

ALI LAHKO PREPREČUJEMO SAMOMOR IN KAKO?

CAN SUICIDE PREVENTED AND HOW

Onja Tekavčič-Grad

UDK/UDC 616.89-008.441.44-039.71

DESKRIPTORJI: *samomor-preprečevanje in nadzor*

DESCRIPTORS: *suicide-prevention and control*

Izvleček – Samomor in samomorilni poskus sta vrsti vedenja, ki ju želimo preprečiti. Predpogoj, da to lahko storimo, je pravočasno prepoznavanje samomorilnega človeka in obvladanje načina, kako to storimo.

Abstract – Suicide and attempted suicide are behavioral manifestations which have to be prevented. Necessary conditions for prevention are timely recognition of the suicidal person and the mastering of skills for doing it.

Uvod

Prvo vprašanje, ki si ga zastavimo v zvezi s samomorom in samomorilnim poskusom, je: Ali je samomor sploh mogoče preprečevati? In če je odgovor pritrdilen, se v naslednjem vprašanju vprašamo, kako vendar? Velikokrat slišimo trditev, da tistemu, ki se je za samomor povsem odločil, tega dejanja ne moremo preprečiti. Če bi ta tako trdoživi mit o samomoru držal, bi vsakršna prizadevanja svojcev, strokovnjakov in družbe za boj proti samomorilnemu vedenju izgubila svoj smisel. To seveda ne drži. Namenoma sta podčrtani besedi »povsem odločil«, saj predpostavljata, da je pri samomoru mogoče govoriti o dokončni nespremenljivosti odločitve. Na srečo vsi, ki se ukvarjamo s problemom samomorilnosti, vemo in vsak dan znova se nam potrjuje dejstvo, da se v vsakem samomoru skrivata tako *želja po smrti* kot tudi *želja po spremembi in pomoči*. Koliko je ene in koliko druge sta individualni spremenljivki, ki sta odvisni od osebnosti samomorilnega človeka, njegovih življenjskih okoliščin, sloga reševanja problemov, socialne opore okolice in še česa. Apel na pomoč je lahko jasen in prepoznaven, lahko pa prikrit, komaj opazen in neizgovorjen.

Kako prepoznamo apel samomorilnega človeka

Drugi mit o samomoru pravi, da tisti, ki o samomoru govori, tega prav gotovo ne bo storil. Tudi ta trditev ne drži, saj je pri ljudeh, ki samomor poskušajo storiti, možnost, da svoje življenje tudi sklenejo s samomorom, statistično pomembno višja. Kar 60 % ljudi, ki storijo samomor, je vsaj enkrat ali večkrat dejanje

poskušalo (Poldinger, 1990). Zato je pomembno, da jemljemo vsak samomorilni poskus resno in se nanj tudi primerno odzovemo.

Če se v ambulantni ali na oddelku pojavi nekdo, ki bodisi pove ali namiguje na svoje suicidalne misli in morda celo poskuse, mu prisluhnimo in ga vprašajmo, na kaj natančno je mislil. Pogosto se zgodi, da slišimo naslednje: »Brez mene bi bilo mojim boljše. Za nobeno rabo nisem. Najraje bi kar zaspal in se ne več zbudil. Velikokrat premišljam, da bi kam odšel in končal vse skupaj.« Ali pa grožnje: »Boste že videli potem. Še obžalovali boste, ko me več ne bo.« Eno težje prepoznavnih opozoril je tudi spremenjeno vedenje suicidalnega človeka: razdajanje najljubših osebnih predmetov, razmišljanje o dedovanju ali celo pisanje oporoke, pospravljanje imetja, urejanje osebnih predmetov in financ.

Pogosto so tako verbalni kot neverbalni znaki težko prepoznavni in nejasni, zato je pomembno, da razjasnimo, kaj se skriva v posamezniku, ki je v stiski.

Kako in kaj vprašamo

Eden izmed mitov, ki jih je ob samomoru mnogo, je tudi ta, da samomorilnega človeka ne smemo spraševati po mislih na samomor, ker ga bomo tako spomnili na to možnost in ga pravzaprav navedli na samomorilno dejanje. To nikakor ne drži!

Prvi korak v preprečevanju samomora je prav odkrit pogovor s samomorilnim posameznikom o vsem, kar ga teži. Namen takega pogovora je dvojen: na eni strani omogoči človeku v stiski, da sprostí svoja čustva in se razbremeni, ob tem pa morda tudi uvidi možnosti za izhod, ki jih prej sam ni opazil; po drugi strani pa tak pogovor omogoči svetovalcu, terapevtu ali prijatelju,

da oceni, kakšna je tako imenovana samomorilna ogroženost posameznika v stiski. Samomorilnemu človeku moramo omogočiti, da spontano spregovori o vsem, kar ga potiska v suicidalno krizo, zastaviti pa moramo tudi ključna vprašanja: Kako dolgo že premišlja o samomoru? Ali je razmišljal že tudi o načinu, kako bi ga storil? Ali si je morda že preskrbel sredstva za uresničitev načrta? Odgovori na vprašanja ne bodo le informacija svetovalcu, pač pa tudi katarzično delujejo na svetovalca. Zdravnik v ambulantni, patронаžna medicinska sestra ali pa kdo od bližnjih bodo tako ugotovili, kako hudo ogrožen je človek v stiski in lažje naredili načrt, kakšna naj bo nadaljnja pomoč, ki jo potrebuje njihov klient.

Naslednji korak v pomoči suicidalni osebi je vprašanje: Kaj se je zgodilo, da ste postali tako potrti in izgubili voljo do življenja? Tako vprašanje odpre možnosti človeku v stiski, da začne pripovedovati o sebi tudi stvari, ki jih običajno ne more zaupati drugim, tiste najbolj boleče in za katere ne ve rešitve. Poleg tega, da samomorilnega človeka vprašamo, kdaj, zakaj in kako je začel razmišljati o samomoru, je najpomembnejše, da ga zmoremo natančno in pozorno poslušati.

Kako poslušati

Zdi se, da je poslušanje enostavna naloga. Pa ni tako. Poslušati, slišati in razumeti je naporno in zahtevno. Mnogo lažje je dajati nasvete in razlagati. Mnogokrat je težko biti pozoren in razumevajoč poslušalec, posebno če se nam zdi, da morda stiska ni tako huda, kot jo vidi samomorilni človek, ali če je naš način reševanja težav povsem drugačen, ali pa takrat, kadar jasno vidimo, da način in slog življenja posameznika naravnost pehata v težave. Takrat pogosto zaidemo v past – namesto klienta začnemo reševati težave, mu dajati obilico napotkov ali pa ga celo zavrujemo, češ saj vaše težave niso tako hude.

Najpomembnejše pri pomoči samomorilnemu človeku v stiski je, da mu nudimo oporo, da ga sprejemamo z vsemi pomanjkljivostmi in težavami, ki jih ima, da mu nudimo varno in zaupno atmosfero, v kateri bo lahko sproščeno in brez zadržkov govoril o svojih težavah. Nujno je, da *sprejmemo njegovo subjektivno doživljanje težav*, ne glede na to, kakšna je morda objektivna situacija. Samomor je vedno subjektivni odgovor na okoliščine, ki pogosto z objektivno, realno oceno situacije nima veliko skupnega. Pomembno se je tudi zavedati, da je samomor vedno posledica *neznosne psihične bolečine*, ki jo samomorilni posameznik ne more več prenašati (Shneidman, 1993).

Narobe bi bilo, če bi zmanjševali ali celo razvrednotili težo bolnikovih težav ali mu skušali pomagati z moralnimi sodbami oziroma pripombami tipa: »Ne smete napraviti samomora, saj imate vendar otroke, na katere morate misliti.« V času hude stiske

in brezupa, ki ga oklepa, samomorilni človek ne more misliti na druge, saj je njegova zavest utesnjena med čeri nerešenih problemov in notranjih konfliktov. Takšna pripomba mu le naloži dodatno slabo vest in občutke krivde ter posledično še zmanjša že tako nizko samospoštovanje, ki ga običajno imajo samomorilni ljudje.

Ko ocenjujemo samomorilno ogroženost pri klientu, se moramo zavedati najpomembnejših dejavnikov tveganja, ki dodajo težo individualni situaciji, v kateri je posameznik.

Dejavniki tveganja za nevarnost samomora

Na prvih mestih med dejavniki, ki povečujejo tveganje za samomor, sta spol in starost. Moški v starejših letih je bolj izpostavljen nevarnosti, da stori samomor, mlajša ženska pa, da samomor poskuša in na ta način želi spremeniti svoje življenje, ki jo spravlja v stisko. Zelo nevarni dejavniki tveganja so tudi osamljenost oziroma izguba podpore socialne mreže, izguba nekoga (smrt, ločitev) ali nečesa (služba, status, prestiž, telesni organ itn.), duševna bolezen (depresivnost, psihoza), alkoholizem in akutna opitost, samomor bližnjega v družini ali prijatelja, predhodni poskusi samomora, izdelan načrt za samomor, neprijetni dogodek v bližnji preteklosti (Lester, 1989). Lahko bi še naštevati, vendar so gornji dejavniki bistveni in jih v oceni samomorilne ogroženosti moramo poznati. Vsak posameznik s samomorilnimi mislimi je seveda povsem enkratna celota zase in zato tudi vsi navedeni (statistični) dejavniki zanj vedno ne držijo, so nam pa v pomoč pri ocenjevanju suicidalne nevarnosti v tistem trenutku (kratkoročna samomorilna ogroženost, znotraj 24 ur) in v bližnji prihodnosti (v teku naslednjega leta).

Možnosti preprečevanja samomora

Običajno govorimo o preprečevanju samomora takrat, ko si celotna družba (na nacionalni ravni) ali le njen del (medicina, psihiatrija, psihologija) z določenimi ukrepi prizadevajo k pomembnemu zmanjšanju števila samomorov prebivalcev.

Prevenčijo ali preprečevanje samomora razdelimo na tri dele: terciarno, sekundarno in primarno.

Terciarna prevencija je tista nujna pomoč posamezniku po poskusu samomora, ki rešuje njegovo življenje in je običajno v pristojnosti (somatske) medicine. Nanjo se veže tudi psihološko – psihiatrična pomoč, ko strokovnjaki teh specialnosti bolnika po poskusu samomora vidijo, se z njim pogovorijo in ocenijo, ali je potrebno nadaljnje zdravljenje v eni od psihiatričnih ustanov – bodisi bolnišnično bodisi ambulantno. Tu pride suicidalni posameznik v stik z različnimi delavci v zdravstvu – zdravniki, medi-

cinskimi sestrami, strežnicami. Zelo pomembno je, kakšen odnos in osebno stališče ima vsak od njih do samomora in samomorilnega poskusa, koliko so na tem področju izobraženi in predvsem, ali so in kako so *senzibilizirani* za tovrstno plat svojega dela.

Sekundarna prevencija samomora se ukvarja predvsem s skupinami, ki so najbolj ogrožene in pri katerih je najbolj verjetno, da bodo svoje težave reševale na tako destruktiven način; gre za preprečevanje pri tistih posameznikih, ki so samomor že kdaj poskušali, da tega v prihodnje ne bi več počeli. V kliničnem smislu so rizične skupine ljudi: odvisniki (od alkohola ali drugih substanc), reaktivno in psihično depresivni, shizofreni in pa tisti, ki že imajo za seboj enega ali več poskusov samomora (Roy, 1985). Poleg teh, klinično diagnosticiranih rizičnih skupin, spadajo med ogrožene še: svojci ljudi, ki so storili samomor, starostniki, kronično bolni, mladostniki z osebnimi ali družinskimi problemi (razbita družina, alkoholizem), zaporniki oziroma ljudje v kazenskem postopku. Z njimi se pri nas ukvarjajo strokovnjaki znotraj organizacij, ki skrbijo za duševno zdravje, delno pa tudi splošni zdravniki in svetovalci na telefonskih kriznih linijah. Ob tem je zagotovo največja in najbolj odločilna vloga zdravnika splošne medicine, ki bolnika pozna dlje časa in zato lažje prepozna njegovo spremenjenost, depresivno ali disforično noto; pa tudi medicinska sestra, ki ga še pred vstopom k zdravniku lahko povpraša po počutju ter mu omogoči začetni, suportivni in razbremenjevalni razgovor.

Kadar zdravnik splošne medicine »odkrije« suidalnega bolnika, ga pošlje na zdravljenje v bolnišnico in ga po odpustu spet vodi, je važno, da mu kasneje tudi »sledi« (follow up), ga vabi na redne kontrole, da ve, kaj se v naslednjih obdobjih življenja dogaja z njim in mu v trenutku ponovne stiske pravočasno ponudi pomoč (Tekavčič-Grad, 1994). Le tovrstna skrb bo preprečila ponovitev dejanja.

Primarna prevencija pa so tista dolgoročna in dolgotrajna prizadevanja družbe, ki bi naj odpravila okoliščine, vzdušje in pritiske, v katerih nastajajo samomorilne težnje in dejanja (Milčinski, 1985). To je področje, ki prav gotovo ni več le domena medicine ali psihologije, pač pa bi se morala tu srečevati prizadevanja različnih strok: pedagogike, sociologije, filozofije, antropologije, zgodovine, etike, biokemije, teologije in še katerih. Njihov skupni cilj naj bi bila sprememba tistega bazičnega razpoloženja in naravnosti ljudi, ki naj bi posameznikov ne pripeljali do samomora, pač pa do bolj zdravega, konstruktivnega in zadovoljivega reševanja življenjskih težav. Tu moramo sodelovati vsi, ne le kot strokovnjaki, pač pa kot pripadniki naroda, zelo obremenjenega s samomorom, in predvsem kot posamezniki, ki smo bili ali bomo v določeni točki svojega življenja lahko tudi pred tako odločitvijo, bodisi sami bodisi naši najbližji.

Vseh samomorov nikdar ne bomo uspeli preprečiti. To dejanje vendarle ostaja odprta možnost za prenehanje neznosne psihične bolečine za vsakogar med nami. Tako v vlogi strokovnjaka kot v vlogi bližnjega pa si moramo prizadevati za to, da bi čim več ljudi okrog nas sledilo modri Freudovi misli: *Življenje ni kaj posebno velikega, je pa vse, kar imamo.*

Literatura

1. Poldinger W., Holsboer-Tracher E. Suicidal tendencies: detection and evaluation. *Crisis* 1990; 11/2: 11–21.
2. Milčinski L. Samomor in Slovenci. Cankarjeva založba, Ljubljana, 1985: 127–38.
3. Roy A. Suicide. V: Kaplan HI, Saddock B.J. eds. *Comprehensive Textbook for Psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1985: 1414–41.
4. Lester D. Questions and answers about suicide. (1989) The Charles Press, Philadelphia, 1989: 15–91.
5. Tekavčič-Grad O, ur. Pomoč človeku v stiski. Planprint, Ljubljana, 1994: 1–230.
6. Shneidman E. S.: Suicide as Psychache. (1993) *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1993; 181/3: 145–47.