

Dubravka Kocijan-Hercigonja

Vera Folnegović-Šmalc

PRIRUČNIK

**PREPOZNAVANJE, RANO OTKRIVANJE I
SPRJEČAVANJE SUICIDALNOSTI**

**Priručnik je napisan u okviru Nacionalnoga programa psihosocijalne
Pomoći stradalnicima Domovinskoga rata.**

Zagreb, 1999.

ISBN 953-6805-00 6
UDK 616.89 008.441.44

SADRŽAJ

- Predgovor Jure Sertić	3
- Uvod Dubravka Kocijan-Hercigonja, Vera Folnegović-Šmalc	4
- Suicidalnost – pristup, pojmovi i definicije Vera Folnegović-Šmalc	5
- Klasifikacija Vera Folnegović-Šmalc	8
- Rizični faktori za suicid Dubravka Kocijan-Hercigonja	9
- Karakteristike suicidalne osobe Dubravka Kocijan-Hercigonja	11
- Kako voditi intervju sa suicidalnom osobom Dubravka Kocijan-Hercigonja	12
- Komorbiditet Neven Hengisberg, Vera Folnegović-Šmalc	13
- Dijagnostičke tehnike Dubravka Kocijan-Hercigonja	14
- Specifičnosti suicida u Hrvatskoj i usporedbe sa svijetom Vera Folnegović-Šmalc, Dubravka Kocijan-Hercigonja	16
- Prevenција suicida Dubravka Kocijan-Hercigonja	17
- Uloga medija u prevenciji suicida Vera Folnegović-Šmalc	20
- Terapija suicidalnih osoba Vladimir Gruden, Vera Folnegović-Šmalc, Dubravka Kocijan-Hercigonja	20
- Program prevencije i tretmana suicidalnosti Mladen Lončar, Dubravka Kocijan-Hercigonja, Vera Folnegović-Šmalc	22

PREDGOVOR

Program psihosocijalne pomoći koji je Vlada RH prihvatila 1994. godine, u izvornom obliku, primjenjivao se sve do danas. Okolnosti su se u međuvremenu promijenile, došlo je do promjena i u državnog upravi, utemeljeno je Ministarstvo hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata.

Formiranjem MHBDR-a objedinjeni su poslovi i zadaće Uprave za skrb MORH-a i Državne uprave za skrb o razvojačenim hrvatskim braniteljima i civilnim žrtvama Domovinskog rata, koje je do tada bila nositelj Nacionalnoga programa za pružanje psihosocijalne pomoći stradalnicima iz Domovinskog rata.

Dosadašnja iskustva u provedbi programa neprijeporno ukazuju na potrebu za nastavkom rada. No, novonastale okolnosti nameću potrebu prilagodbe Nacionalnog programa za pružanje psihosocijalne pomoći.

Cilj programa je organizirati daljnju, **kontinuiranu psihosocijalnu pomoć** kao dio integrativne skrbi za sudionike i stradalnike Domovinskog rata na području cijele Hrvatske i članovima njihovih obitelji kao i ostalim stanovnicima kojima je ona potrebna, u obliku i intenzitetu primjerenom potrebama.

Program pružanja pomoći **organiziran je po modelu piramide**, s bazom u svakom mjestu Hrvatske u kojem postoje stanovnici kojima je takva pomoć potrebna, a s vrhom piramide u institucijama koje će pružiti pomoć onima kojima je, zbog vrste i intenziteta problema, istu nemoguće osigurati u mjestu boravka.

Predviđa se da će 70% stradalnika zatražiti potrebnu psihosocijalnu pomoć na lokalnoj, odnosno općinskoj razini. Psihosocijalna **pomoć stradalnicima** iz Domovinskog rata mora biti stupnjevita kao i kontinuirana. Isto tako, pomoć treba biti integrativna, što znači da uključuje stručnjake različitih profila i različite institucije, u jedinstveni sustav zbrinjavanja, utemeljen na načelima timskog rada.

Model pružanja psihosocijalne pomoći pretpostavlja dvije razine u pružanju psihosocijalne pomoći i to na **nacionalnoj i lokalnoj razini**. Isto tako, model pretpostavlja djelovanje stručnog savjeta i koordinativnog tijela državne uprave. Stručni savjet obavlja poslove iz domene stručnosti i timskog rada, koristeći se najnovijim znanstvenim dostignućima. Koordinativno tijelo državne uprave obavlja poslove na koordiniranju tijela državnih, županijskih, gradskih i općinskih uprava, po načelu stupnjevitosti i subordinacije.

Program psihosocijalne pomoći je **nacionalnoga karaktera**, što znači da se provodi na području cijele Hrvatske, utemeljen je Odlukom Vlade RH, a nositelj programa je Ministarstvo hrvatskih branitelja.

U program pružanja psihosocijalne pomoći mogu se uključiti i udruge koje za to imaju uvjete, a koje određuje Ministarstvo hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata.

Sredstva za program osigurana su iz Državnog proračuna za 1999. godinu, u razdjelu Ministarstva hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata.

Jure Sertić
pomoćnik Ministra

UVOD

*Život, dakle, ima smisao i zadržava ga do kraja.
Ali je od neizmjerne značenja za život svakog pojedinca –
- da se tome smislu preda.*

V. E. Frankl

Priručnik je namijenjen prvenstveno profesionalcima, članovima stručnih timova koji rade s osobama traumatiziranim u ratu, ali i svima onima koji dolaze u kontakt s osobama koje su u psihičkoj krizi i pripadaju različitim skupinama za suicid.

Cilj priručnika je olakšati prepoznavanje, uspostaviti kontakt s osobom koja se nalazi u krizi i na vrijeme spriječiti pokušaje samoubojstva.

U okviru Nacionalnoga programa za pružanje psihosocijalne pomoći stradalnicima rata, provodi se **kontinuirana pomoć** od lokalnih, regionalnih do nacionalne razine, s ciljem smanjivanja posljedica ratnih stradanja i trauma. **Program obuhvaća** različite razine djelovanja: pomoć u zajednici, pomoć na razini primarne zdravstvene zaštite, specifična psihološka pomoć, te pomoć u okviru psihijatrijskih odjela, institucija i specifična psihološka pomoć, te pomoć u okviru psihijatrijskih odjela, institucija i klinika. Program uključuje profesionalce različitih profila koji pružaju pomoć u obiteljima, savjetovalištima, bolnicama i klinikama. Zbog **ostvarenja programa** provodi se stalna izobrazba i nadgledanje svih profesionalaca uključenih u njegovo ostvarivanje. Posebno se razvijaju metode pružanja pomoći osobama koje spadaju u visoko rizične skupine, te izrađuju programi za prevenciju ozbiljnih psihičkih poremećaja u koju grupu se ubrajaju i preventivne aktivnosti čiji je cilj sprječavanje suicida.

Priručnikom se želi ukazati na neke osnovne karakteristike suicidalne osobe, načine uspostavljanja kontakta i pristupa takvoj osobi, te pronalaženju najoptimalnijih terapijskih pristupa i djelovanja.

Urednice:

Prof. dr. sc. Dubravka Kocijan–Hercigonja
Prof. dr. sc. Vera Folnegović-Šmalc

SUICIDALNOST

Pristup

Kao i većina obilježja psihičkog stanja čovjeka, tako se i suicidalnost može prikazivati i promatrati s više različitih stajališta, kao na primjer: s psihijatrijskoga, sociološkoga, kulturološkoga, religijskoga, filozofskoga i slično. Niti jedno od navedenih (i nenavedenih) stajališta ne može biti sasvim izdvojeno od stajališta drugih struka, i bilo bi bolje govoriti da se radi o složenoj pojavi, koja se radi različitosti struka tumači i prihvaća na različite načine.

Posljedica toga je da će o suicidalnosti različito govoriti sociolozi, a različito psihijatri i opet različito teolozi i brojni drugi stručnjaci, prije svega zato što je suicidalnost višestruko određena, pa svaka struka obrađuje samo dio tog problema.

Suicid tijekom povijesti i u različitim kulturama dobiva različito društveno značenje. Tako u Staroj Grčkoj Platon smatra suicid neetičnim činom, Sokrat racionalnim, a Seneka ga smatra najvišim stupnjem slobode i samoodlučivanja.

Mi smatramo da suicidalnost, uz čisto medicinsko (psihijatrijsko) značenje, ima i značenje svjetonazora.

Suvremena medicina se susreće s još jednom dilemom glede suicida, a to je eutanazija: je li i eutanazija (činjena prema želji osobe nad kojom se čini) pasivni suicid? No, ova razmišljanja sasvim sigurno izlaze iz okvira ovoga priručnika.

U većini kršćanskih društava, suicid je čin koji se ničim ne može opravdati, a također i grijeg za koji se ne može pokajati. I zakonodavstvo brojnih država davalo je negativnu konotaciju osobi koja pokuša ili izvrši samoubojstvo. Tako je npr. u Velikoj Britaniji do 1961. godine, samoubojstvo bilo kažnjivo djelo, pa je na taj način osoba koja izvrši suicid osuđena na kaznu, i po Bogu, i po zakonu. No, s društvenoga i emocionalnog stajališta nije kažnjena samo osoba koja je počinila suicid, već i njezina obitelj, prijatelji i znanci. Takve su se osobe nekad sahranjivale bez sakralnog obreda, a ponegdje i izvan posvećenog dijela groblja. Ovakav stav društva sasvim je sigurno vrlo značajan čimbenik, o kojem psihijatrija vodi računa, jer je to dodatna trauma za obitelj: uz smrt člana obitelji ostaje im i sramota. Vrlo je jasan pokazatelj, kako se smrt prouzročena samoubojstvom smatra sramotnom, i činjenica da se npr. djeci taji podatak da im je roditelj počinio suicid, čemu smo često svjedoci u svakodnevnoj praksi. O toj dodatnoj psihotraumi (sram) članovima obitelji samoubojice, treba voditi računa i u terapijskom procesu suicidalne osobe i u tretmanu članova obitelji.

Dok, s jedne strane, sociolozi primarno značenje suicidalnosti daju svjesnim motivima i razvoju suicidalnosti, psihijatri primarno usmjeravaju pažnju na psihopatologiju, a teolozi su prije svega usmjereni na ukazivanje nedopustivosti suicida poradi nepopravljivih posljedica koje slijede suicid, pa time (osim vjerskog značenja) u praktičnom pogledu imaju nezaobilazno mjesto u prevenciji suicidalnosti.

Medicinski (i psihijatrijski) gledano, osnovni nagon živoga bića je nagon za održanjem vrste. Socijalni nagoni teže za učvršćenjem statusa pojedinca, obitelji, zajednice, domovine i slično. Različita su shvaćanja, je li kod čovjeka kao najsavršenijega živog bića hijerarhijski dominantniji vitalni ili socijalni nagon.

Nije naodmet spomenuti, da ni unutar psihijatrije nema jedinstvene škole ni pristupa suicidalnosti i da su očite razlike između psihodinamskih i bioloških teorija, koje na sreću ipak u širem kontekstu mogu biti sukladne. Moguće je, dakle, uz prihvaćanje paradigme dijateza-stres u objašnjenje suicida uklopiti i biološki preduvjet i vanjske stresogene čimbenike, koji onda mogu dovesti do prevage nagona za životom (erosa, tj. libida) nad nagonom za smrti-agresijom (thanatosom).

U okviru te paradigme moguće je, dakle, spojiti i neurobiološku osnovu nagona kao ključnog čimbenika motivacije i naviku (filogenetsku i ontogenetsku) s poticajem (što u psihijatriji nazivamo precipitirajućim faktorom) u jednu cjelinu:

Motivacija (za suicid) = nagon x navika x poticaj

Praksa nameće potrebu mnogo jednostavnijeg i praktičnijeg pristupa u rješavanju problema suicidalnosti, pa ćemo se u ovom priručniku uglavnom kretati u okvirima praktičnog, a manje teoretskog pristupa suicidalnosti, no vodeći računa u primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj prevenciji o svim navedenim za psihijatriju presudnim činjenicama.

Pojmovi i definicije

U stručnoj psihijatrijskoj literaturi najčešće se koristi naziv *suicid*, a u uporabi je i *suicidium*. U narodu se obično rabi naziv *samoubojstvo*, a u uporabi je i izraz "dizanje ruke na samog sebe".

Suicidologija (u struci se ne koristi hrvatska riječ) je nauka koja se bavi izučavanjem suicida, te njegovog uzroka i posljedica.

- Suicid je ubojstvo samoga sebe.
- Suicid je čin proizašao iz poremećaja vitalnog nagona samoodržanja.

Ako se vitalni nagon smatra i u čovjeka osnovnim i najdominantnijim nagonom onda iz navedene definicije proizlazi zaključak, da je samoubojstvo rezultat poremećaja osnovnoga nagona, što daje patološko obilježje.

- Suicid je bijeg (definitivni) iz realnosti.
- Suicid je bijeg od nemogućnosti sučeljavanja s činjenicama.
- Suicid je svjesno i dobrovoljno oduzimanje vlastitoga života.
- Suicid je rezultat prevage osjećaja bezizlanosti nad nadom.
- Suicidalnost je sklonost ili namjera osobe da si oduzme život.
- Suicidalnost je gubitak ili slabljenje vitalnih nagona.
- Suicidalnost (u psihijatrijskom smislu riječi) je simptom (poremećaja) koji se manifestira u mogućnosti vršenja radnji koje mogu dovesti do samoubojstva ili pokušaja samoubojstva, ali i sama želja za smrću. Suicidalnost kao simptom nije patognomoničan za određenu dijagnostičku kategoriju.

• U praksi se običava govoriti o aktivnoj i pasivnoj suicidalnosti. Aktivna suicidalnost se misaono i/ili verbalno ili pak u snovima ostvaruje, a pasivna znači provođenje postupnog samouništenja bez nužne svijesti o suicidalnoj namjeri. Primjer za pasivnu suicidalnost je razvijanje ovisnosti.

- Pokušaj suicida (tentamen suicidii, pokušaj samoubojstva, parasuicid) je čin, koji je mogao dovesti do smrti, ali nije.
- Pokušaj suicida je pokazivanje namjere zbog nezadovoljstva življenja.
- Pokušaj suicida je "neuspjao" suicid.

Svaki pokušaj suicida psihijatar mora shvatiti ozbiljno, bez obzira u koju će ga od definicija i koncepata svrstati, jer pokušaj suicida spada u visoko rizične faktore suicidalnosti, a također zadire i u psihopatologiju, čak i kada ga nazivamo "demonstrativni pokušaj".

• Presuicidalni sindrom je psihičko stanje koje predstavlja visoki rizik za suicid i karakteriziraju ga sljedeća tri klastera simptoma:

1. postupni pad interesa, volje i aktivnosti
2. porast retrofleksivne agresije
3. suicidalne fantazije

Ovaj fenomen prvi u stručnoj literaturi opisao E. Ringel, 1973. godine, a njegov je opis vrlo prikladan za prepoznavanje osoba s psihičkim posljedicama nakon psihotraume. Zato se u našoj sadašnjoj kliničkoj praksi s njim često susrećemo i skrećemo pozornost čitateljima, da se u visokom postotku manifestira kod osoba s PTSP, koje tada obvezno treba uključiti u specijalne programe za prevenciju suicida.

- Apel fenomen je sindrom ukazivanja na ambivalentnost koju suicidalna osoba može osjećati u odnosu na život ili smrt.

Taj fenomen, koji je prvi opisao E. Stengel, običavamo nazivati "narančasto i crveno svjetlo" dajući pritom mogućnost kvantificiranja intenziteta "namjere za suicid". Narančastim svjetlom razumijevamo stanje relativne ravnoteže za i protiv života, a pod crvenim svjetlom pomak prema dominaciji želje za smrću nad željom za životom. Fenomen "narančastog i crvenog svjetla" često se javlja kod osoba s posljedicama psihotraume, kod tzv. bilansnih suicida, kod parasuicida, a rijedak je kod psihotičnih suicidalnih bolesnika.

KLASIFIKACIJA

Prema ICD (*Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema*) ili DSM IV., nema zasebnog klasificiranja parasuicida ni suicida.

Objekti klasifikacije su u odnosu na parasuicide i suicide, vrlo neprecizne i nedorečene, te uz upotrebu samo jedne šifre obično nije jasno, niti prepoznatljivo, je li riječ o suicidu ili parasuicidu.

Vjerojatno zbog te nepreciznosti, obje klasifikacije preporučuju uporabu dviju ili više šifara.

Što se tiče samoga postojanja suicidalnih situacija, klasifikacije su još mnogo nepreciznije i zapravo nema posebne šifre koja bi upućivala na postojanje suicidalnosti, već bi ona trebala biti prepoznatljiva iz šifre osnovne dijagnoze.

Ovakvo stanje u objema službenim suvremenim klasifikacijama, neminovno nameće potrebu uvođenja nove osovine ili nove šifre za ozbiljno suicidalno stanje, bez obzira na vrstu psihičkoga poremećaja.

Posebnu nejasnoću u klasifikaciji suicida i suicidalnosti uvodi skupina koja upućuje na nejasnoću između namjerno i nehotice izvršenih radnji koje mogu dovesti do smrtnog ishoda.

RIZIČNI FAKTORI ZA SUICID

Visoko rizičnim faktorima razumijevaju se karakteristični oblici u ponašanju, demografske karakteristike, socijalni čimbenici, životne situacije koje upućuju na pojačanu mogućnost manifestiranja nekoga pojavnog oblika, kao što je ovisnost o alkoholu ili sredstvima ovisnosti, pojava neke bolesti ili pokušaja samoubojstva.

Visoko rizični faktori za suicid su:

1. SUICIDALNE NAMJERE koje se mogu ispoljavati u obliku izražavanja suicidalnih misli, pravljenja suicidalnih planova, preokupiranost u razmišljanjima o smrti i umiranju, odbacivanje pozitivnih stimulansa.

Vrlo često okolina ne registrira kod pojedinca suicidalne namjere ili ih ne shvaća ozbiljno (primjer: žena, pedeset godina, izvršila je suicid vješanjem; dva dana prije smrti rekla je susjedi u vrtu: "Gledam granu na koju bih se objesila; svega mi je dosta". Susjeda se na to nasmijala, smatrajući da se ona šali. Nakon dva dana, ta se osoba uistinu objesila, ali u kupaonici.)

2. PSIHIJATRIJSKI FAKTORI označavaju skupinu podataka o tretmanu kod psihijatra – promjene u ponašanju, konzumiranje alkohola, droge, stanja tjeskobe i panike, te raniji pokušaji suicida.

3. PSIHOSOCIJALNI FAKTORI prema literaturi obuhvaćaju slijedom skupinu faktora koji povećavaju opasnost od suicida: najčešće su to osobe koje žive same, nezaposlene, osobe sa interpersonalnim problemima, socijalno izolirane osobe, osobe traumatizirane životnim problemima (gubitak bliskih članova obitelji, gubitak posla, prekida značajnih veza i dr.).

4. DEPRESIVNI SIMPTOMI: potištenost radi prekida značajnijih veza, očaj radi kroničnih bolesti ili osobnih problema, a manifestiraju se promjenama u prehrani, spavanju, osjećaju bespomoćnosti. Takove osobe ne vide mogućnost uspjeha u životu.

5. LOŠ "SELF KONCEPT" obuhvaća osjećaj krivnje i srama, osjećaj bezvrijednosti, nesigurnost, negativna razmišljanja o sebi.

6. KARAKTERISTIČAN NAČIN RAZMIŠLJANJA – ograničeno je isključivo na sadašnjost. Takve su osobe zaokupljene samim sobom. Način razmišljanja je rigidan (crno-bijeli način razmišljanja). Smanjena je mogućnost kreativnog rješavanja problema, ciljevi su, ako uopće postoje, kratkotrajni. Ponašanje je impulzivno, uz nedostatak predviđanja posljedica.

Takove osobe su pasivne i negiraju odgovornost za svoje ponašanje.

7. NEREALNA OČEKIVANJA često mogu biti jedan od rizičnih faktora, kada osoba sama ili pod utjecajem okoline ima visoka očekivanja od sebe, a ne može ih ostvariti, npr. financijsko osiromašenje, kod osoba koje su nekoć financijski dobro stajale; zatajivanje na poslu, kod osoba koje su ranije uvijek bile uspješne; samci nakon rastave... i dr.

Suicidi se često javljaju kod osoba nakon odmora koji nije ispunio očekivanja, kao i kod nekih profesija koje su visoko vrednovane u društvu, a kada pojedinac ne može zadovoljiti ta očekivanja.

8. RAZORENA OBITELJ vrlo često, između ostalih simptoma, dovodi i do suicidalnosti pojedinih članova obitelji, posebice djece.

Prema Leightu i Reiseru (1992. g.), **rizični faktori za suicid su:**

- prisustvo depresivnog sindroma, što uključuje suicidalne misli
- demografski rizični faktori (samci, starije osobe, muškarci)
- prisustvo bolesti koja ima lošu prognozu ili izaziva jake bolove
- životni uvjeti
- uporaba alkohola
- raniji suicidalni pokušaji
- naizgled napuštanje depresivne pozicije

Zard (1992. g.) na osnovi analize adolescenata koji su pokušali suicid, daje sljedeće **rizične karakteristike:**

- usamljeni adolescenti
- loša komunikacija
- alkohol, droga
- psihotična stanja
- adolescenti od kojih se previše očekuje u životu
- rigidni, kompulzivni adolescenti
- adolescenti – žrtve nasilja, posebice seksualnog

Ako primjenimo navedene faktore na situaciju u Hrvatskoj, sa specifičnostima ratnog i poratnog razdoblja, tada nalazimo brojne od navedenih rizičnih faktora, koji hrvatsku populaciju, posebice onu traumatiziranu ratom, stavlja u visoko rizične skupine za suicid.

Rizični faktori za suicid u Hrvatskoj:

1. brojna stresna ratna iskustva
2. stalni susreti sa smrću i umiranjem
3. gubici brojnih bliskih osoba
4. osjećaj krivnje ("Ja sam ostao živ, a oni su umrli.")
5. gubitak komunikacije s okolinom
6. problem identiteta
7. osiromašenje
8. problemi u obiteljima
9. socijalni problemi
10. problemi spavanja, noćne more
11. alkohol
12. dostupnost oružja
13. nerealna očekivanja ("To nije ono za što smo se borili, drugi su dobili sve" i sl.)
14. nemogućnost uspostavljanja bliskih odnosa sa okolinom, osjećaj napuštenosti ("ne nri nadam ni gdje")

KARAKTERISTIKE SUICIDALNE OSOBE

Literatura o suicidalnosti je mnogobrojna, različita i često kontradiktorna, te kliničari nailaze na brojne poteškoće prilikom utvrđivanja važnosti različitih faktora kod procjene osoba rizičnih za suicid. Ma kako dijagnostički instrumenti bili učinkoviti, prosudba treba na prvom mjestu biti individualno usmjerena, jer ono što predstavlja skup predikatora za jednog pacijenta, nije isto za nekog drugog, dakle nema generalizacije.

Najčešće karakteristike suicidalnog pacijenta sa:

- ***Beznade***
- ***Ograničenost vizija i nemogućnost sagledavanja alterantivnih rješenja***; osoba vidi svoju životnu situaciju u crno-bijeloj verziji, koja usmjerava razmišljanje samo na trenutna olakšanja.
- ***Rigidno razmišljanje***
- ***Slaba vještina u rješavanju problema***, ne razmišljaju o posljedicama svojih djela, naročito ne prilikom rješavanja interpersonalnih problema.
- ***Precjenjivanje nerješivosti problema***
- ***Slaba osobna kontrola i nisko samopoštovanje***
- ***Osjećaj da trenutna stresna situacija nikada neće završiti***, takve osobe smatraju da nemaju u životu izbora.
- ***Preokupiranost sadašnjošću***
- ***Osobe s takvim načinom razmišljanja jedino rješenje svojih problema vide u suicidu*** ("situacija je užasna, želim iz nje pobjeći, treba mi olakšanje ma kakvo ono bilo")
- ***Manja orijentiranost na budućnost***
- ***Sjećanja vezana samo uz negativna iskustva***

KAKO VODITI INTERVJU SA SUICIDALNOM OSOBOM

Postoje različiti pristupi suicidalnoj osobi, no većina autora smatra da suicidalnu osobu treba izravno pitati o suicidu. Terapeut treba dobiti uvid u njihove misli o smrti, suicidu, samoozljeđivanju. Postavljenim pitanjima mora se dobiti odgovor o povijesti suicidalnog ponašanja, nagonima i namjerama, te uvid o sadašnjim suicidalnim planovima, nagonima i idejama. Informacije o zlouporabi alkohola ili droge, te osjećaju beznada i bespomoćnosti, posebno su značajne za dobivanje uvida o intenzitetu rizika. Važno je saznati je li takva osoba nedavno doživjela značajne gubitke, separacije ili izostanak socijalne potpore. Konačno, vrlo je važno dobiti uvid o ranijim psihijatrijskim bolestima i depresiji.

Pitanja o suicidalnosti u prošlosti:

Kada i koliko često su postojale suicidalne ideje?

Jesu li prijašnje suicidalne ideje vodile suicidalnom ponašanju?

Je li osoba pokušala suicid?

Je li pokušaj bio planiran, namjeran?

Koliko je osoba željela da pokušaj bude ometen, odnosno da ne dođe do smrti, te koje su praktičke i psihološke posljedice suicida?

Važno je tijekom intervjua dobiti odgovor o faktorima koji proizlaze iz neuspjelog pokušaja suicida, o planovima koje je učinila suicidalna osoba ili okolina da spriječe suicid. Posebno je važan podatak obiteljski model rješavanja problema putem suicida. Često, osobe koje se nalaze u jednoj od životno kriznih situacija, pribjegavaju rješavanju problema na obiteljski način, odnosno, indentificirajući se s članovima obitelji i njihovim načinom rješavanja problema. Ukoliko su se u obitelji problemi rješavali prijetnjom suicidom ili pokušajima, tada to može postati model rješavanja životnih problema.

Postojeće suicidalne ideje:

Koliko je česta i intenzivna suicidalna ideja?

Ima li osoba plan kako najbezbolnije i najbrže riješiti svoje probleme, odnosno životnu situaciju koju doživljava beznadnom?

Koliko je socijalno izolirana?

Postoje li ideje koje sprječavaju izvršenje suicida, kao što je obitelj i njezina potpora, religija, prijatelji, obveze, uvjerenja?

Na kraju, važno je saznati tijekom intervjua, *jesu li suicidalnoj osobi dostupna sredstva* kojima bi mogla učiniti suicid (oružje, tablete i sl.).

Intervju sa suicidalnom osobom treba voditi dobro educirani profesionalac, koji će na svoja pitanja i dobiti odgovore, koji će usmjeriti daljnje terapijske postupke. Uz educiranost, jednako bitan faktor je i odnos terapeut – suicidalna osoba, koji mora biti odnos povjerenja i uvažavanja.

Na kraju, važno je naglasiti da ne postoje sheme kojima se možemo služiti; postoje principi rada koje moramo koristiti, a način primjene je individualan i zavisi od brojnih čimbenika koje terapeut mora dobro poznavati.

KOMORBIDITET

Ako govorimo o komorbiditetu uz suicidalnost, automatski smo se opredijelili za tvrdnju da je suicidalnost psihički poremećaj, što je samo dijelom istina, jer smo više skloni tvrditi da suicidalnost, s psihijatrijskoga stajališta, spada u patologiju, ali nikako ne kao nozološki entitet, čak ne ni kao dijagnostički entitet, već kao dio patologije unutar raznih dijagnostičkih kategorija.

Zato je ispravnije govoriti o dijagnostičkim kategorijama unutar koji je suicidalnost najčešće prisutna (iako se i u stručnoj literaturi češće govori o komorbiditetu).

Suicidalnost je najčešće prisutna u sljedećim psihičkim poremećajima:

- posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)
- depresivni poremećaj
- shizofrenija
- anksiozni poremećaji
- anksiozno-depresivni poremećaji
- demencije
- ovisnosti

Ako bismo pokušali naći **zajedničko obilježje** svih navedenih poremećaja, tj. poremećaja kojima je suicidalnost česta, bio bi to **gubitak, slabljenje ili poremećaj vitalnih nagona**, a to i je jedna od bitnih definicija suicidalnosti.

Kao što je poglavlju *Specifičnosti suicida u Hrvatskoj* navedeno, mi se u sadašnjem programu posebno bavimo prevencijom suicidalnosti kod osoba s psihičkim posljedicama psihotraume, a to su najčešće osobe s PTSP-em.

PTSP i komorbiditet

Kod osoba s PTSP-em najčešće se javljaju i sljedeći poremećaji:

- poremećaj osobnosti
- depresivni poremećaji
- ovisnosti
- ostali anksiozni poremećaji

U literaturi se rjeđe navodi, ali naša je praksa pokazala, da nije rijedak komorbiditet i nespecificirana psihoza.

DIJAGNOSTIČKE TEHNIKE

Osnovne dijagnostičke tehnike su:

1. OPSERVACIJA

Tijekom dijagnostičkoga procesa moraju se registrirati verbalne i neverbalne prouke suicidalne osobe. Analizira se izgled, način i sadržaj govora, mimika, ne samo u situaciji terapeut-suicidalna osoba, već i u situacijama kad suicidalna osoba nije svjesna da ju se promatra.

2. INTERVJU obuhvaća opća i specifična pitanja.

Opća pitanja odnose se na podatke o obitelji, posebice u odnosu na suicide ili psihijatrijske bolesti. Vrlo su važni podaci o ranijim bolestima, stanjima, vjerovanjima, motivima, interesima, strahovima i planovima. Također je važan podatak o ranijim načinima rješavanja problema, npr. u školi, obitelji, na radnom mjestu.

Važno je procijeniti sadašnje stanje: procjena zdravlja, odnosa sa okolinom, promjene u ponašanju, gubici interesa, prijatelja, problemi sa zdravljem u obitelji, na radnom mjestu.

Posebice pitanja moraju biti fokusirana na stresne životne situacije, separacije, gubitke.

Specifična pitanja obuhvaćaju pitanja koja se odnose na suicidalnu prošlost, ranije ideje, misli, nagone ili pokušaje suicida, postojeće suicidalne ideje, misli, nagone i pokušaje.

3. PRIMJENA ODGOVARAJUĆIH SKALA ZA PROCJENU RIZIKA OD SUICIDA

U svijetu se upotrebljavaju brojne skale čiji je cilj procijeniti rizične faktore, uključujući suicidalne ideje, bespomoćnost, neprijateljstvo i negativna samoprocjena.

Suicide Ideation Questionnaire, (Reynolds 1999.) skala je kojom se procjenjuju rizični čimbenici.

Suicide Intent Scale (Beck i sur. 1979.), skala koja procjenjuju intenzitet želje za smrću.

Reason for Living Inventory (Linehan i sur. 1983.) procjenjuje pozitivne razloge za život.

Skala koju je oformio Ivanoff i sur 1994., u 48 pitanja podijeljenih u 12 područja, pokušava analizirati želju za preživljavanjem, vjerovanja, odgovornost prema obitelji, brigu za djecu, strah od suicida, strah od socijalnog neodobravanja i moralne stavove.

Hamiltonova skala depresivnosti analizira stupanj depresivnosti koji je jedan od najrizičnijih faktora za suicid.

U posljednje vrijeme posebno se primjenjuje tzv. *Future Autobiography Scale*, koja je sastavljena tako da se analizirana osoba mora izjasniti što misli o svojoj budućnosti na osnovi odabira, npr. jedne godine u budućnosti, a opis obuhvaća ciljeve, želje, planove.

Kod osoba kod kojih postoji visok rizik za suicid nedostaju pozitivna predviđanja za blisku ili daljnju budućnost, nemaju ciljeve niti planove, manje misli o budućnosti i nisu svjesni mogućnosti za sreću.

Poseban problem je procjena ozbiljnosti suicida. Navodimo primjer skale koja se odnosi na procjenu ozbiljnosti pokušaja suicida, prema Becku.

Skala je sastavljena od sljedećih pitanja:

1. Okolnosti

- a. stupanj izolacije: odnosi na prisutnost ljudi u samom činu pokušaja suicida, odnosno, treba dati odgovor na pitanje: Koliko je osoba bila izolirana u trenutku pokušaja suicida?
- b. vrijeme: razumijeva se mogućnost intervencije ili nemogućnost, odnosno, treba procijeniti, je li pokušaj bio tempiran tako da je intervencija bila moguće ili nije;
- c. mjere opreza protiv otkrivanja: je li osoba poduzela mjere opreza, npr. zaključala vrata, odnosno jesu li poduzete ikakve mjere protiv otkrivanja;
- d. traženje pomoći tijekom pokušaja suicida: je li osoba obavijestila nekog o namjeri, odnosno, je li počinitelj učinio išta da mu se pruži pomoć tijekom ili nakon pokušaja;
- e. konačni čin: je li osoba učinila ikakvu radnju u vjerovanju da će umrijeti, npr. oporuku, pismo i sl.;
- f. stupanj planiranja: odnosno, koliko je uloženo truda da pokušaj uspije;
- g. oproštajno pismo: je li napisano ili ne;
- h. komunikacijske namjere: je li osoba informirala unaprijed nekog o svojoj nakani;
- i. svrha čina: je li samoubojstvo imalo cilj utjecati na druge ili ukloniti samog sebe.

2. Osobni pogledi

- a. očekivanja vezana za rizik fatalnosti: odnosno, je li počinitelj vjerovao da će ga ubiti ono što je nakanio učiniti;
- b. razmatranje o smrtonosnosti: izbor metode;
- c. ozbiljnost pokušaja: koliko je jasan stav počinitelja; živjeti ili umrijeti;
- d. ambivalentnost: prema životu;
- e. stupanj promišljanja: koliko je djelo dobro planirano;
- f. ideja predomišljanja: je li počinitelj razmišljao, da li će živjeti ili umrijeti.

Dijagnoza se temelji na dobroj opservaciji, poznavanju problema, iskustvu i objektivnoj procjeni subjektivnih stavova, iznesenih na različitim upitnicima i skalama. No, najznačajniji faktor je vrijeme koje ne smije biti ograničeno, a koje se posvećuje osobi koja je u rizičnoj skupini za suicid.

SPECIFIČNOSTI SUICIDA U HRVATSKOJ I USPOREDBA SA SVIJETOM

U svim zemljama koje su prošle strahote rata i probleme poslijeratnoga razdoblja, povišen je rizik od samoubojstava, tako i u nas. Taj rizik proizlazi iz brojnih čimbenika koje donosi rat: traume gubitka bliskih osoba, gubitka doma, zlostavljanje, sučeljavanje s traumatskim situacijama, susret sa smrću, ranjavanje, umiranje, te brojni osjećaji krivnje ("zašto smo mi ostali živi" ili "jesmo li mogli štogod učiniti" i sl.). Vrlo važan čimbenik je laka dostupnost sredstva za izvršenje suicida, jer se u zemljama u ratu oružje nalazi na svakom mjestu, te se u svakoj kriznoj situaciji može odmah reagirati izvršenjem suicida, često pod utjecajem impulzivnih poriva. Postavlja se pitanje, koliko na povećanu rizičnost od suicida utječe i promijenjen odnos prema životu, koji je rezultat brojnih susreta sa smrću, ranjavanjem i teškim invaliditetom.

U poslijeratnom razdoblju, javljaju se **dodatni nepovoljni čimbenici**, kao što su novonastali društveno-ekonomski odnosi, promjene mjesta življenja, osiromašenje, neispunjena očekivanja, što sve uz raniju traumu dovodi do intenziviranja osjećaja beznađa, besperspektivnosti i, kao rezultat toga, i suicidalnosti.

Hrvatska nije izuzeta od tih općih kretanja koja se zbivaju u zemljama u poslijeratnom razdoblju, u kojima se nalazi **velik broj visoko traumatiziranih osoba**, depresivnih u novoj, poslijeratnoj situaciji, često sa doživljajem prevare i razočaranja, koja rjeđe proizlaze iz realnosti, a češće iz vlastite slike koju su stvarali tijekom ratnih stradanja i nerealnih očekivanja.

U skladu s tim, razvija se i specifični svjetonazor u kojem suicidalnost nije strana.

Vrlo često u radu s traumatiziranim osobama čujemo komentare: "U ratu je sve bilo drugačije, imali smo ideale, svi smo bili jednaki i mogli smo računati jedni na druge. Sada svatko gleda na novac, prijateljstvo više ništa ne znači, sada smo se podijelili po klasama, ostali smo sami."

Suživot je jedan od dodatnih problema kod ratom traumatiziranih osoba u nas i u tom dijelu društvo svojim mehanizmima može bitno utjecati na promjene mišljenja i stavova te uklanjanja osjećaja napuštenosti i "izigranosti". Takvi osjećaji i doživljaji mogu biti okidač kod inače traumatizirane osobe za pokušaj suicida.

Nije naodmet spomenuti i **ulogu religije**, kao bitnog faktora u formiranju antisuicidalnog svjetonazora, a koja je u bivšem sstemu bila sustavno potiskivana.

Posebnosti suicida u Hrvatskoj

U populaciji stanovnika Hrvatske, povećan je rizik od pojave suicida, jer:

- velik je broj visoko psihotraumatiziranih osoba koje su bile sudionici i stradalnici domovinskog rata;
- u hrvatskoj populaciji visok je broj umirovljenika, mlađe dobne strukture koji najčešće žive nestrukturirano, neorganizirano, s mnogo slobodnog vremena i osjećajem beskorisnosti;
- visoka dostupnost oružja;
- problemi socio-ekonomske prirode, koji se javljaju u poslijeratnom periodu, posebice raslojavanje društva;
- u Hrvatskoj nije poznata pouzdana stopa suicida, te je tek u tijeku istraživanje koje će dati detaljan uvid u veličinu pojave suicida u nas;
- prema podacima, u porastu je izvršenje suicida vatrenim oružjem;
- podaci ukazuju da je u omjeru parasuicid-suicid, porast suicida.

Svjetske statistike pokazuju povećanu stopu suicidalnosti u zapadnoj Europi i SAD-u, kod mlađe muške populacije, a relativno konstantnu stopu starijih osoba, obaju spolova.

Istraživanja koja su u tijeku, odgovoriti će, da li stopa suicida u Hrvatskoj prati porast stanja u zapadnoj Europi ili je (eventualni) porast veći i posljedica specifičnosti ratno-poratnog stanja u nas.

PREVENCIJA SUIDICA

Primarna prevencija obuhvaća aktivnosti koje imaju cilj spriječiti neke pojave, što u odnosu na suicid znači poduzimanje aktivnosti koje će smanjiti pojavnost suicida. To su aktivnosti koje se odvijaju na širem društvenom planu i preko kojih se mijenja način razmišljanja i rješavanja problema; odgajaju se ljudi sa pozitivnim načinom razmišljanja i rješavanja problema, a društvo stvara takve uvjete življenja, da izostaju razlozi za nesigurnost i gubitak samopoštovanja.

Sekundarna prevencija obuhvaća aktivnosti koje su usmjerene na ranu i učinkovitu dijagnostiku, odnosno otkrivanje problema i poduzimanje aktivnosti da se problem riješi. U odnosu na suicide, to uključuje dobro educirane profesionalce, dobro informirano društvo i obitelj, kako bi se rado prepoznale suicidalne osobe i poduzele aktivnosti čiji je cilj spriječiti suicid, odnosno mijenjati način funkcioniranja, od negativnog ka pozitivnom u odnosu na život.

Tercijarna prevencija obuhvaća aktivnosti čiji je cilj poboljšanje kvalitete tretmana i smanjenje invaliditeta, odnosno bilo kakvih drugih posljedica po kasnije funkcioniranje.

Polazeći od navedenih činjenica, preventivne aktivnosti se odvijaju na tri osnovne razine:

Profesionalci – suicidalna osoba (1)

Obitelj – suicidalna osoba (2)

Društvo – suicidalna osoba (3)

1. Odnos profesionalac-suicidalna osoba

Sadrži razine *primarne, sekundarne i tercijarne* prevencije. Profesionalci su osobe koje će kroz edukativne programe i sredstva javnog informiranja utjecati na društvo u pravcu mijenjanja propisa, informiranja i poduzimanja aktivnosti, s ciljem sprečavanja određenih negativnih pojava.

Profesionalci će, nadalje, kroz odabir dijagnostičkih tehnika omogućiti rano otkrivanje problema i primjenom odgovarajućih pristupa spriječiti određene pojave, bolest i u našem slučaju, suicide.

Da bi profesionalac mogao ostvariti navedene ciljeve, potrebno je da u odnosu sa suicidalnom osobom ostvari odgovarajuće odnose.

a. Pokazivanje empatije, povjerenja i vremenske neograničenosti. – Terapeut mora pokazati empatiju prema očaju suicidalne osobe koja najčešće koristi mehanizam izbjegavanja emocionalne boli kroz suicid, radije nego da se problemi podijele sa drugima.

Profesionalac mora poslati poruku da suicid jest neko rješenje, ali ne jedino i ne najbolje.

Posebice je značajno da vrlo jasno dade do znanja suicidalnoj osobi, da ima empatije za njega, da ga razumije, da ne želi da ovaj počini suicid i da mu stoji na raspolaganju.

b. Testiranje stupnja beznađa. – Koristeći podatke dobivene u intervjuu, kao i podatke iz analize skale beznađa i skale za život, terapeut pokreće razgovor, usmjeravajući ga ka mijenjanju, kod čega se ne treba plašiti pitanja koja otvaraju osjećaj beznađa, demoralizacije i fatalizma.

c. Utjecaj na mijenjanje načina razmišljanja, posebno u dijelu gdje se suicid smatra jedinim rješenjem. – Promijeniti način mišljenja u kojem je suicid jedino moguće rješenje. Moguće je primjenom jednostavnih usporedbi, koje su bliske i razumljive suicidalnoj osobi, kao npr. objasniti osobi da gleda na probleme kao da na televiziji ima samo jedan program i ne daje si priliku vidjeti postoje li i drugi programi. Posebno je važno suočiti osobu s činjenicom da situacija koja sada izgleda trajna, može biti privremena, i kroz nekoliko tjedana, problem može izgledati sasvim drugačije. Na taj se način dobiva na vremenu, odgađa reakcija i stvara prostor za djelovanje.

d. Pomaganje u rješavanju problema. – Važno je pomoći suicidalnoj osobi da nađe alternative. Prateći njegov misaoni proces, profesionalac pomaže suicidalnoj osobi na percipira i druge situacije. Posebice je važno zajednički iznaći i druge tehnike sučeljavanja s problemom.

e. Pomaganje u pronalaženju mogućih rješenja. – U tom dijelu, vrlo je važno pomoći suicidalnoj osobi da počne vjerovati u sebe i da razvije samopouzdanje iz kojeg će iznaći i rješenje.

f. Sučeljavanje s posljedicama samoubojstva. – Vrlo često potencijalni samoubojica koristi sljedeće konstatacije: "Mojoj obitelji će biti bolje bez mene, maknut ću teret sa svoje obitelji, svima samo smetan... i sl.". Potrebno je zajednički analizirati svaku od navedenih konstatacija i dati argumente koji je osporavaju.

g. Eliminiranje mogućih sredstava kojima se može učiniti suicid, kroz sklapanje ugovora.

h. Ublažavanje simptoma koji mogu dovesti do suicida (bol i sl.).

Važno je naglasiti da su navedene aktivnosti privremena rješenja koja odgađaju pokušaje samoubojstva, ali dugotrajna rješenja, u smislu preventivnih aktivnosti, treba tražiti kroz zajedničke aktivnosti terapeuta, obitelji i društva.

Profesionalac, dakle igra vrlo važnu ulogu na razinama primarne, sekundarne, ali i tercijarne prevencije, jer kroz odabir optimalnog tretmana, smanjuje rizik od ponavljanja suicida i utječe na mijenjanje stavova te poboljšava psihičko funkcioniranje.

2. Obitelj i suicidalna osoba

Obitelj igra vrlo važnu ulogu na razini *primarne, sekundarne* i *tercijarne* prevencije. Međutim, obitelj najčešće nije svjesna težine situacije, ne prepoznaje probleme, te često svojim postupcima može ubrzati ili pojačati potrebu za suicidom kod nekog svog člana. Poradi toga, neophodno je stvoriti uvjete kako bi obitelj preuzela tu svoju značajnu ulogu, a što je moguće putem:

- a.** informiranja članova obitelji o problemu pojedinoga njihovog člana;
- b.** educiranja o problemima, posljedicama i uzrocima suicida; članovi obitelji vrlo često svojim stavovima podupiru odluke na taj način što ističu probleme, neefikasnost, neuspješnost, nesvjesni toga da time samo ubrzavaju odluku o suicidu;
- c.** osiguravanja pomoći i obitelji u mijenjanju odnosa među članovima, potičući samopouzdanje, ističući pozitivne osobine i stimulirajući pokušaje mijenjanja;
- d.** stvaranja u obitelji spoznaje o potrebi uvažavanja svakog člana unutar zajednice, a posebice depresivnog člana, te utjecati na razvijanje samopoštovanja i osjećaja potrebnosti;
- e.** kao najvažnijeg polja na kojem obitelj može djelovati, izražavanja osjećaja i poticanju kominukacije i razgovora o problemima;
- f.** uključivanja obitelji u terapiju i edukaciju, kad u njoj postoji ozbiljan rizik za samoubojstvo nekog njenog člana;

Na takav način obitelj će moći preuzeti ulogu koja joj pripada u prevenciji suicida, ali i svih drugih negativnih pojava.

3. Okolina i suicidalna osoba

Na preventivnom planu, najviše se može učiniti kroz aktivnosti usmjerene na:

- a.** smanjivanje izoliranosti osoba koje spadaju u rizične skupine, organiziranjem različitih aktivnosti, grupa, zajednica, u kojima će se svaka osjećati sigurna i uvažavana; u tome trebaju pomoći, i imaju odlučujuću ulogu, mediji, putem kojih se mogu poticati pozitivne aktivnosti, ali i negativne koje mogu rezultirati suicidom;
- b.** osiguranje pravne i svekolike pomoći;
- c.** razvijanje osjećaja pripadnosti i na utjecaj na mijenjanje doživljaja "nigdje ne pripadam";
- d.** eliminaciju svih aktivnosti koje izravno ili neizravno potiču samoubojstva;
- e.** edukaciju kompletnog pučanstva o pozitivnom načinu razmišljanja, korisnim načinima sučeljavanja sa stresom i pozitivnoj komunikaciji.

ULOGA MEDIJA U PREVENCIJI SUICIDA

Mediji imaju veliko značenje u količini i kvaliteti informiranosti suvremenoga društva i svojom penetriranošću u svakodnevni život čovjeka, mediji (posebice televizija i dnevni tisak) važni su čimbenik i u obrazovanju društva te mijenjanju svjetonazora.

Uz dobro osmišljene programe radija i televizije, te stručno-etičkih članaka u dnevnom tisku, moguće je bitno otjecati na pozitivno mijenjanje svjetonazora, u smislu podizanja vitalno-socijalnih motiva, a s tim u svezi, direktno i indirektno, na snižavanje suicidalnosti.

Da bismo postigli takvu antisuicidalnu klimu medija, potrebno je obavljati stručnu edukaciju osoba odgovornih za programe i napise u našim medijima, podizanjem načela o vrijednosti i ljepoti življenja, te o modelima načela pozitivnih *coping* strategija.

Činjenica je da se suicidi i pokušaji suicida često čine upravo u interregnumu između psihotraume i nemogućnosti pronalaženja adekvatne, stručno prihvatljive *coping* strategije, a tu strategiju često "nude" mediji.

Česti napisi i prilozi o suicidima i vršenju suicida u tisku, radiju, televiziji, pa čak i u glazbi, mogu negativno djelovati na odabir nestručne *coping* strategije i inducirati stav o prihvaćanju suicida kao "jedinog izlaza".

Struka dakle, ima obavezu i aktivno utjecati preko medija na širenje informacija o stručnim modelima *coping* strategija, s ciljem aktivne i pasivne prevencije.

TERAPIJA 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, postupno se asimiliraju.

Terapija se provodi: **grupno, individualno i psihofarmakoterapijom.**

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 ostvaruje osjećaj kako nisu sami ni izolirani.

Suicidalnu osobu ne treba ostaviti samu. 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 prije suicidalnog akta i kontaktirati s 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.

Za uspješno liječenje suicidalnosti, potrebno je da terapeut preispita svoje stavove prema suicidu i posttraumatskom stresnom poremećaju. Riječ je, zapravo, o njegovanju pozitivnoga 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 preteže duševna patnja nad adaptivnim resursima. 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 mogućnosti 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 se moći zajedno sa svojim bolesnikom postaviti na stranu života. Terapeut mora 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, a koji ne pomaže niti obitelji, niti bolesniku. Terapijom treba obuhvatiti i obitelj i okolinu.

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

U primjeni psihofarmakoterapije treba uvažavati sljedeće preporuke:

- Psihofarmakoterapija treba biti samo jedna od mogućih terapijskih aktivnosti.
- Danas ne postoji niti jedan lijek koji je registriran s indikacijom prevencije suicida.
- U odabiru lijeka, bitno je imati vrlo detaljne podatke o vrsti poremećaja, dominantnim simptomima osim suicidalnosti, životnim uvjetima, potpori okoline, nuspojavama i sigurnosti lijeka.
- Kod psihotičnih bolesnika, lijek izbora je *clozapine*.
- Kod nepsihotičnih suicidalnih bolesnika, valja se odlučiti na serotonergični antidepresiv i/ili anksiolitik, ovisno prije svega o akutnosti kliničke slike i predominaciji simptoma.
- 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, poluotvoreni).
- Terapeut-farmakolog treba biti u kontinuiranoj edukaciji, pratiti nove spoznaje i rezultate istraživanja i kontinuirano ih ugrađivati u radu sa svojim pacijentom.

PROGRAM PREVENCIJE I TRETMANA SUICIDALNOSTI

Odlukom Vlade RH, na samom početku rata osnovan je Operativni stožer Vlade RH, s ciljem organiziranja i pružanja psiho-socijalne pomoći stradalnicima rata. Stvoren je piramida – model pomoći, s ciljem dostupnosti pomoći svim stradalnicima rata što bliže mjestu življenja. U tu svrhu, organizirani su timovi stručnjaka u svim županijama u Hrvatskoj, sa zadatkom pružanja osnovne psiho-socijalne pomoći, ostvarivanja prava stradalnicima rata, do pružanja psihološke i psihijatrijske pomoći, tamo gdje je to potrebno. Posebno su bili značajni mobilni timovi osoba kojoj je potrebna pomoć. Na taj način, već tijekom rata u čitavoj Hrvatskoj stvorena je mreža psihosocijalne pomoći koju su provodili profesionalci: liječnici, psiholozi, defektolozi, socijalni radnici, pravnici, medicinske sestre. Pomoć se pružala stupnjevito u savjetovalištima, stacionarima i putem mobilnih timova. Istovremeno se kontinuirano provodila izobrazba stručnjaka i nadgledanje njihovoga rada, te danas u Hrvatskoj postoje visoko obrazovani profesionalci, koji su tijekom čitavog rata, a to su i danas, bili nositelji pružanja psihosocijalne pomoći traumatiziranim osobama. Samo u najsloženijim situacijama pacijenti su upućivani u ustanove na regionalnoj ili nacionalnoj razini.

U poslijeratnom razdoblju, potreba za psihološko-psihijatrijskom pomoći u pojedinim rizičnim skupinama ostala je izraženija, te je fokus organizacije usmjeren na nacionalne i regionalne centre, gdje se pruža pomoć psihotraumatiziranim osobama sa specifičnim problemima.

S obzirom na rizičnost suicida u poslijeratnom razdoblju, a uz činjenicu da u Hrvatskoj postoji dobro razvijena mreža visoko obrazovanih stručnjaka različitih profila koji su cijelo vrijeme rata pružali pomoć i prolazili stalne izobrazbe, jedan od zadataka timova za psiho-socijalnu pomoć (PSP - timovi) je i prevencija i tretman suicidalnih osoba.

Program prevencije polazi od nacionalnog i regionalnih centara, a uključuje edukaciju, informacije, literaturu, uključivanje medija i javnosti u provođenju preventivnih mjera, na razini društva, profesije i obitelji.

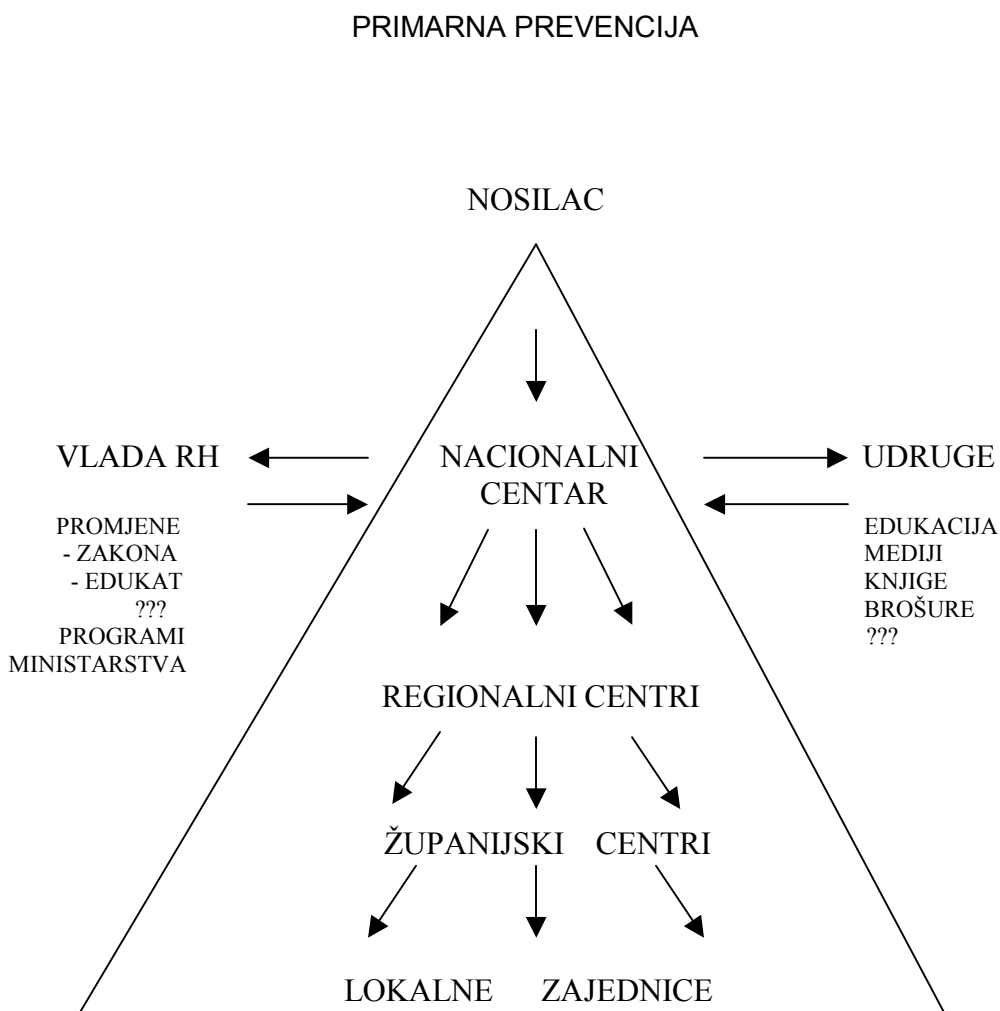
Izvršitelji izravnih preventivnih zadataka i kurativnih aktivnosti su postojeći PSP – timovi, koji su saživljeni s terenom, prihvaćeni od ljudi s kojima su bili čitavo vrijeme rata i imaju iskustva, kako u organiziranju mobilnih timova, tako i u savjetovališnom radu.

Zadatak navedenih timova je da, koristeći svoje iskustvo i znanje, te dobro poznavanje terena i problema, ponovo intenziviraju svoj terenski i savjetovališni rad, primjenjujući znanje o suicidima, te u direktnom radu sa svakom osobom koja je u krizi, utječu na mijenjanje njihovih stavova i pomognu im u integraciji u obitelj i društvo. Na taj način, već ranije provjeren i uspješan piramida – model pružanja pomoći ratom traumatiziranim osobama, koji se pokazao vrlo uspješnim tijekom rata, sada se primjenjuje i na skupinu rizičnih osoba za suicid.

SHEMA 1

Primarna prevencija

Na planu primarne prevencije, zadatak je Nacionalnog centra da preko regionalnih centara i županijskih timova stvara politiku pristupa traumatiziranom čovjeku, te u zajednici sa odgovarajućim državnim institucijama, provodi edukaciju, utječe na mijenjanje propisa i potiče sve oblike informiranja, od TV, radija, preko tiska, da svojim pozitivnim informacijama utječu na mijenjanje stavova i odnosa prema životu. Stručnjaci uključeni u mrežu pružanja psihosocijalno pomoći, nositelji su tih aktivnosti od nacionalne do lokalnih razina.



SHEMA 2

Sekundarna prevencija

Sekundarna prevencija polazi od lokalne razine, gdje stručnjaci dobro educirani u poznavanju problema i prepoznavanju simptoma, a istovremeno upoznati s terenom, ljudima, braniteljima, njihovim obiteljima, na vrijeme mogu otkriti osobe koje ulaze u visoko rizične skupine za suicid, koristeći se pritom pomoći i stalnom suradnjom sa stručnjacima regionalnih i nacionalnih centara.

SEKUNDARNA PREVENCIJA



SHEMA 3.

Tercijarna prevencija

Tercijarna prevencija provodi se u ovisnosti od težine kliničke slike u lokalnim institucijama, savjetovalištima, po regionalnim ili nacionalnim centrima, a uključuje intenzivnu terapiju pojedinaca, njihovih obitelji i okoline, što je od posebnoga značenja kod povratka oboljeloga člana u njegovu obitelj i okruženje. Takvim radom stvaraju se preduvjeti za prihvat člana i osiguravaju mu se povoljni uvjeti za život.

TERCIJARNA PREVENCIJA

