

Specifičnosti zdravstvene njege kod autoagresivnih i suicidalnih bolesnika

Novak, Silvija

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:122:069663>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2023-03-24**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





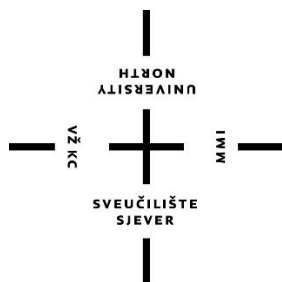
**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 925/SS/2017

**Specifičnosti zdravstvene njege kod autoagresivnih i
suicidalnih bolesnika**

Silvija Novak, 5330/601

Varaždin, rujan 2017. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za biomedicinske znanosti

Završni rad br. 925/SS/2017

Specifičnosti zdravstvene njege autoagresivnih i suicidalnih bolesnika

Student

Silvija Novak, 5330/601

Mentor

Marija Božičević, mag.med.techn.

Varaždin, rujan 2017.godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Silvija Novak	MATIČNI BROJ	5330/601
DATUM	06.08.2017.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Specifičnosti zdravstvene njege kod autoagresivnih i suicidalnih bolesnika		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Specificity of health care in auto-aggressive and suicidal patients		
MENTOR	Marija Božičević, mag.med.techn.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Marijana Neuberg, mag.med.techn., predsjednik		
	2. Marija Božičević, mag.med.techn., mentor		
	3. doc.dr.sc. Marina Šubarić, član		
	4. Melita Sajko, dipl.med.techn., zamjenski član		
	5. _____		

Zadatak završnog rada

BROJ	925/SS/2017
OPIS	<p>Samoozljeđivanje i drugi oblici auto-agresivnog ponašanja su u porastu, a predstavljaju relevantan pokazatelj psihičkog zdravlja te su rizični čimbenik za suicidalno ponašanje i pokušaj suicida. Procjenjuje se da 90% svih suicida počine osobe s mentalnim poremećajima, najčešće oboljeli od afektivnih poremećaja (velika depresija, bipolarni poremećaj, shizoafektivni poremećaj). Samoozljeđivanje je dobrovoljno nanošenje štete vlastitom tijelu, a uključuje ponašanja poput rezanja, grebanja, čupanja kose ili kože, udaranja, onemogućavanja ranama ili ozljedama da zarastu, izazivanja opekline. Suicidalno ponašanje uključuje samoubistvene kretnje, pokušaje samoubistva i izvršeno samoubistvo. Samoozljeđivanje i pokušaj suicida obično su posljedica djelovanja više faktora i najčešće predstavljaju reakciju na stresne i traumatske situacije a uzroci i čimbenici rizika su mnogobrojni i kompleksni. Liječenje i zdravstvena skrb za suicidalnog bolesnika podrazumijevaju aktivan pristup cijelog zdravstvenog tima. Medicinske sestre i tehničari kroz planiranje zdravstvene njege i sestrinske intervencije proaktivno sudjeluju u prevenciji, njezi i liječenju autoagresivnih i suicidalnih bolesnika.</p> <p>U radu je potrebno:</p> <ul style="list-style-type: none">- definirati pojmove vezane uz autoagresivno ponašanje i suicidalnost- prikazati epidemiološke i etiološke pokazatelje autoagresivnog i suicidalnog ponašanja- prikazati prevenciju i čimbenike rizika- prikazati dijagnostičke modele i terapijske postupke- objasniti i prikazati sestrinske kompetencije i intervencije kod osoba s rizikom za autoagresivno i suicidalno ponašanje

ZADATAK URUČEN

22.09.2017.



Marija Božičević

Predgovor

Zahvaljujem mentorici Mariji Božičević mag.med.techn. na strpljenju, pomoći i vodstvu prilikom izrade ovog završnog rada, svim profesorima, kolegama i prijateljima.

Svojim roditeljima zahvaljujem što su bili uz mene kroz ove godine studiranja i omogućili mi da studiranje bude što lakše i ugodnije.

Ovaj rad posvećujem svojoj kćeri Hani.

HVALA!

Sažetak

Suicid ili samoubojstvo je svjesno ili namjerno oduzimanje života ili pokušaj oduzimanja vlastitog života. Pokušaj suicida, suicid, suicidalne namjere i samoozljeđivanje smatraju se važnim problemom ne samo psihijatrije već i javnog zdravstva i društva općenito. Mišljenja brojnih znanstvenika su da je stopa suicida u posljednjih 50 godina porasla za 60%, najvećim dijelom u zemljama u razvoju. Suicid češće počine muškarci, a žene češće neuspješno pokušavaju suicid. S obzirom da suicid zauzima treće mjesto uzroka smrti u razvijenim zemljama, važnost treba biti usmjerena na poduzimanje preventivnih akcija u svrhu smanjenja suicida. Preventivne mjere uključuju medicinsku stručnu brigu i skrb za osobe sa suicidalnim namjerama, primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju, adekvatnije otkrivanje psihičkih poremećaja i liječenje, te praćenje stanja oboljelih, njihovu rehabilitaciju te resocijalizaciju. Oboljelima je važno ograničiti dostupnost štetnih i opasnim sredstvima, ograničavanje izvješća o suicidima, jer sam opis izvršenja suicida može poticati osobu na takav vid ponašanja. Bitna uloga u prevenciji suicida je osnivanje Centara za krizna stanja. Njega autoagresivnih i suicidalnih bolesnika je specifična. Zahtjeva puno razumijevanja, znanja, stalne edukacije o pravilnom pristupu i liječenju suicidalnih osoba kao i osoba koje su sklone autoagresivnom ponašanju.

Ključne riječi: suicid, suicidalnost, autoagresija, samoozljeđivanje, procjena, zdravstvena njega

Popis korištenih kratica

SUPRE Svjetska zdravstvena organizacija za prevenciju suicida

SZO Svjetska zdravstvena organizacija

EU Europska Unija

EEG Elektroencefalografija

EKG Elektrokardiografija

EMNG Elektromioneurografija

TMS Transkranijalna magnetska stimulacija

Sadržaj

1.	Uvod	1
2.	Suicid i suicidalno ponašanje: definicija i terminologija	4
2.1.	Vrste i načini izvršavanja suicida	5
2.2.	Samoubilačke igre.....	6
2.3.	Parasuicid	6
3.	Uzroci samoubojstva	8
3.1.	Procjena rizika	9
4.	Prevenција suicida.....	11
5.	Izvršena samoubojstva u Hrvatskoj.....	13
6.	Autodestruktivnost	16
6.1.	Autoagresivno ponašanje	16
6.2.	Samootrovanje alkoholom i lijekovima	17
6.3.	Poremećaji prehrane.....	18
6.3.1.	Anoreksija nervoza	18
6.3.2.	Bulimija nervoza.....	18
7.	Rizični čimbenici za autoagresivno ponašanje.....	19
8.	Epidemiologija autoagresivnog ponašanja u svijetu	20
9.	Suicidalnost i samoozljeđivanje kod poremećaja ličnosti	21
10.	Zdravstvena njega suicidalnog i autoagresivnog bolesnika	22
11.	Sestrinske dijagnoze	25
11.1.	Visok rizik za samoubojstvo.....	25
11.2.	Visok rizik za samozljeđivanje	26
12.	Metode liječenja suicidalnosti i autoagresivnosti.....	27
12.1.	Antipsihotici	27
12.2.	Antidepresivi	28
12.3.	Stabilizatori raspoloženja	28
12.4.	Elektrostimulativna terapija.....	29
12.5.	Transkranijalna magnetna stimulacija.....	30
12.6.	Kognitivna terapija.....	30
13.	Zaključak.....	32
14.	Literatura.....	33

1. Uvod

Samoubojstvo, njegovi pokušaji, samoozljeđivanje kao vapaj za pomoć, u svijetu su, a i u našoj zemlji sve prisutnija pojava. Posebnu zabrinutost izazivaju činjenice da se na njih sve češće odlučuju mladići i djevojke, čak i djeca. Statistike tvrde da se u svijetu tijekom godine počini pola milijuna samoubojstava, a to je približno 1370 na dan ili gotovo svake minute samouništenjem se ugasi jedan ljudski život. Samoubojstvo je najčešće zamka u koju upadaju osobe koje proživljavaju teške psihičke krize, osobe koje često ne znaju ni što bi učinile same sa sobom, a usto mogu biti i preosjetljive, lako ranjive, previše senzibilne, labilne, nezadovoljne, razočarane, frustrirane, potištene, depresivne, samoagresivne, nasilne, destruktivne i pesimistički orijentiranje ličnosti. Motivi samoubojstva uvijek su individualni i gotovo uvijek dvoznačni jer su plod želje za afirmacijom i negacijom, potrebe za samouništenjem i potrebe za samoodržanjem. O tome svjedoče brojni pokušaji i neuspjela samoubojstva, te signali i apeli koje tim putem suicident upućuje okolini.

Sklonost samoubojstvu česta je kod shizofrenije, melankolije i drugih vrsta duševnih bolesti. To su endogeni uzroci koji se mogu liječiti s manjom ili većom učinkovitošću. Mogu se ublažiti, otkloniti ili se sprečavaju psihijatrijskim, psihoterapijskim i drugim oblicima stručnog tretmana. Da bi netko počinio samoubojstvo, moraju postojati najmanje četiri suicidalna čimbenika: teška psihička kriza, naglašena autoagresivnost i nasilnost, samoubilačka ideja, samoubilački plan.

Suicidalne bolesnike teško je prepoznati što je shodno tome problem u daljnjem postupku. Procjena rizika jedan je od najvažnijih postupaka kod ovakvih bolesnika. To je posebno delikatan zadatak u susretu s bolesnikom koji je pokušao suicid ili za kojeg se pretpostavlja da ima izrazitu sklonost suicidu. O toj procjeni ovisi daljnji odnos prema pacijentu i odnosu s njim. Pogrešna procjena može imati tragične posljedice

Suicid je ponekad moguće prevenirati odnosno spriječiti na način da se osobe sa psihičkim poteškoćama uključuje u primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju. U prevenciji najviše pomažu bolja detekcija psihičkih poremećaja, učinkovitije liječenje. Uključivanja oboljelih u rehabilitaciju, praćenje njihovog stanja i resocijalizacije. Potrebno im je ograničiti pristup štetnim i opasnim sredstvima kao i ograničiti pristup opasnim mjestima.

Samoozljeđivanje je čin agresije prema samome sebi i nanošenje fizičkih ozljeda samome sebi. Ponekad to mogu biti manje ranice ili ogrebotine koje prođu s vremenom, no ponekad su to dublje rane od kojih mogu ostati trajni ožiljci. Neki od oblika samoozljeđivanja su: rezanje po sebi (korištenje noža, žileta, skalpela ili nekog drugog oštrog predmeta sa svrhom da se nanese bol), udaranje tijela s nekim težim predmetom ili nabijanje tijela na šiljate predmete.

U Hrvatskoj je 2007. o samoozljeđivanju razmišljalo 23% dječaka i 39% djevojčica, njih čak 43% u dobi od 15 do 16 godina. Novija istraživanja pokazuju da postoji visoka stopa autodestruktivnog ponašanja u adolescenata između 14 i 28 godina, ponekad i do 24. Najčešći oblici autodestruktivnog ponašanja su prema istraživanjima: samoozljeđivanje rezanjem i samootrovanje lijekovima.

Brojna istraživanja pokazuju da postoji mnogo rizičnih čimbenika među mladima koja izazivaju bilo koji od oblika autodestruktivnog ponašanja, najviše autoagresivnog odnosno sklonost samoozljeđivanju. Najčešće navedeni rizični čimbenici su: zanemarivanje i zlostavljanje u ranom djetinjstvu, seksualno zlostavljanje, fizičko i psihičko zlostavljanje unutar obitelji, narušeni odnosi unutar obitelji ili sa drugim članovima obitelji, traume iz djetinjstva, rano odvajanje od obitelji, smještaj u drugu obitelj ili ustanovu, nerazumijevanje od strane okoline i vršnjak.

Suicid i samoozljeđivanje, odnosno autoagresivno ponašanje posebice je izraženo kod pacijenata sa graničnim poremećajem ličnosti. Jedan od kriterija za taj poremećaj je i sklonost samoozljeđivanju, i to je uz depresiju, jedini poremećaj kojeg karakterizira samoozljeđujuće i suicidalno ponašanje.

Jedan od fenomena koji se posebno istražuje jest kronična suicidalnost. Kronično suicidalno i parasuicidalno ponašanje, bez trenutnih suicidalnih namjera ili ponašanja, obično se nalazi kod ozbiljnih poremećaja ličnosti i terapija izbora je psihoterapija uz farmakoterapiju

Vrlo je važno da se bolesnici sa visokim rizikom za suicidalnost i samoozljeđivanje kontinuirano prate i promatraju. Medicinska sestra bi trebala sa njima uspostaviti odnos povjerenja, razgovarati sa njima o njihovim pogledima na život i utvrditi da li pojedinac ima rizične čimbenike za suicidalno ponašanje te da li ih pokazuje. Suicidalni pacijenti su obično se mogu prepoznati po depresivnom ponašanju, suicidalnim mislima ili prijetnjama. Kako bi bolesnicima bilo lakše izraziti svoje emocije i kako bi se osjećali sigurno prema njima treba pokazati razumijevanje i zaštitnički stav, ali ne i kažnjavajući ili osuđujući stav. Najčešće sestrinske dijagnoze kod suicidalnih i autoagresivnih pacijenata su visok rizik za samoubojstvo i visok rizik za samoozljeđivanje.

Stopa suicida u shizofreniji se nije znatno smanjila uvođenjem klasičnih antipsihotika (1950-ih), unatoč njihovom povoljnom učinku na primarno pozitivne simptome bolesti. Postoji više mogućih mehanizama kojima antipsihotici mogu povećati rizik suicidalnog ponašanja. Uvođenjem novih antipsihotika došlo je tek do minimalnog smanjenja suicidalnog ponašanja u shizofreniji.

Elektrostimulativna terapija je, prema mišljenju vodećih stručnjaka u psihijatriji „zlatni standard“ (najbolja moguća terapija) za teške poremećaje raspoloženja uz koje se vežu suicidalna promišljanja.

Danas postoje deseci psihoterapijskih modaliteta kojima se pomaže suicidalnim osobama. Posljednjih desetak godina prema istraživanjima izdvaja se kognitivna terapija.

2. Suicid i suicidalno ponašanje: definicija i terminologija

Suicid se najčešće definira kao dobrovoljno i namjerno samouništenje. Klasični psihijatrijski stavovi su da je suicid čin povezan s poremećajem vitalnog nagona za samoodržanjem. Nagon za samoodržanjem smatra se čovjekovim najjačim i najvažnijim nagonom po hijerarhiji, tada se samoubojstvo može smatrati poremećajem osnovnog nagona. Sociološka istraživanja pokazuju da je osnovni nagon u čovjeku – socijalni, za statusom, pa je shodno tome suicid posljedica gubitka ideala, statusa i slično.

Jedna od najcitiranijih klasifikacija suicidalnog ponašanja je ona O'carrolla i sur. (1996.)

- Samoubojstvo – dokazano samo uzrokovana smrt (bilo da su metoda ili ponašanje koji su prouzročili smrt bili izravno ili neizravno smrtonosni)
- Pokušaj samoubojstva – samoozljeđujuće ponašanje gdje izostaje fatalni ishod, pri čemu postoje dokazi da je osoba namjeravala opisanim činom posredno ili neposredno dovesti do vlastite smrti
- Promišljanje o samoubojstvu – razmišljanja da se skrivi vlastita smrt; promišljanja o samoubojstvu mogu se kretati od nesistematiziranih misli do razrađivanja ozbiljnih planova
- Suicidalna namjera – subjektivno očekivanje i želja da svojevolumni destruktivni čin dovede do vlastite smrti
- Namjerno samoozljeđivanje - svjesno nanošenje boli i ozljeda samome sebi bez stvarne želje i nakane da se skonča vlastiti život [1]

Pojam suicid potječe iz 17.stoljeća kada ga je engleski pisac Thomas Browne prvi upotrijebio u djelu „Religio Medici“. Od samog početka razvoja suicidologije mnogi istaknuti suicidolozi su različito definirali samoubojstvo. Ni dan danas ne postoji jedinstvena definicija i klasifikacije fenomena suicida.

Bez obzira na motive, uzroke, povode i načine izvršenja, samoubojstvo je uvijek nasilnički akt prema samome sebi, radnja koja se ne može ničime opravdati ili, kako kaže Dumas: „Samoubojstvo je najveći zločin jer se jedini ne može okajati“. Kod ovog fenomena posebno su zanimljivi individualni motivi i psihodinamička struktura potrebe za samouništenjem. Nekolicina autora tvrdi da se težnja i želja za samoubojstvom javlja kao oblik osvete, oblik mržnje ili agresije, kao posljedica ambivalentnog konflikta između ljubavi i mržnje ili pak kao oblik samokažnjavanja zbog primjerice grizodušja i osjećaja krivice. Samoubojstvo je najčešće zamka u koju upadaju osobe koje proživljavaju teške psihičke krize, osobe koje često ne znaju ni što bi

učinile same sa sobom, a usto mogu biti i preosjetljive, lako ranjive, previše senzibilne, labilne, nezadovoljne, razočarane, frustrirane, potištene, depresivne, samoagresivne, nasilne, destruktivne i pesimistički orijentiranje ličnosti. Samouništavajuće ponašanje zapravo je jedna težnja da se izbjegnu neke neugodne posljedice, traume, kažnjavanje, sramoćenje, depresija, konflikti, da se umanjí vlastita odgovornost, da se ublaži napetost, uspostavi ponovno ravnoteža, stabilnost, mir i spokojnost. To je zapravo težnja k statičkoj ravnoteži, povlačenje u sebe i bježanja od života s kojim je suicidant vrlo nezadovoljan. Također se može manifestirati kao bijeg od psihičke i tjelesne boli, patnje, osjećaja hladnoće i praznine, jedan od oblika obrane od duševnog stresa, rizika, egzistencijalne ugroženosti i nesigurnosti. Bijeg od priznanja vlastita neuspjeha, poraza i nemoći. Pad u duboki ponor pesimizma, ništavila, bezvrijednosti, besperspektivnosti. Motivi samoubojstva uvijek su individualni i gotovo uvijek dvoznačni jer su plod želje za afirmacijom i negacijom, potrebe za samouništenjem i potrebe za samoodržanjem. O tome svjedoče brojni pokušaji i neuspjela samoubojstva, te signali i apeli koje tim putem suicident upućuje okolini. [2]

2.1. Vrste i načini izvršavanja suicida

Čin samoubojstva možemo promatrati sa različitih aspekata i stajališta pa ga s obzirom na različite uzroke, načine izvršavanja i okolnosti možemo različito vrednovati, klasificirati i kategorizirati. Većina ubojstva počini se na tradicionalan način, uobičajenim metodama i sredstvima pa ih možemo svrstati u skupinu takozvanih „klasičnih samoubojstava“. Vješanje je jedan od najčešćih načina izvršavanja samoubojstva. Trovanje se izvodi gutanjem otrovnih sredstava u tekućem ili krutom obliku. Skok visine na tvrdu podlogu, skok s nadvožnjaka u provaliju također pripadaju u češće oblike. Događa se da suicident šeće uz željezničku prugu i kada mu se približi vlak iznenada skoči pred lokomotivu. U ovom slučaju tijelo bude iznakaženo dok u slučaju gdje suicident mirno leži na tračnicama i čeka nailazak vlaka, tijelo bude očuvano. Korištenjem ubojitog vatrenog oružja samoubojstvo obično čine muškarci. Nerijetko naslone cijev na čelo, sljepoočnicu, ispod brade ili u predjelu srca i onda se ustrijele. Rane su uglavnom zadane iz neposredne blizine i u većini slučajeva smrtonosne. Samoubojstva su česta ali su još češći njegovi pokušaji- rezanjem vena nekim oštrim predmetom, najviše žiletom i britvom. Ubodne rane samoubojica zadaje u predjelu srca, a ubodne rezove u predjelu trbuha. Rez je na početku dubok a zatim sve plići i plići jer samoubojica gubi snagu. Ako je rez cijelom dužinom jednako dubok valjda posumnjati na ubojstvo. U pravilu, samoubojstvo se izvodi isključivo

jednim načinom i jednim sredstvom ali u praksi se ponekad i susreće primjena nekoliko njih, sredstava i načina. Takva samoubojstva nazivamo kombiniranim samoubojstvima. Mogu biti naprasna i polagana, aktivna i pasivna, javna i tajna prema izboru mjesta, prema broju osoba: pojedinačna, dvojna, višestruka. Dvojna i višestruka mogu biti potpuna i nepotpuna. Potpuna su ako svi umru a nepotpuna ako neko od partnera ostane živ. O dvojnim i višestrukim ubojstvima govori se samo ako postoji zajednički motiv. Postoji i takozvano simulirano i disimulirano samoubojstvo. U prvom slučaju, iz različitih interesa i pobuda ubojstvo, prirodna smrt ili nesretni slučaj pokušaju se prikazati kao samoubojstvo, a u drugom je obrnuti slučaj, samoubojstvo se prikazuje kao prirodna smrt, nesretni slučaj ili ubojstvo. S obzirom na izvršenje, može biti: planirano, neplanirano, aktivno, brzo, naglo, iznenadno. Prva su mnogo učestalija, pripremana dugo i u tajnosti, te diskretno izvedena, dok su druga neplanirana, nepredvidljiva, u ljutni, svađi i naprečac počinjena.

2.2. Samoubilačke igre

Postoji još jedna vrsta samoubojstva koju je vrlo teško razumjeti. Vrsta koja je jeziva, grozna i čudovišna. To je samoubojstvo iz zabave, pomodarstva, iskazivanja hrabrosti, smjelosti. Radi se o samoubilačkim igrama koje su vrlo rijetke u svijetu i ne nailaze na svoje pristalice, međutim postoje. Primjerice, skupina sjedne za stol, podijele karte i izvlače ih. Unaprijed imaju dogovorenu fatalnu kartu. Onaj ko izvuče fatalnu kartu mora počinii samoubojstvo u roku od jednog dana. U slučaju da to ne učini, ubit će ga njegovi partneri iz ove jezive igre. Postoji više vrsta igara poput „ruskog ruleta“. To je kobno kockanje životom, suluda igra koju mladi katkad provode iz nama neobjašnjivih razloga, iz mode, ludosti ili objijesti.

2.3. Parasuicid

Suicid je čin kojim neka osoba sebe usmrti, a pri tome je rukovođena težnjom da sebi oduzme život. To je zapravo, konačan akt jednog dugotrajnog, mukotrpnog procesa, dvojbe, odlučivanja, unutarnje borbe i lomljenja koje se odvijali u glavi nesretne, nezadovoljne osobe koja se neuspješno suočavala sa mnogobrojnim problemima. Suicid predstavlja kraj ne samo jednog života već i samoubilačkog razmišljanja, bola, patnje, nedoumica, ideja i kolebanja. Ono je uvijek dugo i pomno pripremano, u tajnosti. Samoubilački planovi su razrađeni do najsitnije detalja, a njihova realizacija se provodi u najvećoj diskreciji i tajnosti. Onaj tko čvrsto odluči

počiniti samoubojstvo, skriva svoje patnje, samoubilačke namjere i planove od okoline, pa čak roditelja, prijatelja, suradnika i kolega. Nasuprot ovoj skupini, postoji druga skupina kojoj to nikako ne uspijeva. Druga skupina, potencijalnih samoubojica nesvjesno a ponekad i svjesno, bilo riječju ili ponašanjem upozoravaju svoju okolinu na probleme, nedaće i bol iz kojih kao jedini izlaz vide samoubojstvo. Oni svoj samoubilački plan i akt obično ne provedu do kraja pa ostane sve na pokušaju – bilo da ih netko otkrije i spriječi, bilo da tijekom pokušaja dođe do tehničkih, organizacijskih ili nekih drugih teškoća i problema. Ponekad se i preplaše pa odustanu od svoje namjere. Odustajanje može biti trajno ili samo prolongirano. Takav suicid, započet a ne okončan nazivamo – parasuicidom. Goleme su razlike između samoubilačkog ponašanja osoba koje su donijele čvrstu odluku da počine taj fatalan čin i onih koji to izvode samo kao gestu, blef, prijetnju, koji se pretvaraju i time pokušavaju nekoga zaplašiti, izvući iz toga neku korist, beneficiju, izbjeći kaznu, odgovornost ali ne po cijenu vlastita života. Dakle, postoje dva ekstrema. Na jednoj strani imamo osobe kod kojih je želja za smrću blago naglašena ili je uopće nema, a apel za pomoć vrlo istaknuti i prenaplašen, dok na drugoj strani dominira uporna težnja, odluke, želja za smrću a apel je gotovo nezamjetan, tako da ga čak nit sam suicident nije svjestan. Kao što postoji nagon za životom, tako postoji i nagon za smrću. Neki autori poput Seneke, Leonarda da Vincija, Mečinokova, Stengela, Freuda pridodaju značajnu funkciju etiopatogenezi samouništavajućeg ponašanja. Parasuicidalno ponašanje nije proizvod agresivnosti, autodestruktivnog poriva niti stvarne potrebe i odluke za samouništenjem, već je apel okolini s kojom suicident nema normalnu verbalnu komunikaciju. Na taj način, neverbalnom komunikacijom, gutanjem tableta, pažljivim rezanjem vena i drugim samoubilačkim radnjama prenosi apel okolini.

3. Uzroci samoubojstva

Motivi, uzroci i povodi samoubojstva su uvijek individualni, raznoliki i višedimenzionalni. Proizlaze iz same ličnosti, njegove obitelji, školske, radne i životne okoline. Svrstani su u dvije skupine:

- Endogeni (uzorci unutarnjeg podrijetla)
- Egzogeni (uzroci i motivi koji su proizvod vanjskog okruženja i okoline)

Sklonost samoubojstvu česta je kod shizofrenije, melankolije i drugih vrsta duševnih bolesti. To su endogeni uzroci koji se mogu liječiti s manjom ili većom učinkovitošću. Mogu se ublažiti, otkloniti ili se sprečavaju psihijatrijskim, psihoterapijskim i drugim oblicima stručnog tretmana. Egzogeni uzroci mnogo su zastupljeniji, tu spadaju socijalne, ekonomske, kulturne, obiteljske, školske i druge neprilike, uzroci i motivi koji variraju od sredine do sredine. Međutim, svaki suicid i svaki pokušaj suicida uzrokovani su čitavim spletom, najčešće nesvjesnih motivacijskih čimbenika i uvijek su izraz povezanosti znakova ličnosti i njezinih simptoma sa psiho – socijalnom situacijom suicidenta. Osjećaj neizrecive ogorčenosti i nezadovoljstva prisutni su kod svih samoubojstava, a bez snažne psihičke krize nema ni samoubojstva niti pokušaja. Sama odluka o samoubojstvu donosi se u teškim i kriznim situacijama, živčanoj napetosti, gorčini i patnji, očaju, poniženosti, gubitku ljudskog dostojanstva i tako dalje. Zapravo, potencijalni samoubojica ne traži kompromise, alternative, izlaz ili rješenje. On zbraja nedaće, konflikte i sve što je povod njegova razmišljanja o samoubojstvu da bi ga to u konačnici dovelo do samoubojstva. To ga još snažnije učvršćuje u uvjerenju u svoju odluku jer se samoubojstvo nikada i ničim ne može opravdati. Olakšanje i ubrzanje odluke o samoubojstvu donose razne situacije, okolnosti i takozvani suicidogeni stimulansi poput alkohola, narkomanije, raznih vanjskih pritisaka, zlostavljanja, depresivna stanja i slično. Da bi netko donio odluku o suicidu potrebna su barem dva osnovna elementa. Sklonost samoubilačkom razmišljanju i suicidogena dispozicija, i drugi, samoubilački motiv koji on shvaća i prosuđuje kao dovoljan razlog za oduzimanje života. Da bi netko počinio samoubojstvo, moraju postojati najmanje četiri suicidalna čimbenika: teška psihička kriza, naglašena autoagresivnost i nasilnost, samoubilačka ideja, samoubilački plan. Neizravni motivi mogu biti loša egzistencijalna i socijalna situacija, snažne afektivne krize, loši međuljudski odnosi u obitelji, bračne razmirice, gubitak partnera, razvod braka, poslovni i financijski problemi, izdržavanja dugoročne zatvorske kazne, školski neuspjeh, sramoćenje, ratna stradavanja. Svaki od navedenih motiva, pojedinačno ili skupa mogu osobu sklonu samoubilačkim razmišljanjima i radnjama motivirati i potaknuti na taj čin. Kriza iz koje se ne vidi izlaz gotovo automatski rađa misli o samoubojstvu kao jedinom rješenju i jedinoj

soluciji. Svaki pojedinac ima svoju granicu podnošljivosti, poslije koje će navirati razmišljanja o samoubojstvu, gubitak optimizma, samouvažavanja i dostojanstva. Samoubilačke misli, ideje i tendencije javljaju se kod pojedinaca kada im nestane volje za životom, kada im smrt postane draža, ljepša i privlačnija od trenutnog života. Čovjek bez vjere, optimizma i nade i nije čovjek. Dok se čovjek nečemu nada, živi, nešto očekuje, u nešto vjeruje, tada ne pomišlja na samoubojstvo. Bezbroj je, izvora, uzroka, povoda i motiva koji skupno, pojedinačno u interakcijski potiču i djeluju na zagorčavanje života ljudi, tjeraju ih na razmišljanje, donošenje odluka i plana za samoubojstvo, njegov pokušaj i izvršenje. [3]

3.1. Procjena rizika

Suicidalne bolesnike teško je prepoznati što je shodno tome problem u daljnjem postupku. Svakako, bolesnik u kojeg su prisutni suicidalno razmišljanje i ponašanje, zahtjeva liječenje u bolničkim uvjetima. Procjena rizika jedan je od najvažnijih postupaka kod ovakvih bolesnika. To je posebno delikatan zadatak u susretu s bolesnikom koji je pokušao suicid ili za kojeg se pretpostavlja da ima izrazitu sklonost suicidu. O toj procjeni ovisi daljnji odnos prema pacijentu i odnosu s njim. Pogrešna procjena može imati tragične posljedice. Ako se suicidalnog pacijenta ne zbrine adekvatno, odnosno hospitalizira, on bi u suprotnom mogao počinuti suicid. Svaka procjena je individualna i svakom bolesniku treba pristupiti kao pojedincu. Prilikom procjene je dobro imati na umu podatke koji govore o povećanom riziku od suicida. To su u prvom redu, muški spol, iznad 45 godina, ovisnici o alkoholu, skloni nasilnom ponašanju, prethodni pokušaji suicida i prethodne hospitalizacije ili postojanje tjelesnih bolesti. Također ne smije se zaboraviti da je suicid na visokom mjestu uzroka smrti adolescenata. Važno je imati na umu da muškarci tri puta češće počine suicid, a žene ga tri puta češće pokušaju. Suicidu pridonosi loša obiteljska situacija, loša ekonomska situacija, odbačenost i osjećaj zanemarenosti češće kod adolescenata. Opisujući neoprezno i neadekvatno slučajeve suicida, mediji mogu inicirati suicidalno ponašanje. Isto tako suicidalno ponašanje jednog člana skupine može potencirati suicidalno ponašanje ostalih članova skupine. Suicidalnog pacijenta treba izravno pitati o postojanju suicidalnih ideja, o namjerama ili pokušajima suicida, osobito ako se radi o depresivnom pacijentu. Većina onih koji razmišljaju o suicidu govorit će o svojoj namjeri. Više od polovice će sasvim otvoreno reći da bi željeli umrijeti. Čim se dobije takav odgovor i pacijent im razrađen plan za samoubojstvo to je bolesnik s visokim rizikom za suicid. veliku pažnju potrebno je posvetiti suicidalnom bolesniku koji je najprije pokazivao nemir, a koji se smirio bez ikakva

vanjskog razloga. To bi moglo upućivati da je donio konačnu odluku da poćini suicid, a što je rezultiralo njegovim smirenjem. Pri donošenju odluke o hospitalizaciji od pomoći će biti prethodno navedeni čimbenici rizika al isto tako treba ispitati mogućnosti potpore od strane socijalnog sustav. U slučaju da je obitelj pacijenta tolerantna, brižna i razumna i može preuzeti brigu o bolesniku i njegovom nadzoru tada se bolesnik može liječiti i ambulantno. Obitelj je potrebno educirati i detaljno razraditi plan akcije ako dođe do nepovoljnih zbivanja. Isto tako potrebno je bolesniku i obitelji reći kome se mogu obratiti u slučaju pogoršanja bolesnikovog stanja. Osobit problem predstavljaju kronično suicidalni bolesnici, koje je ponekad nemoguće „sačuvati“ od suicida, pa čak i u bolnicama. U bolnicama se također tome pridaje vrlo velika pozornost a osoblje koje radi sa takvim bolesnicima izloženo je iznimno velikom psihičkom naporu. [1]

4. Prevencija suicida

Suicid je ponekad moguće prevenirati odnosno spriječiti na način da se osobe sa psihičkim poteškoćama uključuje u primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju. U prevenciji najviše pomažu bolja detekcija psihičkih poremećaja, učinkovitije liječenje. Uključivanja oboljelih u rehabilitaciju, praćenje njihovog stanja i resocijalizacije. Potrebno im je ograničiti pristup štetnim i opasnim sredstvima kao i ograničiti pristup opasnim mjestima. Važno je i da im se ograniči pristup izvješćima o suicidima, jer opis izvršenja suicida može potaknuti sudicidalnu osobu na takvo ponašanje, odnosno može biti indukcija. Veliku ulogu ima u prevenciji i resocijalizaciji suicidalnog pacijenta ima obitelj koju je potrebno educirati putem udruga, putem šire društvene zajednice. Za osobe sa rizikom za suicid bilo bi korisno pokrenuti, osnovati Centar za krizna stanja, gdje bi se osobe ili bolesnici u krizi mogli javiti.

Danas je, posredstvom novih medija poput internetskih blogova i web stranica koje primjerice otvoreno promoviraju sudicidalno ponašanje, omogućen negativan publicitet fenomenu samoubojstva. To dodatno pojačava destruktivne tendencije i omogućava identifikaciju rizičnih skupina, što često dovodi do tragičnog ishoda. Mediji su u današnje vrijeme u konačnici odgovorni za zdravlje ljudi, oni oblikuju javno mišljenje, ponašanje, stajališta i samu kulturu. Stoga u današnjici mediji mogu postati iznimno snažan i pozitivan partner u informiranju javnosti o suicidima. To mogu učiniti na način da objavljuju samo pouzdane i autentične podatke, bez objavljivanja fotografija osoba koje su počinile suicid, njihova oprostajna pisma i bez obavještavanja o specifičnim detaljima samoubojstva i bez pojednostavnjenih tumačenja tog čina. Važno je da mediji daju publicitet pokazateljima rizika od suicidalnosti, da daju savjete kako pomoći potencijalnom suicidantu. Potrebno je i putem medija distribuirati druge važne informacije poput brojeva telefona i adrese službi, kriznih centara u koje se suicidant ili njegova obitelj može javiti u trenutcima krize. Takav način izvještavanja može znatno pridonijeti edukaciji stanovništva, opće populacije i spriječiti tragičan gubitak ljudskih života. Strategiju ovakvog načina izvještavanja medija pokrenula je Svjetska zdravstvena organizacija pod imenom „SUPRE“ (Suicide Prevention). U zadnjih 25 godina učinjeno je znatno više na teorijskom planu prevencije suicida nego na praktičnom planu. Danas se mnogi suicidolozi slažu s konstatacijom da bi trebalo pronaći efikasnija rješenja za prevenciju suicida. Shodno tome je na globalnoj razini donesen plan u kojem su iznijeti konkretni zadaci kojima će se u budućnosti pospješiti prevencija suicida. Neke od naglašenih točaka su daljnje ulaganje u istraživanja koja će biti obojena kvantitetama, ali i kvalitetama podacima transkulturalnih studija. Isto tako važno je napomenuti razvijanje novih, inovativnih

psihoterapijskih, farmakoterapijskih i neuroznanstvenih rješenja na razini (inter)nacionalne prevencije suicida. [3]

Zdravo i skladno obiteljsko ozračje, dobar roditeljski brak, humano i toplo ophođenje s djecom tijekom njihovog adolescentskog razdoblja, u njihovom duševnom životu, traženju vlastitog identiteta, javljanje prvih đaćkih ljubavi, prvih seksualnih iskustava, uspjeha, neuspjeha, razočaranja. Važno je da roditelji dobro poznaju ličnost vlastitog djeteta, njegove potrebe, probleme, teškoće, sposobnosti, mogućnosti, izgrade iskren i prijateljski odnos. Odnose razumijevanja, ljubavi, povjerenja, uvažavanja, visoke razine tolerantnosti, pronalaženje kompromisa. Dijete koje bez problema može reći svoje probleme roditeljima, bez straha i bez ustručavanja nikada neće pomisliti na samoubojstvo. Baš suprotno, roditeljima će se obratiti za savjet, pomoć i uspješno rješavanje kriza, konflikata ili bilo kakvog problema. Praksa je pokazala da se samoubojstvo može spriječiti sustavnim, kontinuiranim i dobro organiziranim odgojnim radom, zdravstvenim i socijalnim prosvjećivanjem i bavljenjem suicidalno ugroženim osobama, poglavito ako ih se na vrijeme otkrije kao i njihove probleme, uzroke i motive koji ih potiču na taj čin. Mlade ljude treba u prvom redu poticati i osposobljavati za samopomoć, samosvladavanje i samozaštitu, kao i uzajamnu pomoć u čuvanju i unaprjeđivanju mentalnog i tjelesnog zdravlja. Preventivne aktivnosti treba primarno usmjeriti na odgoj, zdravstveno prosvjećivanje, osiguranje boljih životnih uvjeta ali im treba priskrbiti i sve ostale preduvjete za život kao što su zabava, optimalan razvitak obitelji, predškolskim ustanovama, osnovnim i srednjim školama, fakultetima i radnim organizacijama. Griješe oni koje misli da osobu sklonu suicidalnom ponašanju valja štiti, nadzirati, čuvati ili pratiti. Daleko je bolje poučiti i osposobiti takvu osobu da se sama razborito i odgovorno ponaša, čuva i zaštićuje.

5. Izvršena samoubojstva u Hrvatskoj

Registar izvršenih samoubojstava Hrvatske državni je registar koji je osnovan 1986. godine u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo. Registar predstavlja specijalni zdravstveno-statistički instrument i ima značajke populacijskog registra. U njemu se registriraju i prate podatci o izvršenim samoubojstvima. Izvršena samoubojstva prikazuju se prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema SZO šiframa vanjskih uzroka namjernog samoozljeđivanja uz koje se vežu šifre osnovnog uzroka smrti. Zaključno s 1994. godinom namjerno samoozljeđivanje šifrirano je prema IX reviziji (šifre E 950- E 959), a od 1995. godine prema X reviziji (šifre X60-X84). Izvor podataka je Potvrda o smrti. Način prikupljanja podataka određen je Godišnjim provedbenim planom statističkih aktivnosti RH (Statistika o psihozama s Registrom za psihoze i Registrom izvršenih samoubojstava).

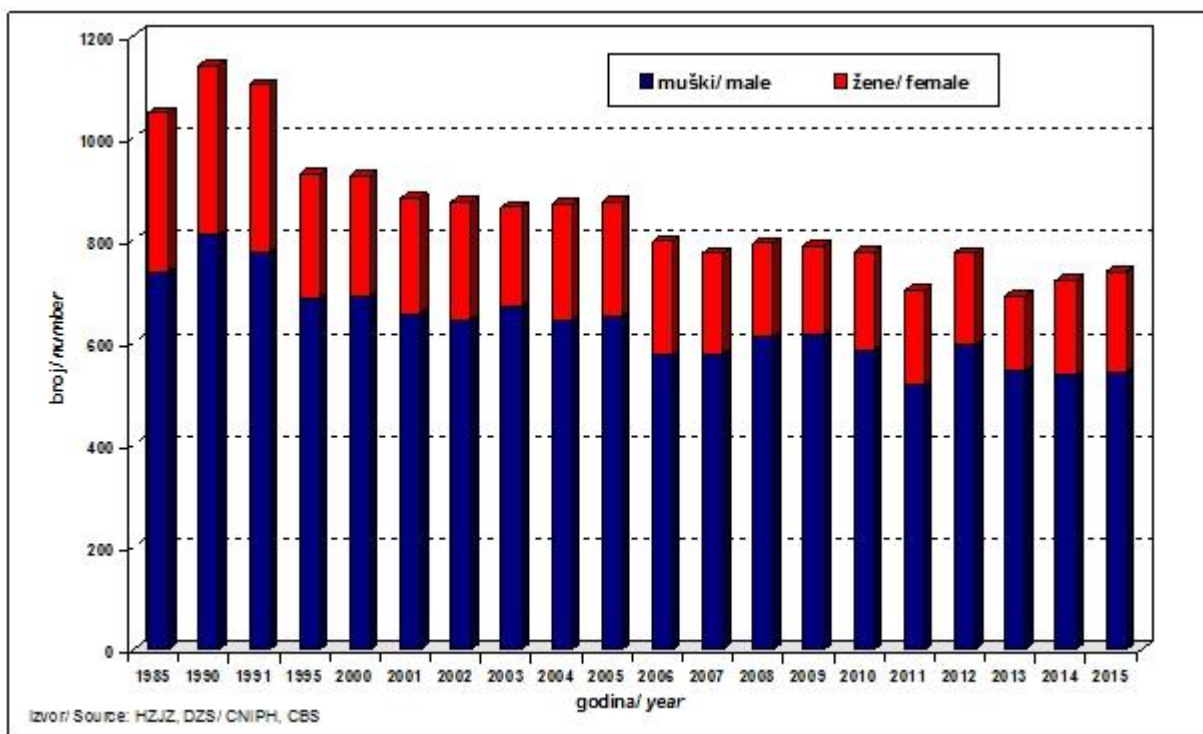
Izvršena samoubojstva jedan su od vodećih uzroka smrti od ozljeda u Hrvatskoj. Kroz godine se bilježe oscilacije u broju izvršenih samoubojstava, kao i u broju izvršenih samoubojstava prema broju stanovnika (stopa/100.000). Od 1999. godine prisutan je trend pada broja samoubojstava. U 1985. godini počinjeno je 1.050 samoubojstava (stopa 21,5/100.000). Podjednak, a ujedno i najveći broj samoubojstava registriran je 1987. i 1992. godine (1.153 slučajeva, stopa 24,1/100.000 i 1.156 slučajeva, stopa 24,2/100.000). Najmanje izvršenih samoubojstava registrirano je 1995. godine (930 slučajeva, stopa 19,4) te u razdoblju između 2000. i 2015. godine (926 slučajeva, stopa 20,9 2000. godine; 739 slučajeva, stopa 17,6/100.000 2015. godine). S obzirom na spol omjer samoubojstava muškaraca i žena kretao se u rasponu od 2,2 do 3,7:1.

Dobno standardizirane stope smrtnosti zbog samoubojstava u Hrvatskoj, za sve dobi kao i za dob 0-64 godina, pokazuju oscilacije do 1997. godine, a od 1998. godine prisutan je kontinuirani pad stope (2014. godine stopa iznosi 14,0/100.000 za svu dob; stopa 12,3/100.000 za dob 0-64). Registriraju se razlike dobno standardiziranih stopa po županijama. Županije primorskog dijela Hrvatske bilježe znatno niže stope izvršenih samoubojstava od pojedinih županija kontinentalnog dijela.

U Hrvatskoj je, kao i u mnogim zemljama, u pojedinim godinama bio zabilježen porast broja i stope izvršenih samoubojstava u dobi od 15 do 19 godina. Godine 1985. stopa je iznosila 5,8, najviša stopa registrirana je 1999. god. (12,9), od 2000. godine nadalje bilježi se pad stope te je 2011. godine zabilježena najniža stopa u toj dobi (3,5), a 2015. godine stopa je iznosila 5,0/100.000.

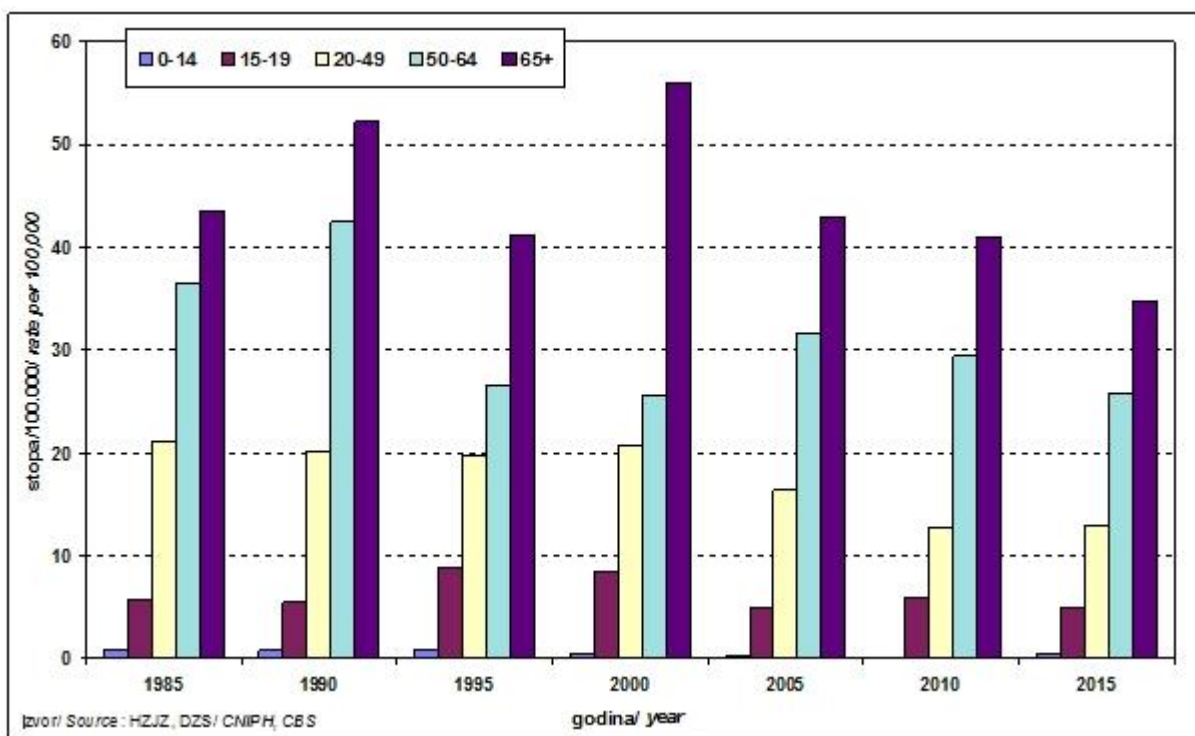
Najčešći način izvršenja samoubojstava u oba spola je vješanje. U ratnim i poratnim godinama značajno je porastao broj samoubojstava vatrenim oružjem. Iako posljednjih godina postoji trend smanjenja izvršenja samoubojstava vatrenim oružjem, ovaj način izvršenja znatno je zastupljen kod muškog spola. U 2015. godini registrirano je ukupno 98 samoubojstava vatrenim oružjem (13,3 % u ukupnom broju samoubojstava).

U odnosu na zemlje Europske unije Hrvatska bilježi više stope smrtnosti zbog samoubojstava od prosjeka stopa za zemlje EU članice prije svibnja 2004. te podjednake prosjeku stopa za zemlje EU članice od svibnja 2004.



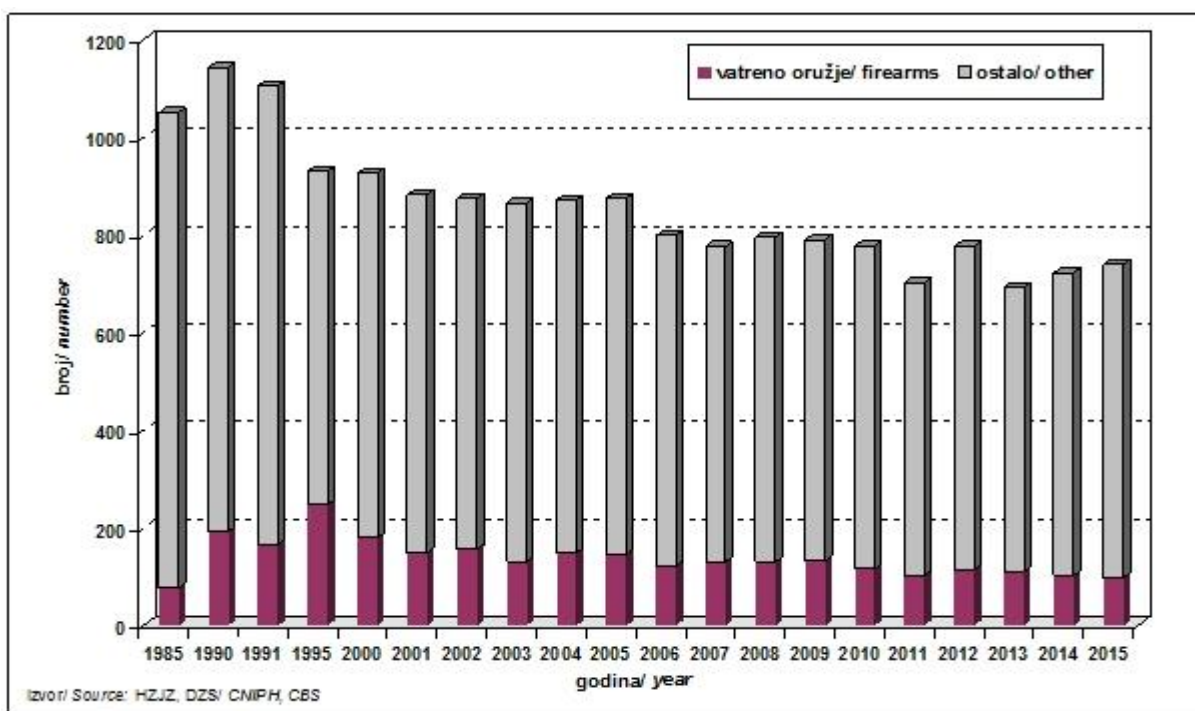
Slika 5.1. Samoubojstva u Hrvatskoj po pojedinim godinama

Izvor: <https://www.hzjz.hr>



Slika 5.2. Dobno specifične stope smrtnosti zbog samoubojstva u Hrvatskoj

Izvor: <https://www.hzjz.hr>



Slika 5.3. Odnos samoubojstava počinjenih vatrenim oružjem i ostalih načina samoubojstva u Hrvatskoj po pojedinim godinama

Izvor: <https://www.hzjz.hr>

6. Autodestruktivnost

Autoagresija ili samoozljeđivanje je oblik autodestruktivnog ponašanja. Autodestruktivnim ponašanjem nazivamo ponavljano svojevóljno samoozljeđivanje vlastitog tijela bez trenutačne suicidalne namjere. Svako takvo ponašanje dovodi do psihičkog i fizičkog slabljenja organizma. Ponavljano autodestruktivno ponašanje često je kod oba spola, najčešće kod adolescenata i to u sljedećim oblicima: samoozljeđivanje rezanjem (žiletom, nožem, stalkom ili bilo kojim drugim oštrim predmetom), grebanje, nanošenje opekline (primjerice opuščima cigarete), poremećaji prehrane, konzumiranje alkohola, droga, samootrovanje lijekovima i alkoholom te različiti pokušaji suicida. Najčešći oblici autodestruktivnog ponašanja su prema istraživanjima: samoozljeđivanje rezanjem i samootrovanje lijekovima. U ovim oblicima češći kod adolescenata.

6.1. Autoagresivno ponašanje

Samoozljeđivanje je čin agresije prema samome sebi i nanošenje fizičkih ozljeda samome sebi. Ponekad to mogu biti manje ranice ili ogrebotine koje prođu s vremenom, no ponekad su to dublje rane od kojih mogu ostati trajni ožiljci. Neki od oblika samoozljeđivanja su: rezanje po sebi (korištenje noža, žileta, skalpela ili nekog drugog oštrog predmeta sa svrhom da se nanese bol), udaranje tijela s nekim težim predmetom ili nabijanje tijela na šiljate predmete. Javlja se i paljenje tijela s cigaretom, svijećom, šibicama, guranje stranog tijela kroz šuplinu u tijelo, namjerno lomljenje kostiju i ostavljanje masnica po tijelu ili čupanje za kosu. Sa stajališta stručnjaka za probleme samoozljeđivanja mladih, Theodora Beauchainea, radi se o vrlo opasnom poremećaju ponašanja. Postoji suicidalni oblik samoozljeđivanja koji se razlikuje od nesuicidalnog oblika samoozljeđivanja. Razlikuju se u broju pokušaja, prema ozlijeđenim područjima, stresnim čimbenicima i po motivaciji. Samoozljeđivanje je često među osobama koje boluju od poremećaja prehrane, oko 13 do 68%. Visoka prevalencija samoozljeđivanja je česta kod bulimičnih pacijenata i onih sa anoreksijom nervozom. Mogući zajednički čimbenici su: agresivnost, impulzivnost, opsesivno – kompulzivno ponašanje, disocijacija, manjak samopoštovanja i nesigurnost, traumatski događaji u djetinjstvu i visoka razina konflikata unutar obitelji. Istraživanja su pokazala da je prosječno 6 do 7% djece školske dobi imalo neki od oblika autodestruktivnog ponašanja u prethodnoj godini. Takav oblik ponašanja predstavlja ozbiljan

medicinski i javnozdravstveni problem i često može ukazivati na pokušaj ili namjeru ozbiljnog suicida. Istraživanja pokazuju da su 2008. Godine 43% djevojčica i 23% dječaka u dobi od 15 do 16 godina u Norveškoj razmišljalo o samoozljeđivanju ili se samoozljeđivalo oštrim predmetima. Stručnjaci su zabrinuti zbog velikim porastom suicida i samoozljeđivanja među mladima, ali također i publicitetom koji dobivaju priče o tinjedžerskim samoubojicama u medijima. Stručnjaci upozoravaju da se u praksi sve više susreću s djecom kojoj nedostaje roditeljske pažnje i ljubavi, u prilog tome govori činjenica da se u Hrvatskoj raspada svaki četvrti brak, a rijetko tko se može pohvaliti skladnim obiteljskim odnosima. U Hrvatskoj je 2007. o samoozljeđivanju razmišljalo 23% dječaka i 39% djevojčica, njih čak 43% u dobi od 15 do 16 godina. Novija istraživanja pokazuju da postoji visoka stopa autodestruktivnog ponašanja u adolescenata između 14 i 28 godina, ponekad i do 24. Najčešći oblici autodestruktivnog ponašanja su prema istraživanjima: samoozljeđivanje rezanjem i samootrovanje lijekovima. U ovim oblicima češći kod adolescenata. [5]

6.2. Samootrovanje alkoholom i lijekovima

Drugi naziv za samootrovanje lijekovima i alkoholom je intoksikacija. U mnogim kulturama alkohol je na vrhu ljestvice depresora mozga i uzrokuje značajan morbiditet i mortalitet. Prema klasifikacijskim kriterijima najznačajnije obilježje intoksikacije alkoholom je prisutnost značajno loše prilagođenog ponašanja ili psiholoških promjena. Dolazi do neodgovorno seksualnog ponašanja ili agresivnog ponašanja, promjenjivog raspoloženja, oštećenog socijalnog i radnog funkcioniranja a javlja se tijekom ili kratko nakon uzimanja alkohola. Ove promjene prati evidentno zbrkani govor, nekoordinacija, nestabilni hod, nistagmus, oštećenje pažnje i pamćenja ili u najgorem slučaju stopor i koma. Kod adolescenata se češće kao komorbiditet javljaju poremećaji u ponašanju i antisocijalno ponašanje. Samootrovanje lijekovima ili intoksikacija lijekovima najčešće je izazvana sedativima, hipnoticima, anksioliticima, također postoji podatak o nedavnom uzimanju istih. Klinički je značajno izraženo neprilagođeno ponašanje ili psihološke promjene koje su se javile za vrijeme ili kratko nakon uzimanja navedenih lijekova. Najčešće se javljaju sljedeći znakovi: nerazumljiv govor, nekoordiniranost, nesiguran hod, nistagmus, poremećaji pažnje i pamćenja, stupor i koma. Adolescenti, mladi ljudi obično počinju lijekove uzimati u ranim tinjedžerskim godinama, međutim s vremenom dolazi do ovisnosti, zlouporabe ovih lijekova što kao posljedicu može imati teška psihička i fizička oštećenja. Veliku opasnost predstavlja kombinirano uzimanje sedativa, hipnotika u kombinaciji sa alkoholom, u kombinaciji sa depresijom koja može dovesti

do pokušaja suicida ili stvarnog suicida. Ženski spol, uglavnom adolescentice su sklonije uzimanju navedenih lijekova u cilju pokušavanja ili izvršavanja suicida u odnosu na muške adolescente.

6.3. Poremećaji prehrane

6.3.1. Anoreksija nervoza

Glavna obilježja anoreksije nervoze su: osoba odbija zadržati normalnu tjelesnu težinu, pokazuje značajan poremećaj u percepciji, odnosno doživljaju vlastitog tijela, boji se da će se udebljati. Kod žena je moguć i izostanak menstruacije. Postoje dva tipa: restriktivni – osoba nije uključena u ponašanje prejedanja i pražnjena (samo izazvano povraćanje ili zlouporaba laksativa, diuretika), purgativni tip – osoba je uključena u ponašanje prejedanja i pražnjenja.

6.3.2. Bulimija nervoza

Bulimiju obilježava prejedanje s epizodama namjernog izazivanja povraćanja. Za postavljanje dijagnoze potrebno je da prejedanje i neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje bude prisutno najmanje dva puta u tjednu, u vremenu od tri mjeseca. Pojedina epizoda prejedanja je karakterizirana sa dva elementa: 1. jedenje u određenim vremenskim razmacima a količina pojedene hrane znatno veća nego što bi osoba pojela u isto vrijeme, 2. osjećaj gubitka kontrole nad uzimanjem hrane tijekom epizode.

Samoozljeđivanje se javlja u oko 25 do 55% pacijenata sa poremećajima u prehrani. Kao rizične čimbenike možemo navesti razne traume iz djetinjstva (seksualno zlostavljanje, zanemarivanje ili fizičko zlostavljanje), osobine obitelji iz koje bolesnik potječe. Kod anoreksije nervoze restriktivnog tipa u provedenom istraživanju, čak 50% ispitanica je pokazalo sklonost samoozljeđivanju. [6]

7. Rizični čimbenici za autoagresivno ponašanje

Brojna istraživanja pokazuju da postoji mnogo rizičnih čimbenika među mladima koja izazivaju bilo koji od oblika autodestruktivnog ponašanja, najviše autoagresivnog odnosno sklonost samoozljeđivanju. Najčešće navedeni rizični čimbenici su: zanemarivanje i zlostavljanje u ranom djetinjstvu, seksualno zlostavljanje, fizičko i psihičko zlostavljanje unutar obitelji, narušeni odnosi unutar obitelji ili sa drugim članovima obitelji, traume iz djetinjstva, rano odvajanje od obitelji, smještaj u drugu obitelj ili ustanovu, nerazumijevanje od strane okoline i vršnjaka. Istraživanja navode da su najčešći čimbenici rizika za adolescentice ženskog spola: vršnjaci ili prijatelji koji se također samoozljeđuju, ovisnost o alkoholu i drogi, depresija, anksioznost, nisko samopoštovanje, osjećaj nesigurnosti. Dok su za muški spol rizični čimbenici: rizično ponašanje među prijateljima, zlouporaba lijekova, droga i alkohola, raniji pokušaji suicida ili suicidi u obitelji. Alkohol je prepoznat kao značajni rizični čimbenik i jedan je od vodećih uzroka preuranjene smrti i poteškoća kod adolescenata. Ovakvo ponašanje kod adolescenata se može javiti i kao mehanizam kojim reguliraju određene emocionalne poteškoće. Na taj način smanjuju napetost ili ublažavaju disforične osjećaje. Postoje i znatno ozbiljniji razlozi. To mogu biti čin samokažnjavanja ili reakcija na određene traumatske odnose s drugim ljudima, reakcija na poremećene odnose s okolinom.

8. Epidemilogija autoagresivnog ponašanja u svijetu

U svijetu je čak 14 do 16% tinejdžera sklono samoozljeđivanju, a broj se povećava od kraja prošlog stoljeća. Kao mogući uzrok navodi se sve češća odnosno sve raširenija depresija kod mladih koju često prati nanošenje boli samome sebi. Samoozljeđivanje koje uključuje ne-suicidalni i suicidalni oblik predstavlja veliki problem među adolescentima. Oko 60% adolescenata ima sadašnje iskustvo samoozljeđivanja ili prošle epizode velikog depresivnog poremećaja. I u svijetu su najčešći načini samoozljeđivanja: rezanje oštrim predmetima poput stakla, žileta i skalpela ali i grebanje po koži. Samoozljeđivanje je česta pojava i među adolescentima zatvorenici, naročito ako je povezano s depresivnim poremećajem. Istraživanja u Engleskoj su pokazala da je postotak mladih koji se samoozljeđuju u dobi od 13 do 15 godina, gotovo 10%. Današnji način života utječe na mlade koji često oponašaju ili kopiraju određene oblike autodestruktivnog ponašanja njihovih vršnjaka, njima važnih grupa s kojima se poistovjećuju ili u njima traže svoj uzor. Samoozljeđivanje i samo autodestruktivno ponašanje postaje globalni problem a u naročitom je porastu u razvijenim zemljama, zemljama sa viskom socioekonomskim statusom. Među zemljama u kojima je uočen porast takvog oblika ponašanja nalazi se i Hrvatska. Dob, obiteljske nesuglasice i razina roditeljskih zabrana su česti pokazatelji suicidalnog ponašanja kod oba spola. U starijoj adolescentskoj dobi takvo ponašanje je češće povezano sa odbijanjem, nerazumijevanjem od strane roditelja, neuključenošću i neprijateljskim stavom roditelja. Autodestruktivno ponašanje također je vrlo zastupljeno u Australiji, nešto češće među adolescenticama. Većina adolescenata vrlo rijetko ili nikad ne potraži pomoć od strane stručnih osoba. Povjeravaju se eventualno vršnjacima. Za takvo ponašanje postoje brojni čimbenici počevši od životnih okolnosti, konzumacije alkohola i droga, konzumiranje zdrave/nezdrave hrane, socijalna izoliranost, poteškoće u sklapanju prijateljstva, problemi sa dečkom ili djevojkom, problemi sa policijom, razvod ili svađe roditelja, gubitak člana obitelji, suicidi i pokušaji suicida unutar obitelji, poteškoće seksualne orijentacije. U Australiji je prosječna dob adolescenata bila 15.5 godina a načini samoozljeđivanja koji su najviše zastupljeni: rezanje oštrim predmetima, predoziranje lijekovima, snifanje ljepila, konzumacija psihoaktivnih tvari, pokušaji suicida vješanjem. [7]

9. Suicidalnost i samoozljeđivanje kod poremećaja ličnosti

Suicid i samoozljeđivanje, odnosno autoagresivno ponašanje posebice je izraženo kod pacijenata sa graničnim poremećajem ličnosti. Jedan od kriterija za taj poremećaj je i sklonost samoozljeđivanju, i to je uz depresiju, jedini poremećaj kojeg karakterizira samoozljeđujuće i suicidalno ponašanje. Čest je i komorbiditet, osobito s afektivnim poremećajima poput depresije i bipolarnog poremećaja ali i sa bolestima ovisnosti. Kod svakog suicidalnog pacijenta važno je uz postavljanje adekvatne dijagnoze procijeniti i njegovu ličnost. Čimbenici ličnosti poput impulzivnosti, beznađa, agresivnosti i teškoća u vještinama rješavanja problema mogu biti ozbiljni pokazatelji suicidalnih namjera. Narcistični poremećaj ličnosti, ima dihotomiju krajnosti koja seže od svemoći do nemoći. Kod pojma svemoći misli se na grandioznost, odnosno postavljanje nerealnih, visoki ciljeva a kod nemoći na razdoblje kada postaju depresivni i suicidalni. Jedan od temeljnih obilježja graničnog i narcističkog poremećaja ličnosti je impulzivnost, koja se smatra visokorizičnim obilježjem suicidalnog ponašanja. Obilježje tih poremećaja ličnosti jest i prisutnost disfunkcionalnih obrazaca ponašanja u međuljudskim odnosima koje prate teškoće pokazivanja emocija, česte epizode bijesa i agresivnosti, što dugoročno slabi vanjsku potporu u kriznim situacijama koje su vrlo česte kod takvih osoba.

Jedan od fenomena koji se posebno istražuje jest kronična suicidalnost. Kronično suicidalno i parasuicidalno ponašanje, bez trenutnih suicidalnih namjera ili ponašanja, obično se nalazi kod ozbiljnih poremećaja ličnosti i terapija izbora je psihoterapija uz farmakoterapiju.

Poremećaji raspoloženja često dolaze u komorbiditetu s poremećajima ličnosti, tako da je kod suicidalnih bolesnika bitno razlikovati radi li se o suicidalnosti kao posljedici depresivne epizode ili se radi o fenomenu kronične suicidalnosti. Kod suicidalnog ponašanja kao načina življenja, obično se radi o autodestruktivnim karakterološkim obrascima ponašanja, koji su česti u osoba s graničnim, antisocijalnim i histrionskim poremećajem ličnosti. U takvih bolesnika, suicidalno i parasuicidalno ponašanje su često način iskazivanja ljutnje, frustracije a to obično ima oblik impulzivnog pražnjenja agresije. To je posebno često u žena s graničnim i histrionskim poremećajem ličnosti, dok je u muškaraca češći oblik narcističkog poremećaja ličnosti. Kada je suicidalni rizik dio kliničke slike velikog depresivnog poremećaja iznimno je važna dobro ordinirana farmakoterapija, do kod kronične suicidalnosti psihoterapija ima bitniju ulogu u liječenju. [1]

10. Zdravstvena njega suicidalnog i autoagresivnog bolesnika

Da bi sestrinska skrb za te bolesnike bila primjerena, uz poznavanje simptoma depresije, nužno je na osnovu procjene trenutnog bolesnikovog stanja prepoznati potrebe za zdravstvenom njegom, definirati probleme, planirati i provesti sestrinske intervencije te pratiti uspješnost. Intervencije su medicinske sestre usmjerene na pomoć u svakodnevnim aktivnostima, ublažavanje simptoma, jačanje samopouzdanja, razvijanje vještina potrebnih za život, suočavanje sa stresom, učenje socijalnih vještina, prepoznavanje protektivnih i rizičnih faktora, edukaciju bolesnika i obitelji, a sve s ciljem oporavka, osnaživanja i povećanja kvalitete života. U svakodnevnom sestrinskom radu i skrbi za depresivne bolesnike sestra treba osvijestiti važnost svog empatijskog kapaciteta i sposobnost podrške. Bolesniku pomoći u jačanju osjećaja sigurnosti, uspostaviti povjerenje, slušati ga i razumjeti. Standardizirane psihijatrijske dijagnoze vezane uz pojedine poremećaje ne postoje, već se one formuliraju zasebno za svakog bolesnika na osnovu njegovih potreba. Bolesnici često boluju od samo jedne medicinske dijagnoze, ali imaju više sestrinskih dijagnoza koje se međusobno isprepliću i nadovezuju. Sestrinske dijagnoze formiraju se nakon procjene potreba bolesnika, a intervencije provode prema prioritetu. [8]

Vrlo je važno da se bolesnici sa visokim rizikom za suicidalnost i samoozljeđivanje kontinuirano prate i promatraju. Medicinska sestra bi trebala sa njima uspostaviti odnos povjerenja, razgovarati sa njima o njihovim pogledima na život i utvrditi da li pojedinac ima rizične čimbenike za suicidalno ponašanje te da li ih pokazuje. Suicidalni pacijenti su obično se mogu prepoznati po depresivnom ponašanju, suicidalnim mislima ili prijetnjama. Kako bi bolesnicima bilo lakše izraziti svoje emocije i kako bi se osjećali sigurno prema njima treba pokazati razumijevanje i zaštitnički stav, ali ne i kažnjavajući ili osuđujući stav. Iz njihove okoline treba maknuti sve potencijalno opasne i oštre predmete. Bitno je i promatrati pacijentovo ponašanje u svrhu da se primijeti njegova namjera suicida. Namjere je teško i gotovo nemoguće uvijek prepoznati. Shodno tome s pacijentom treba razgovarati, ponekad je najbolje upitati ga da li ima suicidalne misli ili namjeru samoozljeđiti se. Potrebno je stvoriti pozitivan terapijski odnos između medicinske sestre i bolesnika kako bi on lakše verbalizirao svoj bijes. Suicidalni i autoagresivni pacijenti se uključuju i u grupne programe, grupni rad. Potrebno ih je poticati na uključivanje u grupe, poticati socijalizaciju i komunikaciju, razgovor sa drugim bolesnicima sa svrhom da na taj način otkrije pozitivne aspekte i svrhu života. Isto tako važno je da se primijenuje propisana terapiju i ako je potrebno sputava pacijenta na pravilan način.

Svaki pokušaj samoubojstva i prijetnju treba shvatiti ozbiljno. Zadaće medicinske sestre u radu sa suicidalnim bolesnikom su:

1. Obratiti pojačanu pozornost na takvoga bolesnika
2. Pratiti kretanje, osobito noću i u ranim jutarnjim satima
3. Ukloniti iz bolesnikove okolice sve opasne i oštre predmeta
4. Držati odjelnu terapiju pod ključem
5. Kontrolirati noćne ormariće
6. Prepoznati u bolesniku destimulaciju bolesti
7. Razviti odnos povjerenja i empatije prema bolesniku [8]

Razgovor s suicidalnim i autoagresivnim pacijentima vodi se s ciljem s ciljem boljeg međusobnog upoznavanja, stvaranja ozračja opuštenosti, povjerenja, iskrenosti i empatije tako da pacijent doživi da ga razumijemo i da mu samo želimo pomoći.

Prilikom započinjanja sestričkih intervencija naj bitnija je uspostava povjerenja. Povjerenje pacijenta medicinska sestra stiče aktivnim slušanjem što podrazumijeva slušanje s empatijom, otvorenost, svjesno slušanje. Medicinska sestra treba biti sposobna podijeliti i razumjeti tuđe emocije uz osjećaj pozitivne naklonjenosti toj osobi.

Medicinska sestra također ima zadatak provođenja edukacije, kako opće populacije tako i svojih pacijenta i njihovih obitelji. Kako bi najlakše prosudila da li je osoba suicidalna ili nije, jedan od najučinkovitijih načina kao što je već navedeno da postavi direktno pitanje o tome. Smatra se da direktan razgovor o suicidalnosti s osobom s kojom medicinska sestra ima dobar transfer i dobru empatiju, može pomoći u vidu otkrivanja suicidalnosti ali isto tako u vidu osnovnih terapijskih postupaka sa suicidalnom osobom.

Teško je započeti razgovor o suicidalnosti sa suicidalnom osobom.

Svjetska zdravstvena organizacija preporuča sljedeća pitanja

- Da li se osjećate tužno?
- Da li smatrate da o Vama nitko ne brine?
- Da li osjećate da biste mogli počinuti samoubojstvo?
- Da li smatrate da Vaš život nema smisla?

Drugi način koji se može upotrijebiti jest postavljanje pitanja o ljepotama života koje im je život ranije donosio, svakako i o eventualnim ranijim pokušajima suicida i tada procijeniti da li se tada doista radilo o pokušaju samoubojstva ili samo „vapaju za pomoć“. Ponekad je mnogo lakše podatke o suicidalnosti dobivati od bračnih partnera, roditelja, djece i drugih osoba bliskih bolesniku. Važno je da pacijentu ostavljamo dojam se o njemu brine, da se sa njime suosjeća i da

ga se razumije, i da ste mu skloni pomoći. Također, uvijek im je potrebno napomenuti da medicinsku sestru mogu pozvati u svakom trenutku, bilo da im je potrebna pomoć, savjet ili bilo što drugo. U razgovoru sa suicidalnim bolesnikom nikako se ne smije pokazati nezainteresiranost za njihovu situaciju i stanje, nedovoljnu empatiju ili ignorirati suicidalno razmišljanje ili probleme.

Probleme im treba prikazati na način koji može oplemenjivati i dati snagu za život.

Autodestruktivna ponašanja, posebno samoozljeđivanje su ozbiljna stanja koje često zahtijeva hitnu intervenciju, posebno u okolnostima pokušaja suicida. Prva razina u pružanju pomoći su obično opće bolnice, međutim većina pacijenata danas se zbrinjava u odgovarajućim psihijatrijskim ustanovama opremljenim za hitnu i brzu intervenciju. Cilj je smanjiti ponavljanje samoozljeđivanja i poboljšati bolesnikovo funkcioniranje i kvalitetu života. Važno je osim hospitalizacije, uključiti bolesnika u kontinuirani psihoterapijski rad potpomognut kognitivno-bihevioralnim metodama i tehnikama orijentiranim uključivanju obitelji u terapijski plan..

Autodestruktivna ponašanja u adolescenata često završavaju i pokušajem suicida. Svi oblici takvog ponašanja trebali bi biti pod stalnim promatranjem stručnih osoba s ciljem da se rizik od suicida svede na minimum. Pacijenti se opiru liječenju, skloni su stalnom ponavljanju određenih obrazaca u ponašanju, nisu dosljedni u mjerama koje su predviđeni terapijskim planom, pa je važno uključiti obitelj radi nadzora i poboljšanja odnosa unutar obitelji. Narušena obiteljska situacija je često „okidač“ za autodestruktivnost, posebno kod bolesnika sklonih samoozljeđivanju, a kao mehanizmu rješavanja niza stresnih situacija. Važno je na vrijeme prepoznati suicidalni od ne-suicidalnog oblika samoozljeđivanja.

Istraživanja su potvrdila da adolescenti koji se samoozljeđuju i nemaju suicidalne namjere su manje depresivni, imaju bolju podršku unutar obitelji, bolju razinu samopouzdanja i osjećaj sigurnosti, u usporedbi s grupom koja se samoozljeđuje, a pokušali su suicid. Stručnjaci naglašavaju potrebu da se uzme u obzir broj samoozljeđivanja unatrag godinu dana, s obzirom da adolescenti koji se opetovano samoozljeđuju češće su anksiozni, depresivni, češće konzumiraju alkohol i psihoaktivne tvari, izloženi su brojnim stresnim situacijama unutar obitelji i šire socijalne okoline, a često imaju i neki drugi psihijatrijski poremećaj kao: poremećaj prehrane, veliki depresivni poremećaj, antisocijalni poremećaj ličnosti i sl. Učestalost broja samoozljeđivanja utječe i na povišeni rizik od pokušaja suicida, kao i samog suicida. Kognitivno-bihevioralna metoda je pokazala dobar učinak kod adolescentica koje se samoozljeđuju rezanjem i žrtve su seksualnog zlostavljanja u ranom djetinjstvu. U usporedbi s klasičnim psihoterapijskim metodama, učinak kognitivno-bihevioralnih tehnika je u smanjenju učestalosti ponavljanja samoozljeđivanja.

11. Sestrinske dijagnoze

Najčešće sestrinske dijagnoze kod suicidalnih i autoagresivnih pacijenata su visok rizik za samoubojstvo i visok rizik za samoozljeđivanje.

11.1. Visok rizik za samoubojstvo

Definicija: stanje u kojem je pojedinac u opasnosti zbog postojanja rizika počinjenja suicida

Rizični čimbenici: suicidalne misli, prijašnji pokušaju suicida, depresija, zlouporaba opojnih sredstava, bespomoćnost, agitiranosti

Ciljevi:

Bolesnik si neće namjerno nauditi tj. Oduzeti život

Bolesnik će prihvatiti pomoć osoblja i zajednice pri pojavi suicidalnih misli

Bolesnik će koristiti učinkovite mehanizme suočavanja sa stresom i anksioznošću

Intervencije:

1. Kontinuirano pratiti i procjenjivati razinu za suicid
2. Osigurati kontinuirani nadzor tijekom 24 sata
3. Osigurati okolinu za osobe koje su pod povećanim rizikom za suicid (ukloniti potencijalno opasne predmete, nadzirati bolesnika pri primjeni terapije, pratiti unos hrane)
4. Poticati bolesnika na verbalizaciju emocija (ljutnja, neprijateljstvo, strah)
5. Ohrabrivati na izražavanje suicidalnih misli
6. Pomoć u prepoznavanju predisponirajućih čimbenika
7. Uključiti bolesnika u planiranje grupnog terapijskog procesa
8. Uputiti osobe s kojima je bolesnik blizak kako prepoznati povećani rizik za suicid (promjene u ponašanju, verbalnoj i neverbalnoj komunikaciji, povlačenje, znakovi depresije)
9. Na vrijeme uočiti nagle promjene u ponašanju
10. Poticati na uključivanje u grupnu terapiju i uključiti obitelj u terapiju [9]

11.2. Visok rizik za samozljeđivanje

Definicija: situacija u kojoj prijete opasnost od namjernog samoozljeđivanja koje uzrokuje ozljede tkiva s namjerom izazivanja nesmrtonosnih ozljeda, a radi oslobađanja napetosti ili načina komunikacije s osobljem

Rizični čimbenici: psihotična stanja s halucinacijama, povijest nasilja u obitelji, samodestruktivno ponašanje, nisko samopoštovanje, poremećaji prehrane, gubitak kontrole

Ciljevi:

- Bolesnik se neće namjerno ozlijediti
- Bolesnik će naučiti prepoznati i kontrolirati rizično ponašanje (anksioznost, ljutnja, impulzivnost)
- Bolesnik neće imati pristup predmetima kojima bi se mogao ozlijediti

Intervencije:

1. Svakodnevno pratiti i procjenjivati stupanj ozbiljnosti bolesnikove namjere
2. Ukloniti potencijalno opasne predmete iz bolesnikove neposredne okoline
3. Pratiti da bolesnik nije smješten sam u sobi
4. Poticati bolesnika da prepozna stresne situacije koje mogu prouzročiti samo destruktivne misli
5. U suradnji s liječnikom i psihoterapeutom dogovoriti tretmane psihosocijalne podrške
6. Uključiti bolesnika u grupni terapijski proces
7. Pratiti bolesnikovo ponašanje, posebno izolaciju i anksioznost te nagle promjene u ponašanju
8. Omogućiti bolesniku uravnotežene periode spavanja, odmora i aktivnosti
9. Osigurati socijalnu potporu
10. Uključiti obitelj u cjelokupan proces liječenja i rehabilitacije [10]

12. Metode liječenja suicidalnosti i autoagresivnosti

Istraživanja psihofarmaka koji utječu na suicidalnost, relativno je novi fenomen kako u istraživanjima tako i u kliničkim studijama te stoga još uvijek nije dovoljno istražen. Još uvijek ne postoji jednoznačni odgovor na pitanje, je li smanjenje broja suicida epifenomen vezano uz sveukupno bolje liječenje psihijatrijskih poremećaja ili je to rezultat utjecaja na ključne simptome povezane sa suicidalnošću. Suicidalnost bitno utječe na izbor psihofarmaka, na trajanje, kao i na ishod liječenja. Od lijekova koji smanjuju suicidalnost, prema literaturi, ističu se litij i klopazin. Glede studija antidepresiva, većina je kratkog trajanja i studije su više fokusirane na to, induciraju li antidepresivi suicidalnost nego na to da li djeluju protektivno.

Procjena suicidalnog ponašanja treba biti razmotrena u gotovo svim dijagnostičkim kategorijama psihijatrijskih bolesnika. Nepostojanje konsenzusa između istraživača o pitanju procjene suicidalnog rizika vjerojatno je posljedica više čimbenika. Među njima su i pitanje objektivizacije suicidalnog ponašanja. Tako se počinjeni suicidi i suicidalni pokušaji lakše registriraju, nego što je to sa suicidalnim mislima i parasuicidalnim ponašanjem. Istraživanja pokazuju kako je jedan od znatnih problema u svakodnevnoj kliničkoj praksi glede procjene suicidalnosti i neujednačenost dijagnostičkih kriterija, što se posebno odnosi na tri poremećaja unutar poremećaja raspoloženja (unipolarna depresija, bipolarni afektivni poremećaj tipa 1 i bipolarni afektivni poremećaj tipa 2)

12.1. Antipsihotici

Stopa suicida u shizofreniji se nije znatno smanjila uvođenjem klasičnih antipsihotika (1950-ih), unatoč njihovom povoljnom učinku na primarno pozitivne simptome bolesti. Postoji više mogućih mehanizama kojima antipsihotici mogu povećati rizik suicidalnog ponašanja. Klasični antipsihotici mogu inducirati i sindrom akintičke depresije, koja prema dijelu istraživanja, također povećava suicidalni rizik. Isto tako, antipsihotici mogu potaknuti nastanak velike depresivne epizode, koja može biti okidač suicidalnog ponašanja.

Uvođenjem novih antipsihotika došlo je tek do minimalnog smanjenja suicidalnog ponašanja u shizofreniji. Postoji više istraživanja koja pokazuju da novi antipsihotici poput risperidon, olanzapin, kvetiapin, ziprasidona i iloperidon smanjuju rizik suicida u bolesnika oboljelih od shizofrenije. Bliska povezanost suicidalnog ponašanja i afektivnih simptoma u shizofreniji

bolesnika nameće potrebu pravodobnog uočavanja i liječenja depresivne komponente. Dodatna farmakoterapija – antidepresivi i stabilizatori raspoloženja, koji smanjuju depresivnost, agresivnost i impulzivnost u literaturi se spominju kao protektivni lijekovi. Novi antipsihotici pokazali su se učinkovitim i u liječenju suicidalnih bolesnika s bipolarnim afektivnim poremećajem.

12.2. Antidepresivi

Antidepresivi i suicidalnost su jedna od medijski najprisutnijih tema iz psihijatrije, posljednjih godina, odnosno učinak antidepresiva na suicidalnost. Kod propisivanja nekih antidepresiva treba razmišljati o potencijalnom povećanju rizika za suicid u početku primjene lijeka, posebice u bolesnika sa prisutnom suicidalnošću. Neliječeni ili neadekvatno liječeni poremećaji raspoloženja čine glavni klinički segment suicidalnog ponašanja. Važno je napomenuti, da u Hrvatskoj postoji širok spektar antidepresiva koji se primjenjuju te da je njihova adekvatna primjena iznimno bitna ne samo u smislu redukcije simptoma depresije i anksioznosti, nego i u kontekstu suicidalnog ponašanja.

12.3. Stabilizatori raspoloženja

Među stabilizatorima raspoloženja, najviše radova ima o litiju, vezano uz antisuicidalni učinak. Stručnjaci smatraju da bi litij trebao biti razmotren kao prvi stabilizator raspoloženja kod pacijenata s afektivnim poremećajem i imaju elemente suicidalnog ponašanja. Naglašavaju da psihijatri trebaju biti posebno oprezni kod prekidanja liječenja litijem ili kod mijenjanja litija sa drugim stabilizatorom. Zato što litij i u bolesnika kojih nije pridonio adekvatnoj remisiji afektivnih simptoma, svojim djelovanjem štiti bolje od suicidalnog ponašanja nego drugi stabilizatori raspoloženja, a naglim ukidanjem lijeka se taj učinak gubi. Litij smanjuje impulzivnost i agresivnost te stabilizira raspoloženje, što je bitno u suicidalnih bolesnika. Čimbenik impulzivnosti intenzivno se istražuje kao bitna dimenzija suicidalnosti, a suvremena tumačenja označuju naglašenu impulzivnost kao crtu osobnosti koja u kombinaciji s nepovoljnim stresorima vodi u suicidalno ponašanje, neovisno o dijagnozi. Litij smanjuje suicidalnost i učinkom na depresiju, posebno u bolesnika s bipolarnim afektivnim poremećajem.

12.4. Elektrostimulativna terapija

Elektrostimulativna terapija je uspješna i sigurna metoda liječenja psihijatrijskih poremećaja već 60 godina. To je medicinski postupak kojeg provode specijalno obučeni i educirani zdravstveni timovi koje čine: psihijatar, anesteziolog i viša medicinska sestra. Postupak je jednostavan za primjenu, te je do pojave psihofarmaka bio jedan od osnovnih terapijskih postupaka u liječenju psihijatrijskih bolesnika. Unatoč snažnim pritiscima tijekom prošlosti pa sve do danas, ovaj oblik terapije nalazi široku primjenu u svakodnevnoj psihijatrijskoj praksi, posebice zbog ograničenog djelovanja psihofarmaka. Cilj današnje elektrostimulativne terapije je maksimalan učinak, uz minimalan rizik. To uključuje pravilnu dijagnostiku, indikaciju, nadzor i provjeru uporabe. Primjenom sofisticiranih stimulatora kontroliraju se neurološki i somatski ispadi pomoću EEG-a, EKG-a, EMNG-a, a pomicanjem posljednje točke aplikacije, reguliraju se nuspojave. Liječenje obuhvaća 6-12 primjena, dva do tri puta tjedno, tijekom jednog mjeseca. Bolesnik ne smije uzimati hranu ni tekućinu najmanje 12 sati prije primjene koja je pod strogim nadzorom anesteziologa. Bolesnici se uvode u opću anesteziju uz oksigenaciju i mišićnu relaksaciju, a tijekom aplikacije se rutinski nadgledavaju vitalni znakovi.

Postoji više od stotinu teorija o načinu djelovanja elektrostimulativne terapije, a najcitiranije su antikonvulzivna, neuroendokrina i neurotransitorska. Elektrostimulativna terapija je indicirana za depresivne i shizofrene bolesnike u kojih nije postignut adekvatan terapijski odgovor na oblik liječenja koji se do tada primjenjivao (psihofarmaci) i koji iskazuju izrazito suicidalno ponašanje.

Avery i Winokur su 1978. Proveli studije koje prate pad mortaliteta u navedenoj skupini bolesnika. Tijekom njihove šestomjesečne studije potvrdili su da je broj pokušaja suicida nekoliko puta manji u skupini bolesnika koji su primali elektrostimulativnu terapiju o odnosu na skupinu bolesnika liječenih samo psihofarmacima. Rezultati novih studija koje je proveo Patel 2006. Godine upućuju na visok stupanj sigurnosti i učinkovitosti ovog oblika terapije, koji postaje terapija prvog izbora u liječenju depresivnih bolesnika sa snažnim suicidalnim pulsijama.

Elektrostimulativna terapija je, prema mišljenju vodećih stručnjaka u psihijatriji „zlatni standard“ (najbolja moguća terapija) za teške poremećaje raspoloženja uz koje se vežu suicidalna promišljanja.

12.5. Transkranijalna magnetna stimulacija

Transkranijalna magnetna stimulacija je neinvazivna metoda stimulacije korteksa velikog mozga, kojom se potiče ekscitacija ili inhibicija neurona. Zavojnicom smještenom iznad lubanje stvara se magnetno polje koje prolazi kroz lubanju i elektromagnetnom indukcijom izaziva sekundarno magnetno polje (električno polje) u mozgu stimuliranog bolesnika.

Posljednjih desetak godina transkranijalna magnetna stimulacija se rabi kao iznimno učinkovita i sigurna terapijska tehnika u velikom broju psihijatrijskih i neuroloških poremećaja. Glavna indikacija za ovaj oblik terapije jesu depresivni poremećaji. Dobri rezultati postižu se i u liječenju suicidalnih bolesnika i bolesnika koji boluju od bipolarnog afektivnog poremećaja. Kombinacija psihofarmaka i transkranijalne magnetne stimulacije učinkovita je i smanjuje broj suicidalnih pokušaja u bolesnika koji pate od shizofrenije u kojoj dominiraju negativni simptomi i depresivne faze bipolarnog afektivnog poremećaja.

Učinkovitost je podjednaka učinkovitosti antidepresiva i elektrostimulativne terapije, dobra je podnošljivost u kombinaciji s psihofarmacima.

Najčešće nuspojave su: glavobolja u 20% slučajeva, napetost i bol vratne muskulature u 20-30% bolesnika. Navedene nuspojave brzo prolaze. Najopasnija komplikacija jest indukcija epileptičnih napada.

TMS (Transkranijalna magnetna stimulacija) proizvodi glasni klik snage oko 100 dB, a navedena nuspojava rješava se slušalicama ili čepićima za uši. Kontraindicirana je primjena u djece mlađe od dvije godine. Terapijska budućnost TMS-a, prema velikom broju autora, nalazi se u kombiniranim istraživanjima aktivnosti viših kortikalnih regija i limbičkog sustava funkcionalnom magnetnom rezonancijom i drugim neuroslikovnim tehnikama. [11]

12.6. Kognitivna terapija

Danas postoje deseci psihoterapijskih modaliteta kojima se pomaže suicidalnim osobama. Posljednjih desetak godina prema istraživanjima izdvaja se kognitivna terapija. To je strukturirana, kratkotrajna psihoterapijska metoda koja je orijentirana na modifikaciju disfunkcionalnog mišljenja i ponašanja te na rješavanje tekućih problema osobe. Tom terapijskom tehnikom se pokušavaju smanjiti negativne automatske misli, kao i emocionalni i bihevioralni odgovori na njih. Terapija je podijeljena u tri faze (početnu, srednju i završnu), traje

oko 10 tjedana te se sa suicidalnim pacijentom radi jedan do dva puta tjedno. Terapeut i suicidant zajednički sastavljaju listu konkretnih ponašanja koja bi suicidantu u slučaju krize mogla pomoći. Riječ je o sigurnosnom planu u kojem suicidant prvo treba prepoznati prve znakove krize, zatim potražiti pomoć bliske osobe ili kontaktirati profesionalce za mentalno zdravlje. S terapeutom vježba kognitivno restrukturiranje, vođenje fantazije, vježbaju rješavanje različitih gorućih pitanja uz pomoć pisama, slika, karata, fotografija, citata i drugih osobnih stvari sastavljajući kutijicu samopomoći. Kutijicu suicidant drži uza sebe u slučaju pogoršanja stanja. Osim toga izrađuje i listu tjednih aktivnosti koje treba ispuniti kako bi imao aktivniji i sadržajni život bez socijalne izolacije. U posljednjoj fazi terapije suicidant aktivno demonstrira što je naučio u prethodnim terapijskim seansama kako bi u stvarnoj situaciji akutne suicidalnost doista mogao primijeniti naučene vještine. [2]

13. Zaključak

Stopa učestalosti pokušaja samoubojstva i broj izvršenih samoubojstava pokazuje da je suicidalnost ozbiljan socijalno-patološki problem suvremenog življenja, posebice u razvijenim zemljama. Na suicid utječu i mnogobrojni čimbenici u socijalnom okruženju mladih koji vode poremećaju emocionalne sigurnosti, depresivnim raspoloženjima, različitim oblicima poremećenog ponašanja, konzumiranju alkohola i opojnih droga. Zabrinjavajuća je i činjenica da se sve više mladih samoozljeđuje. Još više je zabrinjavajuća činjenica da im to predstavlja oblik vapaja za pomoć koju se ne usude ili ne znaju gdje i kako potražiti, ponajmanje pravu stručnu pomoć. Medicinska sestra u radu s suicidalnim i autoagresivnim pacijentima mora znati s njima uspostaviti dobar odnos, odnos povjerenja i odnos razumijevanja, poštovanja. Ukoliko se iz razgovora procjeni da je pacijent sklon suicidu, ima suicidalne misli ili je ranije pokušao suicid, tada spada u skupinu visokorizičnih za počinjenje suicida. Pacijenta treba pažljivo slušati, bez osuđivanja. Isto tako treba ga poticati da sagleda pozitivne i lijepe strane života i na pozitivno razmišljanje. Važno je iz njihove okoline ukloniti sve potencijalno opasne predmete i stvari kojima bi se mogli ozlijediti. Obitelj je vrlo važan čimbenik u rehabilitaciji i resocijalizaciji suicidalnih i autoagresivnih pacijenata. Od obitelji je ponekad najlakše dobiti važne podatke o pacijentu i o njegovim namjerama, isto tako obitelj treba educirati kako pomoći njihovom članu obitelji u kriznim situacijama.

Svaki pokušaj suicida, prijetnju ili samoozljeđivanje treba shvatiti ozbiljno, neki mogu ukazivati na psihičke poteškoće, depresiju a neki mogu biti vapaj za pomoći osobe u teškoj krizi. Prevenciju suicida treba dodatno poticati i razvijati. Smatram da u Hrvatskoj još nije potpuno zaživjela i da je osobama u krizi još uvijek teško, sramotno i neugodno potražiti stručnu pomoć.

Medicinska sestra ima veoma bitnu ulogu u prepoznavanju suicidalnog ponašanja s obzirom da kod suicidalnih osoba postoji veliki broj mogućih okidača za oduzimanje života.

14. Literatura

- [1.] D. Begić, V. Jukić, V. Medved: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2015.
- [2.] A. Mindoljević Drakulić: Suicid: fenomenologija i psihodinamika, Medicinska naklada, Zagreb, 2013.
- [3.] I. Stanić: Samoubojstvo mladih velika zagonetka, Medicinska naklada, Zagreb, 1999.
- [4.] <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/registar-izvršenih-samoubojstava-hrvatske>, dostupno 13.08.2017.
- [5.] B. Sommerfelt, F. Skarderud: What is self-harm? Tidsskr Nor Laegeforen, 2009.
- [6.] Skarderud F, Sommerfeldt B.: Self-harm in eating disorders, Tidsskr Nor Laegeforen, 2009.
- [7.] H. Fliege, JR Lee, A. Grimm, T. Fydrich, BF Klapp: Axis I comorbidity and psychopathologic correlates of autodestructive syndromes, Compr Psychiatry, br. 50, srpanj-kolvoz 2009, str.327-34
- [8.] G. Fučkar: Proces zdravstvene njege, Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1992.
- [9.] Lj. Carpenito: Handbook od nursing diagnosis, Lippincott, Philadelphia-New York, 1977.
- [10.] Z. Bradaš, M. Božičević, D. Marčinko: Suicidologija. HUMS, Zagreb, 2012.
- [11.] D. Marčinko i suradnici: Suicidologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.

Popis slika

Slika 5.1. Samoubojstva u Hrvatskoj po pojedinim godinama,

Izvor: <https://www.hzjz.hr>, dostupno 01.08.2017.13

Slika 5.2. Dobno specifične stope smrtnosti zbog samoubojstva u Hrvatskoj,

Izvor: <https://www.hzjz.hr>, dostupno 01.08.2017.14

Slika 5.3. Odnos samoubojstava počinjenih vatrenim oružjem i ostalih načina samoubojstva u Hrvatskoj po pojedinim godinama,

Izvor: <https://www.hzjz.hr>, dostupno 01.08.2017.15



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, članka, 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, Silvija Novak (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica (završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom _____ (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova. SPEDICIJNOSTI EDRAVSTVENE KLEGE I OD AUTOAGRESIVNIH I SUICIDALNIH BOLESNIKA

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

Silvija Novak

(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, _____ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom _____ (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

Novak Silvija

(vlastoručni potpis)