

SAMOMORILNOST - KLINIČNI VIDIK

Andrej Žmitek

UVOD

V času, ko sem pisal ta prispevek, me je poklical prijatelj, kolega iz splošne prakse. Kot večkrat prej mi je opisal že minulo situacijo, v kateri se je znašel kot dežurni zdravnik na terenu. Tokrat je šlo za domnevno samomorilno ogroženost osebe, ki pa je samomorilne ideje zanikala in ni dajala vtisa resne duševne motnje. Kolega je hotel vedeti, kako bi ravnal jaz na njegovem mestu. V lastno sramoto moram povedati, da sem se odzval dokaj neodločno in nebogljeno.

Ta dogodek me je še utrdil v prepričanju, da v prispevku o kliničnem vidiku samomorilnosti ne morem dati navodil za ravnanje v takih in drugačnih situacijah. Lahko le opozorim na nekatere podatke in klinične izkušnje in upam, da bo povedano v posameznih primerih v pomoč pri odločanju in ukrepanju. Ob tem se zavedam, da je vsakdanja klinična praksa (še posebej tista na terenu) veliko preveč zapletena, da bi bilo mogoče situacije reševati po receptih iz kakega priročnika.

Prispevek je sestavljen iz štirih delov. Najprej so na kratko navedena nekatera osnovna spoznanja suidologije, ki so sicer splošno znana, a se neposredno povezujejo z nadaljevanjem teksta. V drugem delu je govora o situaciji, ko je treba prepoznati urgentno stanje med številnimi neurgentnimi. Ta situacija je vsakdanje zdravnikovo delo v ambulantni ali na oddelku in določen delež populacije bolnikov (ne glede na vrsto osnovne bolezni) je samomorilno ogrožen. V tretjem delu je obravnavano nedvomno urgentno stanje - poskus samomora. Na koncu so navedeni osnovni principi zdravljenja samomorilno ogroženih.

Trije »ključni A« v suicidologiji (1) so agresivnost, apel in ambivalenca. Navadno so neločljivo povezani s samomorilnim vedenjem.

Agresivnost

ima tu negativen pomen v smislu čustev jeze ali želje po uničenju. Agresivnost proti samemu sebi je seveda nujen sestavni del samomorilnega vedenja. Pogosto pa je sprva usmerjena proti pomembnim bližnjim (partner, otroci, starši, nadrejeni, sodelavci, tudi zdravnik), ki so osebi posvetili premalo časa ali naklonjenosti, oziroma so jo razočarali na drugačen način. Taka agresivnost se v samomorilnem poskusu preusmeri na lastno osebo, ker se iz različnih razlogov ne more sprostiti navzven.

Apel

Večina samomorilnih dejanj vsebuje elemente težnje v smrt in apela na okolico (klica na pomoč). Seveda je v različnih primerih razmerje prvega in drugega različno. Odnos teh tako nasprotujočih si teženj nam ponazori dobro znani grafični prikaz (2) - slika 1.

Slika 1: Protislovnost samomorilnega vedenja. Vsak primer samomorilnega vedenja lahko razvrstimo med skrajnim levim in skrajnim desnim koncem diagrama. Iz ponazoritve je razvidno, da obstajajo bolj resna in manj resna samomorilna dejanja. Istočasno pa vidimo, da obstaja tudi pri navidezno zgolj manipulativnih dejanjih določena težnja v smrt.



Apel je usmerjen proti konkretnim osebam, pogosto prav proti tistim, na katere je sicer usmerjena suicidantova agresivnost. Samomorilno vedenje predstavlja klic na pomoč v situaciji, ko je oseba izčrpala vse druge načine, ki so ji bili na voljo. Ob tem pa je možno, da okolica sploh ni opazila manj drastičnih klicev na pomoč (ali jih ni dovolj resno jemala) in se je šele ob samomorilnem poskusu zavedla, da je oseba v hudi stiski.

Ambivalenca

Manjšina samomorilnih dejanj je zastavljena tako, da se ne more nič ponesrečiti. Pogosto so okoliščine takšne, da lahko kdo od bližnjih dejanje pravočasno prepreči ali pa uporabljeno sredstvo ni dovolj učinkovito. Samomorilno dejanje je pogosto nekakšno kockanje z življenjem - človek prepusti svoje življenje Bogu ali Usodi in sprejme izhod, kakršen pač je. Glede na absolutno dokončnost, ki jo pripisujemo smrti, ni težko razumeti, da je človek na njenem pragu še vedno zazrt tudi v življenje. Zato ni primerno kar v načelu pripisovati manipulativnih teženj osebam, ki na primer po zaužitju strupa ali prerezanju žil same poiščejo pomoč.

NAPAČNA PREPRIČANJA O SAMOMORU

Od številnih napačnih prepričanj, ki jih srečamo v laični javnosti, pa tudi med zdravstvenimi delavci, navajam štiri (1), ki so povezana s temo prispevka.

1. Človek, ki govori o samomoru, ga ne bo napravil

Rezultati psiholoških avtopsij so pokazali, da je od 75 do 90% ljudi v zadnjem tednu pred uspelim samomorom svoje namere sporočalo bolj ali manj direktno (1,3). Po rezultatih naše študije (4) so duševno bolni samomorilci pomembno pogosteje izražali misli na samomor (65%) kot bolniki, ki niso napravili samomora (39%). Osebe, ki razkrivajo misli na samomor, umrejo od samomora devetkrat pogosteje v primerjavi s tistimi, ki ne govorijo o samomoru (1). Po drugi strani pa le 2 do 3% tistih, ki govorijo o samomoru, v petletnem obdobju samomor tudi naredijo.

Situacija je torej kar zapletena: samomorilne ideje so dokaj pogoste in je izvršen samomor v tej zvezi relativno redek pojav. Pred uspelim samomorom pa večina oseb svoj namen na tak ali drugačen način razkrije. Zdravnik se torej nahaja v dokaj kočljivem položaju. Iz čisto praktičnih razlogov ne more posvečati enake pozornosti vsem svojim bolnikom, ki so izrazili samomorilne ideje, zato mora ugotoviti, kateri so bolj ogroženi.

Bolj ustrezno "pravilo" bi se glasilo takole: Večina ljudi, ki napravi samomor, prej o tem govori; večina ljudi, ki o samomoru govori, ga ne napravi.

2. Tistemu, ki resno poskuša napraviti samomor, ni mogoče pomagati, ker bo v svoji nameri prej ali slej uspel

V resnici 10 do 15% ljudi, ki resno poskušajo s samomorom, kasneje tudi umre zaradi samomora (1). En odstotek tistih, ki poskušajo napraviti samomor, umre zaradi samomora v naslednjem letu. Tako nekateri avtorji trdijo, da obstajata dve različni populaciji, ki se delno prekrivata - tisti, ki samomor poskušajo narediti, in tisti, ki ga naredijo (5). Tu ponovno trčimo na problem iz gornjega odstavka - iz skupine oseb, ki so poskušale napraviti samomor, je potrebno izluščiti tiste z večjo samomorilno ogroženostjo.

Izrazit primer za netočnost trditve v naslovu odstavka je resen poskus samomora v izrazitem depresivnem stanju. Ko depresija mine, je pričakovati umik samomorilne ogroženosti.

3. Ljudje, ki so vključeni v določeno zdravljenje (npr. psihiatrično), so varni pred samomorom

Žal je tudi ta trditev napačna. Tveganje za samomor je pri duševnih bolnikih 3-12 krat večje kot v splošni populaciji (5). Vsaj četrtnina vseh, ki so na Gorenjskem napravili samomor v obdobju 1982 - 86, se je predhodno hospitalno zdravila zaradi duševnih motenj (4). V posameznih primerih pa je zgornji trditvi vendarle mogoče vsaj delno pritrčiti. Tako je splošna umrljivost manično-depresivnih bolnikov, zdravljenih z litijem, manjša od pričakovane umrljivosti v splošni populaciji (5). Umrljivost duševnih bolnikov (tudi manično - depresivnih) je sicer v primerjavi s splošno populacijo pomembno večja. Tudi po podatkih drugih študij (6) naj bi imelo profilaktično zdravljenje z litijevim karbonatom poseben protisamomorilni učinek, neodvisen od antidepresivnega delovanja (kar ne velja za antidepresive ali karbamazepin).

4. Samomor se zgodi brez opozorila

Omenili smo že, da 75-90% tistih, ki napravijo samomor, prej direktno ali indirektno sporočajo okolici svoj namen.

PREPOZNAVANJE SAMOMORILNE OGROŽENOSTI

Zdravnik je vsakodnevno v neposrednem stiku z delom populacije, ki je nadpovprečno ogrožen od samomora (telesno in duševno bolni, starejši, socialno ogroženi). Študije pa kažejo, da zdravniki nismo posebej uspešni pri

prepoznavanju samomorilne ogroženosti. V 40-60% primerov oseba v zadnjem tednu pred uspelim samomorom obišče splošnega zdravnika ali psihiatra. V 17% primerov je psihiater videl bolnika prav na dan samomora. Študija zastrupitev z zdravili je pokazala, da se je 50% samomorilcev zastrupilo s tistimi zdravili, ki so jih dobili od zdravnika, ki so ga obiskali nazadnje (5). Po naših izkušnjah (4) so bili bolniki s shizofrenijo in manično-depresivno psihozo v polovici primerov v stiku s psihiatrom še teden dni pred samomorom.

Sporočanje samomorilnega namena

Večina oseb pred uspelim samomorom obvešča okolico o svojem namenu. Takšna sporočila so lahko namenjena tudi zdravniku - redkeje kot bližnjim osebam, a pogosteje kot ostalim.

Besedna sporočila so lahko diskretna. Tu gre za razkrivanje idej o samomoru ali želje po smrti, lahko tudi govorjenje o nesmiselnosti življenja. V indirektnih besednih sporočilih gre zlasti za poslavljanje, govorjenje o strahu pred smrtjo, nakazovanje, da oseba s sobesednikom v bodoče ne bo imela stika. Besedno sporočilo je tudi poslovilno pismo (15% samomorov), ki ga je včasih mogoče še pravočasno odkriti.

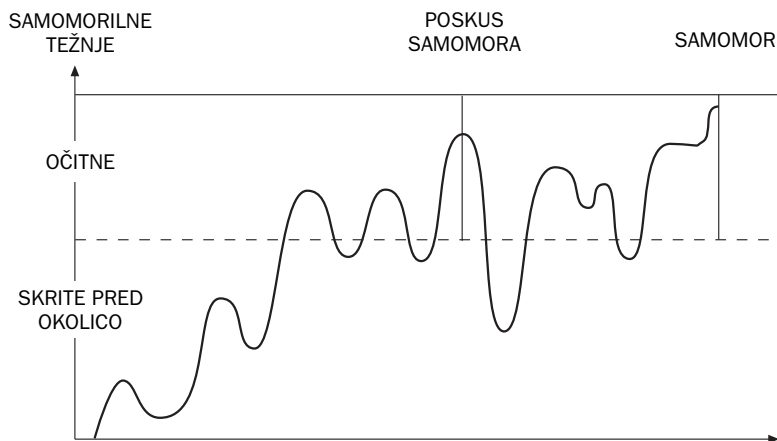
Vedenjska sporočila o samomorilnem namenu so tiste aktivnosti, ki jih običajno opravlja človek, ki se pripravlja na dolgo potovanje ali dolgo odsotnost. Tu gre za urejanje finančnih zadev ali dokumentacije brez očitnega zunanjega razloga, pisanje oporoke, podarjanje ali tudi vračanje pomembnejših predmetov (1,3,7).

Sporočila, ki jih je mogoče opaziti, pa predstavljajo le vrh ledene gore in se pojavljajo ob bolj izrazitih samomorilnih težnjah. Odnos med samomorilnimi težnjami in njihovim izražanjem v samomorilnem procesu kaže slika 2 (1).

Kadar zaslutimo zgoraj omenjeni način komuniciranja, moramo takoj razčistiti namen sporočila. Če posumimo na samomorilne ideje, je bolnika o tem potrebno vprašati nedvoumno. Seveda je to potrebno storiti na primeren način in potem, ko smo vzpostavili ustrezen stik in si pridobili bolnikovo zaupanje. Vprašanje "Ali ste morda pomislili na samomor?" je gotovo mnogo bolj osebno od tistega "Ali imate povišano telesno temperaturo?"

Pomisleki pred tem, da bi bolniku na ta način vcepili samomorilne ideje, ki jih prej ni imel, niso utemeljeni (8). To izhaja po eni strani iz dejstva, da so samomorilne ideje bistveno pogostejše kot njihovo izražanje navzven; ljudje v hudi stiski pomislijo na samomor sami od sebe. Po drugi strani izkušnje kažejo, da takšno vprašanje, zastavljeno na primeren način, bolniku ne predstavlja hujske psihične obremenitve, tudi če nanj odgovori negativno.

Slika 2: Primer samomorilnega procesa.



Kadar bolnik ima samomorilne ideje in ga po njih vprašamo, mu s tem omogočimo, da jih izrazi in se s tem razbremeni. O takšni temi seveda ni mogoče govoriti s komerkoli. Zato osebe s težnjo v smrt pogosto ostajajo same s svojimi mislimi, ki so tako še strašnejše in obremenjujoče.

DEJAVNIKI TVEGANJA SAMOMORILNE OGROŽENOSTI

Dejavnikov tveganja ne gre zamenjevati z vzroki. Do samomorilnega dejanja pride vedno v steku številnih vzrokov, ki izhajajo iz človekove osebnosti in iz okolja (polietologija) (9).

Spol in starost

Moški so pomembno bolj ogroženi kot ženske. V letu 1995 je bilo v Sloveniji razmerje 1:3,3 v korist samomorov pri moških (10). Poleg tega je za klinično situacijo pomembno, da moški težje govorijo o čustvenih problemih in zato pri njih tudi samomorilno ogroženost hitreje spregledamo.

Količnik samomora (število samomorov na 100 000 prebivalcev) s starostjo raste. Tako je bil na primer v določenem obdobju na Madžarskem količnik za starostno skupino moških od 15 do 24 let med 20 in 30, za starejše od 75 let pa 200. Poleg tega običajne zakonitosti samomorilnega

vedenja v starosti ne veljajo več tako prepričljivo: večvzročnost se pogosto zoži na hudo bolezen in osamljenost, razmere v starosti postanejo pomembnejše kot dinamika osebnostnega razvoja, apel kot nasprotje težnji v smrt je šibkeje izražen (9).

Socialne okoliščine

Bolj ogroženi so neporočeni, ločeni, ovdoveli in nasploh tisti, ki živijo sami in so socialno izolirani. Posebej veliko tveganje se pojavlja pri tistih ljudeh, ki postopoma izgublajo socialne povezave. Pomemben dejavnik tveganja je razdrta primarna družina (broken home) pred starostjo 15 let. Ogrožene so tudi osebe, zapletene v kriminalna dejanja, zaporniki, begunci, nezaposleni, ljudje po hudem finančnem zlomu. Višji socialni status je po nekaterih podatkih dejavnik tveganja, hkrati pa je ogrožujoč padeč socialnega statusa (1,5,11).

Telesno stanje

Telesna bolezen je prisotna pri 25 do 75% samomorilcev, pogosteje pri starejših osebah (5). Ogrožujoče so zlasti resne bolezni, ki vodijo v invalidnost ali so povezane z izrazitimi bolečinami ali drugačnim neugodjem (na primer nekatere vrste raka) (1,12). Samomorilna ogroženost pa ni nujno povezana z objektivno resnostjo bolezni. Odločujoči dejavnik je bolnikovo doživljanje resnosti bolezenskega stanja, njegova lastna razlaga o naravi in možnih posledicah bolezni. Zato so tudi hipohondrični simptomi povezani s povečano nevarnostjo samomora (1).

Samomori v sorodstvu in okolici

Oseba, ki ima v sorodstvu primere samomora, je bolj ogrožena (1,11,12). Novejše raziskave na dvojčkih in posvojenjih kažejo, da bi utegnila biti nagnjenost k samomoru tudi delno pogojena (1,5).

Nedvomno pa je zelo pomemben učinek vedenjskega vzorca, saj je opisan kot »nalegljivi« vpliv samomorov v manjših socialnih skupnostih (majhna naselja, domovi oskrbovancev), kjer je vpliv dednosti izključen. Znani so tudi učinki imitacije, ko se je v določenem obdobju zaradi identifikacije z glavnim junakom literarnega dela ali televizijske nadaljevanke povečalo število samomorov v ustrezni starostni skupini in z enako samomorilno metodo (1,2).

Duševne bolezni (motnje)

Ocene deleža duševno bolnih oziroma duševno motenih v celotni populaciji samomorilcev so zelo različne, razpon je od 30 do 94% (5,10). Razlike v ocenah grejo verjetno tudi na račun sprememb v psihiatričnih diagnostičnih klasifikacijah. Za kliniko pa je bolj pomembno dejstvo, da so ljudje z duševnimi motnjami 3 do 12 krat bolj ogroženi od splošne populacije (5).

Depresija

»There is no medical man who has never misjudged the risk of suicide in a depressed patient.« (E. Stengel)

Okrog 15% depresivnih bolnikov konča življenje s samomorom; samomor je glavna nevarnost depresivne bolezni. Tveganje je večje, če so prisotni še drugi dejavniki (neugodne socialne okoliščine, razdrta primarna družina, samomori med bližnjimi ...) S suicidalnostjo je povezana zlasti naslednja simptomatika: nespečnost, zanemarjanje samega sebe, spominske motnje, občutja brezupa in nemoči (1,5). Depresivni bolniki pogosto zelo natančno načrtujejo samomor in so še vedno samomorilno ogroženi, če poskus ni uspel; poskusi so praviloma resnejši kot v povprečju (12). Večja nevarnost samomora je zlasti ob začetku in pred koncem depresivne epizode; kot pri drugih duševnih bolnikih so posebno kritični meseci po odpustu iz bolnišnice, torej v času, ko se bolniki spet srečajo z večjimi zunanjimi obremenitvami (1,5).

Shizofrenija

Okrog 10% bolnikov s shizofrenijo umre zaradi samomora. Pogostejši so samomori v prvih letih po začetku bolezni, zato so samomorilci s shizofrenijo relativno mladi. Majhen odstotek bolnikov napravi samomor zaradi imperativnih halucinacij ali pod vplivom preganjalnih blodenj. Samomori so pogostejši izven obdobja akutne psihotične simptomatike, takrat, ko je bolnikov stik z realnostjo ustrenejši. Posebej nevarni so tedni in meseci po odpustu iz bolnišnice. Pogosta je depresivnost (v dveh tretjinah primerov), najpomembnejša značilnost doživljanja pa je občutje brezupa. Šteblaj (13) je v anamnezi bolnikov s shizofrenijo, ki so napravili samomor, zasledil naslednje dejavnike: samomorilno vedenje v preteklosti, prisotnost depresivnosti, socialni umik v času pred dejanjem in izgubo »pomembnega drugega«. Shizofreni bolniki predstavljajo le nekaj odstotkov med vsemi, ki napravijo samomor. V klinični situaciji pa se s to populacijo srečujemo pogosteje, zato je razsežnost problema toliko večja.

Odvisnost od alkohola

Od 2,2 do 3,4% bolnikov, zdravljenih zaradi odvisnosti od alkohola, umre zaradi samomora. Delež alkoholikov med vsemi, ki napravijo samomor, pa je tako po tuji (12) kot domači (11) literaturi vsaj 25%. Do samomora pri alkoholiku pride običajno v obdobju pitja, socialne izolacije in drugih socialnih in zdravstvenih težav. V polovici primerov je prišlo v letu pred samomorom do izgube tesnega čustvenega odnosa (pogosto zaradi posledic odvisnosti). Pogosta je komorbidnost (depresija). Več kot polovica alkoholikov, ki napravijo samomor, svojo odločitev napove direktno (5). Po naših podatkih (4) so posebej ogroženi alkoholiki s kratko hospitalizacijo in redkimi stiki s psihiatrom, kar verjetno kaže na njihove težave pri sprejemanju zdravljenja.

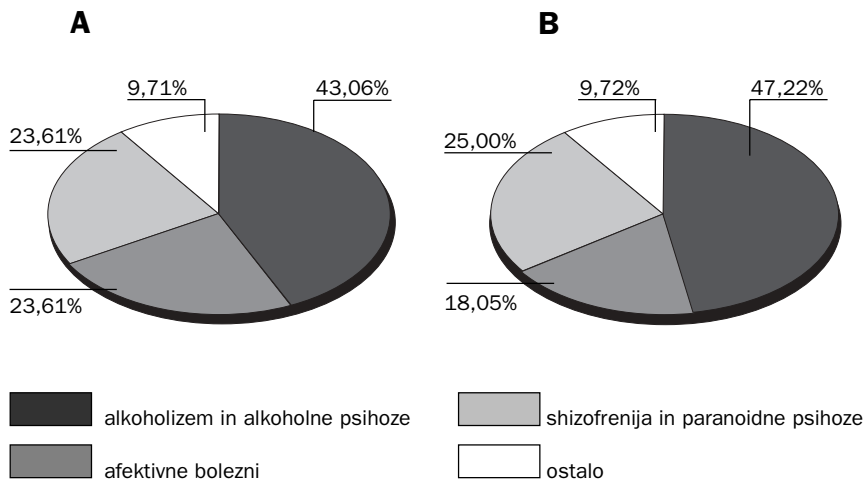
Razlogi za samomorilno ogroženost odvisnih od alkohola so verjetno v njihovem drsenju navzdol po socialni lestvici in v komorbidnosti (afektivne in osebnostne motnje). Pomemben razlog je tudi neposredni učinek alkohola. Opitost olajša samomorilno odločitev in do 40% vseh samomorilcev neposredno pred dejanjem zaužije alkohol (2).

Osebnostne motnje

Okrog 5% oseb z disocialno osebnostno motnjo umre zaradi samomora, izraziteje ogrožene so tudi osebe z borderline (mejno) motnjo. Razlogi so različni: osebnostne motnje pogosto pospešujejo pojav depresije ali alkoholizma, vodijo v težave pri socialnem prilagajanju, povečujejo pogostost obremenjujočih življenjskih dogodkov, otežujejo sodelovanje pri zdravljenju v primeru duševne (ali kake druge) bolezni. Zaradi svoje konfliktnosti si te osebe pogosto otežijo sodelovanje s tistimi, ki bi jih v kriznih situacijah potrebovali (svojci, zdravstveno osebje) (1,5). Poseben pomen ima impulzivnost; navzven usmerjena agresivnost, ki ne najde možnosti sprostitve, se lahko v hipu obrne v samomorilnost.

Po Zalokarju (14) samomorilnost pri psihiatričnem bolniku ni simptom duševne bolezni, ampak bolnikov odziv na življenjsko situacijo (h kateri pa je bolezen gotovo izdatno pripomogla in je vsaj v primeru depresije tudi samo odzivnost bistveno spremenila, pripomba A. Ž.). To tezo potrjujejo tudi naši podatki, po katerih skoraj ni razlike v diagnostični strukturi med duševnimi bolniki, ki so napravili samomor, in med naključno izbrano kontrolno skupino duševnih bolnikov - slika 3 (4). Če bi samomorilnost predstavljala simptom, bi bila pri posameznih duševnih boleznih različno pogosta.

Slika 3: Diagnostična struktura hospitalno zdravljenih duševnih bolnikov, ki so kasneje napravili samomor (A), v primerjavi s kontrolno skupino (B).



POSEBNOSTI V MIŠLJENJU IN ČUSTVOVANJU

Mišljenje in čustvovanje suicidalne osebe so opisovali z različnih zornih kotov. Znan je Ringlov presuicidalni sindrom (1), ki je sestavljen iz treh komponent:

1. Zoženje mišljenja in dojetanja: Pogled na svet postaja vedno bolj enostranski. Območje za akcijo se zoži, ideje so vedno manj fleksibilne. Zožijo se tudi socialni stiki, oseba se izolira od okolice.
2. Agresivnost: Usmerjena je proti lastni osebi, ker se zaradi različnih razlogov ne more sprostiti navzven. V poslovnih pismih je mogoče najti tudi navzven usmerjeno agresivnost (obtožbe proti osebam iz bližnje okolice).
3. Odmik od realnosti: Pogosteje se pojavljajo različne fantazije in dnevno sanjarjenje, v tem okviru se pojavijo misli na samomor.

Shneidman (3) primerja zoženje mišljenja s fotografsko zaslonko: »Zaslonka mišljenja se zoži in izostril na edini cilj - beg - in izključi vse ostalo, svoje in druge bližnje osebe. Ti ljudje niso pozabljeni, ampak preprosto niso v žarišču suicidalne optike.« Zoženje mišljenja in pozornosti je mogoče

razbrati tudi iz načina govora. Gre za uporabo določenih besed, ki odražajo dihotomni način razmišljanja (vse ali nič, črno-belo). Patognomonična je beseda »samo« (only), na primer: »Samo na tak način je mogoče urediti stvar. Samo tega si želim. Samo ta rešitev je prava. Samo to bi mi pomagalo.«

Po Shneidmanu je samomor beg pred neznosno psihično bolečino, ki je posledica nezadovoljenih psiholoških potreb. Zelo pomembno je še občutje brezupa oziroma nemoči: »Ničesar ni mogoče storiti, nihče mi ne more (noče) pomagati.«

Izdelanih je bilo več lestvic za ocenjevanje samomorilne ogroženosti. Te lestvice se osredotočajo na različne dejavnike: čustvovanje, prisotnost samomorilnih idej, okoliščine in načrte samomorilnih poskusov, demografske in klinične podatke. Glede na dejstvo, da je samomor statistično vzeto dokaj redkok dogodek, je skupna slaba stvar lestvic veliko število lažno pozitivnih rezultatov (15). Poleg tega bi nekritična uporaba lestvic lahko pripeljala do opustitve temeljne metode odkrivanja samomorilne ogroženosti, to pa je dinamično usmerjen psihiatrični intervju, ki ga po možnosti dopolnimo s pogovorom s svojci (1,11). Znanje in presoja zdravnika ostajata poleg bolnikovih sporočil najpomembnejša dejavnika v ocenjevanju samomorilne ogroženosti (16).

Drugi dejavniki tveganja

Skupaj z zgoraj naštetimi dejavniki vplivajo na pojav samomorilnosti še številni drugi, na primer posebnosti družbene klime, neugodni vremenski vplivi, pri bolnikih v bolnišnicah pa tudi menjave zdravstvenega osebja in konflikti znotraj terapevtskega tima.

SAMOMORILNI POSKUS

Za klinično rabo se zdi primerna naslednja definicija: »Samomorilni poskus je vsako dejanje samopoškodovanja, napravljeno z namenom samouničenja. Namen je pogosto nejasen in dvoumen, nanj pogosto sklepamo iz bolnikovega vedenja.« (7)

Pri bolniku po poskusu samomora je potrebno istočasno oceniti telesno in psihično stanje. Spregledana akutna psihotičnost ali izrazite samomorilne tendence lahko hudo zapletejo postopke telesne oskrbe.

Pri obravnavi bolnika po samomorilnem poskusu je treba posebej paziti na ustrezen terapevtski odnos (12). Izkušnje namreč kažejo, da imajo

preobremenjene urgentne ekipe pogosto negativen odnos do takšnih bolnikov in svoj odnos tudi izrazijo. Osnova takšnega odnosa je verjetno naslednji vzorec mišljenja: Ker si je bolnik sam namenoma povzročil škodo, manj zasluži zdravljenje kot tisti, ki je zbolel ali se ponesrečil brez lastne krivde.

Tako razmišljanje je sicer mogoče razumeti, vendar pa je v klinični situaciji neproduktivno, neterapevtsko in ni primerno medicinskemu osebj. Negativen odnos ob oskrbi lahko poviša tveganje ponovnih poskusov. Zdravnik predstavlja bolniku avtoriteto, njegova odklonitev v čustvenem smislu okrepi bolnikove občutke krivde, s tem se zniža bolnikovo samospoštovanje in poviša stopnja samomorilne ogroženosti. Bolnik po poskusu samomora potrebuje čustveno podporo, sprejemajoč, ne-obojojč odnos.

Sicer si moramo pri oceni psihičnega stanja odgovoriti na naslednja vprašanja (5):

1. Kakšna je razlaga za poskus (verjetni razlogi in cilji)?
2. Kakšna je stopnja namena samouničenja?
3. Ali je bolnik še samomorilno ogrožen?
4. S kakšnimi problemi se bolnik sooča? Sprožilni dogodek?
5. Ali gre za duševno bolezen? Če gre, za katero in koliko je povezana s poskusom?
6. Kakšna pomoč bi bila potrebna? Ali jo bolnik sprejema?

Dejavniki tveganja samomorilne ogroženosti so bili že omenjeni. V zvezi s samomorilnim poskusom je treba presoditi, ali je šlo za planirano (bilančno) dejanje ali bolj za impulzivno reakcijo. Impulzivni poskusi so sicer bolj povezani s konkretno trenutno situacijo. Natančnejša analiza pa pogosto pokaže, da je oseba že prej kdaj imela samomorilne misli in da poskus ni »iztrgan in konteksta« njenega življenja, kot se pogosto zatrjuje.

Druga pomembna postavka je alkoholiziranost v času poskusa. Alkohol olajša odločitev za samomor (2) in pogosto je že po iztreznitvi ali vsaj v nekaj dneh samomorilna ogroženost bistveno manjša; verjetno pa velja tu upoštevati isti pomislek kot pri impulzivnem poskusu.

V splošnem velja, da resen samomorilni poskus z večjo verjetnostjo opozarja na nevarnost uspelega samomora v prihodnosti (12). Tako je bolj ogrožen tisti, ki se je poskušal obesiti kje na samem, kot tisti, ki pred družino pogoltne pest kapsul antibiotika. Seveda je treba presojati resnost poskusa tudi glede na bolnikovo poznavanje samomorilnega sredstva. Tako ima povsem drug pomen poskus samomora z zaužitjem antibiotika pri medicinski sestri kot pri gospodinji brez izobrazbe.

V pomoč pri ocenjevanju resnosti samomorilnega poskusa je lahko lestvica razmerja tveganje-rešitev (risk-rescue ratio), ki sta jo sestavila Weisman in Worden (12). Rezultat lahko predstavlja dodatno informacijo pri oceni samomorilne ogroženosti, nikakor pa ne more nadomestiti vtisa, ki ga dobimo s pomočjo poglobljenega pogovora z bolnikom. Lestvica na eni strani ocenjuje, koliko je bila uporabljena samomorilna metoda ogrožujoča za življenje, in na drugi strani, kakšna je bila možnost rešitve. Navajam jo v dodatku.

OSNOVNI PRINCIPI TERAPEVTSKE OBRAVNAVE

Pregled pri psihiatru je priporočljiv za vse osebe, ki so poskušale narediti samomor (12). Podobno velja za druge osebe s samomorilnimi idejami.

Odločitev za urgentni pregled ali hospitalizacijo je odvisna zlasti od stopnje samomorilne ogroženosti, pa tudi drugih dejavnikov (prisotnost resne duševne motnje, razporožljivost zanesljivih svojcev, druge socialne okoliščine). Pri psihotičnih in resno depresivnih bolnikih je praviloma potrebna hospitalizacija (8).

Rund in Hutzler (12) navajata naslednje indikacije za hospitalizacijo bolnika po samomorilnem poskusu:

Absolutne indikacije (če je potrebno, tudi hospitalizacija proti volji bolnika):

- psihotično stanje,
- nasilen, skoraj usoden, planiran poskus,
- še prisotne samomorilne ideje.

Relativne indikacije (v nekaterih primerih tudi hospitalizacija proti volji bolnika):

- starost nad 45 let (posebno, če v anamnezi ni manipulativnih poskusov),
- visoko razmerje tveganje-rešitev,
- telesna bolezen,
- odvisnost od alkohola in drog,
- odsotnost socialne mreže, bolnik živi sam,
- brezup nemoč, izčrpanost,
- načrti za ponoven poskus.

Če bolnik hospitalizacijo odklanja, je dilema glede nadaljnje obravnave še posebej težavna.

Kadar se ne odločimo za hospitalizacijo, je potrebno k sodelovanju pritegniti svojce, ki lahko prevzemajo del skrbi za bolnika. Zdravnikovo delo s svojci je v tem primeru zelo zahtevno, saj pri svojcih pogosto naleti na hude občutke krivde, lahko pa tudi na bolj ali manj jasno izraženo čustvo jeze. V primeru neugodnega čustvenega ozračja v družini je hospitalizacija bolj ustrezne rešitev.

Druga možnost je takoimenovani »antisuicidalni pakt« - dogovor med bolnikom in zdravnikom, da bolnik ne bo ponovno poskušal samomora, ne da bi poiskal zdravnikovo pomoč. Takšen dogovor in sodelovanje svojcev seveda ne zagotavljata popolne varnosti, vendar to velja tudi za hospitalizacijo v psihiatrični ali drugi bolnišnici.

Zdravljenje z zdravili

Če gre za duševno bolezen (shizofrenija, depresija), je potrebno zdravljenje z zdravili. To pa seveda nima takojšnjega antisuicidalnega učinka. Antidepresivi potrebujejo za solidnejšo ublažitev depresije približno tri tedne. Ocena, kdaj pri človeku, ki je v stiski, uporabiti antidepresiv, danes ni več tako bistvena. Novejša zdravila so namreč bistveno manj toksična in imajo manj stranskih učinkov, zato se je v dvomu bolje odločiti za antidepresiv. Nevarnost takšnega pristopa pa je v sklepanju, da smo s predpisom antidepresiva za bolnika storili vse. To lahko vodi v opustitev nujno potrebnih psihoterapevtskih in socialnih ukrepov. V načelu je bolniku s samomorilnimi idejami bolje predpisovati novejše, manj toksične antidepresive (mianserin, moklobemid, inhibitorji ponovnega privzema serotonina). Če v primeru rezistence predpišemo triciklične antidepresive, je smiselno zagotoviti intenzivnejše sodelovanje svojcev (kontrola jemanja zdravil). S tem dosežemo zanesljivejši vnos zdravila v organizem in zmanjšamo nevarnost, da bi bolnik uporabil zdravila za ponoven poskus samomora.

Psihoterapevtski ukrep

Kot velja za zdravljenje z zdravili, je tudi psihoterapevtski pristop v urgentni situaciji le začetek daljše obravnave.

V pogovoru moramo najprej doseči, da se človek, ki se je v samomorilni krizi zaprl vase, spet odpre. Nato ga moramo poslušati: da se s tem razbremenijo zadrževane napetosti (ventilacija) in da lahko presodimo o njegovi samomorilni ogroženosti. Ob tem naj bo zdravnik iskren; naivno tolaženje ne koristi. Obravnava se razlikuje od običajnega analitsko usmerjenega pristopa - človek, nagnjen k samomoru, potrebuje jasne napotke in smernice, torej bolj direktiven pristop (11).

Pomembno je delovati proti zoženju bolnikovega mišljenja in doživljanja, razširiti njegov zorni kot. Alternative samomorilnemu vedenju je mogoče poiskati tako, da bolnik ponovno premisli problem na nekoliko drugačen način in pretehta možne druge strategije reševanja. Nove konceptualizacije morda ne rešijo problema v celoti, lahko pa ponudijo možnosti, s katerimi je mogoče živeti (3). To je osnovni cilj psihoterapevtskega dela s samomorilno ogroženo osebo in je zelo blizu tehniki reševanja problemov (problem solving) vedenjsko kognitivne terapije. Osnovna strategija ni prepričevanje o neustreznosti samomorilnega vedenja, ampak zmanjševanje bolnikove duševne stiske, ki je samomorilno vedenje ali razmišljanje povzročila.

Čeprav je terapevt v poteku pogovora aktiven, mora vsak korak sproti preveriti, koliko je sprejemljiv za bolnika. Oseba v samomorilni krizi je namreč še posebej občutljiva za napačne (ali tudi točne, vendar prehitre in preveč nasilne) interpretacije. V osnovi mora vendarle izraziti (na primeren način) nestrinjanje z bolnikovim črno-belim, dihonomnim gledanjem (3).

ZAKLJUČEK

Kot hospitalni psihiater imam priložnost ugotoviti, da so samomori v psihiatrični bolnišnici redki (pri nas v povprečju manj kot eden na leto). Pa ne gre za to, da bolniki ne bi imeli možnosti - zaprta oddelka predstavljata le okoli 15% bolnišničnih kapacitet. Samomori duševnih bolnikov so sicer relativno pogosti, a izven bolnišnice (med odhodom domov za konec tedna ali po odpustu).

Kljub temu smo imeli v naši hiši znotraj skupine zdravnikov občasno kar ostre debate glede konkretnih varnostnih ukrepov, usmerjenih v preprečevanje samomorilnih dejanj. Del kolegov je zagovarjal stališče, da je potrebno uporabiti vse možne prijeme, ki ne omejujejo po nepotrebnem svobode in udobja bolnikov. Drugi pa so menili, da noben ukrep ne bo povsem preprečil samomorov v bolnišnici.

Ko gledam na obe stališči z ustrezne distance, se mi zdita povsem združljivi. To je mogoče prenesti tudi na ostale situacije, kjer se zdravnik srečuje s samomorilnostjo: verjetno ne bo nikoli mogoče preprečiti vseh samomorov. Vendar je potrebno storiti, kar je v naši moči, da bi ta cilj dosegli.

1. Retterstol N. Suicide. A European perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 1993: 106:106-56.
2. Milčinski L. Samomorilnost. In: Milčinski L, ed. Psihijatrija. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1986:519-28.
3. Shneidman ES. The suicidal mind. Oxford: Oxford University Press, 1996:51-154.
4. Žmitek A., Acović M. Samomor pri psihijatričnih pacientih. In: Dolenc A, ed. Samomor na Slovenskem. Ljubljana: Medicinski razgledi, 1990:249-56.
5. Roy A. Suicide. In: Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry/VI. Baltimore: Williams & Wilkins, 1995: 1739-52.
6. Stengel E. Suicide & Attempted Suicide. Harmondsworth: Penguin books, 1969:38-45.
7. Kaplan HI, Sadock BJ. Emergency psychiatric medicine. Baltimore: Williams & Wilkins, 1993:347-50.
8. Milčinski L. Samomorilno vedenje pri starih ljudeh. In: Milčinski L, Virant-Jaklič M, eds. Samomor in samomorilni poskus v Sloveniji v letu 1985. Ljubljana: Univerzitetna psihijatrična klinika, 1986:21-29.
9. Milčinski L. Dileme samomorilnega vedenja. In: Milčinski L, ed. Samomor in Slovenija - 1995. Ljubljana: Slovenska akademija znanosti in umetnosti, 1997: 7-22.
10. Milčinski L. Samomor in Slovenci. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1985:127-38.
11. Rund DA, Hutzler JC. Emergency psychiatry. St. Luis: Mosby company, 1983:56-71.
12. Šteblaj T, Perovšek-Šolinc N. Suicidalnost shizofrenih. In: Kocmur M, ed. Shizofrenija. Ljubljana: Psihijatrična klinika Ljubljana, 1998:51-5.
13. Zalokar J. Suicid u psihijatrijskim bolnicama Slovenije i u shizofreniji. In: II. jugoslovenski simpozijum o prevenciji suicida. Beograd: Galenika, 1976:223-9.
14. Bassuk EL. General principles of assesment. In: Bassuk EL, Schooner SC, Gill AD, eds. Lifelines. Clinical perspectives on suicide. New York: Plenum Press, 1982:17-48

Lestvica razmerja tveganje-rešitev (risk-rescue ratio)

Posebej ocenimo tveganje (rezultat 1-5) in posebej možnost rešitve (rezultat 1-5). Skupni rezultat dobimo po obrazcu

$$\frac{\text{tveganje}}{\text{tveganje} + \text{rešitev}} \times 100.$$

Rezultat je v razponu od 17 do 83, višje vrednosti kažejo v smer višje samomorilne ogroženosti.

DEJAVNIKI TVEGANJA	DEJAVNIKI REŠITVE
1. Uporabljen način	1. Lokacija
1 - zastрупitev p.o., rezanje, vbod 2 - utapljanje, strangulacija 3 - skok z višine, strel	3 - običajna 2 - neobičajna, vendar v bližini 1 - odmaknjena
2. Motnja zavesti	2. Kdo je prvi reševalec
1 - ni prisotna 2 - zmedenost, somnolenca 3 - koma	3 - bližnja oseba 2 - profesionallec 1 - naključni mimoidoči
3. Poškodba/zastрупitev	3. Verjetnost odkritja
1 - blaga 2 - zmerna 3 - huda	3 - skoraj popolna 2 - negotova 1 - slučajno odkritje
4. Reverzibilnost poškodbe	4. Odnos do rešitve
1 - dobra, pričakovati je popolno okrevanje 2 - zmerna, pričakovati je okrevanja s časom 3 - slaba, pričakovati je posledice	3 - sam prosi za pomoč 2 - pušča »sporočila« 1 - ne prosi za pomoč
5. Potrebno zdravljenje	5. Čas do odkritja
1 - prva pomoč, urgentna ambulanta 2 - hospitalizacija, rutinska nega 3 - intenzivna nega	3 - eno uro ali manj 2 - manj kot štiri ure 1 - več kot štiri ure
Skupaj _____	Skupaj _____

Rezultat tveganja

- 5 - visoko tveganje (13-15 točk)
- 4 - zmerno do visoko tveganje (11-12 točk)
- 3 - zmerno tveganje (9-10)
- 2 - nizko do zmerno tveganje (7-8)
- 1 - nizko tveganje (5-6)

Rezultat možnosti rešitve

- 1 - majhna možnost (5-7 točk)
- 2 - majhna do zmerna možnost (8-9)
- 3 - zmerna možnost (10-11)
- 4 - zmerna do visoka možnost (12-13)
- 5 - visoka možnost (14-15)