

Ksenija da Silva

EVALVACIJA PROMISE-OVIH SMERNIC IZOBRAŽEVANJA STROKOVNJAKOV NA PODROČJU PREVENTIVE PRED SAMOMORILNOSTJO IN DEPRESIJO

UVOD

Potek oblikovanja PROMISE-ovih smernic za izobraževanje strokovnjakov

Prva različica smernic za izobraževanje strokovnjakov, ki delujejo na področju preprečevanja samomorilnosti in depresije, je bila oblikovana na podlagi najpomembnejših dokumentov Evropske unije, politike in zakonodaje na področju promocije duševnega zdravja v različnih državah in na podlagi vzorcev najboljše prakse. Tako po obliki kot po vsebini so bile razvite nadaljnje različice teh smernic, in sicer s pomočjo uporabnikov storitev na področju duševnega zdravja (uporabniki¹), zdravstvenih delavk in delavcev, strokovnih ustanov, univerzitetnih mrež, organizacij civilne družbe in drugih vladnih in nevladnih organizacij, ki delujejo na področju preprečevanja samomorilnosti in depresivnosti².

Smernica 1: Promocija duševnega zdravja na področju preprečevanja samomorilnosti in depresivnosti

Prva smernica je sprožila največ žgočih vprašanj o obstoječi obravnavi samomorilnih in depresivnih posameznikov, zato bo v

¹ V članku uporabljen izraz "uporabniki" so sprejeli ljudje, ki imajo ali so imeli osebno izkušnjo s samomorilnostjo in depresijo ter so uporabili katerokoli storitev v duševnem zdravstvu. Vsi uporabniki so seznanjeni z obstoječim zdravstvenim sistemom svoje države in so bili v njem tudi obravnavani.

² Za podroben opis poteka raziskave in udeleženi akterjev gl. <http://promise-mental-health.com> (10. 10. 2012).

članku podrobno obravnavana. Hkrati bodo predstavljeni tudi možni odgovori in pomen za nadaljnja usposabljanja in potrebne spremembe obstoječih programov preventive samomorilnosti in depresivnosti.

Smernica poudarja, da mora vsak program usposabljanja strokovnjakov na področju preprečevanja samomorilnosti in depresivnosti vsebovati idejo o promociji duševnega zdravja, ne pa samo o preprečevanju samomorilnosti in depresivnosti ter kurativni oskrbi uporabnikov. Pozitivno duševno zdravje mora biti predstavljeno kot vir preventive, ki ima vrednost sam po sebi, in kot osnovna človekova pravica. Promocija duševnega zdravja vpliva na povečevanje dejavnikov duševne blaginje in na zmanjševanje dejavnikov neenakosti (Anderson *et al.* 2008, Herrman *et al.* 2005, Hosman *et al.* 2004).

V praksi to pomeni, da se program ne le omejuje na tradicionalne pristope preprečevanja depresivnosti in samomorilnosti (npr. zmanjšanje dostopa do samopoškodbenih pripomočkov, obravnavanje ogroženih skupin, prepoznavanje dejavnikov tveganja), ampak obravnava tudi različne načine spodbujanja duševnega zdravja pri depresivnih in samomorilnih posameznikih, tudi pozitivne vidike dobrega počutja, pomen spanja, spolnosti, prehrane/hrane, telesnih dejavnosti/telovadbe ipd. Program promocije duševnega zdravja poudarja pomen razumevanja sebe in drugih, koncept identitete in samozavesti, čustvene stabilnosti, načine izboljšanja samoobvladovanja, duhovnosti ipd. (cf. Blazer 2009, Koenig 2009, Kohyama 2010, Li *et al.* 2010, Moreira-Almeida *et al.* 2006, Pires *et al.* 2010, Selvi *et*

al. 2010, Tyson *et al.* 2010, Wong *et al.* 2006).

Program se lahko ukvarja tudi s posebnimi temami, kot so razmere, v katerih je depresija normalna reakcija, ali situacije, v katerih je samomor z vidika posameznika razumna možnost (Kjølseth *et al.* 2010, Marušič 2010, Strobel *et al.* 2007).

Pri tem je treba upoštevati človekove pravice in zakonodajo posameznih držav glede samomora in depresije ter zagotoviti spoštovanje človekovih pravic in enakost v duševnem zdravstvu (npr. Evropska komisija 2005, Svetovna zdravstvena organizacija 1997).

KVALITATIVNI REZULTATI RAZUMEVANJA POJMA PROMOCIJE DUŠEVNEGA ZDRAVJA

Kako pojem promocije duševnega zdravja razumejo strokovnjaki

Tako strokovnjaki kot uporabniki so se strinjali, da je smernico preprosto razumeti in da so navedeni primeri izbranih tem promocije duševnega zdravja jasni. Kljub temu je primerjava odgovorov pokazala kritično vrzel v razumevanju koncepta promocije duševnega zdravja med strokovnjaki in uporabniki.

Strokovnjaki so dobro seznanjeni s preprečevanjem samomorov (v usposabljanjih na primer obravnavajo izobraževanje zdravnikov o zgodnjem odkrivanju depresije, dejavnike tveganja, kot so starost, spol, zloraba alkohola, duševne ali druge kronične bolezni, slaba samopodoba ...). Po drugi strani je evalvacija pokazala, da v veliki meri ne poznajo pristopov promocije duševnega zdravja in da je na področju preprečevanja samomorilnosti in depresivnosti to popolnoma nov koncept. Strokovnjaki so navajali, da obstaja malo usposabljanj na tem področju, prav tako pa je tudi literatura z zanesljivimi in preverjenimi rezultati omejena. Promocija duševnega zdravja je tudi redko obravnavana v klasičnih suicidoloških tekstih; v njih prevladujejo teme preprečevanja. Tematiko samomorilnosti in depresivnosti danes večinoma obravnavajo z vidika neravnovesja v delovanju nevrottransmitterjev, čeprav je bila zgodovinsko obravnavana predvsem s filozofskega, psihološkega, sociološkega

in duhovnega vidika (več o premiku v t. i. bio-bio-bio model pozneje). Zato ni bilo presenetljivo, da večina strokovnjakov v svojih usposabljanjih obravnava samomorilnost in depresivnost z vidika preventive. Nekateri so med drugim dejali, da vključitev promocije duševnega zdravja v njihovo vsakodnevno delo ni relevantno in da sami ne bi znali vključiti promocije duševnega zdravja v svoja usposabljanja. Če bi se ta sprememba zgodila, bi kot predavatelje na to temo zaposlili uporabnike iz lokalne skupnosti, sami pa se novih znanj ne bi priučili.

Nekateri so govor o razmerah, v katerih »je depresija popolnoma normalna reakcija«, ali o situacijah, v katerih »je samomor z vidika posameznika povsem razumna možnost«, ocenili kot neprimerne, češ da so to črne misli, o katerih se ne govori, in da samomor ni nikoli razumna možnost. To so bili predvsem strokovnjaki s področja psihiatrije. Drugi niso razumeli, kaj bi lahko navajali kot promocijo duševnega zdravja v svojih izobraževanjih, saj se zanj niso usposabljali. Nekateri so dejali, da v svojih usposabljanjih nikoli ne dovolijo, da se o samomorih pogovarjajo, saj so to »črne misli, ki lahko vodijo v samomor«. (Ti strokovnjaki v praksi zdravijo samomorilnost in depresijo s farmakološkimi sredstvi). Ta mit je bil večkrat izpodbit – dopustiti, da nekdo svobodno in brez obsojanja govori o samomorilnih mislih, lahko deluje kot preventiva pred samomorilnostjo (Marušič, Temnik 2009, Valetič 2009, Webb 2010).

Čeprav je poznavanje promocije duševnega zdravja na področju preventive samomorilnosti in depresivnosti med vsemi sodelujočimi strokovnjaki slabo, so predvsem psihologi in socialne delavke bolj naklonjeni ideji o promociji duševnega zdravja na področju samomorilnosti in depresivnosti kot npr. psihiatri. To so pripisovali predvsem temu, da v praksi nimajo dovoljenja za predpisovanje antidepresivnih in drugih farmakoloških sredstev, zato morajo iskati druge učinkovite načine obravnave.

V prid potrebam po spremembi v obstoječih usposabljanjih s področja promocije duševnega zdravja so strokovnjaki med najpomembnejšimi navajali širok spekter samomorilnosti,

predvsem potrebo po vključitvi teme o evtanaziji in prilagajanje usposabljanj specifičnim potrebam samomorilnih posameznikov (npr. specifičnim potrebam posameznikov, usposabljanja, prilagojena njihovim situacijam, morebitnim boleznim, socialnim statusom, starosti ipd.).

Na koncu so nekateri strokovnjaki dejali, da ne vidijo povezave med promocijo duševnega zdravja in osnovnimi človekovimi pravicami ter potrebe po vključitvi pravic do enakosti v duševnem zdravstvu v usposabljanja.

Kako pojem promocije duševnega zdravja razumejo uporabniki

V nasprotju s strokovnjaki pa so uporabniki poudarili pomen promocije duševnega zdravja ne zgolj pri preventivi samomorilnosti in depresivnosti, temveč tudi pri izboljšanju duševnega zdravja na splošno. Uporabniki in njihove predstavniške organizacije so razumeli, da (dobro) duševno zdravje vključuje tako preprečevanje pred duševnimi boleznimi kot tudi spodbujanje duševnega zdravja. Zato je pomembno, da je tematika samomorilnosti in depresivnosti obravnavana tako z vidika preprečevanja samomorilnosti in depresivnosti kot tudi z vidika promocije duševnega zdravja pri samomorilnih/depresivnih posameznikih in tudi v splošni populaciji. Navajali so, da promocija duševnega zdravja na področju samomorilnosti in depresivnosti (nekateri so namesto tega izraza uporabljali kar izraz »terapija« ipd.) vključuje pomen subjektivnega razumevanja sebe in drugih, gradnje identitete in samozavesti, čustvene stabilnosti, učenja učinkovitega spopadanja z življenjskimi situacijami, dobrega duševnega počutja ipd.

Med najpomembnejšimi temami so poudarili nujnost spoštljive obravnave samomorilnih posameznikov; zdajšnji sistem je v veliki meri ne upošteva. Navajali so, da so (bili) deležni le hitre diagnoze in napotkov, kako natančno upoštevati strokovnjakova navodila glede jemanja zdravil, tega pa od terapije niso pričakovali. (Na forumih je večkrat zaslediti iskanje dobrega terapevta, ki ne ponuja le terapije z antidepressivi). Več združenj uporabnikov

(tudi forum slovenske nevladne organizacije DAM) vprašanje etične obravnave samomorilnih posameznikov (pa tudi posameznikov z različnimi oblikami psihiatričnih diagnoz) navaja kot enega od odločilnih razkorakov med strokovnjaki in uporabniki. Poudarjajo, da je spoštljivo ukvarjanje z osebno stisko posameznika, ki išče pomoč, pri zdravljenju zelo pomembno.

To je v skladu s čedalje več dokazi, da imajo uporabniki korist zlasti od novih, nekonvencionalnih pogledov na samomorilnost, na primer, da se samomorilne misli obravnava kot vredna, popolnoma legitimna človeška čustva. Namesto da se jih zatira, se jih je treba z njimi odkrito ukvarjati, to pa je za uporabnike pogosto pomemben korak pri okrevanju (cf. Webb 2010). Pri tem uporabniki *a priori* ne odklanjajo farmakološkega zdravljenja, poudarjajo le, da je učinkovito le ob resni terapiji oziroma »delu na sebi«.

Evalvacija je pokazala, da obstaja velika razlika med strokovnjaki (še posebej psihiatri) in uporabniki: prvi se spopadajo z idejo o promociji duševnega zdravja na področju samomorilnosti in depresivnosti, drugi pa jo pozdravljajo kot ključni del preventive samomorilnosti in depresivnosti.

PREHOD OD VEČPLASTNEGA RAZUMEVANJA SAMOMORILNOSTI IN DEPRESIVNOSTI K BIO-BIO-BIO MODELU

Zgodovinsko so bili samomori obravnavani večplastno, ne samo medicinske. Predvsem druge vede so poskušale razložiti pojav s filozofskega (Kant 1938, Sartre 1970), sociološkega (Durkheim 1897) in psihološkega vidika (Beck *et al.* 1979, Shneidman 1995), torej s celostnega, t. i. bio-psiho-socialnega vidika.

Danes duševne bolezni obravnavajo po *Diagnostičnem in statističnem priručniku duševnih bolezni* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ali DSM). V njem so zbrane vse znane duševne bolezni, tam so njihovi opisi in merila za klasifikacijo. Zdravstveni delavci in delavke, raziskovalci, zdravstvene zavarovalnice, farmacevtska podjetja in oblikovalci politik se

pri svojem delu zanašajo na klasifikacijo, kot je določena v DSM. Z vidika vseh, ki so pri svojem delu odvisni od diagnostičnega sistema, je »problem« samomorov oziroma samomorilnega vedenja in misli v tem, da jih DSM ne opredeljuje kot duševno bolezen (vsaj ne do leta 2013, ko se obeta nova, revidirana izdaja, DSM-V).

V večini primerov se ozadje samomora pripiše določeni duševni bolezni (v 90 % depresivni motnji) (Maris *et al.* 2010), potem pa se samomorilne misli in vedenje obravnava skozi prizmo te znane bolezni, ki je obravnavana po biološkem modelu (največkrat z nepravilnim delovanjem nevrottransmitterjev; to se zdravi z antidepresivi). Tako se pojmovanje samomorilnosti odmika od prvotno bio-socio-psihološkega modela v model, ki temelji na skoraj izključno biološki razlagi in zato tudi biološki, npr. farmakološki obravnavi.

Čeprav samomorilne misli in vedenje niti po sistemu DSM niso opredeljeni kot duševna bolezen, se jih torej pripiše neki znani duševni bolezni in v praksi tako tudi obravnava. To se dogaja kljub številnim dokumentom, izdanih in podprtih tako v Evropski uniji kot v posameznih evropskih državah, ki varujejo človekovo dostojanstvo in zagovarjajo osnovne človekove pravice na področju duševnega zdravja (Herrman *et al.* 2005, Jané-Llopis, Anderson 2005, 2006, Pape, Galipeault 2002, Patel *et al.* 2007), torej tudi pravico do vsestranske obravnave, in ne zgolj obravnave po bio-bio-bio modelu. Posledice takega razumevanja bodo obravnavane v naslednjem poglavju.

Kljub razširjeni uporabi je sistem deležen številnih kritik, npr.: nezadovoljiva veljavnost in zanesljivost sistema (Kendell, Jablensky 2003); prepoznavanje simptomov namesto vzrokov bolezni; določanje arbitrarnih mejnikov med dvema ali več boleznimi; določanje arbitrarnih mej, ki zadoščajo, da se določen pojav uvrsti med duševne bolezni (Dalal, Sivakumar 2009); podvrženost kulturnim razlikam (Widiger, Sankis 2000) in pritiskom farmacevtskih družb (Cosgrove *et al.* 2006). Sam predsednik Ameriškega psihiatričnega združenja Steven Shafstein (2005: 5) je zapisal, da so psihiatri dopustili, da je bio-psiho-socialni model razumevanja samomorilnosti postal

bio-bio-bio model. Kljub številnim kritikam in spornemu zanašanju na DSM pa sistem ostaja najpomembnejše merilo pri prepoznavanju in zdravljenju duševnih bolezni.

POSLEDICE BIO-BIO-BIO MODELA

Najpomembnejši učbenik o suikidologiji (Maris *et al.* 2000) ocenjuje, da je 90 % samomorov storjenih zaradi depresije ali drugih duševnih motenj. Toda čeprav je med samomorilnim vedenjem in depresijo močna korelacijska vez, ne gre vedno za vzročno povezavo. Seveda so določene samomorilne misli lahko posledica depresije ali duševnih motenj in lahko predpostavljamo vzročno povezavo (tj. depresija vodi v samomorilnost). Pogosto pa to ne drži. Webb (2010) pojasnjuje, da so občutki brezupa, nepriпадnosti, osamljenosti, nesmisla bivanja povezani z depresivnimi občutki (korelacijska vez), vendar so pod vplivom bio-bio-bio modela samomorov interpretirani kot posledica oziroma izraz neke primarne duševne motnje. Zaradi tega so ti odstotki vzročne zveze precenjeni. Taka klasifikacija pa ne samo ne pripomore k boljšemu razumevanju samomorov, ampak lahko celo ogroža duševno stanje samomorilnih posameznikov, v družbi pa povzroča nastanek stigmatizacije, povezane tako z duševnimi boleznimi kot s samomori (več o tem pozneje).

Pri ljudeh, pri katerih je primarni vir samomorilnih misli in vedenja duševna ali duhovna stiska (ali celo dolgotrajno telesno trpljenje), je strogo farmakološki pristop na dolgi rok neučinkovit, ker ne odpravlja vzrokov samomorilnih misli. Teh je veliko več kot 10 % po ocenah najpomembnejše knjige o samomorilnosti (Maris *et al.* 2010), vendar nobena raziskava do danes ne obravnava razlikovanja med organskimi in reaktivnimi samomori, torej samomori, ki so posledica biološkega neravnovesja v delovanju nevrottransmitterjev in tistih samomorilnih misli, ki so naravna posledica situacij, v katerih so se posamezniki znašli. Čeprav najrazličnejše stiske in trpljenje vplivajo na delovanje nevrottransmiterjev, je v primerih, ko ne gre za organsko okvaro, treba odkriti tiste dejavnike, ki povzročajo kronično

neravnovesje v delovanju nevrottransmitterjev, in prekiniti začaran krog samomorilnih misli in dejanj na način, ki lahko le spremlja kratkotrajno farmakološko zdravljenje. Zanašanje na trditev, da je v takih primerih samomor posledica zgolj neravnovesja v bio-bio-bio sistemu, je napačno ali v najboljšem primeru pomanjkljivo. V praktičnih primerih to pomeni, da oseba s samomorilnimi mislimi te misli pripiše zgolj biološkemu neravnovesju, ustrezno terapijo pa zgolj farmakološkemu zdravljenju. Dejavniki, ki ogrožajo duševno zdravje posameznika in so sprožilec samomorilnih misli, niso bili upoštevani. Ne samo da takšne posameznike napačno uvrščajo med duševne bolnike in jim kratijo pravice do odločanja, ampak lahko to povzroči poznejšo stigmatizacijo pri vključevanju v družbo, iskanju zaposlitve ali izobraževanju. Destigmatizacija samomorov kot zgolj posledica neravnovesja v delovanju nevrottransmiterjev zato ni možen izid pri reaktivnih samomorih.

Webb (2010) to navaja kot največji problem, saj ustvarja izkrivljeno in popačeno sliko samomorov, pa tudi, da gre za duševne bolnike, ki jim večinoma ni pomoči. Zmote med drugim vključujejo prepričanja, da so uporabniki nevarni, podpovprečno inteligentni, nezmožni za delo in nimajo možnosti popolne ozdravitve (Hawton *et al.* 1999, Taylor (2012), Schurtz *et al.* 2010). Čeprav trditve nimajo znanstvene podlage, pa stigmatizacija in diskriminacija ustvarjata skupino ljudi, ki so sistematično prikrajšani in osiromašeni za svoje pravice. Številni uporabniki postanejo brezdomci, brezposelni, so slabo izobraženi, družbeno izolirani in nimajo ustreznega zdravstvenega varstva. Pogosto postanejo odvisni od skromnih vladnih programov pomoči. Posledica je, da so uporabniki redno izključeni iz odločanja in aktivnega spreminjanja sistema, ki bi lahko izboljšal kakovost njihovega življenja.

To se sliši paradoksalno, saj obstaja veliko svetovnih in državnih priporočil na področju spoštovanja pravic ljudi s težavami z duševnim zdravjem in so razmeroma dobro razdelana tako v kodeksih poklicne etike kot v drugih dokumentih Evropske unije. Zelena knjiga, ki jo je objavila Evropska komisija (2005: 5), opozarja na ta problem:

Kljub izboljšanim možnostim za zdravljenje in pozitivnemu razvoju v psihiatrični oskrbi se pri ljudeh z duševnimi boleznimi ali prizadetostjo še vedno dogajajo socialna izključenost, stigmatizacija, diskriminacija in nespoštovanje njihovih temeljnih pravic in dostojanstva.

Webb (2010: 170), avtor prvega doktorata s področja samomorilnosti in sam nekdanji uporabnik, v svoji knjigi trdi:

Obstaja veliko drugih resnih vprašanj na področju duševnega zdravja, kot sta potreba po nezdravstvenih alternativah in pomanjkanje sredstev za storitve. Toda ključno vprašanje je diskriminacija družbe proti ljudem, označenim kot »duševno bolni«. To se po navadi imenuje stigma, vendar moramo to poimenovati s pravim imenom, diskriminacija. In najpomembnejši vir te diskriminacije je zakonodaja na področju duševnega zdravja, ki odvzame državljanstvo in državljske pravice na podlagi psihiatrične diagnoze.

Posledice predsodkov so po njegovem mnenju veliko hujše kot le slabo razumevanje samomorov. Trdi celo, da zakoni o duševnem zdravju pripomorejo k višjim količnikom samomora, pri tem pa se sklicuje predvsem na prisilno priprtje in jemanje določenih zdravil.

Podobno postajajo društva uporabnikov po svetu glasnejša prav v trditvah, da so njihove temeljne človekove pravice kršene zaradi bio-bio-bio modela. Svetovna mreža uporabnikov in preživelih v psihiatriji (World Network of Users and Survivors of Psychiatry) je mednarodna organizacija zdajšnjih in preteklih prejemnikov storitev v duševnem zdravstvu (tj. ljudi s kakršnokoli psihiatrično diagnozo in njihovih bližnjih, pa tudi ljudi s samomorilnimi mislimi, ljudi po poskusu samomora in bližnjih po samomoru). Namenjena je varovanju človekovih pravic, samoodločbe in dostojanstva vseh uporabnikov in preživelih po vsem svetu. Opozarjajo na probleme socialne izključenosti, družbene prezrtosti in na različne zlorabe, povzročene v imenu »zdravljenja«. Stigma in zmote o »duševni bolezni« so se razširili na diskriminacijo na stanovanjskem področju, zaposlovanju in izobraževanju.

Zato ni presenetljivo, da postajajo društva uporabnikov v boju za temeljne človekove pravice čedalje bolj organizirana in razširjena. V Sloveniji je ena izmed najodmevnejših in najbolje organiziranih nevladna organizacija DAM (Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami)³. Na forumu o izkušnjah uporabnikov z zdravstvenim sistemom nekateri uporabniki opisujejo, da so jim številne pravice kratili tako »strokovnjaki« kot tudi prijatelji. Nekateri so bili nezadovoljni nad odnosom strokovnih delavcev, prikrivanjem diagnoze ali prehitro določitvijo diagnoze depresivne motnje, druge zaradi tega skrbita možnost izključenosti in stigmatizacija.

Velik vir nezadovoljstva med uporabniki povzroča prav nestrokoven odnos zdravstvenih delavcev, npr. izjava po poskusu samomora, da »imamo vsi probleme v življenju.« Drugi uporabniki opozarjajo na neodzivnost psihiatrične službe in na posledice, ki jih lahko to povzroči pri samomorilnem posamezniku, ki išče pomoč, naročen pa je šele čez nekaj tednov. Več uporabnikov je nezadovoljnih s farmakološkim pristopom svojih psihiatrov (»A ni nič boljše? Ja, bomo pa zamenjali tablete!« piše o svoji izkušnji neka uporabnica) in opozarjajo, da je »prava« terapija ukvarjanje s sabo in aktivno spreminjanje sebe. Zdravila so sicer lahko del zdravljenja, vendar pa je napačno pričakovanje, da lahko psihiatri s pomočjo zdravil takoj pričarajo »srečo, zadovoljstvo in dobro počutje«.

PREDLAGANE SPREMEMBE

PROMISE je projekt promocije izboljšanja duševnega zdravja in kot tak ponuja nov način obravnave samomorilnosti in depresije. Pri tem se sklicuje na omejeno literaturo s področja promocije duševnega zdravja (omejeno, ker je področje novo), po drugi strani pa na množico evropskih in svetovnih priporočil na področju spoštovanja človekovega dostojanstva in na izkušnje »strokovnjakov z osebni izkušnjami«, tj. uporabnikov, in njihovih zastopniških organizacij.

Priporočila projekta PROMISE v prvi od smernic opozarjajo, da odnos, ki ni v skladu s kodeksom poklicne etike, na uporabnike vpliva negativno in ne pripomore k boljšemu razumevanju samomorov niti k strokovni obravnavi in spoštovanju pravic samomorilnih ljudi. Uporabniki, ki so (bili) s strokovno pomočjo zadovoljni, omenjajo razumevanje, poslušanje brez obsojanja in enakovreden odnos. Med temi strokovnimi delavci so večkrat kot psihiatri omenjeni psihologi in socialne delavke, morda prav zaradi omenjenega dejstva, da profili brez dovoljenja za predpisovanje farmakološkega zdravljenja ponujajo samomorilnim posameznikom več alternativnih oblik obravnave.

Spoštljiva obravnava in spoštovanje človekovih pravic sta povezana s pravico do celostnega zdravljenja. Pri tem ne gre za *a priori* odklanjanje farmakološke terapije, ampak za povezavo s terapijo, ki se ukvarja z viri samomorilnih misli. Obravnava po strogo bio-bio-bio modelu ima ugodne posledice za farmakološke družbe, ne pa za uporabnike na področju duševnega zdravja niti za samo razumevanje pojava samomorilnosti.

Destigmatizacija je možna, le če se samomore niti ne uvršča niti ne obravnava kot duševno motnjo. Uporabniki ne želijo, da so njihove težave obravnavane s patološkega vidika ali da jih obravnavajo kot ljudi s težavami z duševnim zdravjem, ampak kot posameznike, ki so popolnoma sposobni za samostojno življenje in jih je vredno imeti v skupnosti. Nočejo biti »tisti z zgodovino duševnih problemov«, pač pa želijo imeti občutek, da so v resnici bogatejši prav zaradi teh svojih izkušenj. Neki uporabnik je dejal, da ga boli, kadar ljudje govorijo o duševnih boleznih, saj zanje po njegovem ni dokazov.

To področje se prekriva z vprašanjem človekovih pravic, saj so posamezniki, ki so imeli v preteklosti tako ali drugačno diagnozo psihiatričnega bolnika, pogosto zaznamovani, in sicer na vseh ravneh vsakdanjega življenja (npr. težja zaposljivost, predvsem za poln delovni čas, stigma, stanovanjski, finančni problemi), in to kljub temu, da naj bi bili pred državo enaki (enakost pravic za vse državljane) (Flaker *et al.* 2008). Neka uporabnica je opisala, da si zelo

³ Več na: <http://www.nebojse.si/Forum> (10. 10. 2012).

želi zaposlitve za poln delovni čas, vendar tega s svojo (preteklo) diagnozo ne more doseči, po drugi strani pa dobiva pripombe, da živi na račun države.

Samomori morajo biti obravnavani tako, kot je bilo prvotno mišljeno: po bio-psiho-socialnem modelu namesto po strogem bio-bio-bio modelu (Shafstein 2005). Deset smernic PROMISE temelji na celostnem usposabljanju. Samomorilne izkušnje imajo za posameznika in njegov odnos z družino, prijatelji, sodelavci in do šolskih ali službenih obveznosti pomembne posledice. Te ne izginejo niti zaradi ustreznega farmakološkega zdravljenja, zato je obravnava samomorov po biološkem, psihološkem in sociološkem modelu (nekateri zagovarjajo tudi duhovnega, npr. Webb 2010) za posameznike s samomorilnimi mislimi tako reaktivnega kot tudi organskega izvora ključna.

SKLEPI

Rogers in Lester (Rogers, Lester 2010, Lester 2000) v svojih delih opisujeta, da je današnji pragmatični pristop obravnave samomorov povzročil jasnejšo sliko korelatov samomorilnega vedenja, kljub temu pa ni pripomogel k boljši napovedni vrednosti niti k manjšemu številu samomorov. Predlagata usmeritev k razvoju makroteorij samomorilnosti in nadgraditev zgolj prepoznavanja dejavnikov tveganja. Bio-bio-bio model obravnave koristi redkim, vsekakor pa ne uporabnikom in ne pripomore k boljšemu razumevanju samomorilnega vedenja. Bio-bio-bio model je treba nadomestiti s celostno obravnavo, ta pa je možna le v sodelovanju vseh udeležениh akterjev. Pri tem morajo imeti vsi akterji enakovredno vlogo pri oblikovanju priporočil in drugih pomembnih dokumentov (Austen 2003, Grebenc 2006, Grebenc, Šabić 2011).

Literatura na področju promocije duševnega zdravja pri obravnavi samomorilnosti in depresivnosti je omejena, zato je pomembno, da razvoj poteka v smeri izobraževanja na področju promocije duševnega zdravja. Pomembno je ta znanja prenesti v vsakodnevno delo strokovnjakov in v programe preprečevanja samomorilnosti in depresivnosti (tj. integracija

preprečevanja samomorilnosti in depresivnosti kot tudi promocije duševnega zdravja). Prva smernica PROMISE tudi poudarja pomen spoštljive oblike obravnave. Obravnava, ki ljudi s samomorilnimi mislimi dojema ne kot psihiatrične bolnike, ampak kot enakovredne državljane, bo morda pripomogla k boljšemu razumevanju pojava, hkrati pa pozitivno vplivala na destigmatizacijo samomorilnosti in depresivnosti.

Etična načela na področju samomorilnosti in depresije morajo vključevati krepitev posameznikov in skupin z namenom, da se optimizira duševno zdravje in zmanjša zdravstvene neenakosti; duševno zdravje mora biti obravnavano kot osnovna človekova pravica. Tak pristop se mora nujno oddaljiti od obstoječega bio-bio-bio modela in vrniti k prvotnemu pojmovanju samomorov po bio-psiho-socialnem modelu. Poleg tega je človekova pravica, da se njegove samomorilne misli oziroma dejanja obravnava s spoštljivim odnosom. Posledica je odnos, v katerem je posameznik sam strokovnjak na področju »sebe« in aktivni iskalec smisla svojega življenja in vedanja. Kakršnakoli pomoč od zunaj je lahko le pomoč v metodološkem pomenu, kajti različni strokovnjaki na področju duševnega zdravja predlagajo določeno metodo dela oziroma zdravljenja, vedno pa posameznik sam določa, koliko je metoda primerna zanj. Le odnos, ki temelji na spoštovanju osnovnih človekovih pravic, spoštovanju poklicnega kodeksa in sočutju do človeka v stiski, ima možnost ne samo uspešnega zdravljenja, ampak tudi učenja posameznika o boljšem duševnem zdravju kot pred nastankom samomorilnih misli ali dejanj.

VIRI

- ANDERSON, P., GORDON, R., JANÉ-LLOPIS, E. (2008), *Training manual on advocacy skills in mental health promotion and mental disorder prevention*. Barcelona: Department of Health of Government of Catalonia.
- AUSTEN, P. (2003), *Community capacity building and mobilisation in youth mental health promotion*. Dostopno na: <http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/mhp-psm/pub/community-communautaires/>

- pdf/comm-cap-build-mobil-youth.pdf (10. 10. 2012).
- BLAZER, D. G. (2009), Religion, spirituality, and mental health: What we know and why this is a tough topic to research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 5: 281–282.
- BECK, A. T., RUSH, A. J., SHAW, B. F., EMERY, G. (1979), *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford.
- COSGROVE, L., KRIMSKY, S., VIJAYARAGHAVAN, M. (2006), Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75: 154–160.
- DALAL, P. K., SIVAKUMAR, T. (2009), Moving towards ICD-11 and DSM-5: Concept and evolution of psychiatric classification. *Indian Journal of Psychiatry*, 51: 310–319.
- DURKHEIM, E. (1897), *Le suicide*. Pariz: Alcan.
- Evropska komisija (2005), *Green Paper: Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union*. Bruselj: Evropska komisija.
- FLAKER, V., MALI, J., KODELE, T., GREBENC, V., ŠKERJANC, J., UREK, M. (2008), *Dolgotrajna oskrba: Očrt potreb in odgovorov nanje*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo (480).
- GREBENC, V. (2006), Needs assessment in community: What communities can tell us. V: Flaker, V., Schmid, T. (ur.), *Von der Idee zur Forschungsarbeit: Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft*. Dunaj: Böhlau (167–189).
- GREBENC, V., ŠABIĆ, A. (2011), Zmanjševanje škode zaradi rabe alkohola in prepovedanih drog med mladimi : Projekt »Z vrstniki varnejši na cesti«. V: Mrgole, A. L. (ur.). ProRoad Safety Conference 2011, 1. Mednarodna strokovna konferenca. *Proroad safety: Vloga in pomen diseminacije znanj za zagotavljanje varnosti v cestnem prometu = the role and importance of dissemination of knowledge to ensure better road safety*. Maribor: Fakulteta za gradbeništvo (105–122).
- HAWTON, K. K. E., TOWNSEND, E., ARENSMAN, E., GUNNELL, D., HAZELL, P., HOUSE, A., VAN HEERINGEN, K. (1999), Psychosocial and pharmacological treatments for deliberate self-harm. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- HERRMAN, H., SAXENA, S., MOODIE, R. (ur.) (2005), *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija (poročilo).
- HOSMAN, C., JANÉ-LLOPIS, E., SAXENA, S. (ur.) (2004), *Prevention of mental disorders – effective interventions and policy options*. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija (poročilo).
- JANÉ-LLOPIS, E., ANDERSON, P. (2005), *Mental health promotion and mental disorder prevention: A policy for Europe*. Nijmegen: Radboud University Nijmegen.
- (ur.) (2006), *Mental health promotion and mental disorder prevention across European member states: A collection of country stories*. Luksemburg: European Communities.
- KANT, I. (1938), *The fundamental principles of the metaphysic of ethics*. London: D. Appleton-Century Company.
- KENDELL, R., JABLENSKY, A. (2003), Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 160: 4–12.
- KJØLSETH, I., EKEBERG, Ø., STEIHAUG, S. (2010), Elderly people who committed suicide – their contact with the health service. What did they expect, and what did they get? *Aging And Mental Health*, 14, 8: 938–946.
- KOENIG, H. G. (2009), Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 5: 283–291.
- KOHYAMA, J. (2010), More sleep will bring more serotonin and less suicide in Japan. *Medical Hypotheses*, 75, 3: 340.
- LESTER, D. (2000), The end of suicidology: Fourth column in a series – Crisis: *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 21, 4: 158–159.
- LI, S. X., LAM, S. P., YU, M. W., ZHANG, J., WING, Y. K. (2010), Nocturnal sleep disturbances as a predictor of suicide attempts among psychiatric outpatients: A clinical, epidemiologic, prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 11: 1440–1446.
- MARIS, R. W., BERMAN, A. L., SILVERMAN, M. M. (2000), *Comprehensive textbook of suicidology*. New York: The Guilford Press.
- MARUŠIČ, A. (2010), *Retoric and mental health*. Univerza na Primorskem, FAMNIT, CIKLUS d. o. o. [DVD].
- MARUŠIČ, A., TEMNIK, S. (2009), *Javno duševno zdravje*. Ljubljana: Mohorjeva družba.
- MOREIRA-ALMEIDA, A., NETO, F. L., KOENIG, H. G. (2006), Religiousness and mental health: A review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 3: 242–250.

- PAPE, B., GALIPEAULT, J. P. (2002), *Mental health promotion for people with mental illness for mental health promotion unit of health Canada*. Ottawa: Public Health Agency of Canada.
- PATEL, V., ARAYA, R., CHATTERJEE, S. (2007), Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 370: 991–1005.
- PIRES, G. N., ANDERSEN, M. L., KAHAN, V., ARAUJO, P., GALDURÓZ, J. C., TUFIK, S. (2010), Is serotonin responsible for the relationship between sleep debt and suicide? A comment on Kohyama's hypothesis. *Medical Hypotheses*, 75, 6: 675.
- ROGERS, J. R., LESTER, D. (2010), *Understanding suicide: Why we don't and how we might*. Cambridge, MA: Hogrefe.
- SARTRE, J. P. (1970), *Literary and philosophical essays*. New York: Collier Books.
- SELVI, Y., AYDIN, A., BOYSAN, M., ATLI, A., AGARGUN, M. Y., BESIROGLU, L. (2010), Associations between chronotype, sleep quality, suicidality, and depressive symptoms in patients with major depression and healthy controls. *Chronobiology International*, 27, 9–10: 1813–1828.
- SCHURTZ, D., CEREL, J., RODGERS, P. (2010), Myths and facts about suicide from individuals involved in suicide prevention. *Suicide and life threatening behavior*, 40, 4: 346–350.
- SHARFSTEIN, S. S. (2005), Big pharma and American psychiatry: The good, the bad, and the ugly. *Psychiatric News*, 40, 3–4.
- SHNEIDMAN, E. S. (1995), *Psychology of suicide: A clinician's guide to evaluation and treatment*. New York: Aronson.
- STROBEL, A., DREISBACH, G., MÜLLER, J., GOSCHKE, T., BROCKE, B., LESCH, K. P. (2007), Genetic variation of serotonin function and cognitive control. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19, 12: 1923–1931.
- Svetovna zdravstvena organizacija (1997), *The Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century*. Ženeva: Svetovna zdravstvena organizacija.
- VALETIČ, Ž. (2009), *Samomor: Večplastni fenomen*. Maribor: Ozara Slovenija.
- TAYLOR, E. (2012), *Myths (and truths) about suicide*. Dostopno na: <https://www.universitylifecafe.k-state.edu/bookshelf/myths-vs-truths-about-suicide> (10. 10. 2012).
- TYSON, P., WILSON, K., CRONE, D., BRAILSFORD, R., LAWS, K. (2010), Physical activity and mental health in a student population. *Journal of Mental Health*, 19, 6: 492–499.
- WEBB, D. (2010), *Thinking about suicide: Contemplating and comprehending the urge to die*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- WIDIGER, T. A., SANKIS, L. M. (2000), Adult psychopathology: Issues and controversies. *Annual Reviews of Psychology*, 51: 377–404.
- WONG, Y. J., REW, L., SLAIKEU, K. D. (2006), A systematic review of recent research on adolescent religiosity/spirituality and mental health. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 2: 161–183.