

KAKO PREŽIVETI SAMOMOR BLIŽNJEGA?

Onja Tekavčič Grad

“Zdi se, da tisti, ki napravi samomor, postavi svoj psihološki okostnjak v čustveno omaro svojega bližnjega in ga tako obsodi na mnoga negativna doživljanja; še več, obsodi ga na to, da postane obseden z mislimi o svoji resnični ali potencialni vlogi tistega, ki je morda pospešil samomorilno dejanje ali pa ga ni uspel preprečiti. To je hudo breme.” (Shneidman, 1972)

UVOD

Ukvarjati se z ljudmi v stiski, depresivnimi in suicidalnimi bolniki, osebami s psihozo ali s posamezniki v krizi, pomeni tvegati, da se zdravljenje lahko zaključi s samomorom osebe, ki ji želimo pomagati. Več kot tretjini strokovnjakov se bo to zgodilo že v času usposabljanja (specializacije), drugim pa nekoč v nadaljnih letih dela. Kot pravi Brown (1987, 1987a): “Obstajata le dve vrsti terapevtov - tisti, ki so že doživeli samomor pacienta, in tisti, ki ga še bodo.”

Ko sem prvič doživela samomor “svojega” bolnika, sem bila začetnica v drugem letu specializacije in znotraj intenzivnega procesa učenja psihoterapevtske veščine. Ko sem pacientko zaman čakala, da pride na dogovorjeno seanso, sem izvedela, da je napravila samomor. Supervizor, ki je ves čas spremljal terapijo, je ponudil, da ponovno pregledava celotni popis, o mojih čustvih in doživljanjih pa ni spraševal. Nekaj let za tem je tudi sam napravil samomor - bil je ne le učitelj in supervizor, pač pa tudi vzornik in starejši kolega. Obakrat je bila čustvena reakcija na samomor zelo intenzivna in polna različnih, tudi nasprotujočih si čustev: **šok in zanikanje**, da je to sploh res, **tesnoba, groza, strah, krivda, jeza, nemoč**. Postavljala so se vprašanja o lastnem znanju, odgovornosti in kompetentnosti, o stroki in

strokovni, pa tudi osebni nemoči, da bi ob samomoru zares učinkovito ukrepali. Pa tudi: Ali sploh lahko zares pomagamo? Ali obstaja uspešna preventiva zoper samomor? Oba dogodka, predvsem pa drugi, nista povzročila le intenzivnih občutij izgube določenega človeka, pač pa (vsaj začasno) tudi izgubo dobršnega dela prepričanja v uspešnost terapevtskega dela. Takšne emocionalne reakcije po samomoru (v primeru bolnika oz. supervizorja) so zelo pogoste, v nekaterih primerih pa celo univerzalne. In ne tako zelo različne od tistih, ki jih sicer doživljajo žalujoči bližnji po samomoru svojca ali prijatelja.

Opisana samomora - če ne štejemo znancev in kasnejših bolnikov, ki so napravili samomor - uvrščata terapevta v kategorijo ljudi, ki jim namenjamo angleški izraz "survivors of suicide" in slovenimo "bližnji po samomoru". Ker je Slovenija ena tistih dežel, kjer je samomor pogost, je tudi ljudi, ki so doživeli (in preživeli ali še preživljajo) samomor bližnjega, zelo veliko.

DEFINICIJA

Bližnji po samomoru so vsi tisti, ki so bili pomembno povezani z osebo, ki je storila samomor. To so člani družine, sodelavci, kolegi, sošolci, prijatelji, učitelji, pa tudi vsi, ki nudijo zdravstveno ali psihološko pomoč, kot so zdravniki, različni terapevti, sestre, socialni delavci. Čeprav je samomor ena najbolj osebnih in intimnih človeških odločitev in dejanj, pa ima običajno močan vpliv na velik krog ljudi v svoji okolici (Stengel, 1973).

Ko se je 17-letni edinec ustrelil v domači hiši, je poleg dokončanja svojega življenja razrušil še življenje svojih staršev, starih staršev in najbližjih sorodnikov. Ker je bil vključen v srednjo šolo, je imel njegov samomor zelo pomemben vpliv na nadaljnje življenje in razmišljanje njegovih sošolcev, učiteljev in vseh, povezanih s šolo. Bil je talentiran glasbenik, zato so se z njim ukvarjali glasbeni pedagogi, prizadeti so bili prijatelji, s katerimi je muziciral, in dekle, s katero je hodil. Poznal ga je njegov zdravnik, h kateremu se je zatekal zaradi povečanega števila izostankov iz šole. Živel je v manjšem slovenskem kraju, kjer so ga od malega poznali sosedje. Prizadetih "bližnjih" je bilo torej mnogo.

Različni avtorji navajajo različne številke tistih "preživelih", ki jih samomor močno in nepovratno prizadene: pet (Bernhardt & Praeger, 1983), najmanj šest (McIntosh, 1987), od sedem do deset (Lukas & Seiden,

1987). Če vzamemo povprečno le pet ljudi na umrlega zaradi samomora, pomeni to v Sloveniji vsako leto 3000 na novo prizadetih "bližnjih po samomoru" (Tekavčič-Grad, 1994).

ŽALOVANJE PO SAMOMORU BLIŽNJEGA

Do leta 1960 je bila v strokovni literaturi omemba svojcev po samomoru le sporadična in nesistematična, raziskav ni bilo, pomoči pa ti niso bili deležni (Wertheimer, 1997). Vsa strokovna pozornost suicidološke stroke je bila usmerjena v tiste, ki so samomor napravili ali poskušali. Šele po prvih opravljenih psiholoških avtopsijah v Los Angelesu (Litman et al., 1970) so postali strokovnjaki pozorni tudi na reakcije in stiske tistih, ki so morali z izkušnjo samomora svojca živeti naprej.

Tudi po samomoru, podobno kot po drugih smrtih, žalovanje običajno poteka v štirih fazah: šok ali otopelost, protest in hrepenenje, brezup ali dezorganizacija in izboljšanje ali reorganizacija (Bowlby, 1991). Vendar pa zaradi polietilogije in kompleksnosti razumevanja samomora, ki vsebuje psihološke, biološke, kulturološke, sociološke, inter- in intrapsihične, filozofske, zavedne in nezavedne, patološke in še kakšne elemente (Dunne et al., 1987), težko posplošimo reakcije bližnjih, ki se seveda na to kompleksnost odzovejo. Mnogo raziskav kaže, da je žalovanje po samomoru intenzivnejše in predvsem bolj zapleteno od tistega po drugih smrtih (Ness & Pfeffer, 1990; Van Dongen, 1991). Žalujoči po samomoru večkrat izražajo tesnobo, krivdo, občutke stigmatiziranosti kot npr. žalujoči, ki so izgubili svojca zaradi drugih načinov smrti (Farberow et al., 1992; McIntosh, 1993; Grad & Zavasnik, 1996). Spet druge raziskave pa dokazujejo, da je žalovanje po različnih nenadnih smrtih (umor, samomor, nesreča) podobno, vendar se precej razlikuje od tistega po smrti zaradi bolezni (Cleiren, 1991; Cleiren et al. 1996). Proces žalovanja ima vedno izrazito individualen potek, zato ga tako vsebinsko kot tudi časovno težko omejimo. Izkušnje pa kažejo, da žalovanje (tudi po samomoru) običajno izzveni približno v enem letu, ko žalujoči počasi začne funkcionirati na tistem nivoju, kot je pred smrtjo svojca.

Farberow (1992) govori o naslednjih čustvenih doživljanjih žalujočih po samomoru:

- intenzivna čustva izgube, ki jih spremljata žalost in žalovanje;
- občutki (so)odgovornosti za samomor;
- občutki nasilne separacije, ker umrli ni sprejel (potencialne) pomoči žalujočega;

- občutki tesnobe, krivde, sramu;
- olajšanje, da se je končalo trpljenje dolgotrajne nesreče in nezadovoljstva umrlega;
- občutki žalujočega, da je bil zapuščen;
- občutki, da je samomor lahko rešitev tudi za žalujočega;
- jeza, ker žalujoči doživlja samomor bližnjega kot zavrnitev ali umik od socialnih ali moralnih odgovornosti.

Vsa ta čustva se pojavljajo pri žalujočih v različnih odmerkih, ob različnih časih in v različnih oblikah. Razpoloženje zato zelo niha, prizadeti ima občutek, da ne obvlada več svojega življenja. Zato težko opravlja svoje delo in zelo težko najde motive in energijo za katerokoli početje, ki ni povezano z razmišljanjem o umrlem. Obvladujejo ga vprašanja, ki se začenjajo z vprašalnico zakaj in ki jih ruminira skozi vse faze žalovanja: Zakaj se je to sploh zgodilo meni? Zakaj sem (nisem) storil to in to? Zakaj se je umrl odločil za samomor? Zakaj ni pravočasno poiskal pomoči? Vprašanj je mnogo, odgovorov ni, zaman jih postavlja tudi svojem, prijateljem, terapevtu.

Poleg znakov depresivnega razpoloženja (za katere pa je jasen vzrok) se žalujočim po samomoru pogosto vsiljujejo prebliski, podobe, notranje slike, ki običajno vsebujejo zadnjo sliko umrlega. Posebno pogoste so te podobe pri tistih bližnjih, ki so našli truplo; težke in grozljive ter zelo moteče pa so še prav posebej v primerih, ko je bilo truplo zelo poškodovano ali spremenjeno (ustrelitve, poveženje, dolgotrajni vpliv vode na truplo itd.).

V doživljanju žalujočih po samomoru pogosto zasledimo specifičnosti, ki se lahko pojavljajo le v nekaterih obdobjih procesa žalovanja ali pa ves čas:

1. Občutki izgube so še dodatno oteženi:
 - zaradi načina smrti,
 - zaradi razočaranja, da jih je umrl zapustil hote,
 - zaradi zavrnitve medsebojnega odnosa in potencialne pomoči.
2. Pogosto žalujoči zanikajo, da je bila smrt samomor, in iščejo dokaze proti samomoru.
3. Občutki krivde, ki se kažejo:
 - v pogostih razmišljanjih: Če jaz ne bi naredil... oz. Če bi jaz naredil....., bi do tega ne prišlo;
 - v občutkih znižanega samospoštovanja in dvoma vase.
4. Občutki in izražanje sramu, ki posledično žalujočemu znižuje lastno vrednost in celo vrednost lastne družine ("To je pečat sramote za vso rodbino, dokler bomo na svetu.").

5. Občutki stigmatiziranosti iz okolja povzročijo:
 - da žalujoči internalizirajo negativna stališča do sebe;
 - da dobijo manj socialne opore - bodisi jo zavračajo ali pa je je objektivno manj;
 - da imajo manj možnosti za izživetje ritualov.
6. Jeza, ki jo običajno čuti žalujoči, je lahko usmerjena v različne smeri:
 - na okolje umrlega, ki mu ni pomagalo v stiski (sodelavci, prijatelji, sorodniki),
 - na strokovne službe, ki so zatajile (zdravnik, policija, svetovalna služba v šoli, terapevt),
 - nase (=krivda),
 - na umrlega, ki pa je težko prepoznavna in lahko dobi različne oblike: razočaranje, krivda, tesnoba, nemoč, občutki zavrženosti, sanje-mora (Grad & Zavasnik, 1993).
7. Žalost je dolgotrajna, kompleksna, pogosto ponavljajoča se in nihajoča, spremenljiva v moči.
8. Žalujoči so pogosto skupina z visokim tveganjem za samomor, ker:
 - postane rešitev sprejemljiva in bližnja (identifikacija),
 - ker je tema samomora običajno v družini tabu ali vsaj nezaželena,
 - ker se nagnjenost k depresivnim motnjam transgeneracijsko prenaša.
9. Zmanjšanje zaupanja vase in v druge ljudi zaradi samomora bližnjega:
 - zmanjšanje samospoštovanja,
 - strah pred možnostjo, da se izguba v novi zvezi ponovi.

Vse opisane posebnosti niso nujno prisotne pri vseh žalujočih po samomoru. V času žalovanja lahko izginejo in se zopet pojavijo, lahko jih žalujoči brez zunanje pomoči ne prepozna ali pa ne zna ubesediti, lahko jih zanika, ali pa se pojavijo v zelo hudi obliki in zahtevajo takojšnje ukrepanje.

POMOČ BLIŽNJIM PO SAMOMORU

Samomor, ki se zgodi v družini, običajno zaznamuje vse njene člane. Seveda pa bodo intenziteta in vsebina reakcije odvisni od mnogo objektivnih in subjektivnih faktorjev, kot so: dolžina in kvaliteta odnosa umrli-žalujoči, starost obeh, spol žalujočega, sorodstveni odnos med obema, osebnost žalujočega, izkušnje, ki jih je imel z žalovanjem v preteklosti, obrambni mehanizmi in mehanizmi reševanja problemov, situacija v družini pred smrtjo,

morebitne psihične, zdravstvene ali katere druge težave žalujočega pred smrtjo ipd. Vsi ti razlogi, ki determinirajo različno občutljivost in reagiranje po samomoru, bodo tudi razlikovali žalujoče, ali bodo ti potrebovali pomoč in katero vrsto pomoči bodo potrebovali.

Večina žalujočih po samomoru ne pride do strokovnjaka - pomagajo si sami ali v krogu družine in prijateljev; njihov proces žalovanja in njihovi načini reševanja težav so dovolj učinkoviti, da ne zaprosijo za zunanjo pomoč (Grad & Zavasnik, 1998). Včasih seveda preprečujejo iskanje pomoči predsodki, prepričanja (o iskanju pomoči nasploh in o pomoči znotraj psihiatrije posebej) in še vedno zelo prisotna tabuiranost oz. mistificiranost samomorilnega dejanja. Veliko ljudi se pomoči ne brani, če jim jo ponudimo (zdravnik, svojci, mediji); nekateri pa jo aktivno iščejo sami.

Od leta 1989 dalje deluje na Centru za mentalno zdravje posebna terapevtska dejavnost, namenjena žalujočim (predvsem, ne pa izključno) po samomoru. Žalujoči lahko dobijo pomoč v individualni obravnavi ali pa skupinsko. Skupina je zaprtega tipa, sestavljena iz 8-10 članov, ki so pred kratkim doživeli samomor svojca. Sorodstveni odnos ni določen, lahko se vključijo starši, družine, otroci, sorojenci, partnerji. Čas po smrti ni določen, vendar se izkaže, da je bolje, če se žalujoči vključijo, ko je minilo vsaj nekaj mesecev od izgube. Skupina se srečuje enkrat na teden, osem tednov, vodita jo dva terapevta. Po zaključku skupine se člani lahko srečujejo v Klubu, ki se sestaja enkrat mesečno. Če je potrebno, usmerita terapevta po koncu skupine (ali že pred koncem) posameznika v nadaljnjo psihiatrično ali psihoterapevtsko obravnavo.

Namen tako individualne kot skupinske pomoči žalujočim po samomoru je doseči, da bo vsak našel svoj specifični, povsem individualni način izražanja in predelovanja žalosti in izgube s ciljem, da bo ob zaključku lahko spet funkcioniral na "svojem" nivoju pred samomorom.

Eden od bistvenih pokazateljev zaključevanja procesa žalovanja je, da začneta žalujoči sprejemati dejstvo, da bodo nekatera ponavljajoča se vprašanja ostala neodgovorjena ali le delno pojasnjena (saj manjka glavni informator za te odgovore), in vendar bo življenje žalujočega in njegove družine tudi brez njih lahko teklo dalje.

Pomoč v procesu žalovanja naj posamezniku omogoči poiskati njegov enkrat, povsem individualen način prepoznavanja, izkazovanja in ubesedenja občutkov in čustev ob izgubi. Da bi to žalujoči lahko dosegel, mu mora terapevt pomagati prehoditi več faz v tem bolečem procesu (Worden, 1991; Grad, 1996):

1. Pomagati žalujočemu sprejeti izgubo in se z njo soočiti.
2. Pomagati žalujočemu prepoznati in izraziti čustva (žalost, jezo, krivdo, sram itd).
3. Pomagati pri načrtovanju življenja brez umrlega.

4. Omogočiti čas za žalovanje (in relokacijo umrlega).
5. Pomiriti strahove žalujočega o "nenormalnem" vedenju (strahovi pred izgubo kontrole).
6. Dopustiti individualne razlike.
7. Nuditi stalno podporo v različnih fazah žalovanja.
8. Pravočasno prepoznati patologijo in ukrepati.

Zagotovo mnogi žalujoči po samomoru bližnjega prebrodijo težave ob izgubi sami ali ob pomoči svojega okolja. Mnogi pa tega ne zmorejo. Samomor je še vedno socialno težko sprejemljivo dejanje (Wertheimer, 1997), zato tudi tovrstna izguba v primerjavi z drugimi smrtmi ni socialno sprejeta. Posledica obeh dejstev je, da tudi socialne situacije in rituali, ki bi žalujočim nudili pomoč, niso določeni ali izdelani. Po samomoru v družini mnogo bližnjih doživlja, da imajo njihovi znanci in prijatelji pri izražanju sožalja težave, sami pa čutijo, kako težki so prvi socialni stiki in vračanje v delovno, šolsko ali družabno okolje.

To seveda pogloblja in potrjuje občutek izločenosti, nesprejetosti, celo stigmatiziranosti, ki ga sicer pogosto po samomoru razvijajo žalujoči sami v sebi. Ob teh doživljanjih so neprecenljive vrednosti prav izkušnje v skupini žalujočih, kjer večina članov poroča o podobnih izkušnjah, med seboj pa si lahko izmenjujejo, kaj jim je pomagalo preiti te občutke.

Skupina žalujočih po samomoru običajno poteka v treh fazah. V prvi se člani predstavijo - njihova vstopnica za skupino je samomor bližnjega, ki je tisti dogodek, ob katerem se je njihova kriza sprožila ali poglobila. Zato detajle samomorilnega dejanja, kako je do njega prišlo, kaj so ob tem ukrenili in kaj čutili, povedo žalujoči ne le enkrat, ampak v prvih nekaj seansah večkrat. To prežvekovanje (včasih zelo mučnih in nenavadnih) detajlov in zelo različnih občutkov ter čustev ob njih je tista nujna ventilacija, ki pomaga prebroditi najhujše notranje slike, ki preplavljajo žalujoče. Tovrstnih pogovorov si žalujoči v svojem okolju ne more privoščiti bodisi zaradi ljudi, ki se o tem ne želijo pogovarjati, ali pa zaradi težav, ki jih ima z zaupanjem do tistih, ki teh izkušenj nimajo, žalujoči sam. Pogosto je ta pripoved posameznega člana skupine usmerjena na vodji in ne na ostale člane.

V drugi fazi skupine (od 4. do 6. seanse) poročajo člani o najrazličnejši doživetjih, stiskah, sanjah, dilemah, ki se v procesu žalovanja pojavljajo. Izražajo različna čustva, ki jih spravljajo v dodatno stisko, ker so nepričakovana ali nenavadna, poročajo o odzivih okolice na njihovo izgubo. V tej fazi se še vedno zelo obračajo na vodji skupine, od katerih želijo pojasnila, razlage, statistične podatke, nasvete. Vendar se že kažejo začetki kohezivnosti v skupini, saj začenjajo člani izmenjevati izkušnje tudi med seboj.

V tretji fazi se člani obračajo drug na drugega, potrjujejo in dopolnjujejo svoja doživljanja, opažajo, da v najhujših stiskah in doživljanjih niso sami, si izmenjujejo nasvete, zelo malo se obračajo na vodji skupine. Pogosto izražajo željo po podaljšanju števila seans. To lahko nadomestijo z druženjem v Klubu žalujočih (enkrat mesečno), v katerega se vključujejo vsi tisti, ki so v zadnjih desetih letih zaključili ta program.

TERAPEVTI PO SAMOMORU BOLNIKA

Samomor pacienta je eden najbolj travmatskih dogodkov v profesionalnem življenju psihoterapevta, supervizorja, specializanta, psihiatra, kliničnega psihologa, družinskega zdravnika, socialnega delavca, patronažne sestre in še koga, ki nudi pomoč v procesu zdravljenja bolnika, ki se je odločil za samomor. Malo dogodkov sproži pri strokovnjakih tak občutek neuspešnosti in krivde, kot se to zgodi pri samomoru (Grad, 1996). Smrt zaradi kardiovaskularne ali druge maligne bolezni sprejemamo kot neizbežno ali naravno ali pa celo kot dobrodošlo olajšanje dolgotrajnega trpljenja. V nasprotju s temi smrtmi pa doživljamo samomor kot dogodek, ki bi ga morali znati preprečiti. Suicidalno osebo bi morali "bolje" diagnosticirati, biti pozornejši do znakov suicidalnosti, imeti boljši nadzor nad njo ali pa podaljšati čas do odpusta (Lloyd, 1993).

Nekateri avtorji navajajo, da se je število samomorov hospitaliziranih pacientov v Evropi v zadnjem času povečalo (Retterstoel, 1993), drugi trdijo, da ostaja nespremenjeno zadnjih 75 let, čeprav so se nekateri ukrepi zdravljenja spremenili in izboljšali (Cooper, 1995). Zdravstveno osebje se torej tudi v bodoče ne bo moglo izogniti samomorom pacientov - dogodkom, na katere tudi strokovnjaki reagirajo osebno, kot človeška bitja, zelo podobno torej kot drugi bližnji ob samomoru (Litman, 1965).

Te osebne reakcije terapevta (z izrazom "terapevt" bomo označili vse tiste, ki pacientu v teku zdravljenja nudijo strokovno pomoč) so odvisne od mnogo različnih dejavnikov: kako dolgo in kako intenzivno je terapevt delal s pacientom, kakšna je bila predvidljivost samomora, kakšna sta bila transfer in kontratransfer (Valente, 1994), ali je terapija potekala hospitalno ali ekstras hospitalno, ali je bil terapevt sam odgovoren za pacienta ali pa se je odgovornost porazdelila v teamu, ali je imel terapevt stalno supervizijo v času dela s pacientom ali ne, kakšno razlago je imel za pacientov samomor, je bil v času samomora začetnik ali že izkušen strokovnjak, v katerem

življenjskem ciklusu je bil terapevt, kakšna je bila njegova teoretična, klinična in filozofska naravnost v času pacientovega samomora (Motto, 1979). Terapevtove reakcije se v nekaterih elementih ne razlikujejo bistveno od tistih, ki smo jih omenjali pri svojcih in prijateljih samomorilca. Poleg različnih čustvenih odzivov, samoobtoževanja, občutkov krivde, zanikanja in izogibanja, se pogosto pojavijo tudi mnoga občutja, ki so povezana z doživljanjem svoje strokovnosti: terapevt se lahko počuti neuspešnega, nemočnega, nesposobnega, boleče občuti meje lastnega znanja in se morda celo boji reakcij svojcev umrlega. Chemtob et al. (1988) ugotavljajo, da kar 57% ameriških psihiatrov po samomoru svojega pacienta govori o doživljanju osebne travme.

Tudi naša raziskava v skupini psihiatrov in kliničnih psihologov je pokazala podobne reakcije po samomoru pacienta. Večina terapevtov je čutila žalost, tesnobo, krivdo in nemir (Grad et al., 1997), pokazale so se tudi razlike med spoloma: statistično več terapevtk je poročalo o občutku sramu, več jih je potrebovalo tolažbo, več jih je podvomilo v svoje strokovno znanje in več jih je poročalo o občutkih krivde. Statistično pomembno več (moških) terapevtov (kot žensk) je delalo naprej kot običajno. Večina terapevtov (obeh spolov) je po samomoru govorila s kolegom ali supervizorjem in postala vneprej pazljivejša s tovrstnimi pacienti.

Ko smo primerjali odgovore na vprašalniku med skupino psihoterapevtov in skupino zdravnikov splošne medicine (Grad & Zavasnik, 1998), smo ugotovili, da terapevti statistično pomembno pogosteje reagirajo z občutki krivde, imajo več možnosti, da govorijo s supervizorjem in zaupajo svoje občutke kolegom, kot to storijo splošni zdravniki. Kljub tem trem statistično pomembnim razlikam pa se terapevti in splošni zdravniki ne razlikujejo bistveno v svojih reakcijah po samomoru bolnika - večina poroča o osebni prizadetosti in mnogih čustvenih odzivih po samomoru pacienta.

Vsi terapevti, ki se ukvarjajo z ljudmi v stiski, so v nevarnosti, da enkrat ali večkrat doživijo samomor svojega bolnika. Kljub napredku v strokovnem znanju in kljub boljšim preventivnim ter terapevtskim ukrepom se samomorom bolnikov nikoli ne bomo povsem izognili. Zato je pomembno, da tudi terapevti prepoznajo svoje reakcije ob tem travmatskem dogodku, se o njih pogovorijo in predvsem omogočijo sebi in članom teama čas in možnost, da o teh reakcijah spregovorijo in jih na ta način predelajo.

ZAKLJUČEK

Samomor je travmatski dogodek, ki se ne konča s smrtjo samomorilca, pač pa začne dolgo dramo dvomov in vprašanj na plečih njegovih najbližnjih. Žalovanje bližnjih po samomoru ima vse značilnosti žalovanja po drugačnih smrtih, pa vendar tudi mnogo posebnosti. Žalujoči se morajo spopasti z različnimi, pogosto nepričakovanimi čustvi, kot so: krivda, sram, občutki stigmatiziranosti, zapuščenosti in nemoči, jeza, občutki izgube samospoštovanja in samozavesti. Žalovanje je intimen in povsem individualen proces, za katerega ni pravil. Žalujoči si jih oblikuje sam. Nekateri bližnji zmorejo preko tega procesa sami in s pomočjo sorodnikov ter znancev, nekateri pa ob tem potrebujejo pomoč in oporo strokovnjakov. To jim lahko nudimo v skupini žalujočih po samomoru ali pa v individualnih terapevtskih razgovorih.

Po samomoru so poleg sorodnikov pogosto prizadeti tudi prijatelji, znanci, sošolci, delovni kolegi, pa tudi tisti, ki so umrlemu nudili strokovno pomoč - njegov lečeči zdravnik, morda psihiater, klinični psiholog, socialni delavec ali medicinska sestra na oddelku. Tudi vsi ti doživljajo po samomoru podobne čustvene reakcije, ki jih morajo pri sebi prepoznati ter o katerih morajo imeti možnost govoriti, jih razumeti in na enkrat, povsem svojski način tudi predelati.

Give sorrow words, the grief that does not speak knits up the o'erwrought heart and bids it break.

(Dajte žalosti besede; žalost, ki ne govori, povzroči ranjeno srce in ga grozi zlomiti.)

W. Shakespeare, Macbeth

LITERATURA

- Bernhardt, G.R. & Praeger, S.G. (1983). *After the suicide: Meeting the needs of survivors*. AAS, Washington DC.
- Bowlby, J. (1991). *Attachment and Loss, Volume III. Loss: Sadness and Depression*, Harmondsworth: Penguin.
- Brown, H. (1987). Patient suicide during residency training: Incidence, implications and program response. *Journal of Psychiatric Education*, 11, 201-216.

- Brown, H. (1987a). The impact of suicide on therapists in training. *Comprehensive Psychiatry*. 28, 101-112.
- Cleiren, M. (1991) *Adaptation after Bereavement*. Leiden:DSWO press.
- Cleiren MPhD, Grad O, Zavasnik A, Diekstra R.F.W. (1996). Psycho-social impact of bereavement after suicide and fatal traffic accident: a comparative two-country study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*;94:37-44.
- Chemtob, C.M., Hamada, R.S., Bauer, G., et al. (1988). Patient's suicides: frequency and impact on psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 145, 224-228.
- Cooper, C. (1995) Psychiatric Stress Debriefing. Alleviating the impact of patient suicide and assault. *Journal of Psychosocial Nursing*: 3375:21-25.
- Jones, F.A. (1987). Therapists as survivors of client suicide. In: E.J. Dunne, J.L. McIntosh, & K. Dunne-Maxim, (Eds.), *Suicide and its aftermath*. New York:WW Norton & Co.
- Farberow, N.L. (1992). The Los Angeles survivors-after-suicide program. An Evaluation. *Crisis*, 13, 23-34.
- Grad O.T. (1996) Suicide - How to survive as a survivor. *Crisis*:17/3,136-142.
- Grad OT, Zavasnik A. (1996) Similarities and differences in the process of bereavement after suicide and after traffic fatalities in Slovenia. *Omega*:33/3, 243-251.
- Grad OT, Zavasnik A, Groleger U. (1997) Suicide of a patient: gender differences in bereavement reactions of therapists. *Suicide and Life Threatening Behavior*, Winter,379-386.
- Grad OT, Zavasnik A. (1997) Shame: The unbearable legacy of suicide. *Suicide Prevention: A Holistic Approach*. De Leo D., Schmidtke A. & Diekstra R.F.W. (Eds.) Boston, Kluwer. 163-166.
- Grad T.O., Zavasnik A. (1998) Emotional reactions of the therapist. V: Kosky R.J. et al. (Eds.). *Suicide Prevention - The Global Context.*, New York & London, Plenum Press. 287-291.
- Grad O.T., Zavasnik A. Phenomenology of bereavement process after suicide, traffic accident and terminal illness (in spouses). (1998) *Archives of Suicide Research*: 00: 1-16.
- Litman, R.E. (1965). When patients commit suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 4, 570-576.
- Litman, R.E. (1970). Management of suicidal patients in medical practice. In Shneidman, E.S., Farberow, N.L. & Litman, R. E. (Eds) *The Psychology of Suicide*. New York: Science House.
- Lloyd, G.G. (1995). Suicide in hospital: guidelines for prevention. *Journal of Royal Society of Medicine*, 88, 344-346.

- Lukas, C. & Seiden, H. (1987) *Silent Grief. Living in the Wake of Suicide*, New York: Charles Scribner's. London: Mcmillan.
- McIntosh, J. (1987) Survivor family relationships: Literature review. In: E.J. Dunne , J.L. McIntosh, & K. Dunne-Maxim, (Eds.), *Suicide and its aftermath*. New York:WW Norton & Co.
- Motto, J. (1979). The impact of patient's suicide on therapist's feelings. *Weekly Psychiatrists Update Series*.21:2-7.
- Ness, D.E., & Pfeffer, C.R. (1990). Sequelae of bereavement resulting from suicide. *American Journal of Psychiatry*, 147, 279-285.
- Retterstoel, N. (1993). *Suicide: A European Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Shneidman, E. S. (1972) Foreword. In Cain, A.C. (Ed.). *Survivors of suicide*, Springfield, Il. Charles C Thomas. IX-XI.
- Stengel, E. (1973) *Suicide and attempted suicide*, Harmondsworth: Penguin (revised edition).
- Tekavčič-Grad O. & Zavasnik A. (1992). Aggression as a natural part of suicide bereavement. *Crisis*;13/2:65-69
- Tekavčič-Grad, O. (1994).Izguba-žalovanje-od običajnega do patološkega. *Med. Razgl.* 33:51-59.
- Valente, S.M. (1994). Psychotherapist reactions to the suicide of a patient. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 614-621.
- Wertheimer, A. (1997). *A Special Scar*. Routledge, London. 36-46.
- Worden, J.W. (1991). *Grief counseling and grief therapy*. New York: Springer Co.