

Suicid-edukacija kao prevencija

Rozman, Antonela

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:661573>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

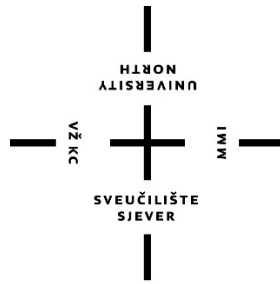
Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-02**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





Sveučilište Sjever

Završni rad br. 878/SS/2017

Suicid edukacija kao prevencija

Antonela Rozman, 4781/601

Varaždin, rujan 2017. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Antonela Rozman	MATIČNI BROJ	4781/601
DATUM	20.01.2017.	KOLEGIJ	Klinička medicina V
NASLOV RADA	Suicid-edukacija kao prevencija		

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Suicide-education as prevention		
-----------------------------	---------------------------------	--	--

MENTOR	Špiro Janović, dr.med.	ZVANJE	doc.dr.sc.
--------	------------------------	--------	------------

ČLANOVI POVJERENSTVA	1. doc.dr.sc. Hrvoje Hećimović, predsjednik		
	2. doc.dr.sc. Špiro Janović, mentor		
	3. Marijana Neuberg, mag.med.tech., član		
	4. Damir Poljak, mag.med.tech., zamjenski član		
	5. _____		

VŽKC

MMI

Zadatak završnog rada

BROJ	878/SS/2017
------	-------------

OPIS

U definiranju pojma suicid postoje određene poteškoće. Pitanje je da li je to samo počinjeno samoubojstvo ili se pod suicidalno ponašanje mogu uključiti i autodestruktivna ponašanja. U ovom radu će biti detaljno obrađena povijest, definicije, intervencije, prepoznavanje suicidalne osobe, etiologija, ključni problemi i motivi za počinjenje suicida. Spomenuti će se i načini suicida jer žene i muškarci biraju različita sredstva za počinjenje suicida. Prema istraživanjima žene su te koje više pokušavaju suicid, a muškarci ti koji ga počinju. Također će biti objašnjena uloga medicinske sestre prvostupnice u samom pristupu suicidalnoj osobi. Suicid bi trebao prestati biti tabu tema i trebalo bi prestati gledati na suicidante kao na psihički poremećene osobe i kukavice.

U radu je potrebno:

- definirati suicid i suicidalno ponašanje
- opisati kako prepoznati osobu sklonu suicidu
- objasniti ključne probleme i motive za počinjenje suicida
- objasniti ulogu medicinske sestre prvostupnice u pristupu suicidalnoj osobi

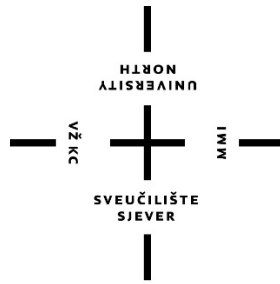
ZADATAK URUČEN

09.07.2017.



POTPIS MENTORA

Handwritten signature in blue ink.



Sveučilište Sjever

Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad br. 878/SS/2017

Suicid edukacija kao prevencija

Student

Antonela Rozman, 4781/601

Mentor

doc.dr.sc. Špiro Janović

Varaždin, rujan 2017. godine

Predgovor

Temu završnog rada izabrala sam zbog toga što je zbog današnjeg ubrzanog tempa života, stresa, pritisaka sa svih strana, manjka novaca i modernog života povećana stopa suicida. Tema se izbjegava i zatvaraju se oči pred tim problemom te se krivo sudi o suicidalnim osobama. Smatraju se kao osobe s psihičkim poremećajem iako nije uvijek tako. I sama sam izgubila jako blisku osobu te još dvoje poznanika koji su počinili suicid. Razmišljala sam o tome što ih je dovelo do ruba i razlog da počine takvo što, a da prvenstveno nisu potražili pomoć, savjet i razgovor. Ovim radom želim na neki način razumjeti i objasniti sebi i ljudima kako svojim prepoznavanjem simptoma i samim pogledom u dubinu njihovih očiju možemo spriječiti ljude u njihovoj namjeri da si oduzmu život. Potpora, edukacija i pravilan pristup stručnjaka također i samih nas može uvelike pridonijeti vraćanju smisla života i svjetliji pogled na budućnost potencijalnih samoubojica. Zahvaljujem svojim roditeljima i sestri koji su mi omogućili studij, pružili mi potporu i pomoć u učenju, dečku, prijateljima, profesorima i mentoru doc.dr.sc.Špiri Janoviću na strpljenju i stručnoj pomoći.

Sažetak

U definiranju pojma suicid postoje određene poteškoće. Pitanje je da li je to samo počinjeno samoubojstvo ili se pod suicidalno ponašanje mogu uključiti i autodestruktivna ponašanja. Definiranje pojma suicida išlo je od strogog preciziranja i razdvajanja sličnih pojmova do razmišljanja o tome da je definicija tog pojma gotovo nepotrebna. Mnogi poznati suicidolozi su imali različita mišljenja i definicije o suicidu te je meni najzanimljivije objašnjenje američkog suicidologa Edwina Shneidmana koji smatra da je samoubojstvo svjesno samouništavanje koje je suicidalnoj osobi u danom trenutku jedino moguće rješenje problema.

U ovom radu će biti detaljno obrađena povijest, definicije, intervencije, prepoznavanje suicidalne osobe, etiologija te ključni problemi i motivi za počinjenje suicida. Spomenuti će se i načini suicida jer žene i muškarci biraju različita sredstva za počinjenje suicida. Prema istraživanjima žene su te koje više pokušavaju suicid, a muškarci ti koji ga počinju. Također će biti objašnjena uloga medicinske sestre prvostupnice u samom pristupu suicidalnoj osobi, samom liječenju, skrbi i edukaciji kao prevenciji. Medicinska sestra ima ulogu u samoj potpori, poboljšanju kvalitete i samog stanja kod suicidalnih osoba koje su na odjelu, očuvanju dostojanstva i privatnosti te psihološkoj pomoći samoj obitelji i bliskim osobama suicidalne osobe.

Ključne riječi: suicid, autodestruktivno ponašanje, presuicidalni sindrom, terapijski faktori

Summary

In defining the concept of suicide there are certain difficulties. The question is whether is it just committed suicide or under suicide behavior may be included self-destructive behavior. Definition of suicide went from a strict refinement and separation from similar concepts to situation where thinking about the definition in the term is almost unnecessary. Many famous suicide investigators had different opinions about the definition of suicide and the most interesting for me was the explanation of the US suicidology researcher Edwin Shneidman who believes that to perform suicide is consciously being destroyed by the suicidal person at a given moment as the only possible solution to the problem.

This paper will cover in detail the history, definitions, etiology, intervention and identify the suicidal person, key issues and motives for committing suicide. Mention will also be ways of suicide as women and men choose different means to commit suicide. According to research, women are attempt suicide more, and unlike men commit it. The role of the nurse with a bachelor's degree will be explained in the approach suicidal person, the treatment, care and education as well as prevention. The nurse has a role in the support, improvement of the quality and the conditions in suicidal people in the ward, preserving the dignity and privacy of person and giving psychological help to the families and loved ones suicidal person.

Key words: suicide, self-destructive behavior, suicide syndrome, therapeutic factors

Popis korištenih kratica

KKS	kompletna krvna slika uključuje niz parametara koji daju važne informacije o zdravstvenom stanju pacijenta
PV	protrombinsko vrijeme najčešće korišten globalni koagulacijski test za otkrivanje poremećaja zgrušavanja
INR	International Normalized Ratio - uzima u obzir različitu osjetljivost reagensa različitih proizvođača i uspoređuje ih sa međunarodno standardiziranim uzorkom
MTD	medicinsko-tehnički postupci
SZO	svjetska zdravstvena organizacija
SUPRE	suicide prevention
PTSP	posttraumatski stres sindrom

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Povijesni aspekti suicida.....	3
2.1.	Antičko doba	3
2.2.	Srednji vijek	4
2.3.	Suvremeno doba i suicidi	8
3.	Teorijski pristupi proučavanju suicidalnosti.....	11
3.1.	Filozofija suicidalnosti	11
3.2.	Sociologija suicidalnosti	11
3.3.	Psihoanalitičko tumačenje suicidalnosti.....	13
3.4.	Kognitivno tumačenje suicidalnosti	14
3.5.	Antropološko-kulturološki pristup suicidalnosti.....	15
3.6.	Neurobiokemijski pristup suicidalnosti.....	15
4.	Psihoterapijsko razumijevanje suicida.....	17
5.	Psihijatrijski poremećaji i suicidalnost	18
5.1.	Poremećaji raspoloženja.....	18
5.2.	Psihotični poremećaji	18
5.3.	Poremećaji ličnosti	19
5.4.	Anksiozni poremećaji.....	20
5.5.	Poremećaji u prehrani.....	20
5.6.	Poremećaji ovisnosti o psihoaktivnim tvarima	20
5.7.	Stres, trauma i PTSP.....	21
6.	Stope suicida u Hrvatskoj	23
7.	Prevenција suicidalnog ponašanja	24
7.1.	Primarna prevencija.....	24
7.2.	Sekundarna prevencija	24
7.3.	Tercijarna prevencija.....	25
8.	Edukacija kao prevencija	26
8.1.	Univerzalna prevencija.....	26
8.2.	Selektivna prevencija	26

8.3. Postignuća u prevenciji suicida u posljednjih 25 godina i tendencija za sljedećih 25 godina	27
9. Tretman suicidalnih osoba	29
9.1. Grupne seanse	29
9.2. Individualna psihoterapija	29
9.3. Psihofarmakoterapija.....	30
10. Mitovi i zablude o suicidu.....	31
11. Hrvatska udruga za prevenciju suicida	33
12. Prikaz slučaja	34
12.1. Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju suicidalnih osoba.....	35
12.2. Sestrinske dijagnoze	35
13. Zaključak.....	42
14. Literatura.....	43
15. Popis slika	45

1. Uvod

Riječ "suicidum" latinskog je podrijetla (sui-sebe, occidere-ubiti) te se u hrvatskom jeziku prevodi kao samoubojstvo. Skovana je tek u 17.stoljeću. Težina definiranja samoubojstava nalazi se i u brojnim emocionalnim i moralnim kvalifikacijama samog čina, koje su, tradicionalno i humanistički negativne. Tako neke definicije uključuju aspekte „ispravnosti“ ili moralnosti samoubojstva, koji nisu neutralni. Seneka je u svojim djelima upotrebljavao sintagmu: homicidia in se. Suicid se prikazivao kao ubojstvo što je impliciralo violentnu smrt, ali ne nužno povezanu sa zločinom ili kriminalom. U pisanoj i govornoj formi postojalo je više od 300 eufemizama koji su označavali samoubojstvo. [1] Ringel je definirao suicid kao psihopatološka događanja i postupke kroz koje danima ili tjednima prolazi potencijalni samoubojica, što ide od pada vitalnih funkcija, tuge i depresije preko agresije usmjerene najčešće prema unutra do suicidalnih fantazija i psihičke anestezije. Uz indirektno samoozljeđivanje suicidolozi su stvorili termin namjernog i svjesnog samoozljeđivanje koje su prikazali na kontinumu od namjernog autodestrutivnog ponašanje čiji ishod nije fatalan do pokušaja samoubojstva. Osnovna razlika između tih suprotstavljenih ponašanja u postojanju, odnosno nepostojanju želje za smrću je da svjesno samoozljeđivanje osobi služi kao regulator negativnih emocija te je poželjna karakterna crta, a kod pokušaja suicida taj aspekt ličnosti izostaje zbog krajnje želje za smrću.

Prema Ringelu postoje 4 faze parasuicidalnog sindroma:

1. Insuficijencija i sužavanje
2. Agresija
3. Bijeg u nerealno
4. Psihička anestezija

U prvoj fazi strah, pad vitalnih funkcija i tuga su prevladavajuće emocije potencijalnog samoubojice koje ga onesposobljuju za svakodnevne životne aktivnosti. Afektivno depresivni ton ove faze čini suicidalnu osobu sve usamljenijim i izoliranijim. Jača se dojam da je sa svih strana opkoljen i stjeran u kut. Odnosi sa bliskim osobama su sve slabiji i iščezava sposobnost društvenog ophođenja. Prestaje vjerovati u svoju egzistenciju i još više jača izgubljeni osjećaj osobne vrijednosti. Važno je prepoznati tu fazu jer se može pomoći u prevenciji suicida. Svojim načinom komunikacije pokušavaju najaviti svoja stanja okolini.

U drugoj fazi agresija je usmjerena prema unutra zbog nedostatka međuljudskih odnosa. Ta vrsta autoagresije je snažna kod endogenih depresija u kojima već postoji težnja za

samokažnjavanjem i osjećajem krivnje. Nesposoban je kontrolirati svoju agresiju i zbog slabih obrambenih mehanizma oslobađa je putem autoagresivnih tendencija.

U trećoj fazi bijeg u nerealno donosi daljnje autoagresivne tendencije poput suicidalnih fantazija i dijele se na aktivne i pasivne. Suicidalne fantazije počinju bezazleno kao neki mehanizam rasterećenja te poslije postaju konkretnije. U ovoj fazi suicidant sve više razmišlja o načinima i tehnikama samoubojstva i sve više sebe zamišlja kao pokojnika.

U četvrtoj fazi psihičke anestezije dolazi do stanovite psihogene disocijacije osobnosti. Ličnost suicidanata se dijeli na dva suprotna i nepodudarna dijela od kojih jedan ide svakodnevnim nerealnim putem obavljajući životne zadaće, a drugi dio pripremom za neposredno počinjenje suicida. Samo mali dio suicidanata pokazuje presuicidalno ponašanje. [1]

Presuicidalno ponašanje su svi postupci koji vode u autodestrukciju te uključuju dugačku ljestvicu od nesvjesnog do svjesnog samoozljeđivanja. Nesvjesno samoozljeđivanje ugrožava osobu i skraćuje joj život. Okolina zamjećuje takvu vrstu ponašanja kao čudno i besmisleno te može dobiti oblik ovisničkog ponašanja. Apel-fenomen u suicidalnom ponašanju može imati pozitivno ili negativno lice te često ovisi o dobi, spolu, socijalnoj sredini i postojanju psihijatrijske dijagnoze. Postojanje ili nepostojanje želje za smrću iskristaliziralo se kao ključan čimbenik u razdvajanju konstruktivnog namjernog ozljeđivanja i pokušaja suicida. Prema spolu suicid je tri puta češći u muškaraca. Najniža stopa suicida je u osoba koje su u braku, samački život povećava rizik za dva puta, a kod rastavljenih i udovica je dva puta veći u odnosu na ostale osobe. Kada raste stopa nezaposlenosti raste i stopa suicida. Prema zanimanju su među prvima liječnici, farmakolozi, poljodjelci, veterinari, glazbenici i pravnici ti koji češće počine suicid od osoba drugih zanimanja. Suicid je češći u proljeće, mjesecu ožujku, travnju i svibnju te krajem tjedna. Pojavnost suicida dominira u starijoj životnoj dobi. Iznad 65 godina je tri puta više suicida, a zabrinjavajući podatak je porast suicida u dobi od 15 do 24 godine uz porast od 65%. [4]

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) kategorizirala je teoretičare samoubojstvenog ponašanja u „unitariste“, koji svaki pokušaj samoubojstva smatraju kao odraz želje za smrću, „binarce“ koji smatraju da postoje dvije grupe: oni koji žele umrijeti i oni koji ne žele umrijeti, te „pluraliste“, koji u svakom pokušaju vide više namjera, što je, u osnovi, slično „individualistima“, koji smatraju da svaki pokušaj samoubojstva predstavlja slučaj za sebe. [2]

U ovom radu biti obrađena povijest, definicije, etiologija, epidemiologija, ključni problemi i motivi za počinjenje suicida.

2. Povijesni aspekti suicida

Proučavanje suicida uvijek je bilo okruženo tišinom, predrasudama i klimom neugode. Pronađeni su podaci koji upućuju na konstantnost i redovitost stope samoubojstava u svim društvenim uređenjima kod pripadnika svih klasa obaju spolova. To temeljno ljudsko pitanje kroz povijest je dokumentiralo i otkrivalo vitalne vrijednosti svih društava, a nas angažira i izaziva nizom pitanja koja nas u suvremenom svijetu i dalje na stanovit način muče.

2.1. Antičko doba

Samoubojstva u starom Rimu i Grčkoj bila su uobičajena, ali su o tome izricana potpuno suprotna stajališta. Osim poznatih filozofskih razmatranja suicida svakako su zanimljiva i opća razmišljanja o tom fenomenu. U Ateni je napisan zakon o samoubojstvu: "Tko ne želi živjeti, svoje stajalište o tome treba iznijeti Senatu i nakon što dobije dopuštenje, može napustiti život. Ako vam je život mrzak, umrite! Ako vas je savladala sudbina, ispijte kukutu." [1]

Bez obzira na zakon u staroj Grčkoj suicid jest bio tabu, a postojala je i kazna za izvršeno samoubojstvo: gubitak/oduzimanje imena i identiteta. Samoubojice su bile pokapane izvan grada, posve izolirano, na jalovoj, nekultiviranoj zemlji i bez obilježja groba. Tijela su se spaljivala i nije bila dopuštena komemoracija. Suicid je u antici prikazivan mnogim drastičnim metodama egzekucija. Jedna od češćih metoda je bila vješanje. Taj način je birala većina populacije starom Rima i to siromašni slojevi, mahom robovi. Vješanje se smatralo barbarskom egzekucijom, a oni koji su se ubili su bili prokleti. Zlo tog čina utjelovljeno je i agresivnom promjenom izgleda samoubojice nakon vješanja. Bilo je očigledno da se vješanjem izobličava lice, dijelovi vrata, a posebice dušnik kojim se osiguravalo disanje. Budući da se samoubojica vješao tako da je morao stajati iznad "majke zemlje" koja je oduvijek simbolizirala izvor života, to je mnoge starorimske povjesničare podsjetilo da ovaj način umiranja izjednače sa raspinjanjem na križ. Tragičnost tog čina povezana je i s narodnim praznovjerjem da pogled na obješenog samoubojicu ima magijska, medicinska svojstva te da može izliječiti glavobolju [Murray, 2011]. Nijedan samoubojica u antičkom svijetu koji se imalo brinuo za svoj ugled i mišljenje što ga javnost ima za njega nikada nije posegnuo za užetom i vješanjem. Posebice ako se namjeravao ubiti za više dobro i tako svojom žrtvom demonstrirati svoj svjetonazor i životnu filozofiju. Antički liječnici su znali da bez hrane čovjek može poživjeti duže vrijeme, ali bez vode i hrane može izdržati samo sedam dana što se smatralo točkom s koje nema povratka. Gladovanje su uglavnom izabirale starije osobe posebice filozofi koji su smatrali svoj čin vrijednim truda, dokazujući svoju mudrost i ponos. Neki od njih nisu naglo prestali s uzimanjem

hrane nego postepeno zamjenjujući je samo medom i mlijekom čime se usporavalo propadanje organizma. Gladovanje su birale i žene, pogotovo one koje su voljele svoje pokojne muževe i koje su tim činom za njima tugovale ili su pak bile nesretno zaljubljene. Ovaj način pasivnog samoubojstva smatran je karakteristikom dostojanstvenih i odlučnih, a u javnosti je mahom izazivao divljenje i simpatije prema samoubojici. [2] U rimskoj vojsci se suicid vojnika smatrao kaznenim djelom osim u slučajevima kada se morao napraviti zbog vojničke i političke obveze i rizika od gubitka vojne časti. U tim je trenucima nazvan herojstvom. Ispijanje otrova, samospaljivanje, gutanje različitih predmeta i druge egzotičnije metode u antičkom svijetu se nisu često koristile. Najčešći otrovi poput opijuma, kokote ili palmina soka miješali su se sa bikovom krvlju, sokom gorkih badema ili bi se u otrov dodavala određena količina krvi svetih životinja. Trovanje kao način ubojstva nije imalo "ženski predznak" kao što je to postalo znatno kasnije, u suvremenom svijetu. U antičkim se spisima najčešće spominju samoubojstva zbog bankrota, zarobljavanja pa je muških samoubojica bilo više od ženskih. Spominje se i vrsta prisilnih samoubojstva koje se moralo učiniti po pismenom nalogu rimskog cara. Razlozi su bili posve trivijalne prirode te su često odavali tiransku carevu prirodu, no bez obzira na to više nije bilo uzmaka. Suicid se morao učiniti. Postavlja se pitanje da li se suicid počinjen zbog tuđe volje može smatrati volontarističkom smrću. Jedinu slobodu koju su imali je da izaberu sami oružje i sredstvo kojim će se ubiti i hoće li imati pomagače koji su najčešće bili bliski sa samoubojicom. [1]

2.2. Srednji vijek

Ulaskom u srednji vijek crkveni su oci na taj čin reagirali jako oštro. Zbog učestalijih samoubojstava koja su za mnoge vjernike značila odlazak iz "Doline suza" te zbog nedorečenosti biblijskih dogma vezanih za suicid formirala se ranokršćanska sekta tzv. donatista koji su se vjerujući u bolji zagrobni život masovno bacali u provalije. Suicid je proglašen bogohuljem jer se samoubojica drznuo preuzeti Božju funkciju oduzimanja života zbog čega je morao biti ekskomuniciran. Za samoubojice se smatralo da je u nju ušao vrag ili da je ispunjena vražjim bijesom. [1] Koncil iz 533. godine potvrdio je rimski zakon te se zabranilo posvećivanje osumnjičenih koji su se ubili prije suđenja. Također su se polako počele uvoditi i različite represivne mjere čiji je cilj bio odvraćanje od samoubojstva. Već potkraj 9. i u 10. stoljeću počinje represija prema osobama koje pokušavaju samoubojstvo. To je i vrijeme križarskih ratova u kojima je s jedne strane vladala klima krvavog nasilja i prezira prema ljudskom životu i dostojanstvu, a s druge strane vlast je pokazivala strogoću prema samoubojstvu. Takav kontrast i proturječnost razumljivi su upravo zbog društveno-povijesnog konteksta epohe. Srednjovjekovna

se psihologija kao dio teologije temeljila na proučavanju ne samo akta suicida nego i svih emocionalnih stanja koja su u tom činu prethodila. Tako se raspravljalo o emocionalnim antecedentima samoubojstva, što su skolastičkim rječnikom bila dva elementa "tristitia" (tuga) i "acedia" (duhovna tupost, ravnodušnost). Obje emocije odgovarale su stanju očajja, a akt samoubojstva prikazivan je kao njihova aktivna ekspresija. Isprva je to bila "poganska" koncepcija razumijevanja suicida, da bi se posije uz tu raspravu povezala moralna odgovornost i osuda. Iako su motivi za samoubojstvo bili više povezani uz sekularna pitanja, akt suicida ipak bio shvaćen kao čovjekova specifična slabost i njegov osobni neuspjeh zbog iznevjerenih religijskih uvjerenja.

I poslije tijekom srednjeg vijeka teolozi su i dalje podupirali prohibiciju suicida deontološkim argumentima o svetosti života te su suicid smatrali najstrašnijim grešnim činom. Izjednačavali su ga bez obzira na intenciju s najgorim mogućim zločinom personificirajući ga kao vraga, vampira ili demona. Prema njemačkom teologu i začetniku protestantske reformacije Martinu Lutheru samoubojstvo je bilo ubojstvo koje je počinio vrug. Smatrao je da ne treba kriviti svećenike koji katkada ipak pokapaju suicidante, jer su oni žrtve ubojstva koje je počinio sotona: "onoga tko se ubio zaposjeo je vrug, a to ga oslobađa odgovornosti". U svojim je spisima dodao i da takve slučajeve treba kažnjavati jer bi inače vrug mogao postati odvažniji. Ta tvrdnja o osobnoj ulozi vruga u samoubojstvima mogla se pronaći sve do 17. stoljeća u raznim dokumentima tog doba, u izjavama svjedoka kao i u zapisnicima iz istraga koje su provodili mrtvozornici. Vjerovanje u demonsko u suicidu posve je očigledno povezano s jednim od najnesavladivijih problema kršćanske tradicije - problemom zla. Zbog toga pokop samoubojica nije nikad mogao biti održan u crkvenom dvorištu, nego izvan njega. Tako je posebice u Engleskoj, Francuskoj i Njemačkoj bio običaj nalaženja posebnih mjesta na kojima su se ostavljala mrtva tijela samoubojica. Mjesto posljednjeg počivališta moralo je biti potpuno javno, a ne sakriveno od očiju slučajnih prolaznika. Naime, nakon što bi završio pokušaj identificiranja kojim se utvrđivao način na koji je osoba završila svoj život, najčešće se ostavljala na raskrižjima putova što je imalo stanovitu simboličnu, purgativnu funkciju.

Također, stanovnicima tog područja je na taj način osiguran mir jer se vjerovalo da će se kontinuiranim prometom na raskrižju gdje je pokopano suicidantovo tijelo onemogućiti buđenje njegova opasnog, vampirskog i nemirnog duha. Kao što su mnogi ljudi na raskrižjima, obalama rijeka ili općenito pokraj različitih granica ostavljali i vješali svoje važne predmete ili biljke koje su štitile od uroka ili bolesti, tako su se na tom magijskom mjestu ostavljala i tijela samoubojica. Prema norveškom zakonu iz tog vremena najprimjerenija granica pokapanja samoubojica bilo je "mjesto gdje se plima i oseka susreću sa zelenom travom", što je značilo da su se tijela veoma često bacala u močvarno tlo. Tijela su u raznim ritualima pokapanja bila osakaćena ili spaljena.

Arheološkim je iskapanjima pronađeno da se glava samoubojice nakon dekapitacije postavljala između njegovih nogu. Taj ritual se provodio zato da se opasnom samoubojičinom tijelu ne dopusti da i u smrti progoni žive. Samoubojica je tretiran kao vampir, a okrutnost kojoj se izlagalo njegovo tijelo bila je proporcionalna strahu od suicida i jačini praznovjerja. Budući da nije bilo pokopano na klasičan način, s vremenom bi se "sramotno tijelo" počelo raspadati i trunuti te je tako ostavljano na milost i nemilost životinjskog svijeta. [1]

Stavljanje kamenja na tijelo i/ili glavu samoubojice ili pokapanje ispod hrpe kamenja bila je još jedna ritualna uvreda koja se uz pomoć zakona povremeno dosuđivala kao kazna za počinjeni suicid. Posljednja zabilježena srednjovjekovna degradacija tijela samoubojice dogodila se nekoliko stoljeća nakon toga mračnog doba. Zapisano je da je godine 1823. u Engleskoj na raskrižju između Grosvenor Placea i King's Rooda u predjelu Chelsea u Londonu pokopan stanoviti gospodin Griffiths. Ni idućih pedesetak godina tijela samoubojica nisu ostavljana na miru i iako su ih sve rjeđe ostavljali na milost ili nemilost putova i raskrižja, sve više su davana medicinskim školama za vježbe seciranja. Ništa drugačije nije bilo ni u drugim zemljama poput Francuske, Italije i Njemačke. Tijela samoubojica su bacana u rijeke, na smetlište ili su spaljivana i ostavljena da vise naopako nakon što bi ih vukli konji. Katkada se samoubojičino tijelo nije smjelo nositi kroz vrata kuće nego se bacalo kroz prozor čiji bi se okvir poslije zapalio. Uz tijelo samoubojice na sličan se način tretirala i njegoa imovina, pokretna i nepokretna, i to zbog ekonomskih, ali i simboličkih razloga. Kao što je u kršćanstvu mnogo svetaca poštivano uz relikvije koje su nosili sa sobom, tako se na gotovo ikonoklasičan način uz blagoslov vlasti, uz tijelo razarala i imovina osobe koja je izvršila suicid. Kuća samoubojice bi se potpuno devastirala i ostavila otvorenom kako bi svatko u nju mogao ući ili bi se pak srušio samo jedan dio .

„ ...požurimo se junački umrijeti, smilujmo se na nas same i djecu i žene, dok nam je moguće da od nas samih uzmemo tu milost... Bog želi da budemo kažnjeni...“ [1]

Njegova zemlja bi se spalila, a urod na poljima bio bi posječen ili pak iščupan s korijenom. Članovi obitelji pritom su doživljavale poruge, osude i poniženja, a često su bili i izvlašteni. Osim ovoga bilo je moguće i konfiscirati imovinu samoubojice, što su radili kraljevi, plemići i crkvena vlast ili su pak aukcijom zadržali utržak od prodaje dobara. Zbog toga su obitelji pokušavale sakriti činjenicu o suicidu te bi nakon nekoliko dana nakon samoubojstva svojeg člana, njegovu smrt prikazivali kao prirodnu i nenasilnu.

Budući da se godine 1791. suicid prestao spominjati kao kriminalno djelo u pravnim spisima u Francuskoj politika konfiskacije suicidantove imovine prestala je nakon Francuske revolucije. U Engleskoj se zakon o samoubojstvu nije mijenjao do 1870. godine. Pokušaji ubojstva u srednjem

vijeku tretirali su se znatno blaže te bi se potencijalnom samoubojici sudilo. Ako bi se dokazala krivnja, sudačka praksa kažnjavanja bila je iznimno proizvoljna pa bi potencijalni samoubojice bile prognane, bičevane, oduzimala su im se određena prava ili status. Dok su osobe koje su pokušale suicid mogle proći s opomenom ili čak nekažnjeno, samoubojice su u srednjem vijeku imale tretman sličan onome koji su u društvu dobivale *personae non gratae* ili koja je kršćanska crkvena vlast smatrala poganinom, barbarinom, kradljivcem ili kriminalcem. I upravo tako su se ponašali prema tijelu, imovini samoubojice i mjestu na kojem se dogodila tragedija. I sama riječ suicid tretirala se kao izvor onečišćenja. Zato su se upotrebljavali eufemizmi ili je u pisanoj i govornoj komunikaciji taj izraz potpuno izostajao. [1]

Osim u zapadnoj kršćanskoj kulturi i srednjovjekovna islamska tradicija kažnjavala je suicid smatrajući ga napadom na Božju volju. Jedan od najautoritativnijih srednjovjekovnih kolekcionara islamske tradicije al-Bukhari zapisao je priču o Muhamedovim pokušajima samoubojstva. Uz pomoć tradicijskih predaja priča se uspela sačuvati do današnjih dana. Legenda kaže da je islamski prorok Muhamed u svojim zrelim godinama sve više bio razočaran izopačavanjem vjerskih običaja i udaljavanjem njegovih sugrađana od monoteizma. Zbog toga bi se osamljivao i provodio vrijeme na jednom brdu. I upravo ga je tad posjetio anđeo Gabrijel koji mu je prenio važnu Božju poruku: "Uči!" [4]

No nakon tog otkrivenja u Muhamedu se probudila sumnja i otpor te ga je obuzeo osjećaj nesigurnosti i tuge. Svaki puta kada je pokušao samoubojstvo pojavio se anđeo Gabrijel sa pravim riječima ohrabrenja. Pokušaj ubojstva se i u islamu smatrao sramotom. U spisima tog doba veoma se rijetko spominju suicidi te ako se uspoređuju obje religije, može se steći površan dojam da ga je u islamu bilo znatno manje. Židovska je vjera još eksplicitnije u svojim svetim knjigama zabranjivala suicid. Migracije Židova nakon kasnoantičkoga perioda nastavljene su i u srednjem vijeku. Time se stvorila velika prognanička dijaspora koja je na sebe gledala kao na napaćene Božje svjedoke među svim ostalim narodima, stoga je egzistencija grupe bila jednako važna kao i odgovornost za duhovnu i tjelesnu dobrobit u zajednici.

Ipak se u pojedinim povijesnim epohama na suicid u židovstvu gledalo kao na jedino moguće rješenje. Opsada utvrde Masada je bila očigledan primjer. Bilo je to 73. godine kada su se na svome krševitom tlu Židovi borili protiv Rimljana. Međutim više nisu mogli izdržati njihove napade pa je židovski vođa Eleazar od svojih vojnika zahtijevao da počine masovni suicid. U nadahnutom pledoajeu koji je održao svojim podanicima izjasnio se u korist suicida. Uvjerio je svoje vojnike da je samoubojstvo oslobođenje od njihove nesretne egzistencije, vrhunski znak slobode kojim se mogu pobijediti i najveća životna zla. Njegov je govor imao filozofsku notu te je bio daleko od židovskog mentaliteta. Tog se dana ubilo 960 Židova. [1]

Iako postoje razlike u tretiranju suicida, sve tri religijske tradicije na suicid su gledale kao na čin s dvostrukom karakterizacijom: samoubojstvo kao objekt Božje osude, ali i milosrđa. Istočne religije poput budizma, taoizma ili konfucijanizma znatno su pasivnije u osudi samoubojica i u svojoj filozofiji nemaju jasna pravila i moralna stajališta o tom činu. U srednjovjekovnoj se Indiji, kolijevci budizma, često spominjalo religijsko samoubojstvo koje nije bilo zabranjivano, nego čak poticano. U relevantnim sanaskrtskim tekstovima koji potiču još od najstarijih svetih staroindijskih knjiga, tzv. Veda, suicid se katkad zabranjuje, a katkad i preporučuje. Za razliku od budizma konfucijanizmom se pak podučavalo da je zaštita života "dobro", ali ne i "vrhovno dobro" kao što smrt označava "zlo", ali ne i "vrhovno zlo". Propagirale su se važne etičke norme suosjećanja i pravednosti kao najvišeg, vrhovnog dobra za koje je na pasivan i dostojanstven način dopušteno žrtvovati i vlastiti život. Ni u taoizmu na smrt se nije gledalo kao na negativan aspekt života nego kao na stanoviti prosvjetljenje i olakšanje od životnih patnja i stresova. Smrt po sebi nije kraj nego samo jedan događaj u nizu [1]

2.3. Suvremeno doba i suicidi

Tek se od konca 19. stoljeća suicidima počinje baviti sudska medicina, i to u okviru kaznenopravnih i kriminalističkih potreba, a psihijatrija svoj interes pokazuje početkom 20. stoljeća. Tada se zanimanje stručnjaka za suicid ograničavalo samo na otkrivanje i prevenciju psihotičnih samoubojstava, a o drugim aspektima suicida nije se govorilo.

Ocem suvremene suicidologije smatra se psihoanalitičar Erwin Stengel koji je razvio psihodinamičko učenje o samoubojstvima te je bio jedan od prvih koji se bavio i pokušajima samoubojstva. Stengelov je pristup skrenuo razmišljanja stručnjaka sa psihotičnih suicidanata i na sve ostale pa je fenomen samoubojstva u cjelini postao predmetom interesa psihijatrije, psihologije i srodnih struka. Također se otvorilo pitanje i pokušaja samoubojstva koja su se počela promatrati u funkciji poziva u pomoć. Zanimljivo je da je još dva stoljeća prije Stengela upravo o tome u svojoj monografiji "Samoubojstvo" 1929. godine pisao poznati jugoslavenski psihijatar Milovan Milovanović. Smatrao je da su pokušaji suicida i samoozljeđivanje poput alarma ili upućivanje poruke drugima da je suicidant u životnoj opasnosti. Od sredine 20. stoljeća interes za suicide naglo je porastao pa su mnogi stručnjaci suicidolozi prisvajali pojam suicida smatrajući da pripada samo psihijatriji. Danas se za suicidologiju može reći da je multidisciplinarna znanost u kojoj osim područja društvenih znanosti poput psihologije ili sociologije te područja biomedicine, posebice polja kliničkih medicinskih znanosti poput psihijatrije, sudske medicine, neuroznanosti, socijalne medicine, epidemiologije i javnog zdravstva ima mjesta i za prirodne i humanističke znanosti. [1]

Interdisciplinarnost u promatranju fenomena suicida iznimno je važna i za suvremeno razumijevanje suicidalnosti jer je to ponašanje uvijek multideterminirano i kompleksno. Menninger je iznio koncepciju tzv. vitalne ravnoteže kojom se osoba može nositi sa svakodnevnim stresnim situacijama. Poslije je izraelsko-američki sociolog Aaron Antonovsky u skladu sa Menningеровom koncepcijom vitalnog ekvilibrija u izučavanju stresa, zdravlja i psihološke dobrobiti razradio sociomedicinski model tzv. kumulativnog stresa.

Naime postoji li primjereni vitalni ekvilibrij između snaga i slabosti ega osobe, tada je moguće adaptirati se na različite negativne životne događaje i promjene. Pritom je važna misaona fleksibilnost kao i razvijeno apstraktno mišljenje uz pomoć kojeg će se osoba moći prilagoditi negativnomu životnom kontekstu i pronaći alternativne putove za rješenje svog problema. Te osobine smanjuju anksioznost i depresiju te štite osobu od suicidalnih promišljanja i pokušaja.

Suicidolog Shneidman cijeli je profesionalni vijek proučavao fenomen suicida te je smatrao da se suicid događa u trenucima nemogućnosti nošenja s promjenama, posebice kada je uz rigidnost mišljenja psihička bol toliko velika da joj se osoba ne može oduprijeti. Uz koncepcije nepodnošljive psihičke boli i patnje koju je nazvao psychache, Shneidman je razmatrao procjenu suicidalnog rizika uz još dva psihološka čimbenika: stres i nemir. Shneidmanov eksplanatorni model upotpunili su američki klinički psiholozi David Jobes i John Drozd koji su uz bol, stres i nemir kao čimbenike procjene suicidalnosti uveli beznađe i mržnju prema sebi. U svom eklektičnom modelu, koji se oslanja na bihevioralno, kognitivni, dinamički, egzistencijalni i interpersonalni pristup, naglasili su koliko je važan susret terapeuta i klijenta. Smatrali su da je za veću sigurnost i povjerenje u tom odnosu iznimno važno jačati terapijski savez sa suicidantom. [1]

Još jedan model u nastanku i procjeni suicidalnosti odnosi ne na postojanje tzv. stresne dijateze. Prema tom modelu američkog autora Johna Manna i suradnika važno je prepoznati faktore stresa i predispoziciju za stres te procijeniti njihove interakcije, što može dati jasniji uvid u suicidalno ponašanje. Komponente stresora koje mogu utjecati na suicidalnost jesu: akutni obiteljski i psihosocijalni stresori i postojanje akutne faze psihijatrijskog ili teškog somatskog poremećaja.

Koncepcija dijateze uključuje tri komponente:

1. Genske, biološke čimbenike te rana životna iskustva
2. Izraženu impulzivnost, perfekcionizam, rigidnost mišljenja, beznađe
3. Dulje razdoblje trajanja i/ili težina nekog medicinskog poremećaja

Kod osoba s izrazito prisutnom vulnerabilnosti može doći do suicidalnog ponašanja. Istraživanje Johna Manna sa suradnicima potvrdilo je da rana traumatska iskustva, transgeneracijska povijest obiteljskih samoubojstava, impulzivnost kao obilježje ličnosti i agresivno ponašanje tijekom života izravno oštećuju funkciju serotonina u odrasloj dobi te

predisponiraju osobu za suicidalno ponašanje. Kognitivna suicidološka istraživanja američkog dvojca Christophera Beeversa i Ivana Millera upozorila su i da izraženija rigidnost mišljenja kao i viši perfekcionizam te osjećaj beznada mogu biti čimbenika rizika od suicidalnog ponašanja depresivnih osoba. [2]

Danas ima sve više radova, posebice kognitivno-bihevioralne provenijencije, kojima se ističe suicidalnost kao dinamičan proces i u kojem se kao čimbenici rizika navode perfekcionizam, pretjerana samokritičnost, rigidna samodisciplina, impulzivnost i beznade. Konceptija impulzivnosti koja se može definirati kao nemogućnost opiranja podržavaju bez uzimanja u obzir posljedice takvog ponašanja, dio je šireg psihobiološkog konstrukta izbjegavanja opasnosti. Budući da su rezultati brojnih istraživanja pokazali da je polovica suicida izvršena u stanju agitacije i abreagiranja, može se reći da je impulzivnost prepoznata kao glavna dimenzija suicidalnosti, bez obzira na postojanje psihijatrijske dijagnoze. [4] Uz crte ličnosti nađeni su i drugi čimbenici rizika suicidalnosti poput: zlostavljanja, ranog traumatskog iskustva, stresa te obiteljske povijesti suicidalnosti. Suvremena su istraživanja suicidalnosti pokušala otkriti postoje li i biološki pokazatelji suicidalnosti pa se istraživanjima dokazalo da osobe s obiteljskom anamnezom suicidalnosti imaju višu razinu impulzivnosti i agresivnosti od osoba sa negativnom heteroanamnezom o suicidu. Također, osobe s poremećajima raspoloženja koje su pokušale suicid imale su rođaka sa sličnom suicidalnom simptomatologijom. Unatoč tome što je hereditet suicidalnosti ustanovljen, još nije dovoljno poznat način njegova prenošenja, kao ni svi geni koji su odgovorni za suicidalnost.

Današnja proučavanja ove prijeporne tematike putem niza znanstvenih istraživanja iznjedrila su različite korisne suvremene konceptualne okvire, mahom eklektične kojima se pokušava pronaći relativni konsenzus stručnjaka oko terminologije, klasifikacije i posebice oko procjene i predikcije suicidalnog ponašanja. Jedan od takvih modela nastanka i procjene suicidalnosti je Mannov model kojim se naglašava da se rizik od suicidalnog ponašanja ne nalazi samo u stresoru nego i u dijatezi (sklonosti). [6]

3. Teorijski pristupi proučavanju suicidalnosti

Dijele se na:

1. Filozofiju suicidalnosti
2. Sociologiju suicidalnosti
3. Psihoanalitičko tumačenje suicidalnosti
4. Kognitivno tumačenje suicidalnosti
5. Antropološko-kulturološki pristup suicidalnosti
6. Neurobiokemijski pristup

3.1. Filozofija suicidalnosti

Filozofija je u središte svojih rasprava uvijek stavljala pojam smrti, straha od smrti te pitanja o suicidu. Opisima je pridonijela stvaranju fenomenološkog i psihološkog pristupa, kao i potpunijem razumijevanju tih važnih koncepcija. Nije dala odgovore, a li je otvorila mnoga pitanja vezanih uz fenomen suicida. Dok su mnogi antički filozofi debatirali o tome treba li osuditi čin suicida ili ne, stoici su se udružili s epikurejcima te su zajedno nevoljko prihvaćali Platonova stajališta o nedopustivosti tog čina. U periodu novovjekovne filozofije koja počinje s renesansom dolazi do stanovitog preokreta u shvaćanju suicida. To je vrijeme kada se oživljava antička filozofija, kada se polako ruše teološke dogme i otvaraju prva sveučilišta. U tom duhu filozofi se ponovno vraćaju ambivalentnom odnosu prema samoubojstvu. Sve više ga prihvaćaju kao izraz slobodne volje čovjeka, kao izraz njegova dostojanstva, a ne kao akt depresivnog čovjeka. U svjetlu misli o slobodi na čovjeka se gleda kao na osobu koja može raspolagati samim sobom i koja više nije određena nužnošću. U tom smislu samoubojstvo se nameće kao uobičajena alternativa čovjekovoj egzistenciji.

Zanimljiva mi je misao francuskog filozofa Michela de Montaigne :

“Nije krađa ako netko sam sebi uzme novac”. (Michel de Montaigne) [1]

Zato smatram da se na čovjeka koji si je oduzeo život ne treba gledati kao poremećenu osobu.

3.2. Sociologija suicidalnosti

Sociolozi su se oduvijek zanimali za problem suicida pa je samo do 1945. godine objavljeno oko četiri tisuće socioloških studija o samoubojstvu. Na suicid su gledali uglavnom kao na devijantan i patološki proizvod društva te kao izraz pojedinca i društva. Složenost društvenih odnosa, velika podjela rada, demografska mobilnost i rast gradova uzrokovali su stanovite socijalne bolesti poput promjene oblika obitelji iz “proširene” u “nukleusnu”, smanjivanje podjela

uloga u braku i slično. Tadašnji su znanstvenici smatrali da taj nagli rast razara dotadašnje tradicionalne vrijednosti. Tako je francuski liječnik Jean-Etienne Esquirol smatrao je da je ludilo bolest moderne civilizacije, a da je suicid mentalna alijenancija. Smatrao je da je moderni čovjek prepušten svojim slabostima te da zbog toga lako može postati ravnodušan i počiniti suicid. Prateći prve statističke pokazatelje koji su se počeli prikupljati, znanstvenici su shvaćali da je autodestruktivno ponašanje čovjeka doista posljedica sve snažnije urbanizacije, a da jedan od najvažnijih zaštitnih faktora može biti restauracija tradicionalnih vrijednosti, posebice patrijarhalne obitelji. Ta razmišljanja pogodovala su Crkvi koja je s propovjedaonica slala poruku da je građanski stil života postao ubojicom tradicije, metaforom za ispraznost, melankolija, slabljenje vjere, razuzdanost i na koncu suicid.

Oba pristupa, i religijski i sekularni, stopila su se u jasno izraženu medicinsko-moralnu retoriku o suicidu kao mutaciji novih društvenih trendova. Zdravlje pojedinca, prema liječnicima toga doba, ovisilo je o klimi, atmosferi u kojoj živi, vrsti profesije kojom se bavi te općenito o stilu života koji vodi unutar širega kulturno-ekonomskog konteksta. Bolest, pa tako i suicid događali su se zbog neravnoteže ovih elemenata te se shvaćao kao nespecifični medicinski poremećaj. Uz to, vodilo se računa i o moralnom aspektu stila življenja te su se apostrofirali poslušnost i prihvaćanje represije i autoriteta. Suicid je smatran društvenom činjenicom koja u sebi nosi pečat standardnog uzorka društva te se može objasniti drugim društvenim činjenicama.

Socijalni problemi, organizacija društva, integracija u društvo, utjecaj na pojedinca njegov socijalni i osobni status, teoretski su objedinjeni u radu francuskog sociologa E. Durkheima (Durkheim E., *Le Suicide*, 1897), a u dvadesetom stoljeću nadopunjeni psihodinamskim hipotezama. Durkheim je predložio integrativnu teoriju o samoubojstvu u kojoj je povezo stopu samoubojstava s utjecajem socijalnih čimbenika poput obitelji, društva, religije i ostalog.

Istražujući statistike o samoubojstvima u Francuskoj Durkheim je ustanovio da neke grupe s većom vjerojatnosti počine suicid: muškarci više nego žene, protestanti više nego katolici, bogati od siromašnih, a neoženjeni više od oženjenih. Uočio je i da su stope samoubojstva niže u doba rata nego u doba neizvjesnih ekonomskih promjena. Rezultati do kojih je došao Durkheim su naveli na zaključak da postoje socijalne sile izvan pojedinaca koje utječu na stopu samoubojstva. Smatrao je da je stopa suicida obrnuto proporcionalna stopi integriranosti čovjeka u različite društvene grupe kojima pripada. Uviđao je da zbog nagle ekspanzije dolazi do pretjerane specijaliziranosti u podjeli rada. Ta je činjenica bila jasna opasnost za društvenu solidarnost. Smatrao je da tada dolazi do slabljenja društvene kontrole, do tzv. anomije, tj. odsutnosti snažnijih moralnih normi u modernom društvu. Tada se javljaju frustracije, rezigniranost i opće nezadovoljstvo, a takva izgubljena socijalna homeostaza može rezultirati negativnim društvenim trendom-samoubojstvom. [1]

Durkheim je objasnio četiri vrste samoubojstva:

1. Egoističko koje se događa kao rezultat gubitka socijalnog interesa. Takva samoubojstva se događaju kad su pojedinci na stanovitoj distanci s grupom, kad su odvojeni od društva, bez socijalne potpore, izolirani i lišeni osjećaja prihvaćanja društvenih normi grupe.

2. Altruističko je samoubojstvo posljedica suicidantove prejake društvene integracije, što može ići do potpunog poistovjećivanja s društvenom zajednicom kojoj pripada. Suicidanti činom samoubojstva daju svoj život kao doprinos postizanju ciljeva grupe, a imaju i razvijen osjećaj za drugoga. Takva samoubojstva smatraju se herojskim i časnim činom te su karakteristična za primitivna društva i neke kulture današnjeg doba: primjerice za suicide žena poslije smrti muža (u Tibetu, Indiji), za suicide starih osoba koje se osjećaju beskorisnima (Eskimi) ili za sepuku suicide u japanskoj kulturi.

3. Anomičko samoubojstvo je proizvod anomije društva, tj. poremećene regulatorne funkcije društva u odnosu prema pojedincu. To znači da se dotadašnje norme i vrijednosti društva gube, a članovi tog društva više nemaju nikakvih smjernica i pravila prema kojima bi se u slučaju krize mogli ravhati. Takvi suicidi su najčešći u uvjetima naglih društvenih i ekonomskih promjena poput menadžerskih suicida u vrijeme ekonomskih kriza, suicida supružnika nakon rastave ili gubitka voljene osobe.

4. Fatalističko samoubojstvo je karakteristično kada društvo pretjerano vlada pojedincem, pritišće i muči svojim despotskim pravilima zbog čega ne može anticipirati svoju budućnost. Na koncu, čovjeku ne preostaje ništa drugo nego pokoravanje pravilima kojima ne smije proturječiti ili bijeg od sudbine i društvene represije-suicidom. Takvi oblici samoubojstava su česti među zatvorenicima u kaznenim ustanovama.

Razni autori raspravama su svakako otvorili pitanje psihološko-ekonomskog tumačenja pojave suicida, što je i danas u uvjetima posttranzicijskoga društva i ekonomske recesije 21. stoljeća veoma aktualna tema u Hrvatskoj, regiji i širim okvirima. Kao što se nekad suicid promatrao kao proces industrijalizacije, tako se danas može povezati s pauperizacijom i nestankom srednjeg sloja društva, naftnom krizom ili pak s kompleksnim odnosom što ga čovjek ima prema masovnim medijima. [4]

3.3. Psihoanalitičko tumačenje suicidalnosti

Psihoanalitičko tumačenje suicidalnosti ponajprije je raslo i razvijalo se s teorijom ličnosti osnivača psihoanalize Sigmunda Freuda. Razumijevanju suicida s analitičkoga stajališta uz Freuda pridonijeli su i mnogi drugi klasični psihoanalitičari i neoanalitičari. Tezu o tome da se nitko ne ubija sam tko prije toga nije fantazirao da ubije nekog drugog s kojim ima emotivan

odnos često se navodila kao analitička formula suicidalnog ponašanja. Temeljem svojih istraživanja melankolije Freud se nije mogao osloniti samo na teoriju libida. Smatrao je da postoje drugi, neotkriveni mehanizmi u čovjekovoj ličnosti kojima bi se moglo objasniti autoagresivno ponašanje. Tako je nagon za samouništenjem objasnio kao napad na izgublenu, napuštenu ili odbačenu voljenu osobu s kojom se melankolik poistovjećuje te prema njoj osjeća ambivalenciju. Ovim je razmišljanjem Freud dao još veće značenje interpersonalnoj ja-ti dimenziji, o istodobnom postojanju ambivalentnih osjećaja ljubavi i mržnje koje čovjek ima prema bliskim i emocionalno investiranim osobama. Psihodinamske teorije o samoubojstvu iznosili su i Freudovi kolege i učenici. [1]

Alfred Adler (1870 –1937), u skladu sa svojim teorijama da se psihopatologija javlja iz potrebe da se nadmaši osobna inferiornost, smatrao je da je samoubojstvo odraz želje da se povrijede drugi putem povređivanja sebe. [2]

Carl Gustav Jung (1875 – 1961) smatrao je samodestruktivni čin pokušajem ponovnog rođenja i načinom bijega od nepodnošljive sadašnjosti. Takav nejasan ontološki i metafizički iskaz, Jung nije do konca razjasnio. [2]

Freudova je razmišljanja dopunio američki psihoanalitičar Gregory Zilboorg koji je smatrao da je u svakom suicidu sadržana snažna, nesvjesna odbojnost prema drugim ljudima što se očituje nedostatkom sposobnosti davanja ljubavi. Naveo je da je strah od smrti prirodan svakom čovjeku te da djeluje kao nagon samoodržavanja kojim osoba savladava različite životne opasnosti i rušilačke snage u organizmu. Neoanalitičari su smatrali da suicid nije ovisan o psihodinamici depresije pa se u psihoterapijama analitičke orijentacije otkrilo da se doživljaj smrti pojavljivao u različitim dimenzijama: ponovnom rođenju, povratku u djetinjstvo, osvetničkom napuštanju i sjedinjenju s voljenom osobom. [1]

3.4. Kognitivno tumačenje suicidalnosti

Američki suicidolog Edwin Shneidman isticao je da je svaki suicid idiosinkratički događaj te da se ne može opisati nijednom univerzalnom formulom. Svoj psihološki, kognitivni pristup samoubojstvu prikazao je putem tzv. deset zapovijedi samoubojstva:

1. Uobičajena svrha samoubojstva je traganje za rješenjem.
2. Uobičajeni cilj samoubojstva je prestanak postojanja svijesti.
3. Uobičajeni podražaj za samoubojstvo je nepodnošljiva psihička bol.
4. Uobičajen stresor u samoubojstvu je frustrirajuća psihološka potpora.
5. Uobičajena emocija u samoubojstvu je beznade.
6. Uobičajeno kognitivno stanje u samoubojstvu je ambivalencija.

7. Uobičajeno opažajno stanje u samoubojstvu je konstrikcija (sužavanje).
8. Uobičajena akcija u samoubojstvu je odlazak.
9. Uobičajeni interpersonalni čin u samoubojstvu je priopćenje namjere.
10. Uobičajena konzistentnost u samoubojstvu postoji s obrascima sučeljavanja sa stresom.

Prema tome gledištu samoubojstvo je svjesni pokušaj rješavanja problema koji uzrokuje golemu patnju pri čemu suicidant gubi nadu, likvidira vlastiti osjećaj svjesnosti i osjećaj za konstruktivno djelovanje, suženih je raspona mogućnosti izbora i neadekvatnih strategija suočavanja sa stresom te rabi iste obrasce razmišljanja i ponašanja kao u dotadašnjem životu.

Shneidman je objašnjavajući suicidalno ponašanje davao veliko značenje kognitivnom sužavanju te je letalni suicidalni akt upravo tako i opisivao: kod suicidanta dolazi do povećanja neprijateljstva i surovosti prema sebi, jasnog i nagloj sužavanja fokusa kognicije, javljanja ideje o prekidu života te prekida ili izolacije od okoline.

Dokazana je činjenica da većina kronično suicidalnih osoba ima mentalni poremećaj ili pak smetnje u funkcioniranju poput nezaposlenih, kriminalaca te ovisnika o psihoaktivnim tvarima. [4]

3.5. Antropološko-kulturološki pristup suicidalnosti

Proučavanje suicida sa antropološke strane povezuju se s društvenom sredinom, civilizacijskim sustavom, kulturnim vrijednostima, navikama i običajima, oblikom društvenom uređenja i vladajućim ideologijama u njima, načinom življenja te religijom. Osnovno pitanje bilo je kako podnijeti kraj života, znanstvenici su smatrali da je upravo takav odnos prema smrti za pračovjeka na stanovit način značio početak pobune protiv nje.

Freudova je teorija ljudske prirode "subverzivna i veoma pesimistična antropologija" u kojoj je s iznimnom oštroumnosti uzdrmao dotadašnju uljepšanu, prosvjetiteljsku i racionalističku antropološku teoriju o čovjeku. [1]

3.6. Neurobiokemijski pristup suicidalnosti

Prva biokemijska i neurofiziološka istraživanja suicida počela su 60.ih godina 20.stoljeća. Usmjeravala su se na disfunkcije središnjeg serotoninergičnog sustava. U žrtava suicida je pronađena niža razina serotonina i njegovih metabolita u cerebrospinalnom likvoru. Serotonin se smatra uzročnikom impulzivnosti suicidalnog ponašanja, a katkad se navodi da utječe i na nasilnost pokušaja samoubojstva. Proučavan je i utjecaj hormona, posebice estrogena kod žena jer je viša stopa suicida kod žena za vrijeme krvarenja i neposredno prije mjesečnice. Najnovija neurobiokemijska istraživanja suicida i dalje se povezuju s promjenama različitih

neurotransmitorskih sustava, i to ponajprije serotoninergičnog, dopaminergičnog i noradrenergičnog sustava s promijenjenim funkcioniranjem neuroendokrinih sustava te lipida, posebice kolesterola. Genetičkim se istraživačkim studijama kojima su se proučavale obiteljske veze, a ponajviše razlike između monozigotnih i dizigotnih blizanaca i posvojene djece te bliskih rođaka, ustanovljena je nasljednost suicidalnog ponašanja. [1]

4. Psihoterapijsko razumijevanje suicida

Od davnina pa do danas ljudi su se nastojali suprotstaviti vlastitim suicidalnim težnjama. To su činili na najrazličitije načine, a otkada su se pojavili prvi psihoterapijski modaliteti počelo se tragati za što efikasnijim liječenjem suicidalnosti. Razvojem psihoanalitičke misli na suicidanta se gledalo kao na osobu koja nema stabilan odnos prema realitetu, s osjećajem krivnje te bez jakih obrambenih mehanizama. Psihoanalitičkom psihoterapijom nastojale su se ojačati suicidalantove obrane, smanjiti hipersenzibilnost i autodestruktivnost te ga se pažljivim interpretacijama hrabrilo da ostvari balans između alijeniranog i idealiziranog selfa. U suvremeno liječenje psihodinamskim psihoterapijama danas su uklopljene i mnoge korisne intervencije iz drugih psihoterapijskih modaliteta pa se moderna psihoanalitička psihoterapija suicidalnih osoba temelji na integraciji različitih terapijskih iskustava što daje osnovu za bolje razumijevanje složenog fenomena suicida. Otvoreno je i pitanje transfera te su zbog težine rada sa suicidalnima psihoanalitički orijentirani autori naglasili važnost kontinuirane edukacije i supervizije.

Uz psihoanalitičku psihoterapiju dva najčešća terapijska modaliteta u radu sa suicidalnima jesu kognitivna terapija te dijalektičko-biheviornalna terapija. Obje psihoterapijske metode sadržavaju efikasne intervencije kojima se osoba rješava maladaptivnih misli i ponašanja čime se reducira rizik od suicidalnosti te smanjuje broj budućih pokušaja suicida. Unatoč brojnosti terapija psihoterapeuti se slažu da je za efikasan tretman suicidalnosti iznimno važno ostvariti pozitivan odnos, i to ponajprije putem empatijskog kapaciteta kojim se jača terapijski savez i međusobni odnos povjerenja. [11]

5. Psihijatrijski poremećaji i suicidalnost

Istraživanja pokazuju da je suicid najčešći kod depresivnog poremećaja, bipolarnog afektivnog poremećaja te alkoholizma pri čemu je rizik od suicida procijenjen od 10 do 18%, zatim kod shizofrenije te kod poremećaja ličnosti. Rizik od suicida postoji i kod osoba sa anksioznim poremećajima, poremećajima prehrane i PTSP-om. [4]

5.1. Poremećaji raspoloženja

U suicidologiji je mnogo puta naglašavana uloga poremećaja raspoloženja u suicidalnom ponašanju, čak do apodiktičnih tvrdnja da "nema suicida bez depresije". Stoga se sva depresivna stanja stavljaju na čelo liste suicidogenih faktora.

Kod depresivnih poremećaja navedena su česta razmišljanja o smrti, samoubilačke ideje ili pokušaji suicida. Osoba kojoj je dijagnosticiran ovaj poremećaj može imati samo razmišljanja i uvjerenja da bi drugima bilo bolje da je nema, a može imati i prolazna, ponavljana razmišljanja o izvršenju suicida. Također, može stvarati planove o tome kako počinuti suicid. Čestina, intenzitet i letalnost ovih razmišljanja variraju od osobe od osobe pa se kod onih koji imaju slabije izražene suicidalne ideacije takva razmišljanja javljaju tek prolazno, ali ponavljano. Često traju jednu do dvije minute te se javljaju jedanput ili dvaput na tjedan. Oni koji imaju jače izražene suicidalne fantazije mogu se pripremati za taj čin, planirati vrijeme i mjesto suicida, proučavati najefikasniji način te nabavljati predmete ili oružje kojim će se pokušati ubiti. Psihološke autopsije suicidanata pokazuju da je oko polovina žrtava imalo veliku depresivnu epizodu. Većina rizičnih faktora za počinjenje suicida kod osoba s poremećajem raspoloženja vezana je za simptome bolesti i specifične situacije, osobine ličnosti i anksioznost, manjak ili pad samopouzdanja i specifičnost obiteljske anamneze. Svi ovi rizični faktori koji pogoduju suicidu u kompleksnom su međudnosu te ih je sve više, veća je mogućnost za javljanje suicidalnog ponašanja. Protektivni faktori koji umanjuju mogućnost za suicid svakako su obiteljska i socijalna potpora. Jedan od važnih zaštitnih faktora je briga za zdravlje, sistematski pregledi, redovite kontrole liječnika, adekvatno uzimanje terapije/lijekova i optimalna tjelesna aktivnost utječu na snižavanje rizika od suicida. [6]

5.2. Psihotični poremećaji

Iz ovog kruga psihijatrijskih poremećaja karakteristični su bizarni i okolini neobjašnjivi samoubilački pokušaji. Takvi pokušaji suicida znaju biti praćeni dubokim afektivnim kaosom, kao i prisilnim psihotičnim impulsima. U psihotične poremećaje se ubrajaju:

- shizofrenija
- shizofreniformni poremećaj
- kratki psihotični poremećaj
- inducirani psihotični poremećaj
- psihotični poremećaj zbog općeg zdravstvenog stanja
- psihotični poremećaj prouzročen psihoaktivnim tvarima
- neodređeni psihotični poremećaj.

U suicidološko-psihijatrijskoj praksi smatra se ako je suicid počinjen na drastičan, grub ili bizaran način što kod ljudi može izazvati strah, zgražanje ili odbojnost onda se takvo samoubojstvo s gotovo stopostotnom sigurnosti može nazvati psihotičnim. [6]

5.3. Poremećaji ličnosti

Poremećaji ličnosti kvalitativno su različiti klinički sindromi. To su:

1. paranoidni poremećaj ličnosti
2. shizoidni poremećaj ličnosti
3. shizotipni poremećaj ličnosti
4. antisocijalni poremećaj ličnosti
5. grančni poremećaj ličnosti
6. histrionički poremećaj ličnosti
7. narcistički poremećaj ličnosti
8. izbjegavajući poremećaj ličnosti
9. ovisni poremećaj ličnosti
10. opsesivno-kompulzivni poremećaj
11. neodređeni poremećaj ličnosti

Svih 11 poremećaja ličnosti može se definirati kao dugotrajni model unutarnjeg razmišljanja, doživljavanja i ponašanja koji izrazito odstupa od očekivanog s obzirom na kulturalnu pripadnost osobe. Poremećaj najčešće počinje u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi, tijekom vremena je stabilan, pervazivan i nefleksibilan te se očituje u širokom rasponu smetnja na kognitivnom, emotivnom i/ili interpersonalnom području.

Poremećaji ličnosti česti su u kliničkoj praksi te neka istraživanja govore da ih u cjelokupnome kliničkom uzorku može biti od trećine do polovice, što je veliki klinički uzorak. Najveći rizik od suicida imaju granični i antisocijalni poremećaj jer oba karakterizira impulzivno ponašanje te nestabilnost u samoregulaciji emocija. Osobe s graničnim poremećajem tijekom života imaju više neuspjelih suicida kao i dugotrajna neuspjela psihofarmakoterapijska liječenja. [6]

5.4. Anksiozni poremećaji

Spadaju u skupinu najučestalijih psihijatrijskih poremećaja te se mogu podijeliti u: panični napad, agorafobiju, specifičnu fobiju, socijalnu fobiju, opsesivno-kompulzivni poremećaj, PTSP, generalizirani anksiozni poremećaj te neodređeni anksiozni poremećaj. Suicidalne ideje se pojavljuju najčešće kod osoba sa opsesivno-kompulzivnim poremećajem, a pokušaji suicida kod osoba sa paničnim i opsesivno-kompulzivnim poremećajem. [6]

Unatoč njihovoj učestalosti anksiozni se poremećaji rijetko promatraju kao jedinstveni psihopatološki entitet te se proučavaju uklopljeni u druge psihijatrijske poremećaje, posebice kada procjenjujemo suicidalni rizik.

5.5. Poremećaji u prehrani

Karakteriziraju teške smetnje u prehrambenim navikama i ponašanju. Dva glavna poremećaja u prehrani jesu anoreksija i bulimija. Anoreksična osoba odbija održati minimalnu normalnu tjelesnu težinu, zabrinuta je da će se udebljati te pokazuje znatan poremećaj u percepciji oblika i veličine svojeg tijela. Bulimične osobe također imaju poremećen doživljaj svoga tijela te se u epizodama prejedaju, nakon čega rade neadekvatna kompenzatorna ponašanja poput samoinduciranog povraćanja, zlouporabe laksativa ili prekomjernog vježbanja. [7] Povezanost suicidalnosti i poremećaja u prehrani nije toliko istraživana tema kao ostali psihijatrijski poremećaji. Anoreksija se smatra mikrosuicidom. Što se bulimije tiče pokušaj suicida označava želju za smanjenjem naglašenog afekta i impulzivnosti. Osobe koje imaju poremećaj prehrane i autodestruktivne tendencije ne prihvaćaju sebe i vlastiti život onakvim kakav je. To se u anoreksičarki manifestira neuzimanjem hrane, što otežava terapijske intervencije. Na taj način bolesnice pružaju otpor suradnji ili bilo kakvom drugom obliku roditeljske ili terapijske pomoći. [6]

5.6. Poremećaji ovisnosti o psihoaktivnim tvarima

Uloga psihoaktivnih tvari, posebice alkohola, znatno se proučava u suicidološkoj literaturi te postoji konsenzus da su ovisnosti i suicid veoma usko povezani. Poznato je da alkohol djeluje inhibitorno na središnji živčani sustav i dovodi do slabije kontrole emocionalnog pražnjenja. Kritičnost, logično rasuđivanje te odmjeravanje razloga za i protiv je znatno oštećeno u ovisničkom stanju. Pod utjecajem afekata alkohol deformira logiku i volju te ako su već postojale autodestruktivne tendencije može doći do njihova otpuštanja, alkoholom se anestezira strah te suicidanti stječu smjelost za suicid. [6]

Impulzivnost i agresivnost kod alkoholičara su bitne karakteristike suicidalnosti. Kod ovisnika o drogama podaci iz literatura upućuju da rana trauma donosi znatan rizik od suicidalnog ponašanja. Povećani rizik od samoubojstva svakako utječu i nepovoljne obiteljske situacije, povišena stopa roditeljske psihopatologije te roditeljsko ovisničko ponašanje. Kod genskih i biokemijskih faktora rizika smatra se da postoji poremećena funkcija serotoninskog sustava u organizmu, ali se još ne zna točna uloga alkohola u metabolizmu serotonina. To znači da različite razine alkoholiziranosti mogu kod različitih ljudi imati različite, čak i suprotne efekte na metabolizam serotonina. [18]

5.7. Stres, trauma i PTSP

Stres označava vanjsku silu koja djeluje na neki predmet i izaziva napetost materijala te strukturalne promjene u predmetu. Liječnik Hans Selye smatra da postoje dvije vrste tjelesnih reakcija na štetne podražaje iz okoline, a ovise o osobinama podražaja koje su različite s obzirom na to je li organizam izložen gladi, žeđi, toplini, hladnoći, infekciji ili ranjavanju. Druga skupina su nespecifične tjelesne promjene koje štite organizam od štetnih podražaja ili mu pomažu da im se prilagodi, a nazivamo ih opći adaptacijski sindrom.

On se razvija kroz tri faze:

1. Faza alarma u kojoj dolazi do mobilizacije organizma.
2. Faza otpora u kojoj brojne hormonalne i kemijske promjene potiču tjelesne obrambene mehanizme.
3. Faza iscrpljenja u kojoj je štetno djelovanje okolinskih podražaja spriječeno ili je organizam odustao od borbe, što dovodi do privremene nemogućnosti organizma da normalno funkcionira. U drastičnim okolnostima u fazi iscrpljenja može doći i do smrti. [1]

Teorija životnih promjena (Dohrenwend, 1970.) prema kojoj je stres odgovor na zbivanja koja pojedinac sa svojim sposobnostima prilagodbe ne može svladati. Životni događaji razlikuju se s obzirom na to koliko pojedinac mora uložiti napora da bi im se prilagodio i kolike će promjene izazvati u njegovom životu. U takve promjene ubrajaju se svi događaji koji od pojedinca zahtijevaju određeni stupanj prilagodbe (npr. zaposlenje, brak, rođenje djeteta, razvod braka, bolest). Pokazalo se da neki događaji češće javljaju u razdobljima koja prethode pojavi bolesti te da s povećanjem broja životnih promjena raste i učestalost pojave bolesti. Suočavanje sa stresom je odgovor na stresnu situaciju koja pomaže uspostavljanju psihosocijalne prilagodbe. Osoba će nastojati svladati, podnijeti ili smanjiti zahtjeve koje situacija postavlja. Suočavanje usmjereno na problem uključuje djelovanje na situaciju, tj. na sam stresor. Suočavanje usmjereno na emocije ima funkciju lakšeg podnošenja emotivnog uzbuđenja izazvanog stresnom situacijom.

Reakcije do kojih dolazi u povodu nekog stresnog događaja mogu se svesti na tri osnovna oblika (Krizmanić, 1991.):

1. Toleriranje ili podnošenje djelovanja stresora i stanja stresa- prihvaćanje situacije kao takve.
2. Kontroliranje, tj. djelovanje na stresor ili simptome stresa.
3. Rezignacija, tj. odustajanje od pokušaja da se situacija svlada - ako osoba smatra da ne može svladati zahtjeve situacije u kojoj se nalazi. [1]

Traumatski događaji su oni koji mogu izazvati PTSP, a uključuje smrt, ranjavanje ili prijetnju po vlastiti ili tuđi tjelesni integritet, te nakon kojih se javlja intenzivan strah, bespomoćnost ili užas. Primjeri takvih događaja su borbena iskustva, tjelesno ili seksualno nasilje prirodne katastrofe, teške prometne nesreće koje je osoba doživjela, pogled na druge osobe koje su povrijeđene ili ubijene u nesreći ili nasilnom činu, kao i nazočnost takvim događajima ili pak saznavanje za teške događaje koje su proživjele pojedincu bliske osobe. Traumatski događaj se razlikuje od stresnog jer će zbog svog intenziteta ili vrste dovesti do patnje većine ljudi, neovisno o tome u kakvom su psihofizičkom stanju bili prije takvog događaja i bez obzira na raspoložive načine suočavanja. Reakcije na traumatsko iskustvo smatraju se neizbježnima i univerzalnima, tj. opći oblik posttraumatskih reakcija na sličan kod svih ljudi. Rat je katastrofa ogromnih razmjera koja pogađa većim ili manjim intenzitetom cjelokupno stanovništvo. Posljedice su u tolikoj mjeri traumatične da znatno prelaze sposobnosti većine ljudi da se s njima suočavaju. Uz različite prirodne katastrofe i rat je jedna od kolektivnih stresnih situacija, no njegovi psihološki efekti su različiti od efekata mirnodopskih stresora. Rat je namjeren ljudski čin, što ostavlja teže psihološke posljedice (kod 80% žrtava katastrofa izazvanih ljudskim djelovanjem ostaju dugotrajne posljedice u doživljavanju i ponašanju). [18]

Žrtve trauma su oba spola, svih životnih dobi, svih rasa i nacija. 1-3% u općoj populaciji, 5-75% u visoko rizičnim grupama koje su proživjele traumatsko iskustvo. Prognoza je uglavnom kroničnog tijeka. Komorbiditet u 80% oboljelih javljaju se i druge bolesti (anksiozni poremećaj 46,9%, depresivni 32,5%, krivnja preživjelih, poremećaj prilagodbe, paranoidna psihoza, seksualna impotencija, ovisnosti, poremećaji hranjenja i spavanja). Prognoza je lošija ako postoje raniji poremećaji, trajni poremećaji ličnosti, niz bioloških promjena, ispadi u pamćenju do demencije, velike promjene u životu traumatizirane osobe i suicid žrtve. [4]

6. Stope suicida u Hrvatskoj

Prema podacima Registra izvršenih samoubojstava Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo u Hrvatskoj broj počinjenih samoubojstava, kao i stopa na 100.000 stanovnika oscilira. U 2014. godini je zabilježeno 2.750 (64,9/100.000) nasilnih smrti, od toga je 1978 nastalo nesretnim slučajem (46,7/100.000), a 722 samoubojstvom (17,0/100.000) što dovodi do zaključka da dolazi do povećanja stope samoubojstava.

Najčešći način provođenja samoubojstva u oba spola jest vješanje dok je u ostalim načinima počinjenja suicida prisutna razlika prema spolu. Desetljeća proučavanja stopa suicidalnog ponašanja u nas upućuju i na stanovite regionalne zakonitosti u pojavi samoubojstva. U hrvatskim županijama najnižu stopu suicida ima Dubrovačko-neretvanska, a najvišu Krapinsko-zagorska iz čega se vidi trend više stope suicida u kontinentalnom dijelu u odnosu na primorski dio Hrvatske. Ovi rezultati mogu se djelomično objasniti razlikama u temperamentu, gdje "južnjaci" probleme proživljavaju bučnije i ekstrovertiranije od "sjevernjaka" kojima stanovita introvertiranost i distanciranost pogoduje suicidalnom ponašanju.

Hrvatska prati svjetski trend u stopama suicida te se također može reći da muškarci 3 puta češće izvršavaju suicid od žena. Nadalje, stope samoubojstva značajno rastu s dobi i to od 60-ih godina do danas, a vidljive su i regionalne razlike. Iako postoje internacionalne varijacije u stopama suicida, kao i različitost u faktorima rizika, suicidalno je ponašanje svugdje u svijetu iznimno važan javnozdravstveni problem koji pridonosi sve većem mortalitetu. Istraživači se uglavnom slažu da bi se radi boljeg razumijevanja fenomena suicida te kvalitetnije prevencije trebalo provoditi više internacionalnih studija u kojima bi se ispitalo suicidalno ponašanje što različitiije populacije. [1]

7. Prevencija suicidalnog ponašanja

U svjetlu crnih predviđanja da će do 2020. godine u svijetu biti milijun i pol suicida na godinu razumljivo je da je prevencija suicida na visokom mjestu prioriteta u javnom zdravstvu. Mnogi autori smatraju da se istraživanja o suicidima provode ponajprije radi preciznog definiranja pojma suicidalnosti, a ne radi njegova dubinskog razumijevanja. Ta su istraživanja podijeljena na neurobiokemijska, studije istraživanja hormona, epidemiološka i na istraživanja utjecaja intervencija na suicidalno ponašanje. [1]

Prevencija suicida je zapravo djelatnost sprečavanja samoubilačkog čina u čemu postoje tri razine: primarna, sekundarna i tercijarna.

7.1. Primarna prevencija

Primarna prevencija je prevencija u užem smislu u koju se uključuju osobe različitih struka od psihijatra i psihologa do kriminologa, teologa, pedagoga i sociologa, čijim se aktivnostima na širem društvenom planu sprečavaju, umanjuju i uklanjaju uzroci motivi suicidalnog ponašanja. Primarnom prevencijom djeluje se na način razmišljanja i pristup problemu suicidalnosti te se otkrivaju suicidalno ugrožene osobe, tj. kategorije ljudi s povećanim rizikom od samoubojstva. Jedan od pristupa primarne prevencije jest tzv. populacijska strategija prevencije koja se bavi socijalnim faktorima vezanim za suicid te uz čiju pomoć i mali rezultat u cijeloj populaciji može utjecati na sniženje stope suicida: edukacija stanovništva o konzumaciji alkohola, kontrola uporabe oružja u populaciji, kontrola uporabe pesticida, programi jačanja svjesnosti i znanja stanovništva o suicidima, promoviranje zdravog načina života, promoviranje škola kao "ustanova s nultom tolerancijom na nasilje", otvaranje telefona za pomoć u krizama, treniranje tzv. vratara poput policajaca, liječnika opće medicine, sestara, farmaceuta u ljekarnama, službenika u zatvorima, domovima umirovljenika, školama i drugih profesija koje se nalaze na prvoj crti obrane protiv suicida.

7.2. Sekundarna prevencija

Sekundarna prevencija je prevencija u slučaju najave samoubojstva, uključuje dijagnostiku i to po mogućnosti u što ranijoj fazi (intervjui, biologijska testiranja, uporabu standardiziranih psihometrijskih skala) i rješavanje emocionalnih problema osoba za koje se zna da su već suicidalno ugrožene. Provodi se u specijaliziranim centrima za prevenciju suicida, zdravstvenim i psihijatrijskim ustanovama u kojima postoje centri za hitna stanja, savjetodavnim službama (telefonska pomoć za ljude u krizi). Sekundarna je prevencija relativno jeftina u odnosu na

primarnu, posebice ako je riječ o uporabi i standardiziranih mjernih instrumenata tipa papir-olovka.

7.3. Tercijarna prevencija

Tercijarna prevencija (postvencija) uključuje mjere nakon pokušaja suicida, stručno praćenje osoba pod rizikom s ciljem sprečavanja recidiva, poboljšanja psihičkog stanja i uklanjanja osnovnih uzroka suicidalnog ponašanja putem psihoterapijske i/ili farmakoterapijske pomoći. Tercijarna se prevencija može smatrati prevencijom za sljedeće generacije koje su pogođene suicidima svojih predaka. Zemlje koje imaju visok stupanj organizacije zaštite mentalnog zdravlja imaju i aktivne postvencijske programa poput kućnih posjeta nakon suicida, potpore liječnicima ili osoba koje su izvršile očevid i slično. U tercijarnu prevenciju spada i tzv. psihološka obdukcija koja je postupak temeljitog intervjuiranja članova obitelji, prijatelja, zdravstvenih i drugih radnika koji su poznavali suicidanta. Psihološkom se obdukcije dobivaju odgovori na važna pitanja o presuicidalnom stanju i drugim pitanjima vezanim za preminulog te se tako stvara cjelovita slika o životu počinitelja suicida. Ta metoda pomaže preživjelima da se lakše nose sa krivnjom i stresom nakon suicida, smanjuje osjećaj stigmatiziranosti, socijalnu izolaciju i usamljenost te članovi obitelji mogu razumjeti svoje osjećaje u procesu tugovanja. No psihološka se obdukcija u stanovitim slučajevima može doživjeti beskorisnom ili čak štetnom, što vulnerabilnije članove suicidantove obitelji može navesti na produbljivanje stanja tuge, ulazak u depresiju uz uporabu protektivnih mehanizma obrane. Osim na članove obitelji takav iscrpan intervju može imati negativan utjecaj i na same istraživače, tzv. Hawthonov efekt. [1]

8. Edukacija kao prevencija

Uz modele primarne, sekundarne i tercijarne prevencije postoje i drugi modeli. Jedan od njih je tzv. Institute of Medicine Model (IOM) koji u sebi sadrži univerzalnu i selektivnu strategiju prevencije.

8.1. Univerzalna prevencija

Univerzalna prevencija se odnosi na strategije za cijelu populaciju bez prethodnog pregleda suicidalnog rizika. Čest je način univerzalne prevencije edukacija liječnika primarne zdravstvene zaštite. Prema istraživanju Jasona Luome i suradnica (2002.godine) čak 45% žrtava suicida u posljednjem je mjesecu života posjetilo svog liječnika opće medicine, a od ukupnog broja ispitanika $\frac{3}{4}$ su to učinile u posljednjih godinu dana života. Također, Luoma je dobio podatke da se jedna od pet osoba u posljednjih mjesec dana života obratila svom psihijatru. Suicidanti starije životne dobi su imali više posjeta u posljednjem mjesecu života liječniku opće medicine nego mlađi. [1]

Jedna od najpoznatijih univerzalnih prevencija educiranjem liječnika opće medicine se odvijala u Švedskoj gdje su svi liječnici na otoku prošli sveobuhvatnu obuku o simptomima, etiologiji, patogenezi te je edukacija smišljena i uz primjere u kliničkoj praksi. Kao rezultat edukacije značajno je smanjen broj bolesnika s neliječenom depresijom, tj. u prve tri godine provođenja prevencije broj suicida među ženama smanjilo se za $\frac{2}{3}$. Kod muškaraca potencijalnih suicidanta nije bilo značajnih pomaka.

8.2. Selektivna prevencija

Oslanja se na osobe pod suicidalnim rizikom poput nezaposlenih, osoba u kritičnoj životnoj dobi, rastavljenih i drugih rizičnih skupina, a indiciranom prevencijom se identificiraju osobe pokazuje početne oblike suicidalnosti, najčešće među psihijatrijskim bolesnicima. U prevenciji treba djelovati sinergijski te je dobro rabiti oboje strategije u borbi protiv suicida.

Mediji danas oblikuju javno mišljenje, ponašanje, stajališta i kulturu te su u konačnici odgovorni za zdravlje ljudi. Stručnjaci SZO u projektu SUPRE naveli da mediji mogu postati iznimno snažan pozitivan partner u informiranju javnosti o suicidima. Prikazuju samo autentične podatke, bez objavljivanja fotografija suicidanata i njihovih oprostajnih pisama bez izvještavanja o detaljima samoubojstva.

Cilj je smanjiti stope suicida i pomoću Interneta kao suvremenog medija međuljudske komunikacije pa su u tome slučaju dobro došli edukativni stručni tekstovi o suicidima. [1]

8.3. Postignuća u prevenciji suicida u posljednjih 25 godina i tendencija za sljedećih 25 godina

Posljednjih se godina razvila i biologijska suicidologija uz važna neuroznanstvena istraživanja. Prepoznali su se različiti psihosocijalni i personalni faktori koji znatno pridonose suicidogenom ponašanju. Važno je uspostaviti sustav nadzora samodestruktivnog ponašanja za različite zemlje i kulture i sudjelovati u retestiranju i reevaluaciji provedenih istraživanja. Osim toga istraživanjima se pridonijelo boljem otkrivanju i identifikaciji "skrivenih slučajeva" samoozljeđivanja, rizičnih grupa i faktora kao i još jednom važnom polju istraživanja: tugovanju nakon suicida.

U posljednjih 25 godina suicidolozi su se složili s konstatacijom da je učinjeno znatno više na teorijskom nego na praktičnom planu te da nedostaje konkretnih rješenja u prevenciji samoubojstva. Iako je važno prije svake praktične intervencije dobro opisati problem, također je važno povezati fenomen suicida sa akcijom.

Stoga su istraživači suicida za sljedećih 25 godina na globalnoj razini predložili ove preventijske zadatke:

1. Implementirati konkretna i učinkovitija znanja u prevenciji suicida (standardizirati nomenklaturu/klasifikaciju suicidalnog ponašanja).
2. Razvijati inovativne studije koje će dati vrijedne kvantitativne i kvalitativne podatke u internacionalnom okružju.
3. Poboljšati predikciju suicidalnog rizika (tj. dati odgovor na pitanje: tko će se tako ponašati i kada).
4. Teorijska znanja o karakteristikama suicidalnog rizika interponirati u različite programe, primjerice u različite psihoterapijske intervencije, u neuroznanstvena istraživanja i slično.
5. Obogatiti specifične psihoterapijske intervencije novim psihoterapijskim tehnikama i metodama za suicidalne osobe.
6. Različitim tipovima suicidanata dati specifičan tretman.
7. Implementirati potrebne uniformne procedure u prevenciju suicida na nacionalnoj i na internacionalnoj razini.
8. Mobilizirati političke strukture koje će pridonositi prioritetnosti problema suicida.
9. Razvijati sustave prevencije globalno, i to ne samo u zemljama zapadne kulture nego i u siromašnijim, nezapadnim zemljama svijeta.
10. Osnivati svjetsku zakladu za istraživanja u suicidologiji.
11. Postići daljnje efikasnije psihoterapijske i farmakoterapijske metode u prevenciji suicida.

12. Razvijati daljnje efikasnije psihoterapijske i farmakoterapijske metode u prevenciji suicida.

13. Jačati mrežu neprofesionalaca pomagača koji i inače sve više pridonose efikasnijoj prevenciji suicida.

14. Razvijati intervencijske strategije i načine pomoći suicidalnim osobama koje ne traže pomoć konvencionalnim metodama.

Tako je na globalnoj razini donesen plan u kojem su iznijeli konkretni zadaci kojima će se u budućnosti pospješiti prevencija suicida. Neke od najvažnijih točaka su daljnja ulaganja u istraživanja koja će biti obojena kvantitativnim, ali i kvalitativnim podacima transkulturalnih studija te razvijanje novih, inovativnih rješenja u (inter)nacionalnom setingu prevencije suicidalnosti. [1]

9. Tretman suicidalnih osoba

Osnovno je pravilo kod suicidalnog posttraumatskog stresnog poremećaja da terapeut treba vratiti bolesniku sposobnost korištenja odmora i opuštanja, a kod čega treba neprekidno znati da je suicidalnoj osobi potrebna pažnja, razumijevanje i ljubav. Bolni osjećaji i sjećanja potpuno se asimiliraju. Terapija se provodi: grupno, individualno i psihofarmakoterapijom.

9.1. Grupne seanse

Na grupnim seansama koje trebaju imati suportivni karakter otvoreno se razgovara o nastanku i razvoju suicidalnih ideja, sklonosti izolaciji, strahu, konfuziji, negiranju stvarnosti, ovisnosti, užasnom osjećaju otuđenosti i mržnji prema samom sebi. U bolesnikovom se sjećanju nastoje pronaći nove vrijednosti koje njegov život čine značajnim. Treba se odlučiti za novi izbor. Kroz takve se razgovore stvara osjećaj kako nisu sami ni izolirani. Suicidalnu osobu ne treba ostaviti samu. [1] Osim liječnika, uvijek netko u okolini mora biti s njom u kontaktu. Neki terapeuti nastoje ostvariti nesuicidalni ugovor, u kojem se bolesnik obavezuje da će se prije suicidalnog akta i kontaktirati sa terapeutom. Zbog posebnosti problema moguće je oblikovati i posebne terapijske grupe preživjelih, tj. onih koji su već pokušali suicid. Njihov je skepticizam veći od onih koji su samo ozbiljno razmišljali o suicidu. [20] Za uspješno liječenje suicidalnosti, potrebno je da terapeut preispita svoje stavove prema suicidu i posttraumatskom stresnom poremećaju. Riječ je zapravo o njegovanju pozitivnog kontratransfera. U tu svrhu terapeut treba znati da suicid nije ni nešto loše ni nešto pravilno, nije ni karakterna mana; suicid je moralno neutralna pojava. Suicid je nesklad u kojem se preteže duševna patnja nad adaptivnim resursima.

9.2. Individualna psihoterapija

Psihoterapeut u individualnoj terapiji mora smanjiti bolesnikovu patnju i pronaći način kako povećati njegove sposobnosti prilagodbe.

Kod toga će terapeut koristiti različite pristupe i tehnike od bihevioralnog, kognitivnog, dinamskog i dr., a s ciljem učenja i mijenjanja načina olakšavanja patnji i poticanja mijenjanja osnovnog životnog stava, da se smrću ne rješava problem nego on ostaje iza nas i onima koji su ostali. Problem rješava odluka za životom, jer jedino tako postoji mogućnost promjena. Za to je potrebna strpljivost terapeuta, njegovo znanje, odgovarajući pristup bez obzira kojoj školi pripada. Sve vrijeme terapeut mora ostati miran i u svim okolnostima spreman na razgovor. Međutim, da bi terapeut mogao ispuniti taj zadatak, sam mora razriješiti svoj odnos prema smrti. Plaši li se terapeut vlastite smrti, neće moći prepoznati znakove koji sigurno vode samoubojstvu,

niti će moći zajedno sa svojim pacijentom postaviti na stranu života. Terapeut treba poticati razgovor o suicidalnim namjerama bolesnika, uključujući i detalje njegova suicidalnog plana. Terapeut u isto vrijeme ne smije preuzeti sav bolesnikov život na svoja leđa; on mu pruža, zapravo, samo potporu. Terapeut ne smije zaboraviti kako i on može reagirati distresom zbog svojeg posla. Nadalje, terapeut treba pomoći i okolini, posebice obitelji suicidalne osobe jer okolina osuđujući suicid ili negirajući njegovu ozbiljnost, zapravo je u stresu i to je njezin način sučeljavanja sa stresom, ako ne pomaže niti obitelji, niti bolesniku. Terapijom treba obuhvatiti i obitelji i okolinu. [1]

„Riječi su lijek duši koja pati.“(Eshil)

9.3. Psihofarmakoterapija

Kod suicidalnih osoba primjenjujemo i psihofarmakoterapiju. Osnova za primjenu psihofarmaka u liječenju suicidalnih osoba daju nam spoznaje o mogućoj biološkoj determiniranosti suicidalnosti. Danas nemamo dokaza o jedinstvenoj biološkoj determiniranosti suicidalnosti, no većina provedenih istraživanja s tim u svezi, upućuje na poremećaj serotonina u suicidalnih bolesnika.

U primjeni psihofarmakoterapije treba uvažavati preporuke poput:

- Psihofarmakoterapija treba biti samo jedna od mogućih terapijskih aktivnosti.
- U odabiru lijeka bitno je imati vrlo detaljne podatke o vrsti poremećaja, dominantnim simptomima osim suicidalnosti, životnim uvjetima, potpori okoline, nuspojave i sigurnosti lijeka.
- Kod psihotičnih bolesnika sa izraženom suicidalnošću, lijek izbora je clozapine.
- Kod ne psihotičnih suicidalnih bolesnika, valja se odlučiti na antidepresiv i/ili anksiolitik, ovisno prije svega o akutnosti kliničke slike i predominaciji simptoma. [1]

U terapijskom postupku suicidalnog bolesnika jedno od najvećih umijeća terapeuta je procjena indiciranosti hospitalizacije, a kada je bolesnik već u bolnici, na kojoj vrsti odjela treba biti (otvoreni, zatvoreni ili poluotvoreni). Terapeut-farmakolog treba biti u kontinuiranoj edukaciji, pratiti nove spoznaje i rezultate istraživanja i kontinuirano ih ugrađivati u radu sa svojim pacijentom. [16]

10. Mitovi i zablude o suicidu

Mit 1. Ljudi koji govore o samoubojstvu neće ga nikad počinuti. Osobe koje spominju samoubojstvo zapravo samo žele privući pažnju.

Činjenica: Od 10 osoba koje počine samoubojstvo, osam ih je nekome reklo što će učiniti. Često se, međutim takva priznanja - najčešće zbog straha - ignoriraju ili ne shvaćaju ozbiljno. Prijetnje samoubojstvom uvijek treba shvatiti najozbiljnije, kao da će osoba to zaista i učiniti. Ako time želi privući pažnju to znači da joj je pažnja i potrebna. Dati tu pažnju i osobu shvatiti ozbiljno, može spasiti njezin život. Ljudi koji pokušaju ili učine samoubojstvo prethodno jasno i direktno pričaju o tome, ili iskazuju želju da budu mrtvi. To je poziv za pomoć koju treba pružiti osobi.

Mit 2. Kad mlada osoba izvrši samoubojstvo to je obično plod impulzivnog ponašanja.

Činjenica: Za većinu mladih osoba koje su pokušale ili izvršile samoubojstvo utvrđeno je kako su duže vrijeme razmišljale o tome. Mada u nekim slučajevima donošenja definitivne odluke do izvršenja najčešće prođe ispod 10 minuta.

Mit 3. Razgovor o samoubojstvu je opasan i potiče na njegovo izvršenje, samo će potaknuti osobu da izvrši suicid.

Činjenica: Potpuno suprotno. Ne razgovarati o samoubojstvu znači odustati od pokušaja da se ono spriječi. Razgovor o toj temi znači brigu za probleme određenog pojedinca, pokazuje da razumijemo ozbiljnost situacije i da brinemo.

Mit 4. Ljudi koji imaju suicidalne namjere snažni su u nakani da umru. Ako je osoba odlučila počinuti suicid u tome ju nemoguće spriječiti.

Činjenica: Samoubojstvo osoba vidi kao rješenje nerješivog problema koji donosi neizdrživu bol. Većina osoba koje su počinile samoubojstvo je htjela da bol nestane, a to je nešto posve drugačije od toga da život prestane. Pomoć u rješavanju problema i smanjenju boli je ono što osobi treba. Suicid je moguće spriječiti upravo zbog toga što je ono reakcija osobe na neizdrživu bol ili nerješivi problem. Pomoć stručnjaka, ali i članova obitelji i bliskih osoba je u tome da osobu shvate ozbiljno i pomognu joj da prebrodi krizu i nađe zadovoljavajuća rješenja. Ponekad sama osoba ne može naći rješenje, ali ono u nekom obliku uvijek postoji.

Mit 5. Svako samoubojstvo se može spriječiti. Bez obzira što pokušavamo pomoći, ponekad ne postoji način da se samoubojstvo spriječi. To je rijetko, ali se događa.

Činjenica: Većina suicidalnih osoba je neodlučna hoće li nastaviti živjeti ili ne što prevenciju čini mogućom.

Mit 6. Samoubojstvo dolazi bez upozorenja.

Činjenica: Suicidalne osobe obično daju mnogo znakova o svojim namjerama, znakove upozorenja prije nego što se ubije, no često se ti znakovi prepoznaju tek naknadno.

Mit 7. Većina ljudi koji razmišljaju o samoubojstvu su mentalno bolesni. Neke osobe koje počine suicid jesu psihički bolesne, ali to nije uvjet. Ono što je zajedničko osobama koje su pokušale počinuti ili su počinile samoubojstvo je to da su nesretne.

Činjenica: Iako su suicidalne osobe duboko nesretne, nisu nužno i psihički bolesne.

Mit 8. Neuspjeli pokušaj suicida ne treba uzimati za ozbiljno.

Činjenica: Četiri od pet osoba pokušalo je suicid barem jednom prije toga. Neuspjeli pokušaj treba uzeti vrlo ozbiljno i takvoj osobi treba pružiti pomoć jer pri svakom sljedećem pokušaju raste šansa da bude uspješan u smislu dovršenja..

Mit 9. Kada se osoba počne osjećati bolje nakon što je željela ili što je pokušala počinuti suicid, rizik od sljedećih pokušaja je prošao.

Činjenica: Većina suicida se dogodi upravo onda kada osoba ima dovoljno snage da može ono o čemu je razmišljala provesti u djelo. To je zbog toga što osoba kada je jako utučena razmišlja o samoubojstvu, ali nema snage ideju provesti u djelo. Čim se stanje malo popravi, ostaje ideja kojoj se pridružuje i snaga.

Mit 10. Vjerovanje da je samoubojstvo uobičajenije među bogatima ili među siromašnima.

Činjenica: Samoubojstvo je zastupljeno proporcionalno unutar svih razina i skupina zajednice.

Mit 11. Samoubojstvo je genetički određeno i nasljedno. Osobe koje jednom postanu suicidalne takve će biti cijeli život.

Činjenica: Pojedinci koji razmišljaju o samoubojstvu uglavnom su suicidalni jedan određeni period života. [17]

11. Hrvatska udruga za prevenciju suicida

Udruga je osnovana 2008. godine sa sjedištem u Virovitici u cilju promicanja, razvitka i unapređenja civilnog društva, prvenstveno aktivnostima vezanim uz prevenciju i predikciju suicida i suicidalnog ponašanja. Djelatnosti udruge su:

1. Planiranje rada.
2. Izrada i provođenje programa i projekata za prevenciju i predikciju suicida.
3. Znanstveno istraživački rad.
4. Provođenje programa psihosocijalne pomoći.
5. Održavanje edukativnih radionica i predavanja stručnih osoba.
6. Organiziranje stručnih skupova i javnih tribina.
7. Informiranje javnosti o problemu suicida.
8. Suradnja sa srodnim organizacijama u Hrvatskoj i izvan nje te razvijanje međunarodne suradnje.
9. Izdavanje i objavljivanje stručnih i znanstvenih radova, knjiga, brošura i časopisa iz područja svoje djelatnosti.
10. Sudjelovanje na domaćim i međunarodnim skupovima i seminarima koji su u vezi s ciljevima i djelatnošću Udruge.
11. Poticanje volonterskog i humanitarnog rada.
12. Podizanje svijesti o kvaliteti života i zdravom okolišu.
13. Njegovanje kvalitetne komunikacije i tolerancije različitosti. [14]

Međunarodni dan prevencije suicida se obilježava 10. rujna.

Raznim letcima i organiziranim druženjima pokušava se promijeniti pogled na suicidalne osobe, kako i pomoći i uputiti ih na pravi put uz podršku.

Bitno je zastati na tren jer riječima i intervencijama možemo promijeniti život. [15]



Slika 11.1 Logo Hrvatske udruge za prevenciju suicida

<https://www.google.hr/search?q=logo+hrvatske+udruge+za+prevenciju+samoubojstva>

12. Prikaz slučaja

Pacijentica N.N. rođena 1962. Saznaje da ima maligni tumor na jajnicima te joj je urađena histerektomija s adnektomijom 2000.godine. Tokom boravka na odjelu ginekologije počela se ponašati čudno, ulaziti u tuđe sobe, smijati se bez razloga i plakati te je obitelji pokazivala oprostajna pisma koja je pisala. Premještena je na odjel psihijatrije gdje je bila psihički prisvjesna, dezorijentirana na trenutke u svim smjerovima bez suvislog kontakta, konfuzno inkohherentnog mišljenja, emocionalno nestabilna sa emocionalnom inkontinencijom. U neurološkom nalazu nema znakova lateralizacije već je prisutna samo dizatrija. Učinjen joj je CT mozga zbog sumnje na metastaze, ali nalaz je bio uredan. NMR mozga nije mogao bit učinjen zbog njezine nesuradljivosti i nemira. Sa Instituta za tumore u Zagrebu je bila premještena u Psihijatrijsku bolnicu Vrapče gdje je prilikom prijema delirantna, pomućene svijesti i psihomotorno agitirana. Tokom dana je stanje osciliralo, suvisli govor je nemoguć i halucinira. Tokom boravka je primala manje doze Leponex tableta te Prazine ampula. Tokom noći je bila visoko febrilna te je premještena na interni odjel KB "Sveti Duh" gdje nije bilo indikacije za hitnu hospitalizaciju te je vraćena na psihijatrijski odjel u Koprivnicu gdje je uz ordiniranu psihijatrijsku terapiju otpuštena kući na zahtjev supruga. 2002. godine učinjena joj je nefrektomija zbog metastaza primarnog karcinoma. Do remisije bolesti je došlo 2013. godine kada se sjekirom ozlijedila presjekavši gornji dio noge te je nakon liječenja sa kirurgije opet na zahtjev supruga otpuštena kući. U studenom 2015. godine dolazi u pratnji kćeri na odjel Hitne bolničke medicine zbog prijetnja da će učiniti samoubojstvo bacajući se pod auto, stavila je nož pod grlo te prijetila suicidom. Hitno je primljena na odjel te se nije opirala ostanku i na hospitalizaciju. U razgovoru je navodi da se samo šalila jer zna da je luda i da je samo htjela privući pažnju. Obavljena su joj psihološka testiranja koja upućuju na osobu neurotske strukture ličnosti s težom depresivnom simptomatologijom u kliničkoj slici u sklopu čega je narušena i mentalna efikasnost te motivacijski potencijal. Tokom noći na odjelu pokušala je suicid vješanjem sa majicom privezanim za tuš koji je tokom pokušaja vješanja pukao. Nakon par dana hospitalizacije obavila je razne preglede od urologa do neurologa te je otpuštena kući sa poboljšanim stanjem i korigiranom terapijom. Međutim, u prosincu 2015. godine ponovo dolazi u pratnji kćeri zbog slabosti, uznemirenosti, nesanice, halucinacija i suicidalnih misli. Ponovljen je postupak psiholoških testiranja i pregleda ostalih liječnika zbog primarne bolesti nakon kemoterapija. Pojačane su joj doze lijekova (Mirzaten 30 mgx1, Misar SR 1 mg x 1, Seroquel 25 mg x2, Normabel 10 mg x 3, Akineton 2 mg x1). Ponovno je premještena u Psihijatrijsku bolnicu Vrapče. Nakon zadnje hospitalizacije redovno se javlja na kontrole psihijatru i sastanke za osobe za anksioznim i psihotičnim poremećajima dva puta mjesečno. Na njenom licu se vidi

olakšanje jer kako navodi sad ima veću potporu od vlastite obitelji i to mnogo govori koliko su obitelj, zajednica i zdravstveni djelatnici bitni u procesu liječenja suicidalnih osoba.

12.1. Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju suicidalnih osoba

Kao što je spomenuto u prikazu slučaja, pacijentica je uz psihozu i depresiju bolovala i od maligne bolesti te medicinska sestra ima važnu i odgovornu ulogu u zdravstvenoj njezi takvog pacijenta. Ona provodi edukaciju, priprema pacijenta za dijagnostičke zahvate te ta priprema uz takvu dijagnozu zahtijeva dodatne napore i strpljenje. Pruža psihičku i fizičku pomoć pacijentu i obitelji kroz cjelokupno liječenje. [20] Sama zloćudna bolest veže se za pojmove kao što su strah, bol, beznade i smrt koji su se kod navedene pacijentice jako manifestirali. Medicinska sestra treba uočiti znakove depresije i anksioznosti kao što su: nedostatak energije, poremećaj koncentracije, nedostatak samopoštovanja, nezadovoljstvo, nesаница i suicidalne misli. Svi ti pojmovi kod pacijentice su bili prisutni. Pozitivan pogled i optimistična vizija boljeg i kvalitetnijeg života lako se potroši u zajednici u kojoj je pojedinac uz pacijenta dotaknut naporom i težinom stanja bolesti i komplikacija liječenja. Optimizam tada nužno dolazi izvana, u prvom redu od obitelji i prijatelja, medicinskog osoblja, bolesnika sa sličnim iskustvima, svećenika, psihologa i drugih. [21] Važno je razumjeti pacijentov strah te ga potaknuti na daljnju borbu i pozitivan pogled na budućnost.

12.2. Sestrinske dijagnoze

Medicinska sestra u svom radu sa pacijentom prepoznaje sestrinske dijagnoze te provodi određene intervencije kako bi olakšala pacijentove patnje te pazila na njihovu sigurnost. U daljnjem tekstu bit će prikazane najvažnije sestrinske dijagnoze koje su u većini slučajeva prisutne kod osoba sa suicidalnim mislima i psihičkim poremećajima.

1. Anksioznost

Cilj:

- Pacijent će prepoznati znakove anksioznosti i verbalizirati ih.
- Tijekom boravka u bolnici neće doći do ozljeda

Sestrinske intervencije:

● Stvoriti profesionalan empatijski odnos- pokazati pacijentu razumijevanje njegovih osjećaja

- Stvoriti osjećaj sigurnosti
- Stvoriti osjećaj povjerenja i pokazati stručnost

- Koristiti razumljiv rječnik pri poučavanju i informiranju
- Omogućiti pacijentu da sudjeluje u donošenju odluka
- Potaknuti pacijenta da potraži pomoć od sestre ili obitelji kada osjeti anksioznost
- Opažati neverbalne izraze anksioznosti, izvijestiti o njima (smanjena komunikativnost, razdražljivost do agresije)

- Kontrolirati i nadzirati uzimanje terapije
- Stvoriti sigurnu okolinu za pacijenta (ukloniti sve predmete kojima bi si pacijent mogao nauditi)

Evaluacija:

- Pacijent nije ozlijedio sebe ili druge osobe
- Pacijent prepoznaje i nabraja znakove i čimbenike rizika anksioznosti

2. Strah

Cilj:

- Pacijenta neće biti strah
- Pacijent će znati prepoznati činitelje koji dovode do pojave osjećaja straha

Sestrinske intervencije:

- Stvoriti profesionalan empatijski odnos
- Poticati pacijenta da verbalizira strah
- Stvoriti osjećaj sigurnosti
- Opažati znakove straha
- Govoriti polako i umirujuće
- Osigurati mirnu i tihu okolinu

Evaluacija:

- Pacijenta nije strah
- Pacijent verbalizira strah
- Pacijenta je strah
- Pacijent zna prepoznati činitelje koji dovode do osjećaja straha

3. Socijalna izolacija

Cilj:

- Pacijent će identificirati razloge osjećaja usamljenosti
- Pacijent će razviti suradljiv odnos
- Pacijent će tijekom hospitalizacije razvijati pozitivne odnose sa drugima

Sestrinske intervencije:

- Provoditi dodatno dnevno vrijeme sa pacijentom
- Poticati na izražavanje osjećaja
- Ohrabriti ga i pohvaliti svaki napredak
- Uključiti pacijenta u grupnu terapiju
- Osigurati željeno vrijeme posjeta bliskih osoba
- Osigurati pomoć ostalih članova zdravstvenog tima

Evaluacija:

- Pacijent je razvio suradljiv odnos

4. Visok rizik za samoubojstvo

Cilj:

- Pacijent će verbalizirati suicidalne misli i osjećaje
- Pacijent svojevoljno potpisuje ugovor kako bi uklonio suicidalna ponašanja
- Pacijent će sudjelovati u provođenju tretmana
- Pacijent će potražiti pomoć kada osjeti autodestruktivne nagone

Sestrinske intervencije:

- Osigurati sigurnu okolinu pacijentu (ukloniti potencijalno opasne predmete i uređaje)
- Učestalo kontrolirati ormariće i prostor u kojem pacijent boravi
- Uputiti obitelj da ne donosi nikakve opasne predmete
- Osigurati nadzor pacijenta sukladno riziku za počinjenje samoubojstva
- Prepoznati znakove disimulacije bolesti
- Osigurati odnos povjerenja temeljen na empatiji i aktivnom slušanju
- Potaknuti komunikaciju u kojoj će pacijent izraziti negativne misli i emocije
- Potaknuti da otkrije vlastitu snagu i sposobnosti
- Potaknuti da se usredotoči na određene aktivnosti
- Kontrolirati uzimanje terapije
- Odjelnu terapiju držati zaključanu
- Uključiti obitelj u skrb pacijenta
- Poticati članove obitelji da održe iskrene i tople odnose sa svojim članovima obitelji bez

obzira na njegovo ponašanje i ideje

- Kontaktirati psihijatra pri pogoršanju stanja pacijenta

Evaluacija:

- Pacijent verbalizira suicidalne misli i osjećaje
- Potpisuje terapijski ugovor

- Pacijent sudjeluje u provođenju tretmana
- Pacijent traži pomoć pri autodestruktivnim nagonima
- Pacijent odbija pomoć i ne sudjeluje u terapijskom tretmanu
- Pacijent se komunikacijski izolira i otuđuje
- Pacijent pokušava izvršiti samoubojstvo [20]

5. Visok rizik za samoozljeđivanje

Cilj:

- Pacijent se neće ozlijediti

Sestrinske intervencije:

- Osigurati odnos povjerenja
- Pokazati pacijentu razumijevanje i prihvaćanje bez osuđivanja
- Potaknuti pacijenta da izrazi svoje osjećaje
- Omogućiti pacijentu doživljaj sigurnosti
- Uključiti pacijenta u grupe podrške
- Podučiti pacijenta vještinama suočavanja s poteškoćama
- Koristiti metode igranja uloga za učenje suočavanja u odnosima s drugim ljudima
- Izraditi plan aktivnosti u dogovoru sa pacijentom
- Osigurati razdoblje odmora
- Reagirati pri najmanjima znakovima uzbuđenosti
- Ukloniti činitelje koji utječu na pojavu straha

Evaluacija:

- Pacijent prepoznaje nagone za samoozljeđivanje, prijavljuje ih medicinskoj sestri
- Pacijent negira nagone za samoozljeđivanje
- Pacijent se namjerno ozlijedio [21]

6. Poremećaj misaonog procesa

Cilj:

- Pacijent će biti orijentiran u vremenu i prostoru
- Pacijent će prihvatiti pomoć
- Pacijent će izražavati osjećaje
- Pacijent se neće ozlijediti
- Obitelj će skrbiti o pacijentu

Sestrinske intervencije:

- Osigurati dovoljno vremena za razgovor

- Govoriti polako i razgovijetno
- Dati vremena za odgovor
- Bilježiti i izvještavati o pacijentovim misaonim procesima
- Zvati pacijenta imenom
- Orijentirati pacijenta u vremenu i prostoru
- Omogućiti nesmetan odmor
- Ohrabriti pacijenta da izrazi emocije
- Pratiti pozitivne i negativne reakcije na terapiju
- Osigurati nadzor pacijenta
- Uključiti obitelj u brigu o pacijentu

Evaluacija:

- Pacijent je orijentiran u vremenu i prostoru
- Pacijent je prihvatio pomoć
- Pacijent izražava svoje osjećaje

7. Neučinkovito sučeljavanje

Cilj:

- Pacijent će verbalizirati strahove povezane sa zdravstvenim potrebama
- Pacijent će identificirati faktore koji pridonose nepridržavanju plana
- Pacijent će izraziti ljutnju, frustracije, zabrinutost u vezi plana
- Pacijent će identificirati izvor svog nezadovoljstva
- Pacijent će uspješno provoditi terapijski plan i plan promicanja zdravlja

Sestrinske intervencije:

- Stvoriti odnos povjerenja
- Smanjiti uzroke koji mogu povećati nezadovoljstvo i frustracije pacijenta
- Ohrabriti pacijenta da verbalizira svoje probleme s pridržavanjem plana
- Koristiti pozitivne termine i autosugestiju
- Uključiti pacijenta u planiranje zdravstvene njege
- Ublažiti strah i anksioznost
- Postaviti ciljeve zajedno s pacijentom
- Educirati pacijenta i obitelj
- Osigurati privatnost

Evaluacija:

- Pacijent verbalizira strahove
- Pacijent identificira izvor svog nezadovoljstva

- Pacijent sudjeluje u poboljšanju plana
- Pacijent uspješno provodi dogovoreni plan terapije

8. Nisko samopoštovanje

Cilj:

- Pacijent izražava osjećaje i razmišlja o sebi pozitivno
- Pacijent će identificirati uzroke problema
- Pacijent će sudjelovati u socijalnoj interakciji s drugima

Sestrinske intervencije:

- Omogućiti pacijentu izražavanje emocija
- Osigurati privatnosti adekvatan prostor za razgovor
- Slušati pacijenta, pokazati razumijevanje i interes za problem
- Odrediti granice u slučaju rizičnog ponašanja
- Uočiti promjene u mentalnom statusu
- Uočiti prisutnost suicidalnih misli i namjera
- U dogovoru sa pacijentom izraditi plan dnevnih aktivnosti
- Poticati na socijalne kontakte sa drugima
- Razgovarajući s pacijentom utvrditi snage i prednosti
- Omogućiti razgovor sa psihologom
- Pacijenta i obitelj uključiti u grupnu terapiju

Evaluacija:

- Pacijent je zadovoljan
- Pacijent zna identificirati uzroke problema
- Pacijent ne prihvaća svoje stanje i ne može vratiti samopouzdanje
- Pacijent ne sudjeluje u provođenju intervencija

9. Duševni nemir

Cilj:

- Pacijent će izraziti osjećaj optimizma i nade u budućnost
- Pacijent će izraziti mogućnost opraštanja
- Pacijent će izraziti želju za sudjelovanjem u terapijskim postupcima
- Pacijent će izraziti smanjeni osjećaj krivnje i tjeskobe
- Pacijent će izraziti zadovoljstvo duhovnim stanjem

Sestrinske intervencije:

- Aktivno slušati pacijenta

- Pružiti podršku, ne osuđivati
- Dopustiti vrijeme za izražavanje osjećaja o patnji i/ili smrti te drugih negativnih osjećaja
- Osvijestiti važnost zadovoljavanja duhovnih potreba
- Osigurati privatnost i prostor za vjerske rituale
- Pomoći pacijentu u izradi liste vlastitih vrijednosti i uvjerenja
- Educirati pacijenta o utjecaju bolesti na način života
- Educirati obitelj o promjenama u emocionalnom i psihološkom stanju

Evaluacija:

- Pacijent izražava mogućnost opraštanja
- Pacijent izražava osjećaj optimizma i nade u budućnost
- Pacijent izražava smanjeni osjećaj krivnje i tjeskobe
- Pacijent sudjeluje u prakticiranju vjere
- Pacijent izražava zadovoljstvo duhovnim stanjem

10. Bepomoćnost

Cilj:

- Pacijent će identificirati ponašanje koje mu onemogućuje socijalnu interakciju
- Svoje neprikladno ponašanje će zamijeniti socijalno prikladnim
- Pacijent će razviti suradljiv odnos s okolinom
- Obitelj će sudjelovati u unapređenju socijalne interakcije pacijenta

Sestrinske intervencije:

- Uspostaviti odnos povjerenja
- Pružiti podršku podučiti pacijenta tehnikama suočavanja sa stresom
- Poticati pacijenta na uključivanje u grupnu terapiju
- Ukazati pacijentu na neprihvatljivo ponašanje
- Poticati pozitivno mišljenje o društvenoj interakciji
- Osigurati obiteljsku terapiju
- Pohvaliti svaki napredak
- Osigurati rad s multidisciplinarnim timom

Evaluacija:

- Pacijent se ponaša socijalno prikladno
- Razvija suradljiv odnos s okolinom

13. Zaključak

Suicid ili samoubojstvo je svjesno i namjerno oduzimanje ili pokušaj oduzimanja vlastitog života. Ako ne postoji puna svijest, tada se radi o nesretnom slučaju. Svjetska zdravstvena organizacija suicid smatra nasiljem prema samom sebi i pod tu vrstu nasilja svrstava suicid, pokušaj suicida, planiranje ili samo razmišljanje o suicidu i samoozljeđivanje, a nasilje definira kao namjerno korištenje fizičke snage ili moći prijetnjom ili akcijom koja može rezultirati ozljedom, smrću, psihološkim posljedicama, nerazvijenošću ili deprivacijom. Suicid je javnozdravstveni problem, a ne samo psihijatrijski, jer je suicidalno ponašanje i učestalost suicida povezana s nekim čimbenicima socijalnog i kulturalnog okruženja (npr. rat, poratno razdoblje, alkoholizam, depresija). Kroz povijest su se mijenjale teorije o suicidu, a još danas je to kod nas tabu tema. Uz pomoć zdravstvenih djelatnika i same obitelji može se potencijalnog suicidanta spasiti i vratiti pozitivno razmišljanje u život. Važna je uloga medicinske sestre u prepoznavanju simptoma i komunikaciji. Kod prijema na odjel nakon neuspjelog pokušaja suicida potrebno je dobiti povjerenje i uliti osjećaj sigurnosti. Hrvatska udruga za prevenciju suicida pokušava otvoriti oči javnosti o fenomenu suicida jer u današnje ubrzano i stresno vrijeme sve više ljudi vidi izlaz jedino u suicidu nakon dugog razdoblja depresije i anksioznosti. Nitko od nas ne zna što nam se može dogoditi već sutra i navesti nas na pomisao o suicidu i zato smatram da bi suicid trebao imati više pozornosti medija, liječnika i običnih ljudi da bi se smanjila stopa suicida. Svi bi trebali znati barem neke osnove u prepoznavanju suicidalnih osoba i ne zatvarati oči pred postojećim problemom koji je u porastu jer baš mi možemo nekom spasiti život i pokazati mu da nije sve tako sivo. Suicid bi trebao prestati biti tabu tema i trebalo bi prestati gledati na suicidante kao na psihički poremećene osobe i kukavice.

U Varaždinu, 04.10.2017.godine

Antonela Rozman

SVEUČILIŠTE
SJEVER**IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU**

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, ANTONELA DOZYAN (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom SUICID - EDUKACIJA KAO PREVENCIJA (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, ANTONELA DOZYAN (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom SUICID EDUKACIJA KAO PREVENCIJA (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

(vlastoručni potpis)

14. Literatura

- [1] Mindoljević-Drakulić A. Suicid fenomenologija i psihodinamika. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
- [2] Davidson G.C, Neale J.M. Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja. Jastrebarsko: Naklada Slap; 1999.
- [3] Gregurek R. Psihoterapija depresija, Medicus, 2004.
- [4] Marčinko D. Suicidologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
- [5] Hrvatska komora medicinskih sestara, Sestrinske dijagnoze. Zagreb; 2011.
- [6] Begić D. Psihopatologija, Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
- [7] Costin C. Poremećaji prehrane: 100 pitanja i odgovora. Zagreb: Mozaik knjiga; 2010.
- [8] Šegota I. Etika sestrinstva. Pergamena; 1977.
- [9] Kalauz S. Etika u sestrinstvu. Zagreb: Medicinska naklada; 2012.
- [10] Krešić V. Komunikacija u sestrinstvu-međuljudski odnosi zdravstvenih djelatnika. Zagreb: Sestrinski glasnik; 2013.
- [11] Gruden V. Primjenjena psihoterapija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006.
- [12] Lučanin D. Despot-Lučanin J. Komunikacijske vještine u zdravstvu. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2010.
- [13] <http://www.index.hr/black/clanak/bolest-o-kojoj-se-ne-prica-dovoljno-odnijela-je-zivote-brojnih-zvijezda/993307.aspx>, dostupno 01.09.2017.
- [14] <http://www.suicidi.info/hups-aktivnosti/199/>, dostupno 01.09.2017.

- [15] <https://www.icv.hr/2017/09/hrvatska-udruga-prevenciju-suicida-hups-zastani-tren-promijeni-zivot/>, dostupno 01.09.2017.
- [16] <http://psihijatrija.blogspot.hr/2011/10/sestrinska-skrb-na-psihijatrijskom.html>, dostupno 01.09.2017.
- [17] <http://www.suicidi.info/mitovi.asp>, dostupno 01.09.2017.
- [18] <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/samoubilacko-ponasanje>, dostupno 01.09.2017.
- [19] <http://dobarzivot.net/zdravlje/samoubojstva-kako-pomoci-kad-netko-ne-zeli-zivjeti/>. Dostupno 09.09.2017.
- [20] <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/psihijatrija/pristup-psihijatrijskom-bolesniku/hitna-stanja-u-psihijatriji>, dostupno 10.09.2017.
- [21] <http://psihijatrija.blogspot.hr/2011/11/hitna-urgentna-stanja-u-psihijatriji.html>, dostupno 10.09.2017.