je pri obravnavi samopoškodovalnega vedenja ključno diagnosticiranje in zdravljenje pridruženih duševnih motenj (16).

Ocenjuje se, da je bila pri 90 % mladostnikov, ki so umrli zaradi samomora, in pri vsaj 80 % mladostnikov, ki so poskušali storiti samomor, prisotna vsaj ena duševna motnja. Kroničnost in stopnja duševne motnje sta bili povezani z večjim samomorilnim tveganjem. Duševne motnje, ki so predstavljale pomembno tveganje za samomor, so bile depresija, zloraba in odvisnost od psihoaktivnih snovi ter motnja hranjenja (27, 37). Tveganje za samomor in samomorilno vedenje se še posebej poveča ob hkratnem pojavljanju depresije, zlorabe psihoaktivnih snovi in vedenjskih motenj. V raziskavah s psihološkimi avtopsijami so namreč ugotovili, da je imelo do 70 % mladih pred samomorom več komorbidnih motenj, tveganje za samomor pa je naraščalo z njihovim številom (37). V metaanalizi, v kateri so Chung idr. zajeli 20 vzorcev mladostnikov, so podobno kot pri odraslih ugotavljali, da je največ smrti zaradi samomora tudi pri mladih tri mesece po sprejemu v bolnišnico zaradi samomorilne ogroženosti. Skupni samomorilni količnik v tej skupini je bil namreč 158/100.000 letno (38, 39). Poleg tega epidemiološke raziskave o zdravljenju z zdravili tudi pri mladostnikih povezujejo upad števila samomorov s povečano uporabo antidepressivov. V raziskavah so ugotavljali, da 1-odstoten porast antidepressivov skupine selektivnih zaviralcev ponovnega prevzema serotonina, predpisanih mladostnikom, zniža samomorilni količnik za 0,23 letno. Vpliv zdravljenja je bil posebno opazen pri fantih (40).

Starost in spol

Samomorilni količnik od otroštva do zgodnje odraslosti postopno narašča. Avtorji to razlagajo s postopnim večanjem prevalence duševnih motenj, še posebno kombinacije motenj razpoloženja in zlorabe psihoaktivnih snovi pri starejših mladostnikih (27). Mladostniki so zaradi posebnosti v razvoju možganov v tem obdobju impulzivnejši kot otroci, hkrati pa zaradi boljših kognitivnih sposobnosti lažje načrtujejo in izvedejo samomor (37, 41). Poleg tega razvojna dinamika starejšim mladostnikom omogoča več avtonomije in manj nadzora odraslih, kar zmanjša možnosti prepoznavanja tveganja in pravočasne pomoči (27).

Samomorilni količnik je, tako kot pri odraslih, tudi v razvojnem obdobju mladostništva višji pri fantih kot dekletih, dekleta pa samomor pogosteje poskušajo storiti in se pogosteje samopoškodujejo brez namena umreti (7, 14, 27, 37).

Spolna usmerjenost in spolna identiteta

Homoseksualni, biseksualni, transspolni, spolno fluidni in mladi, ki se o teh temah še opredeljujejo (LGBTQ+), kažejo višjo prevalenco samomorilnih misli in samomorilnih poskusov kot heteroseksualni mladi (*več o tem v poglavju 25*) (42–44).

Biološki dejavniki

Ob dobri raziskanosti nevrobiologije samomora odraslih so tovrstne raziskave pri mladih bistveno redkejše. Pomembno vlogo pri razumevanju mladostniškega samomora imajo genetske raziskave. Samomorilno vedenje je izrazito družinsko in genetsko pogojeno (*več o tem v poglavju 7*). Tako raziskave pri dvojčkih kot posvojenih otrocih so pokazale, da sta samomor in samomorilni poskus del kliničnega fenotipa, ki se prenaša v družinah. Ugotovili so, da so samomorilni poskusi pogostejši v družinah, kjer se je zgodil samomor, in samomor pogostejši pri družinskih članih oseb, ki so poskušale storiti samomor. Ob tem so izključili vpliv duševnih motenj (45). Zalsman idr. so poleg tega pokazali povezavo med polimorfizmom v promotorski regiji gena za serotoninski transporter z agresivnim vedenjem samomorilnih mladostnikov, ne pa tudi samomorilnimi poskusi (46). Ena od možnosti za družinski prenos nagnjenosti k samomoru na potomce neodvisno od duševnih motenj naj bila tako preko impulzivne agresivnosti (47–50). Biološka podlaga za prenos te značilnosti na potomce naj bi bila povezana z metabolizmom serotonina in nizkimi vrednostmi 5-hidroksiindolocetne kisline, ki so jih izmerili v likvorju mladostnikov po poskusu samomora (51).

Temperament in osebnostne značilnosti

V obširni pregledni raziskavi so kot predisponirajoče osebnostne lastnosti pri mladostnikih izpostavili nevroticizem, perfekcionizem, odvisnost v medosebnih odnosih, željo po odkrivanju in preizkušanju novosti, pesimizem, nizko samozavest, samokritiko in občutek, da jim gre slabše kot vrstnikom, ter slabe mehanizme spoprijemanja s stresom. Kot pomemben etiološki dejavnik, ki je v večji meri pogojen s temperamentom, so izpostavili tudi impulzivnost, saj naj bi kar 50 % mladostnikov o samopoškodovanju pričelo razmišljati šele slabo uro pred samim dejanjem (30, 52). Impulzivnost in agresivnost sta značilnosti, ki ju najpogosteje povezujejo s samomorom mladostnikov. Vloga impulzivne agresivnosti pri samomorilnosti naj bi s starostjo padala, pomembna pa naj bi bila tudi pri družinskem prenosu samomorilnosti (53, 54).

Družinsko okolje

Brent in Melhem sta v pregledu negenetskih dejavnikov v družini, ki povečajo tveganje za samomorilno vedenje mladih, izpostavila razvezo in ločitev staršev, konflikte v družini, zlorabo v otroštvu (55) in posnemanje (56). Obstajajo močni dokazi, da različne oblike zlorabe (spolna, fizična in čustvena) pri mladih povečajo tveganje za samomorilne misli, poskuse in samomor (57–60). Ob tem naj bi bili učinki spolne zlorabe dolgotrajnejši kot drugih oblik zlorabe (58).

Vrstniško nasilje

Vrstniško nasilje je povezano tako s pojavom depresije kot tudi samomorilnim vedenjem (61, 62). Ob tem rezultati raziskav kažejo, da imajo visoko tveganje za samomor tako žrtve nasilja kot nasilneži, najbolj ogroženi pa so tisti, ki so v obeh vlogah (61). Ob tem poročajo, da je podpora drugih vrstnikov na žrtve delovala varovalno, kar ima pomembno vlogo pri načrtovanju preventive (63). Posebej poudarjajo novejšo obliko vrstniškega nasilja – spletno nasilje (angl. cyberbullying). Gre za nasilje, ki se izvaja preko elektronskih naprav, kot so mobilni telefoni ali računalniki, izvajalec je pogosto anonimen in nasilje lahko poteka 24 ur dnevno (64). V presečnih raziskavah opisujejo povečano tveganje za samomorilne misli in poskuse tako pri žrtvah kot izvajalcih spletnega nasilja. Spletno nasilje naj bi imelo podoben ali močnejši vpliv na samomorilnost kot tradicionalne oblike nasilja (64).

Samomor v okolju in svetovni splet

Pojav samomora v okolju je pomemben dejavnik tveganja za mladostnike iz tega okolja. V raziskavah so namreč ugotavljali, da se samomori pojavljajo v istem okolju v določenem času v t. i. klastrih. Še posebno pogost je ta pojav med mladostniki, starimi 15–19 let, in redkejši v populaciji starejših od 25 let (65–67).

V zvezi z uporabo medijev raziskujejo internet kot pogost vir informacij, povezanih s samomorom (npr. iskanjem metode) (68). V longitudinalni raziskavi so na primer potrdili, da je uporaba spletnih pogovornih forumov vplivala na porast samomorilnosti ne glede na preteklo samomorilnost, simptome depresije ali vpliv vrstnikov (68). Spletne novice in socialna omrežja niso pokazala tako močnega vpliva. Nekatere države celo pravno prepovedujejo ali blokirajo spletne strani, ki prikazujejo samomor in njegovo izvedbo (69). V literaturi so poleg tega opisani tudi pozitivni učinki spleta, med drugim ponujanja pomoči in podpore v okolju (70).

Stresni življenjski dogodki in sprožilci samomorilnega vedenja

S samomorilnimi dejanji mladih povezujejo različne stresne življenjske dogodke in sprožilne dejavnike. Tako v najnovejši pregledni raziskavi navajajo različne težave v družini, konflikte z vrstniki in oblastjo, izgubo romantičnega ali drugega pomembnega odnosa, selitev in šolski neuspeh. Takšni akutni dogodki lahko v danem trenutku presežejo mladostnikovo sposobnost spoprijemanja in posledično lahko vodijo v samopoškodovanje (70). Pomembno pa je, da gre največkrat za skupek več stresnih dogodkov, ki pri ranljivejšem posamezniku povzročijo dekompenzacijo in poznejše samomorilno vedenje, ne za enega posameznega (71). Glede na to, da nekateri mladi kljub izpostavljenosti ekstremnemu stresu ne razvijejo samomorilnosti (72), največkrat govorimo o modelu stresne diateze samomorilnega vedenja.

Varovalni dejavniki in odpornost

Kljub temu da je večina raziskav samomora usmerjena v dejavnike tveganja, pa je v zadnjem času, še posebno na področju mladostniške samomorilnosti, vedno večje zanimanje za varovalne dejavnike in odpornost (angl. resilience) pred samomorilnostjo. Še posebno je to področje postalo pomembno po opažanjih, da vsi, ki so izpostavljeni dejavnikom tveganja, ne razvijejo samomorilnih vedenj. Tako npr. samo manjšina tistih z depresijo razvije samomorilna vedenja (73). Zato sklepajo, da obstaja paleta varovalnih dejavnikov, ki moderirajo učinke izpostavljenosti tveganjem (73). Na podlagi opažanj in kliničnih izkušenj nekateri raziskovalci in kliniki sklepajo, da je odkrivanje odpornosti in

krepitev varovalnih dejavnikov del rešitve problema samomorilnosti, še posebno mladih. Odpornost predstavlja dinamične procese, ki zajemajo pozitivno prilagajanje kljub delovanju pomembnih neugodnih dejavnikov, ki ogrozijo normalne razvojne procese (74, 75). Luthar ob tem poudarja, da odpornost ni osebnostna lastnost, temveč prej opis splošnih vzorcev vedenja. V pregledih odpornosti otrok in mladostnikov so se najbolj konsistentno pojavljale tri skupine individualnih in okoljskih varovalnih dejavnikov, ki so značilne za odporne posameznike (preglednica 23.3) (75, 76).

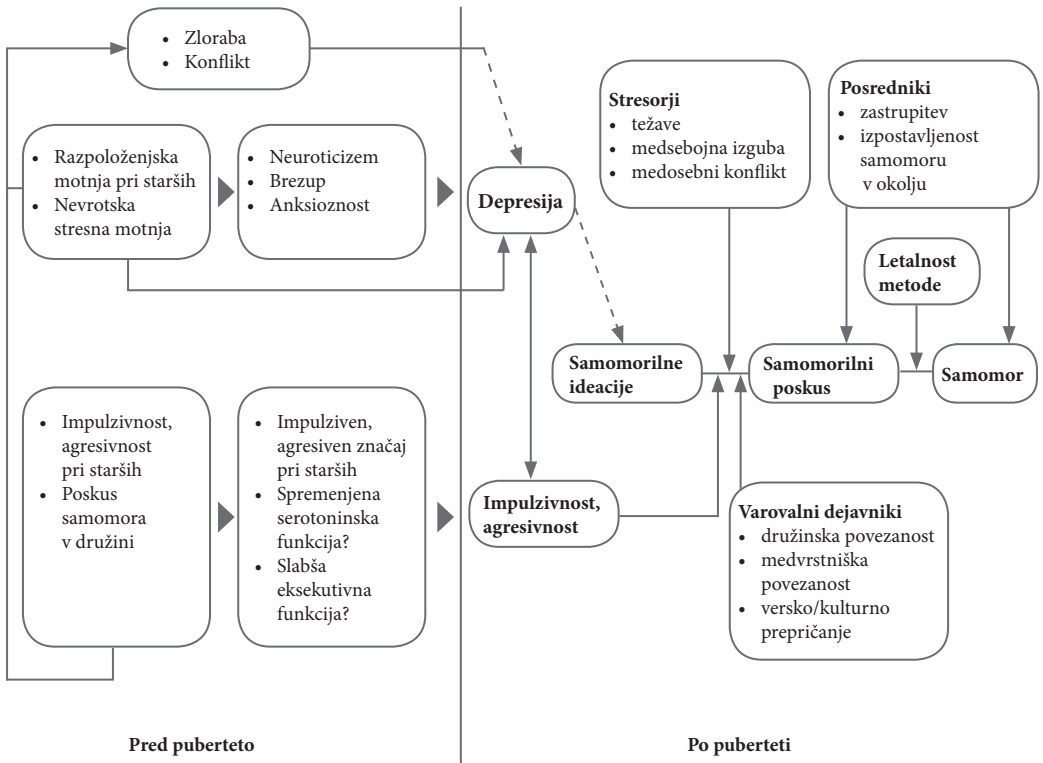
Preglednica 23.3. Varovalni dejavniki

Individualni dejavniki
Kognitivne sposobnosti (inteligentnost, pozornost, izvršilne sposobnosti)
Samodojemanje kompetentnosti, lastne vrednosti (samoučinkovitost, samopodoba)
Temperament in osebnost (prilagodljivost, sociabilnost, sposobnost reševanja problemov)
Sposobnost samoregulacije (kontrola impulzov, vzbujenja in čustvovanja)
Positiven pogled na svet (prepričanje, da ima življenje smisel, upanje, vera, želja po življenju, iskanje pomoči)
Odnosi
Kakovost starševstva (toplina, struktura in nadzor, pričakovanja)
Bližnji odnosi s kompetentnimi odraslimi (starši, sorodniki, mentorji)
Povezanost s prosocialnimi vrstniki, ki upoštevajo družbeno sprejeta pravila (med starejšimi mladostniki)
Priložnosti in možnosti v skupnosti
Dober, kakovosten in dostopen izobraževalni sistem
Povezava s prosocialnimi organizacijami (športni klubi, glasbene skupine, verske organizacije)
Kakovost okoliša/soseske (varnost sošeske, nadzor, rekreacijski centri, knjižnice)
Kakovost socialne in zdravstvene oskrbe

Sovplivanje varovalnih dejavnikov in dejavnikov tveganja na samomorilno vedenje

Več raziskovalcev je predlagalo modele, po katerih je samomorilno vedenje rezultat interakcije dejavnikov tveganja in varovalnih dejavnikov. Fergusson idr. so na več kot 1.000 mladih, ki so jih spremljali 29 let, opravili longitudinalno raziskavo. Ugotovili so serijo dejavnikov, ki so okrepili ali omilili tveganja za samomorilno vedenje mladih z depresijo. Ti so bili družinska anamneza samomorilnega vedenja, spolna zloraba v otroštvu, nevroticizem, želja po odkrivanju in preizkušanju novosti, samopodoba in povezanost z vrstniki. Tako je pozitivna konfiguracija teh dejavnikov (npr. odsotnost spolne zlorabe v otroštvu in samomorilnega vedenja v družini, nizka stopnja nevroticizma, želja po odkrivanju in preizkušanju novosti, dobra samopodoba in odsotnost deviantne skupine vrstnikov) zmanjšala število samomorilnih poskusov, negativna konfiguracija teh dejavnikov pa je povečala tveganje za samomorilno vedenje (73). Enega od modelov samomorilnega vedenja mladostnikov na podoben način opišejo Bridge idr. (slika 23.2) (27). Po tem modelu je tveganje za samomorilno vedenje povečano, če sta pri mladostniku prisotni razpoloženska motnja in impulzivnost/agresivnost. V obdobju pred puberteto se že lahko pojavijo dejavniki tveganja oziroma napovedovalci večjega tveganja za pojav razpoloženske motnje in impulzivnega vedenja v poznejšem, pubertetnem obdobju.

Pojav depresije pri mladostniku predstavlja tveganje za pojav samomorilnega vedenja, ki se ob dodatnih sprožilcih in stresorjih ter pomanjkanju varovalnih dejavnikov okrepi in stopnjuje do izvedbe samomora.



Slika 23.2. Razvojno-transakcijski model samomorilnega vedenja mladih

(Prirejeno in ponatisnjeno z dovoljenjem založbe Wiley, CCC Marketplace; Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47:372–94. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x)

Opozorilni znaki samomorilnega vedenja

Avtorji so ugotavljali, da samomorilni mladostniki svojo stisko lahko sporočajo okolici v obliki različnih opozorilnih znakov, ki so pogosto spregledani ali neprepoznani. Ti se lahko kažejo bodisi kot verbalni bodisi vedenjski znaki. Konsenz glede najpogostejših opozorilnih znakov zajema govorjenje o smrti, umiranju, samomoru, grožnje s samomorom, iskanje dostopa do sredstev za samomor (zdravila, orožja, druge metode ipd.), opisovanje občutkov obupa, brezupa, ujetosti, brezizhodnosti, opisovanje nesmiselnosti življenja, izražanje jeze, besa, želje po maščevanju, tvegano vedenje in kršenje pravil, povečano rabo alkohola ali drog, izrazite spremembe v razpoloženju, anksioznost, agitacijo⁵, nespečnost ali pretirano spanje, umik od prijateljev ali družine (77).

⁵ Stanje hudega nenadzorovanega razburjenja.

Obravnavo otroka ali mladostnika, ki se namerno samopoškoduje z namenom umreti ali brez njega

Otroka ali mladostnika, ki se samopoškoduje s kakršnim koli namenom, mora od strokovnjakov obravnavati najprej pediater (ali urgentni zdravnik) (78). V prvi fazi je treba oceniti morebitne telesne poškodbe ali zastrupitev in pacienta vitalno stabilizirati. Ko je telesno stanje stabilno, se oceni prisotnost morebitne duševne motnje, predvsem depresije, brezupa in aktualne samomorilnosti in dejavnikov tveganja ter varovalnih dejavnikov. Zelo pomembno je, da se strokovnjak, ki otroka ali mladostnika obravnava, odzove nanj razumevajoče in ne obsojajoče. Pri tem naj pokaže pripravljenost skupaj iskati pomoč in reševati stisko. Pogovor opravi deloma v prisotnosti staršev ali skrbnikov, deloma na samem, saj bo tako lahko otrok/mladostnik manj obremenjeno govoril o temah, ki so zaupne in jih ne bi želel razkrivati staršem. Kljub poklicni molčečnosti pa je treba morebitno samomorilnost razkriti in sprejeti ukrepe za zaščito ogroženega otroka ali mladostnika, tudi če to pomeni kršitev načela zaupnosti (15, 79). Oceniti je treba aktualno samomorilno ogroženost in se glede na to odločiti o nadaljnji obravnavi.

Ob akutni samomorilni ogroženosti je treba sprejeti ustrezne ukrepe za zaščito ogroženega otroka ali mladostnika. Največkrat bo to nujni pregled specialista otroške in mladostniške psihiatrije. Ta se bo odločil glede nadaljnje obravnave (15, 79).

Prednosti in slabosti različnih oblik obravnave

Ob urgentnem pregledu se specialist odloča o sprejemu v bolnišnico ali usmeritvi v ambulantno obravnavo. Na odločitev vpliva več različnih dejavnikov tako na strani otroka ali mladostnika, družine kot tudi možnosti, ki jih trenutni sistem pomoči omogoča.

Prednosti ambulantnega zdravljenja so ohranitev otroka ali mladostnika v podpornem okolju družine, vrstniški skupini, možnost nadaljevanja šolanja brez prekinitve v lastni šoli, nadaljevanje s prostočasnimi dejavnostmi, manjša možnost stigmatizacije, občutek, da so otrok/mladostnik in družina zmogli sami, boljši stik z ambulantnimi podpornimi službami (psihiatrom, psihologom idr.), otroku ali mladostniku je prihranjen stres zaradi bolnišničnega zdravljenja in bivanja stran od doma, zmanjšana je možnost vpliva škodljivih vedenj drugih pacientov v bolnišnici. Nekatere raziskave celo navajajo boljšo učinkovitost ambulantnega zdravljenja pri obravnavi specifičnih duševnih motenj (80).

Bolnišnično zdravljenje pa po drugi strani omogoča umik iz domačega ali vrstniškega okolja, kadar sta škodljivi, možnost hitrejšega uvajanja zdravil in 24-urnega opazovanja, hitrejših diagnostičnih postopkov in kompleksnejše terapevtske možnosti, pomoč subspecializiranih bolnišničnih pedagogov in ob težjem dostopu do ambulantnih storitev hitrejša možnost zdravljenja (81–83).

Tako se za bolnišnično zdravljenje odločimo, kadar otrok ali mladostnik zaradi duševne motnje in/ali samomorilnosti ogroža sebe ali druge, kadar pri zdravljenju sam ali družina slabo sodelujeta, kadar je ambulantna mreža pomoči v bližjem okolju nezadostna, pri več pridruženih duševnih motnjah ali duševnih motnjah, pri katerih je diagnostika zahtevnejša, in če so bila pretekla zdravljenja neuspešna ali manj uspešna.

Presejanje in ocenjevanje samomorilnosti otrok in mladostnikov

V več raziskavah so že ovrgli dvome in strahove v zvezi z iatrogenimi tveganji⁶, ki bi jih lahko prineslo presejanje in spraševanje mladostnikov o samomorilnosti (84). Tako so v poznejših raziskavah postopoma razvili kratke instrumente, ki se lahko varno in učinkovito uporabijo v presejanju ter dovolj zanesljivo napovedujejo samomorilnost mladostnikov (85). V eni takih raziskav (angl. Emergency Department Screening for Teens at Risk for Suicide Study; ED-STARS) so King idr. pokazali, da se napovedni dejavniki za samomorilni poskus pri fantih in dekletih razlikujejo. Pri obeh spolih sta bila pomembna napovedna dejavnika samomorilne misli kadarkoli v življenju in v preteklem tednu, samo pri dekletih pa sta bila pomembna še NSSI v preteklem letu in socialna povezanost. Eden pomembnejših napovednih dejavnikov za samomorilni poskus pri dekletih je bilo prav NSSI (86). To potrjuje pomembnost obravnave obeh oblik samopoškodovalnega vedenja (ne glede na samomorilni namen), še posebno kadar je ob anamnezi NSSI prisotna samomorilnost (87).

Največ podatkov o vrednosti in izvedljivosti presejanja samomorilnosti v urgentni ambulanti in drugih okoljih je trenutno za Kolumbijsko lestvico za oceno samomorilne ideacije (88), ki se uporablja pri mladostnikih in odraslih, ter vprašalnik Ask about suicide questionnaire (89), ki je bil uporabljen pri pacientih od otroštva do mlade odraslosti (starih 8–21 let). C-SSRS je uradno preveden tudi v slovenščino.

Kolumbijska lestvica za oceno samomorilnih ideacij

Vprašalnik je znanstveno podprt, ima največ dokazov o uporabnosti in učinkovitosti ter je mednarodno sprejet. Preveden je v več kot 100 različnih jezikov, tudi v slovenščino. Je enostaven za uporabo, primeren za vse starostne skupine in prilagojen tudi za uspešno rabo izven bolnišničnega okolja, na primer v šolah, fakultetah, policiji, vojski in drugje (88).

Vprašalnik vsebuje 2 presejalni vprašanji o samomorilnosti (v preglednici 23.4. ločeni s črtkano črto) in 4 bolj specifična vprašanja, skupaj 6 postavk (preglednica 23.4). Presejalni vprašanji se nanašata na željo po smrti in nedoločene aktivne samomorilne misli. Če je odgovor nanju negativen, nadaljnjih vprašanj ni treba postavljati. Če sta odgovora na presejalni vprašanji pritrdilna, nadaljujemo z naslednjimi štirimi vprašanji, ki se nanašajo na aktivne samomorilne misli z načrtom brez namena, samomorilne misli z namenom brez načrta, samomorilne misli z namenom in načrtom ter samomorilno vedenje. V omenjeni nabor vprašanj so vključene vse oblike samomorilnega vedenja, tudi tiste, pri katerih je oseba začela pripravljati sredstva za izvedbo samomora (npr. napisala poslovilno pismo, zbrala zdravila) in si je potem glede izvedbe premislila, zato je vprašalnik visoko občutljiv za presejanje različnih stopenj samomorilnega tveganja (88).

⁶ Z zdravljenjem, presejanjem in spraševanjem o samomoru povezano povečanje tveganja.

Preglednica 23.4. Kolumbijska lestvica za oceno samomorilne ideacije

Vprašanja	Izraženost samomorilne težnje
1. Ali si si želel/-a, da bi bil/-a mrtev/-va, da bi zaspal/-a in se nikoli več zbudil/-a?	Želja po smrti
2. Ali si dejansko pomislil/-a na to, da bi se ubil/-a?	Nedoločene aktivne samomorilne misli
3. Ali si razmišljal/-a o tem, kako bi to storil/-a?	Aktivne samomorilne misli z načrtom brez namena
4. Ali si ob takih mislih imel/-a tudi resničen namen, da bi dejanje izvedel/-la?	Aktivne samomorilne misli z namenom brez načrta
5. Ali si začel/-a oziroma že dodelal/-a podrobnosti načina, kako se bi ubil/-a? Ali nameravaš ta načrt izpeljati?	Aktivne samomorilne misli z namenom in načrtom
6. Ali si kdaj storil/-a karkoli ali se na kakršenkoli način pripravljaj/-a na to, da bi končal/-a svoje življenje?	Samomorilno vedenje

Bolnišnično zdravljenje otrok in mladostnikov s samomorilnim vedenjem

Kljub temu da trenutno ni dokazov, da bi bolnišnično zdravljenje zmanjšalo samomorilnost otrok in mladostnikov, v nekaterih raziskavah so pokazali celo nasprotno, se je pri akutno samomorilnem otroku ali mladostniku včasih nujno odločiti za sprejem v bolnišnico, saj je to potrebno zaradi zdravljenja osnovne duševne motnje (depresije, bipolarni motnje, psihoze) (15, 79). V nasprotnem primeru, če je mladostnik dovolj varen, je primerna ambulantna obravnava.

Ambulantna obravnava otrok in mladostnikov s samomorilnim vedenjem

Pri ambulantni obravnavi samomorilnih otrok in mladostnikov so se kot učinkoviti izkazali naslednji pristopi.

Varovalni načrt

Mladostniki, ki se samopoškodujejo ali so v tistem trenutku v samomorilni stiski in preplavljeni z intenzivnimi čustvi, težko izberejo in uporabijo uspešne prilagoditvene strategije. Zato je priporočljivo, da v obdobjih stabilnega čustvovanja izven konfliktov in stisk skupaj s terapevtom izdelajo varovalni načrt v pisni obliki. K temu načrtu se lahko vrnejo, kadar so v stiski, in izberejo eno od tehnik, ki so si jo sami izbrali in vpisali (90, 91). Pomembno je, da pri napisanem varovalnem načrtu ne gre za antisuicidalni dogovor/pakt, saj so se ti v raziskavah med mladostniki izkazali za neučinkovite pri preprečevanju samomorilnega vedenja in samomora (92).

Omejevanje dostopa do metode za izvedbo samomora

V raziskavah so s psihološkimi avtopsijami pokazali, da je bil pri mladostnikih brez predhodne psihopatologije največji dejavnik tveganja za samomor dostop do metode samomora, v nekaterih okoljih denimo dostop do nabitega strelnega orožja (93). Iz podobnih razlogov pomembnejše strokovne smernice priporočajo navodila staršem in mladostnikom, naj umaknejo vsa potencialna sredstva (zdravila, pesticide, strelno orožje, ostre predmete, omejitev dostopa do višine) z dosega mladostnikov (15, 79).

Poostren nadzor ali varovanje samomorilno ogroženih otrok in mladostnikov

V različnih raziskavah se je pokazalo, da je bil pri otrocih in mladostnikih s povečanim tveganjem za samomorilno vedenje prisoten pomanjkljiv nadzor staršev (ali pomanjkljivo zavedanje, kaj otrok ali mladostnik počne). Smernice tako priporočajo, da se v primeru samomorilnega vedenja otroka ali mladostnika prehodno vzpostavi intenzivno varovanje staršev ali druge odrasle osebe, ki ji mladostnik zaupa (15, 79).

Delo s starši ali skrbniki samomorilno ogroženih otrok in mladostnikov

S krepitvijo odnosa med otrokom, mladostnikom in starši ter družinskih odnosov se lahko zmanjšajo nekateri kritični dejavniki tveganja (94). Pri obravnavi samomorilnih otrok in mladostnikov se namreč stremi k spodbujanju, da bi se zmogli zaupati staršem, kadar so v stiski, in bi na ta način zmanjšali samomorilno ogroženost. Poleg tega so starši tisti, ki bodo najlažje odstranili vsa nevarna sredstva in varovali samomorilnega otroka ali mladostnika (15, 79).

Terapevtski pristopi v bolnišnični in ambulantni obravnavi samomorilno ogroženih otrok in mladostnikov

Že v metaanalizi leta 2015, ki je zajela 19 raziskav z vključenimi skupno 2.176 mladostniki, so pokazali, da je za obravnavo samopoškodovalnega vedenja pri mladostnikih učinkoviteh kar nekaj terapevtskih pristopov. Tako so se izkazale predvsem dialektična vedenjska terapija (DBT), na mentalizaciji⁷ temelječa terapija in kognitivno vedenjska terapija (95). Pozneje sta bili objavljeni še dve randomizirani kontrolirani raziskavi, v katerih so pokazali, da je DBT učinkovita pri zmanjšanju samopoškodovalnega vedenja v primerjavi z dvema drugima oblikama obravnave, zdravljenjem po ustaljeni shemi (angl. treatment as usual) (96) in individualno ter skupinsko podporno psihoterapijo (89). Poleg tega kažejo pri otrocih in mladostnikih največji učinek metode, kjer so poleg intenzivne individualne obravnave v obravnavo vključene tudi družine (95, 98–100). Za otroke in mladostnike pomembni odrasli naj bi po mnenju avtorjev varovali pred samopoškodovanjem, podobno kot pri prometnih nesrečah pred hudo poškodbo varuje varnostni pas (100, 101).

Strategije v skupnosti in preprečevanje samomorilnega vedenja otrok in mladostnikov

Različne oblike preventivnih skupnostnih programov so se izkazale za učinkovite pri dolgoročnem preprečevanju samomorilnosti mladih. Mednje spadajo programi treninga vratarjev sistema, doseganje ogroženih skupin in izobraževanje o duševnih motnjah, strategije presejanja in zgodnjega prepoznavanja ter klinična obravnava, kontinuirana obravnava in omejevanje dostopnosti metod. Vsem je skupna potreba po delujočih službah klinične obravnave ogroženih mladih (102, 103).

V Sloveniji je med letoma 2009 in 2011 z namenom opolnomočenja mladih in reševanja življenj potekal mednarodni projekt SEYLE (angl. Saving and Empowering Young Lives in Europe: Promoting Health Through the Prevention of Risk-taking and Self-destructive Behaviours). V projektu so se nekatere intervencije (delavnice za mladostnike, izobraževanje za učitelje in strokovne delavce na šoli, predavanja za starše) izkazale kot učinkovite pri preprečevanju samomorilnega vedenja. Zato se je na osnovi pozitivnih izkušenj projekta v Sloveniji razvil integriran program, ki ponuja različne intervencije, s katerimi se skuša preprečevati samomorilno vedenje in promovirati duševno zdravje (*več o tem v poglavju 18*) (104).

⁷ Sposobnost razumevanja duševnega stanja sebe in drugih.

Zaključek in usmeritve za naprej

Glede na to, da je samomor še vedno med vodilnimi vzroki smrti med mladimi, priporočajo presejanje na samomorilnost, vedno kadar je na voljo nadaljnja obravnava. Z njim je mogoče identificirati odpornost in dejavnike tveganja, s pomočjo katerih se lahko načrtuje pomoč. Obstajajo namreč učinkovite metode za obravnavo samopoškodovalnega vedenja, poleg teh pa se razvijajo in raziskujejo nove. Trenutno dokazov o njihovi učinkovitosti še ni dovolj, a jih v prihodnje pričakujejo. V obravnavo naj bodo vključeni starši oziroma otroku ali mladostiku pomembni in čustveno stabilni odrasli, saj kaže, da njihovo vključevanje prinese najboljše rezultate ne glede na uporabljeno metodo obravnave. Pri obravnavi otrok in mladostnikov s samopoškodovalnim vedenjem je treba vključiti v oceno tveganja in obravnavo tudi šolo in spletna okolja ter medije, saj mladi velik del časa preživijo v interakcijah v teh okoljih. Kažejo se tudi dobri učinki preventivnih programov v skupnosti in šolah, saj omogočajo ranljivim otrokom in mladostnikom dostop do obravnave, ki jim lahko reši življenje. Zato je pomembno, da je poleg identifikacije ogroženih mladih tem tudi omogočen dostop do obravnave in zdravljenja (101).

Reference

- Giedd J, Blumenthal J, Jeffries N, Castellanos FX, Liu H, Zijdenbos A idr. Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. *Nat Neurosci.* 1999;2:861–3. doi: 10.1038/13158
- Spear LP. Adolescent neurodevelopment. *J Adolesc Health.* 2013;52(202):S7–13. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.05.006
- Steinberg L, Morris AS. Adolescent development. *Annu Rev Psychol.* 2001;52(1):83–110. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.83
- Stoep AV, McCauley E, Flynn C, Stone A. Thoughts of death and suicide in early adolescence. *Suicide Life Threat Behav.* 2009;39(6):599–613. doi: 10.1521/suli.2009.39.6.599.
- Hasking P, Rees CS, Martin G, Quigley J. What happens when you tell someone you self-injure? The effects of disclosing NSSI to adults and peers. *BMC Public Health.* 2015;15(1):1–9. doi: 10.1186/s12889-015-2383-0
- Lindgren BM, Svedin CG, Werkö S. A systematic literature review of experiences of professional care and support among people who self-harm. *Arch Suicide Res.* 2018;22:173–92. doi: 10.1080/13811118.2017.1319309
- Tomori M, Kienhorst CW, de Wilde EJ, van den Bout J. Suicidal behaviour and family factors among Dutch and Slovenian high school students: a comparison. *Acta Psychiatr Scand.* 2001;104(3):198–203. doi: 10.1034/j.1600-0447.2001.00215.x
- Pintar Babič M. Ocena vpliva zaposlenih v zdravstveni negi na obravnavo mladostnikov s samopoškodovalnim vedenjem [magistrsko delo]. Kranj: Fakulteta za organizacijske vede Univerze v Mariboru; 2016.
- Pintar Babič M, Bregar B, Drobnič Radobuljac M. The attitudes and feelings of mental health nurses towards adolescents and young adults with nonsuicidal self-injuring behaviors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2020;14(1):članek 37. doi: 10.1186/s13034-020-00343-5
- Cleaver K. Attitudes of emergency care staff towards young people who self-harm: a scoping review. *Int Emerg Nurs.* 2014;22:52–61. doi: 10.1016/j.ienj.2013.04.001
- Gibson R, Carson J, Houghton T. Stigma towards non-suicidal self-harm: evaluating a brief educational intervention. *Br J Nurs.* 2019;28(5):307–12. doi: 10.12968/bjon.2019.28.5.307
- Berger E, Hasking P, Reupert A. “We’re working in the dark here”: education needs of teachers and school staff regarding student self-injury. *School Ment Health.* 2014;6(3):201–12. doi: 10.1007/s12310-013-9114-4
- Rayner GC, Allen SL, Johnson M. Countertransference and self-injury: a cognitive behavioural cycle. *J Adv Nurs.* 2005;50(1):12–9. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03344.x
- Radobuljac MD, Bratina NU, Battelino T, Tomori M. Lifetime prevalence of suicidal and self-injurious behaviors in a representative cohort of Slovenian adolescents with type 1 diabetes. *Pediatr Diabetes.* 2009;10(7):424–31. doi: 10.1111/j.1399-5448.2009.00501.x
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence. Self-harm in over 8s: short-term management and prevention of recurrence: clinical guideline [na spletu]. London: NICE; c2020 [citirano 2. 5. 2021]. Dostopno na: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg16/resources/selfharm-in-over-8s-shortterm-management-and-prevention-of-recurrence-pdf-975268985029>
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence [na spletu]. London: NICE; c2021 [citirano 2. 5. 2021]. Dostopno na: <https://www.nice.org.uk/>.

17. Wilkinson P, Goodyer I. Non-suicidal self-injury. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011;20(2):103–8. doi: 10.1007/s00787-010-0156-y
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2013. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596
19. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide Life Threat Behav*. 2014;44:273–303. doi: 10.1111/sltb.12070
20. Favazza AR. Nonsuicidal self-injury: how categorization guides treatment. *Curr Psychiatr [na spletu]*. 2012 [citirano 2. 5. 2021];1(3):21–6. Dostopno na: https://cdn.mdedge.com/files/s3fs-public/Document/September-2017/1103CP_Favazza.pdf
21. Plener PL, Allroggen M, Kapusta ND, Brähler E, Fegert JM, Groschwitz RC. The prevalence of nonsuicidal self-injury (NSSI) in a representative sample of the German population. *BMC Psychiatry*. 2016;16(1):1–7. doi: 10.1186/s12888-016-1060-x
22. Kaess M, Parzer P, Mattern M, Plener PL, Bifulco A, Resch F idr. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Res*. 2013;206(2–3):265–72. doi: 10.1016/j.psychres.2012.10.012
23. Groschwitz RC, Plener PL, Kaess M, Schumacher T, Stoehr R, Boege I. The situation of former adolescent self-injurers as young adults: a follow-up study. *BMC Psychiatry*. 2015;15(1):1–9. doi: 10.1186/s12888-015-0555-1
24. Žerjav Ž, Drobnič Radobuljac M. Samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena in samomorilno vedenje na oddelku splošne mladostniške psihiatrije. *Med Razgl*. 2019;58(4):417–27.
25. Zahl DL, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11 583 patients. *Br J Psychiatry*. 2004;185:70–5. doi: 10.1192/bjp.185.1.70
26. Whitlock J, Knox KL. The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007;161(7):634–40. doi: 10.1001/archpedi.161.7.634
27. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47:372–94. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x
28. Tomori M, Zalar B, Plesničar BK. Gender differences in psychosocial risk factors among Slovenian adolescents. *Adolescence*. 2000;35(139):431–43.
29. Statistični urad RS [na spletu]. Ljubljana: Statistični urad RS; [citirano 2. 5. 2021]. Dostopno na: [//www.stat.si/statweb](http://www.stat.si/statweb)
30. Carballo JJ, Llorente C, Kehrmann L, Flamarique I, Zuddas A, Purper-Ouakil D idr. Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *Eur Child and Adolesc Psychiatry*. 2020;29:759–76. doi: 10.1007/s00787-018-01270-9
31. Beautrais AL, Collings SC, Ehrhardt P, Henare K. Suicide prevention: a review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington (NZ): Ministry of Health; 2005.
32. Hawton K, Bergen H, Cooper J, Turnbull P, Waters K, Ness J idr. Suicide following self-harm: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England, 2000–2012. *J Affect Disord*. 2015;175:147–51. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.062
33. Hawton K, Bale L, Brand F, Townsend E, Ness J, Waters K idr. Mortality in children and adolescents following presentation to hospital after non-fatal self-harm in the Multicentre Study of Self-harm: a prospective observational cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020;4(2):111–20. doi: 10.1016/S2352-4642(19)30373-6
34. Goldston DB, Daniel SS, Reboussin DM, Reboussin BA, Frazier PH, Kelley AE. Suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: a prospective naturalistic study of risk during the first 5 years after discharge. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(6):660–71. doi: 10.1097/00004583-199906000-00012
35. Moran P, Coffey C, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin JB idr. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet*. 2012;379(9812):236–43. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61141-0
36. Janiri D, Doucet GE, Pompili M, Sani G, Luna B, Brent DA idr. Risk and protective factors for childhood suicidality: a US population-based study. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):317–26. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30049-3
37. Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L. Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38(12):1497–505. doi: 10.1097/00004583-199912000-00010
38. Clarke S, Allerhand LA, Berk MS. Recent advances in understanding and managing self-harm in adolescents. 2019;8:članek 1794. doi: 10.12688/fl1000research.19868.1
39. Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, Singh SP, Stanton C, Large MM. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2017;74:694–702. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.1044
40. Olsson M, Shaffer D, Marcus SC, Greenberg T. Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(10):978–82. doi: 10.1001/archpsyc.60.9.978
41. Spear LP. Adolescent neurodevelopment. *J Adolesc Health*. 2013;52(2):S7–13. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.05.006

42. Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL. Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(10):876–80. doi: 10.1001/archpsyc.56.10.876
43. Wichstrøm L, Hegna K. Sexual orientation and suicide attempt: a longitudinal study of the general Norwegian adolescent population. *J Abnorm Psychol*. 2003;112(1):144–51. doi: 10.1037/0021-843X.112.1.144
44. Haas AP, Eliason M, Mays VM, Mathy RM, Cochran SD, D'Augelli AR idr. Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: review and recommendations. *J Homosex*. 2011;58:10–51. doi: 10.1080/00918369.2011.534038
45. Brent DA, Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*. 2005;133:13–24. doi: 10.1002/ajmg.c.30042
46. Zalsman G, Frisch A, Bromberg M, Gelernter J, Michaelovsky E, Campino A idr. Family-based association study of serotonin transporter promoter in suicidal adolescents: no association with suicidality but possible role in violence traits. *Am J Med Genet A*. 2001;105(3):239–45. doi: 10.1002/ajmg.1261
47. Brent DA, Melhem N. Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am*. 2008;31:157–77. doi: 10.1016/j.psc.2008.02.001
48. Bursztein C, Apter A. Adolescent suicide. *Curr Opin Psychiatry*. 2009;22(1):1–6. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283155508
49. Brent DA, Bridge J. Firearms availability and suicide. *Am Behav Sci*. 2003;46(9):1192–210. doi: 10.1177/0002764202250662
50. McGirr A, Turecki G. The relationship of impulsive aggressiveness to suicidality and other depression-linked behaviors. *McC Psychiatry Rep*. 2007;9:460–6. doi: 10.1007/s11920-007-0062-2
51. Mann JJ, Currier D. A review of prospective studies of biologic predictors of suicidal behavior in mood disorders. *Arch Suicide Res*. 2007;11:3–16. doi: 10.1080/13811110600993124
52. Mirkovic B, Labelle R, Guilé JM, Belloncle V, Bodeau N, Knafo A idr. Coping skills among adolescent suicide attempters: results of a multisite study. *Can J Psychiatry*. 2015;60(2):S37–45.
53. McGirr A, Renaud J, Bureau A, Seguin M, Lesage A, Turecki G. Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychol Med*. 2008;38(3):407–17. doi: 10.1017/S0033291707001419
54. Melhem NM, Brent DA, Ziegler M, Iyengar S, Kolko D, Oquendo M idr. Familial pathways to early-onset suicidal behavior: familial and individual antecedents of suicidal behavior. *Am J Psychiatry*. 2007;164(9):1364–70. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.06091522
55. Brodsky BS, Mann JJ, Stanley B, Tin A, Oquendo M, Birmaher B idr. Familial transmission of suicidal behavior: factors mediating the relationship between childhood abuse and offspring suicide attempts. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(4):584–96. doi: 10.4088/JCP.v69n0410
56. De Leo D, Heller T. Social modeling in the transmission of suicidality. *Crisis*. 2008;29(1):11–9. doi: 10.1027/0227-5910.29.1.11
57. Castellví P, Miranda-Mendizábal A, Parés-Badell O, Almenara J, Alonso I, Blasco MJ idr. Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2017;135(3):195–211. doi: 10.1111/acps.12679
58. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl*. 2008;32(6):607–19. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.12.018
59. Gibb BE, Alloy LB, Abramson LY, Rose DT, Whitehouse WG, Hogan ME. Childhood maltreatment and college students' current suicidal ideation: a test of the hopelessness theory. *Suicide Life Threat Behav*. 2001;31(4):405–15. doi: 10.1521/suli.31.4.405.22042
60. Miller AB, Jenness JL, Oppenheimer CW, Gottlieb ALB, Young JF, Hankin BL. Childhood emotional maltreatment as a robust predictor of suicidal ideation: a 3-year multi-wave, prospective investigation. *J Abnorm Child Psychol*. 2017;45(1):105–16. doi: 10.1007/s10802-016-0150-z
61. Brunstein Klomek A, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld IS, Gould MS. Bullying, depression, and suicidality in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(1):40–9. doi: 10.1097/01.chi.0000242237.84925.18
62. Klomek AB, Marrocco F, Kleinman M, Schonfeld IS, Gould MS. Peer victimization, depression, and suicidality in adolescents. *Suicide Life Threat Behav*. 2008;38(2):166–80. doi: 10.1521/suli.2008.38.2.166
63. Kärnä A, Voeten M, Poskiparta E, Salmivalli C. Vulnerable children in varying classroom contexts bystanders' behaviors moderate the effects of risk factors on victimization. *Merrill Palmer Q*. 2010;56(3):261–82. doi: 10.1353/mpq.0.0052
64. Hinduja S, Patchin JW. Bullying, cyberbullying, and suicide. *Arch Suicide Res*. 2010;14(3):206–21. doi: 10.1080/13811118.2010.494133
65. Gould MS, Petrie K, Kleinman MH, Wallenstein S, Gould MS. Clustering of attempted suicide: New Zealand national data. *Int J Epidemiol*. 1994;23(6):1185–9. doi: 10.1093/ije/23.6.1185
66. Gould MS, Wallenstein S, Kleinman MH, O'Carroll P, Mercy J. Suicide clusters: an examination of age-specific effects. *Am J Public Health*. 1990;80(2):211–2. doi: 10.2105/AJPH.80.2.211

67. McKenzie N, Keane M. Contribution of imitative suicide to the suicide rate in prisons. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(5):538–42. doi: 10.1521/suli.2007.37.5.538
68. Dunlop SM, More E, Romer D. Where do youth learn about suicides on the internet, and what influence does this have on suicidal ideation? *J Child Psychol Psychiatry.* 2011;52(10):1073–80. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02416.x
69. Biddle L, Donovan J, Hawton K, Kapur N, Gunnell D. Suicide and the internet. *BMJ.* 2008;336(7648):800–2. doi: 10.1136/bmj.39525.442674.ad
70. Mars B, Heron J, Biddle L, Donovan JL, Holley R, Piper M idr. Exposure to, and searching for, information about suicide and self-harm on the internet: prevalence and predictors in a population based cohort of young adults. *J Affect Disord.* 2015;185:239–45. doi: 10.1016/j.jad.2015.06.001
71. McFeeters D, Boyda D, O'Neill S. Patterns of stressful life events: distinguishing suicide ideators from suicide attempters. *J Affect Disord.* 2015;175:192–8. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.034
72. Sher L. Risk and protective factors for suicide in patients with alcoholism. *ScientificWorldJournal.* 2006;6:1405–11. doi: 10.1100/tsw.2006.254
73. Fergusson DM, Beautrais AL, Horwood LJ. Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychol Med.* 2003;33(1):61–73. doi: 10.1017/S0033291702006748
74. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev.* 2000;71(3):543–62. doi: 10.1111/1467-8624.00164
75. Masten AS, Powell JL. A resilience framework for research, policy, and practice. V: Luthar SS, urednica. *Resilience and vulnerability: adaptation in the context of childhood adversities.* Cambridge: Cambridge University Press; 2003. doi:10.1017/CBO9780511615788.003
76. Bennett S, Coggan C, Adams P. Young people's pathways to well-being following a suicide attempt. *Int J Ment Health Promot.* 2002;4(3):25–32. doi: 10.1080/14623730.2002.9721877
77. Rudd MD, Berman AL, Joiner TE, Nock MK, Silverman MM, Mandrusiak M idr. Warning signs for suicide: theory, research, and clinical applications. *Suicide Life Threat Behav.* 2006;36(3):255–62. doi: 10.1521/suli.2006.36.3.255
78. Shain B. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics.* 2016;138(1):članek e20161420. doi: 10.1542/peds.2016-1420
79. Shaffer D, Pfeffer CR, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Benson RS idr. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001;40(7):245–51S. doi: 10.1097/00004583-200107001-00003
80. Gowers SG, Clark AF, Roberts C, Byford S, Barrett B. A randomised controlled multicentre trial of treatments for adolescent anorexia nervosa including assessment of cost-effectiveness and patient acceptability - the TOUCAN trial. *Health Technol Assess.* 2010;14(15):1–98. doi: 10.3310/hta14150
81. Radobuljac MD, Hudoklin M, Dajcman NP, Kumperscak HG. Architecture and functioning of child and adolescent mental health services: a reply from Slovenia. *Lancet Psychiatry.* 2017;4(9):članek e20. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30327-9
82. Drobnic Radobuljac M. The state of child and adolescent psychiatry in Slovenia: a brief report. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2016;25:563–5. doi: 10.1007/s00787-016-0826-5
83. Wilkinson SR. Child psychiatry: a model for specific goals for in-patient treatment linked to resources and limitations in out-patient treatment. *BJPsych Bull.* 2020;44(6):272–4. doi: 10.1192/bjb.2020.29
84. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J idr. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *J Am Med Assoc.* 2005;293(13):1635–43. doi: 10.1001/jama.293.13.1635
85. King CA, Grupp-Phelan J, Brent D, Dean JM, Webb M, Bridge JA idr. Predicting 3-month risk for adolescent suicide attempts among pediatric emergency department patients. *J Child Psychol Psychiatry.* 2019;60(10):1055–64. doi: 10.1111/jcpp.13087
86. Ougrin D, Tranah T, Leigh E, Taylor L, Asarnow JR. Practitioner review: self-harm in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* 2012;53:337–50. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02525.x
87. Bjureberg J, Ohliss A, Ljótsson B, D'Onofrio BM, Hedman-Lagerlöf E, Jokinen J idr. Adolescent self-harm with and without suicidality: cross-sectional and longitudinal analyses of a Swedish regional register. *J Child Psychol Psychiatry.* 2019;60(3):295–304. doi: 10.1111/jcpp.12967
88. Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA idr. The Columbia-suicide severity rating scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry.* 2011;168(12):1266–77. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.10111704
89. Horowitz LM, Bridge JA, Teach SJ, Ballard E, Klima J, Rosenstein DL idr. Ask suicide-screening questions (ASQ): a brief instrument for the pediatric emergency department. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2012;166(12):1170–6. doi: 10.1001/archpediatrics.2012.1276

90. Radobuljac MD, Plemeniti B, Pintar Babič M. Zloženska z ukrepi za preprečevanje samopoškodovanja pri mladostnikih in mladostnicah, ki se samopoškodujejo. *Viceversa*. 2014;58:34–6.
91. Berk MS, Henriques GR, Warman DM, Brown GK, Beck AT. A cognitive therapy intervention for suicide attempters: an overview of the treatment and case examples. *Cogn Behav Pract*. 2004;11(3):265–77. doi: 10.1016/S1077-7229(04)80041-5
92. Garvey KA, Penn J, Campbell AL, Esposito-Smythers C, Spirito A. Contracting for safety with patients: clinical practice and forensic implications. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2009;37(3):363–70.
93. Marttunen MJ, Henriksson MM, Isometsä ET, Heikkinen ME, Aro HM, Lönnqvist JK. Completed suicide among adolescents with no diagnosable psychiatric disorder. *Adolescence* [na spletu]. 1998 [citirano 2. 5. 2021];33(131):669–81. Dostopno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9831884/>.
94. Spokas M, Wenzel A, Stirman SW, Brown GK, Beck AT. Suicide risk factors and mediators between childhood sexual abuse and suicide ideation among male and female suicide attempters. *J Trauma Stress*. 2009;22(5):467–70. doi: 10.1002/jts.20438
95. Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P, Asarnow JR. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015;54(2):97–107.e2. doi: 10.1016/j.jaac.2014.10.009
96. Mehlum L, Ramleth RK, Tørmoen AJ, Haga E, Diep LM, Stanley BH idr. Long term effectiveness of dialectical behavior therapy versus enhanced usual care for adolescents with self-harming and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. 2019;60(10):1112–22. doi: 10.1111/jcpp.13077
97. McCauley E, Berk MS, Asarnow JR, Adrian M, Cohen J, Korslund K idr. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(8):777–85. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.1109
98. Glenn CR, Esposito EC, Porter AC, Robinson DJ. Evidence base update of psychosocial treatments for self-injurious thoughts and behaviors in youth. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2019;48(3):357–92. doi: 10.1080/15374416.2019.1591281
99. Iyengar U, Snowden N, Asarnow JR, Moran P, Tranah T, Ougrin D. A further look at therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: an updated systematic review of randomized controlled trials. *Front Psychiatry*. 2018;9:1–16. doi: 10.3389/fpsy.2018.00583
100. Asarnow JR, Hughes JL, Babeva KN, Sugar CA. Cognitive-behavioral family treatment for suicide attempt prevention: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017;56(6):506–14. doi: 10.1016/j.jaac.2017.03.015
101. Asarnow JR, Mehlum L. Practitioner review: treatment for suicidal and self-harming adolescents – advances in suicide prevention care. *J Child Psychol Psychiatry*. 2019;60:1046–54. doi: 10.1111/jcpp.13130
102. Godoy Garraza L, Kuiper N, Goldston D, McKeon R, Walrath C. Long-term impact of the Garrett Lee Smith youth suicide prevention program on youth suicide mortality, 2006–2015. *J Child Psychol Psychiatry*. 2019;60(10):1142–7. doi: 10.1111/jcpp.13058
103. Goldston DB, Walrath CM, McKeon R, Puddy RW, Lubell KM, Potter LB idr. The Garrett Lee Smith memorial suicide prevention program. *Suicide Life Threat Behav*. 2010;40(3):245–56. doi: 10.1521/suli.2010.40.3.245
104. Živ? Živ! [na spletu]. Koper: Univerza na Primorskem, Inštitut Andrej Marušič; c2013. Projekti Slovenskega centra za raziskovanje; [citirano 2. 5. 2021]. Dostopno na: <https://zivziv.si/projekti/>.

Posebnosti samomorilnega vedenja starejših

Lea Žmuc Veranič, Marko Pišljar

Ključni poudarki poglavja

- Samomorilno vedenje v starosti se po nekaterih značilnostih razlikuje od tistega pri mlajši populaciji.
- Samomorilni količnik je med starejšimi od 65 let višji kot pri mlajših. Še posebno visok je pri moških, starejših od 80 let.
- Samomorilno vedenje med starejšimi moškimi in ženskami se razlikuje. Moški pogosteje umrejo zaradi samomora, v manjši meri iščejo pomoč strokovnjakov in jo težje sprejemajo, so bolj impulzivni, imajo slabšo socialno mrežo in se težje soočajo z izgubami.
- Najpogostejši dejavnik tveganja za samomorilno vedenje v starosti so depresija in duševne motnje, ki pa so lahko učinkovito obvladljive.
- Pristop k obvladovanju samomorilnega vedenja starejših je večplasten tako na individualni kot družbeni ravni.

Povzetek

Starejši imajo visok samomorilni količnik, med njimi so še posebej ogroženi moški, starejši od 80 let. Na samomorilno vedenje vplivajo različni dejavniki tveganja, ki so vseživljenjski, povezani z osebnostjo, telesnimi spremembami in boleznimi, posebno tistimi, ki so značilne in pogoste v starosti. Te vplivajo na izgubo neodvisnosti in funkcionalnosti, to pa povzroča občutek nekoristnosti in manjvrednosti. Pomembni so tudi psihosocialni in ekonomski dejavniki. Med najpogostejšimi dejavniki tveganja za samomorilno vedenje v starejšem obdobju so v ospredju duševne motnje, ki pa ostajajo pogosto neprepoznane in nezdravljene. Pojav in izraznost depresije pri starejših velikokrat ni tipična. Starejše osebe redkeje poročajo o depresivnih simptomih, pogosto celo zanikajo depresivna razmišljanja in krivdna občutja ter so bolj zaskrbljeni za novonastale telesne simptome. Depresija se kar v 40 % pojavlja kot spremljajoči sindrom demence. Odnos med demenco in depresijo še ni povsem jasen, podatki raziskav pa kažejo, da je samomorilna ogroženost največja v zgodnji fazi upada spoznavnih sposobnosti. Ukrepi za zmanjšanje samomorilnega vedenja v starosti na družbeni ravni so ozaveščanje o optimalnem staranju¹, zmanjšanje in preprečevanje stigme, povezane z duševnimi motnjami, in zmanjševanje stigme starizma². Pomembno je pravočasno odkrivanje dejavnikov tveganja, prepoznavanje samomorilnega vedenja, depresije in duševnih motenj ter njihovo ustrezno zdravljenje. Ustrezni družbeni in individualni ukrepi bistveno pripomorejo k zmanjšanju samomorilnega vedenja in izboljšajo kakovost življenja starejših.

¹ Optimalno staranje je zmožnost zadovoljivega in prilagojenega delovanja na številnih področjih – fizičnem, funkcionalnem, kognitivnem, čustvenem, socialnem, duhovnem ne glede na zdravstveno stanje.

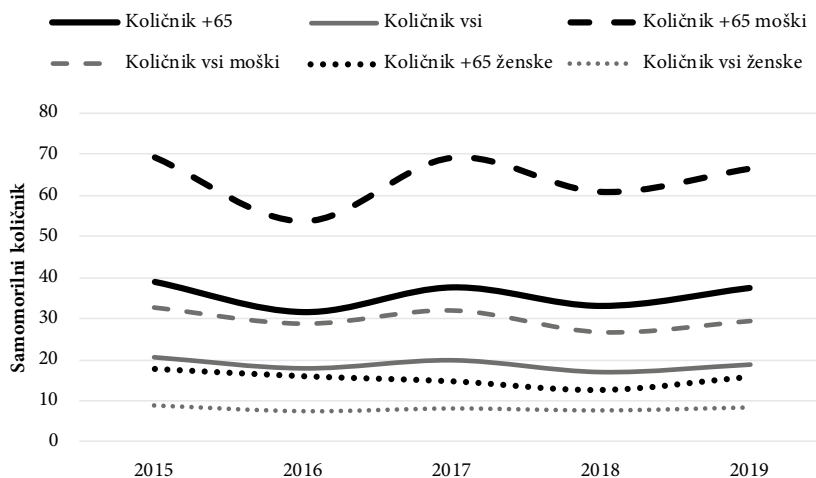
² Starizem je nestrpnost do starejših – staromrzištvo.

Uvod

Starejše osebe sodijo v skupino ljudi, ki je posebej ogrožena za razvoj samomorilnega vedenja. Dejavniki tveganja za samomorilno vedenje starejših oseb se v nekaterih vidikih razlikujejo od tistih pri mlajši populaciji. Najpogostejši vzrok za samomorilno vedenje starejših je prisotnost duševnih motenj, zlasti razpoloženjskih. Klinična pojavnost duševnih motenj ima nekatere posebnosti, ki jih je treba prepoznati in ustrezno obravnavati. Namen poglavja je prikazati značilnosti samomorilnega vedenja, dejavnikov tveganja s poudarkom na pojavnosti depresije in obravnavi starejših.

Pogostost samomorilnega vedenja pri starejših

Pregled podatkov samomorilnega količnika v starostni skupini nad 65 let pokaže, da je v primerjavi s celotno populacijo v Sloveniji in populacijo do 64 let umrljivost zaradi samomora višja (slika 24.1). Podobno kot drugje po svetu je tudi v Sloveniji višji samomorilni količnik opaziti z naraščanjem starosti (1, 2). Posebno izrazito je to pri moških v višjih starostnih skupinah. Leta 2019 je zaradi samomora v Sloveniji umrlo 157 starejših od 65 let, med njimi je bilo kar 75 % moških (preglednica 24.1). Ženske zaradi samomora umrejo redkeje kot moški, imajo pa več poskusov, ki se ne končajo s smrtjo. Še posebno izrazito ogrožena skupina so moški, starejši od 80 let, kjer je samomorilni količnik leta 2019 znašal 115,09 (3). V letih od 2015 do 2019 se samomorilni količnik pri starejših od 65 let ni zniževal. Možno je, da je število samomorov pri starejših še višje, saj je zelo verjetna možnost, da se smrt zaradi samomora pripisuje naravnemu vzroku smrti.



Slika 24.1. Samomorilni količnik glede na starost in spol v obdobju 2015–2019 (3)

Preglednica 24.1. Umrljivost zaradi samomora v starostni skupini nad 65 let v absolutnih številkah glede na starost in spol v obdobju 2015–2019 (3)

Skupina	2015	2016	2017	2018	2019
Moški in ženske skupaj					
65–69 let	32	22	28	34	35
70–74 let	33	25	28	32	43
75–79 let	31	34	25	25	34
80 in več let	50	41	69	44	45
Moški					
65–69 let	21	16	23	25	25
70–74 let	24	17	23	28	33
75–79 let	22	24	16	20	28
80 in več let	40	29	54	32	33
Ženske					
65–69 let	11	6	5	9	10
70–74 let	9	8	5	4	10
75–79 let	9	10	9	5	6
80 in več let	10	12	15	12	12

Razlike med spoloma v samomorilnem vedenju v starosti

Starejši moški pogosteje umrejo zaradi samomora kot ženske, medtem ko imajo ženske več poskusov v primerjavi z moškimi (4). Razloge za razliko v samomorilnem vedenju, ki je povezana s spolom, se pripisuje družbenim normam in tradicionalni razdelitvi vlog moškega in ženske. Tradicionalna družbena vloga moškega temelji na poudarjanju moči, neodvisnosti, bolj tvegane vedenja, preskrbovalcu ekonomskih dobrin in individualnosti (*več o tem v poglavju 25*) (5–7). Vloga, ki se jo od moškega pričakuje, mu hkrati otežuje odločitev, da bi iskal pomoč zaradi samomorilnih občutkov in depresije (8). Moški so osebno bolj impulzivni, imajo manj razvito socialno mrežo, slabše zmorejo sprejemati pomoč strokovnega osebja in če se odločijo za samomor, izberejo bolj letalne oblike (9). Starejši se soočajo s številnimi izgubami. Smrt zakonca ali ločitev sta dejavnika tveganja za samomor pri obeh spolih, vendar je učinek manjši pri ženskah. Moški so bolj ogroženi neposredno po dogodku in potrebujejo več časa, da si opomorejo (4). Ženske pogosteje ohranjajo socialne in družinske vezi, na katere se lahko po izgubi zakonca obrnejo po podporo (10). Razlika med spoloma je pomembna zaradi načrtovanja preventivnih ukrepov. V manjši raziskavi so avstralski avtorji ugotavljali, da si moški v preventivne namene želijo več pomoči v usmerjene aktivnosti in manj poseganja v čustveno sfero (11).

Dejavniki tveganja za samomorilno vedenje v starosti

Poznavanje in prepoznavanje dejavnikov tveganja, ki privedejo do samomorilnega dejanja, je pomembno zaradi ukrepanja in preprečevanja samomorilnosti. Pomembno je tudi z vidika načrtovanja preventivnih ukrepov. Nekateri dejavniki tveganja so pri starejših podobni tistim pri mlajših starostnih skupinah, vendar imajo prvi svoje posebnosti, nekateri dejavniki tveganja pa so izrazito značilni za populacijo starejših (preglednica 24.2). Samomorilno vedenje je še posebno pogosto pri ljudeh, ki so oboleli zaradi duševnih motenj, še zlasti razpoloženjskih.

Preglednica 24.2. Splošni dejavniki tveganja za samomor in dejavniki tveganja, značilni za starejšo populacijo

Splošni dejavniki tveganja za samomor	Dejavniki tveganja za samomor v starosti
Moški spol	Moški nad 80 let starosti
Duševne motnje	Povečana obolevnost zaradi kroničnih bolezni
Prejšnji samomorilni poskusi	Izguba neodvisnosti
Impulzivne in agresivne tendence	Zmanjšanje funkcionalnosti
Zloraba alkohola	Kronična bolečina
Družinska anamneza samomora	Slab ekonomski status
Stres	Osamljenost
Osebnostna motnja	Slaba socialna mreža
Samski (ločeni, ovdoveli)	Rigidno razmišljanje, slaba zmožnost prilagajanja
Nezaposleni	Žalovanje
Samomorilni načrt	
Obupanost	
Socialna izolacija	
Nasilje v družini	

S starostjo se povezujejo številne fiziološke telesne spremembe, povečana je obolevnost zaradi različnih telesnih bolezni. Motnje vida, nevrološke bolezni, rakava obolenja, srčno-žilne bolezni, kronična obstruktivna pljučna bolezen, artritis so bolezenska stanja, ki so se pogosteje pojavljala pri starejših, ki so umrli zaradi samomora (12). Samomorilno vedenje povzročajo predvsem posledice bolezni, ki se izražajo z (grozečo) izgubo neodvisnosti, izgubo funkcionalnosti, ki povzročajo občutek nekoristnosti in manjvrednosti. Pomembna posledica je izguba dostojanstva in/ali zadovoljstva z življenjem (13). Yeates idr. so v raziskavi jasno pokazali povezavo med zmanjšanjem katerekoli instrumentalne dnevne aktivnosti (dnevne življenjske aktivnosti, npr. vožnje avtomobila, uporabe telefona, plačevanja računov, vodenja gospodinjstva) in samomorilnim vedenjem (14). Bolečina je prav tako velik dejavnik tveganja za samomorilno vedenje. Izraziteje ogroženi so moški (15). Tang idr. ugotavljajo, da se tveganje za samomorilno vedenje povečuje s stopnjevanjem bolečine, še posebno veliko tveganje zanj pa predstavlja nenadzorovana (nezdravljena) bolečina. Samomorilno vedenje pri moških s hudo in nadzorovano bolečino je dvakrat večje kot pri moških brez bolečin, pri moških, ki imajo hude in nenadzorovane bolečine, pa štirikrat večje. Vedenje se povezuje z občutkom nemoči in brezupa, ki ju povzroča bolečina (16). Tveganje se močno poveča pri bolnikih s hkratno obolevnostjo zaradi več bolezni (12).

Psihosocialni dejavniki, kot so slab ekonomski status, osamljenost, nerazumevanje z družino, predstavljajo vire stisk (17). Slabša socialna podpora in povezanost sta povezani z občutki bremena, ki ga predstavljajo, in po drugi strani z zmanjšanjem pripadnosti (12, 18). Posamezniki, ki so slabše psihološko in socialno prilagodljivi, ki so osebno nagnjeni k nevroticizmu (ki predstavlja slabšo sposobnost obvladovanja čustev, prisotnost negativnih čustvenih stanj in skrbi), in tisti, ki so manj odprti za izkušnje, ustvarjalnost, radovednost in manj odprti za novosti, so bolj nagnjeni k samomorilnemu vedenju (19). Pomemben dejavnik tveganja je pitje alkohola in pretekli samomorilni poskusi (20).

Duševne motnje v starosti in samomor

Med vsemi dejavniki tveganja za samomorilno vedenje v starejšem obdobju so v ospredju duševne motnje. Prisotne so pri 71–97 % oseb, ki umrejo zaradi samomora, najpogosteje so to motnje razpoloženja (21). Večina umrlih zaradi samomora je trpela zaradi ponavljajoče se depresije, kot pomemben dejavnik tveganja se je pokazala tudi zloraba psihoaktivnih substanc, saj je bila prisotna pri četrtini do tretjini umrlih zaradi samomora. Povečano tveganje v starosti je povezano tudi z unipolarno depresivno motnjo, distimijo, psihotičnimi motnjami, tesnobnimi motnjami in kognitivnimi motnjami. Starejše osebe imajo pogosto depresivno motnjo oziroma depresivne simptome, ki ne dosegajo praga velike depresije in ne zadoščajo kriterijem za diagnozo depresije po Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10). Kljub temu pa bistveno poslabšujejo funkcionalne sposobnosti starejših ter so vir trpljenja in skrbi. Poročajo o visoki pojavnosti hkrati prisotne depresije in tesnobnih motenj, in sicer pri vsakem šestem umrlem zaradi samomora (22). Kljub dejstvu, da je ponavljajoča se depresija najpogostejša motnja, povezana s samomorom, pa izsledki raziskav nakazujejo heterogeno pojavljanje duševnih motenj pri samomorilnih osebah, kar mora vplivati na oblikovanje preventivne strategije.

Tveganje za samomorilno vedenje se povečuje s starostjo, podatki pa kažejo, da je pogosto neprepoznano, spremljajoče duševne motnje pa nezdravljene. Presenetljivi so podatki obsežne ameriške retrospektivne analize vzrokov smrti samomora starejših (23). Za večino starejših umrlih zaradi samomora (69 % moških, 50 % žensk) ni bilo podatka o zdravljenju duševne motnje. Za več kot tri četrtine umrlih zaradi samomora raziskovalci niso imeli podatka o samomorilnih namerah. Najpogosteje je bil dokumentiran podatek o telesnih boleznih. Podatek o preteklih samomorilnih poskusih, samomorilnih ideacijah, depresivnem razpoloženju ter zlorabi psihoaktivnih substanc in alkohola je bil pogostejši pri osebah z znano duševno motnjo.

Običajno je pojavljanje in poročanje o samomorilnih ideacijah povezano z depresijo in tesnobnimi motnjami, pomemben podatek pa je, da številne osebe s samomorilnimi mislimi ne dosegajo diagnostičnih kriterijev za duševno motnjo. Več kot polovica takih oseb ni bila deležna oskrbe služb za mentalno zdravje (24). Nizka stopnja vključevanja starejših s samomorilnimi mislimi in neodkritimi duševnimi motnjami v ustrezne oblike pomoči narekujejo drugačne in nove pristope v delu s starejšo populacijo.

Pri pregledu 40 raziskav so ugotovili, da so umrli zaradi samomora v zadnjem mesecu pred smrtjo pogosto obiskali zdravnika, 45 % jih je imelo stik z osebnim zdravnikom, samo v 20 % pa so poiskali pomoč pri psihiatru ali psihoterapevtu (25). V slovenski raziskavi so ugotovili, da je izbranega osebnega zdravnika zaradi težav v duševnem zdravju pred dejanjem obiskalo bistveno več tistih, ki so umrlih zaradi samomora kot tistih iz kontrolne skupine (30 oziroma 3 %) (56).

Depresija v starosti

Depresija je najpogostejša duševna motnja pri starejših. Stopnja razširjenosti v tej populaciji je 8–15-odstotna, v negovalnih ustanovah pa se pojavlja kar pri 15–25 % oskrbovancev (26). Jasno je, da se večina starejših oseb ne sooča z depresijo in depresija ni del normalnih starostnih procesov. Starejše osebe pogosto iščejo pomoč, vendar so depresivne motnje v starostnem obdobju slabo prepoznane ali ustrezno zdravljene. Za depresijo v starosti je znano, da je odziv na zdravljenje z zdravili slabši in zato depresija tudi dlje traja.

Velja prepričanje, da je začetek depresivne epizode povezan s stresnim dogodkom in da so depresivni simptomi pričakovana reakcija na težak dogodek ali izgubo. V tej starostni skupini so številni negativni dogodki (npr. smrt svojca ali prijatelja, upokožitev in poslabšanje zdravja) pogosteje povezani z depresivnimi simptomi. Med težkimi življenjskimi dogodki je smrt zakonca med najpogostejšimi povodi za razvoj prilagoditvene motnje s simptomi depresije. Depresivna simptomatika se pogosto pojavlja več mesecev ali let po smrti drage osebe.

Naslednji ključni dejavnik, ki ovira uspešno prepoznavanje starostne depresije, je hkraten pojav telesnih obolenj. Številna obolenja in uporabljena zdravila lahko povzročajo nekatere simptome, ki jih vključujemo v sklop depresivne motnje (npr. nespečnost, utrujenost, izgubo apetita, pomanjkanje volje) in prikrivajo hkrati potekajočo depresivno motnjo. Depresija je nekaterim boleznim pogosteje pridružena, na primer Parkinsonovi bolezni, možgansko-žilnim boleznim, demenci (27, 28). Med posredne dejavnike tveganja za depresijo sodijo bolečinski sindrom, odvisnost od pomoči druge osebe, invalidnost in kronični potek bolezni.

Netipična klinična slika depresije v starosti

Depresija v starostnem obdobju pogosto ni tipična, kot jo sicer vidimo pri mlajših osebah (29). V ospredju so pritožbe nad telesnimi težavami, izguba veselja, zadovoljstva ter interesov in spoznavne (kognitivne) motnje. Starejše osebe redkeje poročajo o depresivnih simptomih, pogosto celo zanikajo depresivna razmišljanja in krivdna občutja ter so bolj zaskrbljene zaradi novonastalih telesnih simptomov. Psihoteične simptome (krivdne, hipohondrične blodnje) najdemo pri 20–45 % pacientov, ki so zdravljeni zaradi depresije v bolnišnici ter v 3,6-odstotnem deležu pacientov v skupnosti (30). Psihoteični simptomi pri bolniku s starostno depresijo napovedujejo pogostejše ponovitve bolezni.

Depresija s poznim začetkom

Pri polovici bolnikov z depresijo v starostnem obdobju se depresija pojavi prvič³. Med depresijo s poznim in tisto z zgodnjim začetkom je kar nekaj razlik (31). Družinska obremenjenost (zajema genetsko nagnjenost k depresiji oziroma pojavljanje depresije v družini) je pomemben dejavnik tveganja za depresijo pri mlajših, pri depresiji s poznim začetkom pa je družinska obremenitev redka (32). V tej skupini bolnikov pomeni pojav depresije večje tveganje za razvoj demence (33), večji je delež težav na nevropsiholoških testih, pogostejše so okvare sluha, imajo večje možganske prekate ter več žilnih sprememb v beli možganovini (34).

Starostna depresija in možgansko-žilne bolezni

Tesno povezanost med depresijo v starostnem obdobju in možgansko-žilnimi boleznimi nakazujejo številne raziskave in podatki (35). Raziskovalci so našli pomembno povezavo med pojavnostjo depresije ter subtilnimi možganskimi spremembami, ki so najbolj vidne z magnetnoresonančnim slikanjem, in sicer v čelnem režnju ter bazalnih jedrih. Na podlagi omenjenih raziskav so opisali sindrom, ki vključuje depresijo in motnje izvršilnih sposobnosti (angl. depression-executive dysfunction syndrome; sindrom DED).

³ Po kriterijih MKB-10 so izpolnjeni diagnostični kriteriji za veliko depresijo, kadar je prisotnih 5 glavnih kriterijev. Pri starejših osebah se depresija pogosto pojavlja z drugimi (in ne glavnimi) kriteriji, zato jo v takem primeru imenujemo podprazna depresija.

Pri bolnikih s sindromom DED so opisali zmanjšano govorno spretnost, psihomotorično upočasnenost, zmanjšanje aktivnosti in zanimanja ter slabo razumevanje bolezni. Posledice bolezni se odražajo v zanemarjanju, včasih v popolnem socialnem umiku in celo ogrožanju lastnega življenja (36).

Oblike pomoči osebam z depresijo v starosti

Poseben poudarek v boju proti visoki stopnji samomorilnosti velja nameniti boljšemu prepoznavanju in optimalnemu zdravljenju depresivnih stanj, predvsem v okviru primarnega zdravstva, kjer starejši praviloma iščejo pomoč. Bolniki v starosti lahko prikrivajo duševne simptome, nekateri jih tudi ne prepoznavajo ali ne želijo govoriti o svojih psihičnih stiskah. V primarni oskrbi starejše osebe je smiselna rutinska uporaba kratkih presejalnih vprašalnikov za prepoznavanje starostne depresije (37).

Cilj zdravljenja depresije je doseči remisijo in polno okrevanje, zato je pomembna prava izbira antidepresiva. Selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina (SSRI) so zdravila prve izbire v zdravljenju depresije (38). V prvo izbiro antidepresivov bi v skladu z indikacijo sodili tudi drugi netriciklični antidepresivi, ki učinkujejo tudi na noradrenalinški in dopaminski sistem. Za zdravljenje depresije s psihotičnimi simptomi se uporablja kombinacijo antidepresivov SSRI in atipičnih antipsihotikov.

Antidepresive se uvaja z začetnimi nizkimi odmerki. Za doseganje ustreznega odgovora na antidepresivno zdravljenje je pri starejših osebah potrebno praviloma daljše obdobje, 4–8 tednov. Nadaljevalno in vzdrževalno zdravljenje mora z nespremenjenimi odmerki trajati najmanj 12 mesecev po prvi epizodi, pri ponavljajočih epizodah pa traja nadaljevalno zdravljenje tri leta, ob dejavnih tveganja tudi dlje.

Med pristopi, ki ne vključujejo zdravljenja z zdravili je treba izpostaviti psihoterapevtske metode ter pomoč svojcem. Kot najuspešnejši psihoterapevtski metodi v zdravljenju depresije v starosti sta se izkazali vedenjska terapija ter tehnike reševanja problemov (39).

Zgodnja diagnostika depresije pri starejših osebah je ključnega pomena, saj je pogosto neprepoznana in nezdravljena. Zdravljenje depresije omogoča boljšo kakovost življenja, z boljšim funkcioniranjem starejše osebe pa se zmanjšuje potrebo po zdravstvenih in socialnih storitvah. Uspešno zdravljenje depresije je povezano z nižjo smrtnostjo in soobolevnostjo ter predstavlja enega temeljnih ukrepov v znižanju samomorilnosti pri starejših. Povezovanje socialnih služb, zdravstvene in patronažne službe ter nevladnih organizacij v učinkovito mrežo pomoči je prvi pogoj za boljše prepoznavanje rizičnih oseb ter nudenje nujnih in drugih oblik pomoči na domu.

Demenca in kognitivne motnje kot dejavnik tveganja za samomorilno vedenje v starosti

Depresivna motnja, demenca in delirij predstavljajo osrednje tri D: depresija, demenca, delirij v psihogeriatrici. Velik poudarek med dejavniki tveganja je namenjen depresiji, pojavnost samomora pri demenci in deliriju sta manj raziskana.

Depresija se kar v 40 % pojavlja kot spremljajoči sindrom demence, pogosto v letih pred postavitvijo diagnoze demenca Alzheimerjevega tipa (AD) (40). Epidemiološke raziskave kažejo, da imajo tudi bolniki z depresijo, ki se pojavlja v starejšem obdobju, večje tveganje, da bodo zboleli za demenco. Depresija s poznim začetkom je eden od dejavnikov tveganja za razvoj demence. Zato je pri bolniku z depresijo in spremljajočimi motnjami spoznavnih sposobnosti smiselno redno spremljati spoznavne sposobnosti.

Bolniki z AD navajajo znatno manj depresivne simptomatike v primerjavi s poročanjem njihovih negovalcev. To razkriva slabše bolnikove sposobnosti zaznavanja, prepoznavanja in tudi izražanja razpoloženskih sprememb, ki so posledica osnovne bolezni pri AD, to je motenj spoznavnih sposobnosti (41). Ob napredovanju AD je sporazumevanje z bolnikom vse težje zaradi izrazitejših težav v govoru in prepoznavanje depresije je zato zahtevnejše. Apatija, motnje spanja in vznemirjenost so lahko hkrati posledica demence in jih lahko napačno pripisujemo depresiji.

Odnos med demenco in samomorilnim vedenjem še ni povsem jasen. V raziskavah so ugotavljali, da je samomorilna ogroženost največja v zgodnji fazi upada spoznavnih sposobnosti, ko se postavlja diagnoza demence. Tudi podatki o visokih vrednostih beta amiloida v procesu zgodnjega prepoznavanja demence in postavitve diagnoze AD je bil povezan z večjim tveganjem za samomorilno vedenje (25). Nasprotno se je napredujoča faza AD izkazala kot varovalni dejavnik pred pojavom samomorilnih misli, v tem primeru je stopnja ogroženosti nizka.

Motnje spoznavnih sposobnosti v starostnem obdobju

Starostna depresija ima lahko kroničen potek s pogostimi poslabšanji ter v več kot polovici primerov izraža značilne okvare spoznavnih sposobnosti. Najpogostejše so motnje v hitrosti procesiranja informacij, izvršilnih sposobnosti in spomina (42). Po antidepresivnem zdravljenju je lahko opazno izboljšanje spoznavnih sposobnosti, motnje pa so prisotne tudi po učinkovitem zdravljenju depresije (43). Bolniki s starostno depresijo imajo večje tveganje za razvoj demence. Zgodnje prepoznavanje in spremljanje spoznavnih motenj pri bolnikih s starostno depresijo nam lahko pomaga pri prognozi depresije, spremljanju morebitnega razvoja demence ter omogoča učinkovitejšo obravnavo depresije.

Bolniki z depresijo pogosto poudarjajo motnje spominskih sposobnosti (44). Starejše osebe z depresijo imajo več težav v prostem odloženem priklicu (naučiti se in priklicati informacijo po kratkem odlogu), rezultati pa se z zdravljenjem izboljšajo. Osrednjo vlogo pri starostni depresiji raziskovalci pripisujejo motnjam izvršilnih sposobnosti. V raziskavah ugotavljajo, da so motnje izvršilnih sposobnosti pri starostni depresiji povezane s pogostejšimi ponovitvami bolezni ter slabšim uspehom antidepresivnega zdravljenja (45). Psihomotorična upočasnjenost je eden značilnih simptomov težje oblike depresije s poznim začetkom (46), pri čemer so imeli tudi bolniki v remisiji podaljšane odzivne čase (47).

Šibkost izvršilnih sposobnosti pri osebah z depresijo in samomorilnim vedenjem se izraža v zmanjšani sposobnosti odločanja na podlagi preteklih izkušenj (48). Osebe s samomorilnim vedenjem težje zavirajo samomorilne misli in pogosto ponavljajoče se negativne misli (ruminacije), kar lahko povečuje tveganje za samomorilni poskus. Starejši, nagnjeni k samomorilnemu vedenju, slabše prepoznavajo in ocenjujejo čustva (žalost, jezo, veselje ipd.), ob hkratnih težavah v odločanju pa težje razrešujejo sicer pogoste stiske zaradi izgub bližnjih, pogostih bolezni ipd. Neuspešne strategije obvladovanja problemov zaradi neustrezne izbire rešitve in spremenjenega socialnega funkcioniranja povečujejo tveganje za razvoj samomorilnega vedenja.

Pasivne samomorilne misli

Starejši pogosto povedo, da so v življenju že vse doživeli in da si želijo umreti. Ali so misli in želja po smrti starejših del normativnega odgovora na bližajoči se konec življenja ali uvod v samomorilno vedenje? Misli in/ali želja po smrti pri starejših imajo raznolik odnos s samomorilnim vedenjem. Življenjska prevalenca pasivnih samomorilnih misli se razlikuje glede na metodologijo raziskave in je med 18,7 % in 40,9 % (49, 50). Ugotovitve kažejo, da so starejši s primerljivo stopnjo izraženosti depresije redkeje poročali o depresivnih mislih in pogosteje o razmišljanjih o smrti in izražali željo po smrti v primerjavi z mlajšo generacijo. To nakazuje na zaključek, da so razmišljanja o smrti in želja po smrti pri starejših pogostejši, vendar se pojavljajo v sklopu depresije in so lahko nevarnejše samomorilno vedenje ali pa vanj vodijo (51). Pri manjši skupini starejših, ki menijo, da življenja ni vredno več živeti in si želijo smrti, se pasivne samomorilne misli kljub intenzivnosti ne razvijejo v povečanje nevarnega samomorilnega vedenja. Ne glede na kontekst pasivnih samomorilnih ideacij in želje po smrti pa te nakazujejo, da je kakovost življenja posameznika poslabšana, kar nakazuje možnosti za ukrepanje. Pomembno je odkriti tiste posameznike, ki imajo povišano tveganje za samomorilno vedenje, in prepoznati spremembo pasivnih samomorilnih misli v aktivne (52, 53).

Preventivni in terapevtski ukrepi pri starejših

S splošnimi ukrepi v preprečevanju samomorilnega vedenja naj bi okrepili informiranje vse populacije o problematiki večje samomorilne ogroženosti starejših, predvsem pa o dejavnikih, ki k temu pripomorejo. Posebna pozornost mora biti namenjena pomoči in osveščanju svojcev ter osebju v negovalnih ustanovah oziroma domovih starejših občanov. Splošna preventiva pri starejših se dotika razreševanja posebnih psihosocialnih sprememb starostnikov (smrt svojca, osamljenost in izguba socialnih stikov, revščina, druga obolenja, problematika odvisnosti ipd.) ter ukrepov za zmanjševanje možnosti samopoškodovanja. Pomemben splošni preventivni ukrep je ozaveščanje populacije na področju duševnega zdravja in zmanjševanje stigme, ki spremlja duševne motnje in samomorilno vedenje.

Samomor je kljub visokemu samomorilnemu količniku v starosti absolutno gledano redk dogodek. Zdi se, da presejanje celotne populacije starejših oseb za samomorilno vedenje ni smiselno. Ker pa so duševne motnje, med njimi depresija, najpogostejši dejavnik tveganja za samomorilno vedenje, bi bilo smiselno uporabljati presejalne teste za depresijo na primarni zdravstveni ravni in biti še posebno pozoren na starejše moške (54). Kljub napredku pri obravnavi pacientov z depresijo in duševnimi motnjami so duševne motnje in depresija v starosti pogosto neprepoznane in nezdravljene.

Več samomorilno ogroženih starostnikov je pred samomorom v stiku z osebnim zdravnikom, manj pa s psihiatrom in psihoterapevtom (25). Smiselno je usmeriti preventivno delovanje v ambulate izbranega osebnega zdravnika, kjer za odkrivanje dejavnikov tveganja za samomorilno vedenje mnogokrat primanjkuje časa, včasih pa tudi znanja. Smiselno se zdi nadaljevanje sistematičnega izobraževanja na tem področju.

Terapevtski ukrepi za samomorilno ogroženega starostnika temeljijo na individualni obravnavi, s katero je smiselno obravnavati in zmanjševati dejavnike tveganja, ustreznim zdravljenjem pridruženih duševnih motenj in kroničnih bolezni, tudi bolečine, z zdravili. Pomemben terapevtski pristop je psihoterapevtska obravnava, kjer pa ugotovitve raziskav in dejanskega stanja nakazujejo težko dostopnost standardne psihoterapije in pomanjkanje starostniku prilagojenih psihoterapevtskih pristopov (55).

Zaključek in usmeritve za naprej

Samomorilno vedenje starejših oseb ima kompleksno etiologijo, ki zajema dejavnike tveganja iz vseživljenjskega obdobja, osebnostne značilnosti in spremembe, ki so pogosto povezane s staranjem: zdravstvene, funkcionalne, socialne in ekonomske. Še posebej visoko tveganje za samomorilno vedenje imajo posamezniki z duševnimi motnjami, katerih zdravljenje je lahko dokaj učinkovito in prispeva k zmanjševanju samomorilnega vedenja. Družbeno zmanjševanje stigme duševnih motenj in starizma, sprejemanje staranja in z njim povezanih sprememb kot pomembnega življenjskega obdobja, je še dodatni pozitivni dejavnik, ki bo pomembno prispeval k zmanjšanju samomorilnega vedenja ter izboljšal sprejetost in počutje starostnikov.

Reference

1. Waeren M, Runeson BS, Allebeck P, Beskow J, Rubenowitz E, Skoog I idr. Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. *Am J Psychiatry*. 2002;159:450–5. doi: 10.1176/appi.ajp.159.3.450
2. Conejero I, Olié E, Courtet P, Calati R. Suicide in older adults: current perspectives. *Clin Interv Aging*. 2018;13:691–9. doi: 10.2147/CIA.S130670
3. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Podatkovni portal [na spletu]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2020 [citirano 11. 10. 2020]. Dostopno na: <https://podatki.nijz.si/>.
4. Schmutte TJ, Wilkinson ST. Suicide in older adults with and without known mental illness: results from the national violent death reporting system. *Am J Prev Med*. 2020;58:584–90. doi: 10.1016/j.amepre.2019.11.001
5. Corna LM, Cairney J, Streiner DL. Suicide ideation in older adults: relationship to mental health problems and service use. *Gerontologist*. 2010;50:785–97. doi: 10.1093/geront/gnq048
6. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2003;58:249–65. doi: 10.1093/gerona/58.3.m249
7. Robinson RG, Spalleta G. Poststroke depression: a review. *Can J Psychiatry*. 2010;55:341–9. doi: 10.1177/070674371005500602
8. Power C, Greene E, Lawlor BA. Depression in late life: etiology, presentation and management. V: Chiu H, urednik. *Mental health and illness of the elderly*. Singapore: Springer; 2017. str. 187–218.
9. Alexopoulos GS, Apfeldorf W. Unipolar depression. V: Roose SP, Sackeim HA, urednika. *Late-life depression*. Oxford: Oxford University Press; 2004. str. 21–30. doi: 10.1007/978-981-10-2414-6_10
10. Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Koponen H, Kivelä SL, Isoaho R. Psychotropics among the home-dwelling elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002;9:74–83. doi: 10.1002/gps.712
11. Burgut FT, Benaour M, Hencliffe C. Late-life depression: a neuropsychiatric approach. *Expert Rev Neurother*. 2006;6:65–72. doi: 10.1586/14737175.6.1.65
12. Heun R, Papassotiropoulos A, Jessen F, Majer W, Breitner JC. A family study of Alzheimer's disease and early- and late-onset depression in elderly patients. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:190–6. doi: 10.1001/archpsyc.58.2.190
13. Gualtieri CT, Johnson LG, Benedict KB. Neurocognition in depression: patients on and off medication versus healthy comparison subjects. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2006;18:217–25. doi: 10.1176/jnp.2006.18.2.217
14. Salloway S, Correia S, Boyle P, Malloy P, Schneider L, Lavretsky H idr. MRI subcortical hyperintensities in old and very old depressed outpatients: the important role of age in late-life depression. *J Neurol Sci*. 2002;203–204:227–33. doi: 10.1016/s0022-510x(02)00296-4
15. Chen CS, Tsai JC, Tsang HY, Kuo YT, Lin HF, Chiang IC idr. Homocysteine levels, MTHFR C677T genotype, and MRI hyperintensities in late-onset major depressive disorder. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006;13:869–75. doi: 10.1097/00019442-200510000-00006
16. Alexopoulos GS. Role of executive function in late-life depression. *J Clin Psychiatry*. 2003;64:18–23. doi: 10.1176/appi.ajgp.13.10.869
17. Pišljarič M. Preprečevanje samomora med starejšimi. V: Marušič A, Roškar S, urednika. *Slovenija s samomorom ali brez*. Ljubljana: DZS; 2003. str. 104–15.
18. Kores Plesničar B. *Osnove psihofarmakologije*. Maribor: Medicinska fakulteta; 2007.
19. Cummings JL. *The neuropsychiatry of Alzheimer's disease and related dementias*. London: Martin Dunitz; 2003. doi: 10.1201/9780367805913
20. Lyketsos CG, Olin J. Depression in Alzheimer's disease: overview and treatment. *Biol Psychiatry*. 2002;52:243–52. doi: 10.1016/s0006-3223(02)01348-3

21. Teri L, Logsdon RG, Uomoto J, McCurry SM. Behavioral treatment of depression in dementia patients: a controlled clinical trial. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1997;52:159–66. doi: 10.1093/geronb/52b.4.p159
22. Conejero I, Navucet S, Keller J, Olie E, Courtet P, Gabelle A. A complex relationship between suicide, dementia, and amyloid: a narrative review. *Front Neurosci.* 2018;12:članek 371. doi: 10.3389/fnins.2018.00371
23. Butters MA, Whyte EM, Nebes RD, Begley AE, Dew MA, Mulsant BH idr. The nature and determinants of neuropsychological functioning in late-life depression. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61:587–95. doi: 10.1001/archpsyc.61.6.587
24. Nebes RD, Pollock BG, Houck PR, Butters MA, Mulsant BH, Zmuda MD idr. Persistence of cognitive impairment in geriatric patients following antidepressant treatment: a randomised, double blind clinical trial with nortriptyline and paroxetine. *J Psychiatr Res.* 2003;37:99–108. doi: 10.1016/s0022-3956(02)00085-7
25. Gualtieri CT, Johnson LG, Benedict KB. Neurocognition in depression: patients on and off medication versus healthy comparison subjects. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2006;18:217–25. doi: 10.1176/jnp.2006.18.2.217
26. Potter GG, Kittinger JD, Wagner HR, Steffens DC, Krishnan KR. Prefrontal neuropsychological predictors of treatment remission in late-life depression. *Neuropsychopharmacology.* 2004;29:2266–71. doi: 10.1038/sj.npp.1300551
27. Landro N, Stiles T, Sletvold H. Neuropsychological function in nonpsychotic unipolar major depression. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol.* 2001;14:233–40.
28. Pišljar M, Repovš G, Pirtošek Z. Cognition in late onset depression. *Psychiatry Res.* 2013;210:88–94. doi: 10.1016/j.psychres.2013.01.032
29. Dombrovski AY, Clark L, Siegle GJ, Butters MA, Ichikawa N, Sahakian BJ idr. Reward/punishment reversal learning in older suicide attempters. *Am J Psychiatry.* 2010;16:699–707. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09030407
30. Rurup ML, Pasman HR, Goedhart J, Deeg DJ, Kerkof AJ, Onwuteaka-Philipsen BD. Understanding why older people develop a wish to die: a qualitative interview study. *Crisis.* 2011;32:204–16. doi: 10.1027/0227-5910/a000078
31. Cohen CI, Coleman Y, Yaffee R, Casimir GJ. Racial differences in suicidality in an older urban population. *Gerontologist.* 2008;48:71–8. doi: 10.1093/geront/48.1.71
32. Van Orden KA, Conwell Y. Issues in research on aging and suicide. *Aging Ment Health.* 2016;20:240–51. doi: 10.1080/13607863.2015.1065791
33. Heisel MJ, Flett GL. The development and initial validation of the geriatric suicide ideation scale. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2006;14:742–51. doi: 10.1097/01.JGP.0000218699.27899.f9
34. Van Orden KA, O'Riley AA, Simning A, Podgorski C, Richardson TM, Conwell Y. Passive suicide ideation: an indicator of risk among older adults seeking aging services? *Gerontologist.* 2015;55:972–80. doi: 10.1093/geront/gnu026
35. Dombrovski A, Szanto K, Reynolda CF. Epidemiology and risk factors for suicide in the elderly: 10-year update. *Aging Health.* 2005;1:135–45. doi: 10.2217/1745509X.1.1.135
36. Payne S, Swami V, Stranistreet D. The social construction of gender and its influence on suicide: a review of the literature. *J Mens Health.* 2008;5:23–35. doi: 10.1016/j.jomh.2007.11.002
37. Schrijvers DL, Bollen J, Sabbe BG. Suicide research: selected readings - the gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *J Affect Disord.* 2011;6:56–7. doi: 10.1016/j.jad.2011.03.050
38. Webster RL. Questions of culture, age, and gender in the epidemiology of suicide. *Scand J Psychol.* 2003;44:373–81. doi: 10.1111/1467-9450.00357
39. Möller-Leimkühler AM. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2003;253:1–8. doi: 10.1007/s00406-003-0397-6
40. Kutcher S, Chehil S. *Suicide risk management: a manual for health professionals.* Malden: Wiley-Blackwell; 2012.
41. Stack S. New micro-level data on the impact of divorce on suicide, 1959–1980: a test of two theories. *J Marriage Fam.* 1990;52:119–27. doi: 10.2307/352844
42. Yeates C, Van Orden K, Caine ED. Suicide in older adults. *Psychiatr Clin North Am.* 2011;34:451–68. doi: 10.1016/j.psc.2011.02.002
43. Fässberg MM, Cheung G, Canetto SS, Erlangsen A, Lapierre S, Lindner R idr. A systematic review of physical illness, functional disability and suicidal behaviour among older adults. *Aging Ment Health.* 2016;20:166–94. doi: 10.1080/13607863.2015.1083945
44. Juurlink DN, Herman N, Szalaj JP, Kopp A, Redelmeier DA. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med.* 2004;164:1179–84. doi: 10.1001/archinte.164.11.1179
45. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med* [na spletu]. 2010;7:članek e1000316. Dostopno na: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000316>
46. Bonnewyn AA, Shah A, Demyttenaere K. Suicidality and suicide in older people. *Rev Clin Gerontol.* 2009;19:271–94. doi: 10.1017/S0959259809990347
47. Kogoj A. Zakaj so starostniki samomorilno bolj ogroženi. *Zdrav Vestn.* 2010;79:563–5.

48. World Health Organization [na spletu]. Geneva: World Health Organization; 2016. Suicide rates, age, standardised - data by country; 2020 [citirano 11. 10. 2020]. Dostopno na: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDEASDR?lang=en>
49. King K, Dow B, Keogh L, Feldman P, Chenhall R, Pierce D. »Is life worth living?«: the role of masculinity in the suicidality of men aged 80 or more. *Am J Mens Health*. 2020;14(5). doi: 10.1177/1557988320966540
50. Conwell Y, Van Orden K, Caine ED. Suicide in older adults. *Psychiatr Clin North Am*. 2011;34:451–68. doi: 10.1016/j.psc.2011.02.002
51. Yeates C, Thompson C. Suicidal behavior in elders. *Psychiatr Clin North Am*. 2008;31:333–56. doi: 10.1016/j.psc.2008.01.004
52. Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med*. 2006;36:575–86. doi: 10.1017/S0033291705006859
53. Conell J, Lewitzka U. Adapted psychotherapy for suicidal geriatric patients with depression. *BMC Psychiatry*. 2018;18:članek 203. doi: 10.1186/s12888-018-1775-y
54. Draper BM. Suicidal behaviour and suicide prevention in later life. *Maturitas*. 2014;79:179–83. doi: 10.1016/j.maturitas.2014.04.003
55. Conejero, I Navucet S, Keller J, Olié E, Courtet S, Gabrielle A. Suicide in older adults: current perspectives. *Clin Interv Aging*. 2018;13:691–9. doi: 10.2147/CIA.S130670
56. Mesec Rodi P, Roškar S, Marušič A. Suicide victims' last contact with the primary care physician: report from Slovenia. *Int J Soc Psychiatry*. 2009;56(3):280–7. doi: 10.1177/0020764009105330

Moški s posebno visokim tveganjem za samomor

Nuša Zadavec Šedivy

Ključni poudarki poglavja

- Prevezemanje tradicionalne maskuline¹ vloge pomembno povečuje tveganja za slabše duševno zdravje in samomor med moškimi, zato je eden ključnih dejavnikov za razlike med spoloma na tem področju.
- Dinamični model samomorilnega vedenja moških vključuje različne vidike samomorilnega procesa, kar nudi poglobljeno razumevanje dinamike in značilnosti njihovega samomorilnega vedenja.
- Čeprav sta dva najpogostejša izida po samomorilnem poskusu moških ponovitev poskusa in samomor, nekateri posamezniki po poskusu poročajo o pozitivnih izidih in osebnostni rasti.
- Razumevanje dinamike in značilnosti samomorilnega vedenja skupin s posebno visokim tveganjem pomaga oblikovati učinkovite preventivne strategije in intervencije, namenjene moškim.
- Posebno visoko tveganje za razvoj samomorilnega vedenja imajo moški s težavami v duševnem zdravju, tisti, ki prestajajo zaporno kazen, in pripadniki populacije LGBTIQ+².

Povzetek

Tako v Sloveniji kot v svetu moški predstavljajo glavnino oseb, ki umrejo zaradi samomora, razmerje samomorov med moškimi in ženskami v Sloveniji pa znaša 3,5 : 1. Prevezemanje tradicionalne maskuline vloge vključuje vedenja in dejavnike, ki pomembno povečujejo tveganja za slabše duševno zdravje in samomor med moškimi, kar je lahko ena od ključnih razlag za razlike v trendih samomorilnega vedenja med moškimi in ženskami. V populaciji moških pa lahko dalje identificiramo različne podskupine, ki imajo zaradi prisotnosti specifičnih dejavnikov tveganja posebno visoko tveganje za razvoj samomorilnega vedenja. To so moški s težavami v duševnem zdravju, osebe, ki prestajajo zaporno kazen, in moški pripadniki populacije LGBTIQ+. Pri moških s težavami v duševnem zdravju dodatno tveganje predstavljajo specifike v izražanju depresije, slabše poročanje ter prepoznavanje simptomov depresije, pa tudi pogostejša odvisnost od alkohola in drugih psihoaktivnih substanc. Pri osebah, ki prestajajo zaporno kazen, je dodatno tveganje v veliki meri povezano s kakovostjo življenja v zaporu, posebnostmi okolja in razpoložljivih virov, ki so zaprtim osebam na voljo. Za moške, ki so pripadniki populacije LGBTIQ+, pa sta stigma, vezana na spolno usmerjenost, in proces razkrivanja dva od ključnih specifičnih dejavnikov tveganja za samomor. Da bi lahko učinkovito naslavljali samomorilno vedenje moških, je ključnega pomena, da ga skušamo bolje razumeti. Dinamični model samomorilnega vedenja moških tako predstavlja poglobljeni vpogled v njihovo samomorilno vedenje preko dejavnikov, ki vplivajo na samomorilno vedenje, razlage dinamičnega vidika samomorilnega procesa in

¹ Izraz maskulinost označuje izražanje osebnostnih lastnosti, ki jih pripisujemo moškim. Gre za osebnostno dimenzijo, ki je podvržena zgodovinskim spremembam in prej družbeno kot biološko pogojena. Interpretiramo jo kot ponotranjeno spolno vlogo, ki je produkt družbenega učenja ali socializacije.

² Izraz LGBTIQ+ predstavlja osebo, ki se identificira kot lezbijka, gej, biseksualec, transseksualec, interseksualec, kvir ali s katero drugo od obstoječih oblik spola, kar je ponazorjeno s simbolom +.

časovne perspektive samomorilnega vedenja te populacije. Model služi kot temelj tudi za podskupine moških z visokim tveganjem za samomor s posameznimi specifikami, ki jih je v prihodnje treba še bolje raziskati, da bo na podlagi teh spoznanj mogoče oblikovati učinkovitejše intervencije, namenjene specifičnim podskupinam moških in posledično učinkoviteje zniževati samomorilni količnik med moškimi.

Uvod

Tako v Sloveniji kot svetu so moški tisti, ki predstavljajo večino oseb, ki umrejo zaradi samomora (1). Medkulturno ter starostno standardizirano razmerje samomorov med moškimi in ženskami v Sloveniji znaša 3,5 : 1 (2). Medtem ko v nekaterih raziskavah višji samomorilni količnik med moškimi povezujejo z večjo biološko občutljivostjo, ki se pri tem spolu kaže z večjo ranljivostjo za pojav različnih razvojnih in vedenjskih motenj (3), se v drugih raziskavah osredotočajo na samomorilnost v povezavi z maskulino vlogo kot rezultatom izzivov kulturnega okolja, s katerimi se soočajo moški (4).

Ob biološki občutljivosti in kulturnih dejavnikih lahko dejavniki tveganja, vezani na težave v duševnem zdravju, kakovost življenja, vrsta in število medosebnih odnosov, doživljanje stigme in odsotnost iskanja pomoči, pomembno povečujejo tveganje za samomor med nekaterimi specifičnimi podskupinami moških, kot so tisti s težavami v duševnem zdravju, tisti, ki prestajajo zaporno kazen, in tisti iz populacije LGBTIQ+. Posebnosti navedenih podskupin bodo v nadaljevanju podrobneje predstavljene.

Namen poglavja je predstaviti posebnosti samomorilnega vedenja moških ter podrobneje opisati specifične zgoraj navedenih podskupin s posebno visokim tveganjem za samomor. V zadnjem delu poglavja pa bo podrobneje opisan Dinamični model samomorilnega vedenja moških, ki predstavlja poglobljeni pogled v samomorilno vedenje moških. Temelji na osebnih izkušnjah in izpovedih posameznikov s samomorilnim poskusom v preteklosti.

Dejavniki tveganja med moškimi in posebnosti podskupin moških s povečanim tveganjem za samomor

Kadar govorimo o razlikah med spoloma, ne moremo mimo sociokulturnih dejavnikov, ki k temu prispevajo. Spol, opredeljen s kulturo posameznih zgodovinskih obdobj, ki narekujejo, kaj je maskulino in kaj feminino, bi lahko najbolje opisali kot značilnost družbe in ne kot lastnost posameznika (5). Posamezniki namreč v veliki meri prevzemajo svojo spolno vlogo na podlagi norm in okvirjev, ki jih postavlja kultura, v kateri živijo (6). Narava spola je torej v veliki meri socialna in dinamična, družbene strukture in norme pa oblikujejo posameznikova spolna prepričanja in vedenje (5).

Za tradicionalno maskulino vlogo so tako značilne lastnosti, kot so težnja po moči in prevladi, agresivnost, pogum, neodvisnost, učinkovitost, racionalnost, tekmovalnost, uspeh, aktivnost, nadzor in neranljivost. Vloga moškega v zahodnih kulturah pa vključuje tudi nepriznavanje tesnobe, težav, bremen in groženj. Medtem ko je ženska identiteta opredeljena v okviru družbenih odnosov in komunikacije, moško identiteto sestavljata tekmovalnost in ponotrnanje čustev (7). Tovrstno ponotrnanje in izogibanje težavam pa je povezano s tveganji, nasiljem, agresijo in kriminalom, vedenjem, ki povečuje tveganje za samomor (8). Socialni dejavniki, zlasti tisti, povezani s spremembami spolnih vlog, tako predstavljajo eno od ključnih razlag za razlike v trendih samomorilnega vedenja med moškimi in ženskami (9). V preteklih raziskavah so ugotavljali tudi, da pri moških, ki zavzemajo tradicionalno maskulino vlogo in prepričanja, ta vodijo k večjemu tveganju za zdravje v primerjavi z moškimi, ki ne zavzemajo teh prepričanj (10). Prav tako imajo

moški pogosteje bolj negativna stališča do zdravja in duševnega zdravja kot ženske (11), konsistentno poročajo o bolj odobravajočih stališčih do samomora in bolj negativnem odnosu do iskanja psihološke pomoči (12). Kimmel domneva, da ti odnosi izhajajo iz socializacije, skozi katero se moške uči pomena projiciranja moči ter prikrivanja čustev in bolečine. To lahko oteži razvoj posameznih znanj o čustvih in čustvenih odzivih (13), s čimer bi lahko pojasnili, zakaj imajo nekateri moški težave tudi pri prepoznavanju psiholoških simptomov (14). Skladno s tem moški običajno zatirajo čustva in ne želijo poročati o stiski, kar še dodatno viša raven stresa in s tem povečuje tveganje za razvoj samomorilnega vedenja (8). Čeprav tovrstna prepričanja in vedenja niso skupna vsem moškim, niti tistim, ki izhajajo iz podobnega okolja, pa so v zahodni kulturi še vedno prevladujoča (11).

Moški s težavami v duševnem zdravju

Duševne motnje spadajo med glavne dejavnike tveganja za samomor (14), pretekle raziskave pa kažejo, da je približno 90 % oseb, ki so umrle zaradi samomora, v času smrti imelo diagnozo duševne motnje (15). Ker osebe, ki umrejo zaradi samomora, v 70–90 % primerih umrejo v stanju hude klinične depresije, je paradoksalno, da moški zaradi samomora umrejo tri- do desetkrat pogosteje kot ženske, a imajo diagnosticirano depresijo za polovico redkeje kot ženske (16).

V preteklosti je veljalo prepričanje, da so moški v nasprotju z ženskami manj ranljivi za razvoj depresije, vendar danes vemo, da veliko moških trpi zaradi težav, ki so tesno povezane z njenimi simptomi (17), visok samomorilni količnik pa nakazuje možnost, da moški, pri katerih se depresija pojavlja, lahko ostanejo neidentificirani, nediagnosticirani in posledično tudi nezdravljeni. Dejavniki, ki jih pripisujemo nižjemu količniku depresije med moškimi, tako vključujejo razlike med spoloma v (i) izkušnjah in izražanju depresije (16) ter (ii) poročanju o depresiji (18).

Razlike med spoloma v izkušnjah in izražanju depresije

V preteklih raziskavah so ugotavljali, da se simptomi depresije, o katerih poročajo moški, v splošnem razlikujejo od simptomov, ki jih navajajo ženske. Depresija pri moških pa se pogosto povezuje tudi z drugimi težavami, npr. s tveganim in antisocialnim vedenjem (16).

Moški naj bi imeli težave z verbalnim izražanjem svojih čustev, pa tudi s prepoznavanjem in opisovanjem svojih občutkov (18), svoja čustva pa naj bi pogosteje izražali preko tveganih in antisocialnih vedenj, ki vključujejo jezo, agresivno vedenje, nasilje, nizko toleranco na stres, nizek nadzor impulzov, zlorabo alkohola in psihoaktivnih substanc, objestno vožnjo in samomorilno vedenje (7, 19). Taka tvegana vedenja delujejo v funkciji pobega od stiske, posrednega izražanja čustev, razbremenitve napetosti in kot sredstvo za iskanje naklonjenosti (20). Čeprav tovrstnih vedenj ne opredeljujemo kot simptome depresije, jih lahko razumemo kot prikrito spopadanje s stisko. Medsebojna povezava med depresijo, samomori, zlorabami in nasiljem je podrobno opisana tudi v Svetovnem zdravstvenem poročilu o duševnem zdravju (21) in Svetovnem zdravstvenem poročilu o nasilju (22). Obe poročili opozarjata na možnost, da so visok samomorilni količnik med moškimi in visoka prevalenca agresije, nasilnega in malomarnega vedenja lahko povezani z depresijo. Pogosto pa so tovrstna neprilagojena vedenja lahko celo socialno sankcionirana in zato ostajajo še bolj prikrita.

Nasprotno pa vedenja, povezana z depresijo, ženske pogosteje izražajo in poročajo o njih (23). Posledica tega je, da se na depresijo gleda in jo razume bolj z vidika izkušenj žensk,

medtem ko izkušnje moških ostajajo prikrite, njihova vedenja pa napačno razumljena. Zdi se torej, da razlike med spoloma pri depresiji v večji meri ležijo v izražanju depresije in v manjši meri v samih izkušnjah depresije.

Razlike med spoloma v poročanju o depresiji

Vpliv vzgoje v tradicionalno maskulino vlogo, ki daje prednost stoični drži in odsotnosti izražanja čustev, je eden od kulturnih dejavnikov, ki pri mnogih moških prispevajo k temu, da o simptomih depresije ne poročajo (24). S tem se izogonej signaliziranju stiske ter znakov šibkosti in ranljivosti. Vsi stereotipi, ki depresijo prikazujejo kot 'šibkost', bodo tako moške lahko odvrnili od poročanja o njej.

V dveh epidemioloških raziskavah na tem področju so pokazali, da so moški, ki so se soočali z depresijo, o tem poročali pomembno manj pogosto kot ženske, ali pa so poročali o manj simptomih (25). Podobno pa so v raziskavi, ki je vključevala vzorec ljudi z diagnozo depresije, pokazali, da so ženske o čustveni stiski govorile lažje kot moški, medtem ko so moški lažje poročali o telesnih simptomih (26). Prav tako so moški pogosteje uporabljali splošne izraze, kot je duševna motnja, ali pa so svoje simptome depresije pripisovali zunanjim vzrokom, kot so pritisk okolice ali težave v družini (25). Moški o svoji depresiji torej redko poročajo, kar je še eden od razlogov, da je depresija med njimi pogosteje neprepoznana in posledično tudi nezdravljena, kar lahko še dodatno poslabša duševno zdravje in predstavlja dodatni dejavnik tveganja za razvoj samomorilnega vedenja.

Poleg depresije pa so duševne motnje, ki prav tako pomembno povečujejo tveganje za samomorilni poskus in samomor med moškimi, povezane z zlorabo psihoaktivnih substanc (alkohola, uspavalnih tablet, pomirjeval, nikotina, marihuane in tobaka). Moški so k tovrstnemu načinu spopadanja z depresijo in odgovoru na samomorilne krize bolj nagnjeni kot ženske (25). Posebno med moškimi je odvisnost od alkohola pomemben dejavnik tveganja za samomor. Ta odvisnost, ki lahko prikrije znake depresije, je tako lahko celo devet- do desetkrat pogostejša kot med ženskami (27). V raziskavah so raziskovalci pokazali, da lahko kratkoročni učinki zastrupitve z alkoholom vključujejo povečanje psihološke stiske in agresivnosti, poslabšanje presoje in spretnosti reševanja težav, povečano impulzivno vedenje in nižajo prag za razvoj samomorilnega vedenja (28, 29).

Osebe, ki prestajajo zaporno kazen

Osebe, ki prestajajo zaporno kazen, med katerimi prevladujejo moški, so še ena od skupin z izrazito visokim tveganjem za samomor. V zaporih je prevalenca samomorov namreč dosledno višja kot v splošni populaciji (30), samomorilni količnik pa se giblje med 100 in 150. Leta 2003 je Uprava Republike Slovenije za izvrševanje kazenskih sankcij opravila raziskavo o samomorilnem vedenju oseb, ki prestajajo zaporno kazen v Sloveniji. Pokazala je kar 12-krat višji samomorilni količnik med zaprtimi osebami kot v splošni populaciji, samomor pa je predstavljal najpogostejši vzrok smrti v slovenskih zaporih. Večino samomorov med zaprtimi osebami v Sloveniji je med priporniki, ki sicer predstavljajo le 15 % vse zaporniške populacije v Sloveniji (31). Prevalenca samomorov v zaporih pa je podcenjena, saj ne vključuje samomorov prve tedne po izpustu. Tveganje za smrt osebe, ki je prestajala zaporno kazen, prvih 14 dni po izpustu je namreč visoko, pri čemer je samomor eden od glavnih vzrokov smrti v tem obdobju (32).

Okoliščine, ki spremljajo samomorilno vedenje oseb, ki prestajajo zaporno kazen, so specifične, dejavniki, ki lahko povišajo tveganje za samomorilno vedenje, pa različni (33). Razdelimo jih lahko na situacijske (namestitve osebe, ki prestaja zaporno kazen,

v osamo), psihosocialne (nezadostna podpora bližnjih, zgodovina samomorilnega vedenja, pomanjkanje virov za soočanje, občutek obupa), klinične (duševna motnja in/ali prisotnost duševnih motenj v družini, zloraba substanc ipd.) in demografske (samski stan, brezposelni, mlajši odrasli med 25. in 34. letom starosti, višji socialno-ekonomski status pred obsodbo na kazen ipd.). Prepoznamo lahko tudi obdobja, kjer je tveganje za samomor višje (čas pripora, izpusta, posamezniki z daljšo odredbo prestajanja kazni).

Prav tako pa so lahko tudi prostorske razmere in omejitve, vezane na zaporniško okolje, tiste, ki negativno vplivajo na posameznikovo zdravje. Slednje vključuje prenapolnjenost zaporov, nasilje, osamo, izgubo svobode, pomanjkljive zdravstvene storitve, izpostavljenost nalezljivim boleznim, zlorabo psihoaktivnih substanc ipd. Osebe, ki prestajajo zaporno kazen, so v primerjavi s splošno populacijo bolj izpostavljene nalezljivim boleznim (34), prav tako pa je verjetnost za nastanek težav v duševnem zdravju večja kot v splošni populaciji.

Svetovna zdravstvena organizacija navaja podatek, da ima 40–60 % zaprtih oseb določeno obliko težav z duševnim zdravjem, ob tem pa je verjetnost, da bi bile njihove težave prepoznane in ustrezno strokovno obravnavane, bistveno manjša kot v splošni populaciji (35). Večina zaprtih oseb namreč prihaja iz ranljivejših družbenih skupin, pri katerih so lahko duševne težave prisotne že pred pričetkom prestajanja zaporne kazni. Lahko pa se razvijejo v obdobju bivanja v zaporu in/ali poslabšajo zaradi značilnosti zaporniškega okolja. Socialni kontekst prestajanja kazni v zaporu pogosto vodi v visoko stopnjo obolevnosti na področju duševnega zdravja pri zaporniški populaciji (36). V splošnem so torej osebe, ki prestajajo zaporno kazen, zelo ranljiva populacija s povečanimi potrebami po zdravstvenem varstvu v primerjavi s splošno populacijo. Te potrebe pa so večinoma neustrezno obravnavane. Posebni pogoji, kot so stres, nasilne razmere v zaporih in pomanjkanje ukrepov za obvladovanje škodljivih zdravstvenih navad se tako odražajo tudi v povečanju tveganja za razvoj ali poslabšanje duševnih motenj. Vsi navedeni dejavniki pa sovplivajo na kakovost življenja v zaporu, ki je močno prizadeta na vseh štirih področjih: fizičnem in psihološkem zdravju, socialnih odnosih in okolju (37).

Posamezniki, pripadniki LGBTIQ+

Moški pripadniki populacije LGBTIQ+ predstavljajo še eno od skupin z zelo visokim tveganjem za samomor (38). Verjetnost, da so v zadnjem letu razmišljali o samomoru, je za 50 % večja kot v splošni populaciji, istospolno usmerjeni moški pa imajo kar sedemkrat višje tveganje za samomorilni poskus kot heteroseksualni (39). V preteklih raziskavah pa navajajo tudi, da so pri skoraj polovici mladostnikov LGBTIQ+, ki razmišljajo o samomoru, te misli povezane z njihovo spolno orientacijo (40).

Dejavniki, ki povečujejo ranljivost te populacije, so pretekli samomorilni poskusi, impulzivnost, zatiranje skupine LGBTIQ+ in nizka podpora okolice, spolna neskladnost in brezup (41). Ob upoštevanju izključno na populacijo LGBTIQ+ vezanih dejavnikov tveganja za razvoj samomorilnega vedenja izstopajo spolni odnosi z istim spolom, medtem ko sama identiteta istospolne usmerjenosti in občutja privlačnosti s strani istega spola nista pomembna napovednika samomorilnega poskusa (42). Specifični dejavnik tveganja pri predstavnikih LGBTIQ+ je tudi proces razkrivanja (angl. coming-out), za katerega je ugotovljeno, da se povezuje z občutki depresivnosti in samomorilnimi mislimi. Posledica položaja posameznih pripadnikov skupine LGBTIQ+ v sami družini so tudi občutki, da predstavljajo svojim najbližjim breme. Tovrstne zaznave svojega položaja predstavljajo pomemben dejavnik za globlje razumevanje hude depresije in samomorilnih misli pri

mladostnikov, pripadnikov skupine LGBTIQ+ (43). Med specifične dejavnike tveganja za mladostnike iz skupine LGBTIQ+ uvrščamo tudi spolno odklonskost in zatiranje, razumeti pa je treba tudi specifično vlogo samopoškodovalnega vedenja, ki ni neposredno povezano s samomorilnim vedenjem, a mu je v marsičem podobno, saj se kaže simptomatsko kot posledica individualizacije procesa razkrivanja in spoprijemanja z ravno homofobije v družbi (44).

Pri raziskovanju samomorilnega vedenja v populaciji LGBTIQ+ se je treba zavedati tudi varovalnih dejavnikov, saj na njihovi osnovi lažje preprečujemo razvoj samomorilnega procesa, pa tudi strokovnjakom s področja duševnega zdravja so vir pomoči pri načrtovanju intervencijskih ali preventivnih programov. Avtorji raziskave, v kateri so se osredotočili na preučevanje samomorilnega vedenja transspolnih oseb (45), ugotavljajo, da se pri transspolnih osebah poleg varovalnih dejavnikov, ki veljajo za splošno populacijo (npr. socialne opore, kakovostnih družinskih vezi), kažejo tudi varovalni dejavniki, specifični za njihovo spolno identiteto. Transspolni posamezniki poročajo o višji stopnji nezadovoljstva in življenjskih težav v obdobjih, preden so se začeli identificirati kot transspolne osebe. To podpira ugotovitev, da imajo osebe, ki niso prepričane o svoji spolni identiteti, višje tveganje za razvoj samomorilnih misli kot hetero- ali homoseksualne osebe. Močan varovalni dejavnik so lahko tudi pozitivna prepričanja v uspešnost tranzicije in občutek sprejemanja pri razkrivanju ter sam proces spremembe spola. Med varovalne dejavnike pa lahko uvrščamo tudi ugotovitve iz pretekle raziskave (39), v kateri poročajo, da moški pripadniki populacije LGBTIQ+ v primerjavi s splošno populacijo pogosteje zaupajo svoje samomorilne težnje zaposlenim v zdravstvu, kar lahko prispeva k boljši prepoznavi stisk kot prvemu koraku k ustreznemu ukrepanju in nudenju pomoči.

Čeprav v zadnjih desetletjih število raziskav, usmerjenih v duševno zdravje populacije LGBTIQ+, iz leta v leto raste (46), se moramo zavedati, da boljše razumevanje samomorilnega vedenja pri tej populaciji še ne pomeni manjšanja stigme, ki so je posamezniki LGBTIQ+ deležni v družbi. Stigma še vedno močno negativno vpliva na socialne odnose, v katere so vpeti, na izgradnjo pozitivne identitete kot varovalnega dejavnika pri samomorilnem vedenju in izgradnjo močne socialne opore (41).

Dinamični model samomorilnega vedenja moških

Dinamični model samomorilnega vedenja moških (47) temelji na kvantitativnih in kvalitativnih podatkih in celostno zajema različne vidike njihovega samomorilnega vedenja. To vključuje dejavnike, ki vplivajo na samomorilno vedenje, dinamični vidik samomorilnega procesa in časovno perspektivo samomorilnega vedenja. Na ta način nudi bolj poglobljeno razumevanje dinamike in značilnosti samomorilnega vedenja moških.

Dejavniki, ki vplivajo na samomorilno vedenje moških, so razdeljeni v 6 vsebinskih kategorij. Prva združuje (i) dejavnike, ki povečujejo tveganje za razvoj samomorilnega vedenja, in dejavnike, ki delujejo kot sprožilci za razvoj samomorilnega vedenja. Mednje sodijo dejavniki, vezani na posameznika, kot so duševne in fizične težave in bolezni, ter samomorilno vedenje v preteklosti; dejavniki, vezani na socialne odnose, kot so težave v odnosih, disfunkcionalno okolje in odtujenost v odnosih; socialno-ekonomski dejavniki, kot so težave na delovnem mestu ali v šoli, finančne ter bivanjske težave. V to kategorijo sodijo tudi negativni življenjski dogodki, kot so ločitev ali razpad zveze, smrt bližnjega, selitev, izguba službe in upokožitev. Dodatno pa moški ob specifičnih dejavniki tveganja in sprožilnih dejavniki pogosto poročajo tudi o akumulaciji težav kot enem od ključnih dejavnikov, ki pomembno prispeva k razvoju samomorilnega vedenja.

Druga kategorija zajema (ii) reakcije posameznikov na nakopičene težave. Ne samo težave, ampak predvsem pogled in odziv posameznika nanje namreč prispevata k razvoju samomorilnega vedenja in poteku samomorilnega procesa. Odzive delimo na štiri področja: misli, čustva, vedenje in telesne reakcije. Moški pogosto poročajo o mislih, vezanih na življenjsko situacijo, kot neposrednem odzivu na težave, ter mislih, vezanih na samomor kot izhod iz tovrstne težke situacije. Z mislimi so povezana tudi negativna čustva, kot so jeza, strah, obup ter občutki otopelosti in nemoči. Kot odziv na problemsko situacijo pa moški poročajo tudi o spremembah vedenja ter vedenju, vezanem na pripravo samomora, kot so priprava sredstev, poslovilnih pisem, oporoke, dodatno pa tudi o telesnih reakcijah, kot so upad energije, pomanjkanje apetita in težave s spanjem. Nekateri odzivi so vidni navzven in lahko kot taki služijo kot opozorilni znaki stiske in samomorilnega vedenja. A vendar so številni naštetih odzivi lahko tudi prikriti, zato je pri iskanju pomoči pomembno tudi to, ali bo oseba sama prepoznala tiste dejavnike, ki kažejo težave v duševnem zdravju, in poiskala ustrezno pomoč.

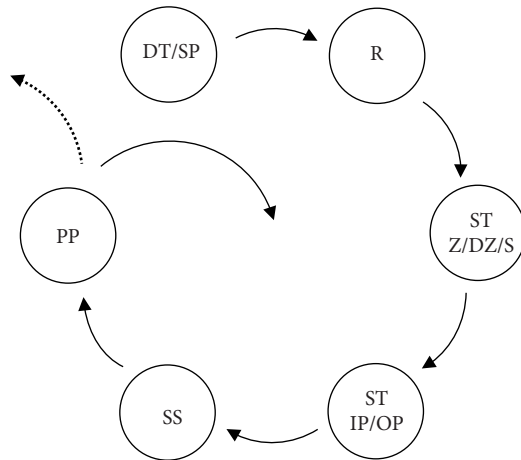
Iskanje pomoči pa ni odvisno samo od prepoznavne simptomov, ampak tudi od (iii) stališč do zdravja, težav v duševnem zdravju in samomora. Moški poročajo o stigmatizaciji zaradi iskanja pomoči ter razlikah med spoloma na tem področju, pri čemer je v družbi sprejemljiveje, če jo iščejo ženske kot moški. Pogosto pa so pri njih prisotna tudi lastna negativna stališča do različnih oblik strokovne pomoči (iv), ki jo dojemajo kot neučinkovito, nedostopno, slabe kakovosti in kot pomoč, ki jo je smiselno uporabiti zgolj ob hudih težavah. Negativna stališča imajo tudi do socialne opore, ki jo dojemajo kot neučinkovito in nevredno zaupanja. Moški na različne oblike samopomoči gledajo tudi kot na kratkoročno učinkovite z vidika umika od akutnih težav, a dolgoročno prav tako neučinkovite, ker ne naslavljajo težav samih. Tovrstna stališča pogosto izhajajo iz njihovih lastnih izkušenj z različnimi oblikami pomoči v preteklosti.

Opisana stališča moških do zdravja, težav v duševnem zdravju, samomora in pomoči pomembno vplivajo na (v) strategije spoprijemanja s težavami, ki smo jih razdelili v tri vsebinske sklope: odsotnost iskanja pomoči, iskanje strokovne pomoči in iskanje socialne opore. Pri tem sta za moške najpogosteje značilna odsotnost iskanja pomoči in prikrivanje težav pred okolico. Tovrstna strategija še dodatno poveča tveganje posameznika z obstoječimi duševnimi težavami za samomor, saj je od strategije iskanja pomoči tudi odvisno, ali bo posameznik prejel ustrezno pomoč za svoje težave.

Zadnja vsebinska kategorija tako vključuje dejavnike, vezane na (vi) prejeta pomoč posameznika. Pri osebah, ki pomoči ne iščejo in skušajo svojo stisko prikriti pred okolico, je verjetnost, da ustrezne pomoči ne bodo prejeli, večja, kot pri tistih, ki jo iščejo. A vendar je prejem ustrezne pomoči povezan tudi z njeno dostopnostjo, saj kljub iskanju ni nujno, da je ta posamezniku na voljo in da je dostopna. Prav tako pa sta za uspešnost in učinkovitost prejete pomoči pomembni tudi njena oblika in kakovost, saj je ustrezna strokovna pomoč običajno učinkovitejša od socialne opore. Če je posameznik deležen ustrezne pomoči, lahko to pomembno prispeva k zmanjšanju težav na področju duševnega zdravja, zmanjšanju tveganja za samomorilno vedenje in prekinitvi samomorilnega procesa. Nasprotno pa odsotnost virov pomoči, neustrezna in neučinkovita pomoč lahko težave in stisko posameznika še dodatno poglobljajo.

Kot je prikazano na sliki 25.1, so dejavniki, ki vplivajo na značilnosti samomorilnega vedenja, pomembno povezani med seboj in se med samomorilnim procesom nenehno spreminjajo glede na medsebojni vpliv. Samomorilni proces je tako dinamičen kontinuum,

v katerem pa dejavniki ne vplivajo zgolj drug na drugega, ampak se resnost samomorilnega vedenja in tveganje za samomor postopno povečujeta od samomorilne ideacije do samomora. Z napredovanjem samomorilnega procesa se povečuje resnost težav, pri čemer je posameznikov pogled na življenjsko situacijo vedno bolj omejen zgolj na negativne aspekte in sprožilne dejavnike, tunelski vid pa posamezniku postopno vedno bolj omejuje vpogled v druge vidike njegovega življenja.



Slika 25.1. Negativna povratna zanka dejavnikov, ki vplivajo na samomorilno vedenje moških

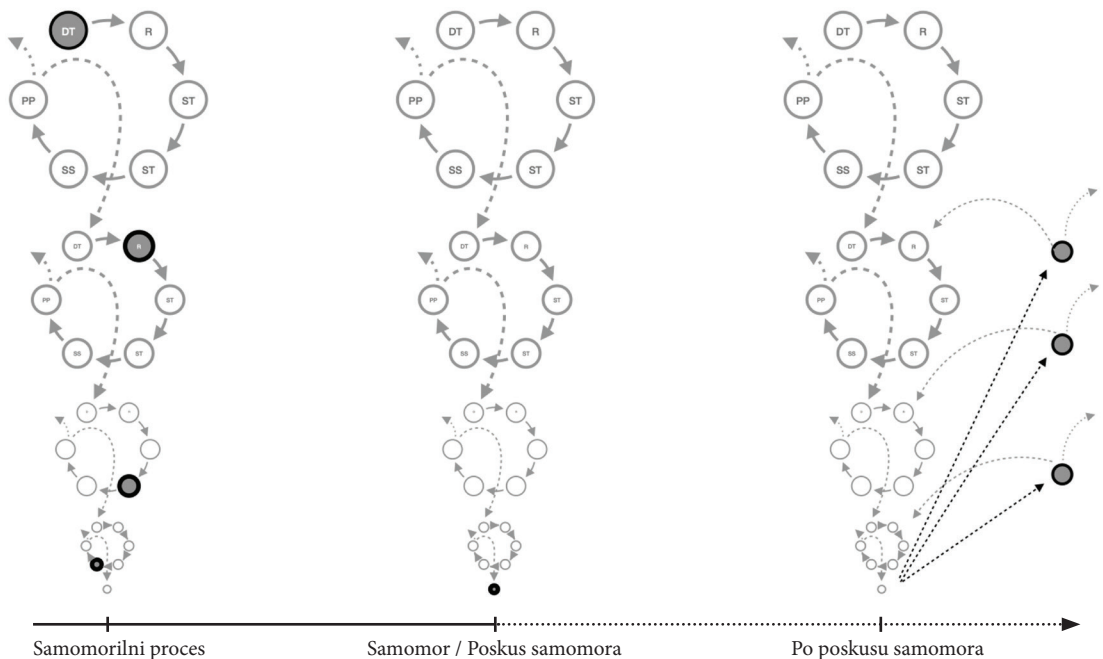
DT – dejavniki tveganja, SP – sprožilci, R – reakcije, ST Z/DZ/S – stališča do zdravja/duševnega zdravja/samomora, ST IP/OP – stališča do iskanja pomoči/oblike pomoči, SS – strategije spoprijemanja, PP – prejeta pomoč

Med samomorilnim procesom pride do spremembe tudi v posameznikovih odzivih. Misli in čustva so v zgodnejših fazah samomorilnega procesa še protislovna, z napredovanjem samomorilnega procesa pa postanejo vedno bolj negativna in bolj eksplicitno usmerjena k samomoru. Dodatno se spremeni tudi vedenje, kar se kaže v zmanjšanju fizične aktivnosti, nezmožnosti dela in socialnem umiku; fizični simptomi pa se v samomorilnem procesu prav tako slabšajo. Se pa v samomorilnem vedenju ne spreminja zgolj kakovost odzivov, ampak tudi njihova intenziteta. Moški tako poročajo o izčrpanosti zaradi narave samomorilnega procesa, kar lahko z napredovanjem procesa privede v čustveno otopelost, miselno zaporo in mentalno ter fizično izčrpanost. Spekter misli, čustev in vedenj se tako lahko zoži in usmeri zgolj v dokončanje samomora.

Postopno poglobljanje težav ter resnosti simptomatike na eni strani in vedno bolj negativna orientacija na problem pa lahko dalje prispevata tudi k vedno večjemu občutku nemoči in nezmožnosti vplivati na situacijo. Slednje lahko z naraščanjem samomorilnega procesa vodi v občutek popolne izgube nadzora tako nad težavami kot tudi nad lastnimi mislimi, čustvi in vedenjem. Takšna izguba nadzora in občutek nemoči lahko še dodatno pospešita samomorilni proces, hkrati pa prispevata tudi k zmanjševanju iskanja pomoči med napredovanjem samomorilnega vedenja. Tudi kadar je oseba v začetku samega procesa še iskala možne oblike pomoči, lahko krepitev občutka nemoči privede v opuščanje iskanja pomoči, na drugi strani pa se tudi spekter učinkovitih oblik pomoči z naraščanjem simptomatike in težav oži.

Vsi naštetí notranji in zunanji dejavniki med samomorilnim procesom tudi pomembno znižujejo splošno dobro počutje in kakovost posameznikovega življenja, kar vodi v dodatno poglobljanje stiske. Negativna povratna zanka, ki se v samomorilnem procesu ustvari med različnimi dejavniki, se tako z napredovanjem manjša in vključuje vedno manj virov, ki bi posamezniku omogočali izstop. Dinamiko samomorilnega vedenja lahko tako v modelu vizualno ponazorimo kot vrtinec (slika 25.2), pri katerem se viri manjšajo, izguba nadzora pa povečuje. Izstop iz samomorilnega procesa je sicer še vedno možen na vsaki točki, če posameznik prejme ustrezno pomoč ali se težave, ki so služile kot sprožilni dejavnik, razrešijo, vendar je to z večanjem izgube nadzora nad situacijo ob napredovanju samomorilnega procesa vedno manj verjetno.

Dinamični model samomorilnega vedenja moških vključuje tudi časovno perspektivo (slika 25.2), ki vodi v razvoj samomorilnega vedenja preko samomorilnega procesa vse do samomorilnega poskusa ali smrti zaradi samomora. Če posameznik preživi samomorilni poskus, se nadaljuje v življenju po poskusu. Model dodatno predvideva različne možnosti izidov, ki jih glede na izkušnje moških s preteklim samomorilnim poskusom delimo na tri osrednje izide. Medtem ko v preteklih raziskavah kot dva najpogostejša izida poudarjajo ponovitev samomorilnega poskusa in samomor, so bili v raziskavi (47) identificirani tudi posamezniki, ki so poročali o pozitivni orientaciji v prihodnost. To bi lahko opredelili kot rast po samomorilnem poskusu, ki je vplivala na spremembo posameznikovih stališč in spremenila njegov pogled na situacijo ter dalje prispevala k pozitivnim spremembam v socialnih odnosih, osebnostni rasti, opredelitvi prioritet in pogledu na življenje. Izidi po samomorilnem poskusu se tako razvrščajo vse od ponovnih poskusov ali samomora do sprememb v smeri subjektivnega blagostanja. Kakšen bo izid, pa je odvisno od različnih dejavnikov, ki prispevajo k dogajanju po samomorilnem poskusu, kot so ustrezna strokovna pomoč, socialna opora in razrešitev težav.



Slika 25.2. Vizualni prikaz dinamike samomorilnega vedenja in časovne perspektive samomorilnega procesa

Zaključek in usmeritve za naprej

Čeprav so pri vsaki opisani skupini moških s posebej visokim tveganjem za samomor (moški s težavami v duševnem zdravju; moški, ki prestajajo zaporno kazen; moški pripadniki populacije LGBTIQ+) v ospredju različni dejavniki tveganja, pa lahko med skupinami opazimo podobnosti v samomorilnem vedenju. Dinamični model samomorilnega vedenja moških zajema subjektivno sliko tega dogajanja, saj temelji na osebnih izkušnjah in izpovedih posameznikov s preteklim samomorilnim poskusom. Razumevanje dinamike in značilnosti samomorilnega vedenja je lahko v pomoč pri nadaljnjem oblikovanju učinkovitih preventivnih strategij in intervencij, namenjenih moškim.

Ustrezna pomoč je osrednjega pomena za pozitiven izid samomorilnega procesa, zato je dostopnost učinkovite pomoči, ki je primerna za moške, lahko eden ključnih načinov za preprečevanje samomorilnega vedenja, a vendar je ob tem treba upoštevati tudi stališča posameznikov, ki imajo pomembno vlogo v procesu iskanja pomoči. Preventivne dejavnosti bi tako morale biti usmerjene tudi v spreminjanje stališč. Dodatno se je pri oblikovanju preventivnih strategij treba zavedati omejitev, ki jih s seboj prinaša rigidnost tradicionalnih norm maskulinitete in femininosti, kar lahko pomembno vpliva na njihovo učinkovitost. Razlog za odsotnost iskanja pomoči pa je lahko tudi v pomanjkanju poznavanja učinkovitih strategij spoprijemanja s težavami (47), zato je pomembno, da se preventivne aktivnosti, namenjene moškim, v prihodnje usmerijo tudi v krepitev kompetenc za njihovo poznavanje in učinkovito uporabo.

Pri oblikovanju učinkovitih preventivnih strategij pa moramo upoštevati tudi specifične, vezane na starost posameznikov. V zgoraj omenjeni raziskavi so identificirali več razlik v samomorilnem vedenju med različnimi starostnimi skupinami, pri čemer so starejši udeleženci imeli v splošnem bolj pozitivna stališča do iskanja pomoči, sta pa večji dejavniki tveganja za razvoj samomorilnega vedenja pri tej starostni skupini predstavljala pomanjkanje socialnih stikov in osamljenost (47). Preventivne strategije, namenjene starejšim moškim, bi se tako morale poleg že omenjenega usmerjati tudi na krepitev stikov in socialnega kapitala. Na drugi strani pa je bila pri mlajših moških jasneje izražena stigma, vezana na strokovno pomoč, ki je predstavljala pomembno oviro pri iskanju in prejemu ustrezne pomoči. Zato bi preventivne dejavnosti, namenjene mlajšim moškim, morale biti med drugim usmerjene tudi v destigmatizacijo strokovne pomoči na področju duševnega zdravja.

Poleg poznavanja specifik samomorilnega vedenja različnih starostnih skupin pa je za boljše razumevanje samomorilnega vedenja treba poznati tudi specifične, vezane na posamezne ranljive skupine moških, kot so osebe, ki prestajajo zaporno kazen, ali pripadniki populacije LGBTIQ+. Čeprav se Dinamični model samomorilnega vedenja moških dobro prilega populaciji zaprtih oseb moškega spola, se pojavljajo posebnosti predvsem v njegovi dinamiki, ki je zaradi večjega števila dejavnikov tveganja in sprožilnih dejavnikov lahko hitrejša in pospeši napredovanje samomorilnega procesa. Prav tako pa so zaradi omejitev v zaporniškem okolju bolj pozitivni izidi po samomorilnem poskusu v smeri subjektivnega blagostanja pričakovani redkeje kot ponavljanje samomorilnega vedenja. Tovrstne specifične zaporniške populacije tako kažejo posebno ogroženost te skupine in predstavljajo izziv za razvoj učinkovitih preventivnih strategij, namenjenih tej populaciji ob upoštevanju omejitev zaporniškega okolja v prihodnje. Podobno kot za populacijo zaprtih oseb pa je v prihodnje treba preveriti prileganje predstavljenega modela tudi drugim specifičnim skupinam moških, kot so npr. pripadniki populacije LGBTIQ+, na podlagi česar bo moč oblikovati usmeritve za razvoj učinkovitih intervencij tudi za druge skupine moških s povečanim tveganjem za samomor.

Reference

1. World Health Organization. Suicide rates data by country [na spletu]. Geneva: World Health Organization; 2016. Dostopno na: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=en>
2. Nacionalni inštitut za javno zdravje; Statistični urad Republike Slovenije. NIJZ podatkovni portal [na spletu]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; c2021. Baza umrlih 1954–2019. Dostopno na: https://podatki.nijz.si/Selection.aspx?px_tableid=10204007.px&px_path=NIJZ%20podatkovni%20portal__1%20Zdravstveno%20stanje%20prebivalstva__02%20Umrli__4%20Umrli%20po%20vzroku%20smrti&px_language=sl&px_db=NIJZ%20podatkovni%20portal&rxid=7fe41752-8545-4d36-9490-d2bb100d3002
3. Kraemer S. Lessons from everywhere: the fragile male. *Br Med J*. 2000;321:1609–12. doi: 10.1136/bmj.321.7276.1609
4. Rutz W, Rihmer Z. Suicidality in men – practical issues, challenges, solutions. *J Mens Health Gend*. 2007;4(4):393–401. doi: 10.1016/j.jmhg.2007.07.046
5. Crawford M. Transformations: women, gender and psychology. New York: McGraw Hill; 2011.
6. West C, Zimmerman DH. Doing gender. *Gend Soc*. 1987;1(2):125–51. doi: 10.1177/0891243287001002002
7. Möller-Leimkühler AM. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2003;253(1):1–8. doi: 10.1007/s00406-003-0397-6
8. Brownhill S, Wilhelm K, Barclay L, Schmied V. “Big build”: hidden depression in men. *Aust N Z J Psychiatry*. 2005;39(10):921–31. doi: 10.1111/j.1440-1614.2005.01665.x
9. Hawton K. Sex and suicide: gender differences in suicidal behaviour. *Br J Psychiatry*. 2000;177(6):484–5. doi: 10.1192/bjp.177.6.484
10. Courtenay WH. Key determinants of the health and well-being of men and boys. *Int J Mens Health*. 2003;2(1):1–30. doi: 10.3149/jmh.0201.1
11. O'Brien R, Hunt K, Hart G. 'It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate': men's accounts of masculinity and help seeking. *Soc Sci Med*. 2005;61(3):503–16. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.12.008
12. Addis ME, Mahalik JR. Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *Am Psychol*. 2003;58(1):5–14. doi: 10.1037/0003-066X.58.1.5
13. Kimmel MS. Masculinity as homophobia: fear, shame, and silence in the construction of gender identity. V: Brod H, Kaufman M, urednika. *Theorizing masculinities*. Thousand Oaks (CA): Sage; 1994. str. 119–41. doi: 10.4135/9781452243627.n7
14. Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A, Winokur G. The prediction of suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 1991;48(5):418–22. doi: 10.1001/archpsyc.1991.01810290030004
15. Arsenaault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2004;4(1):članek 37. doi: 10.1186/1471-244X-4-37
16. Rutz W, Rihmer Z. Suicide in men: suicide prevention for the male person. V: Wasserman D, Wasserman C, urednici. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention*. 1st ed. New York: Oxford University Press; 2009. str. 249–55. doi: 10.1093/med/9780198570059.003.0035
17. Hanna EZ, Grant BF. Gender differences in DSM-IV alcohol use disorders and major depression as distributed in the general population: clinical implications. *Compr Psychiatry*. 1997;38(4):202–12. doi: 10.1016/S0010-440X(97)90028-6
18. Wilhelm K, Parker G. Sex differences in lifetime depression rates: fact or artefact? *Psychol Med*. 1994;24(1):97–111. doi: 10.1017/S0033291700026878
19. Blair-West GW, Cantor CH, Mellsoy GW, Eyeson-Annan ML. Lifetime suicide risk in major depression: sex and age determinants. *J Affect Disord*. 1999;55(2–3):171–8. doi: 10.1016/S0165-0327(99)00004-X
20. Bennett DL, Bauman A. Adolescent mental health and risky sexual behaviour: young people need health care that covers psychological, sexual, and social areas. *BMJ*. 2000;321(7256):251–2. doi: 10.1136/bmj.321.7256.251
21. World Health Organization. The World health report 2001: mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
22. World Health Organization. The World health report 2003: shaping the future. Geneva: World Health Organization; 2003.
23. Wilhelm K, Parker G. Sex differences in depressiogenic risk factors and coping strategies in a socially homogeneous group. *Acta Psychiatr Scand*. 1993;88(3):205–11. doi: 10.1111/j.1600-0447.1993.tb03440.x
24. Cochran SV, Rabinowitz FE. Gender-sensitive recommendations for assessment and treatment of depression in men. *Prof Psychol Res Pr*. 2003;34(2):132–40. doi: 10.1037/0735-7028.34.2.132
25. Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lépine JP, Mendlewicz J, Tylee A. Gender differences in depression: epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2002;252(5):201–9. doi: 10.1007/s00406-002-0381-6
26. Danielsson U, Johansson EE. Beyond weeping and crying: a gender analysis of expressions of depression. *Scand J Prim Health Care*. 2005;23(3):171–7. doi: 10.1080/02813430510031315

27. Levi F, La Vecchia C, Lucchini F, Negri E, Saxena S, Pk M idr. Trends in mortality from suicide, 1965–1999. *Acta Psychiatr Scand*. 2003;108(5):341–9. doi: 10.1034/j.1600-0447.2003.00147.x
28. Brady J. The association between alcohol misuse and suicidal behaviour. *Alcohol Alcohol*. 2006;41(5):473–8. doi: 10.1093/alcalc/agl060
29. Pirkola SP, Suominen K, Isometsä ET. Suicide in alcohol-dependent individuals: epidemiology and management. *CNS Drugs*. 2004;18(7):423–36. doi: 10.2165/00023210-200418070-00002
30. Barker E, Kölves K, De Leo D. Management of suicidal and self-harming behaviors in prisons: systematic literature review of evidence-based activities. *Arch Suicide Res*. 2014;18(3):227–40. doi: 10.1080/13811118.2013.824830
31. URSIKS, Uprava Republike Slovenije za izvrševanje kazenskih sankcij. Letno poročilo 2016. Ljubljana: Uprava Republike Slovenije za izvrševanje kazenskih sankcij; 2017.
32. Binswanger IA, Stern MF, Deyo RA, Heagerty PJ, Cheadle A, Elmore JG idr. Release from prison – a high risk of death for former inmates. *N Engl J Med*. 2007;356(2):157–65. doi: 10.1056/NEJMsa064115
33. Konrad N, Daigle MS, Daniel AE, Dear GE, Frottier P, Hayes LM idr. Preventing suicide in prisons, part I. Recommendations from the International association for suicide prevention task force on suicide in prisons. *Crisis*. 2007;28(3):113–21. doi: 10.1027/0227-5910.28.3.113
34. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet*. 2011;377:956–65. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61053-7
35. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014.
36. Nurse J, Woodcock P, Ormsby J. Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study. *BMJ*. 2003;327(7413):480–3. doi: 10.1136/bmj.327.7413.480
37. Nobile CG, Flotta D, Nicotera G, Pileggi C, Angelillo IF. Self-reported health status and access to health services in a sample of prisoners in Italy. *BMC Public Health*. 2011;11(1):članek 529. doi: 10.1186/1471-2458-11-529
38. Skerrett DM, Kölves K, De Leo D. Factors related to suicide in LGBT populations. *Crisis*. 2016;37(5):361–9. doi: 10.1027/0227-5910/a000423
39. Blossnich JR, Nasuti LJ, Mays VM, Cochran SD. Suicidality and sexual orientation: characteristics of symptom severity, disclosure, and timing across the life course. *Am J Orthopsychiatry*. 2016;86(1):69–78. doi: 10.1037/ort0000112
40. D'Augellia R, Hershberger SL, Pilkington NW. Suicidality patterns and sexual orientation-related factors among lesbian, gay, and bisexual youths. *Suicide Life Threat Behav*. 2001;31(3):250–64. doi: 10.1521/suli.31.3.250.24246
41. Liu RT, Mustanski B. Suicidal ideation and self-harm in lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Am J Prev Med*. 2012;42(3):221–8. doi: 10.1016/j.amepre.2011.10.023
42. Wichstrøm L, Hegna K. Sexual orientation and suicide attempt: a longitudinal study of the general Norwegian adolescent population. *J Abnorm Psychol*. 2003;112(1):144–51. doi: 10.1037/0021-843X.112.1.144
43. Baams L, Grossman AH, Russell ST. Minority stress and mechanisms of risk for depression and suicidal ideation among lesbian, gay, and bisexual youth. *Dev Psychol*. 2015;51(5):688–96. doi: 10.1037/a0038994
44. McDermott E, Roen K, Scourfield J. Avoiding shame: young LGBT people, homophobia and self-destructive behaviours. *Cult Health Sex*. 2008;10(8):815–29. doi: 10.1080/13691050802380974
45. Moody C, Fuks N, Peláez S, Smith NG. “Without this, I would for sure already be dead”: a qualitative inquiry regarding suicide protective factors among trans adults. *Psychol Sex Orientat Gend Divers*. 2015;2(3):266–80. doi: 10.1037/sgd0000130
46. Snyder JE. Trend analysis of medical publications about LGBT persons: 1950–2007. *J Homosex*. 2011;58(2):164–88. doi: 10.1080/00918369.2011.540171
47. Zadavec Šedivy N. Male suicide attempter's attitudes towards suicide and risk signs for suicidality [doktorska disertacija]. Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta; 2018.

Samomorilno vedenje oseb z odvisnostjo od alkohola

Janja Milič, Maja Roškar

Ključni poudarki poglavja

- Pogosto in tvegano pitje alkohola lahko vodi v pojav škodljivih posledic zaradi pitja ali razvoj odvisnosti od alkohola, ki je pogosto spregledana duševna motnja.
- Odvisnost od alkohola je pomemben dejavnik tveganja za samomorilno vedenje.
- Razumevanje modelov, ki pojasnjujejo povezavo med alkoholom in samomorilnim vedenjem, nam je v pomoč pri razumevanju problema in pri obvladovanju stisk v klinični praksi.
- Povezava med odvisnostjo od alkohola in samomorilno ogroženostjo zahteva posebno pozornost v klinični praksi.
- Odvisnost od alkohola je bolezen celotne družine, zato je treba pozornost posvetiti vsem članom družine in njihovi morebitni samomorilni ogroženosti.

Povzetek

Alkohol in samomor sta v Sloveniji pomembna javnozdravstvena problema. Zaradi vzrokov, ki so povezani izključno z alkoholom¹ in zaradi samomora vsak dan v povprečju umrejo 4 osebe. Pri osebi, ki dlje časa pije na škodljiv način, se lahko razvije bolezensko stanje, to je odvisnost od alkohola, ki je v določenem obdobju življenja prisotna pri 10 % žensk in 20 % moških. Odvisnost od alkohola je povezana z velikim tveganjem za samomorilno vedenje. Oba pojava se povezujeta tudi na nevrobiološkem področju, dognane so povezave med vrednostmi serotonina in dopamina, med impulzivnim in agresivnim vedenjem ter odvisnostjo od alkohola in samomorilnim vedenjem. Z vprašanjem povezave oziroma odnosa med odvisnostjo od alkohola in samomorom so se ukvarjali različni avtorji, vendar mehanizmi medsebojnega vplivanja še vedno niso povsem jasni. Nekaj odgovorov ponujajo različni teoretični modeli povezav med alkoholom in samomorom, ki preko različnih proksimalnih oz. precipitirajočih in distalnih oz. predisponirajočih dejavnikov tveganja² razlagajo samomorilno ogroženost pri osebah s sindromom odvisnosti od alkohola. Med ključnimi distalnimi dejavniki tveganja za samomor, ki samomorilno ogroženost pri osebah s sindromom odvisnosti od alkohola povečujejo, navajajo impulzivnost, agresivnost, pomanjkanje socialne opore in brezup, med proksimalne dejavnike pa uvrščajo različne življenjske obremenitve, ki ob pomanjkljivi socialni opori, depresivnih simptomih in brezupu samomorilno ogroženost dodatno povečajo. V klinični praksi je ocena samomorilnega tveganja pri osebah z odvisnostjo od alkohola nujna in ker je odvisnost bolezen celotne družine, je treba pomisliti na samomorilno tveganje vseh članov družine. Zdravljenje odvisnosti od alkohola lahko pripomore k preprečevanju samomorilne ogroženosti. Pomembno vlogo pri zdravljenju oziroma odlaganju zdravljenja odvisnosti od alkohola ima stigma bolezni odvisnosti in samomora.

¹ Pri smrtih, ki so izključno povezane z alkoholom (v celoti pripisljive alkoholu), je alkohol edini vzrok za razvoj bolezni ali poškodbe, zaradi katere je oseba umrla (npr. alkoholna ciroza jeter).

² Distalni oz. predisponirajoči dejavniki tveganja za samomorilno vedenje so dlje časa trajajoče ranljivosti, ki povečujejo možnost za samomor, proksimalni oz. precipitirajoči dejavniki tveganja pa so trenutni dogodki ali spremembe, ki sprožijo, da se ranljivost za samomor izrazi.

Uvod

Alkohol ima pomembno vlogo pri razvoju samomorilnega vedenja. Že leta 1938 je ameriški suicidolog Menniger (1) odvisnost od alkohola poimenoval kot kronični samomor. V slovenskem prostoru pa je na to problematiko opozoril slovenski suicidolog akad. prof. dr. Lev Milčinski (2). Uporaba alkohola ne vodi nujno v samomor, vendar je alkohol s svojim delovanjem in učinki pomemben dejavnik tveganja za samomorilno vedenje. V literaturi so na voljo različni podatki o tem, kako in zakaj alkohol spodbuja samomorilno vedenje. Alkohol vpliva na možgansko nevrofiziologijo in posledično na samomorilno vedenje. Škodljiva raba alkohola je povezana z impulzivnostjo, agresivnostjo, dezinhibicijo³ družbenih norm in lahko vodi v primanjkljaje kognicije, kot so primanjkljaji v sposobnosti reševanja problemov in odločanja. Uporaba alkohola vpliva tudi na razvoj, izraženost ter potek duševnih motenj, kot so depresija, anksioznost, shizofrenija, bipolarna motnja in motnje osebnosti, ki se prav tako povezujejo z višjim tveganjem za samomorilno vedenje (3).

Odvisnost od alkohola je močno povezana s samomorom in samomorilnimi poskusi. Povezanost med obema se kaže skozi vsaj tri načine, in sicer (i) alkohol je s svojim dezinhibirajočim učinkom na zaviralne mehanizme povezan s samomorilnimi poskusi in samomori; (ii) posamezniki z odvisnostjo od alkohola imajo povečano tveganje za samomorilni poskus v primerjavi s splošno populacijo; (iii) na ravni splošne populacije je stopnja porabe alkohola v korelaciji s stopnjo oz. razširjenostjo samomora (3–5).

Prevalenca samomora med osebami s sindromom odvisnosti od alkohola se giblje med 10 in 18 % (6, 7). Pri osebah s sindromom odvisnosti od alkohola je pogost tudi samomorilni poskus, predvsem kadar gre za pridruženo duševno motnjo; 70 % oseb, ki so se zdravile zaradi sindroma odvisnosti od alkohola in depresije, je poskušalo storiti samomor vsaj enkrat v življenju (8). Posamezniki s sindromom odvisnosti od alkohola imajo kar 60–120-krat večje samomorilno tveganje kot tisti, ki nimajo nobene duševne motnje (7, 9). Pitje alkohola in sindrom odvisnosti od alkohola naj bi bila povezana s tretjino do četrtno vseh samomorov (6, 10).

V poglavju bodo predstavljeni nekateri podatki, konceptualni okvirji povezave med rabo alkohola in samomorilnim vedenjem, vključno z nevrobiološkimi povezavami med alkoholom in samomorom, ter izpostavljeni klinični vidiki, ki so pomembni za obravnavo odvisnosti od alkohola in samomorilnega tveganja. Poglavje bo zaokroženo s primerom klinične vinjete samomorilnega vedenja pri posamezniku z odvisnostjo od alkohola.

Pogosto in tvegano pitje alkohola lahko vodi v pojav škodljivih posledic zaradi pitja in razvoj odvisnosti od alkohola

V Evropi približno 60 % prebivalcev, starih 15 in več let, poroča, da pijejo alkohol, v Sloveniji je ta številka višja in znaša kar 80 % (11–13). Avtorji slovenskih populacijskih raziskav ugotavljajo tudi, da skoraj polovica prebivalcev, starih 15–64 let, vsaj enkrat na leto pije na način, s katerim tvega škodljive posledice zaradi alkohola (12). Podatka o tem, pri kolikšnem deležu prebivalcev so posledice pitja alkohola dejansko že prisotne (torej ne govorimo le o tveganju posledic) za Slovenijo nimamo; tuji podatki kažejo, da se te pojavijo pri približno tretjini tistih, ki pijejo alkohol (13). Zanimiv je podatek iz slovenske

³ Dezinhibicija pomeni prekinitev ali slabitev zaviranja delovanja na sinaptični, nevronski, refleksni, vedenjski ali psihični ravni (povzeto po Slovenskem medicinskem slovarju).

populacijske raziskave, ki kaže, da je imel vsak peti prebivalec Slovenije, star 15–64 let, v zadnjem letu vsaj eno negativno izkušnjo zaradi pitja nekoga drugega (npr. verbalno ali fizično nasilje, sopotnik voznika, ki je vozil pod vplivom alkohola, občutek ogroženosti ali sramu) (12). Ko so posledice pitja alkohola že prisotne, ne gre več za tveganje posledic, temveč za pitje, kjer je škoda že prisotna, t. i. škodljivo pitje alkohola (preglednica 26.1). Posledice pitja alkohola so številne in se kažejo na ravni posameznika, njegove družine, širšega okolja in družbe (14). Alkohol poslabša počutje in zdravje, vpliva na pojav bolezni ter lahko sproži ali poglobi težave v duševnem zdravju. Poleg tega poslabša odnose v družini in na delovnem mestu. Vendar posamezniki, ki škodljivo uporabljajo alkohol, niso nujno že odvisni od alkohola, imajo pa že ponavljajoče se težave zaradi alkohola.

Pri osebi, ki dlje časa pije na škodljiv način, se lahko razvije bolezensko stanje, odvisnost od alkohola (preglednica 26.1). Raziskovalci poročajo, da odvisnost od alkohola v določenem obdobju življenja ugotavljajo pri približno 10 % žensk in 20 % moških (6). V Sloveniji pogostosti sindroma odvisnosti od alkohola ne spremljamo sistematično; tudi nimamo registra oseb s sindromom odvisnosti od alkohola.

Na ravni populacije je na voljo le ocena, pridobljena iz starejše raziskave Slovenskega javnega mnenja, kjer so ugotovili, da je pri 11 % odraslih prebivalcev obstajala verjetnost, da je pri njih prisoten sindrom odvisnosti od alkohola (15). V raziskavi med osebami, ki so obiskale splošnega zdravnika, pa so ugotovili, da je bilo 21 % moških in 15 % žensk pozitivnih na presejalnem testu škodljive rabe alkohola in sindroma odvisnosti od alkohola (16). Raziskovalci ugotavljajo tudi, da se prevalenca sindroma odvisnosti od alkohola in druge posledice škodljive rabe alkohola povezujejo s porabo čistega alkohola v določeni populaciji in so pogostejše tam, kjer je poraba alkohola višja (17). Glede na to, da v Sloveniji poraba čistega alkohola na prebivalca, starega 15 let in več, znaša kar 11 litrov ter da presega povprečje držav evropske regije (18, 19), lahko sklepamo, da so posledice pitja alkohola zelo pogoste in da je sindrom odvisnosti od alkohola morda celo pogostejši, kot to zaznamo v raziskavah.

Preglednica 26.1. V Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10) ločimo dve prepletajoči se klinični entiteti: škodljivo rabo alkohola in odvisnost od alkohola (20)

Kategorija MKB-10	Kriteriji
Diagnostični kriteriji za škodljivo rabo alkohola (kategorija F10.1 v MKB-10) so:	<ul style="list-style-type: none"> – alkohol je odgovoren za duševno ali telesno škodo, kar vključuje okvarjeno presojo ali abnormno vedenje; – narava škode, ki je povzročena z alkoholom, je specifična in jo je mogoče opisati; – vzorec škodljive rabe alkohola je prisoten vsaj en mesec ali ponavljajoče se rabe v času 12 mesecev.
Za diagnozo sindroma odvisnosti od alkohola (kategorija F10.2 v MKB-10) morajo biti v zadnjih 12 mesecih ponavljajoče se prisotni hkrati najmanj trije od naslednjih šestih znakov (ali pa vsaj trije znaki hkrati v trajanju enega meseca):	<ul style="list-style-type: none"> – močna želja po alkoholu ali kompulzija po pitju alkohola; – težave pri nadzorovanju začetka in zaključka pitja alkohola ter pri nadzoru nad količino popitega alkohola; – fiziološko odtegnitveno stanje, ki se pojavi, ko je prekinjeno ali zmanjšano pitje alkohola; kaže se z značilnim odtegnitvenim sindromom*. Posameznik alkohol uporablja, da olajša odtegnitveno stanje ali se mu izogne; – razvoj tolerance; višji odmerki alkohola so potrebni za doseg učinkov, ki so jih na začetku sprožali nižji odmerki; – progresivno zanemarjanje drugih ugodij in interesov zaradi rabe alkohola, podaljšanje časa, potrebnega za pridobivanje, pitje in prebolevanje pitja alkohola; – nadaljevanje z rabo alkohola kljub jasnim škodljivim posledicam (na duševnem, telesnem in socialnem področju pri posamezniku).

*Alkoholni odtegnitveni sindrom opredeljuje vrsta znakov in simptomov, ki lahko nastopijo, ko oseba, ki je redno pila večje količine alkohola, izrazito zmanjša količino popitega alkohola ali preneha piti alkohol. Zgodnji znaki in simptomi odtegnitvenega sindroma so: tesnoba, vznemirjenost, nespečnost, znojenje, slabost, tresenje, glavobol, povišan krvni pritisk in pulz. Znaki in simptomi hudo izraženega alkoholnega odtegnitvenega sindroma pa so: povišana telesna temperatura, zmedenost, pojav krčev, prividi in prisluhi (halucinacije), pojavijo se lahko tudi epileptični napadi. Oseba je lahko razdražljiva in konfliktna. Osebe se razlikujejo v tem, kako se bo odtegnitev od alkohola pri njih pokazala: pri nekaterih bodo znaki in simptomi številni in bolj izraženi, pri drugih jih bo manj in bodo blažji.

Sindrom odvisnosti od alkohola povečuje tveganje za samomorilno vedenje

Alkohol in samomor sta v Sloveniji pomembna javnozdravstvena problema. Zaradi vzrokov, izključno povezanih z alkoholom, in zaradi samomora, v Sloveniji vsak dan v povprečju umrejo 4 osebe (21, 22). Povezave med alkoholom in samomorom so že dolgo znane. Tako akutna/takojšnja raba alkohola, kakor tudi dolgotrajnejša/kronična raba alkohola z morebitnim razvitim sindromom odvisnosti od alkohola predstavljajo tveganje za razvoj samomorilnega vedenja (23–28). Poleg tega se odvisnosti od alkohola pogosto pridružujejo še druge duševne motnje (6, 29), kjer odvisnost soustvarja njihovo izraženost in potek ter pomembno vpliva na stopnjo samomorilne izraženosti.

Raziskovalci ugotavljajo, da 96 % oseb z odvisnostjo od alkohola, ki umrejo zaradi samomora, pije alkohol do konca svojega življenja (10). Avtorji o prevalenci samomora med osebami s sindromom odvisnosti od alkohola poročajo različno; odstotek se giblje med 10 in 18 (6, 7). Nekateri poročajo o nižji prevalenci samomora, predvsem med osebami z odvisnostjo od alkohola, ki so bile vključene v različne programe zdravljenja; pri njih naj bi prevalenca samomora znašala 2–3 % (9). Pitje alkohola in sindrom odvisnosti od alkohola

naj bi bila povezana s četrtno, po nekaterih podatkih pa celo s tretjino vseh samomorov (6, 10). Pri osebah s sindromom odvisnosti od alkohola je pogost tudi samomorilni poskus, predvsem pri osebah s pridružno duševno motnjo. Tako so npr. ugotovili, da je 40 % oseb, ki so se zdravile zaradi sindroma odvisnosti od alkohola in depresije, poskušalo storiti samomor v mesecu pred začetkom zdravljenja, kar 70 % pa jih je samomor poskušalo storiti v celotnem življenju (8). V pregledni raziskavi so ugotovili, da so samomorilne misli 2–2,5-krat pogostejše pri osebah s sindromom odvisnosti od alkohola v primerjavi z osebami brez odvisnosti (30). Nedvomno je tveganje za samomorilno vedenje med osebami s sindromom odvisnosti večje kot med tistimi brez duševne motnje; po nekaterih ocenah imajo posamezniki s sindromom odvisnosti od alkohola kar 60–120-krat večje samomorilno tveganje v primerjavi s tistimi, ki nimajo nobene duševne motnje (7).

Z vprašanjem povezave oziroma odnosa med odvisnostjo od alkohola in samomorom so se ukvarjali različni avtorji. V literaturi so na voljo številne raziskave, v večini so potrdili povezavo med odvisnostjo od alkohola in samomorom, in sicer v smeri, da sta odvisnost od alkohola in intoksikacija (zastrupitev) z alkoholom⁴ pomemben dejavnik tveganja za samomor.

Tako s kliničnega kot tudi preventivnega vidika je pomembno vprašanje, zakaj nekateri posamezniki z odvisnostjo od alkohola umrejo zaradi samomora, drugi pa ne.

Mehanizmi medsebojnega vplivanja med alkoholom in samomorilnim vedenjem niso povsem jasni. Za razumevanje povezanosti med alkoholom in samomorom je treba poznati distalne (daljne) in proksimalne (bližnje) dejavnike tveganja.

Distalni/daljni dejavniki tveganja statistično predstavljajo možnosti za samomor. Tako odvisnost od alkohola kakor tudi pridružena psihopatologija in negativni življenjski dogodki delujejo kot distalni/daljni dejavniki tveganja za samomorilno vedenje. Proksimalni/bližnji dejavniki tveganja časovno določajo samomorilno vedenje, pri čemer upoštevajo statistično možnost udejanjanja distalnih/dalnjih dejavnikov tveganja (*več o tem v poglavju 6*). Eden izmed najpomembnejših proksimalnih/bližnjih dejavnikov tveganja za samomorilno vedenje so akutni učinki alkoholne intoksikacije (zastrupitve z alkoholom), kar velja tako za osebe z odvisnostjo od alkohola kot tiste brez nje (31). Akutna alkoholna intoksikacija lahko pomembno poveča tveganje za samomor tudi zaradi tega, ker zmanjšuje posameznikovo sposobnost obvladovanja in poslabšuje depresivno motnjo. Mehanizmi, ki vplivajo na povečevanje proksimalnega/bližnjega tveganja za samomorilno vedenje, vključujejo različne učinke in mehanizme delovanja alkohola na povečanje psiholoških stisk, stopnjevanje agresivnosti, prehod od samomorilnih misli do izvršitve dejanja samomora in na primanjkljaje v kognitivnem delovanju, ki zmanjšajo nastajanje in uporabo alternativnih strategij spoprijemanja.

V literaturi so že bili opisani različni konceptualni modeli samomorilnega vedenja, v katerih so avtorji poskušali razložiti odnos med alkoholom in samomorilnim vedenjem. V nadaljevanju bosta predstavljeni dve skupini razlag, in sicer obstoječi modeli relacij med rabo alkohola in samomorilnim vedenjem, ter novejši, predlagani teoretični model med rabo alkohola in samomorilnim vedenjem.

⁴ Količina alkohola, ki lahko povzroči akutno zastrupitev z alkoholom, se od posameznika do posameznika razlikuje.

Teoretični modeli, ki pojasnjujejo povezavo med alkoholom in samomorilnim vedenjem

V literaturi zasledimo le nekaj teoretičnih modelov, ki pojasnjujejo povezavo med alkoholom in samomorom, najpogosteje sta opisana dva: Huffordov Cusp catastrophe model (31) in Connerjev model stresne diateze (32, 33).

V Huffordovem Cusp catastrophe modelu avtor (31) samomorilno vedenje opiše kot »vsako opazno vedenje, ki ima namen izvršitve takojšnjega/skorajšnjega samopoškodovanja«. Ob tem poskuša razložiti odnos med uporabo alkohola in samomorilnim vedenjem s prepoznavanjem dveh različnih poti: proksimalno oz. bližnjo potjo in distalno oz. daljno potjo. Obe sta povezani z rabo alkohola, in sicer se proksimalna/bližnja pot nanaša na akutno oz. takojšnjo rabo alkohola oz. na intoksikacijo/zastrupitev z alkoholom; medtem ko se distalna/daljna pot nanaša na dolgotrajno oz. kronično rabo alkohola in odvisnost od alkohola. V modelu avtor opredeljuje tudi več drugih distalnih (npr. psihološke/duševne motnje) in proksimalnih (npr. izguba bližnje osebe) dejavnikov tveganja, ki lahko prispevajo k samomorilnemu vedenju. Proksimalni dejavniki tveganja so tisti, ki vplivajo na to, da se posameznikova ranljivost za samomorilno vedenje, ki leži v ozadju (distalni dejavniki tveganja), pod določenimi pogoji in vplivi izrazi v takojšnje samomorilno tveganje. Za izvedbo samomorilnega dejanja morajo biti tako prisotni oboji, proksimalni in distalni dejavniki tveganja. Alkohol pri tem igra pomembno vlogo, saj zmanjšuje posameznikovo zmožnost učinkovitega obvladovanja in vpliva na primanjkljaje v kogniciji, kar skupaj z distalnimi in proksimalnimi samomorilnimi dejavniki tveganja določa stopnjo samomorilne ogroženosti.

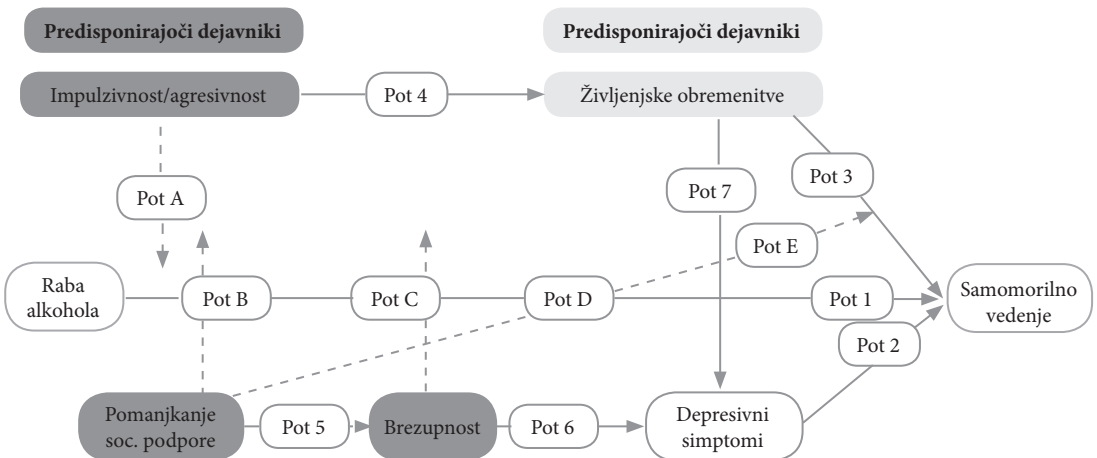
V modelu stresne diateze (32, 33) avtorji prepoznajo dve vrsti spremenljivk, ki lahko medsebojno delujejo in s tem povečujejo tveganje samomora med posamezniki z odvisnostjo od alkohola. Govorijo o ključnih predisponirajočih in precipitirajočih dejavnikih, ki lahko pri osebah z odvisnostjo od alkohola prispevajo k dejanju samomora. Predisponirajoči in precipitirajoči dejavniki v tem modelu so analogni distalnim in proksimalnim dejavnikom v Huffordovem modelu (31). Natančneje, predisponirajoči dejavniki tveganja so dlje časa trajajoče ranljivosti, ki povečujejo možnost, da se posamezniki vedejo samomorilno. Precipitirajoči dejavniki tveganja pa so trenutni dogodki ali spremembe v duševnem statusu (npr. depresivna epizoda), ki se pojavijo v času, ko posameznik razmišlja o samomoru ali poizkuša izvesti svoj samomorilni načrt. Model stresne diateze (32, 33) je pomemben, ker upošteva medsebojno povezanost več dejavnikov tveganja za samomorilno vedenje, za katere je znano, da so pogosti med posamezniki z odvisnostjo od alkohola. Tako npr. predpostavlja, da ima posameznik s povečano agresivnostjo in impulzivnostjo ob hkratni odvisnosti od alkohola povečano verjetnost, da bo imel težave v medosebnih odnosih. Te težave ob negativnem afektu in brezupu lahko pri posamezniku sprožijo depresivno epizodo, vse skupaj pa lahko poveča možnost, da bo poskušal storiti samomor.

Nekaj let pozneje sta Lamis in Malone (34) predlagala nov teoretični model, kjer sta upoštevala ugotovitve Huffordovega modela (31) in modela Connerja idr. (32, 33). V model pa sta vpeljala dodatne dejavnike, ki naj bi pomembno vplivali na povezavo oziroma odnos med rabo alkohola in samomorilnim vedenjem. Ti dodatni dejavniki tveganja za samomor so pomanjkljiva socialna opora, simptomi depresije ter problemi, povezani z rabo alkohola. Tudi Lamis in Malone (34) podobno kot Conner idr. (32, 33) govorita o predisponirajočih in precipitirajočih dejavnikih. Ti se med seboj prepletajo in določajo samomorilno ogroženost pri osebah s sindromom odvisnosti od alkohola.

Med predisponirajoče dejavnike za samomorilno vedenje avtorja (34) uvrščata impulzivnost, agresivnost, pomanjkanje socialne opore in brezup (na sliki 26.1 obarvano s temno sivo). Ti dejavniki lahko delujejo bodisi kot dejavniki tveganja bodisi kot varovalni dejavniki in samomorilno ogroženost pri osebah z odvisnostjo od alkohola lahko povečujejo ali znižujejo (pot 1 ter poti A, B, C, D).

Med precipitirajoče dejavnike tveganja za samomorilno vedenje avtorja (34) uvrščata različne življenjske obremenitve, kot so težave v medosebnih odnosih, negativni življenjski dogodki in težave, povezane z alkoholom (na sliki 26.1 obarvano s svetlo sivo). Ti dejavniki verjetnost samomorilnega vedenja povečujejo (pot 3).

Model predpostavlja, da so posamezniki, ki pijejo alkohol, verjetno bolj agresivni oz. impulzivni, kar posledično pomeni povečano tveganje za doživljanje življenjskih obremenitev (pot 4). Posamezniki, ki pijejo alkohol, ob pomanjkanju socialne opore pogosteje občutijo brezup (pot 5), kar poveča možnost doživljanja depresivnih simptomov (pot 6), posebno ob prisotnosti življenjskih obremenitev (pot 7). Posamezniki, ki doživljajo te življenjske obremenitve, se lahko glede na model odločijo za dve poti. Prva je lahko tudi samomorilno vedenje (pot 3), še posebno ob slabi socialni opori oz. njenem pomanjkanju (pot E) oz. ob pomanjkanju zadostne socialne mreže. Druga pot pa vodi v razvoj depresivne simptomatike (pot 7), na kar prav tako lahko vpliva pomanjkljiva socialna opora (pot D). Povezava med življenjskimi obremenitvami in depresivnimi simptomi se okrepi ob pomanjkanju zadostne oz. oporne socialne mreže. Posamezniki, ki nimajo zadostne socialne opore, imajo pogosteje samomorilne misli ali poskušajo storiti samomor ter doživljajo depresivne simptome kot posledico življenjskih obremenitev. Poleg tega simptomi depresije pogosto nakazujejo možnost samomorilnega vedenja (pot 7 in 2), posebno med ljudmi, ki pijejo alkohol (34).



Slika 26.1. Konceptualni model odnosov med predisponirajočimi in precipitirajočimi dejavniki in njihov vpliv na povezavo med rabo alkohola in samomorilnim vedenjem

(Prirejeno in ponatisnjeno z dovoljenjem avtorja; Creative Commons BY license; Lamis AD, Malone SP. Alcohol use and suicidal behaviours among adults: a synthesis and theoretical model. *Suicidol Online*. 2012;3:4-23.)

Nevrobiologija povezanosti alkohola in samomorilnega vedenja

Vedno več znanstvenih dokazov iz temeljnih znanosti implicira običajne nevrobiološke poti in nepravilnosti, vključene v škodljivo rabo psihoaktivnih snovi in mnoge duševne motnje, ki so povezane s samomorilnim vedenjem. Znotraj nevrobiološkega okvirja je možno, da sta škodljiva raba psihoaktivnih snovi in samomorilno vedenje različna simptomatska izraza podobnih, že prej obstoječih nevrobioloških odstopanj in da skozi nevroadaptacijo prihaja do bioloških sprememb, ki lahko nakazujejo na samomorilno vedenje. Mnogi dokazi npr. kažejo povezave med nizkimi vrednostmi serotonina, impulzivnim in agresivnim vedenjem, odvisnostjo od alkohola in samomorilnim vedenjem. Poleg serotoninskega je pomemben tudi dopaminski sistem. Nepravilnosti v sistemu delovanja dopamina so povezane tudi z rabo psihoaktivnih snovi in bolj izraženo agresijo. Raven oz. delovanje dopamina in/ali primanjkljaji v delovanju serotoninskega sistema lahko vnaprej določajo impulzivno, agresivno vedenje. Poleg tega raba alkohola in ostalih psihoaktivnih snovi lahko povzroča določena odstopanja v teh sistemih, kar lahko privede v poslabšanje samomorilnega, impulzivnega in agresivnega vedenja ter vodi v cikel stopnjevanja škodljive rabe psihoaktivnih snovi in stopnjevanja samomorilnega procesa (od samomorilnih misli do samomora) (35).

Akutna (takojšna) raba alkohola lahko poveča izločanje serotonina, po drugi strani pa je kronično/dolgotrajno pitje alkohola povezano s pomanjkanjem serotonina (36).

Posamezniki z odvisnostjo od alkohola imajo nižje vrednosti metabolita serotonina (5-hidroksiindolacetne kisline, 5-HIAA) v cerebrospinalni tekočini v primerjavi z zdravimi posamezniki v kontrolni skupini (36). Vrednosti 5-HIAA so nižje tudi pri posameznikih, ki so poskušali storiti samomor in so visoko tvegani (npr. imajo depresijo, odvisnost od alkohola), če jih primerjamo s posamezniki, ki niso bili ocenjeni kot visoko tvegani za samomor (37).

Klinični pogled na samomorilno ogroženost pri osebah z odvisnostjo od alkohola

Samomorilno vedenje je navadno proces, povezan s prepletom mnogih notranjih in zunanjih dejavnikov v življenju posameznika. Z namenom zmanjševanja samomorilnega vedenja je treba ob upoštevanju posameznikovih življenjskih okoliščin posebno pozornost nameniti tudi naslednjim dejavnikom:

- depresiji (ki je lahko vzrok za pitje in odvisnost ali njuna posledica),
- drugim pridruženim težavam v duševnem zdravju ali duševnim motnjam (npr. nihanju razpoloženja, psihotičnim stanjem),
- nedavni izgubi ali hujšemu konfliktu, ki se je zgodil 2–6 tednov pred samomorilnim dejanjem,
- pomanjkljivemu socialnemu omrežju in nizki socialni opori,
- nezaposlenosti in finančnim težavam,
- resnim zdravstvenim težavam,
- samomoru v družini,
- povišani impulzivnosti in agresivnosti,
- recidivu⁵ odvisnosti, trenutnemu čezmernemu pitju, opijanju,
- izražanju samomorilnega namena in groženj s samomorom (24, 30).

⁵ Ponovitev bolezni.

Dejavniki tveganja in varovalni dejavniki za samomorilno vedenje pri osebah z odvisnostjo od alkohola

Dejavniki tveganja za samomorilni poskus in samomor pri posameznikih z odvisnostjo od alkohola so moški spol, starost nad 50 let, samski stan, brezposelnost, slaba socialna opora, medosebne izgube, čezmerna raba alkohola, pitje vedno večjih količin alkohola, zgodovina rabe različnih psihoaktivnih snovi, depresivna epizoda, izražanje samomorilnih namenov in preteklo samomorilno vedenje (38). Samomorilno vedenje je posebno pogosto pri bolnikih s pridruženo depresijo ob odvisnosti od alkohola. Dolgotrajna čezmerna raba alkohola lahko privede v širok spekter duševnih simptomov, ki lahko v različnih variacijah 'posnemajo' druge duševne motnje.

Dejavniki, ki varovalno delujejo pred samomorilnim poskusom in samomorom pri posameznikih z odvisnostjo od alkohola, so učinkovita klinična obravnava duševne motnje (vključno z odvisnostjo od alkohola in škodljivo rabo psihoaktivnih snovi), enostaven dostop do različnih kliničnih intervencij in podpore pri iskanju pomoči, omejen dostop do sredstev, ki bi lahko omogočala samomorilno vedenje, družinska povezanost in podpora skupnosti, spretnosti pri reševanju težav in razreševanju konfliktov, kulturna in verska prepričanja, ki preprečujejo samomorilno vedenje (38).

Odvisnost od alkohola kot bolezen družine

Odvisnost od alkohola je bolezen, ki jo zaznamuje zanikanje in prizadene zelo heterogeno skupino ljudi. Odvisnost je bolezen družine, ki v različni meri prizadene vse njene člane in se prenaša iz generacije v generacijo. Sistemski način razmišljanja odpre nov pogled na odvisnost, saj človeka z odvisnostjo vidimo v kontekstu družinskega sistema, odvisnost pa kot simptom neravnovesja v tem sistemu. Družina z odvisnostjo ima svoje značilnosti, kjer odvisnost pogosto ostaja varovana skrivnost. Družine, v katerih se soočajo z odvisnostjo, so izpostavljene različnim nevarnostim in tveganjem, kot so napetosti v odnosih, nesreče, poškodbe, bolezni. Pogosto se srečajo z izkušnjo prezgodnjih izgub in tudi samomora. Izgube sprožajo pri drugih družinskih članih boleče občutke krivde in sramu. V družinah z odvisnostjo se pogosto soočajo z nepredelanim žalovanjem, ki se lahko kdaj pomakne še v naslednjo generacijo, kakor tudi odvisnost od alkohola. Samomor enega člana družine prizadene ostale člane družine, ki tako postanejo 'bližnji po samomoru', ki jih lahko prav tako ogroža odvisnost od alkohola in morda zgodba odvisnosti iz preteklosti vpliva na njihovo sedanjo družinsko zgodbo (39).

Učinkovit pristop k zmanjševanju tveganja za samomorilno vedenje med osebami z odvisnostjo od alkohola temelji na (i) dobrem diagnostičnem postopku, (ii) oceni samomorilnega tveganja in (iii) zdravljenju odvisnosti.

(i) Diagnostični postopek odvisnosti od alkohola in pridružene motnje

V ambulantni za zdravljenje odvisnosti od alkohola, kakor tudi v urgentni psihiatrični ambulanti, je treba izpeljati diferencialno-diagnostični postopek sindroma odvisnosti od alkohola in oceniti samomorilno ogroženost pacienta z odvisnostjo. Ob psihiatrični oceni je treba vprašati o rabi alkohola v preteklosti in v sedanjem obdobju. Vprašanje o pitju alkohola je del običajnega pregleda. S pacientom z odvisnostjo od alkohola se je treba pogovoriti na spoštljiv način, brez vrednostnih sodb, kar mu omogoča, da bo lahko izrazil svojo stisko in se ob doživljanju občutkov krivde in sramu ne bo postavljajl v dodatno obrambno držo. Pri vodenju pogovora je v pomoč poznavanje tehnik motivacijskega intervjuja.

Velikokrat se zgodi, da se v komunikaciji pojavijo različna zmotna prepričanja o tem, kako naj bi izgledal ali funkcioniral nekdo, ki ima težave v odnosu do alkohola. Pacient in njegovi svojci so zaradi stigme bolezní velikokrat zaznamovani, niso deležni empatije in se o bolezní ne morejo pogovarjati ali se pogovarjajo le s težavo, zaradi česar bolezen pogosto ostane družinska skrivnost. Pogled na odvisnost od alkohola je namreč pogosto obarvan z osebnimi prepričanji in različnimi predsodki ljudi. Pri izpeljavi diagnostičnega postopka obstaja razlika, ali pogovor poteka v urgentni ambulanti, kjer je pacient na pregledu že po tem, ko je poskušal storiti samomor, ali v ambulanti za zdravljenje odvisnosti, kamor je bil napoten na prvi pregled.

(ii) Ocena samomorilnega tveganja osebe z odvisnostjo od alkohola

Ocena samomorilnega tveganja poteka glede na znane dejavnike tveganja za samomor.

Oceno samomorilne ogroženosti je treba narediti v različnih fazah bolezní odvisnosti, torej glede na longitudinalni potek odvisnosti od alkohola. S pomočjo vprašanj je mogoče oceniti, kakšna so tveganja samomorilnega vedenja v različnih obdobjih bolezní:

- v aktivni odvisnosti, torej v obdobju, ko posameznik pije alkohol,
- v času odtegnitve, ko je bolnik prekinil s pitjem alkohola in se lahko pojavljajo znaki odtegnitvenega sindroma,
- v obdobju recidiva, torej ponovitve bolezní,
- prav tako pa tudi v obdobju rehabilitacije.

Pri vsakem posamezniku, ki ima kakršne koli težave v odnosu do alkohola, je treba oceniti tveganje za samomor s ciljem načrtovanja pomoči. Postaviti je treba vprašanja o preteklih razmišljanjih o samomoru, morebitnih samomorilnih poskusih ali družinski zgodovini obremenjenosti s samomorom. Oceniti je treba kratkoročno in dolgoročno tveganje za samomor. V primeru, ko je ocenjeno visoko tveganje za samomorilno vedenje, je bolnika z odvisnostjo, ki je samomorilno ogrožen, treba napotiti v varno okolje, kar je zagotovo lahko zdravljenje v bolnišnici. Bolnik se lahko s hospitalizacijo strinja in jo doživlja kot začetek reševanja težav, ki mu jih povzročajo posledice odvisnosti od alkohola. Če bolnik do bolezní ni kritičen in ne zmore obvladovati samomorilnih misli, je možna napotitev bolnika na hospitalizacijo proti njegovi volji. Cilj nujne hospitalizacije je detoksikacijski postopek, če je bila odvisnost stopnjevana do telesne odvisnosti, in ponovna ocena samomorilnega tveganja ter zdravljenje telesnih in duševnih zapletov odvisnosti od alkohola. Ocena samomorilnega tveganja je potrebna tako v različnih fazah bolezní odvisnosti kot tudi v celotnem poteku zdravljenja, zlasti če ima bolnik ob odvisnosti od alkohola pridruženo depresivno motnjo. Zlasti je treba vprašati o samomorilnih mislih, če je bolnik v recidivu odvisnosti ali če se mu pojavljajo depresivni simptomi ali je morda doživel različne izgube ter prav tako v obdobju okrevanja. Če je bolnik povprašan o tem, ali se mu pojavljajo misli, da bi si vzel življenje, s tem dobi sporočilo, da je mogoče z zdravnikom o tem govoriti in da to ni tabuizirana tema. Pogovor je treba voditi v varnem in zaupnem vzdušju in postaviti direktna vprašanja o prisotnosti samomorilnih misli. V klinični praksi se pogosto zgodi, da osebe z odvisnostjo od alkohola občutijo, da življenje zanje nima več prave vrednosti, ob tem ko se začenjajo posledice bolezní. Dobra komunikacija je zagotovo temeljni kamen vseh terapevtskih intervencij kakor tudi ocene samomorilnega tveganja. Če se bolnik počuti sprejetega in ne doživlja obsojanja, bo zmožgel zdravniku zaupati misli, namene ali morda že izoblikovan načrt o tem, kako bi si vzel življenje.

Lahko se zgodi, da v ambulanti pacient ne pove, da ima samomorilne misli, vendar na to opozorijo svojci, ki jih samomorilne misli lahko prestrašijo, ali pa jih sploh več ne jemljejo resno, ker vzdržujejo mit o tem, da kdor o samomoru govori, ga ne bo naredil.

Občasno osebe z odvisnostjo od alkohola povedo, da so se jim vsiljevale misli, da bi se 'opili do smrti', vendar tega takrat niso ubesedili. Zagotovo je ob zastrupitvi z alkoholom oz. ob nevarnih akutnih alkoholnih opojih dobro pomisliti na možnost samomorilne ogroženosti odvisnega od alkohola in ga o tem vprašati, sicer lahko tveganje za samomor ostane spregledano.

Pri kliničnem delu je dobro, da paciente z odvisnostjo od alkohola ocenimo glede prisotnosti samomorilnih misli, kadar koli izrazijo doživljanje depresivnih simptomov, kadar so v procesu recidiva od alkohola ali kadar koli so doživeli izgubo odnosa ali kakršno koli drugo izgubo (zaposlitev, bivališče ipd.) (40). Ocena samomorilnega tveganja je pri pacientih z odvisnostjo od alkohola, ki imajo kakršne koli simptome depresije, potrebna, saj je komorbidna motnja povezana z veliko večjim tveganjem za samomorilni poskus (40).

(iii) Zdravljenje odvisnosti od alkohola

Odvisnost od alkohola je bolezen možganov in je kronična bolezen, ki se ponavlja (je recidivantna). V raziskavah s področja nevroznanosti raziskovalci pojasnjujejo, da je mogoče s psihoterapijo ali sistematičnim dolgotrajnim pozitivnim spodbujanjem iz okolja povečati nevroplastičnost možganov v smeri regeneracije možganskega funkcioniranja pri pacientih z odvisnostjo (41).

Brez vzdrževanja abstinence od alkohola ljudje težko sledijo zastavljenim rehabilitacijskim ciljem. Vzdrževanje abstinence od alkohola osebam z odvisnostjo omogoča dobro rehabilitacijo, kar pa je zagotovo najboljša preventiva recidiva. Recidiv se kaže kot zastoj v terapevtskem procesu, vendar ga je možno preprečevati.

Po postavitvi diagnoze sindroma odvisnosti od alkohola se pacienta usmeri oz. se mu predlaga vključitev v strukturirani program zdravljenja odvisnosti, kjer poteka vzporedno zdravljenje možne pridružene motnje. Cilj zdravljenja ni v tem, da bi pacient prekinil s pitjem alkohola, pač pa v tem, da bi začel živeti brez alkohola. Abstinenca od alkohola ni cilj zdravljenja, pač pa je osnova za psihoterapevtski del zdravljenja odvisnosti. Cilj zdravljenja je izboljšanje duševnega, telesnega in socialnega stanja. Zdravljenje je vsekakor proces spreminjanja in ima tri stopnje: pripravljalo, intenzivno in vzdrževalno. V zdravljenje so vključeni pacientovi svojci in pomembni drugi. Zdravljenje odvisnosti lahko poteka v bolnišničnem programu ali ambulantni skupini.

Odvisnost od alkohola je pogosto stigmatizirana diagnoza, prav tako pa tudi programi zdravljenja odvisnosti. Zdravljenje odvisnosti od alkohola pomeni preventivo pred nadaljnji telesnimi in duševnimi zapleti odvisnosti in lahko omogoča prekinitev transgeneracijskega prenosa bolezni.

Depresija z visoko stopnjo samomorilne ogroženosti in sindrom odvisnosti od alkohola

Depresivna motnja in sindrom odvisnosti od alkohola se stalno prepletata. Depresivni simptomi so pogosti med osebami, ki so odvisne od alkohola. V literaturi so na voljo podatki, da okrog 40 % oseb, ki tvegano pijejo alkohol ali imajo diagnozo odvisnosti od alkohola, doseže diagnostične kriterije za depresivno epizodo (6). Bolniki z depresijo, z alkoholom obvladujejo simptome depresije oziroma njeno komponento povišane anksioznosti (42). Bolniki z depresijo in odvisnostjo od alkohola so med najbolj ogroženimi za samomorilno

vedenje. Samomorilna ogroženost je tudi glavni razlog za sprejem v bolnišnico. Uporaba alkohola je pomemben razlog za samomorilni poskus. V opitem stanju so zmanjšane zavore in posameznik se impulzivno odloči za samomor, o katerem je morda že dlje časa razmišljal. Ocena samomorilnega vedenja je v diagnostičnem postopku z bolnikom z odvisnostjo in depresijo nujna. Vprašanje je treba postaviti, tudi če pacient o tem ne spregovori spontano. V procesu zdravljenja se je treba posvetiti obema motnjama, depresiji in odvisnosti od alkohola, sicer ena motnja otežuje zdravljenje druge. Pri večini pacientov depresija z abstinenco spontano izzveni v nekaj dneh ali dveh do treh tednih, sicer obstaja možnost zdravljenja z antidepresivi (43).

Pomembno pozornost je treba posvetiti klinični sliki depresije pri moških. V klinični praksi se pogosto srečamo z depresivnimi pacienti, ki imajo izražene simptome, ki bi jih ob prvem vtisu težko uvrstili v klinično sliko depresije. Pri moških so pogoste t. i. skrite slike depresije in se nam postavlja vprašanje, ali jo sploh prepoznamo. V taki klinični sliki izstopa odsotnost depresivnega razpoloženja ali bolje rečeno, depresivno razpoloženje je zamenjano z razdražljivostjo. Zanj so značilni tudi znižana toleranca na stres, napadalno vedenje, čezmerno pitje alkohola, občutek izgorelosti, zmanjšana kontrola impulzov, tvegana vedenja in pretirana aktivnost z manjšo učinkovitostjo (44).

Klinična vinjeta

38-letni moški, po poklicu zidar, poročen, oče treh otrok, je bil zvečer napoten v sprejemno urgentno ambulanto psihiatrične bolnišnice po samomorilnem poskusu z obešenjem.

Do takrat ni imel nikoli stika s psihiatrično ali urgentno službo in nikoli ni iskal pomoči glede kakršnih koli težav v odnosu do alkohola. Zadnje leto sta se z ženo pogosto prepirala, ker je vse pogosteje prihajal domov opit. Bila sta starša trem otrokom, ki so imeli v šoli vse več težav. Zaradi vožnje pod vplivom alkohola je izgubil vozniško dovoljenje, kar ga je oviralo pri opravljanju dela. V službi so ga opozarjali glede pitja alkohola, ker je začel zamujati in ni bil več zanesljiv. V ambulanti medicine dela, kjer je opravljal pregled za oceno delazmožnosti, so v laboratorijskih izvidih ugotavljali patološke jetrne teste, ki so kazali na možno alkoholno jetrno okvaro.

Tistega popoldneva, potem ko sta se z ženo ponovno prepirala, je opit odšel v gozd in se poskusil obesiti, vendar ga je v tistem trenutku srečal mimoidoči in mu preprečil dejanje.

Ob sprejemu v bolnišnico je bil pod vplivom alkohola in v naslednjih urah se je začela razvijati simptomatika odtegnitvene krize, saj je bila odvisnost stopnjevana do telesne odvisnosti. Potreboval je terapijo z zdravili. Po vzpostavitvi abstinence od alkohola je bil izpeljan diferencialno-diagnostični postopek odvisnosti in komorbidne motnje, ki je pokazal, da se je pri pacientu ob odvisnosti od alkohola razvila tudi depresivna epizoda z visoko stopnjo samomorilne ogroženosti. Prejemati je začel antidepresivno terapijo. Izpeljan je bil motivacijski postopek za zdravljenje odvisnosti od alkohola, ki ga je pacient sprejel. Premeščen je bil na oddelek za zdravljenje odvisnosti, kjer se je vključil v strukturirani bolnišnični program zdravljenja odvisnosti od alkohola. V terapevtsko skupino je prihajala njegova žena, ki se je tudi vključila v program zdravljenja. V drugem delu zdravljenja je prihajal v dnevno bolnišnico, kar pomeni, da se je dnevno vračal domov. Po zaključenem programu zdravljenja se je vključil v podporno skupino odvisnih od alkohola. Z ženo sta nadaljevala s partnersko in družinsko terapijo, kjer je bila pozornost usmerjena tudi v oceno samomorilne ogroženosti pri članih družine.

Bolezen odvisnosti od alkohola in samomor sta bila namreč v njuni družini transgeneracijsko prisotna. Zaradi samomora je umrl pacientov oče, ki je bil odvisen od alkohola, prav tako pa je imel težave v odnosu do alkohola ženin oče.

Zdravljenje odvisnosti od alkohola in komorbidne depresivne motnje je zagotovo pomenilo korak v preprečevanju samomorilnega vedenja glede na dejstvo, da je odvisnost kronična recidivantna bolezen in da je nezdravljena depresija lahko dejavnik tveganja za recidiv odvisnosti.

V prikazani klinični vinjeti vidimo, da so bili prisotni številni dejavniki tveganja za samomor. Pri opisani osebi z odvisnostjo je bilo vsekakor treba oceniti kratkoročno in dolgoročno tveganje za samomor, tako ob sprejemu v bolnišnico kakor tudi po zaključenem programu zdravljenja odvisnosti in komorbidne depresivne motnje.

Zaključek in usmeritve za naprej

V literaturi najdemo podatke, da le manjšina oseb z odvisnostjo od alkohola ali drugih psihoaktivnih snovi, ki so storili samomor, v zadnjem mesecu njihovega življenja dobi ustrezno psihiatrično pomoč, kljub njihovim očitnim duševnim motnjam (45). V klinični praksi pogosto opazimo, da odvisni od alkohola težko poiščejo pomoč. Zagotovo bodo potrebni nadaljnji napor ter sodelovanje raziskovalcev in strokovnjakov iz klinične prakse s ciljem učinkovitejšega zdravljenja in preprečevanja samomorilnosti pri osebah z odvisnostjo od alkohola. Izzivi za prihodnost na področju zmanjševanja tveganja za samomorilno vedenje med osebami z odvisnostjo od alkohola so zato mnogi:

- krepitev dostopnosti pomoči: osebe potrebujejo osnovne informacije o sindromu odvisnosti od alkohola ter možnostih iskanja pomoči; organizacija dostopnosti pomoči je potrebna tako za osebe z odvisnostjo od alkohola in člane njihovih družin ter ostale svojce ali pomembne bližnje osebe iz družin, kjer je prisotna odvisnost, kakor tudi za ljudi, ki od alkohola niso odvisni, vendar imajo posledice zaradi stisk, ki so jih doživeli v svojih družinah v stiku s starši z odvisnostjo in kjer se travma odvisnosti transgeneracijsko prenaša;
- v različnih kontekstih sistemov pomoči (ambulanta zdravnika družinske medicine, urgentna ambulanta, ambulanta za zdravljenje odvisnosti od alkohola ipd.) je potrebna ocena samomorilne ogroženosti pacientov z odvisnostjo, zaradi česar so potrebna dodatna izobraževanja zaposlenih v zdravstvenem sistemu, ki bi izboljšala prepoznavanje samomorilnega tveganja pri osebah z odvisnostjo od alkohola ter detabuizacijo samomora in odvisnosti; v klinični praksi namreč pogosto ugotavljamo, da je zdravljenje odvisnosti od alkohola celo bolj stigmatizirano kot bolezen sama;
- krepitev učinkovitih ukrepov za zmanjševanje tvegane in škodljive rabe alkohola, ki bi lahko zmanjšali stopnjo samomorilnosti od alkohola (*več o tem v poglavju 14*) (46, 47): na področju javnega zdravja bi bilo učinkovito tako zmanjšanje celotne porabe alkohola kakor tudi omejevanje dostopnosti alkohola; še posebej pomembno pa je zagotavljati programe za zgodnjo prepoznavo oseb, ki pijejo tvegano ali škodljivo, ki lahko preprečijo razvoj odvisnosti;
- krepitev ozaveščanja ljudi o tem, da je sindrom odvisnosti od alkohola bolezen, kakor tudi ozaveščanje, da sta alkohol in samomor povezana ter da je samomor možno preprečevati z zdravljenjem odvisnosti od alkohola: torej ozaveščati in izobraževati ljudi o pomenu zdravljenja odvisnosti od alkohola ter o tem, da je vsako pitje alkohola tvegano.

Razumevanje samomora kot zaključnega dejanja dlje časa trajajočih težav in ne le kot posledice zgolj enega vzroka, ki morda deluje kot povod, omogoča posvečanje večje pozornosti prepoznavanju dejavnikov tveganja in varovalnih dejavnikov pri ocenjevanju samomorilnega tveganja pri osebah z odvisnostjo od alkohola v različnih obdobjih bolezni, tako v obdobju vzdrževanja abstinence kot tudi v obdobju pitja alkohola. Zdravljenje odvisnosti od alkohola pomaga preprečevati samomor pri osebah z odvisnostjo, saj bi lahko odvisnost (tako kot so jo že v preteklosti) poimenovali 'samomor po kapljicah'.

Reference

1. Menninger KA. *Man against himself*. New York: Harcourt, Brace & World; 1938.
2. Milčinski L. *Samomor in Slovenci*. Ljubljana: Cankarjeva založba; 1985.
3. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Dominici G, Ferracuti S, Kotzalidis DG idr. Suicidal behaviour and alcohol abuse. *Int J Environ Res Public Health*. 2010;7:1392–431. doi: 10.3390/ijerph7041392
4. Norström T, Rossow I. Alcohol consumption as a risk factor for suicidal behavior: a systematic review of associations at the individual level and at the population level. *Arch Suicide Res*. 2016;20(4):489–506. doi: 10.1080/13811118.2016.1158678
5. Ramstedt M. Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction*. 2001;96(1):S59–75. doi: 10.1080/09652140020021189
6. Sadock BJ, Sadock VA. *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry*. 9th ed. New York (NY): Lippincot Williams & Wilkins; 2003.
7. Sher L. Alcoholism and suicidal behaviour: a clinical overview. *Acta Psychiatry Scand*. 2006;113:13–22. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00643.x
8. Cornelius JR, Salloum IM, Day NL, Thase ME, Mann JJ. Patterns of suicidality and alcohol use in alcoholics with major depression. *Alcohol Clin Exp Res*. 1996;20(8):1451–5. doi: 10.1111/j.1530-0277.1996.tb01148.x
9. Murphy GE. The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47(4):383–92. doi: 10.1001/archpsyc.1990.01810160083012
10. Shahid A. Alcohol: the lubricant to suicidality. *Innov Clin Neurosci*. 2013;10(1):20–9.
11. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health 2018* [na spletu]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citirano 2. 11. 2018]. Dostopno na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>
12. Hovnik Keršmanc M, Roškar M, Lavtar D, Rehberger M, Korošec A. *Pitje alkoholnih pijač med prebivalci Slovenije – izsledki nacionalne raziskave o tobaku, alkoholu in drugih drogah – ATADD 2018*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2020 (neobjavljeno).
13. Nacionalni inštitut za javno zdravje. *Raziskava CINDI 2020 - Z zdravjem povezan vedenjski slog*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2020 (neobjavljeno).
14. Babor TF, Ceatano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K idr. *Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy*. Oxford: Oxford University Press; 2010. doi: 10.1093/acprof:oso/9780199551149.001.0001
15. Hovnik Keršmanc M, Čebašek Travnik Z, Trdič J. *Pivsko vedenje odraslih prebivalcev Slovenije leta 1999*. Ljubljana: IVZ; 2000.
16. Kolšek M. *Slovenia report. V: Heather N, urednik. WHO collaborative project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care: report on phase IV*. Geneva: WHO Press; 2006. str. 189–98.
17. Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies; 2006.
18. Nacionalni inštitut za javno zdravje. *NIJZ podatkovni portal* [na spletu]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2020 [citirano 14. 9. 2020]. Dostopno na: <https://podatki.nijz.si/>.
19. World Health Organization. *European health for all database (HFA-DB)* [na spletu]. Geneva: World Health Organization; 2020 [citirano 2. 11. 2020]. Dostopno na: <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>.
20. *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: avstralska modifikacija (MKB-10-AM)*. 6. izd. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2008.
21. Zaletel M, Vardič D, Hladnik M, uredniki. *Raba alkohola: zdravstveni statistični letopis Slovenije 2019* [na spletu]. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2021 [citirano 25. 5. 2020]. Dostopno na: <https://www.nijz.si/sl/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2019>
22. Nacionalni inštitut za javno zdravje. *Baza podatkov Zdravniško poročilo o umrli osebi (NIJZ 46)*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2020 (neobjavljeni podatki).

23. Kaplan MS, McFarland BH, Huguet N, Conner K, Caetano R, Giesbrech N idr. Acute alcohol intoxication and suicide: a gender-stratified analysis of the National violent death reporting system. *Inj Prev.* 2012;19(1):38–43. doi: 10.1136/injuryprev-2012-040317
24. Tekavčič Grad O. Samomorilna ogroženost odvisnih od alkohola. V: Milič J, Pišljar M, urednika. Diagnosticiranje odvisnosti od alkohola na različnih nivojih zdravstva. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija; 2005. str. 111–6.
25. Lovrečič M. Samomorilnost in uporaba alkohola in nedovoljenih drog. V: Marušič A, Roškar S, urednika. Slovenija s samomorom ali brez. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2003. str. 116–23.
26. Zupanc T. Zloraba alkohola kot dejavnik tveganja za samomorilno vedenje [doktorska disertacija]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta; 2011.
27. Kocmur M. Alkoholizem in samomor. *Med Razgl.* 1985;24:235–41.
28. Tomori M. Alkohol in samomor: raziskovalno poročilo. Ljubljana: Medicinska fakulteta; 1967.
29. Cornelius JR, Bukstein O, Sallomun I, Clark D. Alcohol and psychiatric comorbidity. V: Galanter M, urednik. Recent developments in alcoholism. Vol. 16, Research in alcohol treatment. New York: Plenum Press; 2003. str. 361–74. doi: 10.1007/0-306-47939-7_24
30. Borges G, Loera CR. Alcohol and drug use in suicidal behaviour. *Curr Opin Psychiatry.* 2010;23(3):195–204. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283386322
31. Hufford RM. Alcohol and suicidal behaviour. *Clin Psychol Rev.* 2001;21(5):797–811. doi: 10.1016/S0272-7358(00)00070-2
32. Conner KR, Duberstein PR. Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcohol Clin Exp Res.* 2004;28(5):6S–17S. doi: 10.1097/01.ALC.0000127410.84505.2A
33. Conner KR, McCloskey MS, Duberstein PR. Psychiatric risk factors for suicide in the alcohol-dependent patient. *Psychiatr Ann.* 2008;38(11):742–8. doi: 10.3928/00485713-20081101-04
34. Lamis AD, Malone SP. Alcohol use and suicidal behaviours among adults: a synthesis and theoretical model. *Suicidol Online.* 2012;3:4–23.
35. Lineberry WT, Brady TK. Suicide and substance use disorders. V: Koslow HS, Ruiz P, Nemeroff BC, uredniki. A concise guide to understanding suicide epidemiology, pathophysiology and prevention. Cambridge: Cambridge University Press; 2014. str. 118–9.
36. Ratsma JE, Stelt O, Gunning WB. Neurochemical markers of alcoholism vulnerability in humans. *Alcohol Alcohol.* 2002;37(6):522–33. doi: 10.1093/alc/37.6.522
37. Sher L, Oquendo MA, Grunebaum MF, Burke AK, Huang Y, Mann JJ. CSF monoamine metabolites and lethality of suicide attempts in depressed patients with alcohol dependence. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2007;17(1):12–5. doi: 10.1016/j.euroneuro.2006.04.011
38. Sher L. Risk and protective factors for suicide in patients with alcoholism. *Sci World J.* 2006;6:1405–11. doi: 10.1100/tsw.2006.254
39. Milič J. Odvisnost kot bolezen družine. V: Milič J, Pišljar M, urednika. Prepoznavanje in zdravljenje odvisnosti od alkohola – interdisciplinarni pogled. Idrija: Psihiatrična bolnica Idrija; 2016. str. 159–71.
40. Cornelius JR, Clark DB, Salloum IM, Bukstein OG, Kelly TM. Interventions in suicidal alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res.* 2004;28:89S–96S. doi: 10.1097/01.ALC.0000127418.93914.AC
41. Rus Makovec M. Odvisnost od psihoaktivnih snovi. V: Pregelj P, Kores Plesničar B, Tomori M, Zalar B, Zihel S, uredniki. Psihijatrija. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2013. str. 164–94.
42. Preuss UW, Wong WM. Comorbidity. V: Zernig G, Saria A, Kurz M, O'Malley SS, uredniki. Handbook of alcoholism. New York: CRC Press; 2000. str. 287–315.
43. Milič J. Urgentna stanja in sindrom odvisnosti od alkohola. V: Milič J, Pišljar M, urednika. Diagnosticiranje odvisnosti od alkohola na različnih nivojih zdravstva. Idrija: Psihiatrična bolnica Idrija; 2005. str. 73–84.
44. Milič J. Depresija pri odvisnih od alkohola. V: Milič J, Pišljar M, urednika. Prepoznavanje in zdravljenje različnih oblik depresije. Idrija: Psihiatrična bolnica Idrija; 2007. str. 49–61.
45. Wasserman D, urednica. Suicide: an unnecessary death. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2016. doi: 10.1093/med/9780198717393.001.0001
46. Brady J. The association between alcohol misuse and suicidal behaviour. *Alcohol Alcohol.* 2006;41(5):473–8. doi: 10.1093/alc/41.5.473
47. Kolves K, Chitty KM, Wardhani R, Värnik A, de Leo D, Witt K. Impact of alcohol policies on suicidal behavior: a systematic literature review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17:članek 7030. doi: 10.3390/ijerph17197030

Telefoni za pomoč ljudem v duševni stiski

Onja Tekavčič Grad, Janja Milič

Ključni poudarki poglavja

- V Sloveniji delujejo različne telefonske krizne linije za pomoč ljudem v stiski. Na nekaterih delujejo kot svetovalci posebej usposobljeni plačani strokovnjaki, na drugih pa usposobljeni laiki prostovoljci.
- Svetovalci na telefonu so strokovnjaki (ali laiki), ki so visoko motivirani za to delo, imajo zaključeno posebno izobraževanje, predvsem pa so posamezniki, katerih bistvene osebnostne lastnosti so tolerantnost, toplina, razumevanje in empatija do klicancev.
- Prvi slovenski krizni telefon, Klic v duševni stiski, je deloval v okviru Psihiatrične klinike Ljubljana (danes Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana). Svetovalci – strokovnjaki so v 40 letih dela odgovorili na približno 190.000 klicev.
- Uporabniki kriznega telefona, klicanci, so v starostnem razponu 8–90 let in iščejo pomoč pri različnih problemih. Nekateri problemi so za klicance vsakdanji, drugi pa tako zelo težki, da zaradi njih razmišljajo celo o samomoru.
- Telefonske krizne linije so pogosto (če ne vedno) prvi vir razbremenitve v akutni duševni stiski in ob samomorilni ogroženosti. Pozitivni učinki kriznih linij so dostopnost pomoči, razbremenitev zdravstvenega sistema, doseganje ranljive populacije, ki drugim sistemom uhaja, priložnosti za napotitve te populacije k različnim virom pomoči, razbremenitev akutne stiske in zmanjšanje trenutne samomorilnosti.

Povzetek

Telefonske krizne linije v zahodnem svetu delujejo (komaj) 70 let, vendar so razširjene v vseh delih sveta (kjer to dopušča tehnologija) in so pogosto namenjene ljudem, ki so v hudi življenjski stiski, morda celo razmišljajo in načrtujejo samomor. V Sloveniji deluje prva strokovna telefonska pomoč Klic v duševni stiski že 41 let, druge, laične in prostovoljne telefonske službe za pomoč ljudem v stiski pa malo krajši čas. Pomoč, ki jo nudijo, je dostopna takoj, ko je stiska najhujša, drugih pomoči pa je premalo ali pa sploh niso na razpolago (ponoči). Prav ob stopnjevanju duševne stiske ali akutni krizi posameznika, ki lahko drsi v odločanje o samomoru, je takojšnja in dostopna pomoč nujna. Težave, zaradi katerih posamezniki pokličejo krizno linijo, so zelo različne tako po vsebini kot teži problema. Med najpogostejšimi so partnerski in družinski problemi, preko osamljenosti in različnih posledic že zdravljenih duševnih bolezni, pa do akutne depresivnosti in samomorilnosti. Svetovalci na krizni liniji so dodatno izobraženi strokovnjaki ali usposobljeni laiki. Za svetovalno delo so visoko motivirani, poleg tega pa jih odlikujejo poleg nujno potrebnih osebnostnih lastnosti tudi strpnost do različnih oblik človeškega vedenja in težav. Poleg začetnega dodatnega izobraževanja je ob delu na telefonu nujna tudi redna strokovna supervizija (pomoč in opora izkušnega strokovnjaka – supervizorja), ki izboljšuje delo, čustveno razbremenjuje svetovalca in mu omogoča osebno rast.

Uvod

Telefon je medij, ki kar kliče po tem, da ga uporabimo kot pomoč v akutni krizni situaciji. Alexander Graham Bell, izumitelj in prvi uporabnik telefona, je leta 1876 prijavil patent zanj (čeprav so bili poleg njega zaslužni še drugi znanstveniki, pa je ostal v zgodovini zabeležen kot njegov izumitelj). Anekdota poroča, da je bil Bell tudi prvi uporabnik kriznega telefona, ko se je znašel v težavah. Bell se je pri začetkih uporabe nove naprave po nesreči polil z žvepleno kislino in po telefonu poklical svojega asistenta, naj mu pride na pomoč. Že leta 1879 je ugledna britanska medicinska revija *The Lancet* objavila prvo poročilo o uporabi telefona v medicinske namene, in sicer za pediatrično diagnostiko in terapijo po telefonu (1).

Čeprav je bil telefon v uporabi torej že v 19. stoletju, pa je postal orodje množične uporabe po 2. svetovni vojni. Šele ko je dovolj ljudi redno uporabljalo napravo za vsakdanje komuniciranje, je lahko postal telefon tudi sredstvo pomoči za ljudi v različnih težavah, tudi v duševni stiski. Leta 1953 je anglikanski pastor Chad Varah v svoji fari v Londonu opazil, da ga veliko ljudi pokliče po telefonu in mu zaupa svoje intimne probleme, o katerih v osebem pogovoru z njim niso mogli govoriti. Tako je začela pod njegovim vodstvom delovati prva tako imenovana krizna linija, preko katere je želel pomagati svojim faranom v najintimnejših problemih. Pogosto so klicanci govorili o svojih depresivnih, najtemnejših razmišljanjih in samomorilnih grožnjah. Ob tovrstnih problemih je Chad Varah ugotovil, da je telefon medij, ki lahko tudi rešuje življenja. Zato je ustanovil Samaritane, organizacijo za pomoč ljudem v hudih življenjskih stiskah in krizah, ki se je v nekaj letih razširila na vse celine in v vsa družbena okolja. Svetovalci na telefonu so postali prostovoljni laiki z motivacijo za pomoč sočloveku in opravljenim skrbno pripravljenim izobraževanjem za svetovalno delo (2).

Ker se je v tem času, torej v sredini 20. stoletja, povsod v razvitem svetu samomorilni količnik vzpenjal, so strokovnjaki iskali načine, kako preventivno ukrepati, kako pravočasno prepoznati osebe, ki razmišljajo o samomoru, in jim pomagati. Tako so v Združenih državah Amerike (ZDA) razvili svoj koncept za pomoč ljudem v stiski, ki razmišljajo o samomoru. Leta 1958 so v Los Angelesu ustanovili prvi Center za preprečevanje samomora (angl. Suicide Prevention Center), kjer so delovali trije pionirji ameriške in svetovne suicidologije – Norman Farberow, Robert Litman in Edwin Shneidman. S svojimi prelomnimi znanstvenimi in publicističnimi dosežki so postavili temelje za razvoj nove discipline – suicidologije (3, 4). Tovrstni centri so se razširili po vseh državah ZDA. Vsak center je imel tudi svojo krizno linijo, kjer so pomoč dobili klicanci v duševni stiski, predvsem tisti, ki so razmišljali in načrtovali samomor. Centri pa so delovali tudi kot ambulante, kamor so na pogovore lahko prišli ljudje v stiski po takojšnji pomoči.

Pogovor na kriznem telefonu – srečanje klicanca in svetovalca

Pri krizni intervenciji, ki je osnova strokovnega dela na telefonu za pomoč ljudem v stiski, se srečujeta uporabnik – oseba v stiski, ki jo imenujemo klicalec in usposobljena (strokovna ali laična) oseba, ki odgovarja na telefonske klice v stiski in nudi pomoč – svetovalac.

Klicalec običajno pokliče takrat, ko čuti, da se vrti v krogu svojih stisk, ki povzročajo intenzivna čustva strahu, tesnobe, žalosti, jeze idr. Te pripeljejo do različnega neustreznega vedenja, ki ga klicalec sam pogosto ne zna ali ne zmore razrešiti.

Svetovalec je oseba, ki se je za delo na telefonu odločila zaradi želje pomagati ljudem v različnih duševnih stiskah, za kar je pripravljena uporabiti svoje znanje in sposobnost empatičnega vodenja pogovora. Zato ni dovolj, da pozna področja reševanja človeških stisk in posebnosti svetovalnega dela po telefonu, ampak mora imeti vrsto osebnostnih lastnosti, ki so potrebne za to delo.

Namen in cilji telefonskih kriznih linij

V začetem obdobju je bil namen ustanavljanja kriznih linij – čeprav morda preveč optimističen, – zmanjševati število samomorov v okolju, kjer je začela delovati krizna linija. Težko bi metodološko neoporečno izmerili, v kolikšni meri (če sploh) je to uspelo. Vsekakor pa drži, da bi brez možnosti pomoči preko telefona mnogo ljudi v stiski moralo iskati drugačno pomoč ali pa bi ostali brez nje (5). V tem primeru bi se njihova duševna stiska poglobljala, lahko bi postala tako resna in težko rešljiva, da bi potrebovali dolgotrajnejšo, morda celo bolnišnično pomoč, stiska bi lahko celo ogrozila njihova življenja. Zato lahko krizne linije štejemo med tiste službe, ki preprečujejo poslabšanje kriznih stanj in posredno s svojo podporo klicalcu preprečujejo samomorilno vedenje ali ga vsaj zmanjšujejo (6).

Namen kriznih linij je prepoznavati klicalecovo akutno krizno situacijo in takoj razbremeniti intenzivno čustveno stanje, ki ga zaradi krize doživlja posameznik. Šele nekoliko čustveno razbremenjeni klicalec lahko skupaj s svetovalcem išče vzroke za stisko, v kateri se je znašel, in jih razume. Ob empatičnem svetovalčevem sprejemanju lahko klicalec išče nove rešitve, ki jih sam pred klicem ni opazil ali so se mu zdele pretežke. Svetovalec ob poslušanju klicalecove zgodbe dobi predstavo o klicalečevem življenju in njegovem načinu (ne)reševanja težav, kar opremi svetovalca z osnovnim poznavanjem klicalca, s katerim govori. Ko klicalec pripoveduje o svojih stiskah, mu to omogoči slišati samega sebe in mu na ta način odpre začetni uvid v to, kako sam razume in razlaga svojo situacijo in kakšni so bili njegovi načini spoprijemanja s težavami do zdaj. Morda celo uvidi, zakaj ti načini niso bili uspešni in kateri bi bili boljši.

Cilj (običajno zgolj) enega pogovora po telefonu ni dokončna rešitev situacije, še manj spreminjanje klicalca, pač pa poskus skupnega iskanja možnih rešitev in načinov za njihovo uresničitev. Klicanci se pogosto čutijo nemočne in nesposobne za reševanje, zato si pogosto želijo, da bi svetovalci prevzeli pobudo in posledično odgovornost za reševanje njihove stiske. Svetovalci pa s svojo zavzetostjo in željo pomagati lahko zdrsnejo v past iskanja rešitev ali celo reševanja krize namesto klicalca. Oboje se pogosto konča neuspešno, saj namesto da bi pogovor opolnomočil klicalca za reševanje težav, mu ponudi neko rešitev ali nasvet, ki sta blizu svetovalcu, ne pa klicalcu, ki te stiske živi.

Če uporabimo metaforo voznika in sovoznika v avtomobilu, mora biti klicalec vedno voznik, ki išče, odloča in rešuje, svetovalec pa ostaja le sovoznik, ki mu pri tem pomaga. Klicalec in svetovalec skupaj iščeta možne rešitve, ki temeljijo na klicalecovi osebnosti, trenutni življenjski situaciji, preteklih izkušnjah z reševanjem stisk, pa tudi energetske opremljenosti, potrebni za akcijo. Svetovalec ne predpisuje vedenja, ne razlaga klicalcu njegove osebnosti, pač pa je ob njem in z njim, ko se ta ukvarja s seboj (7). Svetovalec se v pogovor vključuje s svojim znanjem, izkušnjami in osebnostjo.

Seveda se ob tem postavlja vprašanje, kdo naj bo svetovalec na krizni liniji, katere naj bodo njegove osebnostne lastnosti in kakšna osnovna izobrazba. Naj bo prostovoljni laik ali izoblikovan strokovnjak, ki pozna človekovo duševnost? V Angliji so izoblikovali model Samaritanov, predanih, motiviranih laičnih prostovoljcev, ki delajo v dobro sočloveka. V

ZDA so se odločili za model strokovno usposobljenih svetovalcev, za katere upravičeno domnevamo, da bodo upoštevali zahteve stroke in imeli zaradi znanja boljši uvid v lastne vzgibe in vzroke za ravnanje. Kritiki laičnih svetovalcev so omenjali preveliko direktivnost, neupoštevanje etičnih pravil, preveliko čustveno vpletanje v probleme klicalca, ponujanje lastnih rešitev. Seveda pa so zagovorniki omenjali kot eno bistvenih prednosti laičnih svetovalcev predvsem srčnost in željo pomagati, kot pomanjkljivost strokovnjakov pa kdaj pomanjkanje zavzetosti (8). Zagotovo ima vsak model svoje prednosti in pomanjkljivosti. Ob tem morajo organizatorji krizne linije predvsem upoštevati, katerim uporabnikom bo namenjena, kako bodo zastavljeni cilji in kateri svetovalci so v okolju na razpolago.

Prednosti in pomanjkljivosti kriznega telefona

Telefon je medij s specifičnimi prednostmi in omejitvami (1, 9, 10). Prednosti telefonske pomoči je veliko: omogoča anonimnost in intimnost, ki klicalcu dopustita, da odpre tudi teme, ki jih v osebnem pogovoru morda ne zmore; dostop do pomoči je direkten, svetovalac je hitro dostopen, pomoč je takojšnja, kar je za krizno situacijo zelo pomembno; zaradi omejene vizualne predstave, kakšen je svetovalac, omogoča lastno podobo svetovalca, ki je blizu klicalcem potrebam; preobčutljiv, ambivalenten in negotov klicalec marsikdaj lažje sodeluje v komunikaciji po telefonu; klicalec je tisti, ki določa potek pogovora – njegovo dolžino, smer, način pogovora; klicalec ostaja v svojem privatnem, varnem, obvladljivem okolju, ni mu potrebno soočanje z administrativnimi ovirami in drugimi težavami, ki jih vsebuje dostop do osebnega stika. Krizne linije delujejo v času, ko so druge vrste pomoči težje dosegljive, stiske pa pogosto hujše (ponoči). Pomoč preko telefona je dostopna za vsakogar, tudi za bolne, invalidne, depresivne, starejše, osamljene, pa tudi tiste, ki imajo težave v osebnih stikih z drugimi osebami, in tiste, ki živijo v odročnih krajih in imajo težave priti k strokovnjaku. Prav tako je pomoč na razpolago vsak dan, ni vezana na enega svetovalca, klicalec lahko ponovno pokliče naslednji dan (in še naslednji), če je še vedno v stiski. Vse naštetu v osebnem stiku je težje ali sploh ni izvedljivo.

Nekatere pomanjkljivosti telefona in pomoči po telefonu so moteče za oba – tako za svetovalca kot klicalca, določata pa jih medij in način komunikacije.

Prva je zagotovo ta, da se oba zavedata, da imata za razreševanje problema na voljo (le) trenutni pogovor. Seveda se včasih zgodi, da svetovalca skrbi za klicalca ali želi dobiti od njega povratno informacijo, kako je realiziral načrtovane cilje in razrešitev problema. Vendar je to bolj izjema kot pravilo. Druga pomanjkljivost, ki je skupna obema udeležencema pogovora, je časovna omejitev pogovora oz. njegova dolžina. To je ena ura, razen v primeru hude samomorilne ogroženosti klicalca. Raziskave in izkušnje kažejo, da v eni uri pogovora klicalec in svetovalac predelata večino pomembnih problemov in se začneta ponavljati. Omeniti moramo še tehnično težavo, to je zasedenost krizne linije, ki lahko predstavlja zaplet za oba, saj sta pod pritiskom, da je reševanje problema časovno omejeno.

Včasih pa so pomanjkljivosti, ki jih doživlja svetovalac, lahko prednosti z vidika klicalca. V komunikaciji po telefonu sta oba omejena na verbalne znake, neverbalnih skoraj ni (morda lahko svetovalac sliši jok, hlipanje, razburjenost, spremenjen glas ob težkih vsebinah). Vendar je to predvsem primanjkljaj za svetovalca, ki mu manjkajo nebesedni znaki. Opazovanje vedenja sicer v pogovoru pomaga razumeti problem. Za klicalca je to, da ne vidi svetovalca, lahko tako prednost kot pomanjkljivost. Prednost je lahko takrat, ko si klicalec lahko predstavlja svetovalca, ki je zanj idealen. Pomanjkljivost pa lahko občuti,

ko bi si želel videti spremljajočo neverbalno podporo svetovalca (mimiko, geste, podporen ali spodbuden pogled, prikimavanje ipd.). Za svetovalca je obremenjujoče, da klicalec pogovor lahko v vsakem trenutku prekine, kar ves čas pogovora dviguje svetovalčevo tesnobo, predvsem takrat, ko ocenjuje, da je klicalec samomorilno ogrožen. Za svetovalca so težavna tudi previsoka pričakovanja klicalca, da bo v enem pogovoru mogoče razrešiti hudo akutno stisko ali celo dolgoletni problem. Izziv je tudi to, da je na krizni liniji zaradi veliko različnih klicalec in njihove problematike razpon problemov mnogo večji kot v ambulantnem delu z ljudmi v stiski. To lahko dodatno preobremeni svetovalca in ga ogroža. Njegova izčrpanost je posebno na preizkušnji, če se klici vrstijo drug za drugim brez predaha. Poseben problem so tudi različne besedne zlorabe od klicalec. Lahko gre za jezo in agresijo, ki jo klicanci projicirajo iz drugih situacij na svetovalca ali pa se ob njem preprosto 'sprostijo' in uporabijo svetovalca za 'kontejner'. Če se klicalec vede neprimerno in/ali agresivno, je svetovalac upravičen prekiniti zvezo, čeprav sicer velja, da pogovor običajno zaključi klicalec. Ena od resnih pomanjkljivosti za svetovalca je tudi pomanjkanje objektivnejših podatkov. Zgodbe, ki jo pove klicalec, ni mogoče preveriti, zato velja pravilo, da jo svetovalac (če je le mogoče) sprejme in zaupa, da je resnična. Za svetovalca je vir tesnobe in negotovosti tudi krhkost zveze, saj jo klicalec lahko v vsakem trenutku prekine, svetovalac pa ostaja s svojimi dvomi: ali je rekel kaj takega, kar je klicalca odvrnilo od nadaljnega pogovora; ali je nekdo vstopil v prostor, kjer je bil klicalec; ali pa je morda njegova odločitev za samomor dosegla vrh in se je klicalec odločil, da dejanje izpelje. Vse te pomanjkljivosti puščajo v svetovalcih veliko neodgovorjenih vprašanj in dilem, za katere je priporočljivo, da jih razrešuje na superviziji. Če pa je stiska prehuda, mora imeti možnost, da pokliče vodjo službe ali bolj izkušenega kolega svetovalca – lahko že takoj po končanem klicu ali pozneje, ko zaključi dežurstvo.

Tehnika pogovora na kriznem telefonu

Ko človek v stiski pokliče na krizni telefon, pričakuje različne stvari: nekateri zgolj informacijo, kam naj se obrnejo po pomoč, drugi morda poslušanje svoje zgodbe, nekateri sprostitev dolgo zatajevanih čustev, tretji iskanje vzrokov za problem, nekateri pa kar svetovalčevo razrešitev problema. Tudi svetovalac ima ob pogovoru s klicalcem svoja pričakovanja – morda so ta previsoka in zahtevna. Kaj od tega je realistično in strokovno utemeljeno pričakovanje?

Pogovor je najpogostejši način izmenjavanja misli, čustev in prepričanj med dvema ali več osebami (11). Sem sodita tudi svetovalni in terapevtski pogovor. Ko klicalec govori o sebi, svetovalac spozna, razume in sprejme njegovo stisko, klicalec pa ob tem, ko govori, sliši in razume, na kakšen način razmišlja o svojem problemu in morda celo, kaj ga ovira pri razrešitvi. Spretnost aktivnega poslušanja je ena od bistvenih vrtilin, ki jih mora svetovalac bodisi že imeti od prej ali razviti med izobraževanjem za delo na telefonu. Ker klicalec v pogovoru po telefonu ne vidi svetovalčevega obraza, ki bi mu sicer z neverbalnimi znaki pokazal, kako ga zgodba in njegova osebnost zanimata, mora pozornost občasno potrditi s kratkimi pripombami (seveda, razumem, verjamem vam, poslušam vas), pritrjevalnimi medmeti (mhm, aha) ali kratkimi trditvami in vprašanji (*»To je pa težko.«*, *»To bi bilo za vsakogar neprijetno.«*, *»Kako pa ste reagirali vi?«* ipd.).

Svetovalni pogovor se od običajnega pogovora razlikuje po shematični strukturi, ki svetovalcu pomaga, da ne izpusti pomembnih vsebin. Razdelimo ga na tri dele. V uvodnem delu, svetovalac vzpostavi razumevajoč, topel in empatičen odnos s klicalcem. To omogoči klicalcu, da se počuti varnega in dovolj sproščene. V tem prvem delu bo pomagalo, ko

bosta svetovalec in klicalec skupaj skušala najti in določiti glavni problem, zaradi katerega klicalec išče pomoč. V drugem delu skuša svetovalec izvedeti čim več pomembnih anamnestičnih podatkov, ki bodo sestavili klicalecovo življenjsko zgodbo in osvetlili trenutno situacijo, ki ga je pripeljala v akutno krizo. Ob pripovedovanju se bo klicalec lahko čustveno razbremenil, kar je najpomembnejši cilj tega dela pogovora. Obenem bo ob pomoči in usmerjanju svetovalca dobil tudi kognitivni uvid v svoje razmišljanje in način reševanja težav. V pogovoru bo tudi ugotovil, katere so njegove močne strani, kaj je v njegovem življenju dobro urejeno in kako je v preteklosti uspešno razrešil svoje težave. V tem delu je treba tudi oceniti, kam je kriza pripeljala klicalca, ali je morda depresiven in ali celo razmišlja o samomoru. V tretjem delu pogovora morata svetovalec in klicalec skupaj poiskati možne rešitve problema, ki so sprejemljive in uporabne za klicalca ter o katerih se klicalec strinja, da jih bo skušal izpeljati. Na koncu mora svetovalec klicalca opremiti tudi z informacijami o strokovnjakih za področje njegove problematike, in če je treba, tudi z napotitvami v določeno institucijo.

Prvi slovenski krizni telefon – Klic v duševni stiski

V Sloveniji je začela delovati prva krizna linija Klic v duševni stiski 3. januarja leta 1980 znotraj Psihiatrične klinike Ljubljana pod vodstvom prof. dr. Onje Tekavčič Grad, ki je telefon vodila prvih 34 let (12). Pred tem (jeseni leta 1979) je bil organiziran 1. tečaj za svetovalce na telefonu, ki je usposobil prvo skupino svetovalcev. To so bili klinični psihologi, psihiatri, diplomirani psihologi, absolventi medicine, socialni delavci in strokovnjaki drugih poklicev z izkušnjami pri delu z ljudmi. Bili so različnih starosti, izobrazbe, strokovnih in življenjskih izkušenj, različni pa tudi po osebnostnih lastnostih. Združevala jih je motivacija za delo z ljudmi v akutni stiski, ponoči, ko je drugih oblik pomoči malo (telefon je delal in še dela od 19. ure zvečer do 7. ure zjutraj). Za svetovalce Klica v duševni stiski je bila organizirana supervizija v skupini, ki sta jo vodila dva izkušena strokovnjaka: v paru sta bila klinični psiholog (Leopold Bregant) in psihiatrinja (Božena Šepc Širca). Klic v duševni stiski deluje še danes (40 let) neprekinjeno vse dni v tednu, vse leto, supervizija teče vse leto vsakih 14 dni. Supervizorski par je vsa leta delovanja službe sestavljen tako, da sta zastopana oba spola v paru supervizorjev, ki sta specializirana vsak na svojem področju (psihiatrija, klinična psihologija, pedagogika) in z veliko izkušnjami na področju pomoči ljudem v duševnih stiskah. Supervizija je za vse svetovalce obvezna in teče v njihovem prostem času. 12-urna dežurstva na telefonu so plačana, supervizija pa je obvezni dodatek k delu na telefonu. Na njej so predstavljeni zapleteni pogovori po izboru svetovalca, ki je imel težave s problematiko, klicalcem, seboj in svojimi občutki, ali pa je bil problem tako nenavaden in zapleten, da potrebuje pomoč pri razumevanju problema in sebe.

Svetovalci – njihovo izobraževanje in skrb zanje

Svetovalci in njihove osebnosti

Svetovalci na Klicu v duševni stiski so posamezniki, ki imajo že ob prijavi zaključeno visokošolsko izobrazbo humanistične smeri ali so absolventi medicine (z opravljenim izpitom iz psihiatrije) in so si delo na telefonu z ljudmi v stiski izbrali sami. Zato so zanj visoko motivirani in pred začetkom dela pripravljani vložiti veliko svojega prostega časa za dodatno izobraževanje. Ko začnejo delati kot svetovalci, morajo prav tako računati na velik vložek svojega časa (ponoči), energije in čustvene angažiranosti. Klicalca morajo znati poslušati, razumeti, sprejeti, čustveno razbremeniti, identificirati problem in skupaj

z njim iskati rešitve. Za vse naštetu morajo imeti poleg znanja, dobrih komunikacijskih veščin in upoštevanja klicalcovih potreb še določene osebnostne lastnosti. Nekatere morajo svetovalci že imeti razvite, ko se prijavljajo na izobraževanje, druge pa morajo v procesu izobraževanja in zorenja razvijati. Zato seveda prav vsi, ki želijo delati kot svetovalci, za tovrstno delo niso primerni. Izbor bodočih svetovalcev po koncu izobraževanja je torej nujnost, ki mora biti opravljena korektno, čim bolj objektivno in transparentno, kriteriji izbora pa morajo biti jasni pred začetkom izobraževanja. Tisti kandidati, ki ga zaključijo v celoti, pa se pozneje sami odločijo, da ne bodo delali na telefonu, ali pa se tako odloči komisija, dobijo zelo veliko teoretičnega in praktičnega znanja, ki ga bodo lahko prenesli v vsa strokovna okolja, v katerih bodo delovali (6). Tisti, ki začnejo delati na telefonu, pa svoje znanje ob svetovanju bogatijo ob redni skupinski superviziji.

Katere osebnostne lastnosti so se torej izkazale kot nujno potrebne za uspešno delo svetovalcev? Predvsem toplina in empatičnost, primerna strpnost in sprejemanje zelo različnih, tudi nenavadnih človeških stisk in reakcij nanje, potrpežljivost in sposobnost poslušanja, čustvena stabilnost in občutek odgovornosti za to, kako se odzivati na klicalcove probleme. Klicalec pa je tisti, ki mora na drugi strani prevzeti odgovornost za to, kako se bo v svoji situaciji odločil in kako bo ukrepal. Svetovalec mora dati prednost klicalcu, njegovi zgodbi in njegovim čustvom, četudi ima sam povsem drugačen pogled in razlago problema. Njegova naloga ni objektiviziranje (ali celo diagnosticiranje) problema, pač pa podpora, razbremenjevanje in skupno iskanje tistih rešitev, ki so blizu klicalcu. Svetovalec ne more in ne sme biti nekdo, ki gleda na življenjske probleme črno-belo, v okviru svojih prepričanj ali celo predsodkov (13). Dopusčati mora različne možne vedenjske vzorce, različne načine reševanja problemov in različna doživljanja ob stresnih situacijah, ki jih doživljajo klicanci. Kadar je razumevanje in reševanje stisk v pogovoru oteženo bodisi zaradi nenavadnosti in zapletenosti problema bodisi zaradi težav svetovalca, da bi klicanca razumel in sprejel, je seveda nujna predstavitev pogovora na superviziji. Tudi tam mora biti svetovalac pripravljen odstreti svoje poglede in razmišljanja ob vodenju klica, pa tudi, če le mogoče, svoje čustveno doživljanje med pogovorom s klicalcem.

Izobraževanje svetovalcev

Svetovanje po telefonu ima svoje posebnosti, zato je bilo treba že pred začetkom dela na telefonu prve krizne linije zasnovati in pozneje izpopolnjevati posebno izobraževanje za tiste, ki bi si želeli opravljati to delo. Tako je bilo v letih 1979–2020 izpeljanih 23 izobraževanj za svetovalce. Izobraževanje poteka pet mesecev, sestavljeno je iz predavanj in skupinskega, izkustvenega dela, v katerem pod vodstvom dveh izkušenih moderatorjev poteka igranje vlog. Kandidati se v simulirani situaciji igranja vlog vživijo tako v klicanca kot svetovalca, ob različni problematiki (vezani na teorijo iz predavanja) se učijo komunikacije, vzpostavljanja delovnega odnosa med svetovalcem in klicalcem in skupnega iskanja razrešitev klicalcove krizne situacije. Poseben poudarek je na učenju, kako oceniti samomorilno ogroženost klicanca, tako kratkoročne (48 ur) kot dolgoročne (znotraj enega leta). Ob koncu izobraževanja so kandidati vključeni tudi v hospitacije ob telefonu, kjer najprej le opazujejo in poslušajo izkušenega svetovalca, kako vodi pogovore. V naslednji fazi pod mentorstvom in s pomočjo svetovalca že tudi vodijo pogovor. S končanim izobraževanjem in izpolnjevanjem strogih vključitvenih kriterijev se oblikujejo novi svetovalci, izbrani iz večje skupine kandidatov. Ko začnejo delati, imajo tudi možnost konzultacij z vodjo službe ali komerkoli od bolj izkušenih svetovalcev tudi izven redne supervizije.

Na Klicu v duševni stiski je v 40 letih delalo več kot 200 svetovalcev. Druži jih občutek pripadnosti delu, ki skuša v času brezosebne internetne komunikacije ohranjati pristen, topel in iskren stik med dvema človekoma ter nuditi oporo in razumevanje tistim, ki bi sicer morda omahnili pod bremenom težav.

Rednih izobraževanj za delo na Klicu v duševni stiski se je doslej udeležilo več kot 700 mladih zdravnikov in absolventov medicine, psihologov, socialnih delavcev, diplomiranih medicinskih sester, ki so znanje in veščine o komunikaciji s človekom v stiski prenesli v svoja okolja. To je poleg oblikovanja novih svetovalcev za delo na telefonu morda tudi najbolj žlahtno poslanstvo tovrstnega izobraževanja različnih strokovnjakov na področju dela z ljudmi v stiski. Vsi udeleženci izobraževanja pozneje poudarjajo, kako jim je znanje pomagalo v klinični praksi, saj jim ob zaključku akademskega izobraževanja tako zelo primanjkujejo prav praktične izkušnje, kako se strokovno, a vendar empatično pogovarjati s svojimi klienti, pacienti, klicanci (14, 15).

Najpogostejša stiske klicancev na Klicu v duševni stiski

Prva krizna linija za pomoč ljudem v duševnih stiskah je bila in je še vedno namenjena prav vsem posameznikom v slovenski družbi, ki so se znašli v duševni stiski. Za potrebe vodenja evidence svetovalci izpolni formular, ki vsebuje poleg osebnih (kot in kolikor jih je pač zaupal klicalec) še podatke o dolžini pogovora, problematiki oz. vsebini težav, čustvenem stanju klicanca, oceni samomorilne ogroženosti in samomorilnem vedenju v preteklosti, dogovorjeni rešitvi in nadaljnjem usmerjanju klicanca. Formular se je z leti dopolnjeval, postajal je vse natančnejši in dobil obliko, ki je dopuščala računalniško obdelavo. Podatki so anonimizirani in predstavljajo temelj za analizo in boljše razumevanje uporabnikov krizne linije. Če klicalec pokliče ponovno, je dobro, da njegove probleme in rešitve, ki so bili sklenjeni v prvem pogovoru, pozna tudi naslednji svetovalci, zato svetovalci informacije o klicancih predajajo drug drugemu. Vsi podatki so strogo varovani v skladu z zahtevami medicinske etike. Ob tem je v pomoč, da je Klic v duševni stiski del Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana.

Problematika na Klicu v duševni stiski je zelo raznovrstna. V statističnih analizah več tisoč klicev med leti 1980 in 2010 so raziskovalci ugotovili, da prevladujejo ženske (60–70 %), starostni razpon klicancev je 8–89 let (povprečna starost je 43 let), pri izobrazbi prevladujeta srednja in univerzitetna, povprečna dolžina pogovora je 34 minut, večina klicancev živi še z nekom. Velika razlika nastane, kadar so v analizi upoštevani vsi klici ali pa le tisti, ki so poklicali prvič in kjer niso upoštevani kronični klicanci. Slednji namreč opravijo veliko število klicev in govorijo o problemih, ki se kronično ponavljajo, na prvem mestu pa je pri njih duševna motnja. Med tistimi, ki pokličejo prvič, pa je najpogostejša problematika povezana s partnerskimi, zakonskimi in družinskimi težavami, na drugem mestu so duševne stiske in motnje (depresija), sledijo osamljenost, težave v medosebnih odnosih, smrt bližnjega, telesna bolezen, težave z alkoholom, nasilje v družini ipd.

Klicanci, ki razmišljajo o samomoru ali grožijo, da ga bodo storili

Nujno je, da v trenutku krize, ko klicalec pokliče, svetovalci posebno pozornost posveti tudi temu, ali je klicalec samomorilno ogrožen. V vseh statističnih analizah Klica v duševni stiski so se pokazale različne vedenjske oblike samomorilnosti pri klicancih: od razmišljanj in groženj preko načrtovanj do samomorilnega poskusa in celo do med pogovorom izvedenega samomora. Približno polovica klicancev (49–51 %) je bilo samomorilno ogroženih. Četrtnina klicancev že ima zgodovino samomorilnega vedenja, od tega kronični

klicanci več kot tisti, ki kličejo prvič (16, 17, 18). Tisti, ki so razmišljali o samomoru, so bili v 33 % primerov ocenjeni kot resno dolgoročno ogroženi (ocena velja znotraj enega leta), 19 % pa jih je bilo ocenjenih kot kratkoročno ogroženih (znotraj 48 ur). Vsebina primera klicanca s samomorilno problematiko je navedena v nadaljevanju, v vinjeti.

Vinjeta

Ob 3.30 zjutraj pokliče 46-letni računalničar in pove, da ne more spati, ker razmišlja o svojem zavoženem življenju. Pred 3 meseci ga je zapustila partnerka z njunim 6-letnim sinom, kar je grozila že nekaj časa. Ni ji bilo prav, da nima redne službe, saj le občasno programira za firmo svojega strica, ki mu neredno plačuje. Očitala mu je tudi, da preveč pije in je takrat neprijeten in zadirčen. Sam misli, da pred njenim odhodom ni preveč pil, sedaj pa. Nima prijateljev, težko govori o sebi. Na fakulteti je ob razhodu s takratno punco poskušal storiti samomor, pa so ga rešili. Sedaj razmišlja o tem, da bi se napil in obesil. Obesil se je tudi njegov ded. Odkar je sam, več pije in je že dlje časa nespečen, zato se noči boji. Takrat so tudi misli o samomoru bolj intenzivne.

Pogovor poteka v smeri ocenjevanja samomorilne ogroženosti, kjer se kažejo tako dejavniki tveganja (moški spol, ločitev, osamljenost, nespečnost, občutek brezizhodnosti, družinska obremenjenost) kot tudi vedenjski znaki (opijanje, izdelan načrt za samomor), ki nakazujejo resno kratkoročno ogroženost za samomor. Svetovalec mora vzpostaviti zaupno in empatično sodelovanje s klicalcem, ga mobilizirati v smeri aktivnega iskanja rešitve in podpreti konstruktivne rešitve, ki jih iščeta skupaj. Opisani hipotetični primer dobro ponazori, kako resno, naporno in odgovorno je svetovalno delo na telefonski krizni liniji. Za svetovalca so samomorilno ogroženi klicanci pogosto vir tesnobe. Včasih je težko podpreti klicanca, obenem pa vendar pustiti iniciativo v njegovih rokah. Pomembno je tudi, da svetovalec oceni, kdaj je nujno potrebna pomoč drugih služb, morda takoj (dežurni psihiater) ali naslednji dan (ambulantni psihiater).

Ocena samomorilnega tveganja, tako kratkoročnega (znotraj 48 ur) kot dolgoročnega (znotraj enega leta), je obvezni del pogovora na telefonski krizni liniji. Klicalec včasih o tem spregovori spontano, če pa sam ne omeni svojega razmišljanja o samomoru, pa je nujno, da mu svetovalec pomaga odpreti pot, da lahko začne govoriti o svoji stiski. V opisanem pogovoru bi svetovalec najverjetneje postavil klicalcu vprašanja (preglednica 27.1), s pomočjo katerih bi lahko ocenil kratkoročno nevarnost za samomor.

Preglednica 27.1. Primeri možnih vprašanj samomorilno ogroženemu klicalcu

Možna vprašanja

Ali so se vam v zadnjih dneh pojavljale misli, da življenje sedaj za vas nima vrednosti?

Ali ste to noč razmišljali o smrti?

Ali so se vam pojavile misli, da bi si sami vzeli življenje, da bi napravili samomor?

Ali ste razmišljali, kako bi to naredili?

O čem ste razmišljali, preden ste sedaj poklicali na telefon?

Ali ste se nocoj že pripravili na to, da bi si vzeli življenje? Ali imate že vse pripravljeno?

Kako dolgo se vam že pojavljajo misli, da bi naredili samomor?

Kaj vam pomaga, da tega ne storite?

Ali ste nocoj popili kaj alkohola?

Klicalec v pogovoru potrebuje občutek, da je sprejet in da lahko svetovalcu zaupa svoje probleme. Svetovalcu pomagata sposobnost empatije ter toplina, ki jo klicalec zagotovo potrebuje. Svetovalec se s klicalcem zelo odkrito pogovori in se v dogovoru z njim odloči za iskanje njegovih virov moči ter ga poskuša opogumljati za nadaljnje korake iskanja pomoči. Skupaj s klicalcem se mora odločiti o tem, kako lahko ukrepa, in mu ponuditi realne možnosti pomoči takoj ali v naslednjih dneh glede na oceno stopnje njegove samomorilne ogroženosti.

Supervizija

Supervizija je izobraževalno-razbremenjevalni proces, ki vsebuje elemente učenja in terapije, nekateri ta proces celo imenujejo terapija terapije, nikakor pa to ni terapija terapevta (19, 20). Supervizija je proces, v katerem sodelujeta svetovalac in supervizor s ciljem, da je svetovalno delo opravljeno čim bolj etično in profesionalno ter vzpodbuja ustvarjalnost v svetovalnem procesu (21). Osredotoča se tako na klicalca in boljše razumevanje njegove problematike, kot tudi na odnos med klicalcem in svetovalcem, pa tudi na to, kako je vse skupaj vplivalo na potek pogovora in reševanje problema. Supervizija se enako ali še bolj osredotoča na svetovalca: kako je medsebojni odnos vplival na svetovalca, kakšne so bile njegove veščine vodenja pogovora in kakšne komunikacijske sposobnosti, kakšen je bil svetovalčev čustveni odziv na rezultat pogovora, kako (ne)zadovoljen je bil s svojim vodenjem pogovora, kje so bile njegove 'slepe pege'. Supervizijski proces predstavlja enega tistih naporov, kjer svetovalci lahko strokovno zorijo, in predstavlja izziv tako svetovalcem kot supervizorjem.

Če je supervizija skupinska, kot je to v primeru svetovalcev na Klicu v duševni stiski, pa se poleg supervizorja in svetovalca, ki predstavlja svoj primer, vpletejo še drugi člani skupine, torej drugi svetovalci. Komunikacija poteka predvsem horizontalno, to je med svetovalci, ki jih supervizor vzpodbuja s svojimi vprašanji. Ti prinesejo v proces še svoje ideje in doživljanje klicalca, pa tudi kolega svetovalca. Supervizor prav tako vnaša drug, nov pogled in s tem širi možnosti ukrepanja.

Redna supervizija je ne samo potreben, pač pa tudi nujen element kakovostnega dela svetovalcev na krizni liniji in sledi trem poglavitnim ciljem: izboljševanju svetovalnega dela, čustvenemu razbremenjevanju svetovalcev in preko diskusije ter izmenjevanj različnih pogledov tudi osebnostni rasti svetovalcev (pa tudi supervizorjev). Vse to prispeva k izboljšani kakovosti strokovnega dela svetovalcev in službe kot celote. Zato mora biti obvezna, redna, postavitev skupine čim bolj stalna ter z jasno delovno strukturo. To omogoča varno vzdušje in sproščenost, ki posledično dovoljujeta svetovalcem odkrito diskusijo o svojih problemih.

Svetovalce je treba kontinuirano izobraževati glede obvladovanja tehnik vodenja pogovora ter čustvenih reakcij. Svojo tehniko postavljanja odprtih vprašanj ter empatičnega poslušanja morajo stalno izpopolnjevati. Ob učenju teoretičnih izhodišč pa je pomembno širjenje obzorja reševanja problemov in različnih pogledov različnih svetovalcev. Določena mera samospraševanja in konstruktivnih dvomov v lastno delo in odločitve je prav tako vzpodbuda za profesionalni razvoj. Svetovalcem je v pomoč, če je vsebina supervizijske skupine usmerjena in osredotočena na vprašanja, ki so povezana s krizno situacijo, zaradi katere je posameznik poklical. Pri tem moramo biti vedno pozorni tudi na oceno njegovega samomorilnega tveganja.

Čustvena razbremenitev svetovalca je tako rekoč nujna, saj je svetovalno delo čustveno obremenjujoče in postavlja predenj številne stiske, o katerih se ima možnost pogovoriti v supervizijski skupini. Svetovalec prepozna, katere so tiste njegove osebnostne lastnosti, ki so mu pri delu v pomoč in jih lahko še naprej razvija, in katere so tiste, ki ga morda pri svetovalnem delu ovirajo. Svetovalci imajo možnost razvijati samorefleksivnost, kar jim pomaga dozorevati v tej vlogi. Pomembno je, na kakšen način vstopajo v pogovor, katere teme odpirajo ali jih ne odprejo, kakšni so občutki ob klicalcu in kako so radovedni oziroma odprti v pogovoru. Supervizija omogoča svetovalcem boljše samospoznavanje ter odkrivanje svojih virov moči.

Odnos, ki sta ga svetovalac in klicalec vzpostavila med pogovorom, se pogosto prenese na dogajanje v supervizijski skupini (ta vključuje poleg svetovalca, ki je pogovor vodil, še vse druge svetovalce in supervizorja). V svetovalnem pogovoru se izmenjujejo zavedne in nezavedne vsebine. Podobno kot pri svetovanju se dogaja tudi v supervizijskem procesu, da namreč skupina in supervizor obravnavata tako zavedne kot nezavedne vsebine tako klicalca kot svetovalca. Najpomembnejši pogoj, da se to zgodi, pa je zagotovljen občutek varnosti v skupini.

V dinamiki supervizijskega dogajanja se morda odpirajo nekateri novi pogledi na probleme, ki so težki ali pa vzbujajo tesnobo in strah. Najpogosteje prinašajo svetovalci na supervizijo tiste stiske in dileme, ki jih sami ne morejo ali ne znajo razrešiti. Pogovori potekajo ponoči, svetovalci so na telefonu sami in opravljajo odgovorno delo. Lahko se zgodi, da pride do prekinitve telefonske zveze zaradi različnih razlogov. Svetovalec ne dobi povratne informacije o pogovoru, ki ga je vodil. Sooča se z morda z visokimi pričakovanji klicalca, ki jih ne more uresničiti. Lahko pade v past iskanja rešitev namesto klicalca ali v želji, da bi pomagal, ponuja nasvet, ki je v tem primeru svetovalčev pogled rešitve klicalčevih problemov. Svetovalci so pogosto 'kontejner' za jezo in nezadovoljstva tistih klicalcev, ki morda svoje stiske ne zmorejo izraziti na drugačen način. Pogosto zahtevna naloga svetovalcem so t. i. kronični klicalci, ki se v svojih stiskah pogosto zatekajo k iskanju tovrstne pomoči. Zagotovo pa je ena najtežjih nalog svetovalcev ocena samomorilnega tveganja klicalca, zlasti če gre za akutno samomorilno ogroženega človeka z visokim kratkoročnim tveganjem za samomor.

Svetovalci se pri svojem delu soočajo z različnimi etičnimi dilemami in obveznostjo zagotavljanja anonimnosti in zaupnosti. Vsak svetovalac, ki dela na telefonski krizni liniji, se stalno sooča z dejstvom, da so vse informacije, za katere je izvedel v pogovoru, neprenosljive in jih brez dovoljenja klicalca ne more uporabiti, kar lahko v primeru samomorilno ogroženega klicalca pomeni zanj dodatno breme.

Drugi telefoni za pomoč ljudem v (duševni) stiski

V 80. letih prejšnjega stoletja je bil klic v duševni stiski edini tovrstni telefon za pomoč posameznikom v duševni stiski, vključno s samomorilno ogroženostjo. V 90. letih so začeli z delom novi krizni telefoni. Nekateri so bili namenjeni vsem ljudem v stiski (Samaritan, Sopotnik, ZA-TE = Zaupni telefon, klic v stiski Celje), drugi pa so bili namenjeni posebej ranljivi populaciji, kot so otroci (TOM – telefon za otroke in mladostnike), žrtve nasilja (SOS telefon za ženske in otroke) ali istospolna skupnost (Galfon).

Samarijan¹

Samarijan je nevladna humanitarna organizacija, ki deluje od leta 1996, ko sta jo ustanovila zakonca Žveglič. Krizna linija deluje vse dni v letu 24 ur na dan. Svetovalci (pribl. 200) na telefonu so usposobljeni prostovoljci, številka je brezplačna. Društvo skrbi za stalno izobraževanje in usposabljanje prostovoljcev z organizacijo mesečnih predavanj, supervizij in srečanj. Za nove prostovoljce dvakrat letno organizirajo usposabljanje, ki je teoretične in praktične narave. Poteka po Rogersovi metodi nedirektivnega svetovanja, kar pomeni, da so v ospredju sistematično poslušanje, empatija, popolno sprejemanje, pristnost in osebnostna skladnost.

Društvo Zaupni telefon Samarijan je del Slovenske zveze društev svetovalcev za telefonsko pomoč v stiski (STS) in deluje na mednarodni številki za klic v duševni stiski 116 123 skupaj z Društvom Sopotnik. Društvo Sopotnik združuje štiri društva: Društvo Klic upanja iz Celja, Društvo Tvoj Telefon iz Postojne, Društvo svetovalcev za telefonsko pomoč v stiski Čriček iz Ormoža in Društvo za pomoč ljudem v stiski zaupni telefon ZA-TE iz Ljubljane. Slovenska zveza telefonov za klic v stiski je del Mednarodnega združenja kriznih telefonov (angl. International Organisation of Telephone Emergency Services; IFOTES).

SOS telefon za ženske in otroke – žrtve nasilja²

Specializirana telefonska svetovalna linija je že več kot 30 let namenjena žrtvam in pričam nasilja v družini in drugih osebnih odnosih. Vsi, ki potrebujejo pomoč, lahko pokličejo na brezplačno, anonimno in zaupno svetovalno linijo SOS telefon 080 1155, ki deluje vsak dan 24 ur, tudi vse sobote, nedelje in praznike. Preko SOS telefona se žrtve nasilja lahko vključijo v eno od dveh varnih hiš Društva SOS telefon, ki se nahajata v Ljubljani, osebno svetovanje in socialno zagovorništvo ali podporno skupino za ženske z izkušnjo nasilja. Svetujejo tudi po elektronski pošti: drustvo-sos@drustvo-sos.si. Na telefonu svetujejo prostovoljke in zaposlene, v povprečju je aktivnih okrog 50 svetovalk, vse imajo specialna znanja za svetovanje s področja preprečevanja nasilja v osebnih odnosih. Svetovalke opravijo osnovno usposabljanje za svetovanje na SOS telefonu, ki zajema teoretični del in praktično uvajanje, ob delu imajo redna dodatna usposabljanja za pridobivanje novega znanja s področja dela ter intervizije in supervizije.

Telefon za otroke in mladostnike – TOM³

TOM telefon[®] je telefon za otroke in mladostnike, ki deluje v okviru Zveze prijateljev mladine Slovenije (ZPMS). Ustanovljen je bil leta 1990 na pobudo Komisije za otrokove pravice pri ZPMS. Deluje vsak dan med 12. in 20. uro na anonimni in brezplačni telefonski številki 116 111. Poleg telefonskega svetovanja omogoča tudi spletno svetovanje preko e-pošte in spletne klepetalnice. Dobre informacije otroci in mladostniki dobijo tudi na spletnem portalu. V okviru Nacionalne mreže TOM deluje 9 svetovalnih skupin (Ajdovščina, Idrija, Krško, Ljubljana, Maribor, Murska Sobota, Slovenske Konjice, Tolmin in Velenje), kar skupaj šteje več kot 130 aktivnih svetovalcev. Svetovalci so prostovoljci, ki se pred pričetkom dela udeležijo obveznega izobraževanja in uvajanja, pozneje pa se redno udeležujejo mesečnih supervizij in dodatnih izobraževanj. Najpogosteje kličejo otroci, stari 12–16 let. Najpogostejše tematike so povezane z odraščanjem: odnosi s starši, telesni

¹ Avtorica besedila je Tatjana Vertačnik.

² Avtorica besedila je Dalida Horvat.

³ Avtorica besedila je Tjaša Bertonec.

razvoj in spolnost, ljubezen, vrstniki. Zadnja leta naraščajo kontakti na temo duševnega zdravja: samopoškodovanje, depresija, anksioznost in samomorilne misli. Na mlade prav tako vpliva vse več pasti novih tehnologij, kot so izsiljevanje z intimnimi posnetki, seksting⁴, vdori v profil. TOM telefon[®] ostaja anonimni prijatelj, zaupnik, informator, tolažnik otrokom in mladostnikom, ki brezpogojno nudi spodbudo, podporo, nasvet in pomoč. Prisluhne osamljenemu in nerazumljenemu mladostniku. Verjame v otroke in njihove potencialne. Na voljo je, kadar v bližini ni človeške duše, ki bi lahko nudila bližino in oporo.

Evalvacija učinka kriznih linij

Delo vsake krizne linije, še posebno pa tistih, ki so z delom pričele na novo, je treba spremljati, da se pridobijo informacije, ali so bili cilji doseženi, kolikšno je zadovoljstvo ali nezadovoljstvo med uporabniki. Spremljanje in evalvacija tudi omogočata pridobivanje aktualnih in novih trendov, denimo kaj meni znanost o morebitnem vplivu kriznih linij na nekatere družbene pojave, npr. samomorilno vedenje.

Svetovalci Klica v duševni stiski so se s temi vprašanji soočili kmalu po začetku delovanja krizne linije. Kako oceniti uspešnost službe, katere bistveni del je ponujena možnost, da ostanejo klicanci anonimni? Kako dobiti vsaj subjektivno oceno klicancev, kakšen je bil 'učinek' pogovora? Ob načrtovanju evalvacije Klica v duševni stiski se je izkazalo, da je precej klicancev ob varnem in zaupnem odnosu s svetovalcem izgubilo potrebo po ohranitvi anonimnosti. Teh je bilo toliko, da so jim raziskovalci lahko poslali vprašalnike o zadovoljstvu s potekom klica. Ocena klicancev je bila izjemno pozitivna, vendar je seveda na majhnem vzorcu le anekdotična in nezanesljiva.

Kaj izboljša uspešnost kriznih linij? Nekateri avtorji priporočajo naslednje ukrepe: izobraževanje svetovalcev, povezovanje z zdravstvenim sistemom, posebna znanja za delo z ranljivimi skupinami, natančen protokol ocenjevanja, zabeležen na formularju za vsak klic (22). Svetovalci, ki obvladajo krizno intervencijo in preprečevanje samomora, so uspeli zmanjšati samomorilno tveganje in depresijo pri klicancih, ne le takoj po pogovoru, pač pa tudi dolgoročno (23). Mishara (24) je v kanadski raziskavi dokazal, da so svetovalci z več izkušnjami bolj pomagali klicancem z razkritimi samomorilnimi mislimi in grožnjami kot manj izkušeni.

V eni od preglednih metaanaliz ameriških avtorjev so potrdili, da samomorilni posamezniki koristijo krizne telefonske linije. Potrdili so tudi klinično učinkovitost tovrstnih intervencij, ki se je kazala kot (i) pomemben upad samomorilnosti v telefonskem pogovoru in (ii) upadanje brezupnosti in duševne bolečine v tednih, ki so sledili telefonskemu pogovoru. Žal pa se v naslednjih tednih po pogovoru ni zniževal tudi namen umreti. Slaba polovica klicancev je samomorilne ideacije doživljala tudi v tednih po telefonskem klicu, slabi 3 % pa so samomor v tednih po telefonskem pogovoru vseeno poskušali storiti. V zaključku nakazujejo, da bi bilo smiselno vzpostaviti sistem, znotraj katerega bi bilo mogoče s samomorilno najbolj ogroženimi posamezniki v tednih po klicu ponovno vzpostaviti stik (25).

V zadnjih letih je bilo objavljenih nekaj sistematičnih pregledov literature, ki je usmerjena v raziskovanje učinkovitosti kriznih telefonskih linij, tudi v kontekstu preprečevanja samomorov (23, 27). V analizah so ugotovili metodološke pomanjkljivosti tovrstnih

⁴ Pošiljanje fotografij, videoposnetkov in tekstovnih sporočil s seksualno vsebino.

raziskav, ki so povezane z anonimnostjo klicancev, težavami pri pridobivanju povratnih informacij in oteženem spremljanju kratkoročnih in dolgoročnih učinkov telefonskega svetovanja. Omejitve, kot so pomanjkljivo vzorčenje, osip in veliko število spremenljivk, ki vplivajo na kompleksne izide, kot je samomorilnost, onemogočajo pridobivanje zanesljivih dokazov v podporo učinkovitosti telefonskega kriznega svetovanja. V večini raziskav sicer poročajo o pozitivnih takojšnjih in kratkoročnih učinkih, kot so sprememba klicalečevega razpoloženja od začetka do konca klica, ponovna uporaba iste linije, upoštevanje napotitev svetovalca in zadovoljstvo klicanca ali svetovalca. V več raziskavah so pokazali tudi pozitivne učinke na trenutno samomorilnost in depresivna stanja. Pozitivne povratne informacije so raziskovalci pridobili predvsem od klicancev s kroničnimi duševnimi težavami in od svetovalcev. V nekaterih raziskavah ugotavljajo tudi višjo stopnjo samomorilnosti med klicanci v primerjavi s splošno populacijo. To kaže, da so osebe, ki uporabljajo krizne linije, posebno ogrožene, in potrjuje potrebo po kakovostnih službah za tovrstno delo z usposobljenimi svetovalci. Zaradi metodoloških omejitev pa ostaja nejasno, kakšni so dolgoročni učinki kriznih linij in ali res pomembno vplivajo na samomorilnost v splošni populaciji. Za nadaljnjo raziskovanje je nujno razvijanje zanesljivejših instrumentov s poudarkom na spremljanju dolgoročnih rezultatov svetovanja (ob upoštevanju varovanja podatkov klicancev).

Klic v duševni stiski, pa tudi nekatere druge slovenske krizne linije, v večini kriterijev ustrezajo rezultatom evalvacijskih raziskav.

Zaključek in usmeritve za naprej

V času, ko prevladuje brezosebna spletna komunikacija, ki omogoča navidezno bližino, pogosto pa izkrivljeno (ali celo lažno) resničnost, je poslanstvo kriznih linij še toliko pomembnejše. Telefonski stik s svojo intimnostjo ohranja med klicancem in svetovalcem toplino, iskrenost, razumevanje in naklonjenost do tistih, ki bi sicer morda omahnili pod bremenom življenja.

»Kareninov obup se je stopnjeval z občutkom neskončne osamljenosti v njegovi nesreči; ne le v Petrogradu, pač pa na vsem svetu ni bilo nikogar, komur bi se lahko izpovedal, ki bi čutil z njim – ne kot z visokim uradnikom, ne kot s pomembnim članom družbe, ampak preprosto kot s trpečim človeškim bitjem.« (27). V Tolstojevem času različni karenini v stiski niso imeli dostopa do anonimne pomoči po telefonu, kjer bi jim razumevajoči svetovalec ponudil oporo ob čustveno tako siloviti krizni situaciji. Morda bi se tako tragična in na videz nerešljiva situacija končala manj dokončno (28). Ob širjenju digitalnih komunikacijskih tehnologij je kazalo, da bo telefon izgubil svojo moč. Vendar število klicev na različnih kriznih linijah v Sloveniji dokazuje, da ostaja tudi v sodobnem času pomoč po telefonu enako živa, pomembna in neprecenljiva za ljudi v različnih duševnih stiskah, tudi ali predvsem za tiste, ki razmišljajo o samomoru.

Reference

1. Tekavčič Grad O. Predstavitev telefonske službe Klic v duševni stiski. V: Tekavčič Grad O, urednica. Psihoterapija. 12, Klic v duševni stiski. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete; 1984. str. 9–23.
2. Varah C. The Samaritans: befriending the suicidal. London: Constable; 1987.
3. Shneidman ES, Farberow NL, urednika. Clues to suicide. New York: McGraw Hill; 1957.
4. Farberow NL, Shneidman ES, urednika. The cry for help. New York: McGraw Hill; 1961.
5. Scott V. Introducing befrienders international. Crisis. 1993;14:53–4.
6. Tekavčič Grad O, Topolovec D. Suicidalni klicalci. V: Tekavčič Grad O, urednica. Pogovori z ljudmi v duševnih stiskah. Ljubljana: Založba ZRC; 2004. str. 53–61.
7. Kramar M. Svetovalec - klicalec - Klic v duševni stiski. V: Tekavčič Grad O, urednica. Psihoterapija. 12, Klic v duševni stiski. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete; 1984. str. 59–71.
8. Gould MS, Munfakh JL, Kleinman M, Lake AM. National suicide prevention lifeline: enhancing mental health care for suicidal individuals and other people in crisis. Suicide Life Threat Behav. 2012;42:22–35. doi: 10.1111/j.1943-278X.2011.00068.x
9. Tekavčič Grad O. Telefon – sodoben medij pomoči. V: Tekavčič Grad O, urednica. Pomoč človeku v stiski. Ljubljana: Založba Littera Picta; 1994. str. 13–9.
10. Tekavčič Grad O. Telefonska krizna linija in njeni uporabniki. V: Tekavčič Grad O, urednica. Pogovori z ljudmi v duševni stiski. Ljubljana: Založba ZRC; 2004. str. 15–8.
11. Zavasnik A, Gorše Goli A. Svetovanje po telefonu. V: Tekavčič Grad O, urednica. Pogovori z ljudmi v duševni stiski. Ljubljana: Založba ZRC; 2004. str. 19–33.
12. Tekavčič Grad O, urednica. Dvajset let Klica v duševni stiski. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2000.
13. Tekavčič Grad O. Osebnost svetovalca na telefonski krizni liniji [doktorska disertacija]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta; 1990.
14. Bogataj B, urednik. Petindvajset let Klica v duševni stiski. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2005.
15. Bogataj B, Tekavčič Grad O, urednika. Trideset let Klica v duševni stiski. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2010.
16. Zajc P. Analiza klicev 1995–1999. V: Tekavčič Grad O, urednica. Dvajset let Klica v duševni stiski. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2000. str. 24–54.
17. Rajer M, Rajer B. Analiza klicev zadnjih štirih let. V: Bogataj B, urednik. Petindvajset let Klica v duševni stiski. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2005. str. 17–72.
18. Papler M, Smolič J, Zavasnik A. Klici pod drobnogledom – statistična analiza klicev v izbranih dveh letih. V: Bogataj B, Tekavčič Grad O, urednika. Trideset let Klica v duševni stiski. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2010. str. 15–51.
19. Močnik Bučar M, Korenjak R. Supervizija. V: Tekavčič Grad O, urednica. Pogovori z ljudmi v duševni stiski. Ljubljana: Založba ZRC; 2004. str. 231–6.
20. Močnik Bučar M. Supervizija. V: Radovanović M, urednica. Ker pogovor rešuje. Ljubljana: SASP; 2011. str. 95–102.
21. Kogovšek B, Milič J. Supervizija. V: Bogataj B, Tekavčič Grad O, urednika. Trideset let Klica v duševni stiski. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana; 2010. str. 15–51.
22. Gould MS, Kalafat J, Harrismunfakh JL, Kleinman M. An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 2: suicidal callers. Suicide Life Threat Behav. 2007;37(3):338–52. doi: 10.1521/suli.2007.37.3.338
23. Hoffberg AS, Stearns-Yoder KA, Brenner LA. The effectiveness of crisis line services: a systematic review. Front Public Health. 2020;7:članek 399. doi: 10.3389/fpubh.2019.00399
24. Mishara BL, Daigle M, Campbell J. Comparison of effects of telephone suicide prevention help by volunteers and professionals paid staff: results from studies in the USA and Quebec, Canada. Suicide Life Threat Behav. 2016;46:577–87. doi: 10.1111/sltb.12238
25. Hvidt E, Ploug T, Holm S. The impact of telephone crisis services on suicidal users: a systematic review of the past 45 years. Ment Health Rev. 2016;21(2):141–60. doi: 10.1108/MHRJ-07-2015-0019
26. Gould MS, Lake AM, Galfalvy H, Kleinmann M, Munfakh JL, Wright J idr. Follow-up with callers to the national suicide prevention lifeline, evaluation of callers' perceptions of care. Suicide Life Threat Behav. 2018;48(1):75–86. doi: 10.1111/sltb.12339
27. Tolstoj LN. Ana Karenina. Ljubljana: Mladinska knjiga; 1975.
28. Tekavčič Grad O. Svetovalci. V: Tekavčič Grad O, urednica. Pogovori z ljudmi v duševni stiski. Ljubljana: Založba ZRC; 2004. str. 225–30.

Dejavnosti in vloga nevladnih organizacij na področju preprečevanja samomorilnosti

Suzana Oreški, Bogdan Dobnik, Mojca Vatovec

Ključni poudarki poglavja

- Dejavnosti nevladnih organizacij (NVO) posegajo na področje univerzalne, selektivne in indicirane preventive, kar jih nedvomno uvršča med pomembne akterje pri preprečevanju samomora.
- Dejavnosti NVO s področja duševnega zdravja, ki izvajajo namestitvene programe, dnevne, svetovalne in strukturirane aktivnosti, skupine za samopomoč, svetovanje, varovanje pravic, omogočajo psihosocialno rehabilitacijo in okrevanje posameznikom po odpustu z zdravljenja v bolnišnici oziroma iz socialnovarstvenega zavoda.
- Preventivne aktivnosti, ki jih izvajajo NVO na področju preprečevanja samomora, obsegajo torej vse ravni preventive, poleg tega pa še psihosocialno rehabilitacijo. Njihovi programi so usmerjeni v čas pred začetkom samomorilnega procesa (ozaveščanje o dejavnih tveganja, varovalnih dejavnih ipd.), med samomorilnim poskusom in tudi po njem. Njihova vloga na področju preprečevanja samomorilnosti vključuje tudi postvencijo, saj se v programe vključujejo tudi svojci oseb, ki so umrle zaradi samomora.
- Na področju selektivne preventive in preprečevanja samomora ima pomembno vlogo Posvet – Center za psihološko svetovanje, v okviru katerega deluje mreža svetovalnic Posvet – Tu smo zate, kjer uporabnikom omogočajo dostopno in brezplačno strokovno psihološko svetovanje po celotni Sloveniji.
- Primer dobre prakse s področja preprečevanja samomorilnosti oz. ozaveščanja širše javnosti o teh vsebinah so dejavnosti, ki jih izvaja NVO Ozara. K temu pristopa sistematično, inovativno in kontinuirano.

Povzetek

NVO na področju duševnega zdravja so v slovenskem prostoru prisotne že tri desetletja. Njihov razvoj ima bogato in pestro zgodovino, zaradi katere jih prištevamo med začetnike skupnostnih modelov pomoči za osebe z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. Celo več – na zemljevid služb s področja socialnega in zdravstvenega varstva jih uvrščamo kot pomembne akterje pri nudenju psihosocialne rehabilitacije ter indicirane preventive za osebe s kroničnimi težavami v duševnem zdravju. V okviru psihosocialne rehabilitacije in indicirane preventive se v NVO izvajajo aktivnosti, ki lajšajo posledice duševne motnje in preprečujejo ponovitve oziroma poslabšanja bolezni. Namen indiciranih preventivnih aktivnosti v NVO je predvsem krepitev varovalnih dejavnikov, kot so krepitev socialne mreže, izboljšanje socialno-ekonomskega statusa, izboljšanja bivanjskih pogojev, asertivnega vedenja, telesne kondicije, obvladovanja duševne motnje, ki ščitijo pred poslabšanjem duševnih motenj in preprečevanja samomora pri uporabnikih z že diagnosticirano motnjo, pri čemer se prav posebna pozornost namenja tudi uporabnikom, ki so v preteklosti že poskušali narediti samomor.

V ospredju dejavnosti NVO na področju univerzalne in selektivne preventive so aktivnosti s področja preprečevanja razvoja duševnih motenj oziroma zmanjšanja njihove pojavnosti, kot so prepoznavanje urgentnih stanj in spremljanj ali usmeritvam k specialistom, medtem ko se pri univerzalni preventivi osredotočajo na dejavnosti informiranja in ozaveščanja širše javnosti, pri čemer je prav posebej izpostavljen model dobre prakse društva Ozara.

Uvod

NVO s področja duševnega zdravja so v Sloveniji prisotne že tri desetletja. Njihov razvoj ima bogato in pestro zgodovino, ki se je pričela ob koncu osemdesetih let prejšnjega stoletja. Povezana je z radikalnim gibanjem, ki ga je sprožil Odbor za družbeno zaščito norosti (1), predhodnik Odbora za novosti v duševnem zdravju – Altre. V devetdesetih letih prejšnjega stoletja so se skladno z novimi usmeritvami takratne socialne politike, ki je bila naklonjena pluralizmu socialnega varstva¹, ustanovile NVO: Altra, Šent, Ozara, Vezi, Paradoks. Pluralizem socialnega varstva je omogočil – skladno s takratno razvojno paradigmo sistema blaginje – prenos zagotavljanja javnih dobrin z države tudi na druge izvajalke oz. organizacijske oblike v civilni družbi, kot so: neformalne socialne mreže, neprofitne prostovoljske organizacije. NVO s področja duševnega zdravja so bile ustanovljene, da bi zasledovale cilje in interese ožje skupine civilne družbe (oseb z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju) po skupnostnih oblikah pomoči in podpore, kot so stanovanjske skupine, skupine za samopomoč, zagovorniške skupine, dnevni centri (1, 2).

Inovativno-eksperimentalni ter preventivno-razvojni projekti, ki so jih izvajali, so bili podprti z denarno pomočjo tujih in domačih financerjev, in so predhodniki današnjih javnih verificiranih socialnovarstvenih programov na področju duševnega zdravja. Vanje se večinoma vključujejo osebe s kroničnimi oblikami duševnih motenj, tudi s pridruženimi komorbidnimi stanji, ter njihove bližnje osebe. Po letu 2000 je v Sloveniji opaziti porast različnih NVO, ki delujejo v javnem interesu na področju zdravstvenega varstva in tudi preko različnih programov ter aktivnosti naslavljajo področje duševnega zdravja:

- Društvo DAM, Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami, s poudarkom na spletnem forumu Nebojse.si;
- Center za psihološko svetovanje Posvet, ki deluje v okviru Slovenskega združenja za preprečevanje samomora, s programom Psihološko svetovanje posameznikom, parom in družinam v duševni stiski (v okviru mreže svetovalnic Posvet – Tu smo zate).

¹ Leta 1992 je bila z Zakonom o socialnem varstvu vpeljana t. i. pluralizacija izvajalcev, ki je izhajala iz takratne nove razvojne paradigme sistema blaginje. Njeno temeljno izhodišče je bilo, da država ni edina producentka javnih dobrin na področju socialnega varstva, zato je treba upoštevati tudi druge organizacijske oblike, kot so družine, neformalne socialne mreže, neprofitne prostovoljske organizacije in druge ustanove na trgu, ki zagotavljajo storitve. Dominacija javnega sektorja je nezadovoljiva in zato mora država pri reševanju socialnih problemov in zadovoljevanju socialnih potreb obdržati regulatorno vlogo ter ostati tudi glavna financerka, obenem pa prenesti funkcijo preskrbe kolektivnih dobrin in storitev tudi na druge sektorje. Neprofitni prostovoljski sektor določajo raznovrstne organizacije, kot so skupine za samopomoč, društva, servisne organizacije, krovne organizacije ipd. Njihova skupna lastnost je, da so formalno organizirane in nastajajo na podlagi prostovoljne odločitve posameznih ljudi, ki so se združili s ciljem, da bi uresničevali določene skupne cilje in interese, da bi zagotavljali servisne storitve ali druge oblike medsebojne pomoči.

Dejavnosti NVO, ki delujejo v javnem interesu na področju socialnega varstva² (Altra, Šent, Ozara, Paradoks in Vezi) ter izvajajo socialnovarstvene programe³ s področja duševnega zdravja v skupnosti, so usmerjene v psihosocialno rehabilitacijo, ki zajema pomoč in podporo osebam po zaključenem zdravljenju v psihiatrični bolnišnici. Pomoč in podpora, ki jo izvajajo, vključuje različne storitve in aktivnosti z namenom urejanja življenjskih razmer in statusov oseb z duševno motnjo in njihovega vključevanja v vsakdanje življenje, npr. pomoč pri ureditvi bivanjskih razmer, svetovanje, podporne skupine in skupine za samopomoč, vodenje treningov socialnih in življenjskih spretnosti, izvajanje psihoedukativnih delavnic, pomoč pri urejanju finančnih in drugih težav, ki so pravne narave oz. izhajajo iz naslova uveljavljanja pravic s področja socialne varnosti (denarne pomoči, pokojnine, prilagojene zaposlitve), vključevanje uporabnikov v dnevne centre in strukturirane dejavnosti z namenom preživetja prostega časa, širitve in krepitve socialne mreže ter vključevanja v ožje in širše družabno in družbeno življenje. Povedano še drugače: NVO izvajajo aktivnosti in programe, usmerjene v krepitev posameznikove čvrstosti in odpornosti (čustvene in socialne kompetence, odpornosti na stres, pozitivne samopodobe, reševanja težav, komunikacije, učenja uporabnikov o medsebojni podpori, solidarnosti in empatiji ipd.). Njihove dejavnosti posegajo tudi na področje univerzalne in selektivne preventive, kar jih nedvomno uvršča med pomembne akterje na področju preprečevanja samomora.

Namen poglavja je predstaviti sistematični pregled dejavnosti NVO z vidika modela univerzalne, selektivne in indicirane preventive (model USI), s poudarkom na preprečevanju samomorilnosti v Sloveniji. Programi NVO so usmerjeni tako v različne faze samomorilnega procesa pri posamezniku kot tudi v aktivnosti postvencije, s katero zagotavljajo podporo svojcem po samomoru bližnjega. Z aktivnostmi postvencije programi NVO zaključujejo, hkrati pa odpirajo nov krog preventivnih dejavnosti. Poleg preventivnih so pomembne tudi promocijske dejavnosti.

² Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZ) podeljuje status NVO v javnem interesu na področju socialnega varstva na podlagi Zakona o nevladnih organizacijah, Zakona o socialnem varstvu in Pravilnika o določitvi kriterijev za izkazovanje pomembnejših dosežkov delovanja društva za podelitev statusa društva v javnem interesu na delovnem področju MDDSZ. Status NVO v javnem interesu na področju socialnega varstva lahko organizacija pridobi, če njeno delovanje na tem področju presega interese njenih ustanoviteljev oz. njenih članov, če je splošno koristno ter če izpolnjuje zakonsko določene pogoje.

³ Socialnovarstveni programi so namenjeni preprečevanju in reševanju socialnih stisk posameznih ranljivih skupin prebivalstva ter v določenih primerih tudi vzdrževanju sprejemljivega socialnega stanja posameznikov. Izvajajo jih pretežno NVO, izjemoma tudi javni socialnovarstveni zavodi, in predstavljajo dopolnitev ali alternativo socialnovarstvenim storitvam ter se sofinancirajo preko javnih razpisov.

Konceptualni okvir delovanja NVO

NVO pri svojem delovanju izhajajo iz širše perspektive duševnega zdravja v skupnosti, ki temelji na ideji vključujočih družbenih praks oseb s težavami v duševnem zdravju. Med tovrstne družbene prakse spadajo skupnostna skrb⁴ nasproti institucionalni, normalizacija vsakodnevnega življenja (3), zagovorništvo⁵, destigmatizacija duševnih motenj ipd. Oblike pomoči in podpore, ki jih v NVO izvajajo, temeljijo na modelih okrevanja (angl. recovery model) (4, 5), krepitve moči (angl. strength model) (6, 7), tudi znanega kot opolnomočenja (angl. empowerment) (8, 9, 10).

NVO pri nudenju pomoči osebam upoštevajo njihovo biološko-psihološko-sociološko-kulturno in duhovno vpetost v življenje (11). Metode in oblike dela ter strokovna ravnanja so preplet modelov, ki jih konceptualno uvrstimo na področje promocije duševnega zdravja ter preventive duševnih motenj posameznikov in skupin prebivalstva (12), pri čemer je mišljena predvsem psihosocialna rehabilitacija (13, 14). Nekateri avtorji navajajo, da so bile NVO vse do leta 2008 ključne nosilke psihosocialne rehabilitacije v Sloveniji (15). Pri neposrednem delu z osebami s težavami v duševnem zdravju se trudijo naslavljati tako družbene (zagotavljanje bivanjskih razmer, prilagojena delovna mesta, zmanjševanje stigme v lokalnem okolju) kot individualne dejavnike (obvladovanje duševne motnje v domačem okolju, večja asertivnost, izboljšani medosebni odnosi, konstruktivno reševanje težav ipd.), ki so osebam s težavami v duševnem zdravju v pomoč na poti njihovega okrevanja oziroma krepijo in ohranjajo njihovo dobro počutje, blagostanje in duševno zdravje.

Avtorici Šprah in Dernovšek (16) v raziskavi Razvoj kakovosti in dostopnosti preventivne zdravstvene dejavnosti na področju duševnega zdravja na primarni ravni ugotavljata, da dejavnosti NVO sodijo v preventivno dejavnost, ki je usmerjena v skupine ljudi z duševno motnjo oz. povečanim tveganjem za nastanek duševnih motenj, pri katerih obstaja večje tveganje za samomor zaradi zapleta duševne motnje. Dejavnosti NVO s področja duševnega zdravja, ki izvajajo namestitvene programe, dnevne, svetovalne in strukturirane aktivnosti, skupine za samopomoč, svetovanje, varovanje pravic, uvrščamo na področje psihosocialne rehabilitacije oz. terciarne preventive (16). Z njimi omogočajo psihosocialno rehabilitacijo in okrevanje posameznikom po odpustu z zdravljenja v bolnišnici oziroma iz socialnovarstvenega zavoda. Te aktivnosti izvajajo v okviru javnih, verificiranih socialnovarstvenih programov, ki so sofinancirani na podlagi javnih razpisov in opredeljeni v Resoluciji o Nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 v poglavju Mreža javne službe na področju socialnovarstvenih programov (17). Po modelu USI se omenjene aktivnosti uvrščajo v t. i. indicirano preventivo, ki se nadaljuje v zdravljenje in okrevanje (*več o tem v poglavju 13*). To po navedbah Dernovšek in Šprah ustreza terciarni preventivi oz. psihosocialni rehabilitaciji.

⁴ Institucionalna skrb oz. psihiatrično zdravljenje v instituciji ne more nuditi kontinuiranega zdravljenja, bivališča, zaposlitve, krepitve socialne mreže in podpore, pomoči pri vključevanju v širše družbeno in družabno življenje, pomoči pri krepitvi samopodobe, urejanja družinskih in partnerskih odnosov ter celovite multidisciplinarne pomoči in podpore v skupnosti ter v domačem okolju osebe po odpustu iz psihiatričnega zdravljenja.

⁵ Namen zagovorništva oseb z duševno motnjo je varovanje njihovih pravic, dostojanstva in osebne integritete v vseh postopkih in družbenih situacijah, v katerih je ogrožen njihov vpliv oz. moč; se jih zaradi osebnih okoliščin (duševne motnje) prezira, diskriminira ali kakorkoli drugače neenakovredno obravnava, s predpostavko, da so zaradi duševne motnje manj kompetentni in sposobni. Zagovorništvo se izvaja tudi v življenjskih situacijah oseb, v katerih te ne zmorejo ali pa ne znajo uveljaviti svojih interesov in pravic, se jih niti ne zavedajo ali so nespretni pri njihovem uveljavljanju ipd.

Dejavnosti na področju selektivne preventive

Aktivnosti selektivne preventive so usmerjene v preprečevanje nastanka duševnih motenj oziroma zmanjšanje pojavnosti ter prepoznavanje urgentnih stanj ter spremljanj ali usmeritvam k specialistom z namenom hitrega zdravljenja oz. vključitve v ustrezno zdravstveno in socialno obravnavo. S tega vidika ima na področju selektivne preventive pomembno vlogo Posvet – Center za psihološko svetovanje, ki z mrežo 14 psiholoških svetovalnic⁶ uporabnikom omogoča dostopno in brezplačno strokovno psihološko svetovanje (*več o tem v poglavju 18*). Posvet je nastal kot enota Slovenskega združenja za preprečevanje samomora, ki ima status društva v javnem interesu na področju zdravstva ter status humanitarne organizacije. V različnih duševnih stiskah zagotavlja pomoč ljudem, ki sicer (še) ne potrebujejo obravnave v okviru zdravstvenih oz. psihiatričnih institucij, so pa njihove stiske tako intenzivne, da ovirajo njihovo vsakodnevno funkcioniranje, znižujejo njihovo samospoštovanje do te mere, da ne zmorejo več izpolnjevati svojih osebnih, partnerskih, družinskih, službenih in drugih vlog. Ključnega pomena je način vključevanja uporabnikov v dejavnost. Uporabnik za vključitev ne potrebuje napotnice ali kartice zdravstvenega zavarovanja, kar mu zagotavlja še dodatno varovanje zasebnosti.

Posvet z delovanjem v lokalnih okoljih, izven sistema zdravstvenih služb, zagotavlja večjo dostopnost in vrata v sistem pomoči. To je izjemnega pomena za prestrezanje ogroženih uporabnikov, ki bi brez pravočasnega in strokovnega psihološkega svetovanja lahko zdrsnili v samodestruktivno (brez namena smrti) ali celo samomorilno vedenje.

Prav tako se manjši delež selektivne preventive izvaja v socialnovarstvenih programih svetovalno-informativnih pisarn, ki jih izvajata NVO Altra in Ozara. Tu strokovne delavke in delavci pravočasno prepoznavajo tiste stiske posameznikov in specifična duševna stanja, ki potrebujejo takojšnja specialistična pomoč. V ta sklop spadajo tudi prepoznavna samomorilne ogroženosti in drugih urgentnih stanj ter triaža oz. koordiniranje, usmeritev oseb v nadaljnjo specialistično pomoč.

Dejavnosti na področju indicirane preventive

V okviru psihosocialne rehabilitacije in indicirane preventive se v NVO izvajajo dejavnosti, ki lajšajo posledice duševne motnje in preprečujejo ponovitve oziroma poslabšanja bolezn. Pomemben del indicirane preventive je preprečevanje stanj, ki vodijo v različne oblike samodestruktivnega vedenja, ter izvajanje celovite psihosocialne rehabilitacije, ki doprinese k ohranjanju posameznikove socialne vloge v družbi, dvigu kakovosti njegovega življenja, skrbi zase, razvoju socialnih in funkcionalnih spretnosti, obogatitvi socialne mreže ipd. Namen indiciranih preventivnih aktivnosti v NVO je predvsem krepitev varovalnih dejavnikov, ki ščitijo pred poslabšanjem duševnih motenj, in preprečevanje samomora pri uporabnikih z že diagnosticirano motnjo, pri čemer se prav posebna pozornost namenja tudi uporabnikom, ki so v preteklosti že poskušali narediti samomor. Med dejavnosti, ki krepijo varovalne dejavnike, uvrščamo paleto strokovnih ravnanj in aktivnosti, ki obsegajo tako pomoč pri urejanju vsakodnevnih aktivnosti, skrbi zase in higieni, prehrani, jemanju zdravil, bivanjsko oskrbo, pomoč pri širitvi socialne mreže, krepitev spretnosti in veščin, skrb za celovito duševno blagostanje, izboljšanje kakovosti življenja, učenje konstruktivnih oblik vedenja in izbir, ki vodijo v izboljšanje kakovosti življenja in zadovoljstva z njim ipd.

⁶ V času po nastanku prispevka so bile vzpostavljene 4 nove svetovalnice za psihološko svetovanje odraslim (Tolmin, Ilirska Bistrica, Jesenice, Mozirje) ter 3 nove svetovalnice za psihološko svetovanje mladostnikom starih od 14 do 18 let (Ljubljana, Celje, Portorož).

Prav takšna, tj. celovita psihosocialna rehabilitacija, se izvaja v namestitvenih programih, kjer posamezni strokovni delavec ali tim vsakodnevno, intenzivno in dolgotrajno spremlja in obravnava uporabnika z namenom zvišanja njegove samostojnosti in omogočanja življenja v skupnosti.

Tudi v programe dnevnih centrov, svetovalno-informacijskih pisarn in zagovorništva, kjer se izvajajo dnevne, strukturirane aktivnosti, psihosocialno svetovanje, informiranje in varovanje pravic, vodenje skupin za samopomoč, psioedukativnih delavnic, uporabniških skupin in samozagovorništva, se večinoma vključujejo uporabniki z že diagnosticirano in kronično duševno motnjo, občasno pa tudi taki, ki se soočajo s težkimi duševnimi stiskami in niso iskali pomoči v zdravstvu – pri psihiatru ali kliničnih psihologih. Soočajo se namreč s težkimi življenjskimi situacijami, zaradi katerih doživljajo težave v duševnem zdravju in si zaradi stigme ne upajo poiskati pomoči v zdravstvu. Strah jih je, da bi imeli v zdravstveni kartoteki zapisan podatek o duševni motnji. Med njimi so tudi posamezniki, ki razmišljajo o samomoru. Slednji iščejo pomoč tudi v Mreži svetovalnic Posvet – Tu smo zate, ki delujejo v okviru Slovenskega združenja za preprečevanje samomora.

Varno, podporno okolje v NVO posameznikom predstavlja razbremenitev in tudi pot do razrešitve njihovih težav. Vključitev v podporne skupine, pogovor z drugimi osebami, ki doživljajo podobno, razbremenilno-svetovalni pogovori, psioedukativne delavnice, pomoč pri urejanju socialne situacije, sodelovanje z drugimi strokovnjaki v mreži služb predstavljajo celovito psihosocialno obravnavo ter nanje delujejo blagodejno in varovalno.

Dejavnosti NVO, ki izvajajo javne socialnovarstvene programe (Altra, Šent, Ozara, Novi Paradoks, Vezi), na različnih ravneh preventive so predstavljene v preglednici 28.1. Pod njo je podrobnejši opis dejavnosti na področju indicirane preventive. Opisane so na primeru dejavnosti NVO Altra.

Preglednica 28.1. Aktivnosti nekaterih NVO na različnih ravneh preventive

Raven preventive	Aktivnosti
Univerzalna preventiva	Ozaveščanje in informiranje javnosti
Selektivna preventiva	Strokovno psihološko svetovanje v Posvetu Manjši delež tudi v svetovalno-informacijskih pisarnah s terenskim delom (Altra, Ozara)
Indicirana preventiva	<p><i>Stanovanijske skupine:</i> pomoč pri zadovoljevanju potreb na vseh ravneh posameznikovega življenja (bivanje, skrb za higieno, zdravila, socialno mrežo, vpetost v različne dejavnosti, učenje socialnih spretnosti in veščin za osebe z duševno motnjo (Altra, Šent, Ozara, Novi Paradoks, Vezi)</p> <p><i>Dnevni centri:</i> izvajanje dnevnih, strukturiranih aktivnosti, raznolikih prostočasnih, kreativnih, ustvarjalnih, športnih in drugih aktivnosti, skupin za samopomoč. Poudarek je na skupinskem delu (Altra, Šent, Ozara, Vezi)</p> <p><i>Svetovalnice:</i> psihosocialno svetovanje, skupine za samopomoč, psioedukativne delavnice, specializirane skupine za samopomoč, ki naslavljajo specifične duševne motnje; celovita psihosocialna obravnavo – osebni načrti in spremljanja uporabnikov v domačem okolju ter sodelovanje z mrežo služb (Altra, Ozara). V okviru Posveta se izvajajo tudi svetovanja oz. delo z žalujočimi</p> <p><i>Zagovorništvo:</i> informiranje in varovanje pravic; vodenje skupin za asertivnost in krepitev moči, uporabniških skupin in samozagovorništva za osebe z duševnimi motnjami (Altra, Šent)</p>

Stanovanjske skupine

Izvajajo se v okviru javnih verificiranih socialnovarstvenih programov, katerih namen je zagotavljanje celovite psihosocialne pomoči in podpore osebam, ki zaradi občasnih in dolgotrajnih težav v duševnem zdravju potrebujejo strokovno podporo in pomoč pri optimalnem delovanju v vsakdanjem življenju. Strokovni delavci izvajajo aktivnosti, ki stremijo h krepitvi varovalnih dejavnikov za preprečevanje poslabšanja duševne motnje uporabnikov. Običajno gre za pomoč pri zadovoljevanju potreb na vseh ravneh posameznikovega življenja: bivanja, pomoči pri gospodinjskih opravilih, skrbi za higieno, jemanju terapije, pomoči pri širitvi socialne mreže, urejanju vsakodnevnih dejavnosti učenja socialnih spretnosti in veščin, vključevanju v širšo skupnost ipd. Posamezni strokovni delavec skupaj s timom intenzivno in dolgotrajno sodeluje z uporabnikom, da bi ga okrepil za samostojnost in življenje v skupnosti (11). Ob poslabšanju duševne motnje osebe v stanovanjski skupini se organizira intenzivno 24-urno dežurstvo na telefonu, ki poteka tudi med prazniki in ob koncih tedna. Razen tega se zagotovi tudi pogostejša prisotnost strokovnih delavcev v stanovanjski skupini. Prav tako pa je bivanje s sostanovalci v skupini dodatna zaščita pred intenzivnim poslabšanjem duševne motnje, saj oseba ni sama, ampak je vpeta v vsakodnevne odnose, ki preprečujejo samoosamitev, po drugi strani pa sostanovalci lahko spremembe v vedenju sporočijo strokovnemu delavcu, ki je odgovoren za skupino.

Dnevne strukturirane aktivnosti, skupine za samopomoč, svetovanje in varovanje pravic

Dnevne strukturirane aktivnosti, skupine za samopomoč, svetovanje in varovanje pravic se izvajajo v javnih, verificiranih socialnovarstvenih programih, med katere prištevamo dnevne centre, svetovalno-informativne pisarne s terenskim delom ter zagovorništvo, kjer je poudarek na izvajanju dnevniških, družabnih in drugih strukturiranih dejavnosti, psihosocialnem svetovanju, informiranju in varovanju pravic, vodenju skupin za samopomoč, psihoedukativnih delavnicah, uporabniških skupinah in samozagovorništvu (11).

Dnevni centri

V ospredju programa dnevnega centra je izvajanje skupinskih dejavnosti, ki potekajo v obliki raznolikih tematskih delavnic, pogovornih skupin, kreativno-ustvarjalnih delavnic, kulturnih aktivnosti, rekreativne vadbe, uporabniških skupin, pridobivanja novih funkcionalnih znanj (npr. šivanja, kuhanja, tujih jezikov, osebne higiene, ravnanja z denarjem, računalniškega opismenjevanja), pohodniške, izletniške in taborniške dejavnosti. Izvajajo jih z namenom spodbujanja dejavnega in kakovostnega preživljanja prostega časa uporabnikov in njihovega vključevanja v družabno in širše družbeno življenje (11).

Vanje se vključujejo osebe s kroničnimi težavami v duševnem zdravju, pridruženimi komorbidnimi stanji, praviloma so brezposelne ali invalidsko upokojene, osamljene, brez podporne socialne mreže oz. odnosov, v katerih bi bile sprejete in razumljene. Večina uporabnikov je dolgotrajno in kontinuirano vključenih, kar pomeni, da jim vsakodnevno ali tedensko vključevanje v dejavnosti pomeni varno okolje, v katerem se počutijo sprejete in v okviru katerega je mogoče sproti reševati stiske in težave, ki so tako socialne kot zdravstvene narave. Praviloma se pri kontinuirano vključenih pravočasno prepoznava poslabšanje duševne motnje ali rešuje neugodne življenjske težave, zaradi katerih lahko prihaja do zapletov duševne motnje.

Pri nekaterih osebah je pokazatelj poslabšanja ali reagiranja na neugodne življenjske okoliščine tudi samomorilni poskus oz. samopoškodovalno vedenje. Intervencije strokovnega tima pri tovrstnih poslabšanjih so usmerjene v intenzivnejše spremljanje osebe in vključevanje v dnevne aktivnosti v centru, spremljanje po opravih, spremstvo k psihiatru, delo s svojci.

Svetovalno-informativne pisarne s terenskim delom

V okviru programa svetovalno-informativna pisarna s terenskim delom se nudi predvsem individualna pomoč pri vključitvi v organizacijo Altra, pomoč pri opredelitvi psihosocialnih težav, po potrebi usmerjanje v druge službe oz. informiranje o oblikah pomoči, ki potekajo v mreži služb s področja socialnega in zdravstvenega varstva, tudi prava, glede na opredeljeno vrsto težave. Med aktivnosti spadata tudi strukturirana in dlje časa trajajoča individualna podpora ter pomoč pri urejanju in odpravljanju psihosocialnih težav in stisk. Poudarek je na psihosocialnem svetovanju, skupinah za samopomoč, psihoedukativnih delavnicah, oceni potreb in osebnem načrtu⁷, ki mu lahko sledi koordinacija služb na različnih ravneh, kot tudi delo s svojci (11). Podpora je usmerjena v krepitev varovalnih dejavnikov (krepitev socialne mreže, izboljšanje socialno-ekonomskega statusa, bivanjskih razmer, asertivnega vedenja, telesne kondicije, obvladovanje duševne motnje), pismenosti o duševnih motnjah in njihovem obvladovanju, osmišljanju življenja ter urejanju socialnih težav, ki se praviloma navezujejo na uveljavljanje različnih pravic iz naslova socialne varnosti. Pri naslavljanju različnih in kompleksnih potreb posameznikov z duševnimi motnjami, ki v programu svetovalno-informativna pisarna koristijo več oblik podpore in so dolgotrajne vključeni, kar omogoča bolj intenzivno spremljanje vedenja in doživljanja, je ključnega pomena ocena in spremljanje samomorilne ogroženosti, posebno pri osebah, ki so v preteklosti že poskušale narediti samomor, in tistih, ki so v fazi akutnega poslabšanja duševne bolezni.

Intervencija v tovrstnih primerih je usmerjena tudi v zagotavljanje intenzivnejše podpore prek pogostejših stikov po telefonu, obiskov v domačem okolju, spodbude k udeležbi v drugih dejavnostih v organizaciji, spodbujanje socialne mreže k intenzivnejšim kontaktom z osebo, v dogovoru z osebo obvestilo lečečemu psihiatru o poslabšanju stanja ter seznanitev osebe o možnosti bolnišničnega zdravljenja, če se stanje ne bo izboljšalo, podpora bližnjim osebam.

Program zagovorništvo

V programu zagovorništva se nudijo psihosocialno in pravno zagovorništvo, treningi krepitev moči in samozagovorništva s ciljem varovanja pravic, interesov in integritete oseb s težavami v duševnem zdravju, ki se nahajajo v nezavidljivih življenjskih situacijah (11). Zagovorniški in samozagovorniški pristopi s povečevanjem asertivnosti, varovanjem pravic, izboljšanjem dostopa do pravic, izboljšanjem zmožnosti za samozagovorništvo vplivajo na pozitivne življenjske izide pri osebah s težavami v duševnem zdravju. Pozitivne življenjske izkušnje imajo ugoden učinek na izboljšano samopodobo, okrepijo socialno mrežo in izboljšajo možnosti za obvladovanje življenjskih situacij, kar zmanjša potencial za samomorilna dejanja.

⁷ Osebni načrt je strokovna metoda dela, ki temelji na oceni psihosocialnih potreb, in praviloma zajema naslednja področja: stanovanjske oz. bivalne razmere, socialno varnost, zaposlitev in delo, temeljna dnevna opravila oz. vsakodnevno funkcioniranje, socialne stike in družabnost ter druge ugotovljene potrebe, ki vplivajo na krepitev kakovosti življenja (obvladovanje duševne motnje, psihološke potrebe idr.).

Dejavnosti na področju univerzalne preventive

Ozaveščanje in informiranje javnosti

Posebna naloga NVO je ozaveščati in informirati splošno javnost o različnih vsebinah s področja duševnega zdravja, tudi z namenom destigmatizacije področja v najširšem pomenu besede (18).

Te dejavnosti se odražajo v različnih oblikah:

- informiranje javnosti preko sodelovanja z različnimi mediji, objav na njihovih spletnih straneh, distribucije informativnega gradiva, kjer so vsem dostopne informacije o njihovih dejavnostih, dogodkih, usmerjenih v nakazano preventivo, preprečevanje samomorov in krepitev varovalnih dejavnikov;
- z namenom problematiziranja odnosa družbe do duševnih motenj in sistemske neurejenosti področja kot tudi ožjega naslavljanja specifičnih duševnih motenj, med njimi tudi problematike samomorov, se v NVO organizirajo okrogle mize, novinarske konference, strokovni posveti, kampanje, dobrodelni koncerti in sodelovanje na različnih prireditvah ter predstavitvah;
- založniška dejavnost, ki obsega izdajo različnih publikacij, glasil, knjig, priročnikov, biografij, v katerih dejavno sodelujejo tako uporabniki kot strokovnjaki, ki naslavlja duševne motnje in težave;
- sodelovanje pri snemanju dokumentarnih filmov, televizijskih in radijskih oddaj;
- organizacija in vodenje izobraževalnih ter psihoedukativnih delavnic za svoje člane in uporabnike s poudarkom na tveganih in varovalnih dejavnikih duševnega zdravja, občasno tudi o preprečevanju osamljenosti, depresiji ter preprečevanju samomorilnosti (npr. v jesensko-zimskem obdobju, v času praznikov, ko se stiske povečujejo);
- organizacija vrstniškega izobraževanja za osebe s težavami v duševnem zdravju in njihove svojce, ki lahko poteka tudi v sklopu mednarodnih projektov (projekt Prospect, ki sta ga izvajali Ozara in Šent);
- z namenom krepitev znanj, virov in kompetenc izvajalcev v NVO ter na širšem področju socialnega varstva se izvajajo izobraževanja in opismenjevanja o težavah v duševnem zdravju in duševnih motnjah;
- z namenom preprečevanja poglobljanja duševnih motenj, duševnih stisk in samomorilnih namer se izvajajo izobraževanja in opismenjevanja o težavah v duševnem zdravju in duševnih motnjah za širšo in laično javnost (npr. projekt OMRA – Opismenjevanje o motnjah razpoloženja in osebnostnih motnjah, ki poteka v partnerskem sodelovanju z NVO Altra, vodilni partner je Družbeno medicinski inštitut Slovenske akademije znanosti in umetnosti).

V nadaljevanju je izpostavljen primer dobre prakse s konkretnim opisom projektov s področja preprečevanja samomorilnosti oz. ozaveščanja širše javnosti o teh temah, ki jih izvaja NVO Ozara.

Dobra praksa NVO Ozara na področju preprečevanja samomorilnosti

Dobra praksa NVO Ozara na področju preventive samomorilnega vedenja posega na področje univerzalne in selektivne preventive ter obsega paleto različnih dejavnosti, ki vključujejo tako ozaveščanje javnosti o samomoru preko knjig, gledališča in filma, organizacijo dogodkov, namenjenih opozarjanju na problematiko samomorilnosti, izražanje solidarnosti do svojcev umrlih zaradi samomora.

Ozaveščanje javnosti o samomoru z upodobitvijo v knjigi, gledališču in filmu

Dokumentarni film Nebesa pod Triglavom

Začetki preventivnega delovanja društva Ozara na področju samomorilnosti segajo v leto 2008, ko so sodelovali pri snemanju prvega slovenskega dokumentarca o samomoru z naslovom *Nebesa pod Triglavom*. Režiser in scenarist Boris Jurjaševič je k sodelovanju povabil številne domače in tuje strokovnjake, dokumentarec pa poleg zaigranih vložkov vsebuje tudi izpovedi desetih uporabnikov društva Ozara. Ti so govorili o svojih izkušnjah, povezanih s samomorilno ogroženostjo, kakor tudi o tem, kako danes gledajo na svoj samomorilni poskus. Dokumentarec je bil promoviran kot dokumentarec meseca na nacionalni televiziji (19).

Knjiga Tunel, trgovina s samomorilskimi pripomočki

Leta 2008 so izdali roman *Tunel, trgovina s samomorilskimi pripomočki* avtorja Žige Valetiča. Avtorja je k pisanju zgodbe navedlo zanimanje o vzrokih za visoko stopnjo samomorilnosti ter tudi osebna izkušnja. Knjiga je posebna, saj se občutljive tematike loteva na humoren, a odgovoren način. Zgodba se odvija v Stari Ljubljani, kjer nekdanji tržni inšpektor in njegova žena odpreta nenavadno trgovino, ki je Slovincem pisana na kožo. Obisk je dober in prodaja cveti, toda pripomočki ne delujejo. Bralci lahko ob branju tega mestoma avtobiografskega romana spoznajo številna dejstva, povezana s samomorilnostjo v Sloveniji. Ob njenem izidu so pripravili novinarsko konferenco v prostorih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ), uradno predstavitev, na kateri so sodelovali ustvarjalci in strokovnjaki, pa so pripravili na svetovni dan preprečevanja samomora – 10. septembra 2008 v KUD France Prešeren. Pozneje so v osmih slovenskih krajih (Kopru, Novem mestu, Ljubljani, Izoli, Novi Gorici, Ravnah na Koroškem, Kranju, Murski Soboti) pripravili predstavitve knjige ter pogovor z ustvarjalcem. Avtor je odprl poseben blog, na katerem je bralce knjige ter vse druge pozval k razmišljanju o različnih temah, ki se nanašajo na samomor. V letu 2009 je Žiga Valetič s pomočjo nekaterih strokovnjakov, pa tudi obiskovalcev spletnega bloga napisal prvo poljudno-strokovno slovensko knjigo o samomoru z naslovom *Samomor – večplastni fenomen*. V knjigi so zbrani različni pogledi, zgodovinska in statistična dejstva ter spoznanja sodobne znanosti o problematiki samomora. Vsebuje nekatere teme, o katerih je moč prvič brati v slovenskem jeziku npr. skupinskih samomorih, samomorih v živalskem svetu, samomoru pred spletnimi kamerami, skupinskih in ritualnih samomorih, samomoru in gospodarski krizi, odnosu religij do samomora, samomorih znanih osebnosti ipd. (19).

Gledališka igra Tunel, trgovina s samomorilskimi pripomočki

Leta 2009 so v društvu Ozara promocijsko podprli idejo amaterske gledališke skupine Kulturnega društva Pameče Troblje po postavitvi zgodbe iz romana *Tunel, trgovina s samomorilskimi pripomočki* na odrske deske. Prvo informacijo o gledališki igri režiserja Sergeja Dolenca so v javnost posredovali na novinarski konferenci 10. septembra 2009. Igra, ki jo je po strokovni plati podprl tudi Zavod za zdravstveno varstvo Ravne na Koroškem, je svojo krstno uprizoritev doživela 19. novembra 2009 v Kulturnem domu Slovenj Gradec. Doživela je številne ponovitve v Sloveniji in tudi v tujini, njeni ustvarjalci pa so prejeli posebno priznanje strokovne režije na 6. Festivalu komedije v Pekrah ter priznanje za najboljšo predstavo po oceni občinstva na 18. Novčanovih gledaliških srečanjih v Trnovljah pri Celju. Ustvarjalci igre so prejeli osebno čestitko takratne ministrice za kulturo Majde Širca, zagotovili pa so si nastop na 49. zaključnem Linhartovem srečanju v Postojni.

Organizacija dogodkov, namenjenih ozaveščanju o problematiki samomorilnosti

V letu 2010 je društvo Ozara dalo pobudo za srečanje z novinarji in izdajo priročnika za odgovorno novinarsko poročanje o samomoru. Srečanja, ki je v soorganizaciji NIJZ, Slovenskega združenja za preprečevanje samomora (SASP) in Univerze na Primorskem, Inštituta Andrej Marušič (UP IAM) potekalo v prostorih KUD France Prešeren, se je udeležilo 7 novinarjev in urednikov (RA SLO, TV SLO, POP TV, Jana, Dnevnik, ABC Zdravja, TV Koper). Na podlagi njihovih izkušenj je v mesecu oktobru NIJZ izdal posebne smernice o odgovornem poročanju o samomoru. Smernice so prirejene po gradivu Svetovne zdravstvene organizacije in Mednarodne organizacije za preprečevanje samomora (IASP), skupina strokovnjakov NIJZ pa je izpeljala več delavnic za novinarje in urednike širom Slovenije (19).

Vzporedno z razvojem smernic za odgovorno poročanje o samomoru je bilo leta 2010 društvo Ozara glavni pobudnik za organizacijo osrednjega nacionalnega dogodka ob svetovnem dnevu preprečevanja samomora 2010, ki je v soorganizaciji NIJZ, SASP – Centrom za psihološko svetovanje Posvet (Posvet) in UP IAM potekal v Cankarjevem domu v Ljubljani. V prvem delu dogodka so potekala strokovna predavanja o samomoru in medijih, samomoru in kulturi ter samomoru in internetu. Po uradni predstavitvi priročnika Spregovorimo o samomoru in medijih pa so organizirali še okroglo mizo s strokovnjaki. V drugem delu dogodka si je več kot 350 obiskovalcev ogledalo gledališko igro Tunel, trgovina s samomorilskimi pripomočki.

Na svetovni dan preprečevanja samomora leta 2011 je bila na pobudo Ozare organizirana akcija prižiganja sveč za vse tiste, ki so leta 2010 umrli zaradi samomora. Skupaj z mimoidočimi na Prešernovem trgu v Ljubljani so prižgali 416 sveč, ki so simbolizirale število samomorov v prejšnjem letu. Obenem so posredovali sporočilo, da je samomorilno ogroženost mogoče premagati, samomor pa preprečiti. Z aktivnostjo so se pridružili pobudi IASP, ki vse prebivalce sveta poziva, naj tega dne na okenskih policah prižgejo svečo v spomin vseh tistih, ki so svoje življenje predčasno končali s samomorom. Še pred izvedbo akcije so na posebni novinarski konferenci v organizaciji IASP prejeli zahvalni certifikat, ki ga ustanova podeljuje organizacijam, ki so bile v preteklem letu najbolj dejavne na področju ozaveščanja o samomoru in njegovem preprečevanju. Nagrado je poleg društva Ozara prejela še Ranka Ivelja, predsednica častnega novinarskega razsodišča.

Leta 2012 so v sodelovanju s Storitvenim in invalidskim podjetjem Ozara, NIJZ, Zavodom za zdravstveno varstvo Celje, Zavodom za zdravstveno varstvo Maribor ter Slovenskim centrom za raziskovanje samomora (SCSR) svetovni dan preprečevanja samomora obeležili na najbolj obiskanih trgih štirih slovenskih mest. Pripravili so namreč posebno spominsko obeležje iz 437 parov hišnih copat – vsak je simboliziral eno osebo, ki je v letu 2011 umrla zaradi samomora. Copate so izdelale osebe z duševnimi motnjami, ki sodijo med najbolj ogrožene skupine za samomor.

V začetku leta 2013 so v sozaložništvu s Celjsko Mohorjevo družbo izdali prvi risani roman v slovenskem jeziku z naslovom Gugalnica ilustratorja Gašperja Rusa in pisca Žige Valetiča. Obravnava zahtevno temo samomora skozi otroške oči. Pretresljiva zgodba pripoveduje o očetu, ki pove svoji hčerki, da je v njeni starosti izgubil očeta zaradi samomora. Tema, ki bi lahko ostala boleč tabu, se izteče v katarzo in na pot do nje pomaga tudi bralcem, ki so ljubljeno osebo morda izgubili na podoben način. Počasi in zanesljivo zgodba razkriva tudi svoje preventivno sporočilo, da lahko svojcem, ki žalujejo zaradi samomora, tako ali drugače pomagamo vsi: ljudje s podobno izkušnjo, strokovnjaki in širša družba. Izid knjige

so marca 2013 pospremili z akcijo nameščanja plakatov velikega formata, namenjenih opozarjanju na otroke tistih, ki so svoje življenje končali s samomorom. To je bila prva in edina tovrstna akcija v Sloveniji, ki je po večjem številu slovenskih mest ozaveščala javnost o problematiki samomorilnosti.

Letu 2013 so se ob svetovnem dnevu preprečevanja samomora odločili še za postavitev posebnega spominskega obeležja v Mariboru, sestavljenega iz 443 parov odtisov podplatov različnih obuval oziroma po enega para za vsakega umrlega zaradi samomora v letu 2012. Za lokacijo so se odločili na podlagi zaskrbljujočega dejstva, da prav podravska regija že vrsto let sodi med samomorilno najbolj ogrožene. Istega dne je uradno izšel še slovenski prevod izjemne knjige prof. dr. Diega de Lea z naslovom *Prelomnice*, neobičajno popotovanje v globine samomora, ki je izšla v sozaložništvu z Založbo Univerze na Primorskem. Knjiga razkriva pretresljive zgodbe ljudi, ki so zgolj zaradi srečnega spleta okoliščin preživeli samomorilni poskus, ter ljudi, ki so zaradi samomora izgubili bližnjega. Njihove osebne zgodbe, ki so predstavljene v obliki pisem avtorju, razkrivajo številne razsežnosti človeškega duha, predvsem njegovo sposobnost, da najde pot iz najtemačnejših krajev, kjer se zdi, da je vse izgubljeno. Poleg tega so predstavili tudi posebno aplikacijo 'Samomor. Spoznaj. Prepoznaj. Spregovori. Prepreči!' za mobilne telefone, namenjeno tako izboljšanju prepoznavanja samomorilne ogroženosti kakor tudi načinom pomoči v različnih ogrožajočih situacijah. Lastnikom pametnih telefonov z operacijskim sistemom Android ponuja tudi podatke o službah pomoči ter najpogostejša dejstva o samomoru in njegovem preprečevanju.

V letu 2014 so v sodelovanju s SCRS, NIJZ, SASP – Centrom za psihološko svetovanje Posvet prvič organizirali kolesarsko akcijo Prekolesarimo svet. Pobudnik akcije je IASP, ki skuša uresničiti izziv, da bi udeleženci z vsega sveta z združenimi močmi prekolesarili 40.075 kilometrov, kolikor znaša obseg Zemlje. Namen akcije je razširjati zavedanje, da samomore lahko preprečujemo. Obenem so želeli z akcijo vzpodbujati druženje in povezovanje med ljudmi. Akcija leta 2014, ki je potekala pod geslom Preprečevanje samomora: ves svet povezan, je bila zelo odmevna. Po celem svetu so ljudje prekolesarili kar 196.282 kilometrov, kar je štirikrat več od zastavljenega cilja. Slovenski kolesarji in kolesarke so pri tem prispevali 39.760,97 km in številni so svoje vtise delili preko profila na Facebooku. Leta 2015 je akcija potekala pod sloganom Ponudimo roko – rešimo življenje. Na Facebooku so se zvrstili številni odzivi ter fotografije kolesarjev in kolesark, ki so sodelovali v akciji in nabirali kilometre po vsej Sloveniji.

Poleg tretje izvedbe akcije Prekolesarimo svet so v društvu Ozara v letu 2016 izdelali večje število pentljic rumeno-oranžne barve (pentlja, ki simbolizira prizadevanja za preprečevanje samomora in ozaveščanje o temi), ki so jih poslali znanim Slovenkam in Slovencem iz sveta politike, kulture in športa ter jih poprosili, naj si jih v znak solidarnosti nadenejo. Pentlje so razdeljevali tudi splošni javnosti, in sicer na posebni informativni stojnici na ljubljanskem Kongresnem trgu. Pentlje so ročno izdelali ljudje z duševnimi motnjami – uporabniki programov društva Ozara. Na njihovo pobudo je Pošta Slovenija izdelala priložnostno znamko, na kateri je bila upodobljena pentljica. Dostopni podatki kažejo, da je to prva znamka takšne vrste na svetu.

Leta 2016 so se uspeli z domala vsemi televizijskimi postajami, ki imajo nacionalno ali regijsko pokritost, dogovoriti za brezplačno predvajanje tridesetsekundnega televizijskega spota, ki je sicer nastal pod okriljem projekta MOČ – pomoč ljudem, znanje strokovnjakom (financiran s strani Norveškega finančnega mehanizma). Spot je estetsko in tehnično

dovršen ter sestavljen iz niza kratkih kolažev, ki predstavljajo različne (tudi težke) življenjske situacije. Je izrazito pozitivno naravnano, pri njegovi pripravi pa so upoštevali priporočila različnih strokovnjakov ter primere dobre prakse iz tujine. Upoštevali so tudi načela odgovornega medijskega poročanja o samomoru. Slikovni material je podkrepljen z znanim glasom. Posodil ga je eden bolj prepoznavnih slovenskih radijskih voditeljev, ki se je tudi sam soočal z depresijo.

V letih 2017–2020 so nadaljevali s sodelovanjem pri izvedbi akcije Prekolesarimo svet, s katero želijo organizatorji razširiti zavedanje, da je samomor oblika umrljivosti, ki jo lahko preprečujemo.

Izražanje solidarnosti s svojci umrlih zaradi samomora

V letu 2017 so v društvu Ozara skupaj z Inštitutom Rahločutnost, Zavodom Med.Over.Net in Zavodom Pogreb ni tabu prvič obeležili Mednarodni dan solidarnosti z družinami, ki so zaradi samomora izgubile bližnjega. Pobudo za obeležitev tega dne je podalo Ameriško združenje za preprečevanje samomora, ki že vrsto let povezuje mnoge države sveta pri organizaciji različnih dogodkov, s katerimi izražajo solidarnost, opozarjajo na bolečino in stisko, ki jo doživljajo družine po izgubi bližnjega zaradi samomora, ter spodbujajo okrevanje in vračajo upanje.

Vsakomur, ki je želel izraziti solidarnost s prizadetimi družinami, so podarili sestavine za izdelavo naravne svečke solidarnosti in upanja. Povabili so jih, naj svečke prižgejo na svojih okenskih policah, fotografije sveče pa skupaj z lepo mislijo objavijo na spletni strani.

Leta 2018 so z namenom obeležitve mednarodnega dne solidarnosti z družinami, ki so zaradi samomora izgubile bližnjega, organizirali okroglo mizo z naslovom Zakaj tako boli? – Izguba bližnjega zaradi samomora kot travmatična izkušnja. Na okrogli mizi so strokovnjaki in svojci spregovorili o tem, kako travmatična izkušnja izgube bližnjega zaradi samomora prizadene družino, o potrebah bližnjih, različnih vidikih žalovanja po izgubi bližnjega zaradi samomora, domačih in mednarodnih izkušnjah učinkovite pomoči in podpore svojcem ter programih, ki bi jih bilo treba razviti v okviru Resolucije o Nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028.

Leta 2019 so kot partnerji, to pot ob podpori Slovenskega društva Hospic, že tretjič zapored obeležili ta dan, tokrat pod geslom Sočutna podpora na poti okrevanja. V znak simbolične podpore so na Kongresnem trgu v Ljubljani skupaj z mimoidočimi in svojci, ki so zaradi samomora izgubili bližnjega, prižgali sveče solidarnosti in upanja ter razdeljevali knjižico Zakaj tako boli? Ko zaradi samomora izgubimo najbližje avtorice Violete Irgl.

Zaključek in usmeritve za naprej

Dejavnosti NVO na vseh treh ravneh preventive – univerzalne, selektivne ter indicirane – kažejo njihov pomembni prispevek k preprečevanju samomorilnosti. Zaradi umeščenosti v lokalna okolja, večje dostopnosti, majhnosti, fleksibilnosti, hitrejše odzivnosti na potrebe ljudi ter nudenja pomoči tistim, ki zaradi stigme ne iščejo pomoči v zdravstvu, so mnogokrat prva možna pot k reševanju duševnih stisk in težav kot tudi edina možnost za socialno in družbeno vključevanje. V NVO poteka bogat nabor dejavnosti, pestro dogajanje, ki jim omogoča živost, ljudem s težavami v duševnem zdravju pa nudi varnost, občutek sprejetosti, možnosti reševati stiske in težave ter ohranjati spretnosti in veščine za življenje v skupnosti. Kljub dolgoletni tradiciji delovanja v sistemu služb s področja socialnega in zdravstvenega varstva so v nezavidljivi situaciji, saj so denimo sredstva za

njihovo delovanje odvisna od prijav in pridobitev na razpisih. Odvisnost od različnih virov financiranja zagotovo vpliva na okrnjeno delovanje projektov s področja nakazane in selektivne, malo manj univerzalne preventive. V prihodnosti bi veljalo premisliti, kako NVO bolj pragmatično vključiti v sistem javne mreže služb s področja duševnega zdravja.

Reference

1. Flaker V. Kratka zgodovina deinstitucionalizacije v Sloveniji. Časopis za kritiko znanosti, domišljijo in novo antropologijo. 2012;39(250):13–30.
2. Rafaelič A. Pomen povezovanja in vključevanja pri oskrbi po meri človeka in procesih deinstitucionalizacije [doktorska disertacija]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo; 2016.
3. Brandon D. Pet principov normalizacije. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo; 1990.
4. Repper J, Perkins R. Social inclusion and recovery: a model for mental health practice. Edinburgh: Baillière Tindall; 2003.
5. Jacob KS. Recovery model of mental illness: a complementary approach to psychiatric care. Indian J Psychol Med. 2015;37(2):117–9. doi: 10.4103/0253-7176.155605
6. Saleebey D. The strength perspective in social work practice. New York: Longman; 1997.
7. Rapp C, Goscha R. The strengths model: a recovery-oriented approach to mental health services. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2012.
8. World Health Organization. User empowerment in mental health – a statement by the WHO Regional Office for Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010.
9. Lamovec T. Duševno zdravje v skupnosti: zagovorništvo. Socialno delo. 1993;32(3–4).
10. Škerjanec J. Zgodba o ekologiji in moči. Socialno delo. 1996;35(4):283–8.
11. Oreški S. Vloga nevladnih organizacij na področju duševnega zdravja: primer Društva Altra. V: Šprah L, urednica. Z več znanja o motnjah razpoloženja do izhodov iz labirintov: izkušnje in razmisleki. 1. izd. Ljubljana: Založba ZRC SAZU; 2019. str. 197–205. doi: 10.3986/9789610502197_19
12. Tudor K. Mental health promotion: paradigms and practice. London: Routledge; 1996.
13. Švab V. Psihosocialna rehabilitacija. Ljubljana: Šent; 2004.
14. Švab V, urednica. Obravnava v skupnosti [na spletu]. Ljubljana: Šent; 2015 [citirano 1. 11. 2020]. Dostopno na: http://sent.si/fck_files/file/Ucbenik_Obravnava_v_skupnosti_Vesna_Svab_ur.pdf
15. Zupančič V. Nevladne organizacije v podporni mreži za osebe z depresijo [doktorska disertacija]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede; 2016.
16. Dernovšek MZ, Šprah L. “Razvoj kakovosti in dostopnosti preventivne zdravstvene dejavnosti na področju duševnega zdravja na primarnem nivoju”: zaključno poročilo o rezultatih opravljenega raziskovalnega dela na projektu št. V3-0370 v okviru Ciljnega raziskovalnega programa “Konkurenčnost Slovenije 2006–2013”: elaborat. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ozare; 2008.
17. Resolucija o nacionalnem programu socialnega varstva za obdobje 2013–2020 (ReNP-SV13-20). Uradni list RS, št. 39/13. 2013.
18. Oreški S, Dobnik D, Štepec A, Brumen S. Povečanje in dostopnost služb za varovanje duševnega zdravja v vseh regijah RS: interno gradivo Koordinacije nevladnih organizacij s področja duševnega zdravja v skupnosti. Ljubljana; 2009 (neobjavljeno).
19. Dobnik B. Interno gradivo. Maribor: NVO Ozara; 2020.

4. SKLOP

Po samomoru in mejna področja v suicidologiji



Kriminalistična preiskava samomora kot sumljive smrti

Robert Praček, Danijela Frangež

Ključni poudarki poglavja

- Kriminalistična preiskava sumljive smrti izhaja iz suma, da je bilo storjeno kaznivo dejanje. Ugotovitev, da je oseba umrla zaradi samomora, je posledica objektivne, nepristranske ter načrtne preiskave.
- Prvi ukrepi na kraju najdbe trupla in zaščita pred uničenjem, kontaminacijo ali degradacijo so najpomembnejši za uspešnost nadaljnje preiskave.
- Oglad kraja kaznivega dejanja ima procesno vrednost in poteka v petih fazah.
- Za uspešen zaključek preiskave in ugotovitev, ali je oseba storila samomor, je nujno sodelovanje med policijo, mrliškopregledno službo in obdukcijsko dejavnostjo.
- Preiskovanje sumljive smrti zahteva vzpostavitev mehanizmov kontrole, ki zagotavljajo objektivnost in preprečujejo pristranskost.

Povzetek

Kriminalistična preiskava kraja najdbe trupla v primeru samomora se ne razlikuje od preiskovanja suma kaznivega dejanja umora. Preiskovalci morajo k preiskovanju pristopiti objektivno in nepristransko, četudi okoliščine na kraju najdbe trupla kažejo na samomor. Po najdbi trupla policija na kraju izvede prve ukrepe in opravi ogled kraja kaznivega dejanja, ki ima dokazno vrednost. Stanje na kraju, sledi, predmeti in druge ugotovitve se zato natančno opišejo v zapisniku o ogledu, ki ga dopolnjujejo fotografije s kraja, skica, videoposnetek, 3D laserski posnetek in drugi načini dokumentiranja, ki omogočajo predstavo o kraju dejanja. Z analizo materialnih dokazov, postavljanjem verzij o dogajanju na kraju dejanja in njihovim preverjanjem preiskovalci ugotavljajo, ali je bilo storjeno kaznivo dejanje ali je oseba storila samomor. Pri tem je pomembno sodelovanje med policijo, mrliškopregledno službo in obdukcijsko dejavnostjo. Zaradi izmenjave podatkov med omenjenimi službami je pomembno vzpostaviti sistem, ki preprečuje morebitno pristranskost preiskovalcev, mrliških preglednikov, zdravnikov sodne medicine in drugih forenzičnih strokovnjakov.

Uvod

Izhodišče kriminalistične preiskave sumljive smrti je najdba trupla v zaprtem ali odprtem prostoru (1). Policijo o najdbi trupla največkrat obvestijo osebe, ki so truplo našle, lahko pa ga policija najde tudi z lastno dejavnostjo¹, npr. v primerih iskanja pogrešane osebe, ali pa o smrti poročajo različne službe in organizacije, ki truplo najdejo². Po prejemu obvestila policija najditelju poda informacije o ravnanju na kraju najdbe trupla, s katerimi skuša preprečiti nenamerno spreminjanje kraja dejanja, in na kraj pošlje najbližjo policijsko

¹ V letu 2019 je policija z lastno dejavnostjo odkrila nekaj več kot 14 % vseh kaznivih dejanj (2).

² 145. člen Zakona o kazenskem postopku (3) v prvem odstavku vsem državnim organom in organizacijam z javnimi pooblastili nalaga dolžnost naznanitve kaznivega dejanja, za katero se storilec preganja po uradni dolžnosti. V drugem odstavku je navedeno, da morajo pri tem navesti dokaze, za katere vedo, in poskrbeti, da se sledi kaznivega dejanja in predmeti, na katerih ali s katerimi je bilo kaznivo dejanje storjeno, ohranijo.

patruljo³, ki izvede prve ukrepe. Prvi ukrepi zagotovijo, da kraj najdbe trupla ostane nedotaknjen. Na kraju se zadržijo osebe, ki jim je treba odvzeti prostost, in osebe, ki bi lahko podale pomembne informacije o primeru. Policija poskrbi tudi za dolžno pieteto do zasebnosti mrtve osebe, kar pomeni zavarovanje kraja pred morebitnimi nepooblaščenimi snemanji in fotografiranjem (npr. s strani medijev, radovednežev). Po izvedbi prvih ukrepov na kraju policist o svojih ugotovitvah poroča v enoto (npr. v operativno-komunikacijski center policije), kjer se na osnovi poročanja odločijo o tem, katera strokovna služba policije bo opravljala ogled kraja kaznivega dejanja in izvedla kriminalistično preiskavo sumljive smrti⁴.

Ogled vodi preiskovalni sodnik, oz. če ta ne pride na kraj, policija. Strokovno pomoč pri pregledu trupla nudi zdravnik, ki opravlja mrliškopregledno službo po Pravilniku o pogojih in načinu opravljanja mrliško pregledne službe (4)⁵. Policija pri opravljanju ogleda izvaja kriminalističnotehnični pregled kraja dejanja, ogled dokumentira, zbira obvestila od oseb, ki so na kraju, ugotavlja istovetnost trupla in izvaja druga opravila, ki pomagajo razjasniti okoliščine smrti. Če gre za sumljivo smrt, preiskovalni sodnik odredi sodno obdukcijo⁶, sicer se za sanitarno obdukcijo lahko samostojno odloči zdravnik, ki opravi mrliškopregledno službo. Cilj obdukcije je ugotoviti istovetnost osebe, vzrok in čas smrti ter pridobiti druge pomembne informacije o osebi (5) (npr. bolezni ali predhodne poškodbe).

Informacije kriminalistične preiskave in tiste, ki jih pridobita mrliški preglednik in obducent, je treba združiti, medsebojno dopolniti ter preveriti. Cilj celotne preiskave je ugotoviti dogajanje v času smrti. Preiskovalci so namreč dolžni tako svojcem kot širši družbi podati pojasnilo, ki ne pušča dvomov o vzrokih smrti. Za uspešen zaključek kriminalistične preiskave je zato ključno sodelovanje vseh udeleženih v preiskavo sumljive smrti.

V poglavju opisujemo kriminalistično preiskavo na kraju najdbe trupla, pri čemer je predstavljeno sodelovanje z mrliškopregledno službo in obdukcijско dejavnostjo, ki ugotavljata okoliščine in vzrok smrti.

Zaznava in prvi ukrepi na kraju najdbe trupla

Najpogostejši način obveščanja o najdbi trupla je po telefonu (1, 6)⁷. Policist, ki tako obvestilo sprejme, mora od prijavitelja nujno izvedeti njegove podatke in vsaj osnovne podatke o najdbi trupla, kot so kraj najdbe trupla, osebni podatki o žrtvi, v kakšnem stanju je truplo, podatki o drugih osebah na kraju, opis okoliščin nastanka smrti, prisotnost osumljenca kaznivega dejanja in njegov opis(6). V skladu z Zakonom o nalogah in pooblastilih policije (ZNPPol) (7), ki policiji v 4. členu nalaga temeljno dolžnost varovanja

³ Policijske patrolje so bile na kraje interventnih dogodkov v letu 2019 napotene 235.005-krat (2).

⁴ Izraz kriminalistična preiskava je treba razumeti kot preiskavo suma kaznivega dejanja, ki jo lahko poleg kriminalistične policije izvaja tudi uniformirana policija. Gre namreč za odkrivanje in preiskovanje kriminalitete, ki ju usmerja državno tožilstvo.

⁵ V pripravi je nov Pravilnik o pogojih in načinu opravljanja mrliško pregledne službe, ki še ni sprejet, zato so v poglavju navedene določbe obstoječega pravilnika.

⁶ Dvoršek (1) navaja, da se sodna obdukcija odredi, če obstajajo sledi nasilja, če je smrt posledica poškodbe, če se je zdravstveno stanje umrle osebe poslabšalo po zaužitju hrane (npr. bruhanje, driska, bolečine), če je bila umrla oseba sicer zdrava, če osebi ni bila nudena zdravniška pomoč ali bolezen ni ugotovljena, in če je oseba umrla na samotnem kraju brez očitvecev.

⁷ Policija je v letu 2019 sprejela 526.193 klicev, od tega je bilo 37 % interventnih dogodkov in nekaj več kot 1 % nujnih interventnih dogodkov (2).

življenja, osebne varnosti in premoženja ljudi, mora policist prijavitelja glede na opisano situacijo usmeriti k primernemu ravnanju na kraju in mu dati jasna navodila, kako ravnati do prihoda policistov, da ne bi nehote in nevede spremenil kraja najdbe trupla. Policist, ki je obvestilo o najdbi trupla sprejel, na kraj pošlje tudi najbližjo policijsko patroljo in službo nujne medicinske pomoči oz. zdravnika.

Ob prihodu na kraj policisti poiščejo prijavitelja in zberejo prva obvestila, s katerimi pridobijo vtis o dejanju oz. nastanku smrti⁸. Osebe na kraju identificirajo kot očitvidce, svojce, osumljence in opazovalce (8). V skladu s 148. in 149. členom Zakona o kazenskem postopku (ZKP) (3) osumljencu odvzamejo prostost, druge osebe pa zaradi zbiranja obvestil zadržijo in jim omejijo gibanje. Osumljenca umaknejo od drugih oseb, očitvidcem in svojcem pa zaradi pridobitve avtentičnih izjav onemogočijo medsebojno komunikacijo. Nadalje policisti morebitnim interventnim enotam, kot so reševalci nujne medicinske pomoči, omogočijo nemoteno reševanje. Ker reševalci s svojimi ravnanji kraj nehote spremenijo, je dolžnost policistov, da si te spremembe zapomnijo in o njih poročajo preiskovalcem. Delo interventnih enot lahko tudi posnamejo, posnetke pa predajo preiskovalcem. Ko policisti na kraju najdbe trupla vzpostavijo stanje, ki ne ogroža življenja ljudi in uničenja kraja, kraj zavarujejo na način, da vanj nihče ne more vstopiti. Na prostem je to s trakom STOP POLICIJA, v zaprtem prostoru pa je odvisno od situacije, npr. zavaruje se lahko celotno stanovanje, del stanovanjskega bloka ali pa celoten objekt. Velikost zavarovanega območja je odvisna od zbranih prvih obvestil na kraju najdbe trupla. Po zavarovanju kraja policisti v zavarovano območje ne smejo spustiti nikogar, ki ne rešuje življenja ali zagotavlja osebne varnosti in premoženja. Osebe, ki so na t. i. vstopni točki upravičene vstopiti v ta prostor, kot so reševalci ali gasilci, morajo zabeležiti v seznam prisotnih na kraju, da se lahko pozneje poiščejo zaradi morebitnega postopka izločanja sledi in zbiranja obvestil. Vodja varovanja nato poroča enoti, ki se na osnovi njegovih informacij odloči o tem, katera strokovna služba policije bo opravila ogled kraja kaznivega dejanja in prevzela kriminalistično preiskavo sumljive smrti.

Prvi ukrepi so za uspešnost nadaljnje preiskave ključni. Policisti, ki jih izvajajo, morajo poznati osnove taktike in metodike preiskovanja krvnih deliktov in na kraju izvajati pooblastila, ki izhajajo tako iz ZNPPol (7) kot ZKP (3) ter pri tem ves čas vzdrževati kraj dejanja v čim bolj izvornem stanju. Če policisti ne zaznajo znakov kaznivega dejanja, policija ne more izvajati nalog, ki ji jih določa 148. člen ZKP (3), in sicer da mora ukreniti vse potrebno za izsleditev storilca kaznivega dejanja, odkriti in zavarovati sledi kaznivega dejanja ter predmete, ki utegnejo biti dokaz, in zbrati vsa obvestila, ki bi utegnila biti koristna za uspešno izvedbo kazenskega postopka.

Samomor v Sloveniji ni kaznivo dejanje, so pa lahko kaznive okoliščine, ki so osebo pripeljale do takšne odločitve (120. člen Kazenskega zakonika (KZ)) (9). Vsaka sumljiva smrt zato zahteva natančno in načrtovano kriminalistično preiskavo, ki bo pokazala, ali gre za umor, drugo obliko nezakonitega odvzema življenja ali dogodek, npr. samomor.

⁸ Policija sicer na kraju najprej varuje življenje, osebno varnost in premoženje, vendar je za potrebe tega prispevka ta korak izpuščen.

Ogled kraja kaznivega dejanja

Ogled kraja dejanja je procesno dejanje. Določen je v šestem podpoglavju ZKP (3) med preiskovalnimi dejanji (XVIII. poglavje), in sicer v 245. členu, kjer je navedeno, da se ogled opravi, kadar je za ugotovitev ali razjasnitev kakšnega pomembnega dejstva v postopku potrebno neposredno opazovanje. O vsakem ogledu se obvešča preiskovalnega sodnika⁹, ki se lahko odloči, ali pride na kraj ali ne. Če preiskovalni sodnik ne pride na kraj in se odloči, da ne bo vodil ogleda, sme policija v skladu z drugim odstavkom 164. člena ZKP (3) ogled opraviti sama in odrediti izvedensko delo, razen sodne obdukcije in izkopa trupla. Če preiskovalni sodnik prispe na kraj med ogledom, lahko prevzame njegovo vodenje in odredi potrebna izvedenska dela, vključno s sodno obdukcijo in izkopom trupla. V 247. členu ZKP (3) navaja, da organ, ki opravlja ogled, torej tudi policija, lahko zahteva pomoč strokovnjaka kriminalističnotehnične, prometne ali druge stroke, ki po potrebi išče, zavaruje ali opisuje sledi, opravi potrebna merjenja in snemanja, napravi skice ali zbere druge podatke. Na ogled se lahko povabi tudi izvedenec¹⁰, če naj bi bila njegova navzočnost koristna za izvid ali mnenje. Mrliški preglednik se na ogledu kraja sumljive smrti zato lahko pojavi v dvojni vlogi; kot mrliški preglednik v skladu s Pravilnikom o pogojih in načinu opravljanja mrliško pregledne službe (4) in po 247. členu ZKP (3) kot strokovna pomoč na ogledu. Mrliškopregledno službo izvaja zdravnik, ki je za to delo pooblaščen na območju kraja najdbe trupla. V tem primeru mrliški pregled financira organ, ki ga določa Pravilnik o pogojih in načinu opravljanja mrliško pregledne službe(4). Kadar pa organ, ki ogled vodi, v skladu z 247. členom ZKP (3) na kraj pokliče zdravnika sodne medicine, ki na območju ogleda ni krajevno pristojen za izvajanje mrliškopregledne službe, je plačnik organ, ki je strokovno pomoč naročil. Naloge mrliškopregledne službe so določene v Pravilniku o pogojih in načinu opravljanja mrliškopregledne službe (4), z vidika operativno-taktičnih potreb policije pa bi mrliški pregledniki na ogledu morali:

- iskati, odkrivati in zavarovati informacije (dokaze in dejstva), ki kažejo na nastanek smrti;
- preučiti položaj trupla na kraju in sestaviti miselno rekonstrukcijo nastanka smrti;
- sestavljati in preverjati možne verzije nastanka smrti in
- preverjati informacije v zvezi s truplom, ki jih je zbrala policija.

Ogled je prvo in najpomembnejše opravilo preiskave kaznivega dejanja. Preiskovalci¹¹ na ogledu iščejo, odkrivajo in zavarujejo sledi in druge materialne dokaze, preučujejo položaj na kraju dejanja, sestavljajo verzije¹² in miselno rekonstrukcijo dejanja, preverjajo izjave očitvidcev, žrtve in osumljenca ter druge zbrane informacije. V kriminalističnem spoznavnem procesu ima ogled hevristični (iskalni in spoznavni) in dokazni (pravni) pomen, ki sta v celotnem kazenskem postopku neločljivo povezana (10). To pomeni, da se na ogledu pridobivajo informacije, ki so bistvene za uspešno preiskavo suma sumljive smrti, in hkrati dokaze za morebitni kazenski postopek. Kraj najdbe trupla nudi informacije, ki jih je nemogoče zbrati drugje, hkrati pa se ob nepravilnem opravljanju ogleda te lahko

⁹ Obvešča se tudi državnega tožilca, ki je po drugem odstavku 45. člena ZKP (3) pristojen za ukrepanje, povezano z odkrivanjem kaznivih dejanj.

¹⁰ Postopek izvedenstva je naveden v 7. podpoglavju ZKP (3).

¹¹ To sta lahko kriminalistični tehnik ali policist, ki izvaja kriminalističnotehnični pregled kraja dejanja.

¹² Verzije so miselne predpostavke (hipoteze) o kaznivem dejanju in storilcu (10), s katerimi preiskovalci preverjajo različne vidike dogajanja na kraju dejanja.

nepovratno uničijo. Ogled je enkratno in neponovljivo dejanje, ki se opravlja povsod, kjer so nastale spremembe, povezane s storilcem in kaznivim dejanjem (11), četudi so najdene daleč stran od kraja storitve ali trupla. Storilec je namreč v interakciji z žrtvijo pred storjenim kaznivim dejanjem, med njim in po njem. Sledi je zato mogoče najti tudi na drugih krajih, ki na prvi pogled niso povezani s krajem najdbe trupla, npr. na storilčevih oblačilih, predmetih, v avtomobilu, stanovanju. Gre za t. i. preiskovalni trikotnik, kjer preiskovalci povezujejo kraj dejanja, žrtev in storilca ter ugotavljajo znake kaznivega dejanja (12). Ogled kraja kaznivega dejanja ima torej dvojno vlogo. Iščejo in zbirajo se operativne in dokazne informacije, spoznava se resnica¹³ o načinu smrti posameznika (10), hkrati pa se ogled z namenom uporabe dokazov v nadaljnjem kazenskem postopku v skladu z določbami ZKP (3) dokumentira. V 79. členu ZKP (3) je navedeno, da se o vsakem dejanju, ki se opravi v kazenskem postopku, sestavi zapisnik, in sicer sproti, ko se dejanje opravlja, če to ni mogoče, pa neposredno po njem. To velja tudi za ogled, pri katerem se v skladu z 80. členom ZKP (3) v zapisnik navedejo imena in priimki navzočih oseb in razlog njihove prisotnosti, podatki, ki so pomembni glede na naravo dejanja ali za istovetnost posameznih predmetov (opis, mere in velikost predmetov ali sledi, označbe na predmetih in drugo), in ali so bile napravljene skice, risbe, načrti, zvočni ali slikovni posnetki ipd., torej tudi opis trupla in druge okoliščine, ki se navezujejo nanj.

Faze ogleda kraja kaznivega dejanja

Ogled kraja kaznivega dejanja poteka v petih fazah, ki se prepletajo in so odvisne druga od druge:

1. Prihod in zavarovanje kraja dejanja.
2. Orientacija na kraju.
3. Statična faza ogleda.
4. Dinamična faza ogleda.
5. Dokumentiranje stanja (10).

V vsaki fazi se izvajajo aktivnosti, ki veljajo za ogled krajev različnih kaznivih dejanj.

Po izvedenih prvih ukrepih in zavarovanju kraja vodja ogleda¹⁴ pristopi k vodji varovanja kraja in od njega pridobi informacije, ki so jih policisti zbrali pred prihodom ogledne skupine. Poročanje vključuje zaznave ob prihodu na kraj, izvedene ukrepe za ohranitev celovitosti kraja najdbe trupla in informacije o osebah, ki so bile na kraju ob njegovem prihodu. Po prenosu informacij vodja ogleda preveri pravilnost zavarovanja kraja in ga po potrebi popravi. Velikost zavarovanega območja se glede na ugotovitve med preiskavo lahko spreminja, kar usklajujeta vodja ogleda in vodja varovanja.

Faza orientacije je namenjena pridobivanju vtisa o kraju ogleda in kaznivem dejanju (10). Vodja ogleda pregleda širšo in ožjo okolico kraja dejanja, pri čemer je pozoren predvsem na okoliščine, ki lahko vplivajo na potek ogleda (vreme, izpostavljenost prostora širši javnosti ipd.). Skupaj s kriminalističnimi tehnikami razmisli o taktiki izvajanja ogleda, razporeditvi članov ogledne skupine, nujnih ukrepov, morebitnem sodelovanju drugih strokovnjakov in izvedencev, glavnih nalogah in drugih pomembnih vprašanjih (npr. zaščitni opremi).

¹³ Več o načelu iskanja resnice v Šugman Stubbs in Gorkič (13).

¹⁴ Po ZKP (3) je vodja ogleda preiskovalni sodnik, ki bi moral odločati o vseh operativno-taktičnih vsebinah ogleda. V praksi to vlogo obdrži policija, zato se izraz vodja ogleda nanaša na policista oz. kriminalista, ki vodi kriminalistično preiskavo na kraju dejanja.

Zaščita preiskovalcev in zaščita dokazov pred uničenjem, kontaminacijo in degradacijo je eden največjih izzivov pri izvajanju prvih ukrepov in ogledu kraja kaznivega dejanja. Kontaminacija dokaza lahko preiskovalce pripelje do zmotnih zaključkov in obrne preiskavo v napačno smer. Z namenom minimaliziranja možnosti kontaminacije morajo preiskovalci med ogledom nositi zaščitno opremo za enkratno uporabo, kot so rokavice, maska, kombinezon s kapuco in prevleke za čevlje. Enako opremo morajo nositi tudi drugi prisotni na kraju ogleda, ne glede na to, iz katere službe prihajajo. Ker se je kontaminaciji težko izogniti, sme policija osebam, za katere je verjetnost, da so prišle v stik s sledmi, v skladu s tretjim odstavkom 149. člena ZKP (3), odvzeti bris ustne sluznice in prstne odtise. Mreža evropskih forenzičnih laboratorijev (angl. European Network of Forensic Science Institutes) preiskovalcem pri oceni tveganja za kontaminacijo zato svetuje, da morajo pred ogledom, med njim in po njem ugotoviti (14):

- Ali so lahko policisti in druge osebe, ki so bile na kraju pred prvimi ukrepi in med njimi, na kraj ogleda vnesli nove sledi, obstoječe pa uničili ali degradirali?
- Ali je od dejanja naprej obstajala kakršnakoli možnost prenosa materiala med osumljencem, žrtvijo in krajem dejanja ter s predmetov, zaseženih osumljencu?
- Ali so bili dokazi, zavarovani ali zaseženi osumljencu, žrtvi ali na kraju dejanja, pravilno pregledani, zavarovani v ločene embalaže in z različnimi preiskovalci v različnem času?
- Ali je obstajala kakršnakoli možnost sekundarnega prenosa med osumljencem, žrtvijo ali krajem dejanja?

V statični fazi preiskovalci sledijo temeljnemu načelu: »Najprej z očmi, potem z rokami!« (10, str. 226). Ta faza je namenjena pregledu in dokumentiranju (npr. fotografiranju, snemanju) stanja v prvotni, nespremenjeni obliki. Takšen posnetek kraja je pomemben za izvedbo tako preiskave na kraju dejanja kot tudi za poznejše postopke preiskave, npr. pri rekonstrukciji, ki je ni mogoče izvesti brez informacije o tem, kakšno je bilo stanje na kraju pred začetkom ogleda (10, 15). V statični fazi preiskovalci pregledajo kraj dejanja in predmete, ki jim določijo mesto na kraju, pri čemer se ne smejo ničesar dotikati ali premikati¹⁵. Nato preidejo v dinamično fazo, v kateri sledi izzivajo, premikajo in zavarujejo. V praksi se ti dve fazi največkrat izvajata postopoma in ne v enem koraku. To pomeni, da preiskovalci na določenem mestu izvedejo najprej statično, pred premikom na drugo mesto pa tudi dinamično fazo. Na takšen način se fazi izmenjujeta ves čas do konca ogleda.

V statični fazi se iščejo odgovori na zlata vprašanja kriminalistike (kaj, kdaj, kje, kako, s čim, kdo in zakaj) in postavljajo verzije ter proti verzije, ki so temelj načrtovanja dinamične faze. V tej fazi se opravi kriminalističnotehnični¹⁶ pregled, pri katerem se sledi in predmeti podrobneje pregledajo, obračajo, dokumentirajo, ocenjujejo in zavarujejo (10, 14). Način in vrstni red teh opravil sta odvisna od vrste kaznivega dejanja, količine najdenih predmetov in sledi ter njihove pomembnosti, možnosti uničenja, kontaminacije ali degradacije in znanja ter veščin preiskovalca, ki tak kriminalističnotehnični pregled opravlja (14).

Na kraju se zavarujejo vsi najdeni predmeti in sledi. Če je sledi, ki nakazujejo enake rezultate, več, se zavarujejo vse, za analizo pa se jih izbere le del. Sledi se iščejo od tal navzgor, s čimer se preiskovalcem omogoči gibanje po prostoru. Če je na kraju mrtva oseba, je treba preiskavo najprej usmeriti v pregled trupla. Zaradi posebnosti kraja dejanja ali preiskave

¹⁵ V praksi se za ta del ogleda uporablja izraz 'fiksirati dokaze'.

¹⁶ Po definiciji je kriminalistična tehnika del kriminalistike, ki preiskuje sledi, povezane s kaznivim dejanjem, in iz njih skuša narediti kriminalističnotehnični dokaz (16).

se ta vrstni red lahko spremeni, vendar je v interesu vseh, da se najprej pregledata pot do trupla in prostor okoli njega, v sodelovanju z mrliškim preglednikom pa tudi truplo, kar omogoča, da se obdukcija čim prej opravi (14). Pregled trupla opravljata mrliški preglednik in kriminalistični tehnik¹⁷ skupaj, pri čemer sledita vsak svojemu cilju¹⁸.

Kriminalistični tehnik mora iskati, zavarovati in dokumentirati sledi, mrliški preglednik pa opraviti pregled trupla v smislu ugotavljanja vzroka smrti in vzročno-posledične zveze nastanka poškodb na truplu. Lego in položaj mrtve osebe ter okolico je treba skicirati, izmeriti razdalje med posameznimi deli trupla in okolico ter situacijsko fotografirati, kar pomeni, da mora biti truplo fotografirano v povezavi z drugimi predmeti in nepremičninami (npr. stenami). Kriminalistični tehnik ob merilu fotografira tudi podrobnosti, na katere opozori mrliški preglednik. Ko je truplo v celoti pregledano, kriminalistični tehnik v sklopu ogleda truplu odvzame še bris ustne sluznice in ga daktiloskopira (odzame prstne odtise), če je to mogoče narediti brez poškodovanja trupla. Bris ustne sluznice in prstni odtisi so potrebni za takojšnjo forenzično preiskavo bioloških in daktiloskopskih sledi. Z namenom prepoznavne se lahko na kraju ali pozneje pred obdukcijo, med njo ali po njej fotografirajo tudi obraz in podrobnosti na oblačilih. Predmeti, ki so na truplu (npr. vrv okoli vratu) ali v njem (npr. nož) se zaradi potreb obdukcije praviloma ne odstranjujejo. Kriminalistični tehnik in mrliški preglednik morata najti način, kako te predmete zavarovati, da med transportom ne bi prišlo do uničenja, saj so pomembni tako za obducenta kot kriminalističnega tehnika. Npr. na ročaju noža, ki je zaboden v truplo, so lahko sledi osebe, ki je nož držala. Če bi truplo z nožem premestili v vrečo za prevoz brez ustreznega zavarovanja sledi, bi lahko kri iz telesa uničila pomembne dokaze. Prav tako bi se nepopravljiva škoda za ugotavljanje mehanizma nastanka poškodb zgodila, če bi nož iz trupla izvlekli na kraju ogleda.

Natančno dokumentiranje lege trupla in predmetov je pomembno za rekonstrukcijo. Če se je truplo pred začetkom ogleda premikalo, je treba ugotoviti, kdo in zakaj ga je premaknil in v kakšni legi je bilo prej. Če je mogoče, naj ta oseba v varnem in čistem okolju rekonstruira lego trupla, kar se dokumentira. Mrliški preglednik ob pregledu trupla policiji poda informacije, ki so pomembne za nadaljnje zbiranje obvestil in iskanje materialnih dokazov, hkrati pa svoje ugotovitve primerja z informacijami, ki jih je policija zbrala s prvimi razgovori in ogledom širše okolice trupla. Če je mogoče, policiji poda informacije o vidnih poškodbah in možnem vzroku smrti. Policija mrliškega preglednika lahko uporabi tudi pri razgovoru, npr. s svojci, kadar je treba od njih pridobiti informacije o zdravstvenem stanju umrle osebe, ki je lahko pomembno za uspešen zaključek preiskave.

Pomemben osebni dokaz na kraju ogleda je lahko poslovilno sporočilo. To je izjava osebe, ki je storila samomor. V njem pokojni navede razloge za samomor ali izrazi svoje zadnje želje (1). V praksi se je sicer uveljavil izraz poslovilno pismo, ki ni najustreznejši, saj so sporočila lahko napisana ali posneta na različnih medijih (npr. na papirju, mobilni napravi, poslana z e-poštnim sporočilom). Pogosto je najdeno na vidnem mestu in v bližini trupla. Če sporočila tam ni, je treba razmišljati o iskanju na drugih lokacijah (6, 17),

¹⁷ Zaradi lažjega razumevanja je tukaj naveden kriminalistični tehnik, vendar je to lahko tudi policist, ki izvaja kriminalističnotehnični pregled trupla.

¹⁸ Iz istega razloga bi moral mrliški preglednik, takoj ko zazna znake kaznivega dejanja oz. v primerih nenaravnih ali nasilnih smrti (kamor uvrščamo tudi samomor) iz točke 3 B 2. člena Pravilnika o pogojih in načinu opravljanja mrliško pregledne službe (4), prekiniti mrliški pregled in o sumu nemudoma obvestiti policijo. Pregled se v takšnih primerih nadaljuje šele po začetku ogleda kraja kaznivega dejanja. Enako velja za obdukcijo.

npr. v domačem ali službenem okolju, vozilu. Poslovilna sporočila so lahko zelo obširna, zelo kratka, nečitljiva, nedokončana in takšna, pri katerih je zaradi spreminjajočega se psihofizičnega stanja osebe tik pred smrtjo opaziti spremenjen rokopis. S kriminalističnega vidika je poslovilno sporočilo indic, ki kaže, da je oseba storila samomor. V nadaljnji preiskavi je zato treba ugotoviti njegovo avtorstvo in ali ga je oseba napisala oz. posnela prostovoljno. Najti je treba izvor podlage, na kateri je sporočilo napisano (npr. iz zvezka iztrgana stran), pisalo oz. druge nosilce sporočila ter ugotoviti, ali jih je pokojni uporabljal. V kriminalističnotehničnem pregledu se na papirju, pisalu, tipkovnici, kameri ipd. iščejo sledi papilarnih linij in sledi DNA. Če je poslovilno sporočilo rokopis, je treba najti predhodno napisane dokumente pokojnika (t. i. nesporni material) in opraviti primerjavo rokopisa. Naredi se forenzična lingvistična analiza vsebine sporočila, pri čemer je treba upoštevati duševno stanje osebe v času priprave na samomor. Takšna analiza se naredi tudi v primerih, ko je poslovilno sporočilo najdeno na digitalnem mediju ali družbenih omrežjih. V teh primerih se preverjajo še IP naslovi in v skladu z zakonskimi normami za pridobivanje podatkov iz elektronskih medijev izvajajo druge preiskave digitalnih medijev (18).

Dokumentiranje je najzamudnejša, a hkrati najpomembnejša faza ogleda. Zvezni preiskovalni urad (angl. Federal Bureau of Investigation) (19) piše, da kraj nikoli ne more biti preveč dokumentiran. Namen dokumentiranja je narediti posnetek stanja, kot je bilo na začetku ogleda, in z doslednim zabeleženjem ohraniti skrbniško verigo dokazov. Dutelle (20) navaja štiri načine dokumentiranja: (i) poročanje in zabeležke, (ii) fotografiranje, (iii) videosnemanje, in (iv) skiciranje, s katerim se zabeleži natančen položaj najdenih dokazov. Ker ima ogled dokazno vrednost, se stanje na kraju, vključno s sledmi, predmeti in drugimi ugotovitvami čim natančneje opišejo v zapisnik o ogledu. Maver (10) navaja, naj zapisnik o ogledu vsebuje opis pristopa do kraja dejanja (širša okolica kraja najdbe trupla), opis ožjega kraja dejanja (kraj najdbe trupla), opis središča dogodka oz. objekta napada (truplo) in zapis mnenj izvedencev ali strokovnjakov (npr. mrliškega preglednika). V zapisnik se zapisujejo le dejstva, ki izhajajo iz neposrednega opazovanja, brez sklepanj in zaključkov. Mrliški preglednik opiše stanje trupla z vsemi podrobnostmi in v medicinskem jeziku. Ne navede pa npr. vzroka smrti, časa nastanka smrti ipd. Te ugotovitve pove vodi ogleda, ki o tem napiše uradni zaznamek. Zapisnik o ogledu dopolnjujejo fotografije s kraja, skica, videoposnetek, 3D laserski posnetek in drugi načini dokumentiranja, ki omogočajo čim boljše predstavo o kraju dejanja.

Zaključek ogleda kraja kaznivega dejanja

Ogled vključuje interpretacijo ugotovitev, ki je miselno-spoznavni proces, in odločitev, katere sledi bo v forenzičnem laboratoriju treba najprej preiskati. Kapacitete forenzičnega laboratorija so omejene in odvečne preiskave lahko povzročijo zamudo. Ogledna skupina v diskusiji postavi najverjetnejšo verzijo dogajanja in naredi t. i. miselno rekonstrukcijo dejanja, v kateri si zastavlja zlata vprašanja kriminalistike, npr. zakaj je storilec (samomorilec) storil to dejanje, zakaj je stanje na kraju takšno, kot je bilo dokumentirano, zakaj je predmet na točno določenem mestu, kako se je tam znašel, kdaj je bil postavljen v takšno lego, kako je storilec vstopil v stavbo, kje je storilec vstopil v prostor, kje je iz prostora izstopil, kje so glavne točke aktivnosti dejanja, kako je nastala določena sled, kdo je bil v času dejanja prisoten na kraju ipd. Postavljene verzije se preverjajo z logičnimi posledicami, npr.: »Če se je to zgodilo na ta način, potem bi moralo biti prisotno tudi to.« Ali: »Če se na ta način ni moglo zgoditi, kako se je lahko?«, »Če tega ni tukaj, kaj je povzročilo, da to

manjka?«, »Če predvidevamo, da se je to zgodilo, kaj nasprotuje tej trditvi?«. Vprašanja in odgovori morajo temeljiti na dejstvih, ki se ne smejo prilagajati ugotovitvam oglada, pač pa obratno. Ugotovitve oglada morajo temeljiti na dejstvih (17). V postopku interpretacije ugotovitev in miselnem rekonstruiranju dejanja je pri najdbi trupla nujno slediti sumu kaznivega dejanja, tudi v primeru suma, da je oseba storila samomor, saj je dejanje lahko prirejeno oz. fingirano. S stalnim postavljanjem vprašanj se lahko odkrijejo nepravilnosti ali pomanjkljivosti v miselni rekonstrukciji, ki jih je treba odpraviti, saj so bistveno vodilo, ki pripelje do končne ugotovitve, kaj se je na kraju najdbe trupla dogajalo.

V praksi se postavlja vprašanje, kdaj zaključiti ogled in območje predati nadaljnji uporabi upravičencem. Pred sprejetjem te odločitve morajo preiskovalci odgovoriti na čim več naslednjih vprašanj (1):

- Ali je kraj najdbe trupla tudi kraj nastopa smrti?
- Kdaj je nastopila smrt oz. v katerem časovnem obdobju?
- Ali je vzrok smrti nasilen?
- Kdo je mrtva oseba (istovetnost in identiteta osebe)?
- S katerimi predmeti, orodjem ali orožjem je bila povzročena smrt?
- Ali so zavarovane vse sledi na kraju najdbe trupla, na truplu in morebitne druge sledi na osebah blizu trupla, lahko tudi osumljencu?
- Kdo bi lahko in ali je slišal ali videl dogajanje, ki se je končalo s smrtjo osebe?
- Kako so se osebe na kraju gibale pred storitvijo dejanja, med njim in po njem?
- Kateri indici, ki kažejo storilca kaznivega dejanja ali samomor, so prisotni (telesne lastnosti, posebne spretnosti, poznavanje okoliščin o mrtvi osebi)?
- Ali obstaja motiv za samomor oz. kaznivo dejanje itd.?

Oglada kraja, kljub temu da je enkratno in neponovljivo dejanje, ni nujno opraviti v enem dnevu. Nasprotno, na kraj dejanja se preiskovalci lahko večkrat vračajo in preverjajo informacije, ki so nastale z nadaljnjo preiskavo. Kadar vračanje na kraj ni mogoče ali potrebno, ga preiskovalci preučujejo s pomočjo zapisnika, fotografij, skic, videoposnetka, 3D laserskega posnetka in drugih poročil, ki sledijo forenzičnim preiskavam.

Nadaljevanje in zaključek preiskave

Preiskava samomora se ne razlikuje od preiskave drugih nasilnih smrti, kot so uboju, umori in nesreče. Pri ugotavljanju dogajanja na kraju se preiskovalci ne smejo usmeriti zgolj v eno verzijo, temveč morajo k preiskovanju pristopiti objektivno in nepristransko, četudi okoliščine na kraju najdbe trupla kažejo samomor. S kriminalističnimi metodami¹⁹ ali sodnomedicinskimi preiskavami²⁰ je treba identificirati truplo²¹ in opraviti obdukcijo. S slednjo se poleg vzroka smrti ugotavljajo še čas smrti, vrsta in čas nastanka poškodb, ali je bila smrt nasilna, boleznirane osebe ipd. (1). Na vsa vprašanja izvajalec obdukcije morda

¹⁹ Kriminalistične metode (npr. DNA, prepoznavna po prstnih odtisih, osebnem opisu, dokumentih, oblačilih, predmetih) se uporabljajo pri svežih truplih (1).

²⁰ Sodnomedicinske preiskave (npr. pooperativna znamenja, primerjava zobnega statusa, vgrajeni medicinski pripomočki) se uporabljajo pri truplih z močnejše izraženimi mrliskimi spremembami (1).

²¹ Kriminalistična prepoznavna trupla je povezana z zbiranjem obvestil ob prijavi pogrešane osebe. Policisti morajo izvedeti, v kakšnih oblačilih je bila oseba nazadnje videna in katere zunanje znake ima (npr. tetovaža). Pridobiti morajo tudi material za določitev DNA in objaviti iskanje osebe.

ne bo mogel odgovoriti, ne da bi bil seznanjen z rezultati kriminalistične preiskave, npr. z najdenim sredstvom poškodbe, natančnim opisom kraja najdbe trupla. V praksi je zato priporočljivo, da se obdukcije udeležita tudi kriminalistični tehnik in kriminalist, prvi z namenom zavarovanja sledi s trupla in dokumentiranja, drugi pa z namenom izmenjave informacij o smrti osebe²². Nadalje je treba ugotoviti ujemanje oz. morebitno nepovezanost med poškodbami in ugotovitvami oglada kraja kaznivega dejanja (21) ter odgovoriti na vprašanja, kot so (22):

- Ali si je umrla oseba poškodbe lahko zadala sama?
- Na katerem mestu je bilo najdeno orodje ali orožje, s katerim je bila povzročena smrt?
- Ali obstajajo kakšni indici boja?
- Ali ima umrla oseba obrambne poškodbe?

Dodatne okoliščine, povezane s smrtjo osebe, lahko razkrije toksikološka preiskava, s katero se dokazuje morebitno prisotnost alkohola, prepovedanih drog in drugih strupenih snovi (19) ter z njo povezana vprašanja, ali je umrla oseba imela dostop do odkritih substanc in če ga ni imela in substanc ni uživala, kje jih je dobila. Informacije o tem lahko podajo osebe, ki so umrlo osebo in njen način življenja poznale (sorodniki, prijatelji, zdravnik, psihiater idr.), ali se pridobijo s hišno preiskavo bivalnega in poslovnega prostora umrle osebe (22).

V večini situacij ni težko ugotoviti, ali je nasilna smrt posledica umora ali samomora ali nesreče. Za preiskovanje so najzahtevnejši primeri, kjer je storilec kraj dejanja spremenil in kaznivo dejanje skušal prikriti in prikazati (fingirati) kot samomor ali nesrečo (22). Kraj najdbe trupla je zato treba temeljito preiskati tudi v primerih, ko prve zbrane informacije kažejo, da ni bilo storjeno kaznivo dejanje²³. Cilj preiskave je ugotoviti resnico (23), ki jo storilec lahko prikriva in skuša preiskovalce zavesti. Preiskovalci morajo zato vedno dvomiti o resničnosti kraja, ki ga preiskujejo (24). Pri preiskovanju samomorov je njihova naloga, da z metodo eliminacije znakov kaznivih dejanj pridejo do zaključka o samomoru. Če jih ne morejo izločiti, ostanejo pri ugotovitvi o sumljivi smrti (1).

Izhodišče za nadaljnjo kriminalistično preiskavo sumljive smrti je povezovanje ugotovitev oglada kraja najdbe trupla, mrliškega pregleda trupla in obdukcije. Vse tri faze povežejo informacije, ki jih preiskovalci zberejo z zbiranjem obvestil (slika 29.1). Če mrliški pregled trupla in obdukcija pojasnita vzrok smrti oz. mehanizem nastanka poškodbe, se v nadaljnji kriminalistični preiskavi iščeta odgovora na vprašanja, kdo ali kaj je povzročitelj smrti in katere osebe so bile na kraju dejanja poleg umrle osebe (25).

Preiskovanje je tesno povezano z indici. Ta sum vzbujajoča znamenja so kriminalistične informacije, ki kažejo na možnost, da je smrt posledica delovanja druge osebe. Pri kriminalistični preiskavi policija uporablja različne metode zbiranja kriminalističnih informacij, npr. ogled kraja kaznivega dejanja, kriminalističnotehnični pregled kraja, forenzične preiskave sledi, zbiranje obvestil. Informacije, pridobljene od mrliškopregledne službe in obdukcijske dejavnosti, prav tako predstavljajo indice, ki jih je treba povezati s kriminalističnimi informacijami. Vsaka od tako pridobljenih kriminalističnih informacij ima določeno spoznavno vrednost, ki preiskovalcem omogoča, da pridejo do informacij z

²² Rezultati obdukcije so izjemnega pomena tudi za rekonstrukcijo dejanja, ki naj bi potrdila domneve o načinu uporabe sredstva povzročitve (smrtno) poškodbe in drugih za preiskavo pomembnih okoliščinah (1).

²³ Pri samomorih je npr. kaznivo napeljevanje k samomoru, pri nesrečah pa je kazniva opustitev varnostnih ukrepov, ki bi lahko preprečili nasilno smrt (1).

dokazno vrednostjo. Na osnovi pridobljenih indicev preiskovalci tvorijo indicialne verzije o dejanju, osumljencu ali drugih okoliščinah, povezanih z dejanjem. Manj razpoložljivih indicev pomeni več verzij. Te zahtevajo dodatno zbiranje kriminalističnih informacij, ki pripeljejo do dokazov (1).

Ugotoviti je treba motiv za storitev dejanja, ki ga je treba dokazati in ne predpostavljati (25)²⁴. Domnevanje o motivu lahko kriminalistično preiskavo zapelje v napačno smer in prehitre zaključke. Vprašanje motiva je neposredno povezano z vprašanji zakaj ter kdo, ki sta kot subjektivni del iskanja odgovorov na zlata vprašanja medsebojno povezani. V preiskavi je zato treba iskati odgovore na naslednja vprašanja (25): ali je iz okoliščin smrti, načina življenja umrle osebe, načina storitve ipd. mogoče ugotoviti motiv za smrt; katere osebe bi lahko imele motiv za storitev kaznivega dejanja in ali bi kaznivo dejanje lahko izvršile; ali je umrla oseba imela motiv za povzročitev lastne smrti ipd. Možne motive je treba preveriti in s pomočjo zbranih obvestil od oseb, ki so umrlega poznale, ugotoviti, ali je nakazoval, da bo storil samomor. V praksi ugotavljanje motiva ni vedno enostavno. Fisher in Fisher (22) navajata, da v nekaterih primerih motiva kljub temeljiti preiskavi ni mogoče ugotoviti. V takšnih primerih je preiskovalcem pri zaključku preiskave lahko v pomoč sistematično in načrtno delo, še posebno takrat, kadar svojci ne morejo sprejeti, da je njihova bližnja oseba umrla zaradi samomora, in od policije kljub ugotovitvi, da je šlo za samomor, zahtevajo nadaljevanje preiskave.

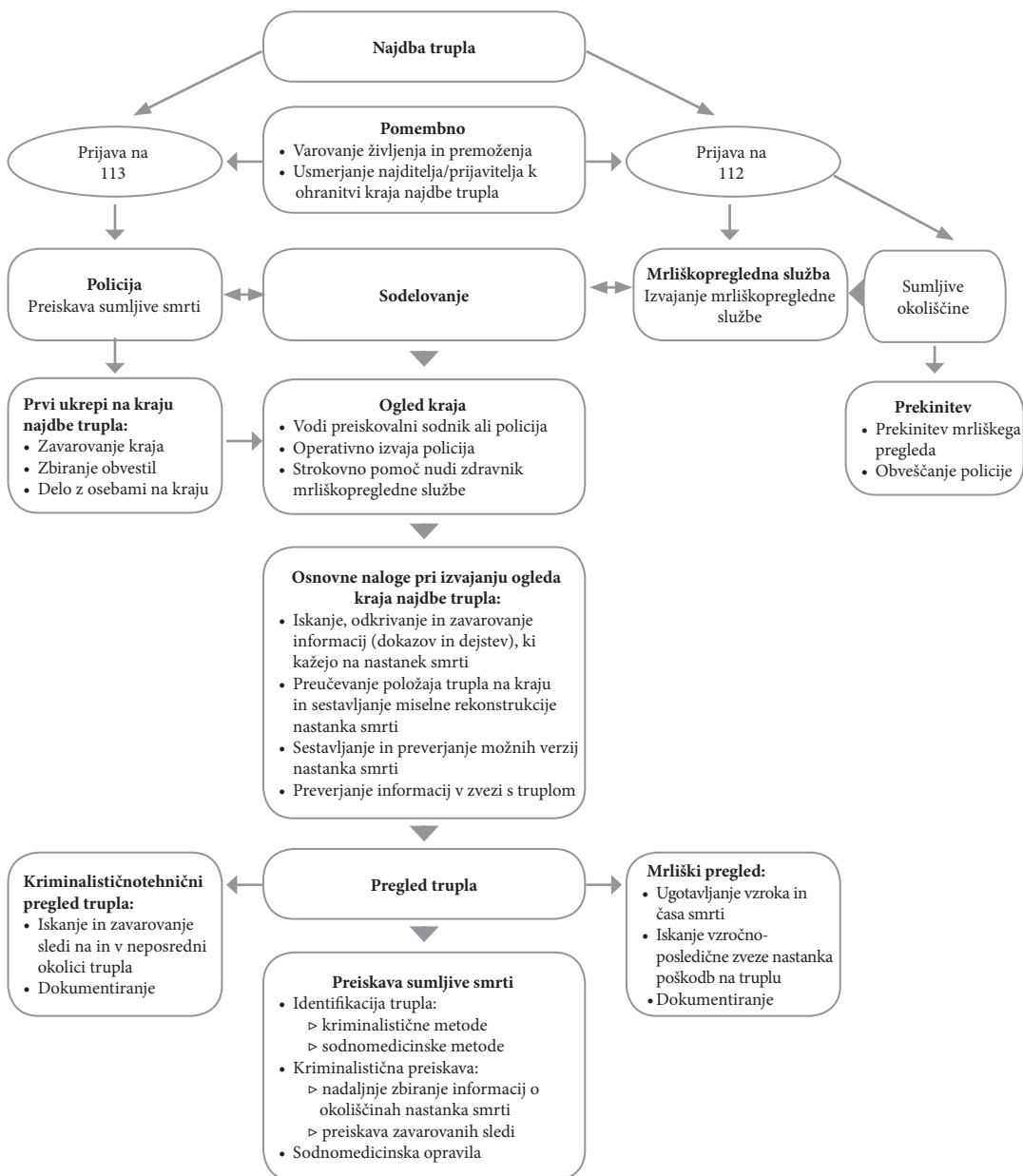
Pomemben indic, ki kaže možnost samomora, je suicidogena dispozicija. To je podedovan ali pridobljen šibkejši nagon po samoohranitvi in z njim povezano občutljivejše reagiranje na zunanje in notranje dražljaje. Preiskovalci iščejo informacije o morebitnih predhodnih samomorilnih poskusih, njihovih načinih in ali je kdo od bližnjih že umrl zaradi samomora oz. ga je poskušal narediti (1, 25). Ugotavljajo tudi značaj umrle osebe in iz okoliščin smrti sklepajo, ali je imela osebnost, kot jo prikazuje kraj dejanja (25).

Pripravljalna dejanja so indici pred dejanjem in pojasnjujejo čas od začetka razmišljanja o izvedbi do izvršitve samomora. V preiskavi se iščejo različne okoliščine priprave na smrt, to so npr. poplačilo dolgov, opravičilo osebam, dokončanje obljubljenih del in priprava poslovnega sporočila (1, 25). Med pripravljalnimi dejanji je tudi izvedba samomora na način, ki ni videti kot samomor. Hazelwood (26) navaja, da gre lahko tudi za obratno situacijo, v kateri oseba, ki stori samomor, dejanje skuša predstaviti kot kaznivo dejanje ali nesrečo. Življenjsko zavarovanje namreč ne krije škode v primeru smrti, ki je posledica samomora. Prav tako je lahko bližnjim neprijetno ob dejstvu, da je njihov družinski član umrl zaradi samomora. Njegovo dejanje zato še pred prihodom policistov ali reševalcev prikrijejo. V tem primeru mora kriminalistična preiskava najti razloge za spreminjanje kraja dejanja. Slednjega si samomorilec lahko izbere načrtno. Običajno gre za kraj, ki ga pozna, in želi, da ga med pripravo ali izvedbo ne bi nihče zmotil (1).

Kriminalistična preiskava sumljive smrti je dolg in zapleten kriminalistični spoznavni proces, ki temelji na sistematični, podrobni in nepristranski analizi zbranega gradiva o umrlem in njegovi smrti(10). Preiskovalci z analizo materialnih dokazov, postavljanjem verzij in njihovim preverjanjem ugotavljajo, ali je bilo storjeno kaznivo dejanje ali je oseba storila samomor. Uspešna preiskovalna strategija zahteva metodičnost in načrtnost (23), saj se s površno opravljeno preiskavo primer ne razreši, nezaključena preiskava pa omogoča govorice o sumljivih okoliščinah smrti in vpliva na zaupanje v dobro policijsko

²⁴ Od motiva je odvisna tudi kvalifikacija kaznivega dejanja. V KZ (9) je npr. umor po 116. členu zaradi posebnega motiva težje kvalificirano kaznivo dejanje (npr. če nekdo nekomu vzame življenje iz morilske sle ali koristljivosti).

delo. Preiskava se uspešno zaključi, ko ena verzija predstavlja povezavo vseh indicev in najdenih dokazov (1), policija pa na pristojno državno tožilstvo vloži kazensko ovadbo zoper znanega osumljenca ali poda poročilo, da je oseba storila samomor.



Slika 29.1. Sodelovanje policije in mrliškopregledne službe v postopku preiskave samomorov

Zaključek in usmeritve za naprej

Preiskovanje sumljivih smrti od preiskovalcev zahteva objektivnost in načrtnost, ki zaradi dela po verzijah onemogoča usmerjanje preiskave v eno smer preiskovanja. Preiskovalci preučujejo dejstva z ogleda kraja najdbe trupla, mrliškega pregleda in obdukcije. Čeprav je izmenjava podatkov med udeleženci preiskave koristna in celo bistvena, neomejena delitev informacij o okoliščinah smrti povečuje možnost za kognitivno pristranskost pri odločanju (27). Izpostavljeni so ji vsi forenzični strokovnjaki. Njihove podzavestne potrebe ter pričakovanja lahko vplivajo na zaznavanje in interpretacijo²⁵ (28). Uporaba preširokega spektra informacij o okoliščinah smrti lahko zato povzroči pristranskost v celotnem preiskovalnem procesu, kar lahko vodi v napačne odločitve (27, 31, 32). Pristranskost je torej prisotna v vseh fazah preiskave in vpliva tako na kriminaliste kot tudi na kriminalistične tehnike, mrliške preglednike, zdravnike sodne medicine in druge forenzične strokovnjake (27, 33).

Začetek upravljanja pristranskosti je spoznanje, da je to del naravnega procesa v človekovi zavesti in v nezavednem (34). Njenemu preprečevanju so namenjena izobraževanja, kjer se udeležence pouči o nevarnostih kognitivne pristranskosti (33) in pomembnosti uporabe znanstvenih protokolov pri forenzičnih preiskavah, ki onemogočajo medsebojno kontaminacijo informacij (35). V praksi se uporabljata sistem kontrole informacij preko vodje preiskave in sistem linearnega razkrivanja informacij. Sistem kontrole informacij preko vodje preiskave se nanaša na vprašanje, katere informacije so za odrejeno nalogo v preiskavi pomembne in katere ne. To pomeni, da vodja preiskave oceni, katere informacije v procesu preiskave lahko deli z drugimi. V sistemu linearnega razkrivanja informacij morajo preiskovalci vsake faze oz. na svojem področju izhajati iz neznanega (to je iz sledi, kraja ogleda ali trupla) in preliminarne ugotovitve za svoje ozko področje podati, še preden se seznanijo z drugimi informacijami (27). V obeh primerih gre za upravljanje s pretokom informacij o okoliščinah smrti glede na potrebe preiskovalcev in ne za podajanje celotnih informacij na začetku preiskave.

V prihodnje bi bilo smiselno opraviti raziskavo, v kateri bi ugotavljali vpliv protokolov na preprečevanje kognitivne pristranskosti strokovnjakov, vključenih v preiskavo sumljive smrti. In po zgledu avtorjev Ferguson in Petherick (21) narediti pregled raziskav o zaznanih fingiranih samomorih v Evropi in ugotavljati, katere dokaze je storilec največkrat priredil, da bi zavedel preiskovalce, kakšen je bil odnos med storilcem in žrtvijo, kakšen je bil 'modus operandi', kdo je odkril žrtev in kakšne so bile značilnosti storilcev.

Nadalje bi kazalo razmisliti o spremembah, ki bi omogočile, da bi se ogledov krajev nasilnih smrti z neznanimi storilci vedno udeležili zdravniki sodne medicine in da bi mrliški pregledniki trupla pri pregledu fotografirali. Mrliškopregledna služba namreč opravlja preglede trupel tudi brez policije. Gre za primere, kjer ni znakov kaznivega dejanja in policija o dejanju ni obveščena. Pregled se izvaja v skladu s Pravilnikom o pogojih in načinu opravljanja mrliškopregledne službe (4). V teh primerih se mrliški preglednik samostojno odloči, ali je za razjasnitev okoliščin nastopa smrti potrebna obdukcija. Tako se lahko zgodi, da policija zazna sum kaznivega dejanja šele s prijavo obducenta ali npr. svojcev, ki poznajo okoliščine, ki izključujejo naravno smrt. V takih primerih so policiji pri preiskavi v pomoč le izsledki in dokumentacija mrliškopregledne službe. To je še posebno

²⁵ Pavšič Mrevlje (29, 30) je raziskovala izpostavljenost preiskovalcev travmatskim dogodkom in ugotovila prisotnost postravmatske simptomatike med policisti, vendar ocenjuje, da simptomi niso tako ovirajoči, da bi vplivali na kakovost njihovega dela.

pomembno takrat, ko med smrtjo in zaznavo suma preteče daljše časovno obdobje, prostor, v katerem je bilo najdeno truplo, pa je že v uporabi. Policiji bi bilo zato pri preiskovanju v veliko pomoč, če bi mrliški preglednik pri opravljanju mrliškopregledne službe truplo in neposredno okolico trupla fotografiral. S tem bi bistveno pripomogel k preiskavi sumljive smrti.

Ugotavljanje okoliščin smrti je torej kompleksen preiskovalni proces, odvisen od preiskovalcev, mrliškopregledne službe in obdukcijske dejavnosti. Treba je ugotoviti, zakaj je oseba umrla, saj je človeško življenje najvišja vrednota, ki jo je treba varovati. Ravno skozi mehanizme ugotavljanja smrti in zagotavljanja nespornih rezultatov preiskave lahko vse udeležene službe največ doprinesejo k temu cilju.

Reference

1. Dvoršek A. *Kriminalistična metodika*. Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede; 2008.
2. Ministrstvo za notranje zadeve RS. Letno poročilo o delu policije za leto 2019 [na spletu]. Ljubljana: Ministrstvo za notranje zadeve RS; 2020 [citirano 7. 3. 2021]. Dostopno na: https://www.policija.si/images/stories/Statistika/LetnaPorocila/PDF/LetnaPorocilo2019_popr.pdf
3. Zakon o kazenskem postopku (ZKP-UPB8). Uradni list RS, št. 15/13, 23/15, 10/17, 46/19, 47/19. 2012.
4. Pravilnik o pogojih in načinu opravljanja mrliško pregledne službe. Uradni list RS, št. 56/93, 15/08. 1993.
5. Saukko P, Knight B. *Knights' forensic pathology*. London: Hodder Arnold; 2004. doi: 10.1201/b13642
6. Pavliček J. Otkrivanje krvnih delikata i radnje prvog zahvata. V: Pavliček J, urednik. *Krvni delikti*. Zagreb: Međunarodno kriminalističko udruženje; 2015. str. 53–79.
7. Zakon o nalogah in pooblastilih policije (ZNPPol). Uradni list RS, št. 15/13, 23/15, 10/17, 46/19, 47/19. 2013.
8. Baxter E Jr. *Complete crime scene investigation handbook*. Boca Raton: CRC Press; 2015. doi: 10.1201/b18329
9. Kazenski zakonik (KZ-1-UPB2p). Uradni list RS, št. 6/15, 38/16, 27/17, 23/20, 91/20. 2016.
10. Maver D. Ogljed kraja dejanja in rekonstrukcija. V: Maver D, urednik. *Kriminalistika: uvod, taktika, tehnika*. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije; 2004. str. 217–51.
11. Žerjav C. *Kriminalistika*. Ljubljana: Ministrstvo za notranje zadeve RS, Izobraževalni center; 1994.
12. Praček R, Miklič D. Posebnosti kriminalistične preiskave pri sodelovanju z medicinsko stroko. V: Bračko V, Gros T, urednici. *Urgentni pacient - več kot samo zdravstvena obravnava: zbornik predavanj*; 24. in 25. oktober 2019; Terme Čatež. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v urgenci. Ljubljana: TKBM; 2019. str. 41–5.
13. Šugman K, Gorkič P. *Dokazovanje v kazenskem postopku*. Ljubljana: GV založba; 2011.
14. ENFSI, European Network of Forensic Science Institutes. *Scene of crime examination best practise manual (v1_0)*. Wiesbaden: European Network of Forensic Science Institutes; 2012.
15. de Leeuwe R. The hiatus in crime scene documentation: visualisation of the location of evidence. *J Forensic Radiol Imaging*. 2017;8:13–6. doi: 10.1016/j.jofri.2017.03.002
16. Golja J. *Kriminalistična tehnika*. V: Maver D, urednik. *Kriminalistika: uvod, taktika, tehnika*. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije; 2004. str. 379–88.
17. Tilstone WJ, Hastrup ML, Hald C. *Fisher's techniques of crime scene investigation*. 1st int. ed. Boca Raton: CRC Press; 2013.
18. Pavliček J. Glavne sestavnice sustava kriminalističkog istraživanja krvnih delikata. V: Pavliček J, urednik. *Krvni delikti*. Zagreb: Međunarodno kriminalističko udruženje; 2015. str. 81–219. doi: 10.1002/9781119197416.ch23
19. Justice USD of Federal Bureau of Investigation. *FBI handbook of crime scene forensics*. New York: Skyhorse Publishing; 2008.
20. Dutelle AW. *An introduction to crime scene investigation*. 3rd ed. Burlington: Jones and Bartlett Publishers; 2016.
21. Ferguson C, Petherick W. Getting away with murder: an examination of detected homicides staged as suicides. *Homicide Stud*. 2016;20(1):3–24. doi: 10.1177/1088767914553099
22. Fisher BA, Fisher DR. *Techniques of crime scene investigation*. 8th ed. Boca Raton: CRC Press; 2012.
23. Fish JT, Fish J. *Crime scene investigation case studies: step by step from the crime scene to the courtroom*. New York: Routledge; 2014. doi: 10.4324/9781315721903
24. Pettler LG. *Crime scene staging dynamics in homicide cases*. 1st ed. Boca Raton (FL): CRC Press; 2015. doi: 10.1201/b18751

25. Maver D. Indicialna metoda odkrivanja kaznivih dejanj. V: Maver D, urednik. Kriminalistika: uvod, taktika, tehnika. Ljubljana: Uradni list Republike Slovenije; 2004. str. 253–75.
26. Hazelwood RR, Napier MR. Crime scene staging and its detection. *Int J Offender Ther Comp Criminol.* 2004;48(6):744–59. doi: 10.1177/0306624X04268298
27. Morling NR, Henneberg ML. Contextual information and cognitive bias in the forensic investigation of fatal fires: do these incidents present an increased risk of flawed decision-making? *Int J Law Crime Justice* [na spletu]. 2020 [citirano 6. 3. 2021];62:članek 100406. Dostopno na: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1756061619303258>. doi: 10.1016/j.ijlcj.2020.100406
28. Cooley CM, Turvey BE. Chapter 3 - Observer effects and examiner bias: psychological influences on the forensic examiner. V: Chisum WJ, Turvey BE, urednika. *Crime reconstruction* [na spletu]. Burlington: Academic Press; 2007 [citirano 27. 2. 2021]. str. 51–83. Dostopno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780123693754500068>. doi: 10.1016/B978-012369375-4/50006-8
29. Pavšič Mrevlje T. Traumatic symptomatology and coping strategies in police work: insights from research concerning the way forward. V: Meško G, Sotlar A, Winterdyk J, uredniki. *Policing in Central and Eastern Europe: social control of unconventional deviance: conference proceedings. Biennial Conference Policing in Central and Eastern Europe; 22.–24. september 2010; Ljubljana.* Ljubljana: University of Maribor, Faculty of Criminal Justice and Security; 2011. str. 401–15.
30. Pavšič Mrevlje T. Kriminalistični tehniki: potravmatska simptomatika in strategije spoprijemanja s stresnimi situacijami. V: Pavšič Mrevlje T, urednica. *Slovenski dnevi varstvoslovja: zbornik prispevkov. 12. slovenski dnevi varstvoslovja; 2.–3. junij 2011; Moravske Toplice.* Ljubljana: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede; 2011.
31. Dror IE. Human expert performance in forensic decision making: seven different sources of bias. *Aust J Forensic Sci.* 2017;49(5):541–7. doi: 10.1080/00450618.2017.1281348
32. Edmond G, Tangen JM, Searston RA, Dror IE. Contextual bias and cross-contamination in the forensic sciences: the corrosive implications for investigations, plea bargains, trials and appeals. *Law Probab Risk.* 2015;14(1):1–25. doi: 10.1093/lpr/mgu018
33. Eeden CA, de Poot CJ, van Koppen PJ. The forensic confirmation bias: a comparison between experts and novices. *J Forensic Sci.* 2019;64(1):120–6. doi: 10.1111/1556-4029.13817
34. Cooper GS, Meterko V. Cognitive bias research in forensic science: a systematic review. *Forensic Sci Int.* 2019;297:35–46. doi: 10.1016/j.forsciint.2019.01.016
35. Dror IE, Kukucka J, Kassin SM, Zapf PA. No one is immune to contextual bias-not even forensic pathologists. *J Appl Res Mem Cogn.* 2018;7(2):316–7. doi: 10.1016/j.jarmac.2018.03.005

Pomen sodne medicine pri obravnavi samomorov

Tomaž Zupanc

Ključni poudarki poglavja

- Obstaja več vrst samomorov. Njihova razdelitev temelji na posebnih okoliščinah, ki so lahko ključnega pomena pri opredelitvi načina in vzroka smrti.
- Eno najtežjih opravil v sodni medicini je razlikovanje med umorom in samomorom zaradi morebitnega posnemanja samomora in prikrivanja umora, prikrivanja samomora, razlikovanja med kompleksnim samomorom, samomorilnim paktom in umorom ali kombinacijo umora in samomora.
- Temelj preiskovanja nepojasnjenih in sumljivih smrti ter rekonstrukcije neposrednih dogodkov pred nastopom smrti je povezovanje ter pravilna interpretacija zbranih ugotovitev in okoliščin dogodka, pregleda bližnje okolice trupla in trupla ter obdukcije vključno s toksikološko preiskavo.
- Za kompetentno presojo načina smrti je ključnega pomena poznavanje številnih različnih načinov smrti in posledičnih z njimi povezanih vidnih sprememb na truplu.
- Izkušnje, podprte s specifičnimi znanji, so temelj ugotavljanja oziroma izključevanja sumljivih smrti, ki vzbujajo dvom v način smrti.

Povzetek

Osrednji predmet sodnomedicinske obravnave trupla so ugotavljanje in izključevanje nasilnih in sumljivih smrti ter sodelovanje pri preiskovanju suma smrti, povezanih s kaznivim dejanjem. Vzrok smrti je v nekaterih primerih kljub okoliščinam, ki prepričljivo nakazujejo, da je smrt posledica samomora, zahtevna naloga. Ocena mora temeljiti na integraciji in pravilni interpretaciji zbranih ugotovitev kriminalistične preiskave o ozadju in okoliščinah dogodka, zunanjšega pregleda trupla ter obdukcijskega izvida. Sodnomedicinska obravnava nasilnih in sumljivih smrti se prične na kraju dogodka. Ogled kraja, neposredne okolice mesta najdbe trupla, zunanji pregled trupla na kraju in obdukcija, ki vključuje alkoholometrične, toksikološke ter druge pridružene preiskave, so namreč ključni dejavniki, ki vodijo k natančni rekonstrukciji dogodkov pred smrtjo. Poznavanje okoliščin smrti, osebnih značilnosti in anamneze umrlih ter razlikovanje med vrstami samomorov je ob sumljivih okoliščinah smrti zelo pomembno. Sum na sumljivo smrt v povezavi s samomorom lahko vzbudijo okoliščine kompleksnega samomora, samomorilnega pakta in/ali kombinacija umora in samomora. V naštetih primerih gre lahko za poskus posnemanja samomora in prikrivanja umora ali za morebitno prikrivanje samomora. Povsem mogoče je zamenjati dvojni ali večkratni umor, naravno smrt ene in samomor druge osebe oz. hkratni samomor dveh oseb za umor in samomor ali umor v primeru kompleksnega samomora oz. samomor v primeru umora, kjer so poškodbe na truplu povzročene z več različnimi sredstvi ali se poškodbe razlikujejo glede na način povzročitve.

Uvod

Smrt zaradi samomora je med sumljivimi¹ in nasilnimi smrtmi² treba razlikovati od smrti, povezane z nezgodnimi okoliščinami ali znaki kaznivega dejanja umora in tudi nepričakovane naravne smrti (1). V nekaterih primerih je opredelitev načina smrti kot samomora kljub okoliščinam, ki smrt skoraj brez dvoma povezujejo s samomorom, zelo odgovorna naloga. Zavajajoče okoliščine pogosto spremljajo dogodke, kot so padec z višine ali samomor z obešanjem. Pri ugotavljanju načina smrti zaradi padca z višine je osrednje vprašanje, ali je šlo za padec in nesrečo, ali skok in samomor, ali pa je bil morda pokojni pahnen v globino in je torej šlo za umor (2). Tudi obešanje, ki je širom po svetu zelo pogost način samomora, postavlja pred preiskovalce, mrliškega preglednika in specialista sodne medicine več vprašanj: ali je šlo za nezgoden zaplet s pomanjkanjem zraka med avtoerotično manipulacijo zaradi povečanja spolnega užitka (spolna asfiksija), samomor ali umor osebe, katere motorične zmožnosti so bile zelo omejene bodisi zaradi opitosti, bodisi zlorabe drog, bodisi telesne oviranosti, ali prikrivanje umora z zadržitvijo (1–3). Pred preiskovalce so lahko postavljeni tudi nekateri drugi izzivi, ki so posledica spremenjenih okoliščin dogodka. Svojci, npr. zaradi stigme, skušajo s spremembo kraja in okoliščin smrti prikriti resnično naravo dogodka, kot je samomor z zastrupitvijo, utopitvijo, kompleksni samomor, samomor v prometu ali v primerih samozažiga (1, 2). Le kompleksna in celostna obravnava dogodka lahko razkrije okoliščine, ki porajajo utemeljen sum, da bi smrt lahko bila povezana s samomorom. Okoliščine, ki npr. nakazujejo samomor v prometu, so trk vozila z veliko hitrostjo v oviro ob vozišču ali tovornjak na preglednem delu vozišča, nepojasneni obrat voznika z vozišča v globoko vodo ali prepad ob vozišču ali v njegovi bližini, odsotnost zavornih sledi ali sledi zdrsa na vozišču. Razen tega je treba upoštevati tudi druge možnosti in razlikovati med okoliščinami, ki nakazujejo prometno nesrečo, poskus prikrivanja umora s posnemanjem prometne nesreče in naravno smrtjo med vožnjo vozila. Poslovilno pismo, predhodna grožnja s samomorom, finančne in družinske težave so dodatne okoliščine, ki nakazujejo samomor (1).

Pri razlikovanju med različnimi načini smrti sta pomembni integracija in pravilna interpretacija zbranih ugotovitev kriminalistične preiskave, ozadja in okoliščin dogodka, zunanega pregleda trupla ter obdukcije. Poznavanje številnih različnih načinov smrti in z njimi povezanih sprememb na truplu (patomorfoloških sprememb) je ključnega pomena za kompetentno presojo načina smrti (1, 3, 4). Sodnomedicinska obravnava umrlih zaradi samomora ali umrlih v okoliščinah, povezanih s samomorom, je pomembna predvsem v primerih sumljivih smrti ali okoliščin smrti, kot so kompleksni ali skupinski samomori, umori, ki jim sledi samomor storilca, ter v okoliščinah posnemanja ali prikrivanja samomora (1, 3, 5).

V nadaljevanju je predstavljena razdelitev samomorov, z njimi povezanih okoliščin ter osebne značilnosti umrlih po skupinah samomorov, ki je lahko v pomoč pri opredelitvi načina in interpretaciji okoliščin smrti. Izpostavljena so tudi nekatera sodnomedicinska vprašanja, ki izhajajo iz ugotovljenih okoliščin smrti, zunanega pregleda trupla in opravljene obdukcije. Odgovori nanje lahko prispevajo k opredelitvi načina smrti in razkritju morebitnega kaznivega dejanja z elementi nasilja.

¹ Sumljive smrti so vse nepojasnjene nasilne in nenadne smrti, katerih okoliščine vsaj na začetku preiskave kažejo verjetnost vpletenosti druge osebe.

² Nasilne smrti so posledica telesne poškodbe, ki je povzročena namerno zaradi samopoškodbe, samomora ali po drugi osebi oziroma nenamerno zaradi nezgode.

Vrste in definicije samomorov v sodni medicini ter njihove posebnosti

Razlikovanje med samomorom in umorom je eden ključnih namenov sodnomedicinskih postopkov, zato je smiselno povzeti in definirati nekatere vrste samomorov (preglednica 30.1 in preglednica 30.2).

Preglednica 30.1. Različne vrste samomorov in njihova opredelitev

Vrste samomorov	Definicija
Enostavni samomor	Način samomora z uporabo enega načina samomora (6).
Kompleksni samomor (več o tem v poglavju 31)	Način samomora z uporabo več kot enega načina samomora, bodisi da sta načina aktivirana hkrati ali zaporedoma v kratkem časovnem intervalu drug za drugim (6).
Samomorilni pakt	Dogovor med umrlima, da umreta skupaj; bodisi izvršita samomor bodisi po dogovoru in s soglasjem eden ubije drugega ter zatem sam stori samomor (7). Samomorilni pakt med mladostniki ne vključuje pobudnika, ker drug pri drugem odkrijeta podobnost svojih življenjskih zgodb (angl. mirror-like relationship) (8). Prenos blodenj z enega na drugega oziroma identična duševna motnja obeh vpletenih (fr. folie à deux*) (9, 10).
Samomorilni klobčič	Zaporedni samomor med sorodniki, ki je posledica posnemanja samomorilnega vedenja bližnjega (11).
Samomori na način in s sredstvom, povezanim s poklicem umrlega (angl. occupation – related suicides)	So posledica poklicno pridobljene spretnosti, izkušenj in znanja ter posledica dosegljivosti sredstev, ki sicer niso na voljo zlahka in vsem (1, 12).
Posnemanje načina samomora (angl. copycat suicide)	So posledica izpostavljenosti novicam, objavljenih v medijih o samomoru slavne osebe in njegovih podrobnostih, ki se zaradi medijske globalizacije hitro širijo (13).
Bilančni ali racionalni samomor	Sledi temeljitemu zavestnemu razmisleku umrlega o prednostih in slabostih življenja glede na trenutne življenjske okoliščine, kjer prevladajo argumenti proti nadaljevanju življenja (1).
Asistirani samomor (več o tem v poglavju 33)	Druga oseba posamezniku zagotovi sredstvo, s katerim si ta vzame življenje (14).
Samomor, izzvan s policijskim posredovanjem (angl. suicide by cop)	Posameznik, ki si želi umreti in sam ne zmore izvršiti samomora, skuša z načrtnim agresivnim vedenjem izzvati policiste k uporabi nesorazmerne sile ali orožja (15).
Umor - samomor (sinonima uboj - samomor ali razširjeni samomor)	Umoru ali več umorom v ozkem časovnem oknu, do 24 ur po umoru, sledi samomor storilca (16). Pojem samomor - umor je uvedla Van Wormer, da bi povezanost dogodka razlikovala od dogodkov, ki jih usmerja težnja k samomoru ali motiv za umor (17).
Fingirani samomor	Prikrivanje umora s posnemanjem načina samomora (18).

* Folie à deux je zelo redek psihiatrični sindrom, pri katerem pride do popolnega ali delnega prenosa blodnjavih motenj med duševnim bolnikom in drugimi z njim tesno, intimno povezanimi osebami (stariši-otroci; med otroki; med možem in ženo). Vključeni sta lahko tudi več kot dve osebi, tri, štiri, pet, ali celo dvanajst (folie à trois, folie à quatre, folie à cinq, folie à douze). Dejavniki tveganja so ženski spol, duševna manjrazvitost in osebnostne značilnosti, kot so sugestibilnost, pasivnost, histrionske lastnosti in sumničavost.

Glede na način samomora delimo samomore na letalne in neletalne (19) oziroma nasilne in nenasilne (20) (preglednica 30.2).

Preglednica 30.2. Razdelitev enostavnih samomorov glede na letalnost in nasilnost načina

Način samomora	
Letalni	Nasilni
Samomor z izbiro letalnega načina	Samomor z izbiro nasilnega načina
Obešanje	Obešanje
Raba strelnega orožja	Druge mehanske zadušitve, npr. z zadrgo
Skok z višine	Skok pred sredstvo v gibanju
Skok pred sredstvo v gibanju	Utopitev
Samozažig	Raba strelnega orožja
Zastrupitev z ogljikovim monoksidom	Raba ostrega in/ali koničastega predmeta
Neletalni	Nenasilni
Samomor z izbiro neletalnega načina	Samomor z izbiro nenasilnega načina
Zastrupitev z eno ali kombinacijo več učinkovin (zdravila, mamila, alkohol, korozivne snovi, herbicidi, insekticidi idr.)	Zadušitev z vrečko
Utopitev	Zastrupitev z zdravili, hlapnimi snovmi in plini
Raba ostrega in/ali koničastega predmeta	Zastrupitev s korozivnimi snovmi

Skupne značilnosti samomorilnega pakta ali diadnega samomora so (7):

- hkratni samomor dveh ali več oseb ali pa umoru enega neposredno sledi samomor drugega;
- enak način samomora obeh umrlih;
- samomor na istem kraju, najpogosteje v stanovanju;
- umrla sta v intimnopartnerskem odnosu;
- glavni motiv za samomor je resna telesna bolezen enega od umrlih.

Značilnosti samomorilnega pakta moramo razlikovati od:

- t. i. samomorilnih klobčičev tj. zaporednih samomorov, ki so posledica posnemanja samomorilnega vedenja bližnjih;
- nezgodne smrti bližnjih, povezanih z načinom samomora umrlega, tj. smrti pri poskusu nudenja pomoči ali dostopa do trupla umrlega zaradi samomora, npr. padca pri poskusu pristopa k truplu umrlega, ki je skočil z višine;
- hkratnega samomora tesnih prijateljev, ki se zdravita zaradi depresivne motnje, in se neodvisno drug od drugega in vsak zase odločita za samomor;
- masovnih samomorov npr. v okviru kultov.

Na samomorilni pakt nakazujejo nekatere okoliščine in ugotovitve kriminalistične preiskave, zunanje pregleda trupla in obdukcije:

- način samomora potrjuje, da smrt ni posledica nasilnega dejanja enega nad drugim, npr. smrt obeh zaradi obešanja ali zastrupitve z ogljikovim monoksidom;
- na truplih ni znakov nasilja ali poškodb, povzročenih po drugi osebi;
- poslovilno pismo na kraju, grožnje s samomorom v preteklosti in/ali potrjen samomorilni motiv (11).

Če na truplu ni prepričljivih poškodb, ki bi lahko bile povzročene po drugi osebi, je težko razlikovati med samomorilnim paktom in umorom - samomorom (9).

Celovita analiza fenomena je zelo težka, ker je samomorilni pakt redek in izoliran dogodek, ki globalno predstavlja le 1 % vseh samomorov (22). Motiv za samomorilni pakt je nadaljevanje partnerske zveze 'v smrti', ker v realnem življenju ni mogoča (22, 23). V zahodnem svetu so najpogostejši udeleženci pakta poročeni, dobro situirani zakonci, starejši od 50 let (11, 24). Dogovor, ki je skrbno načrtovan, skrivajo pred drugimi, da jim ti ne bi preprečili namere (22). Najpogosteje ga sklenejo v primerih bolezni, katere posledica bo institucionalizacija enega od partnerjev, kar ogroža nadaljevanja partnerstva. V tretjini primerov gre za posledico telesne in v polovici primerov duševne motnje (25). Rizični dejavniki, ki povečajo verjetnost oblikovanja samomorilnega pakta, so tesna povezanost med intimnima partnerjema, samomorilni poskus ali grožnje s samomorom pobudnika pakta, sprožilni dejavnik, npr. huda telesna bolezen in duševna motnja (26). Običajno je moški z depresivno ali osebnostno motnjo dominantni in ženska običajno brez duševne motnje v anamnezi podrejeni partner, kar kaže verjetnost, da ukrepa pod pritiskom pobudnika (27). Samomora storita hkrati in na istem kraju, gre bodisi za hkratni samomor bodisi, kar v 45 % dogodkov, za umor, ki mu sledi samomor pobudnika. Izbrani način samomora je odvisen od dosegljivosti sredstva in je srednje do visoke stopnje letalitete³ (24).

Samomorilni pakt je opisan tako pri mladostnikih (28) kot starejših (9). Pri mladih je v ozadju dejanja narcistična in čustvena motnja (28), pri starostnikih pa osamljenost in socialna izolacija (9). Pri 'folie à deux' blodnjavost botruje motivu in soglasju, zato je take primere težko ločevati od primerov umor - samomor (21).

Načini samomorov, ki so posledica rabe sredstev, povezanih s poklicem umrlega, so neobičajni in odstopajo od drugih načinov samomora, kakor tudi ugotovitve obdukcije, ki jih je v teh primerih težko pojasniti (1, 12). Okoliščine tovrstnih samomorov so:

- posebna vrsta vozla zanke za obešanje, npr. različice ribiškega vozla (12);
- raba službenega orožja (policisti, vojaki, lovci idr.), pištole za omamljanje živali (klavci, mesarji, živinorejci), zastрупitev s pesticidi (poljedelci) ali cianidom (zlatarji, delavci v kovinski industriji) (29, 30, 31, 32);
- prekinitev arterij na specifičnih anatomskih mestih ali žilnega pristopa npr. arteriovenske povezave za hemodializo⁴, lahko tudi ob uporabi lokalnega mrtvila (zdravniki in drugi zdravstveni delavci) (33, 34);
- raba hormonov (npr. inzulina) in kombinacij zdravil (npr. anestetikov in mišičnih relaksantov) (12);
- raba posebej načrtovanih in izdelanih naprav, npr. vira napetosti, povezanega s časovnikom (35).

Razlogi za prikrivanje samomora so številni in različni, od verskih, rentnih do prikrivanja odnosov v družini. Primeri prikrivanja samomora so odstranitev zanke okoli vratu in skrivanje brazde od zanke na vratu s povezovanjem ust umrlega ali odstranitev dokazov, ki

³ Letalnost načina samomora pomeni stopnjo gotovosti smrtnega izida izbranega načina samomora, npr. samomora s strelnim orožjem.

⁴ Arteriovenska povezava za hemodializo je žilni pristop običajno na zgornji okončini, izveden s pomočjo povezave med arterijo in veno ali povezave med arterijo in veno preko mehkeje umetne cevke ali cevke iz plastičnega materiala, ki je vstavljena v večjo veno.

kažejo na samomor, npr. poslovilnega pisma, prazne embalaže zdravil, injekcijske igle ali kozarca oziroma plastične vrečke z glave umrlega (12).

Wertherjev učinek pomeni posnemanje načina samomora medijsko prepoznavne osebe (13), vendar se v sodni medicini srečujejo tudi s posnemanjem umorov, o katerih podrobno poročajo nekateri mediji (*več o tem v poglavju 17*) (1).

Koncept bilančnega ali racionalnega samomora, ki naj bi pojasnil vpliv z leti naraščajoče monotonosti življenja na samomorilno vedenje, sta postavila Hamermesh in Sossa (36). Po Sieglu temelji odločitev za racionalni samomor na posameznikovi objektivni presoji in tehtnem razmisleku o lastnem življenju in trenutnih življenjskih okoliščinah, ki ni plod duševne motnje ali hude čustvene napetosti in bi lahko bil motiv za samomor, razumljiv tudi drugim v njegovem socialnem okolju (37).

Kriterije, po katerih bi lahko samomor uvrstili v skupino racionalnih samomorov, je postavil Werth (38):

- stanje razmišljujočega o samomoru je 'dokončno in brezupno', npr. terminalna faza bolezni, hude telesne ali duševne bolečine, invalidnost ali nesprejemljiv padec življenjskega standarda posameznika;
- odločitev je:
 - rezultat svobodne izbire posameznika in ne pritiskov ter nagovarjanja od drugih;
 - nastala v procesu informiranega odločanja, tj. procesu, ki vključuje strokovno presojo duševnega stanja posameznika; razumsko in kritično presojo vseh drugih možnosti; presojo skladnosti osebnih vrednot z načrtovanim dejanjem; upošteva vpliv dejanja na bližnje; vključuje posvet z drugimi objektivnimi osebami, npr. zdravstvenim ali verskim osebjem in bližnjimi.

Večina raziskav racionalnega samomora je zasnovanih na različnih izhodiščih in vključitvenih kriterijih, kar kaže kompleksnost koncepta racionalnega samomora. To še posebej velja za raziskave, ki vključujejo starostnike (39).

Samomorilni količnik je med starimi 70 in več let v različnih delih sveta med najvišjimi (40). Po drugi strani je tudi stopnja smrtnosti zaradi samomorilnega poskusa med starejšimi večja kot med mlajšimi, kar verjetno bolj kot 'klic na pomoč' kaže 'željo po smrti' (*več o tem v poglavju 24*) (41). Najpogostejši in med seboj primerljivi razlogi za samomor med starostniki in mlajšimi so duševna motnja, pomanjkanje socialnih stikov, somatska bolezen in nespečnost. S starostjo se stopnjuje pojavnost kroničnih bolezni, socialne izolacije, nespečnosti in posledično tudi motivacija posameznika za samomor (42). Čeprav je depresivna motnja, ki pogosto ostaja prikrita, eden najpomembnejših in pogostih dejavnikov tveganja za samomor med starostniki (med 28,6 in 57,9 % umrlih) (43), je somatska bolezen v približno 55 % samomorov med starostniki vzrok zanj (44). Splošno se relativno tveganje za samomor poveča 1–4,5-krat v primerih Huntingtonove bolezni, multiple skleroze, sistemskega lupusa eritematozusa, želodčne razjede, bolezni ledvic, srca in pljuč, rakave bolezni ali poškodbe hrbtenjače (43).

Pojav samomorilnega vedenja med starostniki je povezan zlasti z izgubo sposobnosti skrbeti zase in strahom pred odvisnostjo od pomoči drugih ter s tem povezano izgubo dostojanstva, padcem kakovosti življenja in zadovoljstva z njim, izgubo smisla življenja in občutka biti koristen, izgubo lastne vrednosti in samopodobe (*več o tem v poglavju 24*) (45, 46). Ne glede na pretekle dosežke v življenju so starostniki soočeni s spremembami v zdravju, zaposlitvi in osebnih odnosih, kar zahteva redefinicijo njihove samopodobe (46).

V skupino tistih z duševno motnjo, čeprav je depresivna motnja najpomembnejši rizični dejavnik za samomor med starostniki, ne moremo šteti vseh starostnikov, ki izražajo željo po smrti, saj dejansko vsi ne izkazujejo znakov depresivne motnje ali anksioznosti (47).

Temeljno izhodišče, da gre za smrt posameznika brez diagnosticirane duševne motnje, ki temelji na premišljeni odločitvi, so številni raziskovalci dopolnili tudi v luči možnosti sodobne medicine, da podaljšuje življenje kritično bolnih preko razumskih meja, ki več ne zagotavljajo kakovostnega življenja. Cilj sodobne medicine je doseči ravnovesje med koristnimi in škodljivimi posledicami zdravljenja ter paliativne oskrbe (39).

Cheung (48) je Sieglowe kriterije, ki opredeljujejo racionalni samomor med starostniki, še dopolnil:

- oseba razume terminalno naravo svojega stanja;
- se zavestno odloči, da z zdravljenjem ne bo nadaljevala;
- izraža željo končati življenje ter načrtuje svojo smrt in
- sprožilni dogodek še poslabša brezupnost stanja.

Weber, ki je oporekal obstoju pravne podlage za omejevanje pravice do samomora na nekatere skupine, je izpostavil dva vidika pravice do smrti (49):

- pravico do zavrnitve zdravljenja, ki bolnika ohranja pri življenju in
- pravico do 'soglasja za smrt – pravico do samomora'.

Z argumentom, da smrt čaka vse, pa čeprav bo večina umrla v starosti, podporniki pravice do smrti zagovarjajo stališče o razumnosti želje po nadzoru nad časom in okoliščinami lastne smrti (*več o tem v poglavju 33*). V kolikšni meri posameznik izpolnjuje tovrstne kriterije, je predmet medicine in pozitivne zakonodaje v državah, kjer sta evtanazija in zdravniška pomoč pri samomoru zakonsko dovoljena (50).

Na podlagi preučevanja kriterijev racionalnega samomora je Gramaglia redefiniral pojem kot razumsko in premišljeno, bolj kot ne dokončno odločitev duševno kompetentnega in razmisleka sposobnega posameznika, ki je med številnimi alternativnimi možnostmi nedvoumno sposoben sprejeti najboljšo odločitev, ki temelji na tehtnem razmisleku o lastnem položaju (39).

Pri asistiranem samomoru gre za zagotavljanje zdravil na recept, prepovedanih drog ali strelnega orožja posameznikom, za katere je znano, da načrtujejo samomor (*več o tem v poglavju 33*). Samomor z medicinsko pomočjo vključuje zdravnika, ki posamezniku predpiše smrtonosni odmerek zdravila, ki si ga bolnik aplicira sam (14).

Pri samomoru, izzvanem s policijskim posredovanjem, posameznik kljub opozorilom, da bodo policisti uporabili silo, izziva z orožjem v roki in ne upošteva ukazov. S svojimi dejanji, verbalno komunikacijo in načrtnim vpletanjem policistov kot ključnih pri njegovi smrti izkazuje samomorilni namen (15).

Med policijskimi posredovanji, ki se končajo s smrtjo storilca kaznivega dejanja, se deleži samomorov s pomočjo policije gibljejo med 10 in 48 % (51). Smrt storilca kaznivega dejanja v teh okoliščinah običajno sledi v nekaj minutah po prihodu policije na kraj dogodka (52).

S primerjalno analizo raziskav umrlih zaradi samomora s pomočjo policije sta Patton in Fremouw preučila okoliščine dogodka in značilnosti umrlih (51). Tipično je umrli samski, razvezan ali ovdoveli mlajši moški v starosti 31–35 let, bele rase, z anamnezo duševne motnje, ki ga je policija že obravnavala zaradi kaznivih dejanj. Ženske, vpletene v tovrstne incidente, so nekoliko starejše (povprečna starost 40 let), so bile pred dogodkom

pogosteje kot vpleteni moški obravnavane zaradi duševne motnje in pogosteje kot moški dogodek načrtujejo že pred prihodom policije. Incident je običajno kratkotrajen, se odvije v stanovanju umrlega in se večinoma konča v času do 1 ure. Umrli zaradi samomora so pogosteje kot drugi vpleteni v policijsko obravnavo s smrtnim izidom pod vplivom alkohola (36–75,5 %) in/ali trdih drog, zato so bolj impulzivni in je izid pogosteje smrten. Tudi delež tistih med njimi, ki zlorablajo ali so odvisni od alkohola ali drog, je relativno visok (54–65 %). Prav tako so številni med njimi v preteklosti že poskusili storiti samomor. Umrli samomorilnega namena med dogodkom običajno ne izraža oziroma ga izraža s kombinacijo besednih, vedenjskih in načrtovanih aktivnosti, s katerimi izziva policiste k uporabi orožja bodisi ker ne spoštuje njihovih ukazov ali se jim bliža z orožjem v roki. Smrtonosno orožje je uporabljeno pogosto, ker so se druge policijske metode, uporabljene pred tem, npr. pogajanje, raba sredstev za fiksacijo ali onesposobitev z rabo elektrošokerja, izkazale za neučinkovite. Umrli najpogosteje uporablja strelno orožje, ki je le v redkih primerih neuporabno ali prazno. Zaradi zasledovanja osnovnega motiva je verjetnost aktivacije strelnega orožja velika. Po pogostosti sledi raba ostrih in koničastih predmetov (51).

Neredko tovrstni dogodki niso načrtovani in jih aktivira nek sprožilni dejavnik, kot je spor ali nasilje v družinskem krogu, grožnja z aretacijo in zaporom, ali, čeprav redkeje, zagon duševne motnje. V prvih 24 urah pred samomorilnim poskusom, izzvanega s policijskim posredovanjem, so najpogostejši sprožilni dejavniki težave v odnosih z drugimi, nedavna izguba, zdravstvene težave ali težave z zakonom. Izid je pogosto smrten, saj je raba manj letalnih metod neučinkovita, ker vpletenega ne odvrnejo od njegovega osnovnega cilja, saj vidi v policistih način in orodje, kako umreti (51).

Umor - samomor

Pogosta sinonima za pojem umor - samomor sta uboj - samomor in razširjeni samomor ter glede na število umorjenih tudi diadna ali triadna smrt oziroma razširjeni umor, če so umorjene več kot tri osebe (16). Čeprav ni enotne opredelitve časovnega okna, naj to ne bi bilo daljše od 72 ur, ker lahko v daljšem časovnem obdobju pride do spremenjenega motiva za samomor (53). V mednarodnem prostoru ostaja pogostost obravnavanih dogodkov v daljšem časovnem obdobju nespremenjena z incidenco med 0,04–1,55/100.000 prebivalcev (54). Razlike v incidenci med državami in regijami so velike. Pogosto je višja v državah z nizko incidenco umorov (55).

Storilci so impulzivni asocialni posamezniki s slabim nadzorom nad agresivnostjo in pogosto s pridruženima nizko samopodobo ter samozaupanjem (56). Najpogosteje je storilec moški srednjih let in žrtev ženska, bodisi intimni partner storilca ali družinski član (16, 57). Samomor po umoru je pogostejši med starejšimi kot mlajšimi storilci (58) in redke med storilkami ženskega spola (59).

Pogosto je umor partnerja, tako časovno kot po načinu, načrtovan že dolgo pred dogodkom, kar dokazuje najdeno poslovilno pismo v 59 % primerov umorov - samomorov (60). Med mlajšimi pari in pari srednjih let so grožnje in družinsko nasilje pred umorom pogosta spremljevalna okoliščina (61).

V številnih državah je bilo najpogosteje uporabljeno strelno orožje, tj. v 16–95% obravnav, kar je odvisno predvsem od zakonodaje na področju strelnega orožja in posledične dostopnosti orožja. Incidenca rabe strelnega orožja je bila najnižja v Evropski uniji (16–36 %) in najvišja v Južni Afriki, Švici in Združenih državah Amerike (82–83 oz. 95 %) (16).

Drugi pogostejši načini so še raba ostrih in koničastih predmetov ter zadušitev (43). V času samomora je bilo 22–30 % storilcev pod vplivom alkohola ali drugih učinkovin s centralnim delovanjem (62, 63). Med storilci umora - samomora je prevladujoča duševna motnja depresija, ki je močan napovedni dejavnik dogodka (62, 64–66). S posmrtnimi toksikološkimi preiskavami so ugotovili prisotnost antidepresivov v 12 (62) oz. 15 % (67) storilcev in pri nobenem v raziskavi Malphursa in Cohena, čeprav jih je 65 % imelo depresivno motnjo (68). Razen tega so med storilci prisotne tudi osebnostne motnje (65, 66), pogosto v povezavi z zlorabo alkohola in drugih učinkovin s centralnim delovanjem (66, 69) in zelo redko psihotična stanja (64).

Razdelitev vrste umorov, ki jim sledi samomor storilca, loči med tremi osnovnimi podskupinami: umorom zakonca ali intimnega partnerja, družinskih članov in drugih, ki niso člani družine (preglednica 30.3) (70).

Preglednica 30.3. Vrste umorov - samomorov

Vrste kombinacij umor - samomor			
	Storilec	Žrtev	Poimenovanje umora
V zakonski oz. partnerski zvezi			
	Zakonski partner	Žena	Uksoricid
	Intimni/izvenzakonski partner	Mož/Intimni partner/ Izvenzakonski partner	Mariticid
V okviru družine			
	Starši	Otrok, mlajši od 24 ur (novorojenček)	Neonatacid
	Starši	Otrok, starejši od 24 ur in mlajši od enega leta	Infanticid
	Otrok, starejši od 16 let	Otrok v starosti 1–16 let	Filicid/pedicid
	Drug član družine, starejši od 16 let	Odrasel družinski član	
		Mati	Matricid/paricid
		Oče	Patricid/paricid
		Brat	Fratricid
		Sestra	Sororicid
		Zakonski partner in/ali več družinskih članov vključno z otroki	Familicid
Izven družine			
	Odrasel moški ali ženska	Prijatelj, sostanovalec ali znanec	Homicid

Motivacijski dejavniki, vzročno povezani z umori, ki jim sledi samomor storilca, so (71):

- napovedana ali nedavna ločitev;
- prekinitvev ali pričakovana prekinitvev razmerja, izvenzakonskega partnerstva ali intimne zveze;
- ljubosumje zaradi (namišljenega) ljubimca;
- maščevanje partnerju zaradi dejanske ali namišljene nezvestobe;
- maščevanje dejanskemu ali namišljenemu ljubimcu žene ali intimnega partnerja;
- terminalna bolezen drugega ('umor iz usmiljenja');
- altruizem ('obvarovanje otroka pred dejanskim ali namišljenim trpljenjem, ki ga prinaša življenje');
- finančne, družinske težave ali težave v socialnem okolju;
- alkoholizem, odvisnost od prepovedanih drog ali duševna motnja storilca;
- nespecifični in neznani vzroki.

Specialna delitev umorov, ki jim sledi samomor storilca (71):

- umor družine,
- diadni umor,
- triadni umor,
- samomor storilca masivnega ali serijskega umora.

Umor in samomor sta najpogostejša v skupini intimnopartnerski umor - samomor. Vodilna motiva za umor v skupini mlajših storilcev sta patološka posesivnost ali ljubosumje oziroma v skupini starejših od 55 let neozdravljiva bolezen partnerja (43).

Drugi najpogostejši tip umora - samomora je umor otrok. V primerjavi z moškimi ženske storilke izvršijo umor z manj letalnimi načini, kot sta zastrupitev ali zadušitev, moški pa s strelnim orožjem ali ostrim predmetom (72). Najpogostejši motivi so: altruizem, psihoza, neželen otrok, nenačrtovana smrt otroka zaradi zlorabe in maščevanje partnerju. Kadar so storilci moški, je glavni motiv za umor zloraba ali maščevanje partnerki in altruizem, in ko so storilke ženske, duševna motnja (depresija ali shizofrenija). Žrtve moških so najpogosteje starejši otroci in drugi družinski člani, medtem ko ženske pogosteje umorijo otroke v starosti do enega dneva (73, 74).

Tretja entiteta, ki jo predstavlja kombinacija familicid - samomor, je v primerjavi s prejšnjima tipoma relativno redka (62, 75). Storilci so skoraj izključno moški (72), ki uporabijo registrirano strelno orožje (67, 76). Pomemben kritični dejavnik pri tem tipu umora - samomora je storilčeva depresivna motnja (77).

Tudi umore in samomore med starostniki, ki so posledica neizogibnega slovesa od partnerja zaradi njegove bolezni ter velike odvisnosti storilca od njega, zato storilec raje umre skupaj z njim, kot da bi moral živeti sam ločeno od partnerja, uvrščamo v to skupino (17). Kot posebno podskupino omenjajo morilce, ki svoje dejanje priznajo z namenom, da bi bila nad njimi izvršena smrtna kazen, saj si želijo končati življenje, a tega iz nejasnih razlogov niso zmožni (78).

Različne raziskave, v katerih so preučevali skupne značilnosti kombinacije umor - samomor v primerjavi s samomorom ali/in umorom ter skušali razjasniti dilemo, ali entiteta umor - samomor predstavlja umor z značilnostmi samomora ali samomor z značilnostmi umora, so pokazale, da je dejanje v skupini umor - samomor skrbno načrtovano in se po

demografskih parametrov značilno razlikuje od skupine samomorov. Zaključili so, da gre za samostojno entiteto, ki se razlikuje od skupin samomora in umora (55, 70). V luči zelo različnih motivov za umor, ki mu sledi samomor storilca, je lahko razumeti načrtovanje dogodka (79), pa čeprav samomor ni nujno načrtovano dejanje, ampak posledica spoznanja storilca, kaj je storil v trenutku neobvladljive jeze (80).

Ocenjujejo, da je med samomori z obešanjem, ki je globalno eden najpogostejših načinov samomora, okoli 1,6 % umrlih zaradi umora (18, 81). V primerih umorov, ki so prikazani kot samomori z obešanjem (fingirani samomor), je treba razlikovati med obešanjem kot načinom umora, obešanjem zaradi prikrivanja sledi davljenja ali dušenja z zadrigo oziroma obešanjem umirajočega (18).

Sodnomedicinska obravnava sumljivih smrti in njenih okoliščin, pomembnih za opredelitev načina smrti

Obravnava sumljivih smrti je z medicinsko-pravnega vidika zahtevna naloga, ki se prične s prihodom mrliškega preglednika na kraj dogodka (82, 83). Le s pomočjo vseh zbranih podatkov o dogodku, okoliščinah, ugotovitev kriminalističnotehnične preiskave, fizičnih dokazov in analize sledov, laboratorijskih in drugih preiskav, zunanjega pregleda trupla in obdukcijskega izvida lahko preko povezovanja in primerjalne analize relevantnih podatkov, pridobljenih s preiskavo in obdukcijo trupla, pride do materializacije dokazov in utemeljenega zaključka o dogodku in načinu smrti. Z vidika specialista sodne medicine so ključni natančen ogled kraja dogodka ali dejanja, neposredne okolice kraja najdbe trupla, zunanji pregled in obdukcija trupla (1, 84).

Med najzahtevnejše preiskovalne naloge spadata obravnava umora in samomora intimnih partnerjev in/ali družinskih članov, saj smrt žrtve in storilca oziroma družinskih članov onemogoča zbiranje pravočasnih, objektivnih in relevantnih podatkov. V skupino najzahtevnejših preiskav spada tudi obravnava vprašljivih samomorov, kot so samomori s kombinacijo različnih načinov samomora ali številnimi poškodbami, ki vzbujajo sum, da gre za umor in ne samomor (6, 82).

Temeljna naloga specialista sodne medicine, ki opravi mrliški pregled in obdukcijo, ni le ugotoviti narave poškodb, način in neposredni vzrok smrti pokojnega, ampak tudi identificirati druge spremljajoče okoliščine dogodka in smrti, zaporedje dogodkov, vrsto, število, položaj in zaporedje zadanih poškodb, čas smrti ter druga relevantna dejstva in okoliščine (85). Povsem mogoče je namreč zamenjati dvojni ali večkratni umor, naravno smrt ene in samomor druge osebe oz. hkratni samomor dveh oseb za umor in samomor ali v primerih kompleksnih samomorov za umor in obratno. Namen vseh aktivnosti pri obravnavi tovrstnih dogodkov mora biti natančna rekonstrukcija dogodkov pred nastopom smrti pokojnika (86). V nekaterih obravnavah so lahko okoliščine dogodka nedoumljive in lahko kažejo npr. bodisi na kriminalno dejanje ali hkratni samomor več oseb. Takšni primeri obravnave so npr. smrti v ognju, saj so relativno pogosti primeri prikrivanja kaznivega dejanja umora z zažigom trupla (85).

Ugotovitve obdukcije je treba interpretirati primerjalno v luči podatkov, zbranih med preiskavo, tj. o osebnostnih značilnostih, telesni kondiciji, osebnih težavah (družinskih, čustvenih, materialnih, na delovnem mestu), zdravstvenem stanju, predvsem duševnem zdravju, in napovedmi dejanja (19).

Obravnavo sumljivih smrti lahko strnemo v nekaj ključnih elementov obravnave:

- ogled kraja dogodka,
- vrsta in topografska razporeditev poškodb,
- pregled na kraju zbranih podatkov preiskovalnih organov (npr. policije),
- toksikološke preiskave,
- zbiranje podatkov o duševni motnji ali samomorilnem poskusu.

Obravnava sumljive ali nasilne smrti se prične z natančnim ogledom kraja dogodka, oblačil ter morebitnih bioloških sledi, sicer lahko ostanejo številna ključna vprašanja neodgovorjena (87, 88).

Najpogosteje je kraj samomorov, kompleksnih samomorov in umorov intimnega partnerja oz. družinskih članov, povezanih s samomorom, družinsko stanovanje ali stanovanje žrtve (43, 89). Drugo ključno vprašanje je čas smrti oziroma dogodka. Samomori z ostrimi predmeti so na primer pogosteje izvršeni podnevi, medtem ko so telesni napadi, kjer gre za napade z ostrim predmetom, pogostejši pozno zvečer ali ponoči (90). Čeprav je predmet storitve dejanja, npr. nož, pogosto najden poleg umrlega, to ni okoliščina, ki bi jo bilo mogoče eksplicitno povezati s samomorom, saj je lahko predmet namenoma puščen ob umrlem zaradi poskusa prikrievanja kaznivega dejanja (89). Pogosteje kot drugi ostri predmeti, npr. britvica ali žepni nož, je v primerih samomorov in umorov uporabljen kuhinjski nož, ki je glede na najpogostejši kraj smrti zlahka dostopen (91, 92). Pri zadužitvah s plastično vrečko je najpogosteje uporabljena ena vrečka, ki je zategnjena in pogosto fiksirana okoli vratu z lepilnim trakom, vrvjo, pasom ali podobnim sredstvom (93). Poleg rabe vrečke kot načina samomora je uporaba vrečke in posledično pomanjkanje zraka pogost element avtoerotične manipulacije. Ta torej lahko vodi v smrt zaradi zadužitve. Tovrstne okoliščine in način smrti skušajo svojci pogosto prikriti, tako da z glave pokojnega odstranijo vrečko. V takih primerih je natančen ogled kraja smrti zelo pomemben. Golo in/ali naličeno truplo ter pornografska literatura na kraju smrti oziroma v okolici trupla so pogoste okoliščine, povezane z zadužitvijo med avtoerotično manipulacijo (94). Obdukcijski izvid je v primerih zadužitve z vrečko pogosto brez posebnosti, saj niso prisotni znaki zadužitve, kot so pikčaste krvavitve po koži, očesnih veznicah ali mrenah notranjih organov, niti zunanji znak fiksacije vrečke okoli vratu, npr. žlebičasta sled na vratu (95).

Natančen pregled oblačil in primerjava števila, položaja in razporeditve poškodb na oblačilih in truplu, globina ter smer poškodbenega kanala npr. vbodnin ali strelnih poškodb, so ključni pri opredelitvi, ali si je umrli poškodbe lahko povzročil sam ali so bile povzročene po tretji osebi in ali je bil v času povzročitve poškodb še živ (1, 5, 83, 96).

Na poškodbe oblačil pogosteje naletimo v primerih napadov na žrtev ali umorov kot v primerih samopoškodb (89). Vendar poškodbe oblačil same po sebi ne izključujejo tudi možnosti samomora umrlega (97), saj so prisotne v kar do 39 % samomorov (92, 98, 99). Poškodbe z ostrim in koničastim predmetom so v nekaterih delih sveta najpogostejši način umora in le v 1,6–3 % samomorov način samomora (89).

Razlike med razporeditvijo samopoškodb in poškodb, povzročenih po drugem, so eden od kriterijev, ki omogoča razlikovanje med načinom povzročitve poškodb, tj. ali gre za samopoškodbo ali poškodbo, povzročeno po drugi osebi (96). Splošno velja, da so poškodbe na delih telesa, ki niso dosegljivi dominantni roki, verjetneje povzročene po tretji osebi (5) kot pa obratno, ker umrli zaradi samomora drži predmet poškodovanja v dominantni roki (90). Anatomoško mesto poškodb je torej eden od kriterijev razlikovanja

med načinom povzročitve poškodb, saj so npr. ostre poškodbe v področju sprednje strani vratu pogosteje povzročene s samomorilnim (17 %) kot morilskim namenom (9,3 %). Poškodbe na področju prsnega koša in udov so ob samomorih in umorih najpogostejše, na tretjem mestu pa jim sledijo poškodbe na področju trebuha. Izolirane poškodbe na področju zgornjih udov so pogostejše v primerih samomorov. Pri umorih pa so pogosto hkrati poškodovani zgornji in spodnji udi (89). Poškodbe leve strani prsnega koša so pogostejše od desne strani ne glede na namen povzročitve. Razloge za to je iskati v tem, da je večina ljudi desničarjev, in v splošnem zavedanju o položaju srca v levi polovici prsnega koša oziroma v položaju med storilcem in žrtvijo v času napada (89, 98). Nasprotno so samopoškodbe trebuha najpogostejše na desni strani, kar je verjetno tudi posledica tega, da je večina ljudi desničarjev (100), in zgornjem delu (90, 101). Tudi kultura nekaterih etničnih skupin in njene posebnosti lahko vplivajo na izbrano anatomsko mesto poškodovanja. Na Japonskem so na primer med moškimi najpogostejše vbodne rane trebuha in med ženskami na vratu (102). Druge okoliščine, ki pomagajo razlikovati načine povzročitve ostrih poškodb, so še število poškodb, njihova usmerjenost in grupiranost, prisotnost znakov oklevanja in obrambnih poškodb (5, 83). Skupno število poškodb, povzročenih z ostrim in koničastim predmetom, ne more biti napovednik načina smrti (89, 98), vendar je pomembno poudariti, da pri samomorih pogosto naletimo na eno smrtno poškodbo in več poskusnih ran, povzročenih z ostrim in koničastim predmetom (89). Številne, druga ob drugi, vzporedno potekajoče in prečno orientirane rane na delu/-ih telesa so zaradi načina držanja noža pogosteje označevalec samomora kot umora (103), medtem ko so razmetane in v različnih smereh potekajoče rane povzročene z morilskim namenom (89). Skupek poškodb na delu telesa kaže, da je pokojni v trenutku poškodovanja miroval (5, 83). Rane, ki so znak oklevanja, so pogosto plitke, vzporedne in številne ter v neposredni bližini smrtnih ran. Poskusne rane so v primerih samomorov pogoste in ugotovljene v več kot 50 % samomorov z ostrimi predmeti (89, 98). Obrambne rane nastanejo kot posledica pasivne (varovanje vitalnih področij telesa z delom zgornjega uda med predmetom in telesom) ali aktivne obrambe (lovljenje ali prijemanje za predmet z roko/rokama) pred sunkom z ostrim predmetom v telo in so razporejene po hrbtni strani rok in podlakti, dlaneh in dlanski strani podlakti, na blazinicah prstov in med prsti (89). Ker so pogost spremljevalec umorov z ostrim predmetom, so pomembna spremljajoča okoliščina takšnih načinov umorov (104, 105). Poškodbe, ki prodro v telesno votlino, so po drugi strani pogostejše v primerih umorov kot samomorov (92).

Podatki, povzeti po uradnih zaznamkih policistov in rezultatih kriminalistične preiskave so specialistu sodne medicine eden od ključnih virov informacij o dogodku. Gre namreč za podatke o morebitnem ozadju in sprožilcih dogodka, ki so pridobljeni od prič dogodka, družinskih članov in/ali znancev. Obducentu lahko pri posredni rekonstrukciji dogodka pomagajo anamnestični podatki o telesnem zdravju in predvsem duševni motnji ter njenem zdravljenju, samomorilnem poskusu v preteklosti, grožnjah s samomorom, družinskih, zakonskih ali materialnih težavah in drugih dejavnikih tveganja, najdba poslovilnega pisma oziroma druge ugotovitve preiskave, kot so dokazi o vlom ali izključitev morebitne vpletenosti prič dogodka v smrt preiskovanca (5, 83). Med najtežjimi primeri obravnave smrti so tisti, pri katerih zaključek o načinu smrti temelji le na posrednih okoliščinah, npr. obravnava trupla iz ognja, ki je v celoti karbonizirano. To je hkrati tudi eden najpogostejših načinov prikrivanja umora in poskusa uničenja z njim povezanih sledov (83).

Preiskovanje nepojasnjenih in sumljivih smrti zahteva natančno opredelitev vzroka smrti in tehtno presojo vseh dejavnikov, ki bi lahko bili kakor koli povezani s smrtjo (106). Toksikološka preiskava je tudi v primerih, ko zastrupitev ni odločujoči dejavnik pri nastopu smrti, temeljni akt obravnave samomorov, kompleksnih samomorov in umora v povezavi s samomorom. Negativna toksikološka preiskava potrjuje, da je smrt nastopila v okoliščinah povsem ohranjene zavesti, kar govori v prid samomora. Izmerjene nizke koncentracije učinkovin s centralnim delovanjem pa so po drugi strani lahko potenciranje načina samomora ali način otopitve bolečine zaradi aktivacije prvega izbranega načina samomora, oziroma če so izmerjene koncentracije v visoko toksičnih ali letalnih koncentracijah, tudi način samomora (106).

Pogosta spremljajoča se okoliščina samomorov, kompleksnih samomorov in umorov, povezanih s samomorom, je bodisi diagnosticirana in zdravljena ali nezdravljena duševna motnja. Najpogostejša stanja v ozadju so depresija, shizofrenija in osebnostne motnje (64–66, 107). Kombinacija izbranih nasilnih načinov kompleksnega samomora naj bi kazala na duševno motnjo umrlega. Kadar podatka o duševni motnji ni, je večja verjetnost, da motnja ni bila diagnosticirana ali da je bila med poizvedovanjem spregledana, kot pa da ne bi bila prisotna (96).

Zaključek in usmeritve za naprej

Sodnomedicinska obravnava primerov samomorov, ki vzbujajo dvom v način smrti, je izziv in zelo zahtevna naloga, h kateri je treba pristopiti na temelju potrebnih izkušenj, podprtih z dobrim poznavanjem področja in širokim sodnomedicinskim znanjem. Specialist sodne medicine se mora pri svojem delu ves čas zavedati nevarnosti napačne interpretacije dogodka, zato mora obravnavati tovrstne dogodke z vso skrbnostjo in z vseh zornih kotov, upoštevajoč vse ugotovitve, zbrane v procesu sodnomedicinske obravnave dogodka. Sodnomedicinski zaključki so med ključnimi povezavami postopkov, ki si sledijo v procesu preiskave in preučitve dogodka ter smrti. Integracija prepoznanih značilnosti in okoliščin na kraju obravnave dogodka z ugotovitvami obdukcije je ključna vsebina sodnomedicinskega izvida. Sodna medicina ima pomembno vlogo pri prepoznavi okoliščin prikrivanja umora ali samomora in bi lahko imela enako vlogo tudi pri napovedi nekaterih načinov samomora, npr. kompleksnega samomora, ali identifikaciji in preprečevanju pojava umora, povezanega s samomorom.

Vključevanje orodja, kot je psihološka avtopsija, v obravnavo sumljivih smrti, npr. kompleksnega samomora ali umora - samomora, ali pri ugotavljanju pristanka v okviru samomorilnega pakta, bi lahko pripomoglo k razjasnitvi zaporedja dogodkov, ki so vodili v dejanje in smrt vpletenih. K identifikaciji dejavnikov tveganja, povezanih s posameznimi vrstami samomorov ter osebnostnih značilnosti, vpletenih v dogodek, bi pripomogle populacijske raziskave, ki ne bi bile omejene na majhno število obravnav sicer relativno redkih dogodkov, saj glede na okoliščine npr. umor - samomor predstavlja ločeno entiteto, pri kateri se okoliščine dogodka in rezultati opravljenih aktivnosti razlikujejo od tistih, povezanih s samomorom ali umorom. Preučevanje teh dogodkov bi moralo temeljiti na skupnih izhodiščih, kar bi omogočilo primerjavo rezultatov različnih raziskav.

Reference

1. Perdekamp MG, Pollak S, Thierauf A. Medicolegal evaluation of suicidal deaths exemplified by the situation in Germany. *Forensic Sci Med Pathol.* 2010;6:58–70. doi: 10.1007/s12024-009-9120-x
2. Byard RW, Austin A. The role of forensic pathology in suicide. *Forensic Sci Med Pathol.* 2011;7:1–2. doi: 10.1007/s12024-010-9186-5
3. Pollak S. Forensic aspects of suicide. *Rechtsmedizin.* 2005;15:235–49. doi: 10.1007/s00194-005-0333-3
4. Byard RW. Immersion deaths and drowning: issues arising in the investigation of bodies recovered from water. *Forensic Sci Med Pathol.* 2015;11:323–5. doi: 10.1007/s12024-014-9564-5
5. Simonit F, Bassana F, Scorrettia C, Desinan L. Complex suicides: a review of the literature with considerations on a single case of abdominal self stabbing and plastic bag suffocation. *Forensic Sci Int.* 2018;290:297–302. doi: 10.1016/j.forsciint.2018.07.027
6. Törö K, Pollak S. Complex suicide versus complicated suicide. *Forensic Sci Int.* 2009;184:6–9. doi: 10.1016/j.forsciint.2008.10.020
7. Jensen LL, Gilbert JD, Byard RW. Coincident deaths: double suicide or murder-suicide? *Med Sci Law.* 2009;49:27–32. doi: 10.1258/rsmmsl.49.1.27
8. Granboulan V, Zivi A, Basquin M. Double suicide attempt among adolescents. *J Adolesc Health.* 1997;21(2):128–30. doi: 10.1016/S1054-139X(97)00003-7
9. Altindag A, Yanik M. Suicide pact among three young sisters. *Isr J Psychiatry Relat Sci.* 2005;42(4):278–80.
10. Salih MA. Suicide pact in a setting of folie à deux. *Br J Psychiatry.* 1981;139:62–7. doi: 10.1192/bjp.139.1.62
11. Brown M, Barraclough B. Partners in life and in death: the suicide pact in England and Wales 1988–1992. *Psychol Med.* 1999;29(6):1299–306. doi: 10.1017/S0033291799001294
12. Schmidt PH, Padosh SA, Madea B. Occupation-related suicides. V: Tsokos M, urednik. *Forensic pathology reviews.* Vol. 2. Totowa: Humana Press; 2005. str. 337–47. doi: 10.1385/1-59259-872-2:145
13. Yi H, Hwang J, Bae HJ, Kim N. Age and sex subgroups vulnerable to copycat suicide: evaluation of nationwide data in South Korea. *Sci Rep.* 2019;9(1):članek 17253. doi: 10.1038/s41598-019-53833-8
14. Maitra RT, Harfst A, Bjerre LM, Kochen MM, Becker A. Do German general practitioners support euthanasia? *Eur J Gen Pract.* 2005;11(3–4):94–100. doi: 10.3109/13814780509178247
15. Jordan A, Panzal RN, Dempsey C. Suicide by cop: a new perspective on an old phenomenon. *Police Q.* 2020;23(1):82–105. doi: 10.1177/1098611119873332
16. Panczak R, Geissbühler M, Zwahlen M, Killias M, Tal K, Egger M. Homicide-suicides compared to homicides and suicides: systematic review and meta-analysis. *Forensic Sci Int.* 2013;233(1–3):28–36. doi: 10.1016/j.forsciint.2013.08.017
17. Van Wormer K. The dynamics of murder-suicide in domestic situations. *Brief Treat Crisis Interv.* 2008;8:274–82. doi: 10.1093/brief-treatment/mhn012
18. Geisenberger D, Pollak S, Thierauf-Emberger A. Homicidal strangulation and subsequent hanging of the victim to simulate suicide: delayed elucidation based on reassessment of the autopsy findings. *Forensic Sci Int.* 2019;298:419–23. doi: 10.1016/j.forsciint.2019.02.037
19. Ajdacic-Gross V, Weis MG, Ring M, Hepp U, Bopp M, Gutzwiller F idr. Methods of suicide: international suicide patterns derived from WHO mortality database. *Bull World Health Organ.* 2008;86(9):726–32. doi: 10.2471/BLT.07.043489
20. Nordentoft M, Branner J. Gender differences in suicidal intent and choice of method among suicide attempters. *Crisis.* 2008;29(4):209–12. doi: 10.1027/0227-5910.29.4.209
21. Prat S, Rérolle C, Saint-Martin P. Suicide pacts: six cases and literature review. *J Forensic Sci.* 2013;58(4):1092–8. doi: 10.1111/1556-4029.12056
22. Schwartz AC, Spitalnick JS, Short DK, Garlow SJ. Suicide pact by mutual simultaneous arm amputation. *Psychosomatics.* 2009;50(6):633–7. doi: 10.1016/S0033-3182(09)70867-9
23. Cohen J. A study of suicide pacts. *Med Leg J.* 1961;29:144–51. doi: 10.1177/002581726102900305
24. Fishbain DA, Aldrich TE. Suicide pacts: international comparisons. *J Clin Psychiatry.* 1985;46(1):11–5.
25. Rajagopal S. Suicide pacts and the internet. *BMJ.* 2004;329(7478):1298–9. doi: 10.1136/bmj.329.7478.1298
26. Rosenbaum M. Crime and punishment—the suicide pact. *Arch Gen Psychiatry.* 1983;40(9):979–82. doi: 10.1001/archpsyc.1983.01790080061008
27. Milin R, Turgay A. Adolescent couple suicide: literature review. *Can J Psychiatry.* 1990;35(2):183–6. doi: 10.1177/070674379003500215
28. Mehta D, Mathew P, Mehta S. Suicide pact in a depressed elderly couple: case report. *J Am Geriatr Soc.* 1978;26(3):136–8. doi: 10.1111/j.1532-5415.1978.tb01224.x
29. Srivastava K, Chaudhury S, Bhat PS, Prakash J. Occupation related suicide. *Ind Psychiatry J.* 2019;28(1):1–3. doi: 10.4103/ipj.ipj_77_19

30. Tsokos M, Türk EE, Madea B, Koops E, Longauer F, Szabo M idr. Pathologic features of suicidal deaths caused by explosives. *Am J Forensic Med Pathol.* 2003;24:55–63. doi: 0.1097/01.PAF.0000052752.18930.44
31. Gill JR, Marker E, Stajic M. Suicide by cyanide: 17 deaths. *J Forensic Sci.* 2004;49:826–8. doi: 10.1520/JFS2003278
32. Thierauf A, Gnann H, Bohnert M, Vennemann B, Auwärter V, Weinmann W. Suicidal poisoning with mercaptodimethur—morphological findings and toxicological analysis. *Int J Legal Med.* 2009;123:387–94. doi: 10.1007/s00414-008-0313-8
33. Schwark T, Severin K, Grellner W. “I am flying to the stars”—suicide by aircraft in Germany. *Forensic Sci Int.* 2008;179(2–3):e75–8. doi: 10.1016/j.forsciint.2008.06.004
34. Grellner W, Kukuk M, Glenenwikel F. About suicide methods of physicians, medical personnel and related professions. *Arch Kriminol.* 1998;201:65–72.
35. Chan P, Duflou J. Suicidal electrocution in Sydney: a 10-year case review. *J Forensic Sci.* 2008;53:455–9. doi: 10.1111/j.1556-4029.2008.00667.x
36. Hamermesh D, Soss NM. An economic theory of suicide. *J Polit Econ.* 1974;82(1):83–98. doi: 10.1086/260171
37. Siegel K. Psychosocial aspects of rational suicide. *Am J Psychother.* 1986;40:405–18. doi: 10.1176/appi.psychotherapy.1986.40.3.405
38. Werth JL, urednik. Contemporary perspectives on rational suicide [na spletu]. Philadelphia (PA): Brunner/Mazel Publisher; 1999 [citirano 20. 12. 2020]. Dostopno na: <https://trove.nla.gov.au/work/8768140>
39. Gramaglia C, Calati R, Zeppegno P. Rational suicide in late life: a systematic review of the literature. *Medicina (Kaunas).* 2019;55(10):članek 656. doi: 10.3390/medicina55100656
40. World Health Organization, Western Pacific [na spletu]. Manila (PH): World Health Organization, Western Pacific Region; [posodobljeno 2021]. Suicide in the Western Pacific; [citirano 30. 12. 2020]. Dostopno na: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/suicide>
41. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann J, Forbes N, Caine ED. Age differences in behaviors leading to completed suicide. *Am J Geriatr Psychiatry.* 1998;6(2):122–6. doi: 10.1097/00019442-199805000-00005
42. Stanley IH, Hom MA, Rogers ML, Hagan CR, Joiner TE Jr. Understanding suicide among older adults: a review of psychological and sociological theories of suicide. *Aging Ment Health.* 2016;20(2):113–22. doi: 10.1080/13607863.2015.1012045
43. Zeppegno P, Gramaglia C, di Marco S, Guerriero C, Consol C, Loreti L idr. Intimate partner homicide suicide: a mini-review of the literature (2012–2018). *Curr Psychiatry Rep.* 2019;21:članek 13. doi: 10.1007/s11920-019-0995-2
44. Conwell Y, Thompson C. Suicidal behavior in elders. *Psychiatr Clin North Am.* 2008;31:333–56. doi: 10.1016/j.psc.2008.01.004
45. Rurup ML, Pasman HR, Goedhart J, Deeg DJ, Kerkhof AJ, Onwuteaka-Philipsen BD. Understanding why older people develop a wish to die: a qualitative interview study. *Crisis.* 2011;32:204–16. doi: 10.1027/0227-5910/a000078
46. Balasubramaniam M. Rational suicide in elderly adults: a clinician's perspective. *J Am Geriatr Soc.* 2018;66:998–1001. doi: 10.1111/jgs.15263
47. Corna LM, Cairney J, Streiner DL. Suicide ideation in older adults: relationship to mental health problems and service use. *Gerontologist.* 2010;50:785–97. doi: 10.1093/geront/gnq048
48. Cheung G, Douwes G, Sundram F. Late-life suicide in terminal cancer: a rational act or underdiagnosed depression? *J Pain Symptom Manage.* 2017;54:835–42. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.05.004
49. Weber VM. A cliff, not a slope: a response to Margaret P. Battin. *Suicide Life Threat Behav.* 1988;18(2):194–6. doi: 10.1111/j.1943-278X.1988.tb00154.x
50. Richards N. Old age rational suicide. *Sociol Compass.* 2017;11:članek e12456. doi: 10.1111/soc4.12456
51. Patton CL, Fremouw WJ. Examining »suicide by cop«: a critical review of the literature. *Aggress Violent Behav.* 2016;27:107–20. doi: 10.1016/j.avb.2016.03.003
52. Arias EA, Schlesinger LB, Pinizzotto AJ, Davis EF, Fava JL, Dewey LM. Police officers who commit suicide by cop: a clinical study with analysis. *J Forensic Sci.* 2008;53:1455–7. doi: 10.1111/j.1556-4029.2008.00861.x
53. Flynn S. A mixed methods study of homicide followed by suicide [doktorska disertacija na spletu]. Manchester: Faculty of Medical and Human Sciences, School of Medicine; 2013 [citirano 30. 12. 2020]. Dostopno na: https://www.research.manchester.ac.uk/portal/files/54537003/FULL_TEXT.PDF
54. Rouchy E, Germanaud E, Garcia M, Michel G. Characteristics of homicide-suicide offenders: a systematic review. *Aggress Violent Behav.* 2020;55:[15 str.]. doi: 10.1016/j.avb.2020.101490
55. Eliason S. Homicide-suicide: a review of the recent literature. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2009;37(3):371–6.
56. Knoll JL 4th. Understanding homicide-suicide. *Psychiatr Clin North Am.* 2016;39(4):633–47. doi: 10.1016/j.psc.2016.07.009
57. Byard RW. Murder-suicide. V: Tsokos M, urednik. *Forensic pathology reviews.* Vol. 3. Totowa: Humana Press; 2005. str. 337–47. doi: 10.1007/978-1-59259-910-3_11

58. Flynn S, Swinson ND, Hunt IM, Roscoe A, Rodway C, Windfuhr K idr. Homicide followed by suicide: a cross-sectional study. *J Forens Psychiatry Psychol.* 2009;20:306–21. doi: 10.1080/14789940802364369
59. Belfrage H, Rying M. Characteristics of spousal perpetrators: a study of all cases of spousal homicide in Sweden 1990–1999. *Crim Behav Ment Health.* 2004;14:121–33. doi: 10.1002/cbm.577
60. Weeke A, Oberwittler DA. Comparison of note writers and no note writers in homicide-suicide cases in Germany. *Arch Suicide Res.* 2018;22(1):11–9. doi: 10.1080/13811118.2017.1304307
61. Salari S, LeFevre Sillito C. Intimate partner homicide–suicide: perpetrator primary intent across young, middle, and elder adult age categories. *Aggress Violent Behav.* 2016;26:26–34. doi: 10.1016/j.avb.2015.11.004
62. Logan J, Hill HA, Lynberg Black M, Crosby A, Karch DL, Barnes JD idr. Characteristics of perpetrators in homicide-followed-by-suicide incidents: national violent death reporting system - 17 US states, 2003–2005. *Am J Epidemiol.* 2008;168(9):1056–64. doi: 10.1093/aje/kwn213
63. Bossarte RM, Simon TR, Barker L. Characteristics of homicide followed by suicide incidents in multiple states, 2003–04. *Inj Prev.* 2006;12:33–8. doi: 10.1136/ip.2006.012807
64. Debowska A, Boduszek D, Dhingra K. Victim, perpetrator, and offense characteristics in filicide and filicide–suicide. *Aggress Violent Behav.* 2015;21:113–24. doi: 10.1016/j.avb.2015.01.011
65. Flynn S, Gask L, Appleby L, Shaw J. Homicide–suicide and the role of mental disorder: a national consecutive case series. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2016;51(6):877–84. doi: 10.1007/s00127-016-1209-4
66. Kotzé C, Khamker N, Lippi G, Naidu K, Pooe JM, Sokudela FB idr. Psychiatric and other contributing factors in homicide-suicide cases, from Northern Gauteng, South Africa over a six-year period. *Int J Forensic Ment Health.* 2018;17(1):35–44. doi: 10.1080/14999013.2017.1416004
67. Barber CW, Azrael D, Hemenway D, Olson LM, Nie C, Schaechter J. Suicide and suicide attempts following homicide. *Homicide Stud.* 2008;12(3):285–97. doi: 10.1177/1088767908319597
68. Malphurs J, Cohen D. A statewide case-control study of spousal homicide-suicide in older persons. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2005;13:211–7. doi: 10.1097/00019442-200503000-00006
69. Carretta CM, Burgess AW, Welner M. Gaps in crisis mental health: suicide and homicide–suicide. *Arch Psychiatr Nurs.* 2015;29(5):339–45. doi: 10.1016/j.apnu.2015.06.002
70. Marzuk PM, Tardiff K, Hirsch CS. The epidemiology of murder-suicide. *JAMA.* 1992;267(23):3179–83. doi: 10.1001/jama.1992.03480230071031
71. Hanzlick R, Koponen M. Murder-suicide in Fulton County, Georgia, 1988–1991. Comparison with a recent report and proposed typology. *Am J Forensic Med Pathol.* 1994;15(2):168–73. doi: 10.1097/00000433-199406000-00015
72. Byard RW, Knight D, James RA, Gilbert J. Homicide-suicides involving children: a 29-year study. *Am J Forensic Med Pathol.* 1999;20:323–7. doi: 10.1097/00000433-199912000-00002
73. Bourget D, Gagné P, Whitehurst L. Domestic homicide and homicide-suicide: the older offender. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2010;38(3):305–11.
74. Friedman SH, Hrouda DR, Holden CE, Noffsinger SG, Resnick PJ. Filicide-suicide: common factors in parents who kill their children and themselves. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2005;33(4):496–504.
75. Liem M, Nieuwebeerta P. Homicide followed by suicide: a comparison with homicide and suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 2010;40(2):133–45. doi: 10.1521/suli.2010.40.2.133
76. Killias M, Dilitz K, Bergerioux M. Drame familiale — un “Sonderfall” suisse. *Crimscope.* 2006;33:1–8.
77. Schlesinger LB. Familicide, depression and cathartic process. *J Forensic Sci.* 2000;45:200–3. doi: 10.1520/JFS14661J
78. Van Wormer K, Odiah C. The psychology of suicide-murder and the death penalty. *J Crim Justice.* 1999;27:361–70. doi: 10.1016/S0047-2352(99)00008-2
79. Dawson M. Intimate femicide followed by suicide: examining the role of pre-meditation. *Suicide Life Threat Behav.* 2005;35(1):76–9. doi: 10.1521/suli.35.1.76.59261
80. Cheng P, Jaffe P. Examining depression among perpetrators of intimate partner homicide. *J Interpers Violence.* 2019;1–22. doi: 10.1177/0886260519867151
81. Sauvageau A. True and simulated homicidal hangings: a six-year retrospective study. *Med Sci Law.* 2009;49(4):239–90. doi: 10.1258/rsmsl.49.4.283
82. Christin E, Hiquet J, Fougas J, Dubourg O, Gromb-Monnoyeur S. A planned complex suicide by self-stabbing and vehicular crash: an original case and review of the literature. *Forensic Sci Int.* 2018;285:e13–6. doi: 10.1016/j.forsciint.2018.01.005
83. Banchini A, Schirripa ML, Anzilotti L, Cecchi R. Planned and unplanned complex suicides: casuistry of the Institute of Legal Medicine of Parma. *Leg Med.* 2017;29:62–7. doi: 10.1016/j.legalmed.2017.10.005
84. Bohnert M. Complex suicide. V: Tsokos M, urednik. *Forensic pathology reviews.* Vol. 2. Totowa: Humana Press; 2005. str. 127–43. doi: 10.1385/1-59259-872-2:127

85. Turk EE, Anders S, Tsokos M. Planned complex suicide. Report of 2 autopsy cases of suicidal shot injury and subsequent self-immolation. *Forensic Sci Int*. 2004;139:35–8. doi: 10.1016/j.forsciint.2003.09.013
86. Zummerova A, Sidlo J, Kuruc R, Valent D, Kovac P, Zdarilek M. The analysis of dyadic deaths. *Soud Lek*. 2015;60(2):14–6.
87. Racette S, Sauvageau A. Planned and unplanned complex suicides: a 5-year retrospective study. *J Forensic Sci*. 2007;52(2):449–52. doi: 10.1111/j.1556-4029.2007.00387.x
88. Zhao D, Ishikawa T, Quan L, Li DR, Michiue T, Maeda H. Suicidal vehicle assisted ligature strangulation resulting in complete decapitation: an autopsy report and a review of the literature. *Leg Med*. 2008;10:310–5. doi: 10.1016/j.legalmed.2008.06.002
89. De Giorgio F, Lodise M, Quaranta G, Spagnolo AG, d'Aloja E, Pascali VL idr. Suicidal or homicidal sharp force injuries? A review and critical analysis of the heterogeneity in the forensic literature. *J Forensic Sci*. 2015;60 Suppl 1:S97–107. doi: 10.1111/1556-4029.12673
90. Austin AE, Guddat SS, Tsokos M, Gilbert JD, Byard RW. Multiple injuries in suicide simulating homicide: report of three cases. *J Forensic Leg Med*. 2013;20(6):601–4. doi: 10.1016/j.jflm.2013.02.005
91. Kranioti EF, Kastanaki AE, Nathena D, Papadomanolakis A. Suicidal self-stabbing: a report of 12 cases from Crete, Greece. *Med Sci Law*. 2017;57(3):124–9. doi: 10.1177/0025802417712179
92. Venara A, Jousset F, Airagnes G, Arnaud JP, Rougé-Maillart C. Abdominal stab wounds: self-inflicted wounds versus assault wounds. *J Forensic Leg Med*. 2013;20(4):270–3. doi: 10.1016/j.jflm.2012.09.004
93. Crudele GD, Di Candia D, Gentile G, Marchesi M, Rancati A, Zoja R. One hundred and one cases of plastic bag suffocation in the Milan area between 1993 and 2013—correlations, circumstances, pathological and forensic evidences and literature review. *J Forensic Sci*. 2016;61(2):361–6. doi: 10.1111/1556-4029.13003
94. Nadesan K, Beng OB. Two cases of death due to plastic bag suffocation. *Med Sci Law*. 2001;41(1):78–82. doi: 10.1177/002580240104100115
95. Byard RW, Simpson E, Gilbert JD. Temporal trends over the past two decades in asphyxial deaths in South Australia involving plastic bags or wrapping. *J Clin Forensic Med*. 2006;13(1):9–14. doi: 10.1016/j.jcfm.2005.05.005
96. Kaliszan M, Karnecki K, Tomczak E, Gos T, Jankowski Z. Complex suicide by self-stabbing with subsequent drowning in the sea. *J Forensic Sci*. 2013;58(5):1370–3. doi: 10.1111/1556-4029.12229
97. Kaliszan M. Multiple severe stab wounds to chest with cuts to the ribs. Suicide or homicide? *J Forensic Leg Med*. 2011;18(1):26–9. doi: 10.1016/j.jflm.2010.10.004
98. Fukube S, Hayashi T, Ishida Y, Kamon H, Kawaguchi M, Kimura A idr. Retrospective study on suicidal cases by sharp force injuries. *J Forensic Leg Med*. 2008;1(3):163–7. doi: 10.1016/j.jflm.2007.08.006
99. Karlsson T. Multivariate analysis (“Forensiometrics”)—a new tool in forensic medicine. Differentiation between sharp force homicide and suicide. *Forensic Sci Int*. 1998;94:183–200. doi: 10.1016/S0379-0738(98)00065-6
100. Abdullah F, Nuernberg A, Rabinovici R. Self-inflicted abdominal stab wounds. *Injury*. 2003;34(1):35–9. doi: 10.1016/S0020-1383(02)00084-0
101. Atreya A, Rijal D, Kanchan T, Shekhawat RS. Abdominal self-stabbing: a case report. *Med Leg J*. 2017;85(2):97–9. doi: 10.1177/0025817216683583
102. Maiese A, Gitto L, dell'Aquila M, Bolino G. A peculiar case of suicide enacted through the ancient Japanese ritual of Jigai. *Am J Forensic Med Pathol*. 2014;35(1):8–10. doi: 10.1097/PAF.0000000000000070
103. Karlsson T. Homicidal and suicidal sharp force fatalities in Stockholm, Sweden. Orientation of entrance wounds in stabs gives information in the classification. *Forensic Sci Int*. 1998;93(1):21–32. doi: 10.1016/S0379-0738(98)00025-5
104. Mazzolo GM, Desinan L. Sharp force fatalities: suicide, homicide or accident? A series of 21 cases. *Forensic Sci Int*. 2005;147:33–5. doi: 10.1016/j.forsciint.2004.09.097
105. Inoue H, Ikeda N, Ito T, Tsuji A, Kudo K. Homicidal sharp force injuries inflicted by family members or relatives. *Med Sci Law*. 2006;46(2):135–40. doi: 10.1258/rsmmsl.46.2.135
106. Martinez MA, Ballesteros S. Toxicological findings in two planned complex suicide cases: ingestion of petroleum distillates and subsequent hanging. *J Anal Toxicol*. 2009;33(6):336–42. doi: 10.1093/jat/33.6.336
107. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci*. 2003;4:819–28. doi: 10.1038/nrn1220

Pomen opredelitve načina smrti pri kompleksnih samomorih

Tomaž Zupanc

Ključni poudarki poglavja

- Kriteriji razvrščanja kompleksnih samomorov v skupino načrtovanih ali nenačrtovanih oz. kompliciranih samomorov s povečanjem smrtnosti izbranega načina so: samomorilni namen in želja po smrti, načrtovanje in priprava izbranega/-ih načina/-ov samomora ter zavedanje posameznika o smrtnosti izbranega/-ih načina/-ov.
- Načrtovane kompleksne samomore delimo na tipične, ki vključujejo rabo dveh relativno pogostih načinov samomora, in atipične, katerih posebnost je redka kombinacija ali raba več kot dveh načinov.
- Nenačrtovani kompleksni samomor je prehod na alternativni način samomora v kratkem časovnem intervalu za prvim, ki ni bil takoj smrten. Drugi način samomora je odvisen od dosegljivosti načina, stopnje ohranjene zavesti ter zmožnosti gibanja osebe po prvem.
- Naloga specialista sodne medicine je pojasniti kronološko zaporedje nastanka poškodb, trajanje in stopnjo ohranjene zavesti umrlega zaradi samomora v času prehoda na drug način samomora, njegove motorične sposobnosti v času prehoda na drug načina samomora, ki temeljijo na okoliščinah in ugotovitvah obravnavanega dogodka ter obdukciji.
- Sistematične raziskave problematike kompleksnega samomora vključujejo le majhno število umrlih zaradi samomora, ker je kompleksni samomor relativno redek pojav. Zato je treba rezultate obravnavati s primerno distanco in kritičnostjo.

Povzetek

Samomorilni namen, načrtovanje in priprava izbranega načina samomora ter zavedanje posameznika o letalnosti izbranega postopka vplivajo na izbiro načina samomora. Samomore v sodni medicini po številu uporabljenih načinov delimo na enostavne in kompleksne. Pri kompleksnem samomoru gre za rabo več kot enega načina samomora, da bi jim sledila gotova smrt. Delitev kompleksnih samomorov na načrtovane in nenačrtovane temelji na načrtovanju rabe več načinov samomora. Pri načrtovanih kompleksnih samomorih gre za hkratno rabo dveh ali več načinov samomora. Zaporedna raba dveh ali več načinov samomora, ki si sledijo v relativno kratkem časovnem intervalu, ker je bil prvi način boleč ali pa smrt po prvem in naslednjih predhodnih načinih ni nastopila, je značilnost nenačrtovanih kompleksnih samomorov. Pogosto sledi manj usodnemu načinu samomora (zastрупitev, ostra poškodba) izbira bolj letalnega načina, npr. strelna poškodba, skok z višine, samozažig ali obešanje. Posebne entitete kompleksnega samomora so primeri smrti zaradi sekundarnega travmatizirajočega nenačrtovanega nezgodnega dogodka, ki je sledil izvedbi izbranega načina samomora, t. i. komplicirani samomor in samomor s povečanjem smrtnosti izbranega načina enostavnega samomora. Ugotovitve oglada kraja dogodka kompleksnega samomora in obdukcijiski izvid omogočajo verjetnostno presojo načina in vzroka smrti.

Uvod

Na delež smrti zaradi samomorilnega poskusa vplivajo različni dejavniki, kot so samomorilni namen, načrtovanje in priprava izbranega načina samomora, posameznikovo zavedanje o letalnosti tega, njegova pričakovanja in včasih drugi dejavniki, npr. posredovanje tretje osebe (1). Raba strelnega orožja, obešanje, utopitev, skok z višine in skok pred vozilo v gibanju so najpogostejši letalni načini samomorilnega poskusa (2).

Razdelitev samomorov na enostavne¹ in kompleksne so v sodnomedicinsko izrazoslovje leta 1974 zapisali Marcinkowski idr. (3). V primerjavi z enostavnim samomorom, ki je izvršen z rabo enega načina samomora, npr. obešanjem, je kompleksni samomor opravljen z uporabo več kot enega načina, npr. obešanjem in poškodbo z ostrim predmetom (4–7). Delež smrti zaradi kompleksnih samomorov je med vsemi samomori, ki jih obravnavajo specialisti sodne medicine, majhen. V različnih raziskavah se giblje med 1,5 in 5,6 % (4–10). Raziskave, v katerih sistematično obravnavajo kompleksne samomore, so maloštevilne (4, 6–8, 11, 12). V sodnomedicinski literaturi so dostopni redki opisi primerov neobičajnih kombinacij ali števila različnih načinov samomora (9, 13–24).

Naloga mrliškega preglednika in specialista sodne medicine je ugotavljanje načina in vzroka smrti, zato je obravnava kompleksnega samomora zaradi številnih poškodb na truplu, ki so povzročene na različne načine in z različnimi predmeti, velik sodnomedicinski izziv. Število poškodb in različni vzroki za njihov nastanek otežujejo razlikovanje med poškodbami, povzročenimi s samomorilnim namenom, in poškodbami, povzročenimi po tretji osebi ter posledičnim ubojem ali umorom (11, 12). Na podlagi obdukcijskega izvida in relevantnih podatkov o dogodku, ki vključuje pozitivne in negativne ugotovitve glede verjetnosti, da so bile poškodbe povzročene s samomorilnim namenom, specialist sodne medicine po opravljenem zunanem pregledu trupla in obdukciji lahko poda mnenje o načinu in vzroku smrti (11).

Vrste kompleksnega samomora in značilnosti umrlih zaradi kompleksnega samomora

Pojem kompleksni samomor pomeni samomor z izbiro več kot enega načina samomora, kar zagotavlja, da bo izbranemu/-im načinu/-om samomora sledila smrt. Izbira drugega in naslednjih načinov samomora je ukrep, ki naj bi mu, če prvi način samomora ne bi vodil v smrt, ta gotovo sledila (4–7). Travmatske posledice izbranih načinov samomora (poškodba z ostrim predmetom, strelna poškodba, obešanje, skok pred vozilo v gibanju, samozažig ipd.) se po svojih značilnostih razlikujejo in so razporejene po različnih delih telesa (1). Drugi in naslednji načini samomora so lahko bodisi uporabljeni hkrati bodisi sledijo prvemu s krajšim časovnim zamikom. Časovno zaporedje izbranih načinov samomora omogoča nadaljnjo delitev kompleksnih samomorov na načrtovane ali primarne kompleksne samomore in nenačrtovane ali sekundarne kompleksne samomore (4–7, 11). Razlikovanje med skupinama kompleksnih samomorov temelji predvsem na odločenosti osebe, da bo samomor dokončala (7). Samomorilne poskuse, ki vključujejo letalne načine samomora, načrtujejo predvsem motorično impulzivne osebe s pogostimi samomorilnimi mislimi, izrazitim samomorilnim namenom in smrtjo zaradi samomora v družini (25).

Pri načrtovanih kompleksnih ali primarnih kombiniranih samomorih gre za hkratno aktivacijo več samomorilnih načinov (npr. strelne poškodbe in obešanja) z namenom gotove smrti, hitrejšega nastopa smrti, ali da bi bila smrt zaradi hkratne rabe več načinov

¹ Enostavni samomor je samomor z enim načinom samomora npr. obešanjem, utopitvijo, rabo strelnega orožja ipd.

manj boleča (npr. zloraba hipnotikov in sedativov) (5). Načini samomora so lahko načrtovani tudi tako, da se drugi avtomatično aktivira, le če prvi zataji (26, 27). V izbiri načinov samomorov se kompleksni ali enostavni samomori ne razlikujejo oziroma so razlike prisotne le regionalno in temeljijo na kulturnih razlikah med narodi ter dostopnosti sredstev (npr. poškodbe s strelnim orožjem so pogostejše v Združenih državah Amerike kot evropskih državah) (5, 28, 29).

V skupino kompleksnih samomorov uvrščamo tudi tiste, pri katerih gre za samomore z zaporedno rabo več kot enega načina, ker prvi (lahko tudi naslednji) aktivirani način ni vodil v smrt, ali je bil nastop smrti prepočasen, ali se je način izkazal za preveč bolečega. Pri tem je pomembno, da je oseba kljub poškodbi ostala pri zavesti in je bila sposobna nadaljnjih aktivnosti. Izbira naslednje metode ali metod je impulzivna in odvisna od razpoložljivosti drugih učinkovitih načinov samomora, ki bi lahko povzročili smrt (npr. vbodni rani sledi skok z višine) (5, 6, 12). Samomore, kjer si zaporedoma v relativno kratkem času sledijo različni načini samomora, uvrščamo v skupino nenačrtovanih kompleksnih ali sekundarnih kombiniranih samomorov. V to skupino sodijo tudi samomori, pri katerih oseba večkrat in zaporedoma uporabi isti način oziroma predmet na različnih delih telesa, npr. strelno orožje, ali spremeni način rabe ostrega in koničastega predmeta ter z ureznin preide na vbodne poškodbe drugih delov telesa (5). Ker v primeru opisanega načina samomora ni mogoče govoriti o kombinaciji različnih načinov samomora, so namesto pojma sekundarni kombinirani samomor predlagali uvedbo pojma prolongirani samomor (30).

Najpogostejši načini samomora, ki so pogosto tudi načini kompleksnega samomora, so: obešanje, raba strelnega orožja, ureznine na področju zapestja ali vratu, zaužitje insekticidov, utopitev, skok z višine, samozažig, poškodbe z električnim tokom in raba pištole za omamljanje klavne živine (5, 7, 9, 24, 31). Redkejšje kombinacije kompleksnih samomorov, opisanih v literaturi, so: raba dveh strelnih orožij, kombinacija dveh strelnih poškodb in obešanja, raba strelnega orožja in samozažiga, samozažig in skok z višine, kombinacija zaužitja toksične snovi, ureznin in poškodbe z električnim tokom (23).

Racette in Sauvageau kljub široko sprejeti definiciji kompleksnega samomora v sodni medicini oporekata definiciji in menita, da bi bilo pravilneje govoriti o kombinaciji najmanj dveh različnih načinov samomora. Menita namreč, da hkratna raba dveh strelnih orožij ne pomeni posebnega načina kompleksnega samomora, ker tudi ne gre za dva različna načina samomora. Tudi povrhnje ureznine naj ne bi predstavljale načina samomora, ampak omahovanje in obotavljanje (7).

Kombinacija zdravil in/ali drog je zelo pogosta pri sicer enostavnih samomorih, zato Racette in Sauvageau ne pritrjujeta hkratni rabi drog in/ali zdravil kot enemu od načinov kompleksnega samomora. Menita, da se na ta način izgublja pomen definicije kompleksnega samomora. Težave povzroča razločevanje motiva za kombinirano rabo zdravil in/ali drog pri samomoru. Ali gre v takšnih okoliščinah za težnjo k zmanjšanju trpljenja zaradi bolečine, ki jo sproži drugi izbrani način, oziroma ali gre dejansko za samomor z zastrupitvijo kot tak in drugi način predstavlja le varnostni dejavnik, da smrt gotovo sledi kljub odpovedi prvega izbranega načina samomora? V drugem primeru okoliščine potrjujejo kompleksni samomor, kar pa ne drži v prvem primeru. Zato predlagata razlikovanje med kompleksnimi samomori v povezavi z rabo zdravil in kompleksnimi samomori, ki ne vključujejo rabe zdravil (7).

Načrtovani kompleksni samomor

Značilnost načrtovanih kompleksnih samomorov je sočasna uporaba dveh različnih načinov samomora, saj je v primeru načrtovanega kompleksnega samomora raba več kot dveh načinov kot izjema opisana v strokovni literaturi. Nekatere kombinacije načinov samomora so pogostejše od drugih. Poškodbe z ostrim predmetom so redko zastopan način samomora pri načrtovanih kompleksnih samomorih (5).

Glede na izbiro različnih kombinacij načina samomora delimo načrtovane kompleksne samomore na tipične in atipične. Pri tipičnih gre za kombinacijo dveh načinov enostavnega samomora in pri netipičnih za redke kombinacije načinov samomora ali rabo več kot dveh načinov samomora (4, 5).

Najpogostejše kombinacije načinov samomora pri tipičnih kompleksnih samomorih so kombinacija zastrupitve z zdravili, npr. hipnotiki, in zadužitve, bodisi z uporabo vrečke, poveznjene na glavo, obešanja ali utopitve bodisi kombinacije strelne poškodbe v povezavi z obešanjem, utopitvijo ali skokom z višine (5–8, 10, 32). Zastrupitev s hipnotiki in drugimi sedativi ter zadužitev s plastično vrečko sta pogosta načina samomora (4, 5). Ob načrtovanih kompleksnih samomorih sta možna razloga za rabo hipnotikov in drugih sedativov težnja, da bi bil drugi način samomora čim manj boleč oziroma da je drugi način zgolj varovalo za primer, da smrt zaradi premajhnega odmerka zaužitih zdravil ne bi nastopila (5).

Raba ostrih in koničastih predmetov kot načina samomora je v primerih načrtovanih kompleksnih samomorov bolj izjema kot pravilo. Törő in Pollak sta v analizi 54 kompleksnih samomorov opisala dva načrtovana kompleksna samomora s kombinacijo zastrupitve z zdravili in usodnih ureznin na vratu (6). V seriji 19 kompleksnih samomorov so Barranco idr. opisali en primer načrtovanega samomora s kombinacijo ureznin na zapestju ter zastrupitve z zdravili in alkoholom (12).

Umrli zaradi samomora pogosto kombinirajo zadužitev s plastično vrečko z vdihovanjem lahko hlapne snovi (5) npr. dušika, helija, etra, propana, zemeljskega plina, dušikovega oksidula ali kloroforma, s čimer pospešijo nastop smrti (33–38). K širjenju spoznanj o letalnosti kombinacije rabe plastične vrečke in zdravil kot načina samomora prispevajo objave na spletu, publikacije, ki vsebujejo natančna navodila, kako izvršiti samomor na tak način, ter organizacije, ki delujejo v podporo asistiranemu samomoru, npr. Hemlock Society (4, 5).

Raba strelnega orožja ali pištole za omamljanje klavne živine je domena moških, ki umirajo zaradi enostavnega in kompleksnega samomora. V kombinaciji z rabo orožja kot načina kompleksnega samomora je običajna raba drugega letalnega načina samomora (obešanja, skoka pred vozilo v gibanju ali z višine) (5, 9).

Med atipičnimi kompleksnimi samomori je treba izpostaviti samomore z rabo dveh različnih strelnih orožij (39, 40), samozažigom (24, 31) in skokom pred vozilo v gibanju (13). Atipični samomori zahtevajo posebno pozornost pri obravnavi tako kraja kot okoliščin dogodka, in tudi pri zunanem pregledu in obdukciji trupla pokojnika (5).

Samozažig kot eden od načinov kompleksnega samomora je najpogostejši med moškimi srednjih let, ki se pogosto zdravijo zaradi duševne motnje. Najpogosteje je ta način samomora kombiniran z drugim nasilnim načinom samomora, npr. obešanjem, vbodnimi ali strelnimi poškodbami. Zaradi majhnega števila samomorov s samozažigom je izpostavljanje razlik z drugimi načini kompleksnih samomorov zelo težko. Ob pregledu in obdukciji trupel iz ognja, pri katerih so poleg poškodb z ognjem in visoko temperaturo odkrite še druge poškodbe, npr. z ostrim predmetom ali strelne poškodbe, je vedno na

mestu poleg potencialnega samomora predpostaviti tudi možnost umora. V nekaterih obravnavah je to zaradi okoliščin, ki spremljajo dogodek, kot so smrt na prostem, ugotovitev drugih poškodb, ki so lahko soodgovorne za nastop smrti, in odsotnosti neodvisnih prič zelo težka naloga (31).

Nenačrtovani kompleksni samomor

Pri nenačrtovanih kompleksnih samomorih sledi samomorilnemu poskusu, ki se zaradi izbire načina samomora ni končal s smrtjo, prehod na drugi, alternativni način, ki ni bil predmet načrtovanja (4–7, 11). Dejansko ne gre za kombinacijo ali načrtovanje kombinacije več načinov samomora, ampak za prehod na drug način samomora. Preden oseba preide na letalni način samomora, pogosto poskuša storiti samomor na najmanj boleč in neletalen način. Dosegljivost alternativnega načina je odvisna od stopnje ohranjene zavesti, zmožnosti gibanja osebe in/ali težnje po dokončanju samomora bodisi zaradi bolečine, povzročene s poškodbo ob poskusu, strahu ali stiske in razočaranja zaradi izbire načina samomora, ki se ni končal s smrtjo (8). V teh okoliščinah je izbira načina samomora v danih okoliščinah odraz razpoložljivosti in dosegljivosti drugega/-ih načina/-ov samomora (npr. skok z višine, če oseba živi v enem od zgornjih nadstropij stolpnice) (5, 6). Časovni interval med samomorilnimi poskusi je lahko tudi daljši (5).

Stopnja ohranjene zavesti in zmožnost gibanja osebe je razen ob poškodbah delov možganov ter topih poškodb glave z izgubo zavesti pogosto ohranjena do te mere, da je oseba sposobna kompleksnih usmerjenih dejanj ali instinktivnih reakcij, primernih okoliščinam. Takšne poškodbe, čeprav so v končni fazi usodne, so poškodbe srca, pljuč in velikih žil v bližini srca, pri katerih je zavest ohranjena tudi do 15 minut po poškodovanju. Odvisno od hitrosti izgube krvi se motnja zavesti pogloblja ter zmožnost aktivnega delovanja slabi vse do nastopa smrti. Tudi po zaužitju večjih odmerkov učinkovin s centralnim delovanjem je zavest in zmožnost aktivnega delovanja ohranjena in slabi v odvisnosti od hitrosti njihove absorpcije (5).

Poškodbe, povzročene z ostrim in koničastim predmetom (ureznine, vbodnine), so najpogosteje prvi izbrani način samomora (npr. ureznine zapestja ali vratu), ki pa pogosto ni smrten in bi lahko bil tudi odraz oklevanja s samomorom (5, 6, 12). Prehod od ureznin na vbodnine, povzročene z istim ostrim in koničastim predmetom, pomeni prehod z enega na drug način samomora. Pogosto urezninam na predilekcijskih mestih (zapestja, vrat, glava in trup) sledijo vbodnine na področju srca oz. prsnega koša (5). Samomor z obešanjem se le redko ne konča s smrtjo posameznika in z vidika sodne medicine samomorilni poskus z obešanjem v takšnih okoliščinah dokazuje le žlebičasta sled zanke na vratu. Obešanje, skok z višine ali raba strelnega orožja so najpogostejši načini dokončanja sekundarnih samomorov (5, 6, 12).

Pri večini nenačrtovanih kompleksnih samomorov gre za kombinacijo dveh ali treh načinov samomora. V literaturi so opisani številni primeri rabe treh načinov samomora in do zdaj le dva primera kompleksnega samomora s kombiniranjem multiplih, petih oziroma šestih različnih načinov samomora (5, 6, 15). V razširjenem samomoru morilec pogosto konča svoje življenje s kombinacijo načinov samomora (6).

Prolongirani samomor kot alternativni pojem, ki naj bi nadomestil pojem nenačrtovani kompleksni samomor, ni bil splošno sprejet (5).

V obravnavah sekundarnih samomorov je naloga specialista sodne medicine, ki je opravil obdukcijo umrlega, pojasniti tako kronološko zaporedje nastanka poškodb kot tudi, koliko

časa ter do kolikšne mere sta bili ohranjeni zavest poškodovanca ter njegova zmožnost aktivnega delovanja. Le na podlagi obdukcijskega izvida kronološka rekonstrukcija zaporedja dogodkov ni mogoča, razen v primerih zgolj dveh skupin poškodb, od katerih ena vrsta ni bila smrtna (npr. plitve ureznine v področju zapestja brez poškodbe arterij v globini). Kadar gre za zaporedno aktivacijo treh ali več načinov poškodovanja, pa to ni mogoče in je zato treba zbrati čim več podatkov o dogodku (sledí na kraju dogodka, izjave morebitnih prič). Uveljavljeni načini določanja starosti poškodb so v takšnih primerih neuspešni, ker je časovno okno med samomorilnim poskusom in nastopom smrti prekratko (5).

Komplicirani samomor

V seriji samomorov, ki sta jih preučevala Törő in Pollak, je bil 0,5-odstotni delež takih, ki niso izpolnjevali kriterijev za uvrstitev med enostavne ali kompleksne samomore. V treh primerih je šlo za samomor z obešanjem, pri katerem so okoliščine dejanja povzročile nezgodno smrt, tj. smrt zaradi poškodb pri padcu z višine zaradi zrušenja balkona ali strgane vrvi oziroma stika z virom visoke napetosti. V teh primerih je bila smrt povezana z okoliščinami izvršitve samomora in nenačrtovanim ter nepredvidljivim nezgodnim zapletom, ki je bil vzrok za smrt osebe, ki je poskušala storiti samomor. Predlagala sta, da samomore, pri katerih pride do smrti zaradi posledic nezgodnih poškodb, povezanih z okoliščinami samomora (sekundarne travmatizacije), ki predstavljajo nenačrtovani in nepričakovani sekundarni zaplet, poimenujejo komplicirani samomor. Opredelitev do načina smrti (samomor ali nezgoda) je lahko v takšnih primerih nejasna ter odvisna od zakonskih in upravnno-administrativnih predpisov posamezne države (6).

V seriji 622 obravnavanih samomorov na Inštitutu za sodno medicino v Genoi so avtorji poleg 19 kompleksnih samomorov obravnavali tudi en primer kompliciranega samomora, kjer je obešanje sledila nezgodna poškodba glave po padcu z višine 10 m zaradi pretrganja vrvi (12).

Povečanje smrtnosti izbranega načina samomora

Stephenson idr. so v seriji 493 primerov utopitve, med katerimi je bilo 116 samomorov z utopitvijo kot načinom samomora, opisali tri primere utopitve z obežitvijo. Namena umrlih, ki si z dodatno aktivnostjo povečajo 'zanesljivost' smrtnosti izbranega načina samomora in umrlih zaradi kompleksnega samomora, sta enaka in zasledujeta isti cilj, tj. zagotoviti zanesljiv in hiter nastop smrti. Ključna razlika je v izvedbi samomora, saj v obravnavanem primeru gotove smrti umrlemu ne zagotavlja raba več načinov samomora, ampak dodatno dejanje pred samomorom, ki povečuje verjetnost smrtnosti izbranega načina samomora. Primer takšnega samomora je npr. obežitev telesa z bremenom pred utopitvijo, da bi si umrli na ta način preprečili možnost izplavati na površino vode (41).

Delež utopitev z obežitvijo kot načinom samomora je med vsemi utopitvami majhen in se v različnih raziskavah giblje med 2 in 8 % (41, 42). V raziskavi Stephensona idr. je bil delež samomorov z utopitvijo in obežitvijo 3-odstoten. Več kot 60 % umrlih je bilo starejših od 50 let. Med vsemi moškimi, ki so umrli zaradi utopitve, so bili najstarejši v skupini umrlih zaradi utopitve z obežitvijo (povprečna starost 63,3 let). Vzrok bi lahko bil tehten razmislek starejših z jasno izraženimi samomorilnimi težnjami in izbiro načina samomora, ki bo gotovo vodil v smrt. Po podatkih iz literature je v primerih utopitev z obežitvijo pogosto obeženih več različnih delov telesa, da bi na ta način uravnotežili silo vzgona in preprečili, da bi ta potisnil telo na površino vode (41).

Med pristope, ki vplivajo na večjo smrtnost ob izbranem načinu samomora, spada tudi zadušitev s plastično vrečko in rabo inertnih plinov (43), samozažig žrtve, ki sedi na posodi z gorivom ali v njeni bližini, ali obešanje z uporabo vrvi, katere dolžina je prilagojena telesni teži umrlega in zagotavlja dovolj globok padec ter na ta način delovanje dovolj velike sile zanke na vratno hrbtenico, katere posledica je zlom drugega vratnega vretenca in poškodba podaljšane hrbtenjače ter takojšnja smrt. Identifikacija okoliščin smrti na kraju oglada, ki potrjujejo aktivnost, ki zagotavlja povečano gotovost uspešnosti izbranega načina samomora, je lahko zelo pomembna okoliščina, ki bi lahko govorila v prid samomoru in ne nezgodi, čeprav ne smemo zanemariti tudi možnosti umora (41).

Demografski dejavniki in druge značilnosti umrlih zaradi kompleksnih samomorov

Spol in starost umrlih zaradi kompleksnega samomora

Podatki o pogostosti načrtovanih in nenačrtovanih kompleksnih samomorov se razlikujejo, vendar so verjetno pogostejši nenačrtovani kompleksni samomori (6, 7, 44).

Kompleksni samomor je način samomora, ki je pogostejši med moškimi. Razmerje med spoloma je zelo blizu razmerju enostavnih samomorov, razdeljenih po spolu. V madžarsko raziskavo kompleksnih samomorov je bilo vključenih 1.217 umrlih zaradi samomora (4,4 % umrlih zaradi kompleksnega samomora) (6) in v slovensko 2.271, od tega jih je 4,8 % umrlo zaradi kompleksnega samomora (44). Razmerje med moškimi in ženskami je bilo 1,8 : 1 in v raziskavi slovenske populacije 2,9 : 1 tako v skupini umrlih zaradi kompleksnega kot tudi enostavnega samomora (6, 44).

Kompleksni samomor je najpogostejši v osrednjih letih življenja. Povprečna starost vključenih v raziskavi slovenske populacije je bila 49,7 let (moški 48,8 let, ženske 52,4 let) in madžarske 46,7 let pri moških in 48,1 let pri ženskah (6, 44).

Rezultati drugih raziskav kompleksnih samomorov so zaradi majhnega števila vključenih preiskovancev manj zanesljivi (7, 8).

Duševna motnja, poslovilno pismo in predhodni samomorilni poskus

Med umrlimi zaradi kompleksnega samomora pogosto naletimo na podatek o osebni motnji, shizofreniji ali depresiji (8). V raziskavi, v kateri so na slovenskem vzorcu umrlih zaradi kompleksnega samomora preučevali rabo učinkovin s centralnim delovanjem, so ugotovili, da je bila njihova raba pogostejša med umrlimi zaradi kompleksnega (43,1 %) kot enostavnega samomora (26,6 %). V padajočem zaporedju deležev so bile v skupini kompleksnega samomora dokazane učinkovine s centralnim delovanjem iz osmih farmakodinamskih skupin: antidepresivov, hipnotikov in sedativov, antipsihotikov, opioidov, nedovoljenih drog, anksiolitikov, stabilizatorjev razpoloženja in anestetikov za evtanazijo živali (44).

Na kraju izvršitve kompleksnega samomora relativno pogosto naletimo na poslovilno pismo. V raziskavi madžarske populacije so našli poslovilno pismo v 20 % obravnavanih samomorov. Delež je po mnenju nekaterih primerljiv z deležem najdenih poslovilnih pisem v primerih enostavnih samomorov, npr. v dunajski raziskavi, so našli poslovilno pismo pri 29 % samomorov, ki so bili sodnomedicinsko obravnavani (45). Najdba poslovilnega pisma na kraju smrti potrjuje samomor kot vzrok smrti in pogosto tudi izbiro načina – načrtovanega kompleksnega samomora. V posameznih raziskavah so potrdili večji delež najdenih poslovilnih pisem pri načrtovanih kot nenačrtovanih kompleksnih ali enostavnih samomorih (7).

Rezultat verjetno ni odraz dejanskega stanja, predvsem zaradi majhnega števila vključenih preiskovancev, in bi ga bilo treba potrditi z raziskavami, ki bi vključevale večje število preiskovancev.

Pogosto je delež predhodnih samomorilnih poskusov v primerih kompleksnih samomorov podcenjen in odvisen od poteka kriminalistične preiskave dogodka, ki pa ne vključuje preverjanja celotne zgodovine preiskovanca. V raziskavi, opravljeni na madžarski populaciji, so poročali o predhodnem samomorilnem poskusu v 33,3 % obravnavanih kompleksnih samomorov (6).

Predstavitev izbranih primerov kompleksnih samomorov

Za v strokovni literaturi objavljene primere kompleksnih samomorov so značilne kombinacije neobičajnih načinov (9, 13–15, 17, 18, 23). Prevladujejo objave primerov načrtovanih kompleksnih samomorov (9, 13, 14, 17–19, 23, 24).

V nadaljevanju so nekateri zapisi in opisi primerov zelo eksplisitni, vsebine pa lahko vznemirjajoče.

V kopalni kadi, napolnjeni z vodo, je bilo najdeno razpadajoče truplo 67-letne ženske. Poleg trupla je bil v kadi najden električni sušilec za lase, povezan z virom napetosti, in pod truplom nož. Pri obdukciji so bile ugotovljene površinske ureznine na področju levega zapestja. Električne značke zaradi napredovalga gnitja na koži niso bile identificirane. Toksikološka preiskava je v krvi in želodčni vsebini potrdila prisotnost morfina, nordiazepam in oksazepam v terapevtskem območju ter antidepresiva tianeptina v toksični oziroma najverjetneje letalni koncentraciji (15,5 mg/L) (23).

21-letni moški, ki se je zdravil zaradi depresije, je izvršil kompleksni samomor z uporabo pištote za omamljanje živali in obešanjem. Da bi pravilno in pod vidnim nadzorom usmeril pištoto za omamljanje živine v zatilje, je uporabil dve ogledali. Z zanko okoli vratu se je usedel pred večje stensko ogledalo in na vrh, s katero se je obesil, pritrdil kozmetično ogledalo. Na ta način je s težo lastnega telesa zadržal zanko okoli vratu in hkrati pod vidno kontrolo s pomočjo ogledal aktiviral pištoto za omamljanje živali. Smrtnost poškodb glave s pištoto za omamljanje živali je okoli 60-odstotna. Posledica aktivacije pištote za omamljanje živali je izguba zavesti in odložena smrt zaradi zapletov, npr. okužb, ki spremljajo tovrstne poškodbe glave in možganov(9).

27-letni mesar je bil kot voznik osebnega vozila udeležen v prometni nesreči. Okoliščine (velika hitrost v ovinku in trk v drevje ob cesti) so sprva kazale na nesrečo. Že pregled trupla na kraju dogodka je odkril kuhinjski nož, zaboden v prsni koš, ter odrgnine in podplutbe na truplu. Vbodni kanal je potekal skozi prsnico in se zaključil v zgornji votli veni. Pozneje je bilo najdeno poslovilno pismo in pridobljen podatek o nedavnih grožnjah s samomorom (13).

22-letni študent je bil najden v kopalnici z levo roko pod curkom vode iz pipe. Na dlanski strani levega zapestja je bila vidna globoka ureznina. Pri obdukciji je bilo ugotovljeno, da so v globini poškodovane vene, tetive, arterija in živec. V nosnicah je bila vidna črnkasta krvavkasta vsebina in v trebušni votlini črnkasta tekočina. V steni želodca je bila razjeda, ki je prodirala skozi steno želodca. Toksikološka preiskava je dokazala prisotnost žveplene kisline v vzorcih želodčne vsebine. Na ogledu kraja dogodka so bili najdeni poslovilno pismo, britvica in prazna steklenica čistila za stranišče, katere sestavina je bila tudi žveplena kislina. Minimalni čas, ki poteče do nastopa smrti po zaužitju letalnega odmerka žveplene kisline, je okoli 30 minut in LT50 (angl. lethal time 50 %; čas, ko umre 50 % tistih, ki

so zaužili letalni odmerek žveplene kisline): 5 ur. Tudi ob poškodbi koželjnične arterije v zapestju pride do smrti v 4–5 urah po poškodbi arterije. Vzrok smrti zaradi zaužitja žveplene kisline je bila bodisi odpoved kardiovaskularnega sistema ali šokovno stanje po perforaciji želodca zaradi kemičnega vnetja trebušne mreže (17).

15-letno dekle, ki je v preteklosti že poskušalo storiti samomor z obešanjem, je skočilo iz stanovanja v 13. nadstropju stavbe. Obdukcija je poleg topih poškodb, ki so bile posledica padca, odkrila še polkrožno odrgnino na vratu širine 2–2,5 cm in krvavitev v mišice vratu. Pregledani sta bili stanovanji v 2. in 13. nadstropju stavbe. V prvem stanovanju je bilo najdeno poslovilno pismo, ki je pojasnjevalo razloge za samomor, niso pa našli vrvi ali podobnega sredstva. V stanovanju v 13. nadstropju sta bila najdena copat in mobilni telefon s shranjeno fotografijo, ki je pojasnila sled zanke na vratu. Smrt pri padcih ali skokih z višine je običajno posledica padcev z višine več kot petih nadstropij (14).

Priča dogodka je na viharen večer podala prijavo, da je videla oblečeno postavo, ki je zabredla v morje in se kmalu izgubila iz vidnega območja. Pri ogledu kraja dogodka so našli moško jakno in nahrbtnik z osebni predmeti ter originalno embalažo treh kuhinjskih nožev. Eden je manjkal in ni bil najden. Truplo pokojnega 21-letnega moškega je bilo najdeno čez devet dni na obali v bližini mesta, kjer je bil nazadnje viden. Pri obdukciji so bile ugotovljene številne vzporedne rane na sprednjem srednjem in levem delu prsnega koša na površini 20 × 10 cm. Ustrezale so jim tudi poškodbe, ugotovljene na vrhnjih oblačilih. Vbodnih ran na prsnem košu in oblačilih je bilo sedem in v poteku vbodnih rofov so bila poškodovana tudi rebra, pljuča in jetra. Utopitev je potrdil makroskopski in mikroskopski izvid. Grupiranje poškodb na manjšem področju trupla in vzporedna lega vbodnin, zadanih pod primerljivim kotom glede na telesne ravnine kljub večjemu številu vbodnin, zadanih skozi oblačila, kaže na samopoškodbe pokojnega. Vendar je treba poudariti, da je za oblikovanje zaključka potrebna kompleksna analiza okoliščin smrti in trupla, ki vključuje toksikološke in druge preiskave, saj le zunanji in notranji pregled trupla ne zadostujeta (18).

V literaturi je opisan tudi primer s kombiniranimi največ šestimi načini samomora, kar je do zdaj največje evidentirano število načinov samomora pri kompleksnem samomoru. 44-letni moški je bil najden poleg svojega osebnega vozila pri zunanji temperaturi –8 °C. V vozilu so bili najdeni poslovilno pismo, izvijač, britvica, dve na pol izpraznjeni steklenici s klorovodikovo kislino (HCl) ter račun za nakup izvijača, paketa britvic in dveh steklenic koncentrirane HCl. V zdravstveni dokumentaciji ni bilo podatkov o morebitni duševni motnji pokojnega ali predhodnem samomorilnem poskusu. Pri obdukciji so ugotovili kombinacijo ureznin na zapestju in vratu, zaužitje insekticida in HCl, vbodnine na področju glave, povzročene z izvijačem, in znake izpostavitve nizki zunanji temperaturi, čeprav ni bilo mogoče zanesljivo trditi, da je umrlí načrtoval podhladitev kot način smrti. Vzrok smrti so bile številne vbodne rane na področju glave s posledično krvavitvijo med možganske opne. Mehanizem smrti je bila oteklost možganovine (možganski edem) in način smrti samomor (15).

Med 4.497 samomori, obravnavanimi v 27-letnem obdobju v Milanu, so identificirali in opisali tudi edinstven primer kompliciranega samomora oziroma umora - samomora. 70-letni moški je po prepiru umoril svojo ženo zaradi njene odvisnosti od spletnega pokra in zatem poskušal storiti samomor z obešanjem. Med ogledom kraja dogodka so ugotovili, da je bila na radiator pod oknom pritrjena pretrgana vrv dolžine 155 cm, ki je ohlapno visela skozi okno. Pod oknom je bilo na stopnicah pred stavbo moško truplo z zanko iz strgane vrvi okoli vratu. Vrv, s katero se je skušal obesiti, se je po predvidevanjih nepričakovano

strgala in je padel 15 m v globino. Pri obdukciji so ugotovili nepopolno sled zanke na vratu v obliki dveh ločenih sledi (plitvo žlebičasto sled dolžine 5 cm na levi polovici vratu in desno črtasto odrgnino dolžine 4,5 cm s podplutbo v okolici), zlom velikih rogov ščitastega hrustanca vratu, krvavitev v mišice vratu, krvavitev v lobanjo in trebušno votlino, zlome reber in medenice. Ureznin ali vbodnin na truplu niso ugotovili. Vzrok smrti so bile poškodbe, ki so bile posledica padca z višine. Preiskava vrvi in koncev pretrganih vlaken je pokazala enako sestavo, obliko in debelino koncev vrvi, ki ni bila prerezana ali načeta. Na ta način so izključili umor s poskusom fingiranja samomora. Na tleh v stanovanju so našli okrvavljeno truplo ženske, ob njem pa kuhinjski nož. Znakov vloma v stanovanje ni bilo. Pri obdukciji so na truplu ugotovili ureznine po rokah in sprednji levi strani vratu ter v globini vratu prerezano notranjo vratno veno. Obravnavani primer je primer sumljive smrti, ki so ga spremljale nejasne okoliščine dogodka in relativno enako verjetna možnost dveh načinov smrti moškega, tj. zadušitve zaradi obešanja oziroma topih poškodb, nastalih pri padcu (46).

Kompleksni samomori v slovenski populaciji umrlih zaradi samomora

Splošno so sistematične raziskave umrlih zaradi kompleksnega samomora redke in vključujejo majhno število umrlih, zato je treba rezultate raziskav obravnavati s primerno distanco in kritičnostjo (6–8, 11, 12, 44).

Škof je v svojo raziskavo zajela umrle zaradi kompleksnega samomora in kontrolno skupino umrlih zaradi enostavnega samomora, ki so bili v obdobju med letom 2000 in 2014 obravnavani na Inštitutu za sodno medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani. V obeh skupinah so med umrlimi prevladovali moški in razmerje med moškimi in ženskami je bilo v obeh skupinah enako. Umrli so samomor najpogosteje izvedli doma (preglednica 31.1).

Preglednica 31.1. Delež umrlih zaradi samomora glede na kraj samomora

	Kraj samomora					
	Doma n (%)	Na prostem doma/drugje n (%)	V drugem poslopju n (%)	Bolnišnica, psihiatrična bolnišnica, DSO n (%)	Vojašnica, poligon, zapor n (%)	Skupaj n (%)
Enostavni	300 (55,1)	202 (37,1)	17 (3,1)	22 (4,0)	4 (0,7)	545 (100)
Načrtovani KS	30 (61,2)	16 (32,7)	/	3 (6,1)	/	49 (100)
Nenačrtovani KS	34 (56,7)	21 (35,0)	2 (3,3)	2 (3,3)	1 (1,7)	60 (100)
Skupaj	364 (55,7)	239 (36,5)	19 (2,9)	27 (4,1)	5 (0,8)	654 (100)

DSO – dom starejših občanov, KS – kompleksni samomor, n – število oseb

V skupini načrtovanih kompleksnih samomorov je bilo obravnavanih 49 oseb, umrlih zaradi samomora, med katerimi so prevladovali moški (73,5 % moških v primerjavi s 26,5 % žensk). Najpogostejša kombinacija načinov samomora v skupini načrtovanih kompleksnih samomorov je bila obešanje - zastрупitev (22,4 %) in najpogostejši izbrani posamezni način samomora zastрупitev (37 umrlih, 75,5 %) (preglednica 31.2). Med zastрупitvami kot enim od izbranih načinov samomora so bile najštevilnejše zastрупitve z zdravili (23 umrlih, 60,5 %).

V skupini nenačrtovanih kompleksnih samomorov je bilo obravnavanih 60 oseb, umrlih zaradi samomora, med katerimi so prevladovali moški (75 % moških v primerjavi s 25 % žensk). Najpogostejša kombinacija načinov samomora je bila med moškimi in ženskami obešanje - poškodba z ostrim predmetom (45 %) in najpogosteje izbrani posamezni način samomora poškodba z ostrim predmetom (50 umrlih, 83,3 %), ki je bila najpogosteje kombinirana z obešanjem (27 umrlih, 45 %) (preglednica 31.3) (44).

Preglednica 31.2. Razdelitev umrlih zaradi načrtovanega kompleksnega samomora po spolu in kombinacijah načina samomora.

Kompleksni samomori			
	Skupaj n (%)	Spol	
		Ženski n (%)	Moški n (%)
Načrtovani			
Obešanje - zastрупitev	11 (22,4)	4 (30,8)	7 (19,4)
Utopitev - zastрупitev	6 (12,2)	4 (30,8)	2 (5,6)
Zastрупitev - zastрупitev	5 (10,2)	/	5 (13,9)
Zastрупitev - poškodba z ostrim predmetom	5 (10,2)	1 (7,7)	4 (11,1)
Zastрупitev - promet	3 (6,1)	2 (15,4)	1 (2,8)
Zastрупitev - samozažig	3 (6,1)	/	3 (8,3)
Obešanje - zadušitev z vrečko	2 (4,1)	/	2 (5,6)
Obešanje - poškodba z ostrim predmetom	2 (4,1)	/	2 (5,6)
Zadušitev z vrečko - zastрупitev	2 (4,1)	/	2 (5,6)
Poškodba z ostrim predmetom - padec z višine	2 (4,1)	1 (7,7)	1 (2,8)
Obešanje - strelno orožje	2 (4,1)	/	2 (5,6)
Druge kombinacije*	6 (12,2)	1 (7,7)	5 (13,9)
Skupaj	49 (100)	13 (100)	36 (100)

n – število oseb

*Druge kombinacije: obešanje - samozažig; zastрупitev - hipotermija; poškodba z ostrim predmetom - kislina; zastрупitev - strelno orožje; pištola voluharica - pištola voluharica; poškodba z ostrim predmetom - samozažig

Preglednica 31.3. Razdelitev umrlih zaradi nenačrtovanega kompleksnega samomora po spolu in kombinacijah načina samomora

Kompleksni samomori			
	Skupaj n (%)	Spol	
		Ženski n (%)	Moški n (%)
Nenačrtovani			
Obešanje - poškodba z ostrim predmetom	27 (45,0)	6 (40,0)	21 (46,7)
Poškodba z ostrim predmetom - utopitev	5 (8,3)	2 (13,3)	3 (6,7)
Poškodba z ostrim predmetom - padec z višine	4 (6,7)	1 (6,7)	3 (6,7)
Poškodba z ostrim predmetom - promet	4 (6,7)	2 (13,3)	2 (4,4)
Zastrupitev - poškodba z ostrim predmetom	4 (6,7)	/	4 (8,9)
Zastrupitev - samozažig	3 (5,0)	/	3 (6,7)
Poškodba z ostrim predmetom - strelno orožje	3 (5,0)	/	3 (6,7)
Poškodba z ostrim predmetom - poškodba z ostrim predmetom	2 (3,3)	1 (6,7)	1 (2,2)
Druge kombinacije*	8 (13,3)	3 (20,0)	5 (11,1)
Skupaj	60 (100)	15 (100)	45 (100)

n – število oseb

*Druge kombinacije: obešanje - zadušitev z vrečko, obešanje - padec z višine, obešanje - strelno orožje, obešanje - utopitev, zadušitev z zadrgo - utopitev, zadušitev z vrečko - poškodba z ostrim predmetom, električni tok - padec z višine, električni tok - zastrupitev

Porazdelitev polimorfizmov posameznih nukleotidov med umrlimi zaradi kompleksnega samomora

V slovenski populaciji umrlih zaradi kompleksnega samomora je bila opravljena prva in do zdaj edina genetska raziskava umrlih zaradi kompleksnega samomora. Preučevali so gen za monoamino oksidazo (MAO), ki ga povezujejo s samomorilnim vedenjem (*več o tem v poglavju 7*). V vseh preučevanih polimorfizmi posameznih nukleotidov gena za MAO A (rs3027407, rs909525, rs1137070²), so pri moških, vključenih v skupino kompleksnih in enostavnih samomorov, ali kontrolno skupino ugotovili statistično značilno razliko ali tendenco k razliki v porazdelitvi polimorfizmov posameznih nukleotidov. Razlik med preučevanimi skupinami umrlih zaradi samomora, razdeljenih po spolu za rs1799836 v genu za MAO B, niso ugotovili. Prav tako niso dokazali razlik v porazdelitvi polimorfizmov gena za MAO A med skupinami žensk, umrlih zaradi samomora, oziroma kontrolno skupino. V primerjavi z umrlimi zaradi enostavnega samomora in umrlimi zaradi naravnih vzrokov je bila pogostost porazdelitve GTC haplotipa³ izbranih polimorfizmov posameznih nukleotidov gena MAO A pri umrlih zaradi kompleksnega samomora večja.

² Rs3027407, rs909525, rs1137070 so oznake treh točno določenih polimorfizmov posameznih nukleotidov.

³ Haplotip je kombinacija različnih alelov preučevanih polimorfizmov posameznih nukleotidov.

Moški, umrli zaradi enostavnega načina samomora, so bili pogosteje kot moški, umrli zaradi kompleksnega samomora, nosilci alelov MAO A, ki jih povezujejo z impulzivnostjo in jezo, kar bi lahko pomenilo, da je odločitev za samomor umrlih zaradi enostavnega načina samomora verjetneje sprejeta impulzivno kot umrlih zaradi kompleksnega samomora (47).

Zaključek in usmeritve za naprej

Obravnavanje kompleksnih samomorov je specialistu sodne medicine strokovni izziv, ki zahteva natančen opis ugotovljenih poškodb na truplu in zaključek o stopnji verjetnosti, da si je umrli lahko poškodbe povzročil sam. Da bi lahko razumeli vzrok smrti in razloge za samomor, je treba poznati ugotovitve kriminalistične preiskave kraja smrti in drugih okoliščin, anamnezo zdravljenja duševnih motenj umrlega in opraviti obdukcijo.

Sistematične raziskave pojava kompleksnega samomora so maloštevilne in vključujejo nizko število umrlih, zato bodo v prihodnje potrebne kompleksnejše raziskave, ki bodo vključevale večje število umrlih zaradi kompleksnega samomora ne glede na kombinacije načinov samomora. Takšne raziskave bodo omogočile identifikacijo fenotipa umrlega zaradi kompleksnega samomora. Na potencialno možnost obstoja fenotipa umrlih zaradi načrtovanih kompleksnih samomorov kažejo tudi rezultati do zdaj edine genotipizacije umrlih zaradi samomora, ki prav tako kaže, da bi lahko bila odločitev za kompleksni samomor vsaj med moškimi verjetneje rezultat načrtovanja kot pa impulzivne odločitve. Tudi starost in razmerje med spoloma umrlih, obravnavanih v slovenski raziskavi, se razlikujeta od drugih sistematičnih raziskav umrlih zaradi kompleksnega samomora. Prav tako odstopa tudi število aktiviranih načinov nenačrtovanega kompleksnega samomora med umrlimi v slovenski populaciji zaradi nenačrtovanega kompleksnega samomora. Dosedanje raziskave vključujejo precej manjše število umrlih in zato njihovih ugotovitev ni mogoče posploševati. V prihodnje bodo potrebne kompleksne raziskave pojava, ki bodo zasnovane na primerljivih izhodiščih. Ta bodo omogočala primerjavo in posploševanje rezultatov raziskav.

K identifikaciji samomorilnega namena, katerega preučitev je izhodišče razdelitve samomorov in fenotipa umrlih zaradi kompleksnega samomora, bi lahko pripomogla psihološka avtopsija (več o tem v poglavju 16), katere ugotovitve bi lahko pojasnile zaporedje in vlogo negativnih življenjskih izkušenj pri odločitvi za kompleksni način samomora ter pripomogle k identifikaciji fenotipa umrlih. Zato bi se lahko v primerih tovrstnih samomorov psihološka avtopsija pokazala kot smiseln in pomemben korak k identifikaciji samomorilnega namena in fenotipa umrlih. Ugotovitve bi lahko pripomogle k načrtovanju strategij za identifikacijo in preprečevanje kompleksnih samomorov, ki so verjetneje posledica načrtovanja in manj impulzivnega odziva posameznika na neugodne življenjske okoliščine.

Reference

1. Bohnert M, Pollak S. [Complex suicides-a review of literature]. *Arch Kriminol.* 2004;213(5–6):138–53.
2. Stenbacka M, Jokinen J. Violent and non-violent suicide methods of attempted and completed suicide in Swedish young man: the role of early risk factors. *BMC Psychiatry.* 2015;15(1):članek 196. doi: 0.1186/s12888-015-0570-2
3. Marcinkowski T, Pukacka-Sokolowska L, Wojciechowski T. Planned complex suicide. *J Forensic Sci.* 1974;3:95–100. doi: 10.1016/0300-9432(74)90013-2
4. Simonit F, Bassana F, Scorrettia C, Desinan L. Complex suicides: a review of the literature with considerations on a single case of abdominal self stabbing and plastic bag suffocation. *Forensic Sci Int.* 2018;290:297–302. doi: 10.1016/j.forsciint.2018.07.027
5. Bohnert M. Complex suicides. V: Tsokos M, urednik. *Forensic pathology reviews.* Vol. 2. Totowa: Humana Press; 2005. str. 127–43. doi: 10.1385/1-59259-872-2:127
6. Törő K, Pollak S. Complex suicide versus complicated suicide. *Forensic Sci Int.* 2009;184:6–9. doi: 10.1016/j.forsciint.2008.10.020
7. Racette S, Sauvageau A. Planned and unplanned complex suicides: a 5-year retrospective study. *J Forensic Sci.* 2007;52(2):449–52. doi: 10.1111/j.1556-4029.2007.00387.x
8. Demirci S, Dogan KH, Erkol Z, Deniz I. A series of complex suicide. *Am J Forensic Med Pathol.* 2009;30(2):152–4. doi: 10.1097/PAF.0b013e318187deb7
9. Viel G, Schroder AS, Puschel K, Braun C. Planned complex suicide by penetrating captive-bolt gunshot and hanging: case study and review of the literature. *Forensic Sci Int.* 2009;187:e7–11. doi: 10.1016/j.forsciint.2009.01.022
10. Peyron PA, Casper T, Mathieu O, Musizzano Y, Baccino E. Complex suicide by self-stabbing and drowning: a case report and a review of literature. *J Forensic Sci.* 2018;63(2):598–601. doi: 10.1111/1556-4029.13537
11. Banchini A, Schirripa ML, Anzilotti L, Cecchi R. Planned and unplanned complex suicides: casuistry of the Institute of Legal Medicine of Parma. *Leg Med.* 2017;29:62–7. doi: 10.1016/j.legalmed.2017.10.005
12. Barranco R, Diana C, Ventura F. Forensic pathological study of complex and complicated suicides: a twelve-year case series in Genoa (Italy). *J Forensic Leg Med.* 2019;65:5–8. doi: 10.1016/j.jflm.2019.04.007
13. Christin E, Hiquet J, Fougas J, Dubourg O, Gromb-Monnoyeur S. A planned complex suicide by self-stabbing and vehicular crash: an original case and review of the literature. *Forensic Sci Int.* 2018;285:e13–6. doi: 10.1016/j.forsciint.2018.01.005
14. Nor FM, Das S. Planned complex suicide: self strangulation and fall from height. *J Forensic Leg Med.* 2011;18(7):336–9. doi: 10.1016/j.jflm.2011.06.013
15. Petkovic S, Maletin M, Durendic-Brenesel M. Complex suicide: an unusual case with six methods applied. *J Forensic Sci.* 2011;56(5):1368–72. doi: 10.1111/j.1556-4029.2011.01821.x
16. Chourasia S, Rautji R, Baghel J, Sarala M, Radhakrishna KV. Unplanned complex suicide by self cutting and drowning: a case report. *Int J Biomed Adv Res.* 2019;10(2):članek e5061.
17. Vidhate GS, Pathak H, Parchake M, Sukhadeve R, Meshram V. A planned complex suicide: cut injury to the wrist with corrosive acid poisoning. *Egypt J Forensic Sci.* 2015;6(4):478–80. doi: 10.1016/j.ejfs.2015.11.002
18. Kaliszan M, Karnecki K, Tomczak E, Gos T, Jankowski Z. Complex suicide by self-stabbing with subsequent drowning in the sea. *J Forensic Sci.* 2013;58(5):1370–3. doi: 10.1111/1556-4029.12229
19. Martinez MA, Ballesteros S. Toxicological findings in two planned complex suicide cases: ingestion of petroleum distillates and subsequent hanging. *J Anal Toxicol.* 2009;33(6):336–42. doi: 10.1093/jat/33.6.336
20. Eroglu MZ, Şahan E, Kiraz S. An unusual case of unplanned complex suicide. *Psychiatry Clin Psychopharmacol.* 2017;27(4):406–8. doi: 10.1080/24750573.2017.1345084
21. Zribi M, Dhoubet R, Benamar W, Jameli K, Feki N, Bardaa S idr. Complex suicide: unusual combination. *J Forensic Med.* 2016;1(2):1–3.
22. Hejna P, Šafr M, Zátopková L, Straka L. Complex suicide with black powder muzzle loading derringer. *Forensic Sci Med Pathol.* 2012;8:296–300. doi: 10.1007/s12024-011-9304-z
23. Pélissier-Alicot AL, Gavaudan G, Bartoli C, Kintz P, Piercecchi-Marti MD, Desfeux J idr. Planned complex suicide: an unusual case. *J Forensic Sci.* 2008;53(4):968–70. doi: 10.1111/j.1556-4029.2008.00754.x
24. Türk EE, Anders S, Tsokos M. Planned complex suicide: report of two autopsy cases of suicidal shot injury and subsequent self-immolation. *Forensic Sci Int.* 2004;139(1):35–8. doi: 10.1016/j.forsciint.2003.09.013
25. Chaudhury SR, Singh T, Burke A, Stanley B, Mann J, Grunebaum M idr. Clinical correlates of planned and unplanned suicide attempt. *J Nerv Ment Dis.* 2016;204(11):806–11. doi: 10.1097/NMD.0000000000000502
26. Pollak S. Statistik und Phänomenologie kombinierter Selbsttötungen und anderer suizidaler Mehrfachschädigungen im urbanen Bereich (I). *Arch Kriminol.* 1978;161:20–30.
27. Pollak S. Statistik und Phänomenologie kombinierter Selbsttötungen und anderer suizidaler Mehrfachschädigungen im urbanen Bereich (II). *Arch Kriminol.* 1978;161:68–81.

28. Siegel M, Rothman EF. Firearm ownership and suicide rates among US men and women, 1981–2013. *Am J Public Health*. 2016;106(7):1316–22. doi: 10.2105/AJPH.2016.303182
29. Duquet N, Van Alstein M. Firearms and violent deaths in Europe: an exploratory analysis of the linkages between gun ownership, firearms legislation and violent death. Antwerpen: Flemish Peace Institute; 2015.
30. Hofmann V, Herber F. Über kombinierte und protrahierte Suizid. *Kriminal Forens Wiss*. 1984;53–54:83–8.
31. Bohnert M, Rothschild MA. Complex suicides by self-incineration. *Forensic Sci Int*. 2003;131:197–201. doi: 10.1016/S0379-0738(02)00449-8
32. Crudele GD, Di Candia D, Gentile G, Marchesi M, Rancati A, Zoja R. One hundred and one cases of plastic bag suffocation in the Milan area between 1993 and 2013–correlations, circumstances, pathological and forensic evidences and literature review. *J Forensic Sci*. 2016;61(2):361–6. doi: 10.1111/1556-4029.13003
33. Nadesan K, Beng OB. Two cases of death due to plastic bag suffocation. *Med Sci Law*. 2001;41(1):78–82. doi: 10.1177/002580240104100115
34. Madentzoglou MS, Kastanaki AE, Nathena D, Kranioti EF, Michalodimitrakis M. Nitrogen plastic bag suicide: a case report. *Am J Forensic Med Pathol*. 2013;34(4):311–4. doi: 10.1097/PAF.0000000000000049
35. van den Hondel KE, Buster M, Reijnders UJ. Suicide by asphyxiation with or without helium inhalation in the region of Amsterdam (2005–2014). *J Forensic Leg Med*. 2016;44:24–6. doi: 10.1016/j.jflm.2016.08.012
36. Byard RW, Simpson E, Gilbert JD. Temporal trends over the past two decades in asphyxia deaths in South Australia involving plastic bags or wrapping. *J Clin Forensic Med*. 2006;13:9–14. doi: 10.1016/j.jcfm.2005.05.005
37. Lenth PM, Astrup BS. Suffocation caused by plastic wrap covering the face combined with nitrous oxide inhalation. *Forensic Sci Med Pathol*. 2017;13(3):372–4. doi: 10.1007/s12024-017-9887-0
38. Zorro AR. Asphyxial suicide by inhalation of chloroform inside a plastic bag. *J Forensic Leg Med*. 2014;21:1–4. doi: 10.1016/j.jflm.2013.09.035
39. Hudson P. Multishot firearm suicide. *Am J Forensic Med Pathol*. 1981;2:239–42. doi: 10.1097/00000433-198109000-00009
40. Rogers DR. Simultaneous temporal and frontal suicidal gunshots. *Am J Forensic Med Pathol*. 1989;10:338–9. doi: 10.1097/00000433-198912000-00013
41. Stephenson L, van den Heuvel C, Byard RW. Weighted drownings – an example of augmentation or enhancement of a suicide method. *J Forensic Leg Med*. 2020;70:članek 101914. doi: 10.1016/j.jflm.2020.101914
42. Stemberga V, Bralic M, Coklo M, Cuculic D, Bosnar A. Suicidal drowning in Southwestern Croatia: a 25-year review. *Am J Forensic Pathol*. 2010;31:52–4. doi: 10.1097/PAF.0b013e3181c215c8
43. Austin A, Winskog C, van den Heuvel C, Byard RW. Recent trends in suicides utilizing helium. *J Forensic Sci*. 2011;56:649–51. doi: 10.1111/j.1556-4029.2011.01723.x
44. Škof M. Zloraba učinkovin s centralnim delovanjem kot dejavnik tveganja v letih 2000–2014 pri žrtvah kompleksnega samomora v zahodnem delu Slovenije [magistrsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za farmacijo; 2016.
45. Eisenwort B, Berzlanovich A, Heinrich M, Schuster A, Chocholeus P, Lindorfer S idr. Suicidology: suicide notes and their themes. *Nervenarzt*. 2007;78(6):674–8. doi: 10.1007/s00115-006-2210-z
46. Gentile G, Bianchi M, Boracchi M, Goj C, Tambuzzi S, Zoja R. Forensic pathological considerations of a unique case of »complicated suicide«. *J Forensic Sci*. 2020;65(6):2184–7. doi: 10.1111/1556-4029.14519
47. Čugura T, Boh J, Zupanc T, Pregelj P, Videtič Paska A. Difference in SNP genotype distributions between complex and simple suicide. *Int J Leg Med*. 2018;132:1595–601. doi: 10.1007/s00414-018-1820-x

Žalovanje po samomoru in postvencija

Vita Poštuvan, Onja Tekavčič Grad

Ključni poudarki poglavja

- Žalovanje je univerzalen in naraven odziv na smrt oz. izgubo bližnje osebe. Večina odraslih in otrok žaluje brez zapletov.
- Žalovanje po samomoru je po vsebinah in kakovosti doživljanja v nekaterih vidikih drugačno od žalovanja po drugih naravnih in pričakovanih smrtih. Obstaja več modelov oz. razlag žalovanja. Med njimi so: fazne teorije, model nalog v žalovanju, konstruktivistično razumevanje žalovanja, model dvojnega procesa.
- Model rastoče rože predstavlja okvir razumevanja žalovanja po samomoru bližnjega. Žalovanje poteka v interakciji med najbolj prizadetim žalujočim, njegovo družino in širšo socialno mrežo ter strokovnimi sistemi pomoči.
- V Modelu rastoče rože so pomembne vsebine, ki zadevajo vse ravni žalovanja, in sicer (i) dogodek samomora, (ii) pogreb in rituali, (iii) doživljanje in izražanje čustev, (iv) občutki krivde, obsojanja in drugih negativnih reakcij, (v) iskanje pojasnil o razlogih za samomor, (vi) občutki podpore v procesu, (vii) pomen duhovnosti, ter (viii) osmišljanje izkušnje, osebna rast in spremembe identitete žalujočega.
- S postvencijskimi aktivnostmi se poskušajo zmanjševati psihološke posledice nenadne smrti pri bližnjih po samomoru ter jim pomagati v procesu reintegracije (ponovnega vračanja) v življenje.

Povzetek

Smrt in žalovanje sta sestavna dela življenja in intenzivne čustvene reakcije po izgubi bližnje osebe so pričakovane. Čeprav sta smrt in žalovanje neizbežna, je žalovanje po samomoru po vsebinah in kakovosti doživljanja v nekaterih vidikih drugačno od žalovanja ob drugih naravnih in pričakovanih smrtih. Bližnji po samomoru v večji meri premlevajo, zakaj je prišlo do smrti zaradi samomora, ali bi ga lahko preprečili. Poleg bolečine ob izgubi se soočajo tudi z bolečino zaradi narave smrti. Pogosto imajo žalujoči po samomoru občutek, da jim okolica nudi manj podpore, kot bi je v primeru smrti zaradi drugega vzroka. Postvencijske aktivnosti, ki so namenjene blaženju psiholoških posledic nenadne smrti pri bližnjih po samomoru, so se znotraj suikidologije pričele razvijati v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja. Z njimi se poskuša zagotoviti, da imajo žalujoči po samomoru manj težav v duševnem zdravju in da živijo z večjim razumevanjem, zakaj se je bližnji odločil za samomor.

Uvod

Novica o smrti je običajno pretresljiva, še posebno to velja za smrt zaradi samomora. Smrt svojca v naši kulturi velja za enega od kriznih življenjskih dogodkov. Moos in Schaefer (1) pravita, da je izid kriznih življenjskih dogodkov odvisen od medsebojnega prepleta različnih dejavnikov: osebnih lastnosti in ozadja, situacijskih okoliščin, spretnosti soočanja, kognitivnih ocen, adaptacijskih zmožnosti ter fizičnega in socialnega okolja, ki je žalujočemu v oporo. Na eni strani je torej pri žalovanju pomemben intrapersonalni (osebni psihološki) proces žalovanja, na drugi je ključna tudi interpersonalna (medosebna) podpora okolice.

Žalovanje po samomoru bližnjega je v nekaterih elementih specifično in odvisno od številnih dejavnikov: spola in starosti žalujočega in umrlega, dolžine in kakovosti odnosa med pokojnikom in žalujočim, življenjskega ciklusa žalujočega in celotne družine, časa, ki je minil od samomora, neposredne izpostavljenosti truplu takoj po samomoru, uporabljene metode samomora (nekatero zelo poškodujejo truplo – ustrelitev, skok z višine in pred vozilo v gibanju, dolgotrajna izpostavljenost trupla v vodi), predvidevanja in pričakovanja samomora (zaradi prejšnjih napovedi in/ali samomorilnega poskusa), obstoja in dostopnosti socialne mreže ter njenega načina podpore (2, 3). Morda je eden najpomembnejših napovednikov načina žalovanja, odpornosti in celo posttravmatske rasti predvsem osebnost žalujočega in njegove izkušnje s prejšnjimi načini žalovanja ob smrti bližnjih.

Proces žalovanja

Žalovanje je univerzalni in naravni odziv na smrt oz. izgubo bližnje osebe (4). Razumemo ga kot ustrezen in zdrav odgovor posameznika na izgubo (5). Obstaja več modelov oz. razlag žalovanja, ki so predstavljeni v nadaljevanju.

Čeprav je žalovanje pogosto individualen proces, ki se med kulturami in posamezniki razlikuje, so prepoznavni nekateri univerzalni procesi. Kažejo se v fazah žalovanja, ki jih razlagajo fazne teorije. Trajajo od nekaj tednov in mesecev do več kot leta dni. Empirično podprte faze so (4):

- začetno stanje šoka, dvoma, zanikanja smrti. V tem obdobju žalujoči najprej ne more sprejeti novice. Pogosto dvomi, da je oseba res umrla, in ne ve, kako bi reagiral. Šok je še posebno intenziven, če smrt ni bila pričakovana. Ta faza traja navadno od nekaj ur do nekaj tednov;
- akutno žalovanje s telesnim in čustvenim nelagodjem in socialno osamitvijo. V tem obdobju se žalujoči želi umakniti od drugih ljudi, se osamiti. Hkrati lahko občuti veliko telesnih in čustvenih stisk in težav, npr. čuti bolečino, žalost, pogosto tudi osamljenost. Akutna faza lahko traja več mesecev;
- vrnitev v običajno življenje in na prejšnjo raven funkcioniranja. Sčasoma žalujoči prevzema običajne vloge v življenju in sprejme smrt bližnjega kot del svoje življenjske zgodbe. Vrnitev v običajno življenje je navadno v okviru leta po smrti.

Poleg faznih teorij obstajajo še drugi modeli, ki razlagajo procese žalovanja. Med temi je npr. Wordenov model nalog, ki jih mora žalujoči preživeti in čustveno predelati. Model je nastal kot odgovor na fazne teorije oz. kot njihova kritika. Avtor jih kritizira, ker ne predvidevajo lastne aktivnosti žalujočega oz. ker je fazni proces precej pasiven. Zato je Worden v svojem modelu izpostavil, kaj naj bi v procesu predelovanja, ki ga imenuje delo na žalovanju, žalujoči dosegel. Izpostavlja štiri naloge (6):

1. Sprejeti realnost izgube.
2. Iti skozi proces bolečine žalovanja.
3. Se privaditi na svet brez pokojnika.
4. Najti trajno vez s pokojnikom ob vzpostavljanju novega življenja.

Vrstni red ni konstanten in zaporeden, vendar se pri večini žalujočih v obdobju prvega leta po smrti naloge zvrstijo v tem zaporedju.

Model dvojnega procesa (angl. dual process model) so razvili avtorji, ki so želeli razumeti proces soočanja z žalovanjem in ne njegovimi izidi. Model izhaja iz kognitivne teorije

stresa in pojasnjuje način soočanja s smrtjo ter ob tem opredeli dve kategoriji stresorjev: prvi se povezujejo z izgubo, drugi s povrnitvijo v stanje dobrega počutja oz. osredotočanje na nadaljevanje življenja. V procesu žalovanja se žalujoči soočajo z nihanjem razpoloženja, oscilirajo med enimi in drugimi stresorji in se skušajo z njimi soočiti. Ta proces je zelo dinamičen in fleksibilen ter se spreminja s časom. Mehanizem soočanja in izogibanja je ključen v prilagoditvi na žalovanje. V okviru modela dvojnega procesa je ruminiranje¹ o smrti in pokojniku razumljeno kot del predelovanja, medtem ko se oseba hkrati osredotoča tudi na pozitivne dogodke v življenju (7).

Konstruktivistično razumevanje osmišljanja smrti pojasnjuje, da žalovanje vsebuje aktivno prizadevanje posameznika za rekonstrukcijo smisla, ki ga je smrt načela (8). Avtorji izpostavljajo štiri različne odzive, kako se žalujoči odzovejo na prizadevanja po osmišljanju dogodka smrti:

1. Odporni žalujoči zmorejo izgubo asimilirati² v stabilen in pozitiven pomenski sistem.
2. Prilagodljivi žalujoči se dlje časa borijo z vprašanji glede smrti, a se sčasoma prijaznijo s situacijo.
3. Pesimistični žalujoči večinoma asimilirajo izgubo v stabilen, vendar negativen in pesimističen pomenski sistem.
4. Kronični žalujoči vedno znova, a neuspešno poskušajo najti smisel in rekonstruirati svojo življenjsko zgodbo po smrti.

Pričakovano žalovanje, zapleti in diagnostika težav ob žalovanju

Večina odraslih (približno 90 %) in otrok (približno 80 %) žaluje brez zapletov. Mednarodna klasifikacija bolezni (MKB-10) v svoji deseti izdaji žalovanja ne uvršča med bolezni, vendar ga naslavlja v razdelku Z, med dejavniki, ki vplivajo na zdravstveni status in stik z zdravstvenim sistemom. S kodo Z63.4 se zato opredeljuje žalovanje, ki poteka v skladu s kulturnimi standardi in načeloma ne traja dlje kot šest mesecev. Ta kratek časovni okvir številni avtorji kritizirajo. Časovni okvirji so seveda le eden od pokazateljev, ali je žalovanje še vedno zelo akutno ali že predelano oz. integrirano v življenje. Drugi pokazatelji so lahko bolj izkustveni, npr. oseba lahko brez hudih pretresov, joka, hude čustvene vznemirjenosti spregovori o smrti. V MKB-10 je sicer žalovanje tudi eden od simptomov prilagoditvene motnje (F43.2), kar se lahko uporabi tudi pri diagnosticiranju dlje časa trajajočega žalovanja (9). MKB-10 v opredeljevanju žalovanja ni popolnoma skladna s peto izdajo Diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj (DSM-V), ki je izšla leta 2014. V razdelku Druge težave, povezane s primarno podporno skupino Diagnostičnega in statističnega priročnika duševnih motenj so avtorji v to izdajo uvrstili Žalovanje brez komplikacij (V62.82). Kategorija je uporabna za opisovanje normalnega poteka čustvovanja in odzivanja po smrti bližnje osebe, pri čemer lahko nekateri simptomi sovpadajo s simptomi globoke depresije (nespečnost, slab apetit, težave s težo). Ob uvrščanju žalovanja brez komplikacij v DSM-V se je pojavilo veliko kritik zaradi bojazni, da se bo nekomplcirano žalovanje medikaliziralo (torej se bo naraven proces, kot je žalovanje, začelo dojemati kot potrebno zdravstvene oskrbe, pomoči in zdravlil) (10).

¹ Premlevanje enakih miselnih vsebin, ki so običajno čustveno intenzivne.

² Asimilacija se nanaša na vključevanje, sprejemanje nečesa novega, mogoče tujega, kot nečesa svojega; žalujoči torej izgubo vključijo, jo doda v svoj predobstoječi pomenski sistem.

Poleg tega v omenjeni izdaji Diagnostičnega in statističnega priročnika smrt bližnje osebe ni več izključitveni kriterij pri diagnozi globoke depresije (10). Pri tem so avtorji zagovarjali, da žalovanje ne zaščiti posameznika pred depresijo, temveč je smrt pogosto celo predhodnica njenega razvoja. Odločitev, da žalovanje črtajo iz izključitvenih kriterijev pri diagnozi depresije, je temeljila na želji, da se prepozna večji delež posameznikov z depresijo in tako prepreči hujše posledice neprepoznane depresije (vključujoč samomorilno vedenje).

Žalovanje po samomoru

Žalovanje po nenadni smrti, še posebno po samomoru, se v nekaterih vidikih razlikuje od žalovanja po drugih vzrokih smrti. Smrt zaradi samomora za bližnje pomeni soočanje s hudo bolečino, ne le zaradi izgube osebe, temveč tudi zaradi načina smrti in s tem povezanega občutka zavrnitve in razočaranja, da niso prepoznali opozorilnih znakov. Občutki šoka in zanikanja smrti so pogosto intenzivnejši, kar je razumljivo tudi zato, ker samomor navadno ni pričakovan (2, 3).

Razlike v procesu žalovanja se pojavijo tudi v vsebinah, s katerimi se soočajo bližnji po samomoru. To so pogosti občutki žalosti, jeze, tesnobe, krivde, sramu in osamljenosti. Vedno znova si skušajo odgovoriti na vprašanje, zakaj je njihov bližnji umrl zaradi samomora in ali bi lahko to preprečili. Pogosto ta način smrti vpliva tudi na njihovo samospoštovanje in ni redko, da se bližnjim po samomoru poruši samopodoba; žalovanje po takem dogodku ima lahko dolgotrajne negativne posledice. Poleg tega je pri žalujočih po samomoru v letu po izgubi večja verjetnost, da bodo sami razvili samomorilne težnje oz. se pri njih lahko pojavijo drugi znaki psihopatologije. Pogosto se zdi, da se s samomorom stiske in bolečine umrle osebe prenesejo na tiste, ki ostanejo za pokojnikom (2, 3).

Občutek krivde in nekakšne soudeležnosti sta v žalovanju po samomoru pogosta in za žalujočega zelo neprijetna ali celo destruktivna. Bližnji se lahko krivi, ker se mu zdi, da ni opazil znakov ali ni znal preprečiti odločitve za samomor, ni prepoznal predhodnega depresivnega razpoloženja, ali pa ga je prepoznal, vendar ni zmožal prepričati umrlega, da bi šel na zdravljenje oz. upošteval, da mora redno jemati zdravila. Lahko se krivda pojavi pri žalujočem zato, ker je samomor sledil dogodkom v življenju umrlega in žalujočega – npr. prepiru, ločitvi, grožnji o zapustitvi (3).

Tisti, ki so našli umrlega, pogosto podoživljajo slike, čustva ali druge občutke s kraja dogodka, kar je značilno za akutno stresno motnjo, vodi pa lahko v posttravmatsko stresno motnjo. Nekateri bližnji po samomoru lahko hkrati ob vsem tem čutijo tudi nekaj olajšanja, če je oseba dolgo trpela zaradi duševnih motenj; vendar se ob tem lahko še krepijo občutki krivde, saj so to čustva, ki niso ob smrti niti pričakovana niti zaželeni (11, 12, 3).

V času žalovanja so bližnji po samomoru pogosto bolj razdražljivi in nestrpni do drugih, kar vodi tudi v težave v socialnih stikih ter zmede v njihovih eksistencialnih vprašanjih in osebnih vrednotah. Zato so pogosto tudi odzivi okolice ob taki smrti bolj omejeni oz. žalujoči s strani okolice ne dobijo take podpore, kot si jo želijo in pričakujejo. Hkrati imajo žalujoči pogosto občutke dodatne stigmatizacije zaradi samomora, ki s smrtjo bližnjega postane del celotne družinske zgodbe. Pogosto se zato zgodi, da tak dogodek vpliva tudi na dinamiko celotnih družin, saj se člani medsebojno krivijo za smrt in otrokom, drugim članom družine ali okolici prikrivajo resničen vzrok smrti. V nekaterih družinah uspejo tudi tak dogodek osmisлити, se med seboj povezati in še bolj podpirati v procesu žalovanja in poznejše reintegracije (ponovne vključitve) v življenje.

Na področju razumevanja žalovanja po samomoru je bil nedavno razvit Model rastoče rože (13), ki ga predstavljamo v nadaljevanju poglavja.

Opredelevanje bližnjih po samomoru: kdo in koliko ljudi žaluje po samomoru

Pri opredeljevanju števila ljudi, ki žalujejo po samomoru, so zgodnje raziskave navajale le ožje družinske člane. Ponekod so se, namesto da bi se sklicevali na empirično ugotovljeno število ljudi, raziskave v določevanju števila žalujočih sklicevale na sprejete predpise ali uradne akte, kot je npr. število ljudi, ki so po smrti deležni pogrebne oz. zavarovalnine. V literaturi se največkrat citira Shneidmanovo arbitrarno oceno, da samomor hudo prizadene šest oseb (23). Vendar je avtor v svojem originalnem zapisu govoril celo le o štirih osebah. Vse to so zelo anekdotične ocene, ki so seveda odvisne od okoliščin, socialne mreže in vpetosti pokojne osebe v socialno okolje. Šest je podcenjeno število, saj niso upoštevani vsi tisti žalujoči, ki jih je samomor zelo prizadel, čeprav niso svojci (14). Med njimi so prijatelji, sodelavci, učitelji, zdravstveno osebje, psihoterapevti in drugi, ki so bili v stiku z umrlim. Pozneje so različni avtorji na podlagi raziskav navajali drugačno število žalujočih. Ocena se je gibala med 6 in 10 osebami (15). Berman (16) na podlagi proučevanja žalujočih po samomoru, ki so bili člani podpornih skupin, ugotavlja, da na število žalujočih vpliva to, kdo je bil umrl. Če si je življenje vzel otrok, za njim žaluje 80 različnih bližnjih. Če je umrl zakonec/partner, je ocena žalujočih 60, če sorojenec, je ocena med 45 in 50 ljudi. Novejše raziskave na podlagi samoocenjevanja navajajo, da naj bi se posamezni samomor tako ali drugače dotaknil kar 135 ljudi (17). Avtorji navajajo, da gre pri tem za kontinuum, ki označuje različno intenziteto odnosa z umrlo osebo. V skladu s tem razumevanjem po samomoru ostanejo (18):

- tisti, ki so bili samomoru izpostavljeni in so osebo poznali;
- tisti, ki osebe sicer niso poznali, pa so bili priča samomoru in se jih je smrt čustveno dotaknila;
- tisti, ki so zaradi bližine in intenzitete odnosa prizadeti in žalujoči.

Vsekakor se samomor dotakne velikega števila ljudi, še posebno kadar se je zgodil nenadoma brez predhodnih znakov oziroma opozoril.

Ob preučevanju števila žalujočih je hkrati treba tudi podrobneje opredeliti, kako imenovati osebe, ki žalujejo po samomoru bližnjega, a enotne definicije v stroki ne obstajajo. V slovenščini za žalujoče po samomoru uporabljamo besedno zvezo bližnji po samomoru, v angleščini pa se uporabljata izraza *suicide survivors* ali *survivors of suicide* (v prevodu preživeli po samomoru), kar nakazuje na njihovo zmožnost soočanja (preživetja) s samomorom bližnje osebe. Bližnji po samomoru so posamezniki, pomembno povezani z osebo, ki je umrla zaradi samomora (19), oz. so izkusili visoko stopnjo samozaznane psihološke, fizične ali socialne stiske, ki je trajala nekaj časa po smrti zaradi samomora bližnje osebe (20). Bližnji po samomoru so tisti, ki so izgubili nekoga pomembnega ali ljubega zaradi samomora in je zaradi te izgube njihovo življenje spremenjeno (21).

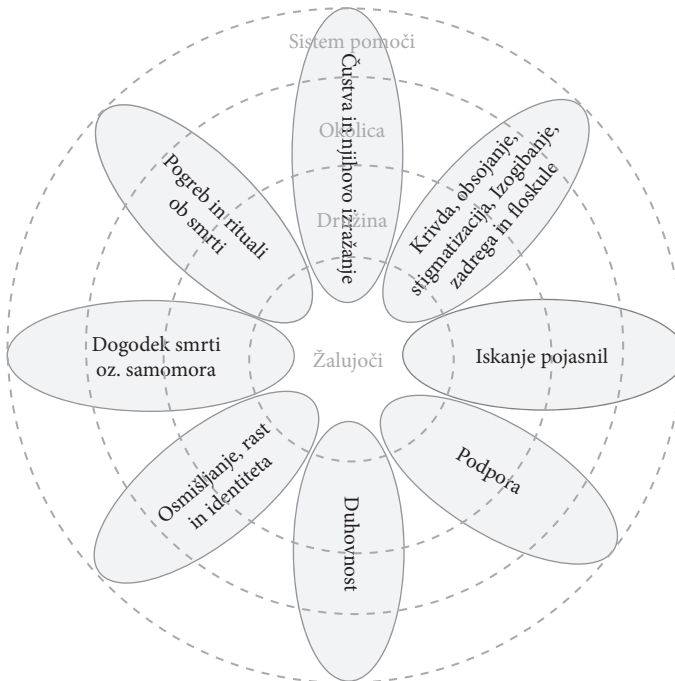
Model rastoče rože

Eden od aktualnejših modelov razumevanja žalovanja po samomoru bližnjega predstavlja Model rastoče rože, ki je oblikovan na slovenskih podatkih. Medtem ko se v raziskavah, v katerih proučujejo odzive na smrt, najpogosteje ukvarjajo z žalujočim posameznikom in procesom žalovanja (4), Model rastoče rože poleg žalujočega v svoje razumevanje umešča tudi njegovo ožjo in širšo okolico. Tako ne zajema le intrapersonalnih procesov,

ki se pojavijo kot odgovor na izgubo ljubljene osebe, ampak tudi širšo okolico in socialno mrežo (22, 23).

Model vključuje štiri ravni reintegracije v okolje po samomoru: ravni žalujočega, družine, okolice in sistemov pomoči. Žalujoči posameznik, njegova družina, socialna mreža (ožja in širša) ter sistemi pomoči so ravni, na katerih poteka reintegracija. Med seboj so povezane in prepletene ter hkrati vključene v različne vsebine reintegracije, ki jih lahko povzamemo kot ključne teme. To so vsebine, vezane na: (i) dogodek samomora, (ii) pogreb in rituale, (iii) doživljanje in izražanje čustev, (iv) občutke krivde, obsojanja in druge negativne reakcije, (v) iskanje pojasnil o razlogih za samomor, (vi) občutke podpore v procesu, (vii) pomen duhovnosti, ter (viii) osmišljanje izkušnje, osebno rast in spremembe identitete žalujočega (22, 23).

Ravni in vsebine se lahko povežejo, kot prikazuje slika 32.1. So presečne in tako je integriran model interakcije ravni in vsebin vizualno podoben zgradbi cveta: ravni predstavljajo cvetišče (cvetno os, ki je osnova za druge elemente cveta), vsebine so nanizane na venčnih listih (22, 23).

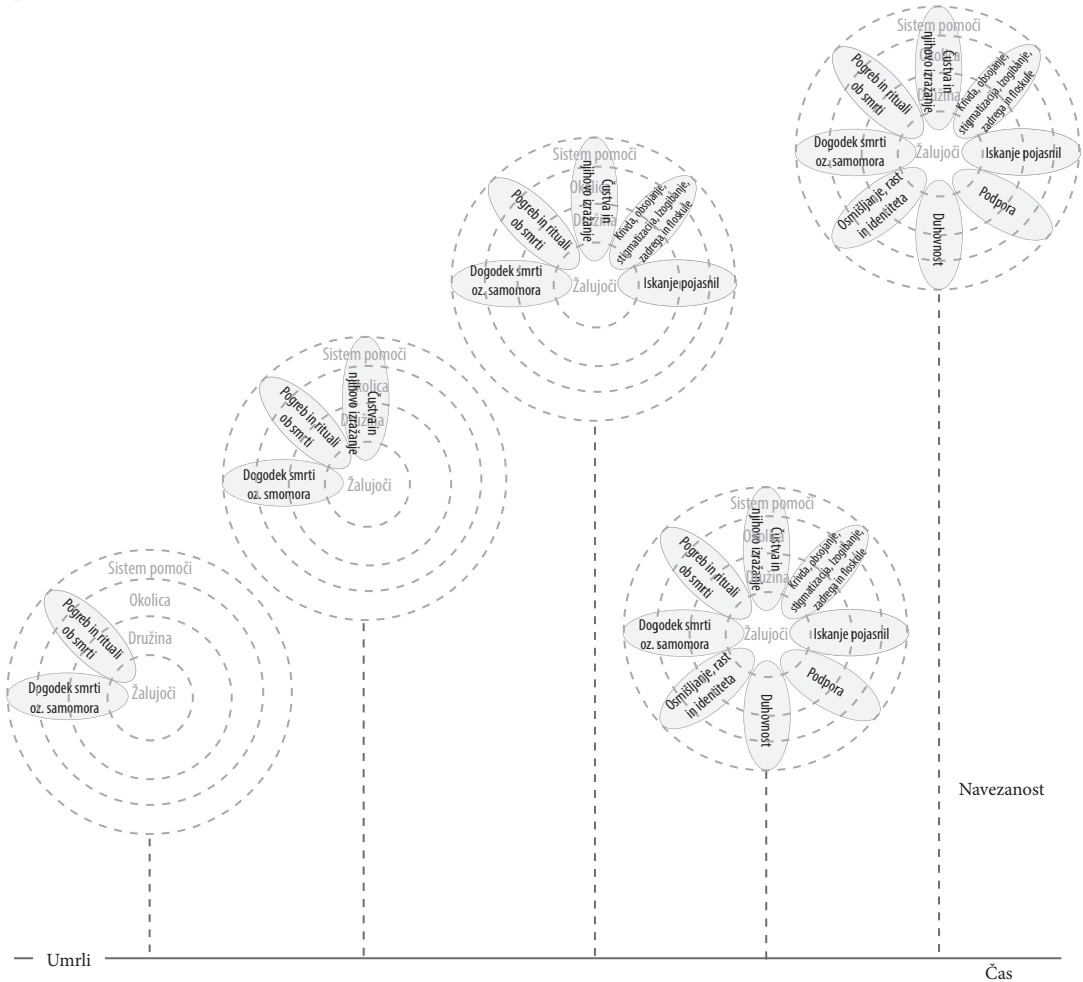


Slika 32.1. Ravni in vsebine reintegracije po Modelu rastoče rože

(Prirejeno in ponatisnjeno z dovoljenjem Hogrefe Publishing www.hogrefe.com; Poštuvan V. The growing flower model of reintegration after suicide. V: Andriessen K, Krysinska K, Grad OT, uredniki. Postvention in action: the international handbook of suicide bereavement support. Boston: Hogrefe; 2017. str. 85–97.)

Vsebine se pojavljajo v različnih fazah procesa reintegracije, vendar potek ni linearen. V modelu reintegracije ima pomembno vlogo tudi občutek navezanosti, ki se nanaša na odnos med žalujočim in pokojnikom. Bližnji nimajo občutka, da se odnos s pokojnikom s smrtjo prekine, temveč le, da se sčasoma oddalji oz. spremeni. Odnos med žalujočim in umrlim v modelu (slika 32.2) predstavlja pecelj rože, medtem ko umrla oseba predstavlja tla, iz katerih vzkljijeta pecelj in cvet. Pecelj povezuje obe ravni vsebin. Celoto lahko razumemo kot rožo (22, 23).

Bližnji reintegracijo doživljajo kot proces, ki se spreminja v času. Nekatere vsebine so v izbranem časovnem obdobju bolj v ospredju. Prve štiri vsebine kažejo akutno fazo žalovanja, druge štiri so podporne (so zato tudi na spodnjem delu venčnih listov modela, podobno kot baza) (22, 23).



Slika 32.2. Ravni in vsebine reintegracije v času po Modelu rastoče rože

(Prirejeno in ponatisnjeno z dovoljenjem Hogrefe Publishing www.hogrefe.com; Poštuvan V. The growing flower model of reintegration after suicide. V: Andriessen K, Krysinska K, Grad OT, uredniki. Postvention in action: the international handbook of suicide bereavement support. Boston: Hogrefe; 2017. str. 85–97.)

Po Modelu rastoče rože je reintegracija proces, v katerem je zaradi narave žalovanja, ritualov ob smrti in soočenja z lastno bolečino bližnji po samomoru skupaj s svojo družino, okolico in sistemom vključen v različne vsebine. Bolj ko so različne ravni vsebin medsebojno povezane in so si v podporo, lažje je za žalujočega. Namen procesa reintegracije ob žalovanju je, da žalujoči zmore vsebine in dogodke, v katere je vpleten, čim bolj razumljivo prirediti in vključiti v individualno predstavo o sebi, drugih in svetu. Hkrati je pomembno, da preoblikuje občutek medosebnega odnosa in navezanosti na pokojnika. Nelinearnost reintegracije pomeni, da se nekatere vsebine aktivirajo v različnih časovnih okvirjih. Cilj reintegracije ni, da bi žalujoči in pokojnik pretrgala odnos, temveč da se ta preoblikuje. Žalujoči izkušnjo samomora in spremenjen odnos s pokojnikom integrira v individualno predstavo o sebi, drugih in svetu (21, 22).

Postvencija

Postvencija je termin, ki ga je na prvi konferenci Ameriškega združenja suicidologov leta 1968 opredelil Shneidman (14, 24, 25). Strokovnjaki so takrat koncept razumeli relativno široko, kot pomoč po stresni ali nevarni situaciji, torej tudi po samomorilnem vedenju (vse od samomorilnega poskusa do smrti zaradi samomora). Danes razumemo postvencijo predvsem kot podporo tistim, ki so ostali po samomoru. Zaradi velikega števila ljudi, ki jih samomor tako ali drugače prizadene, je postvencija velikega pomena. Namen postvencijskih aktivnosti je (i) zmanjševanje negativnih učinkov izpostavljenosti samomoru, (ii) nudenje podpore žalujočim in s tem varovanje njihovega duševnega zdravja, (iii) preprečevanje samomorilnega vedenja tistih posameznikov, ki imajo zaradi izpostavljenosti samomoru večje tveganje zanj (26). Cilj postvencije je ublažiti psihološke posledice nenadne smrti pri bližnjih po samomoru ter jim pomagati, da živijo dlje, produktivneje in manj stresno, kot bi sicer brez postvencijskih intervencij (25). S postvencijo se lahko zmanjšajo potencialni travmatični učinki po samomoru in identificirajo tisti posamezniki, ki še posebej potrebujejo pomoč (27).

Postvencija je zaradi značilnosti svojega delovanja in ciljne skupine, v katero je usmerjena, hkrati tudi že preventiva samomorilnega vedenja. Bližnji po samomoru so namreč izpostavljeni večjemu tveganju za razvoj samomorilnega vedenja v primerjavi s splošno populacijo. Nekatere postvencijske aktivnosti so razvili strokovnjaki, ki se ukvarjajo s podporo žalujočim, druge so nastale s strani žalujoče laične javnosti, predvsem kot odgovor na potrebe bližnjih po samomoru. Postvencija je lahko v prvi vrsti usmerjena na neposredni dogodek samomora in blažitev posledic prvega šoka po dogodku, vendar je dobrodošlo, da podpora traja vsaj nekaj mesecev v prvem letu po samomoru. V tem času je za žalujočega treba najti prostor za pogovor, odzivanje na njegova doživljanja, interpretacijo dogodka, tolažbo, usmerjanje in tudi previdno in sočutno konfrontacijo s samomorom. Postvencijske intervencije lahko vodi strokovnjak, svetovalec oz. terapevt ali pa laični bližnji po samomoru, ki je tudi sam doživel podobno izgubo zaradi samomora in jo je s pomočjo svetovanja ali terapije že predelal (25).

Postvencijske aktivnosti v praksi

Za bližnje po samomoru je dobrodošlo, da imajo priložnost psihološke razbremenitve. Raziskave (13) sicer kažejo, da večina ljudi zmore soočanje s samomorom tudi brez strokovne pomoči oz. si le v manjšem deležu najdejo podporo v postvencijskih aktivnostih. Vendar so organizirane postvencijske aktivnosti kljub temu zelo pomembne, tudi za širšo ozaveščenost javnosti. Najučinkoviteje bi bilo, da bi bile postvencijske aktivnosti del javno-zdravstvenih intervencij (*več o tem v poglavju 13*).

Postvencijske aktivnosti se lahko odvijajo na različnih ravneh. Med temi so v praksi najbolj razširjene naslednje aktivnosti:

- *Podpora najožjim družinskim članom po samomoru*: ta je lahko individualna, v paru (starši umrlega) ali družinska (preostali člani družine). Lahko se žalujoči po samomoru bližnjega sestajajo tudi v skupini, v katero so vključeni bodisi le žalujoči po samomoru, bodisi žalujoči, ki so doživeli smrti bližnjega zaradi različnih načinov smrti.
- *Aktivnosti v šolskem okolju*, namenjene sošolcem, vrstnikom, učiteljem in staršem učencev in dijakov, katerih prijatelj je umrl zaradi samomora (26).
- *Aktivnosti, namenjene vratarjem sistema*, ki so nudili podporo umrli osebi ali bližnjim po samomoru (npr. zdravstvenim delavcem) (28, 14).

- *Skupine za podporo žalujočim*: po sestavi, vsebini in načinu vodenja so različne. Nekatere skupine so homogene (člani imajo podobne izkušnje), vanje so vključeni le žalujoči po samomoru, lahko pa so člani žalujoči, katerih svojci so umrli zaradi različnih načinov smrti. Skupina je lahko odprta (člani prihajajo in odhajajo, kot si želijo), lahko pa je zaprta, torej so člani od začetka do konca isti, število srečanj pa je vnaprej določeno.

Aktivnosti postvincije lahko vodi strokovnjak s področja žalovanja, duševnega zdravja oz. postvincijskih aktivnosti ali oseba z izkušnjo žalovanja po samomoru. V nekaterih raziskavah ugotavljajo, da je bilo v preteklosti več podpornih skupin vodenih s strani strokovnjakov, danes je večji poudarek na vodenju s strani žalujočih (29), pogosto pa vodita skupino strokovnjak in laik z izkušnjo.

Podporne skupine so se večinoma pričele razvijati v sedemdesetih in osemdesetih letih 20. stoletja v Združenih državah Amerike in Kanadi. Te so postale model ostalim. V enem prvih knjižnih orisov postvincije McIntosh (29) opisuje kar nekaj neuspešnih poskusov vzpostavitve podpornih skupin ali terapevtske podpore bližnjim po samomoru. Verjetno je bil takrat pristop do žalujočih napačen, saj se jim je ponujalo terapijo, ki pa je niso želeli. Kar so potrebovali, je bilo neobsojajoče okolje in čustvena podpora, kjer so lahko delili svoja občutja. Zato so imele pozneje večji uspeh aktivnosti, ki so jih samoiniciativno oblikovali bližnji po samomoru.

Nekateri programi za bližnje po samomoru predvidevajo angažiranje in samoiniciativno iskanje podpore s strani žalujočih, spet drugi so temeljili na principih kontaktiranja družine in žalujočih s strani specifičnih podpornih služb, ki so podporo nudile na domu žalujočih. Danes se poleg tradicionalnih oblik postvincije za bližnje po samomoru izvajajo tudi v spletnih oblikah (30).

Intervencije za bližnje po samomoru temeljijo na empatični podpori, vendar je poleg tega pomembno, da je svetovalec aktiven, osredotočen in potrpežljiv poslušalec. Za bližnjega po samomoru je pomembno, da dobi čas in prostor, da govori o svoji izkušnji, o razlogih, zakaj je poiskal podporo in kako razume samomor svojega bližnjega. Poleg tega je to priložnost, da spregovori o podrobnostih glede samomora in procesa žalovanja. V tem procesu mu pomaga tudi, da se bližnji po samomoru spomni pozitivnih vidikov odnosa s pokojnikom (2).

Pomoč za tiste, ki so bili v podporo osebi, ki je umrla zaradi samomora

Poleg najožjih družinskih članov in prijateljev lahko med bližnje po samomoru uvrščamo tudi medicinsko in podporno osebje, ki je pokojni osebi nudilo strokovno pomoč ali bilo z njo povezano. Tudi njih lahko smrt prizadene. Med temi so predvsem osebni zdravnik, medicinske sestre, psihiatri, psihologi, psihoterapevti, učitelji, svetovalni delavci na šoli, ki po travmatskem dogodku lahko doživljajo široko paleto čustev. Poleg podobnih občutij kot pri bližnjih po samomoru se pojavljajo še občutki storjene strokovne napake in skrb za lasten ugled (24). Prav zato je pomembno, da o svojih stiskah in občutkih spregovorijo tudi strokovnjaki, ko izvedo za samomor svojega pacienta, učenca ali sodelavca. V raziskavah so ugotavljali, da mnogi doživijo podobne občutke žalosti, stresa in stiske kot bližnji po samomoru (2, 31, 32). Poleg teh doživljanj pogosto opisujejo tudi občutke profesionalne nekompetentnosti, napačne strokovne ocene o stopnji samomorilne ogroženosti svojega pacienta pred samomorilnim dejanjem in strahu pred tožbo (33, 34). V obdobju obravnave samomorilno ogrožene osebe tudi strokovnjak običajno vloži v terapevtski proces veliko

znanja, energije, pa tudi soodgovornosti za pacienta in se z njim tudi zveže v poseben, pogosto intenziven delovni odnos. Zato ob samomoru iskreno začuti vso paleto čustev – od žalosti, jeze, obžalovanja, zavrnitve, krivde in občutka, da mu je spodletelo. Lahko začne dvomiti v svojo strokovnost in celo v to, da je izbral pravo strokovno usmeritev in lahko posledično zamenja delovno področje ali se ne želi več ukvarjati s samomorilno ogroženimi pacienti (14). Zaradi prepričanja, da se je to zgodilo samo njemu, da je v tem osamljen (34) in da ga drugi zaradi samomora pacienta ocenjujejo negativno, običajno skriva svoja resnična občutja, o njih ne spregovori in se zato lahko še razrastejo ter posledično postanejo neznosna. V okoljih, kjer zaradi večje prisotnosti rizičnih pacientov (urgentni oddelki psihiatričnih bolnic, urgentni internistični in kirurški oddelki, kjer oskrbijo akutno samomorilne osebe po samomorilnem poskusu), obstaja verjetnost, da bodo samomori pogostejši, je zato nujno, da so na razpolago protokol oz. smernice, kako pomagati strokovnjakom (35, 36), da dobijo takojšnjo pomoč in oporo. Še posebno pomembno je, da jo dobijo začetniki, specializanti, ki marsikdaj dobijo paciente z resnimi diagnozami, na katere niso ne strokovno ne čustveno pripravljeni, zaradi česar so po samomoru pacienta še posebej prizadeti, ogroženi in prestrašeni.

Podobna situacija se lahko zgodi v šolah, kjer so učitelji, učenci/dijaki in njihovi starši prav tako nepripravljeni, ko se v šoli zgodi samomor (učenca/dijaka, učitelja, starša). Zato morajo imeti šole prav tako izdelane smernice, kako v takem trenutku ravnati, da pomagajo vsem vpletenim in zmanjšajo prizadetost in posledice (26). Podobno lahko samomor prizadene tudi druge, ki so bili npr. priče dogodka ali so našli truplo umrlega (strojevodje, policisti, sodni izvedenci, patologi idr.), zato je pomembno ponuditi podporo tudi zanje (13, 22, 23).

Delo z bližnjimi po samomoru v Sloveniji

Glede na število samomorov v Sloveniji, ki jih je še vedno okoli 400 letno (37), lahko (s konzervativno Sheidmanovo oceno šestih bližnjih po samomoru) ocenjujemo, da je pri nas letno približno 2.400 ljudi, ki jih samomor bližnjega hudo prizadene. Specifičnih intervencij, ki bi bile namenjene le bližnjim po samomoru, ni zelo veliko. Od leta 1989 do 2017 je v Sloveniji obstajala možnost pomoči bližnjim po samomoru v okviru individualnega ali skupinskega svetovanja znotraj zdravstvenega sistema. Na voljo je bila tudi ambulantna individualna ali družinska terapija, ki je bila vključena v terciarno dejavnost Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana. Ta možnost trenutno ne obstaja, je pa v Centru za psihološko svetovanje Posvet v Ljubljani možno še dobiti specializirano svetovanje za žalujoče po samomoru. Še vedno so lahko bližnji po samomoru, ki imajo sami resne depresivne ali samomorilne misli, sprejeti v urgentne psihiatrične ambulante in v hujših primerih tudi na krizne oddelke psihiatričnih bolnišnic, kjer so obravnavani po principih krizne intervencije s kombinacijo terapije z zdravili in psihoterapevtske pomoči. Tudi nekatere nevladne organizacije nudijo pomoč pri žalovanju, vendar do danes nimamo organizacije, ki bi bila na razpolago le bližnjim po samomoru oz. bi jo vzpostavili bližnji sami (38). Pomoč je na voljo še v okviru slovenskega Društva Hospic (39) in projektih Slovenskega centra za raziskovanje samomora (Univerza na Primorskem, Inštitut Andrej Marušič).

V Sloveniji je na voljo podpora šolam, ki se soočijo s samomorom dijaka oz. učenca (*več o tem v poglavju 18*). V takih primerih se navadno poleg ravnateljev in šolske svetovalne službe vključijo še lokalni zdravstveni zavodi, lokalni izvajalci psihosocialne podpore.

Zaključek in usmeritve za naprej

Žalovanje po samomoru bi v Sloveniji moralo dobiti več javnozdravstvene oz. družbene pozornosti. Poleg sistematično uvedenih in ustrezno evalviranih programov podpore, ki se nanašajo na čas neposredno ob smrti, so potrebni podporni programi za dolgoročno spremljanje žalujočih. Pomembno je, da se bližnjim po samomoru uspe dobro reintegrirati po smrti, predvsem zaradi zagotavljanja kakovosti njihovega življenja in preventive duševnih stisk; postvincija namreč predstavlja tudi pomemben vidik preventive samomorilnega vedenja pri tistih, ki so preživeli samomor bližnje osebe. Hkrati ustrezna integracija vpliva na manjšo stigmatizacijo in marginalizacijo določenih skupin prebivalstva (v tem primeru žalujočih), kar vpliva na psihološke, telesne in socialno-ekonomske posledice širše v družbi.

Reference

1. Moos RH, Schaefer JA. Coping with life crises: an integrated approach. New York: Plenum Press; 1987.
2. Grad OT. Sequelae of suicide survivors. V: O'Connor R, Plat S, Gordon J, uredniki. International handbook of suicide prevention: research, policy and practice. Chichester: Wiley; 2011. str. 561–76. doi: 10.1002/9781119998556.ch32
3. Grad OT, Andriessen K. Surviving the legacy of suicide. V: O'Connor R, Pirkis J, urednika. The international handbook of suicide prevention. 2nd ed. Chichester: Wiley; 2016. str. 663–80. doi: 10.1002/9781118903223.ch37
4. Shuchter S, Zisook S. The course of normal grief. V: Stroebe W, Stroebe M, Hansson R, uredniki. Handbook of bereavement: theory, research, and intervention. Cambridge: Cambridge University Press; 1993. str. 23–43. doi: 10.1017/CBO9780511664076.003
5. Corr CA. Death and dying, life and living. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company; 1996.
6. Worden JW. Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner. New York: Springer Publishing Company; 2009. doi: 10.1891/9780826101211
7. Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: a decade on. Omega (Westport). 2010;61(4):273–89. doi: 10.2190/OM.61.4.b
8. Sands D, Jordan J, Neimeyer RA. The meanings of suicide: a narrative approach to healing. V: Jordan JR, McIntosh J, urednika. Grief after suicide: understanding the consequences and caring for the survivors. New York: Routledge; 2011. str. 249–82.
9. Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene: avstralska modifikacija (MKB-10-AM). Pregledni seznam bolezni. 6. izd. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2008.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2013. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596
11. Clark SE, Goldney RD. Impact of suicide on relatives and friends. V: Hawton K, van Heeringen K, urednika. The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester: Wiley; 2000. str. 467–84. doi: 10.1002/9780470698976.ch26
12. Dunne EJ, Dunne-Maxim K. Why suicide loss is different for the survivors. V: Wasserman D, Wasserman C, urednici. Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford: Oxford University Press; 2009. str. 605–8. doi: 10.1093/med/9780198570059.003.0082
13. Poštuvan V. Doživljanje samomora ter varovalni dejavniki in dejavniki tveganja v procesu reintegracije bližnjih po samomoru [doktorska disertacija]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta; 2014.
14. Grad OT. Clinicians after the suicide of their patients. V: Wasserman D, urednica. Oxford textbook of suicidology and suicide prevention. Oxford: Oxford University Press; 2021. str. 549–53. doi: 10.1093/med/9780198834441.003.0065
15. Bland D. The experiences of suicide survivors 1989–June 1994. Baton Rouge (LA): Baton Rouge Crisis Intervention Center; 1994.
16. Berman AL. Estimating the population of survivors of suicide: seeking an evidence base. Suicide Life Threat Behav. 2011;41:110–6. doi: 10.1111/j.1943-278X.2010.00009.x
17. Cerel J, Brown MM, Maple M, Singleton M, Venne J, Moore M idr. How many people are exposed to suicide? Not six. Suicide Life Threat Behav. 2019;49(2):529–34. doi: 10.1111/sltb.12450
18. Cerel J, McIntosh JL, Neimeyer RA, Maple M, Marshall D. The continuum of 'survivorship': definitional issues in the aftermath of suicide. Suicide Life Threat Behav. 2014;44(6):591–600. doi: 10.1111/sltb.12093
19. Grad OT. Urgentna stanja v psihiatriji. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje; 1999.
20. Jordan RJ, McIntosh JL. Suicide bereavement: why study survivors of suicide loss? V: Jordan JR, McIntosh J, urednika. Grief after suicide: understanding the consequences and caring for the survivors. New York: Routledge; 2011. str. 3–17. doi: 10.4324/9780203886045

21. Andriessen K, Krysinska K, Grad OT. Current understandings of suicide survivor bereavement. V: Andriessen K, Krysinska K, Grad OT, uredniki. *Postvention in action: the international handbook of suicide bereavement support*. Boston: Hogrefe; 2017. str. 3–16. doi: 10.1027/00493-000
22. Poštuvan V. The growing flower model of reintegration after suicide. V: Andriessen K, Krysinska K, Grad OT, uredniki. *Postvention in action: the international handbook of suicide bereavement support*. Boston: Hogrefe; 2017. str. 85–97.
23. Poštuvan V. Suicide survivors' reintegration: the growing flower model. V: De Leo D, Poštuvan V, urednika. *Resources for suicide prevention: bridging research and practice*. Göttingen: Hogrefe Publishing; 2017. str. 129–37.
24. Shneidman E. Foreword. V: Cain CA, urednik. *Survivors of suicide*. Springfield: Charles C Thomas Publisher; 1972. str. ix–xi.
25. Shneidman E. *Suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive behaviour*. Northvale: Jason Aronson Inc.; 1993.
26. Erjavec A, Gregorič Kumpersčak H, Konec Juričič N, Lekić K, Malešević T, Podlogar T idr. Ko se zgodi samomor učenca ali dijaka: smernice za postvenicijo v šoli. Konec Juričič N, Roškar S, Lekić K, urednice. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2021.
27. Wertheimer A. *A special scar: the experiences of people bereaved by suicide*. 2nd ed. Philadelphia: Taylor & Francis; 2004.
28. Rotar Pavlič D, Treven M, Maksuti A, Švab I, Grad O. General practitioners' needs for support after the suicide of patient: a qualitative study. *Eur J Gen Pract*. 2018;24(1):177–82. doi: 10.1080/13814788.2018.1485648
29. McIntosh JL. Characteristics and effectiveness of suicide survivors support groups. V: Andriessen K, Krysinska K, Grad OT, uredniki. *Postvention in action: the international handbook of suicide bereavement support*. Boston: Hogrefe; 2017. str. 117–29.
30. McIntosh JL, Bolton I, Andriessen K, Campbell F. History of survivor support. V: Andriessen K, Krysinska K, Grad OT, uredniki. *Postvention in action: the international handbook of suicide bereavement support*. Boston: Hogrefe; 2017. str. 101–16.
31. Grad OT, Zavasnik A, Groleger U. Suicide of a patient: gender differences in bereavement reactions of therapists. *Suicide Life Threat Behav*. 1997;27(4):379–86.
32. Castelli Dransart DA, Treven M, Grad OT, Andriessen K. Impact of client suicide on health and mental health professionals. V: Andriessen K, Krysinska K, Grad OT, uredniki. *Postvention in action: the international handbook of suicide bereavement support*. Boston: Hogrefe; 2017. str. 245–54.
33. Grad OT. Suicide: how to survive as a survivor? *Crisis*. 1996;17(3):136–42. doi: 10.1027/0227-5910.17.3.136b
34. Grad OT, Michel K. Therapists as client suicide survivors. V: Weiner KM, urednica. *Therapeutic and legal issues for therapists who have survived a client suicide: breaking the silence*. Binghamton (NY): Haworth Press; 2005. str. 71–81.
35. Grad OT. Priročnik za pomoč zdravstvenemu osebu po samomoru pacienta. Ljubljana: Psihiatrična klinika; 2007.
36. Grad OT. *Guidelines to assist clinical staff after the suicide of a patient*. Oslo: IASP, International Association for Suicide Prevention; 2012.
37. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Baza podatkov Zdravniško poročilo o umrli osebi (NIJZ 46). Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2020 (neobjavljeni podatki).
38. Grad OT. International perspectives on suicide bereavement – Slovenia. V: Jordan JR, McIntosh J, urednika. *Grief after suicide: understanding the consequences and caring for the survivors*. New York: Routledge; 2011. str. 477–85.
39. Slovensko društvo Hospic [na spletu]. Ljubljana: Slovensko društvo Hospic; c2011-2015. *Žalovanje odraslih*; [citirano 1. 3. 2021]. Dostopno na: <https://hospic.si/programi/zalovanje-odraslih/>.

Evtanazija in pomoč pri samomoru

Nataša Valentinčič

Ključni poudarki poglavja

- V sodobnem času so kvaliteta življenja, samostojnost in dostojanstvo vse pomembnejše dobrine. Ljudje si vse bolj želijo samostojno odločati o svojem življenju, svojem telesu in tudi lastni smrti. Vse več je držav, ki so pomoč pri dostojnem končanju življenja legalizirale.
- Evropsko sodišče za človekove pravice (ESČP) je vsakemu posamezniku, ki je sposoben odločati o sebi in ki je skladno s svojo odločitvijo tudi sposoben ravnati, izrecno priznalo pravico do samoodločbe o času in načinu lastne smrti.
- ESČP je odločilo, da pravne ureditve, ki dopuščajo pomoč tretjih oseb pri končanju življenja posameznika, niso v nasprotju z Evropsko konvencijo za človekove pravice (EKČP), če pri tem ustrezno varujejo pravico do življenja. Po drugi strani pa tudi sistemi, ki evtanazijo in pomoč pri samomoru prepovedujejo, niso v nasprotju z EKČP, če kljub splošni prepovedi pomoči pri končanju življenja posamezniku omogočajo učinkovito uresničitev pravice do izbire časa in načina lastne smrti.
- Slovenska zakonodaja, ki evtanazijo in pomoč pri samomoru prepoveduje, posamezniku ne omogoča učinkovite realizacije njegove pravice do samoodločbe o času in načinu lastne smrti.

Povzetek

Vprašanje zakonitosti/nezakonitosti evtanazije in pomoči pri samomoru temelji na treh načelih: načelu svetosti življenja (pravici do življenja), načelu avtonomije (pravici do samoodločbe) in načelu dobrodelnosti.

Nasprotniki evtanazije in pomoči pri samomoru se sklicujejo na primarnost načela svetosti življenja ter absolutnost pravice do življenja. Večina etičnih sistemov spoštuje svetost človeškega življenja in šteje ohranjanje človeškega življenja med vrhovne moralne dolžnosti, zato pravni sistemi večine držav evtanazijo in pomoč pri samomoru opredeljujejo kot kaznivo dejanje, civilni delikt in kršitev strokovno-medicinskih pravil.

V zadnjih letih se pojavlja vse več zahtev po legalizaciji evtanazije in pomoči pri samomoru, ki jih zagovorniki utemeljijo na zahtevi po spoštovanju načela avtonomije oziroma posameznikove pravice do samoodločbe o lastni smrti. ESČP je na podlagi načela avtonomije vsakemu posamezniku, ki je sposoben odločati o sebi in je skladno s svojo odločitvijo tudi sposoben ravnati, izrecno priznalo pravico do samoodločbe o času in načinu lastne smrti. Odločilo je, da čeprav je pravica do življenja načeloma primarna pravica (vsaj v smislu generalnega načela in temeljne pravice, brez katere bi bile ostale pravice le navidezne), pa je pravica do življenja ravno tako podvržena tehtanju in omejitvam, kot to velja za vse ostale temeljne pravice. Odločilo je, da sta načelo svetosti življenja in načelo avtonomije v razmerju prirejenosti, pri čemer lahko načelo avtonomije prevlada nad načelom svetosti življenja, če so podane izredne okoliščine – slabo zdravstveno stanje (načelo dobrodelnosti).

Na podlagi sodb ESČP gre ugotoviti, da pravne ureditve, ki pomoč pri dostojnem končanju življenja dopuščajo, niso v nasprotju določbami EKČP, če pravni sistem ustrezno varuje tudi pravico do življenja, torej če zagotavlja, da bo posamezniku pravica do izbire časa in

načina končanja lastnega življenja priznana, le če je sposoben razumeti pomen in posledice svoje odločitve in če je skladno s tako odločitvijo tudi sposoben ravnati. Po drugi strani je ESČP odločilo, da tudi sistemi, ki evtanazijo in pomoč pri samomoru prepovedujejo, niso v nasprotju z EKČP, če kljub splošni prepovedi posamezniku omogočajo učinkovito uresničitev njegove pravice do izbire časa in načina lastne smrti.

Predvsem ob upoštevanju odločitev ESČP gre zastopati stališče, da slovenski pravni sistem, ki evtanazijo in pomoč pri samomoru prepoveduje, posamezniku ne omogoča neposredne in učinkovite uresnitve njegove pravice do samoodločbe o času in načinu lastne smrti. Slovenska ureditev namreč upošteva zgolj in samo položaj storilca (zdravnika), prošnja osebe, ki si želi končati življenje in njeno zdravstveno stanje, pa so le okoliščine, ki jih sodišče upošteva pri presoji storilčeve (zdravnikove) kazenske in civilne odgovornosti.

Uvod

Življenjska doba posameznika je danes precej daljša, kot je bila nekoč. Sodobna medicina posameznikom omogoča preživetje tudi v primeru bolezni, poškodb ali invalidnosti, ki so nekdanj povzročale zanesljivo in razmeroma hitro smrt. Za mnoge so dodatna leta preživetja dragocena in dobrodošla, nekaterim pa ta leta pomenijo le dolgotrajno trpljenje. Včasih je trpljenje tako hudo, položaj pa tako brezizhoden, da si posameznik želi čim hitreje umreti. Ne gre samo za telesne, temveč tudi duševne bolečine, izgubo dostojanstva, samostojnosti. Kvaliteta življenja pod takšnimi pogoji je za posameznika nesprejemljiva.

Ljudje si vse bolj želijo samostojno odločiti o svojem življenju, svojem telesu in lastni smrti. V ospredje prihaja pravica posameznika do samoodločbe, tudi do samoodločbe o času in načinu lastne smrti. Zadnjih nekaj let po svetu, pa tudi pri nas, pogosto tečejo razprave o upravičenosti oziroma neupravičenosti pomoči pri dostojnem končanju življenja. Vse več ljudi se zavzema za to, da bi evtanazijo ali zdravnikovo pomoč pri samomoru uzakonili kot eno od človekovih pravic (1).

Spremenjeni pogled družbe na evtanazijo in pomoč pri samomoru se odražata v legalizaciji navedenih oblik pomoči pri končanju življenja. Vse več je držav, ki so evtanazijo in/ali pomoč pri samomoru legalizirale. K legalizaciji pomoči pri dostojnem končanju življenja so nedvomno pripomogle tudi odločitve ESČP ter na njihovi osnovi sprejete odločitve najvišjih nacionalnih sodišč. Kljub navedenemu pa večina pravnih ureditev sodobnih držav še vedno primarno izhaja iz načela svetosti življenja in pravice do življenja ter njune nadvlade nad načelom avtonomije in posameznikovo pravico do samoodločbe, zato evtanazijo in pomoč pri samomoru prepovedujejo. Med takšne pravne ureditve spada tudi pravni red Republike Slovenije.

Vprašanje pa je, ali je zdajšnja slovenska pravna ureditev, ki pomoč pri dostojnem končanju življenja prepoveduje, ustrezna. Pri iskanju odgovora je treba upoštevati odločitve ESČP, najnovejše odločitve najvišjih instanc nacionalnih sodišč ter izkušnje pravnih ureditev držav, ki pomoč pri dostojnem končanju življenja dopuščajo. Upoštevati gre še dejstvo, da lahko načelo posameznikove avtonomije o lastni smrti in načelo dobrotelčnosti v določenih primerih prevladata nad načelom svetosti življenja tudi v državah, ki evtanazijo in pomoč pri samomoru prepovedujejo. V Sloveniji so to primeri pacientove zavrnitve zdravstvene oskrbe, primeri odtegnitve/prekinitve neutemeljenega (brezupnega) zdravljenja ter primeri zdravljenja z dvojnim učinkom, vključno s terminalno sedacijo.

Pojmi

Pojem evtanazije ni enoznačen. Pojavlja in uporablja se v številnih oblikah in številnih pomenih, tudi napačnih.

Predvsem v obdobju druge svetovne vojne je imela beseda evtanazija izrazito negativen prizvok, saj so jo povezovali z množičnimi poboji Judov in Romov. Pod ta pojem se je uvrščalo tudi usmrtitve invalidnih in duševno bolnih oseb, tudi otrok (2). Nasprotniki jo opredeljujejo kot zločin, kot lažni humanizem.

V pozitivnem smislu je besedo evtanazija moč opredeliti kot pomoč pri umiranju s pasivnim ali aktivnim poseganjem v tok življenja posameznika, ki nam je zaupan, pri čemer je vodilo usmiljenje do sočloveka. Izraz namreč izvira iz grške besede euthanasia in dobesedno pomeni lepo smrt (3).

V modernih razpravah se pojem evtanazija uporablja zlasti v zdravstvenih krogih, in sicer v zvezi s končanjem življenja neozdravljivo bolnih oziroma hudo invalidnih oseb, ki ga iz usmiljenja do pacienta opravi zdravnik. Usmrtitve iz usmiljenja, ki jih izvedejo tretje osebe – laiki, so v okviru tega pojmovanja evtanazije izključene (4).

Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko definira: »Evtanazija je, če zdravnik posamezniku injicira smrtonosno sredstvo z namenom, da prekine njegovo življenje.« Pri tem se sklicuje na stanje neozdravljivo bolnih in trpečih bolnikov ter avtonomijo posameznika (5).

Zakonodaje držav, ki evtanazijo dopuščajo, torej Nizozemska (6), Belgija (7), Luksemburg (8), Kanada (9) in avstralska zvezna država Victoria (10), evtanazijo enotno opredeljujejo kot aktivno končanje pacientovega življenja na podlagi njegove prostovoljne in dobro premišljene prošnje, ki ga izvede zdravnik z namenom, da se konča pacientovo nezno in brezupno trpljenje. Taka definicija je bila splošno sprejeta tudi v strokovni pravni literaturi. Pri tem gre poudariti, da vsaka država določa svoje pogoje za zakonito izvedbo evtanazije.

Pojem evtanazija bomo zato nadaljevanju uporabljali zgolj v pomenu, kot je definiran v prejšnjem odstavku.

Glede na tako določeno definicijo evtanazije pod ta pojem ne gre umeščati drugih oblik končanja življenja, ki so kdaj nepravilno opredeljena kot indirektna, neprostovoljna oz. pasivna evtanazija. Kot evtanazijo torej ne moremo opredeljevati:

- končanja življenja z opustitvijo oziroma odtegnitvijo zdravstvene oskrbe za podaljševanje življenja, bodisi na podlagi pacientove zavrnitve ali na osnovi neutemeljenega (brezupnega) zdravljenja, saj ni aktivnega ravnanja zdravnika;
- terapije z dvojnimi učinkom (tukaj je zlasti mišljena sedacija ob koncu življenja), saj ni primarnega namena zdravnika za končanje življenja, temveč je primarni namen lajšanje bolečine.

Pomoč pri samomoru pomeni vsako fizično ali psihično podporo (v obliki storitve ali opustitve) nenaravni smrti kot posledici zavestnega posega umrlega v lastno življenje. Odločilno dejanje usmrtitve v obliki storitve ali opustitve pa opravi oseba sama (3). Gre za samoodločbo, za samousmrtitveno ravnanje. Pri samomoru s pomočjo zdravnika gre tako za dejanje, ko nekdo namerno konča svoje življenje, vendar s pomočjo druge osebe – zdravnika, ki pacientu priskrbi smrtonosno količino učinkovine ter ga informira o tem, kako naj jo uporabi (11).

Iz pravnih ureditev držav, ki pomoč pri samomoru z zdravniško pomočjo legalizirajo – Nizozemska (6), Belgija (7), Luksemburg (8), Švica, Kanada (9) in nekatere države v Združenih državah Amerike (ZDA) (12) – je mogoče povzeti naslednjo definicijo samomora z zdravniško pomočjo: »Gre za dejanje, ki ga izvrši zdravnik z namenom nudenja pomoči osebi pri storitvi samomora ali z namenom, da taki osebi zagotovi sredstva za samomor na izrecno in prostovoljno željo te osebe.« Tudi v primeru pomoči pri samomoru gre poudariti, da vsaka država določa svoje pogoje za zakonito izvedbo pomoči pri končanju življenja. Tudi pojem pomoči pri samomoru bomo zato nadaljevanju uporabljali zgolj v pomenu, kot je definiran v prejšnjem odstavku.

Načela

Vprašanje zakonitosti/nezakonitosti evtanazije in pomoči pri samomoru temelji na treh načelih: načelu svetosti življenja, načelu avtonomije in načelu dobrodelnosti.

Zagovorniki legalizacije evtanazije in pomoči pri samomoru svoje zahteve utemeljujejo na načelu avtonomije oziroma na posameznikovi pravici do samoodločbe, medtem ko se nasprotniki sklicujejo na načelo svetosti življenja.

Vprašanje dopustnosti pomoči pri končanju življenja je ESČP obravnavalo v zadevah Sunles Sunles proti Španiji iz leta 2000 (v nadaljevanju primer Sunles Sunles) (13), Diane Pretty proti Združenemu kraljestvu Velike Britanije in Severne Irske iz leta 2002 (v nadaljevanju primer Pretty) (14), Haas proti Švici iz leta 2010 (v nadaljevanju primer Haas) (15), Koch proti Nemčiji iz decembra 2012 (v nadaljevanju primer Koch) (16), Gross proti Švici iz leta 2013 (v nadaljevanju primer Gross) (17) ter Lambert in drugi proti Franciji iz leta 2015 (18).

Iz pregleda sodne prakse ESČP je razvidno, da sodišče izhaja iz prirejenosti načela svetosti življenja in načela avtonomije. Načelo avtonomije lahko prevlada nad načelom svetosti življenja, pri čemer se kot poglobitna okoliščina tehtanja med navedenima načeloma upošteva načelo dobrodelnosti.

Načelo svetosti življenja in pravica do življenja

Načelo svetosti življenja veleva, da je življenje sveto, neodtujljivo in nedotakljivo. Življenje in koncept življenja predstavljata temeljno družbeno vrednoto. Tako verski kot ateistični pogled ocenjujeta življenje kot temeljno vrednoto, ohranjanje življenja pa kot temeljno humanitarno načelo. Življenje je treba spoštovati in varovati (4).

Načelo svetosti življenja je v pravnih ureditvah izpeljano kot pravica do življenja, ki ima v ustavah oz. ustavnih listinah posameznih držav ter mednarodnih pogodbah zagotovljeno posebno mesto. V zakonskih aktih je pravica do življenja varovana v številnih zakonih, med drugim kot kaznivost dejanj umora ali uboja. Tudi sodna praksa s področja človekovih pravic vztraja na stališču, da je pravica do življenja najbolj temeljna človekova pravica in predpogoj za uživanje preostalih človekovih pravic. Tako je npr. ESČP zapisalo, da bi bile brez pravice do življenja ostale človekove pravice le navidezne (19).

Drugi člen EKČP izrecno določa, da je pravica do življenja temeljna in neodtujljiva pravica, v katero državna oblast, prav tako pa tudi drugi posamezniki, razen ob izrecno strogo določenih pogojih, ne smejo posegati. Dolžnost držav je, da ustvari praktične in zanesljive ukrepe, da se bo pravica do življenja tudi aktivno zaščitila tako v razmerju do države kot v razmerju do drugih posameznikov. Potrebni ukrepi za preprečitev odvzema življenja po mnenju ESČP pomenijo med drugim tudi učinkovito kazensko materialno in procesno pravo (20).

Pravilo, da je pravica do življenja neločljiva in neodtujljiva človekova pravica, načeloma pomeni, da je pravica do življenja absolutna, posamezniku pripadajoča pravica, ki jo je treba varovati v vseh okoliščinah in vseh situacijah. To bi načeloma lahko pomenilo tudi, da obstaja dolžnost tretjih, da spoštujejo pravico do življenja posameznika, ne glede na vse, ter da pravica do življenja ne bi mogla biti nikoli omejena, niti na podlagi zakonitih razlogov (4).

Vendar pa niti načelu svetosti življenja niti pravici do življenja ne gre priznati popolne primarnosti in absolutnosti. Tako pravo kot tudi etika priznavata, da sta načelo svetosti življenja in pravica do življenja v določenih okoliščinah lahko omejeni, če so podani zakoniti razlogi in če je taka omejitev absolutno nujno potrebna. Take izjeme izrecno določa že 2. odst. 2. člena EKČP, ki odvzem življenja dopušča, če je ta posledica (absolutno) nujno potrebne sile pri obrambi katere koli osebe pred nezakonitim nasiljem, pri zakonitem odvzemu prostosti ali pri preprečitvi bega osebi, ki ji je zakonito odvzeta prostost, in pri zakonitem dejanju, ki ima namen zadušiti upor ali vstajo.

Poleg izrecno določenih izjem je omejitev pravice do življenja dopustna tudi v času vojne, v primerih abortusa ter pasivnega končanja življenja na osnovi odločitve o neutemeljenosti (brezupnosti) zdravljenja (torej na podlagi načela dobrodelnosti), kazensko pravo pa npr. dopušča silobran in skrajno silo kot razloga za izključitev kaznivosti za primer odvzema življenja druge osebe.

Pravica do življenja tudi ni absolutno neodtujljiva. Posameznik se ji lahko tudi odpove. Navedeno izhaja iz posameznikove pravice do končanja življenja s samomorom, ki v veliki večini držav ni kaznivo, ter pravice posameznika, da zavrne zdravstveno oskrbo, vključno z zdravstveno oskrbo, ki je nujna za ohranitev življenja. Vsaka drugačna razlaga o neodtujljivosti pravice do življenja bi pomenila, da je posameznik dolžan živeti ter da ne more zavrniti nujne zdravstvene oskrbe (4).

Čeprav pravica do življenja ohranja primarno pozicijo (vsaj v smislu generalnega načela in temeljne pravice, brez katere bi bile ostale pravice le navidezne), pa je pravica do življenja torej ravno tako podvržena tehtanju in omejitvam, kot to velja za vse ostale temeljne pravice (19).

Načelo avtonomije in pravica do samoodločbe

Načelo avtonomije vključuje svobodo razsodnega posameznika, da sprejema (racionalne) odločitve brez zunanjih pritiskov. Predpogoj za svobodno odločanje je ustrezna predhodna seznanitev in razumevanje relevantnih okoliščin (21).

V pravni sferi se načelo avtonomije povečini povezuje z idejo o svobodi (npr. svobodnim urejanjem obligacijskih razmerij) in s pravico do osebne svobode, kar posamezniku omogoča oblikovati lastne poglede na svet, sprejemati lastne odločitve in skladno z lastnimi odločitvami tudi ravnati (4). Načelo avtonomije in osebne svobode posledično vključuje tudi dolžnost tretjih, da to svobodo oziroma pravico spoštujejo. Obenem državnim oblastem nalaga obveznost, da sprejmejo ustrezne ukrepe, s katerimi bodo zagotovile učinkovito in dejansko spoštovanje posameznikove pravice do samoodločbe.

Zahteva po spoštovanju posameznikove avtonomije zajema vse vidike človeškega življenja in posameznika pooblašča, da sam odloča o načinu lastnega življenja. V tem okviru je posamezniku priznana tudi avtonomija ravnanja z lastnim telesom ter v tem okviru razpolaganja z lastnim telesom.

ESČP je v zadevah Pretty, Koch, Haas in Gross posamezniku izrecno priznalo pravico do odločitve o času in načinu lastne smrti, ki je varovana v okviru pravice posameznika do samoodločbe in zasebnega življenja po 8. členu EKČP. V ta okvir gre uvrstiti tudi pravico posameznika, da se izogne smrti, ki jo sam dojema kot nedostojno. Priznana pravica je strogo osebna in neprenosljiva. ESČP je še obrazložilo, da je način, kako preživeti zadnje trenutke življenja, del življenja samega, zato ima posameznik pravico zahtevati, da se to spoštuje. Bistvo EKČP je v spoštovanju človeškega dostojanstva in svobode. Ne da bi kakorkoli zanikalo načelo svetosti življenja, ESČP meni, da z 8. členom EKČP pojem 'kvaliteta življenja' dobi svoj pomen. V času vedno večjih zdravstvenih odkritij v povezavi z vedno daljšo pričakovano življenjsko dobo, se vedno več ljudi zavzema za to, da v starejših letih in stadijih napredovale fizične ali duševne manjzmožnosti ne bi bili prisiljeni živeti. Ta možnost izrazito nasprotuje prepričanju o lastni, osebni identiteti (14–18).

ESČP je državam članicam naložilo obveznost, da sprejmejo ukrepe, ki bodo omogočili učinkovito varovanje pravice do zasebnosti, ter vzpostavijo ustrezen sistem ukrepov, s katerimi bi preprečili, da bi posameznik končal lastno življenje, če taka odločitev ni bila sprejeta svobodno ali če posameznik ne bi razumel posledice take odločitve. Od navedenih obveznosti držav članic pa je treba ločevati obveznost države, da posamezniku zagotovi pomoč pri končanju življenja, o čemer se ESČP še ni izreklo (15).

Načelo dobrodelnosti in koristnosti

Splošno uporabljeni angleški izraz principle of beneficence se v slovenskem jeziku prevaja z dvojico izrazov, in sicer dobrodelnost in koristnost, ki vsak s svoje plati povzemata najpomembnejše dimenzije, ki jih načelo vključuje – dobronamernost in usmerjenost v delovanje v pacientovo dobro ter koristi, ki jih ta upravičeno pričakuje od zdravljenja. V skladu z načelom dobrodelnosti mora zdravnik skrbeti za ravnotežje med koristmi zdravljenja oziroma dobrim za pacienta na eni in tveganjem oziroma bremenami zdravljenja na drugi strani. Zdravnik je dolžan poiskati in uveljaviti tisto, kar je dobro za pacienta, kar z medicinskega vidika prepozna, da je v njegovem najboljšem interesu. Na drugi strani pa je podana tudi zahteva po neškodljivosti, skladno s katero zdravniki pacientu tudi ne smejo povzročati škode. Navedeno je ob pacientovem sodelovanju temelj za pripravo načrta zdravljenja, vključno s terminalno sedacijo, pa tudi temelj za presojo utemeljenosti ali neutemeljenosti zdravstvene oskrbe za podporo življenja, v zvezi s tem pa tudi temelj za odločitve o opustitvi oziroma odtegnitvi zdravljenja (22).

Načelo najboljšega interesa se uporablja tudi v primeru odločilno nesposobnih pacientov (tistih s poškodbami glave, pacientov v vegetativnem stanju, novorojenčkov, mlajših otrok, oseb, ki nikoli niso postale odločilno sposobne). V takih primerih dosledno upoštevanje načela ohranitve življenja ni vedno zaželeno. Ko zdravljenje postane neutemeljeno, ko torej postane breme zdravljenja večje od koristi, izgubi dobrodelnost, podaljševanje življenja pa je v nasprotju z največjimi pacientovimi koristmi (22).

Zahteva po spoštovanju pacientovih največjih interesov je utemeljena z zahtevo po spoštovanju njegovega dostojanstva. Kvaliteta življenja ima v tem okviru pomembno mesto. Ko je ta nizka, podaljševanje življenja pa bi prineslo več škode kot koristi, je dopustna in zakonsko sprejemljiva odločitev za opustitev oziroma odtegnitev zdravljenja za podporo življenja (terminalno) bolnim pacientom (4). Medtem ko je dopustno odtegniti medicinske ukrepe, ki za pacienta sploh niso primerni ali so zanj nesorazmerni, ali z njimi ne začeti, pa ni dopustno ustaviti medicinskih ukrepov, ki pomenijo uresničevanje pravice do preprečevanja in lajšanja trpljenja, to je do paliativne oskrbe, vključno s terminalno

sedacijo. Lajšanje bolečin in trpljenja je treba zagotavljati tudi pacientu, ki je odločilno nesposoben (22).

Na normativni ravni se načeli dobrodelnosti in koristnosti odražata v okviru pravice do življenja ter prepovedi mučenja po 2. in 3. členu EKČP.

Nadrejenost, podrejenost in prirejenost treh načel

ESČP se je o vprašanju nadrejenosti, podrejenosti in prirejenosti treh načel že izreklo. Pri tem je odločilo, da čeprav je pravica do življenja načeloma primarna (vsaj v smislu generalnega načela in temeljne pravice, brez katere bi bile ostale pravice le navidezne), pa je pravica do življenja ravno tako podvržena tehtanju in omejitvam, kot to velja za vse ostale temeljne pravice. ESČP je že odločilo, da sta pravica do življenja (načelo svetosti življenja) in pravica do samoodločbe (načelo avtonomije) v obravnavanem okviru – vprašanje samoodločbe o času in načinu lastne smrti – prirejeni. Pravica do samoodločbe je lahko v primeru, da so podane določene izjemne okoliščine, nadrejena pravici do življenja. Med izjemne okoliščine spada slabo zdravstveno stanje, trpljenje ter nizka kvaliteta življenja posameznika, ki prosi za končanje življenja (načelo dobrodelnosti). V takšnih primerih je država posamezniku dolžna omogočiti učinkovito uresničitev pravice do izbire časa in načina smrti. Prvi pogoj, da se posamezniku prizna pravico do samoodločbe, pa je, da je ta oseba sposobna svobodnega odločanja o tem vprašanju, ter drugi, da je skladno s sprejeto odločitvijo tudi sposobna ravnati (14–16). ESČP je v zadevi *Pretty in Haas* poudarilo, da imajo države članice pri (pravnem) urejanju vprašanja pravice posameznika do odločitve o času in načinu lastne smrti široko diskrecijsko pravico (14, 15).

Tako lahko iz odločitev ESČP, sprejetih v zadevah *Pretty in Gross*, ugotovimo, da pravna ureditev, ki evtanazije in pomoči pri samomoru ne dovoljuje, ne nasprotuje določilom EKČP, vendar pod pogojem, da pravni sistem skozi druge pravne institute (npr. možnost odstopa od kazenskega pregona, skrajna sila) omogoča zadostno fleksibilnost (prilagodljivost) sistema, ki posameznikom omogoča učinkovito uresničitev pravice do samoodločbe o času in načinu lastne smrti, kar pa implicira tudi ustrezen zakonodajni okvir (pogoje, postopek uveljavljanja pravice) (14, 17).

Po drugi strani pa lahko na podlagi odločitev ESČP v zadevah *Haas in Gross* ugotovimo, da tudi pravne ureditve, ki pomoč pri dostojnem končanju življenja dopuščajo, ne nasprotujejo EKČP, če pravni sistem izpolnjuje zahtevo po varovanju pravice do življenja. Drugi člen EKČP namreč državam članicam nalaga obveznost preprečiti, da bi posameznik končal svoje lastno življenje, če taka odločitev ni bila sprejeta svobodno in ne da bi posameznik razumel posledice take odločitve. Če država sprejme tovrstni liberalni pristop, potem je nujno, da uvede tudi ustrezne izvedbene in preventivne ukrepe (15, 17).

Pravna ureditev evtanazije in pomoči pri samomoru

Države vprašanje evtanazije oziroma pomoči pri samomoru urejajo različno, vendar vse pri tem upoštevajo vsa tri načela, pri čemer pa posameznemu načelu dajejo večjo ali manjšo težo.

Večina držav, npr. Francija, Španija, Velika Britanija, Poljska, Hrvaška, Portugalska, Češka, Slovaška, Madžarska, Grčija idr. evtanazijo in pomoč pri samomoru prepovedujejo. Mednje spada tudi Slovenija. Te države izhajajo iz primarnosti načela svetosti življenja in pravice do življenja.

Države, ki so evtanazijo oziroma pomoč pri samomoru legalizirale, izhajajo ali iz načela dobrodelnosti ali iz načela avtonomije, ki sta lahko, ob izpolnjevanju določenih pogojev (npr. sposobnosti posameznika za razsojanje, postopkovne zahteve) nadredna načelu svetosti življenja.

Nizozemska je prva država, ki je najprej dejansko – na podlagi odločitev, sprejetih v sodnih primerih med leti 1984 in 2002, nato pa še z zakonom iz leta 2002 (6) legalizirala evtanazijo in pomoč pri samomoru. Nizozemski zakonski pravni ureditvi sta leta 2002 in leta 2009 sledili Belgija (7) in Luksemburg (8). Dne 17. 6. 2016 je bil sprejet zakon (9), s katerim je Kanada legalizirala obe obliki pomoči pri končanju življenja, 19. 6. 2019 pa sta bili evtanazija in pomoč pri samomoru legalizirani še v avstralski zvezni državi Victoria (10). Dne 10. 12. 2019 je bil zakon, ki legalizira obe obliki zdravnikove pomoči pri dostojnem končanju življenja, sprejet tudi v avstralski zvezni državi Zahodna Avstralija, v veljavo pa je stopil 1. 7. 2021 (23).

Vse več je držav, ki dopuščajo oziroma so legalizirale pomoč pri samomoru. Pomoč pri samomoru se v Švici s pomočjo t. i. organizacij za pomoč pri samomoru (angl. Right to Die Organisations; RTDO) in s pomočjo zdravnikov, ki predpisujejo smrtonosne učinkovine, izvaja že vse od začetka 80. let prejšnjega stoletja. Pravna ureditev, ki legalizira pomoč pri samomoru, je uveljavljena tudi v nekaterih zveznih državah ZDA, in sicer v Oregonu (24) od leta 1994 dalje, v Washingtonu (25) in Montani (26) od leta 2009 dalje ter v Vermontu (27) od leta 2013 dalje. V Kaliforniji (28) in Koloradu (29) je bila pomoč pri samomoru legalizirana leta 2016, v Washingtonu D.C. (District of Columbia) (30) leta 2017, zakon, ki je pomoč pri samomoru legaliziral tudi v zvezni državi Hawaii (31) je bil sprejet 5. 4. 2018, veljati pa je začel 1. 1. 2019. Dne 12. 6. 2019 je bila pomoč pri samomoru legalizirana še v zvezi državi Maine (32), 1. 8. 2019 pa tudi v zvezni državi New Jersey (33). Pomoč pri samomoru je bila v Italiji legalizirana z odločitvijo italijanskega ustavnega sodišča 25. 9. 2019 (34), 26. 2. 2020 pa je nemško zvezno ustavno sodišče odločilo (35), da je prepoved pomoči pri samomoru, ki jo je določal 217. čl. nemškega kazenskega zakonika, protiustavna.

Postopek za legalizacijo evtanazije in pomoči pri samomoru je na Portugalskem in Novi Zelandiji v zaključni fazi, začet pa je bil še v dveh avstralskih zveznih državah, Južni Avstraliji in Queenslandu. Več poskusov legalizacije je bilo začelih v Veliki Britaniji in na Škotskem.

V nadaljevanju sta podrobneje obravnavana nizozemski sistem, ki temelji na načelu dobrodelnosti, in švicarski sistem, ki temelji na načelu avtonomije. Nazadnje je nekoliko podrobneje predstavljen še slovenski sistem, ki poudarja primarnost načela svetosti življenja. Kot bo razvidno, vsi sistemi v večji ali manjši meri upoštevajo vsa tri načela – poleg tistega, na katerem temeljijo, tudi preostali dve.

Pravna ureditev evtanazije in pomoči pri samomoru na Nizozemskem

Pravne norme, ki so zdaj v veljavi na Nizozemskem, so rezultat interakcije med medicinsko stroko, interesnimi skupinami, vlado, parlamentom, zdravstvenim svetom, različnimi komisijami za evtanazijo, različnimi skupinami empiričnih raziskovalcev in drugih akademskih udeležencev v javni razpravi, medicinskim disciplinskim razsodiščem, medicinskim inšpektoratom, sodstvom, tožilstvom, različnimi političnimi strankami, socialnimi in verskimi organizacijami, mediji in javnostjo. Ključnega pomena so bile tudi odločitve sodišč v primerih Postma, Wertheim, Schoonheim, Pols, Chabot in Sutorius (znan tudi kot primer Brongesma) (36).

1. 1. 2004 je na Nizozemskem začel veljati Zakon o prekinitvi življenja na prošnjo in pomoč pri samomoru (postopki preiskovanja) (ZPŽ) (6), s katerim sta bili tudi formalno legalizirani evtanazija in pomoč pri samomoru.

ZPŽ je ohranil splošno kaznivost evtanazije in pomoči pri samomoru. Ti dve kaznivi dejanji ostajata na splošno kaznivi na podlagi 293. (uboj na prošnjo) in 294. člena (pomoč pri samomoru) nizozemskega kazenskega zakonika, vendar je možna izključitev kazenske in posledično civilne odgovornosti.

Izključitev kazenske in civilne odgovornosti, ki je mogoča zgolj za zdravnika, izhaja iz načela dobrodelnosti, temelji pa na institutu opravičljive skrajne sile, torej na zdravnikovem konfliktu dolžnosti – dolžnosti varovanja življenja (tj. načela svetosti življenja) in dolžnosti lajšanja trpljenja (tj. načela dobrodelnosti), vendar ob predpogoju, da je pacient podal veljavno prošnjo za končanje življenja (tj. ob upoštevanju načela avtonomije). Konflikt dolžnosti, s katerim se sooča zdravnik, mora izhajati iz strokovne obveznosti do pacienta, kar posledično pomeni, da mora temeljiti na stanju, ki ga je mogoče medicinsko opredeliti kot bolezen ali bolezensko stanje. Navedeno pomeni, da na Nizozemskem evtanazija in pomoč pri samomoru nista dopustni zaradi utrujenosti od življenja. Navedeno tudi pomeni, da teh dveh oblik končanja življenja ne sme izvršiti laična oseba.

Danes veljavna zakonska ureditev sicer izvira in temelji na načelu dobrodelnosti (sklicevanje na skrajno silo), vendar uzakonja sistem prirejenosti in tehtanja vseh treh načel. Ta so v zakonsko zahtevanem prirejenem razmerju, izvedba evtanazije in pomoči pri samomoru pa zakonita, če so izpolnjene vse zahteve po dolžni skrbnosti, ki jih določa 2. čl. ZPŽ, torej če je zdravnik:

1. Prepričan, da je pacientova zahteva prostovoljna in dobro pretehtana.
2. Prepričan, da je pacientovo trpljenje trajno in neznosno.
3. Pacienta obvestil o njegovem stanju in obetih za prihodnost.
4. Prepričan, da je pacient prepričan, da za stanje, v katerem se nahaja, ni drugih razumnih rešitev.
5. Opravil posvet z vsaj še enim drugim neodvisnim zdravnikom, ki je pacienta pregledal in podal pisno mnenje glede zahtev za dolžno skrb, navedenih v točkah 1–4.
6. Življenje prekinil ali nudil pomoč pri samomoru z dolžno skrbnostjo.
7. Notificiral primer končanja življenja občinskemu patologu.

Ob upoštevanju navedenih pogojev je veljavna tudi vnaprejšnja pacientova pisna prošnja za končanje življenja.

Po izvršeni pomoči pri končanju življenja izpolnjevanje navedenih zahtev po dolžni skrbnosti preverjajo zunanji, neodvisni regionalni pregledni odbori.

Iz določil 2. člena ZPŽ izhaja, da lahko prošnjo za evtanazijo ali pomoč pri samomoru brez kakršnih koli omejitev poda oseba, ki je stara 18 ali več let in je sposobna odločati o sebi. Poleg tega pa ZPŽ v 3. in 4. odstavku 2. člena sposobnost, da samostojno oblikujejo prošnjo po končanju življenja, priznava tudi mladoletnikom, starim 16–18 let. Čeprav je nujno, da v postopku sodelujejo tudi pacientovi starši oziroma skrbniki, njihova privolitev ni potrebna. Prošnjo za evtanazijo oziroma pomoč pri samomoru pa lahko podajo tudi osebe, ki so stare 12–16 let, vendar pod pogojem, da s tako prošnjo soglašajo tudi starši oziroma skrbniki mladoletnika (6).

Prekinitev življenja otrok, ki še niso stari 12 let, je formalno pravno gledano nedopustna in nezakonita ter predstavlja kaznivo dejanje uboja. Ne glede na navedeno pa številni primeri dokazujejo, da se kljub temu izvaja. Na podlagi dejanske prakse, v soglasju z zdravniki in tožilci, je bil zato oblikovan t. i. Groningenov protokol (37). Če zdravniki spoštujejo pravila tega protokola in Direktive Odbora generalnih tožilcev številka 2006A011 (38), tožilci kazenskega pregona na temelju opravičljive skrajne sile ne bodo začeli.

Kljub temu da nizozemski pravni sistem izvira iz načela dobrodelnosti, pa je skozi celoten razvoj pravne ureditve viden trend večanja vloge načela avtonomije na račun načela svetosti življenja in načela dobrodelnosti. Zahteva po dolžni skrbnosti neznosnega trpljenja je bila namreč v začetnih fazah omejena na predsmrtno trpljenje, nato je bil pojem razširjen na resne bolezni in hude invalidnosti. V primeru Chabot je Nizozemsko vrhovno sodišče odločilo, da ima lahko trpljenje ne samo somatski, temveč tudi nesomatski izvor. Danes pojem neznosnega trpljenja zajema tudi trpljenje, ki izvira iz večjega števila življenjsko neogrožajočih starostnih sprememb. Čeprav pojem neznosnega trpljenja še ne zajema tudi trpljenja zaradi utrujenosti od življenja, pa je razmejitev med tema dvema pojmomoma iz leta v leto manjša.

Podobni pravni ureditvi kot Nizozemska imata tudi Belgija in Luksemburg.

Razlogi za prošnjo za evtanazijo in pomoč pri samomoru ter statistika

Kot izhaja iz letnih poročil Regionalnih preglednih odborov, je od sprejema ZPŽ leta 2002 dalje je na Nizozemskem opazen konstanten trend povečevanja števila izvedenih evtanazij oziroma pomoči pri samomoru. Tako je pet odborov v letu 2003 obravnavalo 1.815 primerov končanja življenja, leta 2009 2.636, leta 2013 pa 4.289, leta 2018 pa že 6.126. Leta 2018 je bilo opravljenih skupno 6.126 evtanazij in pomoči pri samomoru, kar predstavlja 4,4 % vseh smrti na Nizozemskem v navedenem letu. V 5.898 primerih je bilo izvršeno končanje življenja na podlagi prošnje za evtanazijo, v 212 primerih je bila nudena pomoč pri samomoru, v 16 primerih pa je bilo končanje življenja izvršeno s kombinacijo obeh ravnanj. Število moških in žensk je bilo skorajda enako: moških je bilo 3.191 (52,1 %), žensk pa 2.935 (47,9 %). V večini primerov (5.194) so evtanazijo izvedli zdravniki družinske medicine.

Razlog za končanje življenja v letu 2018 je v veliki večini primerov (4.013) rak, sledijo nevrološke bolezni (382), kardiovaskularne bolezni (231), pljučne bolezni (189), skupek starostnih tegob (205), demenca (146 primerov, od tega v začetni fazi 144, v zadnji fazi pa 2), duševne bolezni (67 primerov). V 738 primerih je bil razlog za končanje življenja kombinacija bolezni, v 155 primerih pa druge bolezni.

Največ primerov pomoči pri končanju življenja, 1.986, je bilo izvedenih v starostni skupini 70–80 let, 1.442 primerov v starostni skupini 80–90 let, 1.363 v starostni skupini 60–70 let, 574 v starostni skupini 50–60 let, 512 v starostni skupini nad 90 let, 181 v starostni skupini 40–50 let, 43 primerov v starostni skupini 30–40 let in 25 primerov v starosti do 30 let. V treh primerih je bila pomoč pri končanju življenja nudena mladoletnim osebam, starim 12–17 let.

V 6 od 6.126 primerov (kar predstavlja manj kot 0,1 %) so nadzorne komisije ugotovile, da zdravnik ni izpolnil zahtev po dolžni skrbnosti (39).

Pravna ureditev pomoči pri samomoru v Švici

Švicarski pravni sistem dovoljuje pomoč pri samomoru, ne pa tudi evtanazije, ki jo sankcionira kot posebno kaznivo dejanje – umor na zahtevo žrtve po 114. členu švicarskega kazenskega zakonika (ŠKZ) (40).

Čeprav švicarski sistem upošteva tudi načelo svetosti življenja in načelo dobrodelnosti, sistem primarno temelji na načelu avtonomije. V nasprotju z nizozemskim sistemom ne izhaja iz izključitve kazenske in civilne odgovornosti storilca, temveč neposredno iz pravice osebe, ki si želi končati življenje, do samoodločbe.

Švicarski sistem ne temelji na enotnem zakonu, temveč na treh pravnih delih, ki se med seboj dopolnjujejo:

- 115. člen ŠKZ, kar implicira posameznikovo sposobnost razsojanja;
- notranja navodila organizacij za pomoč pri samomoru;
- zakonodaja s področja zdravil in psihotropnih snovi ter medicinske strokovne smernice.

Nekaznivost pomoči pri samomoru omogoča liberalna določba 115. člena ŠKZ. Citirani člen določa, da je kazniva le tista pomoč pri samomoru, ki je bila nudena iz sebičnih namenov, npr. koristoljubja, maščevanja, zlobe ipd.

Da bi bila uporaba določil o pomoči pri samomoru po 115. členu ŠKZ sploh mogoča, mora biti oseba, ki želi umreti zaradi samomora, sposobna razsojanja, kar pomeni, da mora biti sposobna razumeti pomen in posledice svojega ravnanja, usmerjenega v končanje življenja. Skladno z določili 12., 14., 16., 17., 18. in 19. člena švicarskega civilnega zakonika (ŠCZ) (41) se sposobnost oblikovanja pravno veljavne volje za končanje življenja na splošno priznava osebam, ki so starejše od 18 let in so popolnoma poslovno sposobne. Če so sposobne razmeti pomen in posledice svojih odločitev, pa zakon pravno veljavnost izražene volje priznava tudi mladoletnim in omejeno poslovno sposobnim osebam. 115. člen ŠKZ zahteva še, da akt končanja življenja izvrši žrtev sama, ki ima svoje ravnanje tudi v oblasti (ravna svobodno in neodvisno).

Opisana (liberalna) pravna ureditev pomoči pri samomoru po 115. členu ŠKZ je omogočila razvoj tako imenovanih RTDO. Navedene organizacije nudijo pomoč pri samomoru iz nesebičnih namenov, zaradi česar se njihova pomoč ne šteje kot kaznivo dejanje. Skoraj vsi samomori, ki se v Švici izvršijo s pomočjo tretjih oseb, se opravijo prav s pomočjo RTDO in ob sodelovanju zdravnikov. Trenutno na švicarskih tleh deluje več RTDO, osrednji organizaciji pa sta EXIT DS in Dignitas. RTDO so organizirane kot združenja po določilih ŠCZ. Kot osebe civilnega prava lahko RTDO svoje delovanje urejajo prosto. Razen določil 115. člena ŠKZ in določil ŠCZ glede sposobnosti razsojanja njihovo delovanje na področju pomoči pri samomoru ni zakonsko urejeno. Vsaka RTDO zato deluje na podlagi svojih lastnih pravil, sprejetih okviru organizacije v obliki statutov, pravilnikov, notranjih navodil, sporazumov ipd. (42).

Ker pa RTDO za izvedbo pomoči pri samomoru uporabljajo natrijev fentobarbital (NaP), ki ga je mogoče pridobiti le na podlagi predhodnega zdravniškega recepta, so v svoja navodila že vgradile zahteve, ki jih za izdajo recepta postavlja medicinska zakonodaja, zlasti Zakon o drogah (43), Zakon o zdravilih (44) ter medicinske strokovne smernice, zlasti smernice Švicarske akademije medicinskih znanosti z dne 25. 10. 2004 (45) in smernice Švicarske nacionalne komisije za medicinsko etiko 9/2005 in 13/2006 (46).

Da se pomoč pri samomoru lahko izvede s pomočjo RTDO in ob sodelovanju zdravnikov z zaužitjem NaP, morajo biti izpolnjene naslednje minimalne zahteve po dolžni skrbnosti, in sicer:

- da je oseba sposobna razsojanja: polnoletne in mladoletne osebe, ki so sposobne razumeti pomen in posledice svojih ravnanj po določenih 12., 14., 16., 17., 18. in 19. ŠCZ;
- da trpljenje izvira iz določenega zdravstvenega stanja, da je torej posledica terminalne bolezni, nepopravljive hibe ali neznosne bolečine brez možnosti za izboljšanje, vključno z invalidnostjo;
- da je odločitev za končanje življenja svobodna, trajna in dobro premišljena, kar vključuje tudi, da so bile pacientu predstavljene in na njegovo željo tudi uporabljene alternativne možnosti;
- da je oseba sposobna samostojnega ravnanja (minimalnega telesnega gibanja).

Organizacije za pomoč pri samomoru zahtevajo še, da je oseba, ki prosi za končanje življenja, njihov član. Pri tem imajo posamezne organizacije različna določila o zahtevah glede članstva. Tako npr. RTDO EXIT DS pomaga le pri samomoru oseb z bivališčem v Švici, medtem kot organizacija Dignitas pomaga tudi tujcem. Obe organizaciji zahtevata, da so člani polnoletni.

Kot je bilo navedeno zgoraj, pomoč pri samomoru, ki ga izvajajo RTDO, ni kazniva, saj delujejo kot neprofitne organizacije in ne zasledujejo lastnih materialnih oziroma nematerialnih interesov. Delovanje RTDO je usmerjeno v zagotavljanje dobrobiti njihovih članov. Dohodki ne štejejo kot plačila za pomoč pri samomoru, temveč zgolj kot dohodki, ki zagotavljajo delovanje organizacije kot take (47). Osrednji RTDO EXIT DS in Dignitas se primarno financirata iz članarin, pristopnin, donacij, dediščin, volil in drugih dohodkov.

Izvedba pomoči pri samomoru je za člane RTDO EXIT DS, če so ti vključeni v švicarski zdravstveni sistem, brezplačna, brezplačne pa so tudi zdravstvene storitve (pregled zdravnika, izdaja recepta ipd.). V nasprotju z EXIT DS je pomoč pri samomoru za člane Dignitasa plačljiva. Strošek pomoči pri samomoru tujca, vključno z zdravniškimi pregledi, kremacijo in registracijo smrti znaša približno 10.000,00 EUR, za Švicarje približno 3.000,00 EUR. Plačila asistentov, zdravnikov, kremacije, pristojbin ipd. štejejo kot povračilo nastalih stroškov, zato ne štejejo kot oblika pridobivanja koristi, ki bi bila upoštevana po 115. členu ŠKZ. Ob tem gre še opozoriti, da povračila navedenih stroškov organizacije izplačujejo iz naslova njihovih lastnih prihodkov (članarin, pristopnin, donacij), ne poplačujejo se torej kot neposredno plačilo oseb, ki si želijo končati življenje (47).

Oseba, ki želi končati življenje, mora NaP zaužiti sama, zato mora biti sposobna minimalnega fizičnega delovanja. Smrtonosno substanco praviloma zaužije oralno, kadar pa to zaradi zdravstvenega stanja ni možno, se lahko zaužije preko gastrične sonde. Član mora zato biti sposoben oralnega zaužitja smrtonosne substance oziroma mora biti sposoben, da stisne bat gastrične sonde. Če član tega ni sposoben storiti, bodo pristojne osebe organizacije zagotovile ustrezna sredstva, npr. mehansko napravo, ki stisne bat brizgalke že na podlagi stiska na gumb daljinskega upravljalnika, s katerim tako napravo upravljamo. Tako se lahko zagotovi pomoč pri samomoru tudi tistim osebam, ki so gibalno zelo omejene in lahko npr. premikajo le prste, usta ali jezik. Dovoljena je vsaka oblika pomoči, dokler sam akt končanja življenja – zaužitje substance oziroma pritisk na gumb naprave opravi član sam (48).

Razlogi za pomoč pri samomoru ter statistika

Konec leta 2020 je organizacija EXIT DS, ki pri samomoru pomaga le državljanom in rezidentom Švice, štela več kot 135.000 članov. Letno prejme okrog 3.500 prošenj za pomoč pri samomoru, v letu 2020 so jim ugodili v 1.185 primerih, dejansko izvršenih pa bilo 913 pomoči pri samomoru (49).

V organizacijo Dignitas, ki pri končanju življenja pomaga tudi tujcem, je bilo konec leta 2020 včlanjenih 10.382 članov iz 102 držav, sedem iz Slovenije. V letu 2020 je bilo izvršenih 221 pomoči pri samomoru, od leta 1998 do konca leta 2020 pa skupno 3.248 pomoči pri samomoru (50).

Iz statistične raziskave, izvedene v letu 2014, je razvidno, da je bilo v navedenem letu s pomočjo RTDO izvršenih 742 pomoči pri samomoru osebam, ki so rezidenti Švice (brez tujcev), kar predstavlja 1,4 % vseh primerov smrti v Švici. Od leta 1995 do 2003 se je absolutno število smrti zaradi samomora občutno povečalo. V primerjavi z letom 2013 se je število pomoči pri samomoru v letu 2014 povečalo za 26 %, v primerjavi z letom 2009 pa kar za 2,5-krat. Medtem ko je število samomorov ostalo konstantno, se je, zlasti po letu 2008, povečalo število pomoči pri samomoru. V letu 2014 je bilo v povprečju pet od sedmih samomorov izvršenih s pomočjo RTDO. V obdobju 2010–2014 je bilo 94 % oseb, ki so zaprosile za pomoč pri samomoru, starejših od 55 let, 13 oseb je bilo mlajših od 35 let. Največ oseb, približno 32 %, je bilo starih 75–84 let. Razmerje med ženskami in moškimi je 13 : 10.

Za pomoč pri samomoru so v letu 2014 največkrat, v 42 % vseh primerov, zaprosile osebe z rakom, v 14 % osebe, obbolele za nevrodegenerativnimi boleznimi, v 11 % so zaprosile osebe, ki so bolele za kardiovaskularnimi boleznimi, v 10 % so bile prisotne okvare lokomotornega aparata. V preostalih primerih je bila prošnja za pomoč pri samomoru vložena zaradi kroničnih bolečin in skupka različnih zdravstvenih težav. V 3 % primerov je bil razlog za prošnjo za pomoč pri samomoru depresija, v 0,8 % pa demenca (51).

Podoben sistem, kot je v veljavi v Švici, je uveljavljen tudi nekaterih zveznih državah ZDA.

Pravna ureditev v Sloveniji – prepoved evtanazije in pomoči pri samomoru

Načela

V nasprotju z nizozemskim in švicarskim modelom slovenski model poudarja in primarno izhaja iz načela svetosti življenja.

V Sloveniji je pravica do življenja varovana na podlagi 17. člena Ustave Republike Slovenije (Ustava RS), ki določa, da je človekovo življenje nedotakljivo. V Sloveniji ni smrtne kazni. Pravica do življenja je v Sloveniji varovana tudi na podlagi določila 3. člena Splošne deklaracije o človekovih pravicah, 2. člena Listine Evropske unije o temeljnih pravicah, 2. člena EKČP ter določila 6. člena Mednarodnega pakta o državljskih in političnih pravicah.

Na zakonski ravni sta evtanazija in pomoč pri samomoru prepovedana in opredeljena kot kaznivo dejanje uboja po 115. členu Kazenskega zakonika (KZ-1) (52) oziroma kot kaznivo dejanje napeljevanja in pomoči pri samomoru po 5. odstavku 120. člena KZ-1. Navedeni obliki končanja življenja izpolnjujeta tudi pogoje civilnega delikta po Obligacijskem zakoniku (OZ) (53).

Posameznikovo pravico do samoodločbe kot vidik pravice do zasebnega življenja in v tem okviru posameznikovo pravico, da odloča o lastni smrti, primarno varuje 35. člen Ustave RS, ki posamezniku zagotavlja nedotakljivost človekove telesne in duševne celovitosti, njegove zasebnosti ter osebnostnih pravic. Načelo spoštovanja avtonomije ima podlago tudi v določilu 34. člena Ustave RS, ki vsakomur zagotavlja pravico do osebnega dostojanstva in varnosti. Pravico do zasebnega in družinskega življenja, doma in dopisovanja zagotavljajo še 8. člen EKČP, 17. člen Mednarodnega pakta o državljanskih in političnih pravicah, 12. člen Splošne deklaracije o človekovih pravicah ter 7. člen Listine Evropske unije o temeljnih pravicah.

Iz posameznikove pravice do samoodločbe, ki temelji na zgoraj navedenih določilih, v povezavi s prepovedjo mučenja iz 18. člena ter varstvom osebne svobode iz 19. člena Ustave RS, izhajata prepoved prisilnega zdravljenja (pravica do zavrnitve zdravljenja) ter zahteva po informirani privolitvi v zdravstveno oskrbo.

Pravico do svobodnega in informiranega odločanja o zdravljenju na ustavni ravni izrecno zagotavlja 51. člen Ustave RS (pravica do zdravstvenega varstva), ki določa, da ima vsakdo pravico do zdravstvenega varstva pod pogoji, ki jih določa zakon. Zakon določa pravice do zdravstvenega varstva iz javnih sredstev. Nikogar ni mogoče prisiliti k zdravljenju, razen v primerih, ki jih določa zakon.

Pravico do informiranega svobodnega odločanja na zakonski ravni zagotavljata Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) (54) ter Zakon o zdravniški službi (ZZdrS) (55).

Načelo dobrodelnosti in koristnosti temelji in je tesno povezano s tehtanjem pravih dobrin zavarovanih s pravico do življenja (17. člen Ustave RS), s prepovedjo mučenja (18. člen Ustave RS), pravico do osebnega dostojanstva in varnosti (34. člen Ustave RS), pa tudi s pravico do zasebnosti (35. člen Ustave RS) in s pravico do zdravstvenega varstva (51. člen Ustave RS) (22). Na normativni ravni se načelo odraža predvsem v pravici do življenja ter prepovedi mučenja. Načelo je varovano tudi z določili 2. in 4. člena Oviedske konvencije.

Na zakonodajni ravni se tudi načelo dobrodelnosti in koristnosti odraža v določilih ZPacP in ZZdrs, zlasti v zvezi z določili, ki se nanašajo na spoštovanje največjih pacientovih interesov in zahtevo po spoštovanju pacientovega dostojanstva. Kljub temu da slovenska pravna ureditev primarno varuje načelo svetosti življenja ter evtanazijo in pomoč pri samomoru prepoveduje, pa v primerih določenih oblik dostojnega končanja življenja načelu avtonomije in načelu dobrodelnosti daje prednost pred načelom svetosti življenja.

Nadrejenost načela avtonomije – zavrnitev zdravljenja

Načelo avtonomije nad načelom svetosti življenja prevlada v primerih: pacientove pravice do zavrnitve zdravstvene oskrbe po 30. členu ZPacP ter pacientove pravice do vnaprejšnje zavrnitve zdravstvene oskrbe po določilih 34. člena ZPacP, ki jo je možno podati v obliki izjave (angl. living will) po 34. členu ZPacP, v obliki navodil zdravstvenemu pooblaščenцу po 32. členu ZPacP ali v obliki navodil ob izključitvi upravičenih oseb iz odločanja o zdravstveni oskrbi posameznika po 33. členu ZPacP. Možno je upoštevati tudi domnevano voljo pacienta (56).

Izključitev kaznivosti opustitvenih ravnanj zdravnika v opisanih primerih zavestne (in vnaprej) izražene odklonitve pomoči določa 2. odst. 178. člena KZ-1. Citirani člen kaznivo dejanje opustitve zdravstvene pomoči opredeljuje kot ravnanje zdravnika ali zdravstvenega delavca, ki v nasprotju s svojo poklicno dolžnostjo ne pomaga pacientu ali drugemu, čigar življenje je v nevarnosti (1. odst.). Navedeno dejanje ni protipravno, če zdravnik

opusti določen način zdravljenja, poseg ali medicinski postopek na izrecno pisno zahtevo pacienta ali druge osebe, ki je sposobna odločati o sebi, in pomoč zavrača tudi še potem, ko je poučena o nujnosti pomoči ter mogočih posledicah zavrnitve, in tudi potem, ko jo je zdravnik ponovno poskusil prepričati, naj spremeni svojo odločitev (2. odst.). Izključitev odškodninske odgovornosti zdravnika in zdravstvene ustanove v primerih pacientove zavrnitve zdravljenja na civilnem področju ureja 140. člen OZ, ki določa, da kdor v svojo škodo dovoli drugemu, da ta nekaj stori, ne more zahtevati od njega povrnitve škode, ki mu jo je s tem povzročil. Tako izključitev kazenske kot odškodninske odgovornosti temeljita na institutu privolitve oškodovanca. V obeh primerih je izključena protipravnost opustitvenega ravnanja zdravnika kot element kazenske in civilne odgovornosti (3, 57).

Upošteva je navedena zakonska določila ZPacP, KZ-1 in OZ je jasno, da je izključitev protipravnosti na podlagi pacientove avtonomije in pravice do samoodločbe o zavrnitvi zdravljenja, upošteva je zgoraj navedene pogoje (nevarnost za življenje, poklicna dolžnost), možna le za zdravnike oz. druge zdravstvene delavce in le v primerih pasivnega končanja življenja, torej smrti, ki nastane kot posledica opustitve zdravstvene oskrbe, pasivnega ravnanja zdravnika. Smrt je v takih primerih posledica naravnega procesa umiranja.

Nadrejenost načela dobroteljnosti – dopustnost opustitve in odtegnitve neutemeljenega (brezupnega) zdravljenja

Opustitev oziroma odtegnitev zdravljenja zaradi neutemeljenega (brezupnega) zdravljenja temelji na splošnem načelu dobroteljnosti, ki ga zamejuje 1. odst. 178. čl. KZ-1. Citirano določilo kaznivo dejanje opustitve zdravstvene pomoči opredeljuje kot ravnanje zdravnika ali zdravstvenega delavca, ki v nasprotju s svojo poklicno dolžnostjo ne pomaga pacientu ali drugemu, ki je v nevarnosti za življenje.

Zdravnik je dolžan odkloniti vsakršen poseg, ki bi po njegovem strokovnem prepričanju in vesti lahko bil neetičen ali za pacienta škodljiv ali nepotreben, ne glede na želje in zahteve pacienta. Gre za opustitev in odtegnitev zdravljenja, ki ga označujemo kot nepotrebno oziroma brezupno. Ali gre pri opustitvi za ravnanje, ki je v nasprotju s poklicno dolžnostjo zdravstvenega delavca in torej za kaznivo dejanje, pa lahko odgovori le poklicna etika posameznega profila zdravstvenega delavca. V tem okviru se norma 1. odst. 178. čl. KZ-1 navezuje na določbe civilnih zakonikov in strokovno-etičnih pravil (58). Tak primer je npr. določilo 1. odst. 11. čl. ZPacP, ki določa, da ima pacient pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave v skladu z medicinsko doktrino. Civilni zakoni in strokovno etična pravila v takih primerih določajo tudi razmejitve med ravnanji, ki so civilni delikt, in tistimi, ki to niso.

Če so izpolnjeni zgoraj navedeni pogoji za opustitev nekoristnega zdravljenja, je ravnanje zdravnika strokovno in etično sprejemljivo, čeprav ima (lahko) za posledico smrt pacienta. Šteje se, da je ta v takem primeru nastopila kot posledica naravnega poteka bolezni in ne kot posledica ravnanja (opustitve zdravnika). Smrt pacienta se evidentira kot naravna smrt.

Nadrejenost načela avtonomije in/ali dobroteljnosti – dopustnost zdravljenja z dvojnimi učinki in terminalne sedacije

Obe načeli sta v zvezi z odločitvami ob koncu življenja v našem pravu upoštevana v zvezi s terapijo z dvojnimi učinki ter v tem okviru sedacijo ob koncu življenja. Dvojni učinek označuje zdravljenje hudih predsmrtnih bolečin in drugih mučnih simptomov s tolikšnimi odmerki zdravil, kot je potrebno za zadovoljivo olajšanje, ne glede na to, da bi zdravila

s svojim delovanjem lahko povzročila skrajšanje življenja (59). Terminalnemu pacientu se količina zdravila povečuje (aktivno ravnanje), vse dokler se pri pacientu ne doseže določene stopnje udobja. Po drugi strani barbiturati v večjih količinah lahko povzročijo nenameravano posledico – smrt pacienta, ki povečini nastopi zaradi pešanja dihalnih funkcij (60).

Terminalna sedacija je skrajna oblika terapije z dvojnimi učinkom. Pri pacientu, pri katerem je bilo medikamentozno povzročeno globoko spanje ali nezavest (aktivno ravnanje), se opustita oziroma se mu odtegneta umetna hidracija in umetno hranjenje. Sedacija pacienta sama po sebi nima za posledico pospešitve smrti. Pacientovo življenje se skrajša zaradi opustitve oziroma odtegnitve umetnega hranjenja in umetne hidracije, ki traja ustrezno dolgo obdobje. Ker je odločitev o nedodelitvi oziroma prekinitvi umetnega hranjenja in hidracije izvedena v povezavi z aktivno medikamentozno povzročenim zmanjšanjem stanja zavesti, tako ravnanje nima lastnosti pasivne opustitve, ampak značaj aktivnega ravnanja zdravnika (59). Za terminalno sedacijo se uporablja tudi izraz paliativna sedacija. Izključitev kaznivosti in civilne odgovornosti terapije z dvojnimi učinkom in terminalne sedacije se utemeljuje na dveh pravnih teorijah, in sicer doktrini dvojnega učinka in institutu opravičljive skrajne sile.

Če so izpolnjene zahteve doktrine dvojnega učinka, se terapijo z dvojnimi učinkom in terminalno sedacijo upošteva kot del medicinsko indicirane zdravstvene oskrbe in kot del običajne medicinske prakse. Smrt kot nenamerno, negativno posledico pa gre označiti za stranski učinek terapije lajšanja bolečine in kot naravno smrt. Doktrina dvojnega učinka predstavlja razlog upravičenosti, izključena je torej protipravnost ravnanja kot element civilnega delikta in kot element kaznivega dejanja (4).

Opravičljiva skrajna sila za primer terapije z dvojnimi učinkom in terminalne sedacije temelji na konfliktu dveh dolžnosti zdravnika. Na eni strani je zdravnik dolžan spoštovati pravno normo 'ne ubijaj', po drugi strani pa ima dolžnost lajšati pacientovo trpljenje. Če zdravnik v takih primerih ravna skladno s strokovnimi pravili in gre terapijo z dvojnimi učinkom in terminalno sedacijo označiti za medicinsko indicirano ravnanje zdravnika, potem je krivda zdravnika izključena (61). Posledično je izključena tudi civilna in kazenska odgovornost.

Merilo za dopustnost uporabe terapije z dvojnimi učinkom in terminalne sedacije je zato v obeh primerih konkretna medicinska situacija posameznega pacienta, torej medicinska dejstva vsakega posameznega primera in posledična medicinska indikacija za terapijo z dvojnimi učinkom in terminalno sedacijo, ne glede na to, ali bo ukrep te vrste vplival na dolžino življenja ali ne (59).

Nadrejenost načela svetosti življenja nad načelom avtonomije in nad načelom dobrodelnosti

Kot je bilo že poudarjeno, slovenska pravna ureditev v zvezi z vprašanjem evtanazije in pomoči pri samomoru primarno izhaja iz načela svetosti življenja. Slovenski pravni sistem evtanazijo in pomoč pri samomoru prepoveduje in ju opredeljuje kot kaznivo dejanje uboja po 115. členu KZ-1 in kot kaznivo dejanje napeljevanja in pomoči pri samomoru po 5. odst. 120. člena KZ-1. Tako prvi odst. 115. člena KZ-1 določa: »Kdor komu vzame življenje, se kaznuje z zaporom od petih do petnajstih let,« medtem ko 5. odst. 120. člena KZ-1 določa: »Kdor komu pomaga pri samomoru in ga ta stori, pa so pri tem dane posebne olajševalne okoliščine, se kaznuje z zaporom do treh let.«

Navedeni obliki končanja življenja izpolnjujeta tudi pogoje civilnega delikta ter posledično odškodninske odgovornosti.

Slovenski sistem ne omogoča izključitve protipravnosti evtanazije in pomoči pri samomoru na podlagi instituta privolitve oškodovanca, torej na podlagi pravice do samoodločbe niti v kazenski sferi na podlagi 178/2 člena in 125. člena KZ-1 niti v civilnopravni sferi na podlagi 140. člena OZ.

Kot izhaja iz že v predhodnih poglavjih citiranega določila 2. odst. 178. člena KZ-1, ta člen izključitev protipravnosti na podlagi instituta privolitve oškodovanca omogoča le za pasivna ravnanja zdravnika, ne pa tudi za njegova aktivna ravnanja. Za pasivna dejanja končanja življenja, izvršena s privolitvijo oškodovanca, je civilna odgovornost izključena na podlagi citiranega 2. odst. 178. čl. KZ-1 in 140. čl. OZ.

V zvezi z aktivnimi ravnanji je institut privolitve oškodovanca urejen v 125. členu KZ-1, ki določa, da povzročitev telesnih poškodb, tudi hudih, ni protipravna, če je oškodovanec privolil vanje. Čeprav zakonodajalec za to ni podal jasne argumentacije, pa kazenska ureditev KZ-1 po 125. členu KZ-1 ni šla tako daleč, da bi posameznikovi avtonomiji dala prednost tudi v primeru aktivnega ravnanja zdravnika v življenje (odvzem življenja) pacienta, ki je privolil v lastno smrt (62).

Izključitev protipravnosti evtanazije in pomoči pri samomoru na podlagi privolitve oškodovanca tudi na civilnem področju ni dopustna. OZ v 140. členu določa, da kdor v svojo škodo dovoli drugemu, da ta nekaj stori, ne more zahtevati od njega povrnitve škode, ki mu jo je s tem povzročil. Z navedenim določilom je izraženo načelo 'volenti non fit iniuria' – tistemu, ki to hoče, se ne godi krivica. Danes ga razumemo kot privolitev v kršitev pravice, kar vsebinsko pomeni, da se prizadeti (smiselno) odpove zahtevku za varstvo kršene pravice (63). Privolitev oškodovanca izključi protipravnost kršitve njegove pravice in nastale škode. Odškodninsko razmerje v takem primeru ne nastane, ker niso podane vse predpostavke splošnega civilnega delikta.

Vendar pa je pri tem treba upoštevati tudi določilo 2. odst. 140. člena OZ, ki določa, da je nična izjava, s katero je oškodovanec privolil, da mu nekdo stori škodo z dejanjem, ki je po zakonu prepovedano.

Upošteva, da sta evtanazija in pomoč pri samomoru opredeljeni kot kaznivo dejanje po 115. členu KZ-1 in 5. odst. 120. člena KZ-1, ter upošteva izrecno določene izjeme, ko je možno upoštevati voljo pacienta za zavrnitev zdravstvene oskrbe po določilih 30., 32., 33. in 34. člena ZPacP ter po določilih 125. in 2. odst. 178. člena KZ-1, gre izjavo oškodovanca, s katero privoli v pomoč tretjega (zdravnika) za končanje življenja, šteti kot nično in torej kot pravno neupoštevno.

Načelo samoodločbe in dobrotelčnosti slovenski pravni sistem upošteva le v okviru pravil za zakonsko in sodno odmero kazenske sankcije. Posebne olajševalne okoliščine, torej izrecno prošnjo osebe, ki si želi končati življenje, in slabo zdravstveno stanje te osebe, je mogoče upoštevati pri odmeri kazni storilcu kaznivega dejanja, torej osebi, ki je nudila pomoč pri samomoru oziroma izvršila evtanazijo. Zaporna kazen za kaznivo dejanje uboja je namreč določena v razponu od petih do petnajstih let, za kaznivo dejanje pomoči pri samomoru po 5. odst. 120. člena KZ-1 pa v razponu do treh let. Navedene posebne olajševalne okoliščine je možno upoštevati tudi v zvezi z omilitvijo kazni po 50. in 51. členu KZ-1. Teoretično bi bilo možno te okoliščine upoštevati še pri pomilostitvi in amnestiji.

Posebne olajševalne okoliščine, ki so podane v primerih evtanazije in pomoči pri samomoru, pa je mogoče upoštevati še v okviru pravil za izključitev krivde po 2. odst. 32. člena KZ-1, ki določa, da ni kriv storilec, ki stori protipravno dejanje, da bi od sebe ali koga drugega odvrnil istočasno nezakrivljeno nevarnost za življenje, telesno celovitost ali osebno svobodo, ki je ni bilo mogoče odvrniti drugače, če povzročeno zlo ni bilo nesorazmerno večje od zla, ki je grozilo, in če se storilec ni bil dolžan izpostaviti nevarnosti (opravičljiva skrajna sila). Na podlagi 138 člena OZ v povezavi z 2. odst. 32. člena KZ-1 je možna tudi izključitev civilne odgovornosti.

V primeru evtanazije in pomoči pri samomoru istočasno nezakrivljeno nevarnost za življenje, telesno celovitost ali osebno svobodo predstavlja nezno trpljenje brez možnosti za izboljšanje. Neznosno trpljenje je z vidika povzročitelja oziroma storilca – zdravnika nezakrivljena nevarnost. Ker obstoji tudi v času končanja življenja, torej v času izvršitve evtanazije oziroma pomoči pri samomoru, lahko obstoj nevarnosti opredelimo kot istočasnega s storitvijo protipravnega ravnanja. Zdravnik se opisani nevarnosti tudi ni dolžan izpostavljati. Kot zlo, ki grozi, je torej treba upoštevati trpljenje s posledičnim posegom v pravico posameznika do telesne (in duševne) integritete ter v tem okviru pravice do samoodločbe o lastni smrti, kot vidikoma pravice do spoštovanja zasebnega življenja. V primeru evtanazije in pomoči pri samomoru je potrebno kot zlo, ki smo ga povzročili, opredeliti pacientovo smrt. ESČP je že odločilo, da lahko pravica do samoodločbe v določenih izjemnih okoliščinah – slabo zdravstveno stanje – prevlada nad pravico do življenja, zato zlo, ki smo ga povzročili – smrt pacienta, v okoliščinah slabega zdravstvenega stanja ni nesorazmerno večje od zla, ki je grozilo – trpljenje pacienta. Pogoj, da nevarnosti ni bilo mogoče odvrniti drugače, bo izpolnjen v vseh tistih primerih, ko gre za terminalne bolezni ali nepopravljiva stanja (npr. invalidnost), pa tudi v vseh tistih primerih, ko bo oseba, ki si želi končati življenje, v skladu s svojo svobodno voljo, zavrnila zdravljenje, ki ji je na razpolago. V slednjem primeru, pa je treba pri presoji pogojev po 2. odst. 32. člena KZ-1 upoštevati tudi sorazmernost, ki jo zahteva zakonska dikcija »nevarnosti, ki je ni bilo mogoče odvrniti drugače«. Zahteva, da »nevarnosti ni bilo mogoče odvrniti na kakšen drugačen način« kot z aktivnim končanjem pacientovega življenja ali s pomočjo pri samomoru, je npr. v nizozemski pravni ureditvi vključena v zahtevo po dolžni skrbnosti, »da za stanje, v katerem se nahaja pacient, ni drugih razumnih rešitev«. Navedeni pogoj tako npr. nedvomno ne bo podan, kadar pacient s sladkorno boleznijo zavrne zdravljenje z inzulinom, bo pa izpolnjen v vseh tistih primerih, ko pacient zavrne zdravljenje, ki bi zanj pomenilo veliko tveganje ali veliko obremenitev, npr. zavrnitev kemoterapije s pričakovano nizko stopnjo uspeha.

Zaključek in usmeritve za naprej

Vprašanje, ki se nam za zaključek zastavlja, je, ali je opisana slovenska pravna ureditev ustrezna ali ne. Najprej gre poudariti, da je ESČP v zadevah *Pretty*, *Haas*, *Koch* in *Gross* izrecno zapisalo, da ima posameznik pravico, da se odloči o času in o načinu lastne smrti. Odločilo je še, da z EKČP ni v nasprotju niti zakonodaja države, ki dovoljuje pomoč pri končanju življenja, če so zagotovljene varovalke, s katerimi se zagotovi, da tako odločitev sprejme oseba, ki je sposobna odločati o sebi in je skladno s tako odločitvijo tudi sposobna ravnati, kot tudi zakonodaja, ki pomoč pri končanju življenja prepoveduje, če je hkrati zagotovljena fleksibilnost pravnega sistema, ki posameznikom omogoča učinkovito realizacijo pravice do samoodločbe o času in načinu lastne smrti, kar pa implicira tudi ustrezen zakonodajni okvir (pogoje, postopek uveljavljanja pravice ipd.).

Slovenski pravni sistem sicer omogoča fleksibilnost (razpon predpisane zaporne kazni, možnost omilitve kazni, amnestija, pomilostitev, predvsem pa možnost izključitve kazenske in civilne odgovornosti na podlagi določil o skrajni sili), vendar pa ureditev primarno upošteva zgolj položaj storilca (zdravnika), prošnja osebe, ki si želi končati življenje, in njeno zdravstveno stanje, sta le okoliščini, ki ju sodišče upošteva pri presoji kazenske oziroma civilne odgovornosti storilca (zdravnika).

Na tak način osebi, ki si želi končati življenje, ni omogočeno, da bi samostojno, v svojem imenu, uveljavljala svojo pravico do izbire časa in načina zaključka lastnega življenja, tudi zakonodajni okvir (pogoji, postopek uveljavljanja pravice ipd.) ni določen. Taka ureditev ne omogoča dejanske in neposredne realizacije pravice posameznika do samoodločbe, kateremu je ta pravica tudi dejansko priznana. Ravno tako se v omejenem obsegu presoja predpogoj za uveljavljanje pravice do samoodločbe, torej, ali je oseba, ki si želi končati življenje, sposobna odločati o sebi in skladno s tako odločitvijo tudi ravnati. Ta predpogoj se ne bo presojal z vidika nosilca pravice in dolžnosti države do tega nosilca, temveč zgolj in izključno z vidika pravne veljavnosti prošnje nosilca pravice (žrtve) v razmerju do storilca (npr. pri kvalifikaciji kaznivega dejanja).

Upošteva je opisano, slovenski sistem absolutno primarno poudarja načelo svetosti življenja, vlogi načela avtonomije in načela dobrodelnosti pa sta izrazito podrejeni, kar je vse v nasprotju z zahtevami ESČP po prirejenosti treh načel.

Podana je tudi kršitev načela pravičnosti, katerega formalno bistvo terja, da so primerljivi pacienti v primerljivih okoliščinah obravnavani na enak ali čim bolj podoben način (22).

Razlika med opustitvijo zdravstvene oskrbe in aktivnim končanjem življenja je v opustitvenem oziroma v aktivnem ravnanju zdravnika. Gre za razlikovanje med 'pustiti umreti' in 'končati življenje'. Pri tem se šteje, da je smrt pacienta v primeru opustitve nastopila kot posledica bolezni, torej kot naravna smrt, v primeru aktivnega ravnanja pa kot posledica kaznivega dejanja zdravnika. Ne glede na navedeno pa je treba poudariti, da je končna posledica ravnanj zdravnika v obeh primerih enaka, torej smrt pacienta. Tako pravica do končanja življenja z zavrnitvijo zdravstvene oskrbe kot tudi do končanja življenja z namernim aktivnim končanjem življenja (evtanazijo in pomočjo pri samomoru) temeljita na pravici do samoodločbe pacienta. Opustitev zdravstvene oskrbe za podporo življenja je dopustna tudi na podlagi načela dobrodelnosti in na podlagi domnevane volje pacienta. V takem primeru so torej tretje osebe – zdravniki pooblaščen, da na podlagi največje koristi pacienta odločajo o življenju in smrti posameznika. Zato ni jasno, kaj je tisti ključni razlog, ki posamezniku, ki je najbolj usposobljen, da odloča o lastni največji koristi, zanika pravico do končanja življenja z aktivnim sodelovanjem drugega.

Tudi razlika med opustitvijo in aktivnim ravnanjem ne more biti razlog za nedopustnost evtanazije in pomoči pri samomoru. Razlikovanje med aktivnim ravnanjem in opustitvijo se razblini v primeru terapije z dvojnimi učinkom in v tem okviru terminalne sedacije. Smrt pacienta v tem primeru nastopi kot posledica aktivnega zdravnikovega ravnanja. Izključitev kaznivosti terapije z dvojnimi učinkom v Sloveniji utemeljujemo na podlagi opravičljive skrajne sile, kar pa je lahko tudi razlog za dopustnost evtanazije in pomoči pri samomoru. Upoštevati gre tudi, da je končni cilj, tako v primeru terapije z dvojnimi učinkom kot tudi v primeru evtanazije in pomoči pri samomoru, lajšanje pacientovega trpljenja ter da sta evtanazija oziroma pomoč pri samomoru v določenih primerih celo bolj humana kot pa terminalna sedacija z umetno povzročitvijo nezavesti ob hkratni odtegnitvi umetnega hranjenja in hidracije.

Očitno je torej, da načelo varstva svetosti življenja, ki ga uzakonja slovenski sistem, ni (v pretežni meri) v korist posameznika, temveč morale in javnega interesa družbe, vprašanje pa je, ali je taka ureditev v časih, ko postajata avtonomija in dostojanstvo posameznika vedno pomembnejši človekovi vrednoti in pravici, ustrezna. To vprašanje je še posebej na mestu, upošteva trende v drugih državah ter določitve ESČP in nacionalnih sodišč. Seveda pa bo treba pri reševanju tega vprašanja upoštevati ne samo pravne, temveč tudi moralne, družbene, zgodovinske, verske, socialne idr. okvire.

Reference

1. Trontelj J. Razmišljanja o evtanaziji v Evropi in Sloveniji. *Obz Zdrav Nege*. 2003;37:253–6.
2. Brkan M. Evtanazija kot problematika včerajšnjega dne: kratak zgodovinski pregled. *Dignitas*. 2001;10:153–7.
3. Korošec D. *Medicinsko kazensko pravo*. Ljubljana: Pravna fakulteta; 2004.
4. Beširević V. *Euthanasia: legal principles and policy choices*. Florence: European Press Academic Publishing; 2008.
5. Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko. Stališče Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko o evtanaziji [na spletu]. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2018 [citirano 15. 10. 2020]. Dostopno na: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/KME/Uradna-stalisca/Stalisce-KME-o-evtanaziji.pdf>
6. Zakon o prekinitvi življenja na prošnjo in pomoč pri samomoru (postopki preiskovanja) (ZPŽ); niz.: *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*; angl.: *Termination of Life on Request and Assisted suicide (Review procedures) Act*, Upper House of the States General Parliamentary year 2000–2001, no. 13726 691 z dne 28. 11. 2000 in z začetkom veljavnosti z dne 1. 4. 2002.
7. Belgijski zakon o evtanaziji; belg.: *Wet betreffende de euthanasie*; angl.: *Belgium Euthanasia act*, št. 2002009590 z začetkom veljavnosti 28. 5. 2002.
8. Luksemburški zakon o evtanaziji in pomoči pri samomoru; franc.: *Legislation reglementant les soins palliatifs ainsi que l'euthanasie et l'assistance au suicide*; angl.: *Luxemburg's Euthanasia and assisted suicide act*, *Journal Officiel du Grand-Duché de Luxembourg*, *Recueil de legislation* (Uradni list Velikega vojvodstva Luksemburg, Zbirka zakonov), št. A-46, z dne 16. 3. 2009.
9. Zakon C-14, člen 241.1.; angl.: *Bill C-14, An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying)*.
10. Zakon o prostovoljni pomoči pri končanju življenja avstralske zvezne države Victoria; angl.: *Voluntary Assisted Dying Act 2017 (VAD Act)*, no. 61 of 2017, z začetkom veljavnosti 19. 6. 2019.
11. Kamnik T. *Evtanazija med medicino in pravom: dileme pravnega urejanja evtanazije* [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pravna fakulteta; 2009.
12. Zakon o dostojni smrti države Oregon (glej referenco 24), Zakon o dostojni smrti države Washington (glej referenco 25), Odločitev Vrhovnega sodišča zvezne države ZDA Montana, v zadevi Baxter proti državi Montana (glej referenco 26), Zakon o pacientovih odločitvah ob koncu življenja (glej referenco 27), Zakon o izbiri ob koncu življenja zvezne države Kalifornija (glej referenco 28), Zakon o izbiri ob koncu življenja zvezne države Kolorado (glej referenco 29), Zakon o dostojni smrti Washington D.C., disticht of Columbia, ZDA (glej referenco 30), Zakon o izbiri ob koncu življenja zvezne države Hawaii (glej referenco 31), Zakon o dostojni smrti zvezne države Maine (glej referenco 32), Zakon o pomoči terminalno bolnim pri končanju življenja zvezne države New Jersey (glej referenco 33).
13. ESČP, primer *Sunles Sunles* proti Španiji; angl.: *Sunles Sunles v Spain*, št. 48335/99, z dne 26. 10. 2000.
14. ESČP, primer *Pretty* proti Združenemu kraljestvu; angl.: *Pretty v United Kingdom*, št. 2346/02, z dne 25. 4. 2002.
15. ESČP, primer *Haas* proti Švici; angl.: *Haas v Switzerland*, št. 31322/07, z dne 20. 1. 2011.
16. ESČP, primer *Koch* proti Nemčiji; angl.: *Koch v Germany*, št. 497/09, z dne 19. 7. 2012.
17. ESČP, primer *Gross* proti Švici; angl.: *Gross v Switzerland*, št. 67810/10, z dne 7. 5. 2013, odločitev Velikega senata z dne 7. 10. 2013.
18. ESČP, primer *Lambert* in drugi proti Franciji; angl.: *Lambert and others v France*, št. 46043/14, dne 5. 6. 2015.
19. Korff D. *The right to life: a guide to the implementation of Article 2 of the European Convention on Human Rights*. Strasbourg: Council of Europe; 2006. (Human rights handbook; no. 8).
20. Lampe R. *Pravo človekovih pravic*. Ljubljana: Uradni list RS; 2010.
21. Council of Europe. *Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations*. Strasbourg: Council of Europe; 2014.
22. Slovensko združenje za intenzivno medicino; Komisija RS za medicinsko etiko. *Etična priporočila*. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana; 2015.
23. Zakon o prostovoljni pomoči pri končanju življenja države Zahodna Avstralija; angl.: *Voluntary Assisted Dying Act 2019*, Western Australia.

24. Zakon o dostojni smrti države Oregon (referendumska pobuda št. 16); angl.: Death with dignity act, (Measures 16), Oregon revisited statutes ORS 127.800-897, sprejet na podlagi pozitivnega referendumskega izida dne 8. 11. 1994.
25. Zakon o dostojni smrti države Washington, ZDA; angl.: Washington death with dignity act, Revisited code of Washington (RCW), RCW supplement, RCWs, Title 70, Chapter 70.245, sections 70.245.010 -70.245.010.904, I can't hear Initiative Measure No. 1000, z dne 4. 11. 2008 in začetkom veljavnosti 5. 3. 2009.
26. Odločitev Vrhovnega sodišča zvezne države ZDA Montana, v zadevi Baxter proti državi Montana; angl.: Decision of the Supreme court of the state of Montana, DA 09-0051, 2009, MT 449, z dne 31. 12. 2009.
27. Zakon o pacientovih odločitvah ob koncu življenja; angl.: Patient Choice and Control at the end of life, Vermont General Assembly (Act 39 of the 2013, Vermont General Assembly, Title 18, Chapter 113, paragraph 5281–5293), z začetkom veljavnosti 20. 5. 2013.
28. Zakon o izbiri ob koncu življenja zvezne države Kalifornija; angl.: The End of Life Option Act ABX2-15 (AB-15) z začetkom veljavnosti 9. 6. 2016.
29. Zakon o izbiri ob koncu življenja zvezne države Kolorado; angl.: The End of Life Option Act, (Proposition 106, originally Initiative 145), z začetkom veljavnosti 16. 12. 2016.
30. Zakon o dostojni smrti Washington D.C., district of Columbia, ZDA; angl.: Death with dignity act, D.C. ACT 21-577, z začetkom veljavnosti 18. 2. 2017.
31. Zakon o izbiri ob koncu življenja zvezne države Hawaii; angl.: Our Care, Our Choice Act, začetkom veljavnosti 1. 1. 2019.
32. Zakon o dostojni smrti zvezne države Maine; angl.: Death with dignity act, H.P. 948 - L.D. 1313 z začetkom veljavnosti 12. 6. 2019.
33. Zakon o pomoči terminalno bolnim pri končanju življenja zvezne države New Jersey; angl.: Aid in Dying for the Terminally Ill Act, A1504, z začetkom veljavnosti 1. 8. 2019.
34. Sodba Italijanskega ustavnega sodišča št. 242 z dne 25. 9. 2019; ital.: Sentenza della corte costituzionale N. 242, z dne 25. 9. 2019.
35. Sodba Nemškega zveznega ustavno sodišča št. BvR 2347/15 z dne 26. 2. 2020; nem.: Entscheidung vom 26. Februar 2020- 2 BvR 2347/15.
36. Primer Postma, Leeuwarden Districh Court, 21. 2. 1973, NJ 1973, 183, Primer Wertheim, Rotterdam Districh Court, 24. 11. 1984, NJ 185, 63, Primer Schoonheim, HR 27. 11. 1984, NJ 185,106, vse povzeto po Tak P. The Dutch criminal justice system Nijmegen, Wolf legal publishers. 2008.
37. Groningenov protokol - Univezitetna klinika Groningen, Otroška klinika Beatrix, Protokol o evtanziji novorojenčkov v trpečem stanju - Groningenov protokol z dne 6. 12. 2004; niz.: Academish ziekenhuis Groningen, Betrix kinderkliniken, Protocol actieve levenbeëindiging bij pasgeborenen met een ernstige aandoening (het Gronings protocol).
38. Direktiva Odbora generalnih tožilcev o odločitvah glede kazenskega pregona v primeru evtanzije novorojenčkov in poznega abortusa, št. 2006A011; niz.: Richtlijn College van procureurs generaal Aanwijzing vervolgingsbeslissing levensbeëindiging niet op verzoek en late zwangerschapsafbreking, Richtlijn no. 2006A011; angl.: Directive Committee of Prosecutors General no. 2006A011 z dne 6. 3. 2007 in začetkom veljavnosti dne 15. 3. 2007.
39. Regional Euthanasia Review Committees. Annual report 2018 [na spletu]. Utrecht: Regional Euthanasia Review Committees; 2019 [citrano 15. 10. 2020]. Dostopno na: <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>
40. Švicarski kazenski zakonik (ŠKZ); ital.: Codice penale Svizzero, L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera, RS 210, z dne 21. 12. 1937, z začetkom veljavnosti 1. 1. 1942.
41. Švicarski civilni zakonik (ŠCZ); ital.: Codice civile Svizzero, L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera, RS 210, z dne 10. 12. 1907, z začetkom veljavnosti 1. 1. 1912.
42. Statut EXIT z dne 1. 5. 2009; EXIT, Autoderetminazione nella vita e per la morte, oktober 2009, Statut Dignitas, z dne 16. 5. 1998.
43. Zvezni zakon o drogah in psihotropnih substancah; ital.: Legge federale sugli stupefacenti e sulle sostanze psicotrope – krajše Legge sugli stupefacenti LStup, L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera, št. 812.121, z dne 3. 10. 1951 in začetkom veljavnosti 1. 6. 1952.
44. Zvezni zakon o medikamentih in drugih medicinskih pripomočkih; ital.: Legge federale sui medicinali e dispositivimedici – krajše Legge sugli agenti terapeutici LATer, L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera, št. 812.21, z dne 15. 12. 2000.
45. Švicarska akademija medicinskih znanosti SAMS: Paliativna nega z dne 25. 10. 2004; ital.: Accademia Svizzera delle scienze mediche: Cure palliative; angl.: Swiss Academy of Medical Sciences SAMS, kraj: Basel, Medical - ethical guidelines, End of Life care. 2004.
46. Švicarska nacionalna komisija za medicinsko etiko; nem.: Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin; ital.: Commissione nazionale d'etica per la medicina; angl.: Swiss national Advisory Commission on Biomedical Ethics, NEK- CNE, Assisted Suicide, Opinion 9/2005 (2005) in NEK- CNE, Duty-of- care criteria for the management of assisted suicide, Opinion 13/2006. 2006.

47. Venetz P. Suizidhilfeorganisationen und Strafrecht: herausgegeben von Jörg Schmidt im Auftrag Rechtswissenschaften Fakultät der Universität Luzern. Zürich: Schulthess Verlag; 2008. (Luzerner Beiträge zur Rechtswissenschaft; 28).
48. Fischer S, Huber CA, Imhof L, Mahrer R, Furter M, Ziegler SL idr. Suicide assisted by two Swiss right-to-die organisations. *J Med Ethics*. 2008;34(11):810–4. doi: 10.1136/jme.2007.023887
49. Uno sguardo su EXIT [na spletu]. Zürich: EXIT; [citirano 22. 7. 2021]. Dostopno na: <https://www.exit.ch/en/en/exit-at-a-glance/>.
50. Dignitas [na spletu]. Forch: Dignitas; c2013 [posodobljeno 2021]. Statistiche; [citirano 22. 7. 2021]. Dostopno na: http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=32&Itemid=72&lang
51. Ufficio federale di statistica [na spletu]. Neuchâtel: Ufficio federale di statistica; [posodobljeno 2021]. Statistica delle cause di morte 2014, Suicidio assistito e suicidio in Svizzera; 2016 [posodobljeno 2017; citirano 22. 7. 2021]. Dostopno na: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute.assetdetail.3902307.html>
52. Kazenski zakonik (KZ-1). Uradni list RS, št. 95/04 z dne 6. 10. 1994 s spremembami.
53. Obligacijski zakonik (OZ). Uradni list RS, št. 40/07 z dne 7. 5. 2007 s spremembami.
54. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Uradni list RS, št. 15/2008 z dne 11. 2. 2008 s spremembami in dopolnitvami.
55. Zakon o zdravniški službi (ZZdrS). Uradni list RS, št. 98/99 s spremembami.
56. Balažic J, Kralj K, Novak B, Pirc Musar N, Robida A, Brulc U idr. Zakon o pacientovih pravicah s komentarjem. Ljubljana: GV založba; 2009.
57. Predlog Zakona o spremembah in dopolnitvah Kazenskega zakonika EVA 2010-2011-0006 z dne 2. 6. 2011.
58. Sedlar S. Evtanzija v sodobnem kazenskem pravu [diplomska naloga]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pravna fakulteta; 2008.
59. Trontelj J. Dvojni učinek in terminalna sedacija: deontološka vprašanja. V: Cesar-Komar M, Krčevski-Škvarč N, urednici. Paliativna medicina: zbornik predavanj. 10. seminar o bolečini z mednarodno udeležbo; 9. in 10. junij 2006; Maribor. Maribor: SZZB, Slovensko združenje za zdravljenje bolečine; 2006. str. 28–32.
60. Bruce S, Hendrix C, Gentry J. Palliative sedation in end of life care. *J Hosp Palliat Nurs*. 2006;8(6):320–7. doi: 10.1097/00129191-200611000-00004
61. Odločba Airedale NHS Trust v Bland 1 All ER 821 (1993) in odločba R v Bodkin-Adams Crim LR 365 (1957). Dostopno na: <https://www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2013/01/HL-1993-Airedale-NHS-Trust-v-Bland.pdf>
62. Korošec D. Kazenska represija v biomedicini. V: Zbornik. 2. konferenca kazenskega prava in kriminologije; 17. in 18. november 2009; Bled. Ljubljana: GV založba; 2009. str. 121–9.
63. Jadek-Pensa D. Komentar 140. člena. V: Plavšak N, Juhart M, Jadek-Pensa D, Kranjc V, Grilc P, Polajnar-Pavčnik A idr. Obligacijski zakonik: s komentarjem. Knj. 1, Splošni del. Ljubljana: GV založba; 2003. str. 816–9.

Drugačni, kritični in novi glasovi v suicidologiji – kam in kako naprej?¹

Saška Roškar

Ključni poudarki poglavja

- Sodobna suicidologija² je ponudila ključne mejnike na področju raziskovanja in preprečevanja samomora, oblikovanja strateških dokumentov ter obravnave ogroženih posameznikov.
- V zadnjih letih se pojavljajo drugačna, kritična mnenja do usmeritev sodobne suicidologije, gibanje se imenuje kritična suicidologija.
- Kritičnost se nanaša na premočno usmerjanje v patologijo, rigidno znanstveno držo in premočno poudarjanje individualnih dejavnikov tveganja za samomor (psihocentrizem).
- Kritiki izpostavljajo spregled pomena (kontekst), ki ga ima samomorilno vedenje za posameznika, in poudarjajo, da samomor ne more biti ločen od socialno-kulturnega okolja, v katerem se zgodi.
- V ospredje prihaja potreba po naslavljanju mejnih področij medicinske pomoči pri umiranju, kamor spada tudi pomoč pri samomoru.

Povzetek

V petdesetih letih prejšnjega stoletja so bili postavljeni temelji za novo znanstveno disciplino, suicidologijo. V obdobju sodobne suicidologije so bili doseženi ključni mejniki v raziskovanju samomora, oblikovanja političnih in strateških smernic ter obravnave ogroženih posameznikov. Kljub temeljnim spoznanjem in napredku discipline so se v zadnjih nekaj letih začeli pojavljati drugačni glasovi, ki so kritični do usmeritev sodobne suicidologije. Njihova kritičnost se nanaša predvsem na premočno usmerjenost v patologijo, preveč rigidno, znanstveno držo in preveliko poudarjanje individualnih dejavnikov samomorilnega vedenja. Nastalo je novo socialno gibanje – kritična suicidologija. Njegovi člani izpostavljajo dvome in pomisleke o tistem, kar je sprejeto kot trenutna doktrina, osvetljujejo meje sodobne suicidologije in njenih pristopov, zagovarjajo pomen vključevanja novih perspektiv, predvsem upoštevanja konteksta, v katerem se je samomor zgodil. Izražajo potrebo po bolj kritičnem in specifičnem navajanju smernic in priporočil za obravnavo samomorilnega vedenja, predvsem zdravljenja z zdravili. Predstavniki kritične suicidologije odkrito izkazujejo tudi nestrinjanje z aktualnimi teorijami o samomorilnem vedenju, čeprav jih večina predstavnikov suicidološke stroke nekritično sprejema. Hkrati s soočanjem s kritiko se mora sodobna suicidologija spoprijeti tudi z vedno bolj aktualnimi mejnimi področji, kot je medicinska pomoč pri umiranju (MPU), kamor spada tudi pomoč pri samomoru. Drugačni, kritični in novi glasovi ne bodo spremenili smeri in toka razvoja suicidologije, zagotovo pa predstavljajo alternativo obstoječim, kar pomeni bogatejši in bolj celostni razvoj discipline.

¹ Zahvaljujem se mag. Alenki Tančič Grum in prof. dr. Onji Tekavčič Grad, ki sta s kritičnim mnenjem in konstruktivnimi dialogi pomagali pri razrešitvi številnih dilem, ki so vzniknile med pisanjem teksta.

² S pojmom sodobna suicidologija (angl. mainstream, contemporary) je mišljeno obdobje zadnjih treh desetletij in strokovne oziroma znanstvene usmeritve, ki so v tem času prevladovale in zaznamovale razvoj discipline.

Uvod

Zanimanje za razloge in motive, ki posameznika pripeljejo do odločitve, da si bo vzel življenje, je obstajalo v vseh zgodovinskih obdobjih in različnih disciplinah. Raziskovanje samomorilnosti je pritegnilo zanimanje antičnih mislecev, filozofov, verskih voditeljev in znanstvenikov. Šele v petdesetih letih prejšnjega stoletja pa so pojavu samomorilnosti začeli bolj sistematično namenjati več pozornosti. Hitro je začelo naraščati število tematskih znanstvenih prispevkov, v Združenih državah Amerike je bil vzpostavljen prvi center za samomorilno ogrožene in njihove svojce, ustanovljena je bila Mednarodna zveza za preprečevanje samomora. Norman Farberow, Edwin Schneidman in Erwin Ringel so postavili temelje suicidologije (1). Suicidologija je znanstvena disciplina, katere cilja sta (i) razumeti samomorilnost in (ii) preprečevati samomor (2), oziroma kot je dejal Ringel (3), pomagati ljudem.

Znanstveni pristop k preučevanju samomora je v zadnjih 25 letih ponudil ključne dosežke v raziskovanju samomorilnosti, oblikovanju političnih in strateških smernic ter obravnavi ogroženih posameznikov. Pregled pomembnejših mejnikov sodobne suicidologije (angl. mainstream) je naveden v O'Connor, Platt in Gordon (4). Kljub temeljnemu spoznanju in napredku discipline (ali pa prav zato) so se v zadnjih letih začeli pojavljati drugačni glasovi, ki so kritični do usmeritev sodobne suicidologije. Pojavilo se novo socialno gibanje, kitična suicidologija (angl. critical suicidology), ki ponuja alternativo obstoječim pristopom in s tem odpira vrata bogatejšemu in bolj celostnemu razvoju discipline. Nakazuje prehod v novo obdobje, ki ga nekateri avtorji imenujejo postsuicidologija (angl. post suicidology) in najavlja potrebo po naslavljanju tudi mejnih področij.

Mejna vsebina, ki se v zadnjem času vedno bolj naslavlja znotraj suicidologije, je področje MPU, vključno s pomočjo pri samomoru. Opredelitev suicidologije že v svoji definiciji zaobjema usmerjenost v preventivo samomorilnega vedenja, zato področje pomoči pri samomoru predstavlja svojevrsten paradoks znotraj discipline in odpira vrsto dilem, tako etičnih kot tudi strokovnih.

V poglavju bodo predstavljeni ozadje in razlogi za pojav kritične suicidologije in glavni pomisleki, ki jih predstavniki novega gibanja izražajo v odnosu do usmeritev sodobne suicidologije. Naslovljene so tudi nekatere dileme, ki se pojavljajo v zvezi z novim gibanjem in novimi vsebinami (npr. pomoč pri samomoru), predstavljene so vsebine, ki bralcu ponudijo dovolj informacij za oblikovanje kritičnega stališča do aktualne situacije v suicidologiji in novih smeri razvoja, ki se nakazujejo.

Sodobna suicidologija

O'Connor, Platt in Gordon (4) so na vodilne strokovnjake na področju suicidologije naslovili prošnjo, naj naštejejo glavne dosežke suicidologije v preteklosti ('Kje smo?') in glavne izzive discipline za prihodnost ('Kam gremo?'). Avtorji so odgovore združili v tri kategorije (raziskovalno področje, politika, obravnava), ki povzemajo ključne mejnike sodobne suicidologije (preglednica 34.1). Suicidologija razpolaga z dobrim poznavanjem dejavnikov tveganja na različnih ravneh (biološki, okoljski, genetski idr.), narejen je bil premik v smeri enotnejše klasifikacije in terminologije, razviti so bili pristopi, s katerimi se lahko dovolj dobro ocenijo razsežnosti problema v populaciji (epidemiološke raziskave). Razvili so se novi, psihosocialni pristopi k obravnavi samomorilno ogroženih, okrepila se je destigmatizacija duševnih težav in samomorilnosti, vendar so dokazi o učinkovitosti posameznih terapij še vedno omejeni. Na veljavi so začeli pridobivati programi

preprečevanja samomora, politična podpora področju in različne preventivne strategije, a žal še vedno razpolagamo s premalo dokazi o tem, katere strategije in zakaj so učinkovite. V zvezi s prihodnjimi izzivi so vprašani strokovnjaki izrazili mnenje, da suicidologijo čakajo največji izzivi tako na področju klinične dejavnosti in obravnave kot tudi implementacije in evalvacije intervencij (4).

Preglednica 34.1. Povzetek nekaterih glavnih dosežkov suicidologije v preteklih 25 letih (4)

Področje	Opredelitev dosežka
Raziskovalna dejavnost	<p>Korak v smeri konsenza glede definicij samomorilnega vedenja/samomora</p> <p>Razumevanje različnih determinant samomorilnega vedenja (psihološko, psihiatrično, biološko, okoljsko, epidemiološko ipd.)</p> <p>Konsenz glede sovplivanja različnih dejavnikov (bioloških, psiholoških, okoljskih, kulturnih) na razvoj samomorilnega vedenja</p> <p>Razvoj biološke suicidologije (nevrobiologija, genetika samomora, slikanje možganov ipd.)</p> <p>Konsenz glede vpliva duševne motnje na razvoj samomorilnega vedenja (nujni, ampak ne zadostni pogoj)</p> <p>Posmrtne raziskave (psihološka avtopsija, posmrtna analiza genetskega materiala ipd.)</p> <p>Razvoj sistema spremljanja samopoškodovalnega vedenja v nekaterih državah</p> <p>Epidemiološke raziskave, identifikacija dejavnikov tveganja</p> <p>Razvoj dejavnosti na področju žalovanja po samomoru</p>
Politična podpora	<p>Prepoznava samomora in samomorilnega vedenja kot javnozdravstvenega problema</p> <p>Razvoj in implementacija nacionalnih strategij za preprečevanje samomora</p> <p>Zagovorništvo</p> <p>Politična podpora programom preprečevanja in destigmatizacije</p> <p>Omejevanje dostopnosti do sredstev za samomor</p> <p>Podpora nevladnim organizacijam, dejavnim na tem področju, vključevanje oseb z izkušnjo samomorilnosti</p>
Klinična dejavnost/obrnava	<p>Implementacija na dokazih temelječih intervencij</p> <p>Razvoj novih psihosocialnih in terapevtskih pristopov k obravnavi samomorilnega vedenja</p> <p>Razvoj populacijskih strategij</p> <p>Vključevanje oseb z izkušnjo samomorilnosti</p> <p>Destigmatizacija duševnih bolezni</p> <p>Konsenz glede tega, da je samomor oblika vedenja, ki ni nujno posledica ali simptom duševne bolezni</p> <p>Razvoj različnih linij za pomoč v stiski (npr. telefon)</p>

Čeprav je sodobna suicidologija s svojimi spoznanji neizpodbitno doprinesla k razumevanju samomorilnega vedenja, njegovi preventivi in napredku discipline, se je po mnenju nekaterih avtorjev (5) ujela v zanko 'vrtljivih vrat'. Usmerja se pretežno v preučevanje izbranih dejavnikov tveganja (v zadnjih dvajsetih letih se je zgodil predvsem razcvet bioloških in genetskih raziskav samomorilnosti), določenih skupin z večjim

tveganjem, pretežno prevladujejo že uveljavljeni teoretični pristopi in kvantitativno raziskovanje. Krožna zanka se še dodatno krepi z dejstvom, da so raziskave, ki se opirajo na kvantitativno metodo, lažje objavljive, kar ponuja le malo prostora za inovacije (6). Kot odgovor na aktualno, 'utesnjujočo' situacijo, je nastal nov intelektualni prostor in socialno gibanje – kritična suicidologija.

Kritična suicidologija

Predstavniki kritične suicidologije menijo, da se je sodobna suicidologija razvila do te mere, da mora sprejeti nove, raznolike in kritične perspektive oziroma se jim celo odpreti (1, 7). Kritična suicidologija vzpodbuja in dopušča 'dvom v samoumevno', osvetljuje meje sodobne suicidologije in njenih pristopov, odpira vrata novim pogledom (subjektivnost raziskovanja, upoštevanje konteksta, kulture, antropologije ipd.) in je pri raziskovanju in razumevanju samomora manj psihocentrično usmerjena.

Kritika sodobne suicidologije se nanaša tri izhodišča, in sicer (i) samomor je posledica psihopatološkega stanja, (ii) suicidologija je znanstvena disciplina in preučevanje samomora je mogoče samo z znanstvenimi kvantitativnimi pristopi ter (iii) samomor je individualno dejanje (8, 9).

Samomor je (mnogo več kot le) posledica psihopatološkega stanja

Splošno sprejeta domneva je, da so osebe, ki so umrle zaradi samomora, imele katero od duševnih motenj. Po podatkih različnih raziskav se ta odstotek giblje med 70 in 90 % (10). Izsledki večinoma slonijo na ugotovitvah raziskav psihološke avtopsije (*več o tem v poglavju 16*), kar pomeni, da so bile diagnoze umrlim posameznikom postavljene retrospektivno in na podlagi intervjuja z njihovimi (naj)bližjimi. Metoda psihološke avtopsije je uporabno orodje za vpogled v življenje umrlega posameznika, vendar pripisovanje diagnoz na podlagi informatorjev (angl. by proxy) ni zanesljivo in je zaradi številnih soudeleženih dejavnikov (npr. čustvene vpletenosti) le redko veljavno (11). Kot navaja Marsh (9), je razumevanje samomora kot dejanja, ki se zgodi kot zaplet duševne bolezni, do neke mere razumljivo in logično, saj najtežji primeri izhajajo iz klinične populacije, pri kateri je duševna motnja zares prisotna. Vendar takšni primeri predstavljajo manjšino vseh. Zato je pretirana osredotočenost na povezanost med samomorilnim vedenjem in posameznikovo psihopatologijo omejujoča in tudi zavajajoča, saj se ob tem lahko spregledajo drugi dejavniki, ki prav tako pomembno vplivajo na razvoj samomorilnega vedenja. Kljub temu je razlaga (in obravnava) samomorilnega vedenja skozi okvir duševne motnje v zadnjih letih postala 'režim resnice' v suicidologiji (9).

Ne preseneča torej, da sta bili psihoterapevtska obravnava in terapija duševnih motenj z zdravili, predvsem depresije, na podlagi pregleda raziskav prepoznani kot na dokazih temelječi strategiji za preprečevanje samomora (poleg omejevanja dostopnosti sredstev, zagotavljanja kontinuirane oskrbe in programov univerzalne preventive v šolah). Avtorji predlagajo, naj se omenjena strategija uvrsti v nacionalne strategije preprečevanja samomora (12). Predstavniki kritične suicidologije ne oporekajo učinkovitosti in potrebi po zdravljenju depresije z zdravili, poudarjajo pa, da ne obstaja univerzalna obravnava (z zdravili ali kakšna druga), ki bi ustrezala vsem (angl. one size fits all). Zato ostajajo tudi previdni in skeptični do nekritičnega odnosa, ki ga imajo predstavniki sodobne suicidologije do omenjene intervencije. Svojo kritičnost utemeljujejo s tem, da (i) so bile raziskave, ki so jih izbrali za pregled, pristranske, in so ponujale le malo dokazov, (ii) avtorji niso upoštevali pomena finančnih pridobitev, kar je zelo prisotno v industriji

zdravil in lahko vpliva na objavljene rezultate in (iii) v raziskavah niso dovolj upoštevali številnih resnih stranskih učinkov (tudi povečanja samomorilnega tveganja), ki se lahko pojavijo ob zdravljenju z antidepresivi (13). Avtorji ostro zaključujejo, da ima lahko takšno nekritično posploševanje negativne učinke na stopnjo samomora v populaciji. Zato izražajo potrebo po kritičnem in bolj specifičnem navajanju smernic ter priporočil za obravnavo samomorilnega vedenja, predvsem zdravljenja z zdravili. Predlog spremembe v paradigmi zdravljenja oseb s samomorilnimi nagnjenji z zdravili v zadnjem času sicer prihaja tudi iz vrst sodobne suicidologije (14).

Suicidologija je (mnogo več kot le) znanstvena disciplina in preučevanje samomora je mogoče (ne) samo z znanstvenim kvantitativnim pristopom

Znanstveno razumevanje in razlaga samomorilnosti je v zadnjih desetletjih narekovalo smer, pristop, meje in norme v suicidologiji (1). 'Rigidna' znanstvena drža se je odražala na stališču, da je samomor mogoče proučevati predvsem s kvantitativnimi znanstvenimi metodami (15) in čeprav je takšen pristop k preučevanju samomor postregel z nekaterimi ključnimi, za napredek discipline potrebnimi mejniki, so bili zaradi tega spregledani drugi vidiki samomorilnega vedenja.

V raziskavah, v katerih je v ospredju razlaga določenih konceptov samomorilnega vedenja, običajno uporabljajo deduktivne in eksperimentalno kvantitativne metode. Zlati standard tovrstnega raziskovanja so randomizirane kontrolirane študije, pri katerih je ena skupina izpostavljena določenemu dejavniku, druga pa ne. Izsledki takšnih raziskav so razumljeni kot temelječi na dokazih in so temelj za odločanje o tem, kateri ukrepi in intervencije so učinkovite in kateri ne. Posledično prevladujejo tudi objave raziskav, v katerih so uporabili kvantitativno metodologijo. V obdobju 2006–2010 je bilo v treh glavnih suicidoloških revijah (Archives of Suicide Research, Suicide and Life Threatening Behaviour, Crisis) od vseh objavljenih člankov 45 % epidemioloških raziskav (16). Po drugi strani je bilo v obdobju 2005–2007 v treh glavnih suicidoloških revijah objavljenih le 3 % kvalitativnih raziskav (*več o tem v poglavju 15*) (11). Na pretirano poudarjanje pomena raziskav, v katerih so uporabili kvantitativne metode raziskovanje (npr. randomizirane kontrolirane študije, epidemiološke raziskave), sta v svojem članku na humoren način opozorila Smith in Pell (17). Razpisala sta se o učinkovitosti uporabe padala kot zaščite pred usodnimi poškodbami pri skoku iz letala in želela opozoriti na to, da so nekatere stvari razumljive in v njihovo učinkovitost ne dvomimo, čeprav niso potrjene z randomiziranimi kontroliranimi študijami (npr. randomizirana kontrolirana študija, s katero bi preverili učinkovitost uporabe padala kot zaščite pred poškodbami, v primerjavi s tem, če bi iz letala skočili brez padala, ne obstaja, a kljub temu ne bo nihče iz letala skočil brez padala). Kvantitativne raziskovalne metode so sicer nujno potrebne za razvoj določene discipline, tudi suicidologije, vendar ne zadostujejo. Protiutež ponujajo raziskave, v katerih je v ospredju razumevanje pomena, ki ga ima samomorilno vedenje za posameznika, kako je posameznik doživel samomorilno vedenje in kako se je odzvala okolica. V teh raziskavah prevladujejo kvalitativni pristopi (11), ki v ospredje postavljajo pomen konteksta, v katerem se je samomor zgodil, in pomen, ki ga ima samomor v različnih kulturah in okoljih. Predstavniki kritične suicidologije zagovarjajo stališče, da ni pomemben oziroma odločilen določen dejavnik tveganja sam po sebi, pač pa pomen, ki ga posameznik pripiše določenemu dejavniku v določenem kontekstu. Dejavniki tveganja, ki so na populacijski ravni dokazano povezani s povečanim tveganjem za samomor (npr. ločitev je po definiciji dejavnik tveganja za samomor ...), imajo lahko le majhno napovedno vrednost na individualnem nivoju (... a za nekatere

je lahko ločitev tudi olajševalni dejavnik, če denimo prekinejo odnos, v katerem je bilo prisotno nasilje, alkohol ipd.).

Samomor je (mnogo več kot le) individualno dejanje

Aktualne raziskave v suicidologiji so večinoma usmerjene v ugotavljanje obstoječe psihopatologije, bioloških predispozicij, osebnostnih lastnosti in kognitivnih značilnosti posameznikov, ki storijo samomor (8). Zdi se, da sodobna suicidologija samomorilnost razume predvsem kot intrapersonalni problem oziroma dogajanje, ki izvira iz posameznikovega notranjega duševnega polja (psihopatologija) ali notranje telesne patologije (npr. nevrobioloških posebnosti) ali kombinacije obojega. Skozi takšno razumevanje samomora smrt postane izključno individualni dogodek, ki je navidezno ločen od socialno-kulturnega konteksta (stigme, stališč do samomora ipd.), v katerem se zgodi (18). Predstavniki kritične suicidologije izražajo tako dvom o tem, da je samomorilnost nekaj, kar obstaja samo znotraj posameznika (angl. suicidal mind), kot tudi dvom o tem, da je samomor mogoče razumeti brez upoštevanja socialno-kulturnega in zgodovinskega konteksta, v katerem se samomor zgodi (19). Schneidman (20) je samomor opredelil kot zavestno, namerno in namensko dejanje, ki je skrajna točka zapletenega procesa, lastnega posamezniku. Namerno dejanje ima vedno določen pomen in je vpleteno v socialno-kulturni kontekst (21), kar po drugi strani pomeni, da ima samomor v različnih kulturah (kultura je opredeljena kot proces interakcije, izmenjave med posameznikom in njegovo okolico) različen pomen za različne posameznike. Zato samomor ne more biti ločen od normativnih standardov in prevladujočih stališč (11). Strukturno pomena in kulture – oboje je neobhodno za razumevanje samomorilnega vedenja – pa le težko izmerimo s kvantitativnimi metodami (22, 23). Da bi naredili korak v smeri boljšega razumevanja samomorilnosti, je torej treba uravnovežiti poudarek med različnimi dejavniki, ki vplivajo na razvoj samomorilnega vedenja, predvsem pa vključevati kvalitativne raziskave in raziskovanje kulturnega vpliva na samomorilnost (24). Primer tega so denimo raziskave samomorilnega vedenja znotraj določenega 'kulturnega okolja' (npr. vojska, avtohtono prebivalstvo v Avstraliji), kjer veljajo posebna pravila in zakonitosti, uveljavljeni ter preverjeni preventivni programi pa niso bili učinkoviti.

Postsuicidologija in odpiranje mejnih področij

Smer mišljenja, ki jo zastopa gibanje kritična suicidologija, ponuja možnost za prevetritev ustaljenih tirnic sodobne suicidologije. Slednje bi omogočilo razvoj in uveljavljenost postsuicidologije, ki bi bila (še) bolj vključevalna in sodelovalna (do različnih pogledov in mišljenj) in ustvarjalnejša (sprejemala bi tudi bolj nekonvencionalne pristope).

Marsh (6) ob tem povzema značilnosti, ki bi jih lahko – ali naj bi jih – imela postsuicidologija:

- manj psihocentrično usmerjena, manjši poudarek na patologiji posameznika, razumevanje samomora predvsem kot etičnega, družbenega in političnega problema;
- (še) bolj vključujoča in odprta za drugačne perspektive v razumevanju samomora (vključevanje aktivistov, antropologov, oseb z izkušnjo, kritičnih suicidologov idr.) in njegovega raziskovanja (raznolikost pristopov, sprejemljivejši odnos do objavljanja kvalitativnih raziskav, raznolikost predavanj na konferencah ipd.);
- uravnotežen poudarek med prevladujočimi jezikovnimi koncepti (objektivni, nevtralni znanstveni jezik) in bolj opisnimi, razpravljalnimi pristopi, ki bi odražali čustveno komponento in pomen samomorilnega vedenja.

Poleg kritičnih glasov so vedno glasnejši tudi tisti, ki zagovarjajo potrebo po naslavljanju mejnih področij znotraj suicidologije. Kot je že pred časom zapisal Soubrier (25), se moramo odločiti (kot disciplina, predvsem pa kot družba), kako daleč lahko gremo s preprečevanjem samomora. Vsebina, ki je v tem smislu v zadnjem času vedno bolj aktualna znotraj suicidologije, je področje medicinske pomoči pri umiranju (evtanazije in pomoči pri samomoru; *več o tem v poglavju 33*). Suicidologi so (tako kot celotna družba) neizbežno soočeni s filozofskimi in etičnimi dilemami glede tega, ali (in kdaj) bi morali sprejeti (celo podpreti) človekovo pravico do tega, da si vzame življenje oziroma da odloča o tem, kdaj in kako bo (dostojanstveno) umrl. Tovrstna vprašanja predstavljajo svojevrsten paradoks znotraj discipline, ki v svoji osnovni definiciji zaobjema usmerjenost v preventivo samomorilnega vedenja in pomoči ogroženim.

Preprečevanje samomora vedno in povsod?

V številnih državah dovoljujejo MPU in v tem oziru se Mishara in Weisstub (26) v svojem pronicljivem uvodniku sprašujeta, ali naj bi v določenih primerih odstopili od prizadevanj, da posamezniku preprečimo samomor, in ali naj bi v določenih primerih posameznika celo podpirali³ pri tem, da prosi za MPU. Namen avtorjev (26) se ni bil enoznačno opredeliti glede tega vprašanja, pač pa opozoriti na to, da tudi v suicidologiji, ki je v svojem bistvu usmerjena v reševanje življenja, obstajajo vsebine, ki zahtevajo kritičen razmislek in dialog, predvsem pa situacije, ki niso 'črno-bele' in tudi za strokovnjake, ki poskušajo nekemu pomagati, predstavljajo notranji konflikt. Ob tem je potrebno izpostaviti, da odstopanje od prizadevanj, da posamezniku preprečimo samomor, sploh pa vzpodbujanje nekoga k temu, da konča lastno življenje, odpira vrsto etično moralnih in nenazadnje tudi pravnih dilem (*več o tem v poglavju 33*), ki jih je potrebno upoštevati. Večina strokovnjakov, ki so dejavni na področju preprečevanja samomora, sprejema mnenje, da je k preventivi samomorilnega vedenja treba pristopiti brez osebnega vrednotenja posameznikove situacije ali njegovih razlogov za to, da si vzame življenje (npr. 90-letna oseba, ki boleha za rakom in je samomorilna, mora biti deležna enakih preventivnih postopkov kot 16-letna oseba, ki ima ljubezenske težave in je samomorilna). Kljub vsemu pa se v praksi dogaja, da je kdaj treba sprejeti odločitev o tem, kdo, katera skupina bo deležna večjega prizadevanja in preventivnih aktivnosti (npr. ko so omejeni finančni viri za izvajanje programov). Porajajo se številne dileme glede tega, ali je samomor treba preprečevati vedno in povsod (26).

Mishara idr. (27) navajajo izsledke t. i. raziskave tihega opazovanja (angl. silent monitoring study), v kateri so, ne da bi vplivali na potek pogovora, poslušali 2.611 klicev na telefonsko linijo za pomoč v tiski. Ugotovili so, da so bili štirje klici takšni, v katerih je svetovalec na telefonu klicatelja dejansko podpiral³ pri tem, da nadaljuje s samomorilnim poskusom. Avtorji navajajo ekstremen primer klicatelja, ki je na linijo poklical, ko je stal na mostu. Znašel se je v hudi tiski, ker je spolno zlorabljal svojo 6-letno hčer, terapija pa mu ni pomagala pri prenehanju s svojim početjem. Svetovalec je po pogovoru s klicalcem in po tem, ko sta razmislila o vseh možnostih pomoči, ocenil, da je situacija, v kateri se je znašel klicalec (in njegovo dejanje) tako brezizhodna in nepopravljiva, da je izrazil svoje stališče, da se mu zdi logičen zaključek, da klicalec konča svoje življenje. Čeprav so bili takšni

³ V izvorniku avtorja (26) uporabljata angleški izraz 'encourage', katerega dobesedni prevod je 'vzpodbujati'. Avtorica pričujočega teksta se nisem odločila za uporabo izvirnega izraza, ker glagol 'vzpodbujati' v povezavi s samomorom razumem, kot da ima druga oseba aktivno vlogo pri odločitvi posameznika za končanje življenja. Po drugi strani glagol 'podpirati' razumem, kot da ima druga oseba nevtralno vlogo in razume posameznikovo stisko brez obsojanja in vpletanja v njegovo odločitev.

primeri izjemno redki in povsem v nasprotju z etičnimi standardi omenjene telefonske linije, te ugotovitev nakazujejo, da so moralne dileme prisotne tudi med strokovnjaki, ki so dejavni na področju preprečevanja samomora. Ljudje se ne moremo povsem izogniti temu, da bi v določenih primerih posameznika in njegovo situacijo zdravo razumsko ocenili (angl. common sense observation) – naj gre za predsodek ali ne – kot vredno smrti (26).

V zadnjih letih se je stališče, da je preprečevanje smrti vedno in povsod absolutna zapoved, precej razrhljalo. Vedno več držav dovoljuje MPU (evtanazijo, pomoč pri samomoru ali oboje), vedno jasneje so opredeljene razlike med samomorom in MPU (kamor spada tudi pomoč pri samomoru; *več o tem v poglavju 33*). Ameriška zveza za suicidologijo (28) navaja 15 razlik, denimo to, da je v primeru MPU oseba v okolju in trenutku smrti obkrožena s svojimi bližnjimi, v primeru samomora pa je v času umiranja in smrti sama. Pomembna razlika je tudi v dejstvu, da v primeru MPU oseba določa čas in način pričakovane smrti, v primeru samomora pa oseba določi čas in način smrti, ki v bližnji prihodnosti običajno ni pričakovana. Razlikovanje med značilnostmi MPU in samomorom omenjene mejne vsebine približuje suicidologiji. Ne zdijo se več tako paradoksalne in v nasprotju s temeljno usmeritvijo discipline, ki je usmerjena v reševanje življenj.

Posebno področje dilem v zvezi z MPU se nanaša na to, ali je MPU dovoljena in enako upravičena za telesne kot duševne motnje. V Madridski deklaraciji o etičnih standardih v psihiatriji (29) je v zvezi z evtanazijo zapisano: »... A physician's duty, first and foremost, is the promotion of health, the reduction of suffering, and the protection of life. The psychiatrist, among whose patients are some who are severely incapacitated and incompetent to reach an informed decision, should be particularly careful of actions that could lead to the death of those who cannot protect themselves because of their disability. The psychiatrist should be aware that the views of a patient may be distorted by mental illness such as depression. In such situations, the psychiatrist's role is to treat the illness.«⁴

Iz zapisanega izhajajo tri medicinske dolžnosti, in sicer (i) promocija zdravja, (ii) lajšanje trpljenja in (iii) zaščita življenja. V stroki vedno bolj prevladuje prepričanje, da je v primeru terminalnih, telesnih boleznih, pri katerih je smrt neobhodna, etična zapoved oziroma dolžnost lajšati trpljenje močnejša in pomembnejša od zaščite življenja. Na področju duševnih motenj je situacija precej bolj zapletena, saj so duševne motnje same po sebi le redko kdaj terminalne. Postavlja se torej vprašanje, ali kronično trpljenje v primeru na zdravljenje odpornih duševnih motenj opravičuje MPU, kljub temu da bolezen ali stanje kot tako samo po sebi in terminalno (30). Zagovorniki stališča, da je MPU upravičena tudi v primeru duševnih motenj, se sklicujejo na koncept avtonomije in semodeterminacije ter na to, da sta duševno in telesno zdravje neločljivo povezana. Dovoljevanje MPU ob telesnih in hkrati prepovedovanje MPU ob duševnih motnjah bi po njihovem mnenju odražalo stigmatiziranje in drugačno obravnavanje duševnih motenj. Po drugi strani pa se zagovorniki stališča, da MPU ob duševnih motnjah ni upravičena, sklicujejo na to, da je v tem primeru zmanjšana posameznikova sposobnost, da se racionalno odloča (zaradi motnje same, ki največkrat prizadene njegovo čustveno stanje), in da je MPU v konfliktu s strokovno etiko (30).

⁴ Zdravnikova dolžnost je najprej in predvsem promovirati zdravje, zmanjševati trpljenje in zaščititi življenje. Psihiater, ki prihaja v stik s pacienti, med katerimi so tudi takšni, ki zaradi narave bolezni ne zmorejo podati informiranega pristanka, mora biti še posebej pozoren in previden v postopkih, ki bi lahko vodili v smrt tistih, ki se zaradi nezmožnosti pred tem ne zmorejo sami zaščititi. Psihiater mora ohraniti zavedanje, da je stališče pacienta lahko izkrivljeno zaradi duševne motnje, kot je depresija. V takšnih primerih je psihiatrova naloga obravnavati bolezen.

Zaključek in usmeritve za naprej

Sodobna suicidologija je v zadnjih desetletjih postregla s ključnimi mejniki in spoznanji, ki so omogočili razvoj in napredek discipline. V ospredje pa vedno bolj prihaja potreba po novih, svežih in drugačnih pristopih. Zdi se, da se bodo morale usmeritve, ki so narekovale smer delovanja v zadnjih letih, prilagoditi toku časa. Potreba po novih in drugačnih pristopih, razmišljanje o paradigmatiki krizi sodobne suicidologije se nakazujejo tudi v Sloveniji, ki ima sicer močno suicidološko tradicijo (31). Socialno gibanje kritična suicidologija jasno izpostavlja področja, na katerih so potrebne prilagoditve. V prvi vrsti je treba zmanjšati osredotočenost na psihopatologijo, sprejeti je treba metode raziskovanja, ki omogočajo razumevanje pomena samomora za posameznika, upoštevati pa je treba tudi socialno-kulturni kontekst, v katerem se samomor zgodi. Novi glasovi in pristopi verjetno ne bodo spremenili smeri in toka razvoja suicidologije, bodo pa zagotovo omogočili nove smeri. Kot eden večjih izzivov za suicidologijo v prihodnosti se napoveduje področje MPU.

Reference

1. Kral MJ, White J. Moving toward a critical suicidology. *Ann Psychiatry Ment Health*. 2017;5(2):članek 1099.
2. Spencer Thomas S, Jahn DR. Tracking a movement: U.S. milestones in suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav*. 2012;42:78–85. doi: 10.1111/j.1943-278X.2011.00072.x
3. Ringel E. Suicide: prevention and the value of human life. V: Pabst M, Battin M, Mayo D, uredniki. *Suicide: the philosophical issues*. New York: Saint Martin's Press; 1980. str. 205–11.
4. O'Connor R, Platt S, Gordon J. Achievements and challenges in suicidology: conclusions and future directions. V: O'Connor R, Platt S, Gordon J, uredniki. *International handbook of suicide prevention: research, policy and practice*. Chichester: Wiley; 2011. str. 626–42. doi: 10.1002/9781119998556.ch36
5. Kral MJ. Critical suicidology as an alternative to mainstream revolving-door suicidology. *Social Epistemology Review and Reply Collective*. 2015;4(6):10–1.
6. Marsh I. Critical suicidology: towards an inclusive, inventive and collaborative (post) suicidology. *Social Epistemology Review and Reply Collective*. 2015;4(6):5–9.
7. Kral MJ, Morris J, White J. Seeing suicidology in a new light. *Death Stud*. 2017;41(8):469–71. doi: 10.1080/07481187.2017.1332898
8. White J. What can critical suicidology do? *Death Stud*. 2017;41(8):472–80. doi: 10.1080/07481187.2017.1332901
9. Marsh I. Critiquing contemporary suicidology. V: White J, Marsh I, Kral MJ, Morris J, uredniki. *Critical suicidology: transforming suicide research and prevention for the 21st century*. Vancouver: University of British Columbia Press; 2016. str. 15–30.
10. Joiner TE, Hom MA, Hagan CR, Silva C. Suicide as a derangement of the self-sacrificial aspect of eusociality. *Psychol Rev*. 2016;123:235–54. doi: 10.1037/rev0000020
11. Hjelmeland H, Knizek BL. Why we need qualitative research in suicidology. *Suicide Life Threat Behav*. 2010;40(1):74–80. doi: 10.1521/suli.2010.40.1.74
12. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, Van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M idr. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(7):646–59. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X
13. Hjelmeland H, Jaworski K, Knizek LB, Marsh I. Problematic advice from suicide prevention experts. *Ethical Hum Psychol Psychiatry*. 2018;20(2):79–85. doi: 10.1891/1559-4343.20.2.79
14. Courtet P, Castroman JL. Antidepressants and suicide risk in depression. *World Psychiatry*. 2017;16(3):317–8. doi: 10.1002/wps.20460
15. Hjelmeland H. A critical look at current suicide research. V: White J, Marsh I, Kral MJ, Morris J, uredniki. *Critical suicidology: transforming suicide research and prevention for the 21st century*. Vancouver: University of British Columbia Press; 2016. str. 31–55.
16. Goldblatt MJ, Schechter M, Maltzberger JT, Ronningstam E. Comparison of journals of suicidology: a bibliometric study form 2006–2010. *Crisis*. 2012;33(5):301–5. doi: 10.1027/0227-5910/a000146
17. Smith GC, Pell PJ. Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomised controlled trials. *Br Med J*. 2003;327:1459–61. doi: 10.1136/bmj.327.7429.1459
18. White J, Marsh I, Kral JM, Morris J. *Critical suicidology: transforming suicide research and prevention for the 21st century*. Vancouver: UBS Press; 2016.
19. Jaworski K. *The gender of suicide: knowledge production, theory and suicidology*. Burlington (VT): Ashgate Publishing Limited; 2014.

20. Schneidman E. Definition of suicide. Northvale: Jason Aronson; 1985.
21. Bruner J. Acts of meaning. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1990.
22. Michell J. The place of qualitative research in psychology. *Qual Res Psychol.* 2004;1(4):307–19. doi: 10.1191/1478088704qp020oa
23. Jenkins JH. Culture, emotion and psychopathology. V: Kitayama S, Markus HR, urednika. *Emotion and culture.* Washington (DC): American Psychological Association; 1994. str. 307–35.
24. Bantjes J, Swartz L. The cultural turn in critical suicidology: what can we claim and what do we know? *Death Stud.* 2017;41(8):512–20. doi: 10.1080/07481187.2017.1333355
25. Soubrier JP. Looking back and ahead. *Suicidology and suicide prevention: do we have perspectives?* *World Psychiatry.* 2004;3(3):159–60.
26. Mishara BL, Weisstub DN. Is suicide prevention an absolute? Considerations when medical assistance in dying is an option. *Crisis.* 2018;39(5):313–7. doi: 10.1027/0227-5910/a000568
27. Mishara BL, Chagnon F, Daigle M, Balan B, Raymond S, Marcoux I idr. Comparing models of helper behavior to actual practice in telephone crisis intervention: a silent monitoring study of calls to the U.S. 1–800-SUICIDE Network. *Suicide Life Threat Behav.* 2007;37(3):291–307. doi: 10.1521/suli.2007.37.3.291
28. American Association of Suicidology. Statement of the American Association of Suicidology: »suicide« is not the same as »physician aid in dying« [na spletu]. Washington: American Association of Suicidology; 2017 [citirano 8. 10. 2020]. Dostopno na: <https://suicidology.org/wp-content/uploads/2019/07/AAS-PAD-Statement-Approved-10.30.17-ed-10-30-17.pdf>
29. World Psychiatric Association [na spletu]. Geneva: World Psychiatric Association; c2019. Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice; 2011. Dostopno na: <https://www.wpanet.org/current-madrid-declaration>
30. Jones RM, Simpson IF. Medical assistance in dying: challenges for psychiatry. *Front Psychiatry.* 2018;9:članek 678. doi: 10.3389/fpsy.2018.00678
31. Džamastagić M. Paradigmatska kriza suicidologije v slovenskem prostoru: diskurzivna analiza priročnika Spregovorimo o samomoru med mladimi in Resolucije o programu duševnega zdravja [magistrsko delo na spletu]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede; 2018 [citirano 19. 5. 2021]. Dostopno na: <https://repozitorij.uni-lj.si/IzpisGradiva.php?lang=slv&id=103878>

Opisi sodelujočih

Urednici

Doc. dr. Saška Roškar, univ. dipl. psih.

Nacionalni inštitut za javno zdravje

Ukvarja se s preventivo duševnih motenj in promocijo duševnega zdravja, predvsem pa jo zanimajo javnozdravstveni pristopi k preprečevanju samomorilnosti. Je vodja interdisciplinarne delovne skupine za preprečevanje samomora, ki deluje v okviru Resolucije o Nacionalnem programu duševnega zdravja. V preteklosti je bila nacionalna predstavnica za Slovenijo pri Mednarodni zvezi za preprečevanje samomora. Je zunanja sodelavka Oddelka za psihologijo na Filozofski fakulteti Univerze v Ljubljani.

Izr. prof. dr. Alja Videtič Paska, univ. dipl. biokem.

Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta

Že več kot desetletje raziskuje molekularne osnove samomorilnega vedenja, predvsem genetiko in epigenetiko. V uglednih mednarodnih revijah je objavila več kot trideset člankov in je članica delovne skupine za genetiko pri Mednarodni zvezi za preprečevanje samomora in Svetovni zvezi društev o biološki psihiatriji. Svoje znanje preko pedagoškega dela na Medicinski fakulteti ter Fakulteti za kemijo in kemijsko tehnologijo Univerze v Ljubljani prenaša tudi na mlajše generacije.

Recenzentke

Doc. dr. Metka Mencin, univ. dipl. psih.

Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede

Predava na Fakulteti za družbene vede (identitete, zdravje in biopolitika, sociologija spolov) in Filozofski fakulteti (socialna psihologija) Univerze v Ljubljani. Njen osrednji raziskovalni interes je vezan na konstrukcijo stigmatiziranih identitet in (re)produkcijo oblastnih razmerij znotraj znanosti (psihologija), v izobraževanju in vsakdanjih govorih.

Zasl. prof. dr. Martina Tomori, dr. med., specialistka psihiatrije in otroško-mladostniške psihiatrije, viš. svet.

Ob kliničnem in pedagoškem delu na Univerzitetni psihiatrični kliniki v Ljubljani in Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani je področje njenega raziskovanja usmerjeno na depresijo, samomorilnost in motnje hranjenja v razvojnem obdobju ter dejavnike tveganja za razvoj psihopatologije. Je avtorica štirih knjig, soavtorica več monografij in univerzitetnih učbenikov, njena bibliografija obsega 530 zapisov.

Anamarija Zavasnik, univ. dipl. psih., specialistka klinične psihologije

Center za psihološko svetovanje Posvet
Slovensko združenje za preprečevanje samomora

Ukvarja se s svetovalnim delom ljudem v kriznih situacijah, še posebno tistim, ki so prizadeti ob smrti bližnjega. Kot predavateljica in mentorica je vključena v izobraževanje novih svetovalcev, znanja o preprečevanju samomora pa posreduje tudi drugim strokovnjakom in širši javnosti. Je predsednica Slovenskega združenja za preprečevanje samomora.

Avtorji

Dr. Marija Anderluh, dr. med., specialistka otroške in mladostniške psihiatrije

UKC Ljubljana, Pediatrična klinika, Služba za otroško psihiatrijo
Nacionalni inštitut za javno zdravje

Je vodja Službe za otroško psihiatrijo na Pediatrični kliniki, pobudnica in vodja implementacije programov za starše in učitelje Neverjetna leta v Sloveniji. V ožji delovni skupini je sodelovala pri pripravi Resolucije o Nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 ter njeni implementaciji na področju duševnega zdravja otrok in mladostnikov.

Doc. dr. Jurij Bon, dr. med., specialist psihiatrije

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

Ukvarja se predvsem z zdravljenjem kroničnih duševnih motenj, kot so motnje razpoloženja in psihoze. V svojem kliničnem in raziskovalnem delu vpeljuje nove metode zdravljenja, ki temeljijo na spoznanjih klinične nevroznanosti. Pedagoško delo opravlja na Katedri za psihiatrijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani.

Doc. dr. Marjan Cugmas, mag. upor. stat.

Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede

Znanstveno-raziskovalno se ukvarja z razvojem in uporabo metod za analizo omrežij ter metod multivariatne analize, prav tako pa tudi s preučevanjem spletnih zdravstvenih skupnosti. Sodeluje pri izvajanju študijskih predmetov s področja multivariantne analize ter računsko zahtevnih metod.

Prof. dr. Mojca Zvezdana Dernovšek, dr. med., specialistka psihiatrije

Nacionalni inštitut za javno zdravje
Zdravstveni dom Sevnica
Inštitut Karakter
Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta

Kot psihiatrinja dela v ambulantnem timu Centra za duševno zdravje Posavje, predava na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani, sodeluje pri programu OMRA, ki je namenjen povečevanju pismenosti s področja duševnega zdravja, in je članica tima za implementacijo Nacionalnega programa duševnega zdravja – Programa MIRA. Vodi interdisciplinarno delovno skupino za mrežo centrov za duševno zdravje odraslih.

Mag. Bogdan Dobnik, dipl. soc. del.

OZARA Slovenija, nacionalno združenje za kakovost življenja

Predsduje in vodi strokovno delo v humanitarni organizaciji Ozara Slovenija. Zadnja leta je še posebno aktiven pri izvajanju preventivnih dejavnosti za krepitev duševnega zdravja ter organiziranju kampanj za izboljšanje ozaveščenosti splošne javnosti o problematiki duševnih motenj in samomora.

Izr. prof. dr. Maja Drobnič Radobuljac, dr. med., specialistka otroške in mladostniške psihiatrije

Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Center za mentalno zdravje

Vodja dveh bolnišničnih oddelkov, ambulantne in urgentne službe, že dvajset let pomaga otrokom in mladostnikom z najtežjimi duševnimi motnjami. Na področju deluje tudi kot raziskovalka in mentorica mlajšim raziskovalcem, rezultate pa objavlja v Sloveniji in tujini. Že več kot desetletje sodeluje tudi v procesu poučevanja novih zdravnikov ter specialistov otroške in mladostniške psihiatrije.

Izr. prof. dr. Danijela Frangež, univ. dipl. var.

Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede

Je predstojnica Katedre za kriminalistiko in predavateljica, ki se več kot 15 let raziskovalno ukvarja s kriminalistiko in preučevanjem nasilja. Usposabljala se je tako v Sloveniji kot tujini. Objavila je več prispevkov in sodelovala v nacionalnih in mednarodnih projektih s področja kriminalistike in kriminologije.

Asist. Vanja Gomboc, mag. psih.

Univerza na Primorskem, Inštitut Andrej Marušič, Slovenski center za raziskovanje samomora

Raziskovalka je v okviru svojega dela vključena v izvedbo različnih nacionalnih in mednarodnih raziskovalnih in intervencijskih projektov s področja duševnega zdravja in samomorilnega vedenja. Njen poglobitveni raziskovalni fokus je povezanost medijskih vsebin, načina poročanja in samomorilnega vedenja. Sodeluje tudi v pedagoškem procesu Oddelka za psihologijo Fakultete za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije Univerze na Primorskem.

Prim. Nuša Konec Juričič, dr. med., specialistka javnega zdravja

Nacionalni inštitut za javno zdravje, OE Celje

Je vodja skupine za nenalezljive bolezni na območni enoti NIJZ v Celju. Od leta 2000 se intenzivno posveča razvoju, implementaciji in koordinaciji različnih programov za krepitev duševnega zdravja in preprečevanje samomora. Strokovno vodi psihološki svetovalnici Posvet – Tu smo zate v Celju in Laškem. Je podpredsednica Slovenskega združenja za preprečevanje samomora.

Prim. doc. dr. Nena Kopčavar Guček, dr. med., specialistka družinske medicine

Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta

Zdravstveni dom Ljubljana

Deluje kot zdravnica v zdravstvenem varstvu odraslih in registrirana raziskovalka. Že več kot desetletje se ukvarja s področjem nasilja v družini in je objavila številne članke s tega in drugih področij. Vabljen predavateljica na domačih in mednarodnih strokovnih dogodkih je aktivna kot univerzitetna učiteljica in mentorica študentom na dodiplomskih in podiplomskih študijskih programih in sopedrednica mednarodne skupine za preprečevanje nasilja v družini (SIGFV).

Asist. dr. Katarina Kouter, mag. biokem.

Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta

Kot raziskovalka se posveča preučevanju biološkega ozadja duševnih motenj. Večino svojega dela namenja izboljšanju razumevanja epigenetike samomorilnega vedenja. S svojimi izsledki prispeva h krepitvi znanja o samomorilnem vedenju v svetovnem merilu.

Domen Kralj, mag. psih.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, OE Celje

Kot nacionalni promotor zdravja se posveča predvsem delu na področju duševnega zdravja in koordinaciji nacionalnega programa za duševno zdravje v regiji. Aktivno se udeležuje tudi v preventivnem programu za otroke in mladostnike To sem jaz in je eden od urednikov spletne svetovalnice. Je svetovalec v psihološki svetovalnici Posvet – Tu smo zate v Celju.

Miloš Kravanja, univ. dipl. soc. del.

Nacionalni inštitut za javno zdravje

Dela kot zdravstveni analitik, in sicer se ukvarja predvsem s podatkovnimi zbirkami s področja umrljivosti. Njegovo delo obsega tudi administrativno vodenje zbirke oz. podatkov o umrlih, kodiranje osnovnega vzroka smrti in opravljanje osnovnih analiz s področja umrljivosti.

Asist. Meta Lavrič, mag. psih.

Univerza na Primorskem, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije

Mlada raziskovalka sodeluje pri izvajanju aktualnih raziskovalno-intervencijskih projektov s področja duševnega zdravja in samomorilnega vedenja, kot doktorandka pa se ukvarja z duševnim zdravjem vratarjev sistema, ki se pri svojem delu srečujejo s samomorilnim vedenjem. Sodeluje pri izvajanju študijskih programov na Fakulteti za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije Univerze na Primorskem in Filozofski fakulteti Univerze v Mariboru.

Lara Leben, dr. med.

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Center za mentalno zdravje

Je specializantka otroške in mladostniške psihiatrije ter doktorandka študijskega programa biomedicina, smer javno zdravje Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani. Raziskovalno se ukvarja s preučevanjem povezanosti med samomorilnostjo in navezanostjo na bližnje osebe pri mladostnikih.

Ksenija Lekić, univ. dipl. nov.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, OE Celje

Od leta 2001 je dejavna kot vodja preventivnega programa To sem jaz, usmerjenega v krepitev psihične odpornosti mladih. Posebej se je angažirala na področju razvoja spletnega svetovanja in je idejna avtorica spletne svetovalnice tosemjaz.net. V zadnjih 20 letih je njeno strokovno delo povezano s področjem skrbi za duševno zdravje.

Asist. dr. Urša Mars Bitenc, univ. dipl. psih.

Univerza na Primorskem, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije

Svojo poklicno pot je začela na Slovenskem centru za raziskovanje samomora na Inštitutu Andrej Marušič Univerze na Primorskem, kjer se je kot mlada raziskovalka ukvarjala s preučevanjem dejavnikov tveganja za samomor. Po opravljenem doktoratu se je usmerila v pedagoško delo, v okviru katerega izpolnjuje svojo strast do poučevanja in raziskovalnega dela s študenti.

Jožica Maučec Zakotnik, dr. med., specialistka družinske medicine

Nacionalni inštitut za javno zdravje

Ukvarja se s preprečevanjem kroničnih nenalezljivih bolezni. Bila je programska direktorica CINDI Slovenija, uvedla je Nacionalni program preprečevanja srčno-žilnih bolezni, je ustanoviteljica programa Svit. Dvakrat je bila državna sekretarka na Ministrstvu za zdravje. Je pobudnica in vodja Nacionalnega programa duševnega zdravja 2018–2028 – Programa MIRA.

Damjan Miklič, mag. var.

Generalna policijska uprava, Uprava kriminalistične policije

Že več kot 30 let deluje na področju preiskovanja krvnih in seksualnih deliktov. Je kriminalist, predavatelj in avtor strokovnih člankov o tej temi, mentor zaključnih del ter kriminalistični inštruktor. V tujini deluje kot član sveta Mednarodne kriminalistične zveze (International Criminalistic Association), član programskega odbora mednarodnih konferenc o kriminalistiki in predsednik evropske mreže policijskih strokovnjakov na področju pogrešanih oseb.

Janja Milič, dr. med., specialistka psihiatrije

Psihiatrična bolnišnica Idrija

Vodi oddelek za zdravljenje odvisnosti od alkohola v Psihiatrični bolnišnici Idrija. Je supervizorka skupine svetovalcev Klica v duševni tiski na Univerzitetni psihiatrični kliniki v Ljubljani in članica upravnega odbora Slovenskega združenja za preprečevanje samomora. Sodeluje pri izobraževanjih svetovalcev Klica v duševni tiski in Posveta – Centra za psihološko svetovanje. Je sistemska družinska psihoterapevtka.

Doc. dr. Brigita Novak Šarotar, dr. med., specialistka psihiatrije

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta

Ukvarja se z bolnišnično obravnavo kriznih stanj na Enoti za krizne intervencije s poudarkom na preprečevanju samomorilnega vedenja in psihoterapevtsko obravnavo oseb po poskusu samomora.

Dr. Suzana Oreški, univ. dipl. soc. del.

Altra – odbor za novosti v duševnem zdravju

Je predsednica in strokovna vodja nevladne organizacije Altra, aktivna na področju oblikovanja in izvajanja skupnostnih modelov pomoči za ljudi z dolgotrajnimi težavami v duševnem zdravju. Zanimajo jo medijski konstrukti duševnih motenj in njihovi učinki na zaznavanje te problematike v javnosti. Je članica različnih delovnih in strokovnih skupin s področja duševnega zdravja in socialnega varstva.

Asist. dr. Nina Perger, dipl. soc., mag. prof. soc. ped.

Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede

Je asistentka na Katedri za analitsko sociologijo in raziskovalka na Centru za socialno psihologijo na Fakulteti za družbene vede Univerze v Ljubljani. Raziskovalno se ukvarja s študijami vsakdanjega življenja ter študijami spolov in seksualnosti, osredotočena je predvsem na marginalizirane identitete in prakse.

Doc. dr. Marko Pišljarič, dr. med., specialist psihiatrije

Psihiatrična bolnišnica Idrija

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju

Univerza na Primorskem, Fakulteta za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije

Ukvarja se z obravnavo in zdravljenjem psihičnih motenj v obdobju starosti ter pri epilepsiji. Znanje in izkušnje s pedagoškim delom prenaša tudi na mlajše generacije.

Asist. dr. Tina Podlogar, univ. dipl. psih.

Univerza na Primorskem, Inštitut Andrej Marušič, Slovenski center za raziskovanje samomora

Sodeluje pri izvajanju raziskovalno-intervencijskih projektov s ciljem krepitev duševnega zdravja ter preprečevanja samomorilnega vedenja. Teoretična spoznanja prenaša v prakso na različnih ravneh delovanja: od promocije duševnega zdravja preko različnih oblik preventive do nudenja individualnih ali skupinskih oblik psihološke pomoči. Poučuje v okviru psiholoških študijskih programov na Fakulteti za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije Univerze na Primorskem.

Izr. prof. Vita Poštuvan, univ. dipl. psih.

Univerza na Primorskem, Inštitut Andrej Marušič, Slovenski center za raziskovanje samomora

Ukvarja se s preučevanjem in preprečevanjem samomorilnega vedenja, promocijo duševnega zdravja, implementacijo javnozdravstvenih intervencij in klinično-svetovalnim delom. Strokovno je delala v Avstriji in Indiji ter na Japonskem in Kitajskem, njene publikacije so objavljene v najprestižnejših revijah in dosegajo visoko citiranost. Pri Mednarodni zvezi za preprečevanje samomora je sovoditeljica skupine za žalovanje in trenutna nacionalna predstavnica Slovenije.

Pred. Robert Praček, univ. dipl. org. dela – inf.

Generalna policijska uprava, Nacionalni forenzični laboratorij

Je kriminalistični svetnik, pomočnik direktorja Nacionalnega forenzičnega laboratorija in predavatelj na Fakulteti za varnostne vede Univerze v Mariboru. Kot strokovnjak za kriminalistično tehniko in ogledno dejavnost je v policiji zaposlen od leta 1994. Je tudi član delovne skupine za pripravo novega Pravilnika o pogojih in načinu opravljanja mrliškopregledne službe.

Prof. dr. Peter Pregelj, dr. med., specialist psihiatrije

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana
Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta

Je predstojnik Katedre za psihiatrijo na Medicinski fakulteti ter predavatelj na Filozofski fakulteti Univerze v Ljubljani, predsednik Združenja psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu in častni član Svetovnega psihiatričnega združenja. Raziskovalno se ukvarja s proučevanjem součinkovanja dednih in okoljskih dejavnikov pri razvoju psihičnih motenj.

Prim. prof. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med., specialistka družinske medicine

Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta
Galenia d.o.o., ambulanta družinske medicine

Predseduje Združenju zdravnikov družinske medicine ter Razširjenemu strokovnemu kolegiju za družinsko medicino. Predava na magistrskem študijskem programu Fakultete za vede o zdravju ter Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Sodelovala je v veliki mednarodni raziskavi o depresiji, v okviru katere so merili 39 znanih dejavnikov tveganja za izdelavo napovednika za nastanek velike depresije.

Viš. pred. dr. Maja Roškar, univ. dipl. psih.

Nacionalni inštitut za javno zdravje

Raziskuje problematiko alkohola v Sloveniji. Zanimajo jo tudi učinkoviti pristopi k preprečevanju pitja alkohola, predvsem med mladimi. Svoje izsledke redno objavlja v strokovni literaturi, znanje pa prenaša na mlajše.

Dr. Špela Selak, mag. psih., univ. dipl. kom.

Nacionalni inštitut za javno zdravje

Raziskovalno in razvojno deluje na področju duševnega zdravja, s poudarkom na različnih vidikih uporabe digitalnih tehnologij. V okviru Nacionalnega programa duševnega zdravja 2018–2028 vodi interdisciplinarno delovno skupino za nekemične zasvojenosti ter sodeluje pri implementaciji centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov.

Izr. prof. dr. Borut Škodlar, dr. med., specialist psihiatrije

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana
Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta

Vodi Enoto za psihoterapijo in je predstojnik Centra za mentalno zdravje Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana. Osrednje področje njegovega delovanja je raziskovanje fenomenoloških značilnosti psihotičnih in drugih spremenjenih stanj zavesti, kot so kontemplativna in mistična stanja, ter aplikacija teh spoznanj v psihoterapijo psihotičnih stanj s posebnim poudarkom na obravnavi samomorilne ogroženosti posameznikov s to vrsto motenj.

Izr. prof. dr. Karmen Šterk, univ. dipl. polit.

Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede

Predava predmete socialna in kulturna antropologija, psihoanaliza kulture in kulture nasilja. Raziskovalno se ukvarja z antropologijo ekstremnih vedenj in družbenih stanj, teorijami kulturnega relativizma, posthumanizma in postspecizma.

Mag. Alenka Tančič Grum, univ. dipl. psih.

Nacionalni inštitut za javno zdravje

Dela na področju krepitve duševnega zdravja in preventive duševnih motenj (predvsem v povezavi s stresom, depresijo in samomorilnim vedenjem). Sodeluje tudi pri oblikovanju in koordiniranju programov duševnega zdravja, ki potekajo v zdravstvenovzgojnih centrih/centrih za krepitev zdravja.

Prof. dr. Onja Tekavčič Grad, univ. dipl. psih., specialistka klinične psihologije

Center za psihološko svetovanje Posvet
Slovensko združenje za preprečevanje samomora

Ukvarja se s psihoterapijo in svetovanjem posameznikom, parom in družinam po travmatski smrti svojca, pa tudi s pedagoško, publicistično in raziskovalno dejavnostjo. Nudi podporo strokovnim delavcem v zdravstvu in vodi supervizijo za sodelavce in druge strokovnjake.

Prof. dr. Mirjana Ule, univ. dipl. psih.

Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede

Je redna profesorica za socialno psihologijo ter ustanoviteljica Centra za socialno psihologijo na Fakulteti za družbene vede Univerze v Ljubljani. Njena raziskovalna področja so študije vsakdanjega življenja, zdravja, življenjskih potekov, študije spolov, identitete, psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov.

Dr. Nataša Valentinič, univ. dipl. prav.

Okrajno sodišče v Novi Gorici

Kot višja pravosodna svetovalka pri Okrajnem sodišču v Novi Gorici in mediatorica pri Okrožnem sodišču v Novi Gorici deluje pretežno na področju civilnega prava. Leta 2017 je z odliko doktorirala na Pravni fakulteti Univerze v Ljubljani na temo Evtanazija in pomoč pri samomoru. Pri Slovenskem združenju paliativne medicine je predavala na temo Pravni vidiki evtanazije, v reviji za človekove pravice Dignitas pa je objavila članek Pravica do odločitve o času in načinu lastne smrti.

Mojca Vatovec, dr. vet. med., psihoterapevtka

Center za psihološko svetovanje Posvet
Slovensko združenje za preprečevanje samomora

Je psihoterapevtka smeri sistemska družinska terapija in edukantka psihoanalitične psihoterapije. Opravlja psihološka svetovanja klientom v duševni stiski ter poslovno vodenje mreže svetovalnic. Kot mediatorica sodeluje na družinskem sodišču v Ljubljani.

Asist. Matej Vinko, dr. med., specialist javnega zdravja

Nacionalni inštitut za javno zdravje

Ukvarja se s spremljanjem in preučevanjem duševnega zdravja prebivalstva ter razvojem pristopov za varovanje in krepitev duševnega zdravja ter preprečevanja duševnih motenj. Je aktiven član domačih in mednarodnih strokovnih združenj s področja javnega zdravja, kot asistent sodeluje tudi pri pedagoškem delu na Katedri za javno zdravje Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani.

Asist. dr. Nuša Zadravec Šedivy, univ. dipl. psih.

Univerza na Primorskem, Inštitut Andrej Marušič, Slovenski center za raziskovanje samomora

Ukvarja se z raziskovanjem in preprečevanjem samomorilnega vedenja. Osredotoča se na preučevanje duševnega zdravja in kvalitete življenja specifičnih ranljivih skupin ter oblikovanje in aplikacijo aktivnosti za preventivo samomorilnega vedenja v praksi. Ob raziskovalnem delu poučuje na študijskih programih Oddelka za psihologijo Fakultete za matematiko, naravoslovje in informacijske tehnologije Univerze na Primorskem.

Izr. prof. dr. Tomaž Zupanc, dr. med., specialist sodne medicine

Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta

Visokošolski učitelj na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani in predavatelj na Fakulteti za varnostne vede Univerze v Mariboru je predstojnik Inštituta za sodno medicino Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani. Področja njegovega raziskovalnega dela so povezana s preučevanjem prepletanja dejavnikov okolja in genetskih dejavnikov pri pojavu samomorilnosti ter forenzične antropologije in genetike.

Dr. Lea Žmuc Veranič, dr. med, specialistka psihiatrije

Psihiatrična bolnišnica Begunje

Je bolnišnična in ambulantna psihiatrinja, ki velik del svojega časa posveča obravnavi starejših z demenco in drugimi motnjami v duševnem zdravju. Kot zunanja sodelavka je predavateljica na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin, kjer predava gerontologijo in sodeluje pri izvajanju predmeta fizioterapija starejših in kronično bolnih.

Kazalo slik

Slika 1.1. Prikaz nomenklature samomorilnega vedenja s smrtnim izidom in brez smrtnega izida	24
Slika 1.2. Model razvoja samomorilnega vedenja preko interakcij med genetskimi in okoljskimi dejavniki tveganja	30
Slika 1.3. Komunikacija samomorilnega procesa z okolico	32
Slika 1.4. Pomen sodelovanja različnih javnosti pri preprečevanju samomora glede na različno ogroženost v populaciji	33
Slika 2.1. Naslovnica statističnega poročila o samomoru in samomorilnem poskusu v Sloveniji 1974	40
Slika 2.2. Republike nekdanje Jugoslavije s pripadajočim samomorilnim količnikom	41
Slika 3.1. Struktura ReNPDZ	56
Slika 4.1. Delež samomorov med vsemi smrtmi v posamezni državi v letu 2017	65
Slika 4.2. Starostno standardizirani samomorilni količnik v posamezni državi v letu 2017	66
Slika 4.3. Samomorilni količnik glede na posamezne starostne skupine v letu 2017	67
Slika 4.4. Starostno standardizirani samomorilni količnik za moške, ženske in skupaj	68
Slika 4.5. Gibanje samomorilnega količnika v Sloveniji v obdobju 1965–2020	70
Slika 4.6. Absolutne številke samomora za moške in ženske v Sloveniji v obdobju 2009–2020	70
Slika 4.7. Povprečni samomorilni količnik (skupaj, moški, ženske) v obdobju 2009–2020 v različnih starostnih skupinah	72
Slika 4.8. Osem najpogostejših metod samomora v Sloveniji v obdobju 2000–2018	72
Slika 4.9. Povprečni samomorilni količnik (skupaj, moški, ženske) v statističnih regijah v obdobju 2013–2020 glede na slovensko povprečje	73
Slika 5.1. Vzorec obrazca Zdravniško potrdilo o smrti in poročilo o vzroku smrti	80
Slika 6.1. Biopsihosocialni model razvoj samomorilnosti – prikaz sovplivanja distalnih, proksimalnih in razvojnih dejavnikov	100
Slika 6.2. Grafični prikaz Modela balona na vroč zrak	104
Slika 7.1. Sinteza serotonina in serotoninski sistem	115
Slika 8.1. Naraščanje števila objavljenih publikacij o epigenetiki v zadnjih 50 letih (1970–2020)	133
Slika 8.2. Vpliv metilacije DNA na izražanje (prepisovanje) gena	134
Slika 8.3. Zorenje mikro RNA	138
Slika 8.4. Delovanje posttranslacijskih sprememb histonov	142
Slika 9.1. Biološke poti, povezane s samomorilnostjo	151
Slika 9.2. Možganska področja, vpletena pri depresiji in samomorilnem vedenju	152
Slika 10.1. Razlaga samomorilnega vedenja v skladu s teorijo krika bolečine	169
Slika 10.2. Medosebna teorija samomorilnega vedenja	171
Slika 10.3. Integrirani motivacijsko-voljni model samomorilnega vedenja	174

Slika 10.4. Razlaga samomorilnega vedenja v skladu s teorijo treh korakov	177
Slika 13.1. Temeljne aktivnosti javnega zdravja, ki jih vključujejo JZ pristopi pri preprečevanju samomora	222
Slika 13.2. Različne ravni preventive na patogenetski premici	224
Slika 13.3. Različne stopnje samomorilnega procesa ter z njimi usklajene preventivne aktivnosti	227
Slika 13.4. Promocija zdravja na salutogenetski premici	228
Slika 13.5. Ukrepi in aktivnosti na področju duševnega zdravja	229
Slika 13.6. Premik sredine in s tem celotne populacijske krivulje duševnega zdravja iz območja večje v območje manjše ogroženosti	230
Slika 14.1. Primerjava Slovenije s povprečjem 30 evropskih držav	239
Slika 14.2. (a) Trendi samomorilnega količnika, (b) registrirane porabe čistega alkohola na prebivalca, starega 15 in več let in (c) drugi izbrani kazalniki pivskega vedenja med odraslimi in (d) mladostniki v Sloveniji	242
Slika 14.3. Premik populacijske krivulje s področja višjega tveganja za samomor, povezan z alkoholom, na področje nižjega tveganja po uvedbi učinkovitih ukrepov alkoholne politike	245
Slika 15.1. Primeri kvalitativnega raziskovanja samomorilnega vedenja	255
Slika 15.2. Primer poteka raziskovanja v poglobljenem intervjuju	259
Slika 16.1. Število objav s ključno besedo psihološka avtopsija v posameznem letu	269
Slika 17.1. Spletna postaja Živ? Živ!	291
Slika 18.1. Število vprašanj s samomorilno tematiko v spletni svetovalnici tosemjaz.net v obdobju 2012–2019	300
Slika 18.2. Regionalna razporeditev svetovalnic Posvet – Tu smo zate	307
Slika 18.3. Odstotek najpogostejših težav uporabnikov svetovalnic Posvet – Tu smo zate v letu 2019	308
Slika 18.4. Povezana mreža služb za duševno zdravje na regionalni ravni	312
Slika 23.1. Število samomorov v Sloveniji po starostnih skupinah za oba spola	377
Slika 23.2. Razvojno-transakcijski model samomorilnega vedenja mladih	383
Slika 24.1. Samomorilni količnik glede na starost in spol v obdobju 2015–2019	394
Slika 25.1. Negativna povratna zanka dejavnikov, ki vplivajo na samomorilno vedenje moških	412
Slika 25.2. Vizualni prikaz dinamike samomorilnega vedenja in časovne perspektive samomorilnega procesa	413
Slika 26.1. Konceptualni model odnosov med predisponirajočimi in precitpirajočimi dejavniki in njihov vpliv na povezavo med rabo alkohola in samomorilnim vedenjem	423
Slika 29.1. Sodelovanje policije in mrliškopregledne službe v postopku preiskave samomorov	476
Slika 32.1. Ravni in vsebine reintegracije po Modelu rastoče rože	520
Slika 32.2. Ravni in vsebine reintegracije v času po Modelu rastoče rože	521

Kazalo preglednic

Preglednica 1.1. Dimenzije za opredeljevanje samomorilnosti in s tem povezanih pojavnih oblik	25
Preglednica 1.2. Predlagana nomenklatura samomorain samomorilnega vedenja	26
Preglednica 4.1. Samomorilni količnik (skupaj, moški, ženske) in razmerje med moškimi/ženskimi samomori v Sloveniji med leti 2009 in 2019	71
Preglednica 5.1. Povzetek postopkov pri beleženju samomora in organov, ki v njih sodelujejo	84
Preglednica 6.1. Različne ravni dejavnikov tveganja za razvoj samomorilnosti	97
Preglednica 8.1. Pregled nekaterih raziskav metilacije DNA širom genoma in samomorilnega vedenja	136
Preglednica 8.2. Raziskave mikro RNA in samomorilno vedenje	141
Preglednica 12.1. Oblike raziskav v suicidologiji	208
Preglednica 13.1. Različne ravni preventive samomorilnega vedenja po modelu USI s posameznimi primeri	226
Preglednica 14.1. Izbrani ključni zakonodajni mejniki alkoholne politike v Sloveniji v zadnjih dvajsetih letih	238
Preglednica 17.1. Smernice poročanja o samomoru v tradicionalnih in spletnih prispevkih ter dodatne smernice poročanja o samomoru v spletnih prispevkih	288
Preglednica 18.1. Raven preventive, ki jo naslavlja izbrani primeri dobrih praks	298
Preglednica 18.2. Ključni rezultati in ugotovitve projekta Moč	315
Preglednica 18.3. Smernice za oblikovanje ukrepov na področju javnega duševnega zdravja	316
Preglednica 23.1. Kriteriji za samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena	376
Preglednica 23.2. Splošni dejavniki tveganja za samomor in dejavniki tveganja, značilni za mladostnike	378
Preglednica 23.3. Varovalni dejavniki	382
Preglednica 23.4. Kolumbijska lestvica za oceno samomorilne ideacije	386
Preglednica 24.1. Umrljivost zaradi samomora v starostni skupini nad 65 let v absolutnih številkah glede na starost in spol v obdobju 2015–2019	395
Preglednica 24.2. Splošni dejavniki tveganja za samomor in dejavniki tveganja, značilni za starejšo populacijo	396
Preglednica 26.1. V Mednarodni klasifikaciji bolezni (MKB-10) ločimo dve prepletajoči se klinični entiteti: škodljivo rabo alkohola in odvisnost od alkohola	420
Preglednica 27.1. Primeri možnih vprašanj samomorilno ogroženemu klicalcu	441
Preglednica 28.1. Aktivnosti nekaterih NVO na različnih ravneh preventive	454
Preglednica 30.1. Različne vrste samomorov in njihova opredelitev	483
Preglednica 30.2. Razdelitev enostavnih samomorov glede na letalnost in nasilnost načina	484
Preglednica 30.3. Vrste umorov - samomorov	489
Preglednica 31.1. Delež umrlih zaradi samomora glede na kraj samomora	508

Preglednica 31.2. Razdelitev umrlih zaradi načrtovanega kompleksnega samomora po spolu in kombinacijah načina samomora.	509
Preglednica 31.3. Razdelitev umrlih zaradi nenačrtovanega kompleksnega samomora po spolu in kombinacijah načina samomora	510
Preglednica 34.1. Povzetek nekaterih glavnih dosežkov suicidologije v preteklih 25 letih	551

Stvarno kazalo¹

A

- agresivnost
 - 30, 31, 97, 98, 101, 113, 125, 150, 210, 214, 274, 362, 378, 380, 382, 383, 406, 417, 423
- aktivne samomorilne misli
 - 173, 346, 385, 386
- alkohol
 - 30, 53, 54, 56, 233–236, 238, 240, 241, 244, 276, 417–419, 420, 422, 423, 427, 429, 484, 554
- alkoholna politika
 - 236
- altruistični samomor
 - 190
- ambulantna obravnava
 - 338, 339, 386
- anamneza
 - 99, 101, 274, 328, 348, 350, 378, 382, 396
- anksioznost
 - 150, 151, 153, 170, 301, 306, 328, 353, 363, 364, 383, 418, 445
- anomični samomor
 - 181, 190, 191
- antidepresivi
 - 120, 152, 160, 330, 347, 348, 349, 399, 428, 553
- antiepileptiki
 - 72
- antipsihotiki
 - 348
- antisuicidalni pakt
 - 332
- γ -aminomaslena kislina, GABA
 - 149

B

- biološki dejavniki
 - 97, 112, 151, 380
- biopsihosocialni model
 - 95, 99, 100
- bipolarna motnja
 - 158, 365, 418
- bližnji po samomoru
 - 275, 290, 425, 515, 518, 519, 521, 522, 523, 524
- bolnišnična obravnava
 - 329, 337, 339, 340, 361, 363
- bolnišnično zdravljenje
 - 329, 342, 365, 384, 386
- brezup
 - 98, 106, 165, 166, 168, 170, 176, 178, 227, 274, 301, 383, 409, 417, 423

C

- citokini
 - 158, 159

D

- dejavniki okolja
 - 59, 101, 122, 123
- dejavniki tveganja
 - 9, 30, 31, 91, 95, 96, 97, 98, 103, 166, 171, 172, 178, 209, 211, 215, 220, 221, 222, 229, 235, 253, 274, 283, 326, 327, 346, 347, 352, 353, 366, 369, 378, 382, 387, 393–397, 399, 406, 412, 414, 417, 421, 422, 423, 425, 429, 441, 483, 553
- delirij
 - 353, 399
- demenca
 - 54, 353, 399, 536, 539
- depresija
 - 54, 96, 98, 149, 158, 170, 298, 301, 315, 325, 327, 329, 348, 353, 378, 379, 393, 397, 398, 399, 400, 401, 407, 408, 418, 427–429, 440, 445, 489, 490, 494, 539, 556

¹ Za pomoč pri urejanju stvarnega kazala se zahvaljujemo Vidi Peternelj, mag. psih.

- depresivna motnja
98, 365, 399, 427, 486, 487, 490
- destigmatizacija
53, 56, 226, 316, 452, 550, 551
- dezinhibicija
102, 418
- distalni dejavniki
95, 96, 99, 347, 422
- dopaminski sistem
330, 399, 342
- duševna motnja
31, 97, 98, 168, 226, 347, 379, 397, 408, 409,
417, 440, 483, 485, 486, 489, 490, 494, 505,
552
- duševno zdravje
53–61, 64, 104, 106, 159, 160, 207, 211, 220,
224, 268, 274, 287, 289, 297–299, 301, 302,
304, 311–314, 316, 325–327, 387, 405, 408,
410, 452
- E**
- egoistični samomor
181, 190, 191
- ekološke raziskave
66, 205, 209
- endofenotip
113, 116
- enostavni samomor
483, 500
- epidemiološke raziskave
206, 208, 209, 215, 219, 366, 379, 399, 550,
551, 553
- epigenetika
131, 132
- etični vidiki
211, 263, 277
- evalvacija
53, 54, 222, 303, 311, 315–317, 445
- evalvacijske raziskave
207
- evtanazija
25, 487, 527, 529, 534, 535, 539, 543, 545
- F**
- fatalistični samomor
191
- fingirani samomor
483, 491
- fobije
308
- G**
- genetski dejavniki
101, 111, 168, 327, 350
- genom
112, 114, 115, 122
- gen za serotoninški prenašalec, SLC6A4
121
- glutamat
149, 151, 155, 156
- H**
- halucinacije 348, 353, 355, 369, 420
- 5-hidroksiindolocetna kislina, 5-HIAA 115
- I**
- identifikacija
54, 123–125, 150, 197, 221, 222, 229, 476,
505, 551
- impulzivnost
28, 31, 97–99, 101, 150, 151, 168, 174, 175,
178, 210, 211, 214, 227, 234, 241, 274, 364,
380, 382, 383, 409
- incidenca
488
- indicirana preventiva
225–227, 287, 298, 302, 315, 454
- informatore
271, 445
- integracija
151, 189, 191, 482, 494, 525
- intervencija
223, 283, 290, 291, 293, 305, 317, 325, 332,
356, 361, 456
- intervju
258, 259, 262, 263, 270, 273

- izguba
97, 99, 104, 106, 107, 174, 195, 198, 240, 273,
274, 350, 351, 353, 378, 383, 396, 398, 401,
410, 412, 413, 422, 461, 488, 506
- J**
- janzenizem
41
- javno zdravje
22, 79, 84, 206, 299, 377, 458
- javnozdravstveni
53, 54, 55, 219, 235, 297, 302, 349
- K**
- kandidatni geni
113, 115, 119, 134
- katehol-O-metiltransferaza, COMT
118
- klinična pot
329, 340
- kognitivne sposobnosti
99, 151, 347, 382
- kompleksni samomor
482, 483, 499, 500, 501, 502, 503, 505, 506,
508, 511
- komplificirani samomor
499, 504
- kortizol
102, 134, 153
- kritična suicidologija
42, 542, 549, 552, 554, 557
- krivda
104, 368, 518, 521, 542
- krizne intervencije
43, 361, 363, 364
- kronična bolečina
98, 327, 396
- kronična samomorilnost
365
- kvalitativno raziskovanje
251–253, 257, 260–263
- kvantitativno raziskovanje
10, 251, 253, 254, 256, 263, 264, 552
- L**
- LGBT+
349
- LGBTIQ+
405, 406, 409, 410, 414
- lipidi
141
- M**
- medicinska pomoč pri umiranju
549
- mediji
33, 49, 60, 220, 227, 236, 283–286, 288, 292,
293, 297, 316, 317, 325, 351, 370, 457, 486,
534
- medosebni odnosi
268, 368, 452
- metaanaliza
121, 122, 124, 127, 304
- metilacija DNA
131–134, 137, 138, 143
- metoda samomora
72, 89, 209
- monoamin oksidaza, MAO
119
- moralna statistika
182, 185
- motnje hranjenja
54, 299, 313, 339, 349, 378, 559
- motnje spanja
349, 400
- možganski nevrotrufni dejavnik, BDNF
119, 135, 151, 156, 277
- mrliški preglednik
80–85, 90, 466, 468, 471, 472, 477, 478
- N**
- napovedni dejavniki
348, 385
- nasilna smrt
81, 474
- negativni življenjski dogodki
31, 66, 227, 410, 421, 423

nekodirajoče RNA

138, 141

nevladne organizacije

8, 33, 45, 524

nevrobiologija

149, 424, 551

nevroplastičnost

149, 153, 427

nomenklatura

24–27

noradrenergični sistem

118

O

obdukcija

80, 82, 83, 90, 268, 466, 471, 474, 477, 481, 491, 507

obravnava

12, 43, 53, 55, 58–60, 86, 150, 175, 182–185, 190, 191, 197–199, 225, 227, 237, 239, 255, 274, 278, 292, 306, 311, 315, 323, 324, 327–329, 331, 333, 337–340, 342, 343, 345, 355, 356, 361–364, 366, 369, 370, 375, 384, 386, 387, 388, 401, 425, 452, 454, 459, 481, 482, 491–494, 500, 511, 550–552

obup

98, 365, 411, 446

odpornost

105, 166, 174, 175, 381, 382, 388

odvisnost od alkohola

365, 405, 408, 417–419, 420–422, 424–427

okoljski dejavniki

67, 100, 104, 149, 151

opozorilni znaki

103, 353, 383, 411

os hipotalamus – hipofiza – nadledvična

žleza, HPA

101, 134, 150, 151

osamljenost

58, 327, 349, 353, 368, 396, 401, 414, 440, 441, 485, 516

osebnostne lastnosti

97–99, 103, 105, 106, 168, 380, 433, 435, 439, 443

ozaveščanje

33, 59, 219, 224, 227, 239, 260, 288, 314–316, 331, 393, 401, 429, 449, 454, 457, 460

P

Papagenov učinek

286, 316

parasuicidalna gesta

346

pasivne samomorilne misli

166, 401

patogeneza

224, 231

poglobljen intervju

258, 263

pojavnost samomora

181, 183, 187–189, 192, 221, 230, 325, 399

poliaminski sistem

135, 151, 157

polimorfizmi posameznih nukleotidov, SNP

113, 114, 117, 118, 120, 122

pomoč pri samomoru

90, 487, 527–530, 533–540, 542, 543, 545, 549, 550, 556

poraba alkohola

233–235, 240, 241, 244, 419

poslovilno pismo

32, 209, 286, 385, 471, 482, 484, 488, 505–507

posnemanje

30, 174, 227, 285, 289, 350, 380, 483, 486

posttravmatska stresna motnja

346, 351, 363

postvencija

227, 346, 515, 522, 525

posvojitvene študije

205, 210

precipitirajoči dejavniki

417

predisponirajoči dejavniki

417, 422, 423

preiskovalni sodnik

81, 82, 84, 466, 468, 469, 476

- prenašalci živčnih impulzov
113, 155, 159
- preprečevanje samomorilnega vedenja
8, 12, 37, 48, 107, 207, 219, 220, 287, 289,
297, 298, 387, 414, 522
- presejalna orodja
328
- presejanje
59, 60, 213, 227, 302, 309, 326, 355, 385, 388,
401
- presuicidalni sindrom
364
- prevalenca
377, 378, 401, 407, 408, 418–420
- preventiva
50, 53, 56, 220, 224, 225, 227, 230, 287, 298,
302, 316, 318, 401, 427, 454, 522
- preventivni programi
6, 33, 226, 228–230, 237, 244, 262, 286, 301,
304, 373, 554
- primarna preventiva
224
- primarna zdravstvena raven
33
- proksimalni dejavniki
95, 96, 99, 151, 422
- promocija
53, 56, 228, 287, 316, 556
- promocija duševnega zdravja
53, 56, 228, 287, 316
- prospektivne raziskave
207, 208
- psihiater
39, 42, 330, 362, 441, 474, 556
- psihična bolečina
165, 167, 364
- psihoaktivne snovi
100, 226
- psihoedukacija
59, 309
- psiholog
213, 268, 313, 330, 332, 438
- psihološka avtopsija
41, 256, 267–269, 277, 494, 511, 551
- psihološki dejavniki
165, 166
- psihopatologija
99, 421, 554
- psihoterapevtska obravnava
361, 366, 369, 370, 401, 552
- ## R
- racionalni samomor
483, 486, 487
- ranljivost
96, 97, 99–101, 111, 167, 168, 173, 174, 212,
214, 277, 409, 417, 422
- raziskave širom genoma, GWAS
114, 123, 124
- raziskovalni načrt
208, 269
- razpoloženska motnja
382, 383
- razvojni dejavniki
95
- retrospektivne raziskave
207, 208, 279, 397
- ## S
- salutogeneza
228
- samomor
21–32, 38–44, 47, 50, 53–55, 60, 63, 64,
67–69, 71, 73, 74, 77, 79, 81–83, 85, 89–91,
95–107, 111–113, 118, 119, 121, 123, 124,
144, 150, 154–156, 159, 165–168, 170–173,
175–178, 181–185, 187–193, 195–200,
205–207, 209, 210, 213–215, 219, 220,
223, 226, 227, 229, 230, 233, 234, 240, 241,
245, 251, 253, 254, 256, 257, 258, 261, 262,
267–269, 274, 276–279, 285, 286, 299, 302,
303, 323, 325–330, 332, 338, 346, 347–355,
357, 362, 364, 365, 373, 377–381, 383, 386,
388, 395–397, 401, 405–409, 411–414, 417,
418, 420–430, 433, 434, 437, 441, 443, 445,
449, 452, 453, 456, 458, 459–461, 465, 467,
469, 471–476, 481–494, 499, 500–508, 511,
515, 518–520, 522–524, 525, 530, 549–555,
557

- samomorilna ideacija
165, 175–177, 260
- samomorilne misli
21, 23, 27–29, 31, 32, 64, 91, 105, 165, 169,
170, 172–176, 178, 209, 212, 257, 289, 324,
327, 329, 346, 349, 352, 354, 355, 361, 367,
377, 378, 380, 381, 385, 386, 400, 401, 421,
423, 427, 445, 524
- samomorilna ogroženost
342, 367, 369, 393, 400, 428
- samomorilni klobčič
483
- samomorilni količnik
37, 38, 42, 63, 65–74, 90, 98, 209, 226, 230,
233, 241–243, 246, 379, 380, 393, 394,
406–408, 434, 486
- samomorilni načrt
21, 27, 29, 31, 329, 367, 422
- samomorilni namen
21, 23, 25, 27, 29, 31, 69, 83, 168, 170, 376,
379, 385, 487, 499, 500
- samomorilni pakt
484, 485
- samomorilni poskus
9, 11, 23, 24, 26, 27, 29, 31, 32, 38–41, 50, 51,
69, 76, 78, 88, 89, 91, 97, 105, 107, 112, 121,
123, 144, 145, 165, 170, 171, 176, 183, 205,
208, 210, 226, 240, 253, 327, 329, 345, 346,
349, 356, 375, 379, 380, 385, 400, 408, 409,
413, 418, 421, 425, 427, 428, 456, 458, 460,
485, 503, 505
- samomorilni proces
28–34, 91, 107, 123, 193, 200, 362, 411–413
- samomorilno vedenje
24, 27, 28, 31, 44, 59, 63, 68, 73, 88, 95,
97–99, 101, 102, 104, 105, 107, 111–113, 121,
122, 131, 132, 134, 135, 138, 139, 141–144,
149, 150, 151, 154, 161, 166–168, 170–176,
178, 205–210, 212, 219, 230, 241, 244, 245,
251, 253, 254, 256–258, 260, 289, 290, 297,
302, 308, 323, 327, 328, 337–343, 345–351,
355–357, 364, 369, 373, 375, 378–382, 385,
386, 387, 393, 394–397, 399–402, 405–408,
410–412, 417, 418, 420, 421–426, 429, 435,
445, 453, 486, 518, 549, 553
- samomorilnost
21, 26, 31, 95, 96, 98, 99, 107, 114–119,
123–125, 133, 134, 149, 150, 155–159, 161,
166, 168, 169, 206, 214, 219, 220, 221, 223,
224, 226, 254, 299, 308, 323, 347, 349, 350,
361–366, 368, 369, 373, 375, 381, 384–386,
388, 406, 446, 550, 554, 559
- samopoškodovalno vedenje
21, 23–25, 26–28, 38, 123, 156, 173, 270,
346, 347, 362, 367, 373, 375–379, 456
- sekundarna zdravstvena raven
33
- selektivna preventiva
225, 287, 298, 454
- selektivni zaviralci ponovnega privzema
serotonina, SSRI
399
- serotonergični sistem
101
- serotonin, 5-HT
101, 102, 111, 114, 115, 116, 117, 119, 120,
136, 140, 149, 152, 155, 157, 160
- serotoninski prenašalec, 5-HTT
115, 121
- serotoninski receptor, HTR
113, 117, 118, 122, 138, 276
- shizofrenija
158, 365, 368, 418, 490, 494
- skupnostna obravnava
58, 332
- socialna opora
104, 105, 413, 422, 423, 425
- socialni dejavniki
406
- socialno-ekonomski dejavniki
31, 73, 74, 98, 106, 410
- socialno-kulturni kontekst
554, 557
- sodobna suicidologija
549, 550–552, 554, 557
- sovplivanje
95, 97–99, 101, 102, 131, 168, 172, 177, 382

- spolna identiteta
380
- spolna usmerjenost
349, 378, 380
- spoznavne sposobnosti
399
- spoznavni procesi
168
- stališča
39, 41, 96, 97, 123, 174, 175, 259, 275, 286,
288, 407, 411, 412, 414, 550, 556
- stigma
63, 241, 405, 410, 414, 417
- stranski učinki
330
- stres
99, 101, 104, 106, 131, 133, 134, 139, 140,
151, 153, 155, 157, 158, 160, 161, 168, 190,
262, 268, 298, 346, 347, 378, 384, 396, 407,
409, 428, 451
- suicidogena dispozicija
475
- suicidolog
267, 268, 418
- suicidologija
42, 167, 257, 549, 550, 551, 552, 553, 554,
557
- supervizija
326, 433, 438, 442, 443
- svetovalni pogovor
437, 454
- Š**
- škodljiva raba alkohola
362, 418
- študije dvojčkov
101, 205, 210
- T**
- telefonske krizne linije
37, 365, 433
- terciarna obravnava
337, 339, 340
- terciarna preventiva
224
- triptofan hidroksilaza, TPH
115, 116, 117, 120, 152
- tunelski vid
165, 167, 168, 178, 412
- U**
- ujetost
169, 170, 174, 175
- umrli zaradi samomora
9, 40, 90, 102, 137, 139, 183, 211, 221, 251,
255, 267, 270, 273, 276, 286, 325–327, 345,
379, 396, 397, 459, 488, 492, 502
- univerzalna preventiva
225, 226, 230, 287, 298, 315, 318, 454
- V**
- varovalni dejavniki
75, 91, 96, 97, 166, 221, 222, 229, 274, 366,
369, 381, 382, 410, 423, 425
- vratarji sistema
74, 219, 220, 302, 303
- vzrok smrti
64, 67, 77, 81, 83, 84, 89, 90, 408, 466, 473,
474, 481, 491, 505, 507, 508, 511, 518
- W**
- Wertherjev učinek
284–286, 316, 486
- Z**
- Zakon o duševnem zdravju
337, 340–343
- zloraba
98, 99, 103–105, 150, 213, 274, 276, 301,
327, 345–347, 351, 378, 379, 382, 383, 396,
397, 409, 490, 501
- Ž**
- žalovanje
197, 210, 212, 256, 257, 396, 515–518, 525
- želja po smrti
26, 29, 69, 299, 346, 386, 401, 499
- življenjski dogodki
30, 31, 66, 98, 99, 101, 104, 174, 227, 350,
381, 410, 421, 423

Avtorji različnih delovnih področij, strok in znanstvenih polj so v tem kompleksnem gradivu združili svoja znanja, delovne izkušnje, rezultate raziskav, posredno pa tudi svoje osebne poglede na samomor in odnos do njega.

Martina Tomori

S tako široko in bogato vsebino je monografija zanimiva in poučna za vse, ki se pri svojem kliničnem in/ali raziskovalnem delu srečujejo s samomorilnim vedenjem.

Anamarija Zavasnik

Avtorice in avtorji si mogoče sicer res prizadevajo dokazati, zakaj je prav prispevek njihove discipline ključen za razumevanje samomora, vendar se hkrati zavedajo, da nobena razlaga ne more zajeti vseh njegovih vidikov.

Metka Mencin



NACIONALNI PROGRAM DUŠEVNEGA ZDRAVJA



Nacionalni inštitut
za javno zdravje

Če ste v stiski, se o tem pogovorite z osebo, ki vam je blizu,
in kadar je to potrebno, poiščite strokovno pomoč.