

Vera Grebenc, Teja Bakše

Raziskovanje poskusa samomora iz uporabniške perspektive

Raziskovanje samomora je občutljivo z etičnega in metodološkega vidika, saj je poskus samomora del osebne zgodovine, kijo posameznik redko javno razkriva. Osamomoru se danes piše in raziskuje predvsem kot o problemu javnega zdravja, manjse problem raziskuje kot vprašanje osebne izkušnje posamezne osebe in kot problem ustreznosti strokovnega odziva in oblik pomoči, ki so danes na voljo ljudem po preživetju. Raziskava, v kateri so sodelovali ljudje, ki so preživeli poskus samomora, in strokovnjaki, ki delajo z njimi, je ugotovila, da v današnji družbi poteka proces individualizacije stiske in trpljenja. Pogloblja se vrzel med potrebami, ki jih preživeli občutijo, in pomočjo, ki jo prejmejo. V Sloveniji se pomoč po poskusu samomora izvaja predvsem v psihiatričnih bolnišnicah, s poudarkom na medikamentoznem obvladovanju simptomov duševnih težav. Preživeli so po poskusu samomora le redko naleteli na pomoč socialnih delavcev in delavk, te pomoči tudi niso iskali, saj je niso prepoznali kot možne ali relevantne. Čeprav bi socialno delo z znanjem, metodami in pristopi lahko pripomoglo k reševanju duševnih stisk, ki so posledica kompleksnih problemov v vsakdanjem življenju ljudi, je ta vidik pomoči na ravni sistema povsem spregledan. Sodelujoči v raziskavi si v trenutkih duševnih kriz želijo preprosto dostopnih intervencij v skupnosti, strokovne pomoči, ki bi odgovorila na dejanske in specifične potrebe, več podpore in pomoči v okolju, kjer živijo. Preventivno delo na področju samomora bi se moralo osredotočati tudi na prizadevanje za družbeno pravičnost.

Ključne besede: suicidologija, samomor, socialno delo, potrebe, etnografsko raziskovanje, medicalizacija.

Doc. dr. Vera Grebenc poučuje na Fakulteti za socialno delo. Kontakt: vera.grebenc@fsd.uni-lj.si. Teja Bakše je leta 2019 magistrirala na Fakulteti za socialno delo. Kontakt: teja.bakse@gmail.com.

Researching suicide attempt from users' perspective

Research of suicide is sensitive from the ethical and methodological point of view since suicide attempt involves a part of personal history, which is rarely publicly disclosed by the individual. Today, suicide is being written about and investigated primarily as a public health problem. This problem isn't much explored as a question of personal experience of an individual, or as a problem of the relevance of the professional response and forms of help that are available to survivors. A research based on an ethnographic research, involving people who survived suicide attempt, and professionals working with them, discovered that in a current society a process of individualisation of distress and suffering can be recognised. Discrepancies between needs of the survivors and the help they receive have been found. In Slovenia, after attempting suicide, assistance is carried out primarily in psychiatric hospitals, with an emphasis on the medication management of symptoms of mental problems. Survivors rarely are rarely offered help by social workers. Actually survivors did not seek help from social work, as they didn't recognize social workers as potential or relevant supporters. Although social work can and could offer knowledge, methods, and approaches to tackling mental distress that results from complex problems in people's daily lives, this aspect of assistance is completely overlooked in the system. In times of mental crises, survivors wish for easily accessible community interventions, for experts to respond to actual and specific needs and for more support and help in the environment where they live. Suicide prevention should include striving for social justice.

Key words: suicidology, suicide, social work, needs, ethnographic research, medicalization.

Senior Lecturer Vera Grebenc, PhD, teaches at the Faculty of Social Work, University of Ljubljana. Contact: vera.grebenc@fsd.uni-lj.si. Teja Bakše obtained her Master degree in Social Work in 2019. Contact: teja.bakse@gmail.com.

Uvod

Samomor kot ontološka tema v najširšem pomenu zadeva temeljna vprašanja človekovega obstoja in bivanja.¹ Pri raziskovanju samomora imamo zahtevno nalogo, kako doumeti pojav, ki je univerzalno človeški ter hkrati kulturno in družbeno izrazito specifičen. Odkrijemo tudi, da so se na področju pojasnjevanja samomora uveljavili režimi strokovnega znanja, v katerem dominirajo medicina, psihologija in sociologija, in da je je to zanje, vtihotapljeno v vsakdanji jezik, pripomoglo k oblikovanju trdnih predstav o samomoru (Seale, 1998; Stone, 1999; Staples in Widger, 2012).

Danes je samomor eno glavnih vprašanj javnozdravstvenih politik in Svetovna zdravstvena organizacija ga uvršča v sam vrh najbolj aktualnih svetovnih problemov (World Health Organisation, 2013, 2014; Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj, 2017). Vse od leta 1996, ko je Svetovna zdravstvena organizacija objavila prve smernice za obvladovanje problematike samomora, je preventiva samomora tematizirana v usmeritvah številnih transnacionalnih in nacionalnih strategij (World Health Organisation, 2012).

Slovenija je bila do devetdesetih letih 20. stoletja v samem vrhu držav s številom samomorov na prebivalca, od konca devetdesetih pa zaznavamo zmanjševanje števila teh smrti, kljub temu pa sodi Slovenija še vedno med države, ki so zaradi samomora bolj ogrožene (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018). Po podatkih iz leta 2017 je bila Slovenija s samomorilnim količnikom², ki je znašal 19,89 (31,87 za moške in 8,08 za ženske) precej nad povprečjem Evropske unije³ (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2018). V konkretnih številkah to pomeni, da je leta 2017 zaradi samomora v Sloveniji umrlo 412 ljudi (328 moških in 84 žensk) (Statistični urad Republike Slovenije, 2017). Glede na statistike zadnjih let med bolj ogrožene skupine v državi sodijo: mladostniki v starostni skupini od 15 do 19 let, saj je pri njih samomor drugi najpogostejši vzrok smrti (statistično je na drugem mestu za prometnimi nesrečami), moški, stari od 20 do 44 let, pri njih je samomor prvi vzrok umrljivosti, in starejši ljudje, še posebej moški v višjih starostnih skupinah (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, 2018; Jeriček Klanšček idr., 2018).

Podatek o številu umrlih zaradi samomora razkrije le en vidik problematike samomora. Pogled v ocene števila poskusov samomorov in upoštevanje števila ljudi, ki so prizadeti kot svojci tistih, ki so poskusili ali naredili samomor, pokažeta večjo razsežnost problema duševnih stisk in samomora. Po oceni, ki jo je objavila Svetovna zdravstvena organizacija (2014), je poskusov samomora vsaj od 10- do 15-krat več kot samomorov, lahko tudi več. Po ena od ocen je na vsak samomor storjenih 25 poskusov samomora (Maris, Berman in Silverman, 2000).

¹ Izvirni znanstveni članek je napisan na podlagi diplomskega dela študentke Teje Bakše z naslovom *Podpora in pomoč ljudem, ki so preživeli poskus samomora* (2017). Mentorica je bila Vera Grebenc, somentor pa Robert Oravec.

² Število umrlih zaradi samomora na 100.000 prebivalcev.

³ Povprečje v Evropski uniji: 11 smrti zaradi samomora na 100.000 prebivalcev.

Še bolj se zavemo obsežnosti problematike, če pozornost razširimo tudi na različne oblike ravnanj, ki bi jim lahko pripisali značilnosti dejanj, usmerjenih proti samemu sebi in na druge zavestne načine opuščanja skrbi zase (Staples in Widger, 2012). Obstaja torej precejšnja verjetnost, da se bomo v praksi socialnega dela srečali z ljudmi, ki so se znašli v hudi duševni stiski in na različne načine delujejo proti sebi, o samomoru razmišljajo ali so ga poskusili narediti, ali pa se bomo srečali z njihovimi svojci. Pa vendar v socialnem delu primanjkuje raziskav, ki bi presegle zgolj opisne in razlagalne študije samomorov in bi več pripomogle k razvoju intervencij in preverjanju ustreznosti načinov dela z uporabniki (Joe in Niedermeier, 2008; Maple, Pearce, Sanford in Cerel, 2017).

V prispevku bova predstavili del rezultatov raziskovanja, ki je bilo izvedeno kot diplomsko delo in s katero sva želeli predvsem odpreti pomembne teme za teorijo in prakso socialnega dela, usmeriti pogled v uporabniško izkušnjo in odkriti, kako razumeti izkušnjo ljudi v hudi duševni stiski, da bomo v razvoju prakse lahko upoštevali etiko socialnega dela.

Vednost o samomoru

Socialno delo je pomembna stroka na področju duševnega zdravja, vendar ostaja problematika samomorov v teoriji socialnega dela slabo tematizirana in prispevek socialnih delavk in delavcev v praksi skoraj neviden (Husić, 2016). V Sloveniji smo v socialnem delu lahko opazili večje zanimanje za raziskovanje samomora⁴ v osemdesetih in devetdesetih letih 20. stoletja. To je sovpadlo z vzpostavljanjem študijske smeri duševnega zdravja na takratni Višji šoli za socialno delo (Flaker, 1993) in razvojem psihosocialnega modela dela z ljudmi v duševni stiski (Lamovec, 1993, 1998; Zaviršek, 1994, 1997; Stritih, 2006). Pregled znanstvenih in strokovnih objav o samomoru v reviji *Socialno delo* z vidika prakse in teorije socialnega dela pokaže vsega skupaj sedem zadetkov, ki imajo v naslovu ali ključni besedah besedo samomor, od tega je pet znanstvenih ali strokovnih člankov (Leskošek, 1991; Stojanović in Pettauer, 2001; Knežević Hočevar in Cukut, 2004; da Silva, 2012; da Silva in Zager Kocjan, 2012), dva sta eseja (Lamovec, 2005; Oravezc, 2014). Tudi v drugih publikacijah so objave o vlogi socialnega dela na področju samomorov redke (npr. Mali in Stritih, 2008).

Hkrati sta nevidnost in obrobnost socialnega dela na področju samomorov povezani z značilnostmi mreže storitev na področju duševnega zdravja. Obravnava duševnih stisk ljudi je skoncentrirana v psihiatričnih bolnišnicah (80 % sredstev za varstvo duševnega zdravja je namenjenih bolnišnicam), mreža storitev za pomoč ljudem v duševni stiski v skupnosti je nesorazmerna glede na potrebe in neenakomerna glede na regije, organizacijske, kadrovske

⁴ Pod mentorstvom Bernarda Stritih in Blaža Mesca je bilo v osemdesetih in devetdesetih letih 20. stoletja napisanih 15 diplomskih del in 1 znanstveni magisterij, ki obravnavajo samomor predvsem z vidika vloge socialnega dela pri preventivi samomora. Od tega obdobja se število diplomskih in magistrskih del zlagoma zmanjšuje in v zadnjih petih letih (od 2013 do 2018) so bile napisane 4 diplomske naloge, kot kaže baza Knjižnice Fakultete za socialno delo.

in finančne možnosti socialnih služb in drugih svetovalnih služb v javnem in nevladnem sektorju ne zadovoljujejo potreb, število koordinatorjev v skupnosti, ki delujejo pod okriljem centrov za socialno delo⁵, je majhno, multidisciplinarno sodelovanje je šibko (Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028, 2018; Jeriček Klanšček idr., 2018).

K prevladi medicinskega pogleda na problem duševnega zdravja in samomorov pripomorejo tudi prevladujoči procesi ustvarjanja znanja ter zgodovinsko in družbeno uveljavljeni koncepti dela na področju samomora. Z vprašanjem raziskovanja samomora se že več desetletij ukvarja suicidologija, kompleksna znanost, v kateri se prepletajo področja psihiatrije, klinične psihologije, javnega zdravja in kvantitativne sociologije (Shneidman, 2001; Knez, 2004). Z vednostjo, ki jo je ustvarila, je pomagala uveljaviti stališča, da je samomor psiho-patološki fenomen in da je pojav mogoče raziskovati, dokumentirati in konec koncev nadzorovati na podlagi kvantitativnih indikatorjev, epidemioloških podatkov, študija dejavnikov tveganja in poznavanja patologije posameznika (Foucault, 1997; Hawton in van Heeringen, 2000; Marsh, 2016).

Samomor je postal predmet natančnega preučevanja v procesu sekularizacije znanosti od 18. stoletja. Pri tem je imela največji vpliv medicina, ki je poskrbela za nadomeščanje do takrat zelo teološke konceptualizacije samomora, po kateri je bil samomor plod zle narave človeka, in ga je uvrščala med smrtne grehe (Münster in Broz, 2016). S klasičnim delom *Samomor (Le suicide: étude de sociologie)* stoletje pozneje pa je Durkheim (1897/1979) poskrbel, da se je preučevanje samomora dokončno umestilo med znanstvene discipline. Vzpon medicine, razvoj psihoanalize, psihologije, predvsem pa psihiatrije so pospešili uveljavljanje prepričanja, da je samomor izraz duševne bolezni (Staples in Widger 2012; Szasz, 2011; Münster in Broz, 2016).

Psihopatološke razlage samomora so sicer pripomogle, da se je zmanjšala moralna odgovornost posameznika za samomorilno vedenje, a so hkrati uveljavile *prepričanje, da je vzrok samomora v posamezniku* (poudarek avtoric), ki se zaradi psihične nestabilnosti ne zmore prilagoditi na stisko in ni sposoben prenesti trpljenja (Ringel, 1969; Rose, 2006; Lester, 2013). Z vidika patologije posameznika je torej samomorilnost vedenjska manifestacija psihične motnje in se izraža v nefunkcionalnosti odziva na stres oziroma je, v jeziku nevroznanosti, reakcija na stanje porušenega ravnovesja v delovanju serotoninskega sistema (Marušič in Roškar, 2003; Marušič in Zorko, 2003; Oravec in Moore, 2006; Münster in Broz, 2016).

Danes moderna suicidologija samomorilno vedenje raziskuje kot posledico hkratnega delovanja več dejavnikov, v ospredju pa je predvsem raziskovanje genetskih dejavnikov ter dejavnikov okolja in interakcije med njimi (Roškar, 2008). Z vidika razumevanja vzgibov za samomor so pomembne ugotovitve, da je občutljivost posameznika za samomorilno vedenje odvisna od kombinacije genetskih dejavnikov, ki se kažejo v socialnih, bioloških in psiholoških

⁵ V celotni državi je na centrih za socialno delo ta hip (april 2019) zaposlenih 25 koordinatorjev obravnave v skupnosti (Skupnost centrov za socialno delo Slovenije, b.d.).

značilnostih posameznika (Marušič in Roškar, 2003), in da je samomorilno vedenje odvisno od medsebojnega vplivanja dejavnikov tveganja in pomanjkanja varovalnih dejavnikov (Dumon in Portzky, b.d.).

Vednost o kombiniranju o bioloških, psiholoških, mikrosocialnih, družbenih in kulturnih vplivov in mehanizmov je vidna v integriranem bio-psiho-socialnem modelu obravnavanja samomora (Marušič in Roškar, 2003; Oravec in Moore, 2006). To je osrednji model, po katerem so oblikovane javnozdravstvene strategije zmanjševanja problematike samomora, hkrati pa ta model pripomore k uveljavljanju prepričanja v javnosti, da lahko samomor z regulacijo dejavnikov tveganja, promocijo duševnega zdravja in preventivnim ozaveščanjem uspešno obvladujemo. Na podlagi tega modela se je v strokovni in laični javnosti poglobilo in razširilo znanje o različnih dejavnikih tveganja, nastale so številne teorije o samomorilnem vedenju, ki pa se razlikujejo predvsem po tem, katere od dejavnikov poudarjajo (Roškar, 2008).

Med pogosto omenjenimi dejavniki, s katerimi strokovnjaki pojasnjujejo samomorilnost, so: psihična bolezen (npr. depresija, duševna motnja), osebnostne lastnosti (npr. impulzivnost, črnogledost), somatske bolezni, predvsem stanja, ki povzročajo kronično bolečino, zgodnje negativne življenjske izkušnje (npr. izguba starša v otroštvu, različne zlorabe), pa tudi nenadne spremembe v življenju (npr. selitev v institucijo), različna stanja v okolju (npr. gospodarska kriza, socialni problemi, nasilje v družini) in različni drugi vplivi (npr. vpliv medijev, seznanjenost z načini samomora, dostop do nevarnih sredstev in pomanjkanje socialne podpore) (van Heeringen, 2001). Ta model je z usmerjenostjo v zmanjševanje negativnih dejavnikov tveganja in krepitvijo dejavnikov z varovalnim učinkom (npr. dostopen zdravstveni sistem, razvoj preventivnih programov, možnost zdravljenja, socialna podpora) podlaga nacionalnim in transnacionalnim javnozdravstvenim politikam in strategijam promocije duševnega zdravja in preventive samomora (*ibid.*).

Številne teorije, ki so nastale na podlagi preučevanja različnih dejavnikov tveganja, so pripomogle k izjemno poglobljenemu dojetanju samomorilnega vedenja (Roškar, 2008), pri tem pa lahko v zadnjih petnajstih letih opazujemo zanimiv vzpon in prevladovanje biomedicinskega modela (Feldman in Freedenthal, 2006; da Silva, 2012; Marsh, 2016). Hjelmeland (2013) pojasnjuje, da je ta sprememba posledica razvoja novih tehnologij, s katerimi so se povečale možnosti raziskovanja biološkega ozadja duševnih motenj. Več je raziskav na področju genetike in biokemije, ki preučujeta živčne prenašalce in vpliv epigenetskih⁶ mehanizmov na samomorilno vedenje (Roškar, 2008; Hjelmeland 2013; Kouter in Videtič Paska, 2018).

Nevrobiološki obrat v suicidologiji lahko prepoznamo tudi v rabi jezika. Pogled v znanstvene in strokovne objave po letu 2003 pokaže nadomeščanje rabe besedne zveze »samomorilni um« z besedno zvezo »samomorilni možgani«, prej omenjene »dejavnike tveganja« pa v sodobnih tekstih nadomešča

⁶ Z izrazom epigenetika opisujeva spremembe v izražanju genov, ki niso posledica sprememb zaporedja DNK. Epigenetika temelji na spoznanju, da lahko na izražanje genov vplivajo tudi dejavniki okolja, ne da bi se pri tem moral spremeniti zapis DNK.

uporabo pojma »endofenotipi« (Hjelmeland, 2013). Premik k biomedicinskemu modelu obravnavanja samomora spodbuja predvsem poudarjeno zanimanje farmacije za nevrobiološke raziskave (Hjelmeland, 2013). Povečuje se število raziskav, ki jih podpira farmacevtska industrija, to pa, kot opozori Hjelmeland (2013), lahko podkrepi prepričanje, da raziskovanje kulturnih in družbenih dejavnikov ni več potrebno, saj se kot odgovor na problem samomora ponuja možnost reguliranja kemičnih in bioloških procesov v telesu.

Biomedicina tako pomaga ustvarjati vtis, da bi z znanjem o delovanju možganov lahko oblikovali zadovoljive odgovore na problem duševnih stisk. Hkrati vpliva na utrjevanje prepričanja, da lahko samomorilno vedenje zmanjšamo z zgodnjim odkrivanjem nevrokemične nestabilnosti v telesu in z odločnim medikamentoznim zdravljenjem psihičnih motenj. To pomeni, da bi na primer z medikamentoznim nadzorom impulzivnosti omejili samodestruktivno vedenje in zmanjšali tveganje za samomor (Roškar, 2008). Kljub številnim pozitivnim priložnostim, ki jih napovedujejo nova odkritja, zato obstaja nevarnost, da zaidemo v skrajno mehanicističen pogled na človeško življenje, ki trdi, da je človek nič drugega kot nemočno biokemično telo, ki se samodejno odziva na biološke dražljaje (Hjelmeland, 2013).

Prevzeti z odkritji v nevroznanosti namreč lahko spregledamo značilno kulturne in družbene okoliščine fenomena in zanemarimo družbenoekonomske in politične razsežnosti problema, tudi vprašanje izvorov stisk v družbenih neenakostih in zatiralskih režimih upravljanja z ljudmi (Kral, Morris in White, 2017). Glede na hiter razvoj nevrobiološkega znanja je zato še pomembneje, da poteka izmenjava vednosti o samomoru med medicinskimi, humanističnimi in kulturnimi znanostmi (in ne na njihov račun) in da iz javne diskusije povsem ne izrinemo etičnih vprašanj spoštovanja človečnosti, človekovega dostojanstva in svobode.

Z oženjem pogleda na samomor kot na bolezen ali nevrokemično nestabilnost spregledamo tudi, kot samomor pojasnjuje Mrevlje (1995), da gre pri samomoru za skupek življenjskih dogodkov, izgub, oslabitve zaradi stiske in občutkov nemoči. Isti avtor pravi, da se samomor zgodi, kadar bolečina preseže vire za spoprijemanje s stiskami. Ti viri pa so odvisni ne le od posameznika in njegovega biološkega ustroja, ampak tudi od stanj in razmer v okolju in družbi.

Range in Leache (1998) poudarjata pomemben prispevek suicidologije k ustvarjanju impresivne vednosti o samomoru in njenega vpliva na razumevanje preventive, ocenjevanje dejavnikov tveganj, razvoj strokovnih pristopov v obravnavi in oblikovanje primerljivih statistik za opazovanje pojava. Vendar pa, kot trdita Range in Leache (1998, str. 24), področje ostaja ujeta v filozofskih koreninah »logičnega pozitivizma in strukturnega determinizma«.

Obrati se zato dogajajo tudi znotraj suicidologije same, vedno več je namreč kritičnih pogledov na omejujočo in instrumentalno usmerjenost prevladujoče paradigme. Ost kritike dosedanje vednosti o samomoru je tako vedno bolj usmerjena v očitno zapostavljanje raziskovanja samomora z vidika širših konceptualnih izhodišč, upošteva kontekstualistično, zgodovinsko, subjektivno, ekološko, politično in kulturno perspektivo problema ter poudarjanje

nujnosti po širitvi fokusov študija samomora (Hjelmeland, 2010; Kral, Morris in White, 2017). Najpomembnejši premik pri razumevanju samomora pa kritični suicidološki avtorji vidijo v vključevanju uporabniške perspektive v raziskovanje, večanju vpliva uporabnikov na oblikovanje strategij pomoči in predvsem zagotavljanju večje socialne varnosti in družbene pravičnosti (White, 2016; Kral, Morris in White, 2017)

Namen in cilji raziskave

V Resoluciji o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (2018) so predvidene številne aktivnosti in načrtovane izboljšave sistema pomoči ljudem v duševni stiski. Tako naj bi se težišče organiziranosti služb in storitev na področju duševnega zdravja v prihodnjih desetih letih preneslo na lokalno raven, izboljšala naj bi se njihova dostopnost, na podlagi ocene potreb naj bi se razširilo delovanje skupnostnih timov, zmanjševalo število hospitalizacij, potekala naj bi usposabljanja strokovnjakov na primarni zdravstveni ravni in na ravni socialnega varstva, v skladu z nacionalnimi potrebami naj bi se povečalo zaposlovanje različnih strokovnjakov.

Glede na napisane cilje se bo vloga socialnega dela na področju duševnega zdravja in samomorov morala povečati, to pa hkrati pomeni, da se bo morala povečati tudi refleksija o praksah, zagotoviti pa bo treba kontinuirano raziskovanje področja duševnega zdravja iz perspektive socialnega dela. Raziskovanje v okoljih, kjer je za to namenjeno malo sredstev, je precejšnja ovira, pomemben raziskovalni vir so tako lahko tudi diplomska in magistrska dela študentk in študentov Fakultete za socialno delo.

V nadaljevanju prikazujeva del rezultatov diplomskega dela, v katerem je študentka raziskovala poskus samomora iz perspektive ljudi z osebno izkušnjo. S to raziskavo sva predvsem želeli odkriti teme in vprašanja, na katere bi morali biti v socialnem delu na področju razumevana problematike samomora pozornejši. Poglavitni cilj raziskovanja je bilo torej odstiranje pojava, detektiranje za socialno delo relevantnih tematik in ključnih vprašanj, ki bi se pokazala pomembna za nadaljnje raziskovanje. Najin namen torej ni bil oblikovanje celovite in obsežne študije samomora, ampak predvsem zapisovanje vednosti ljudi z osebno izkušnjo in vpogled v njihovo perspektivo izkušnje (Tedlock, 2000; Grebenc in Šabić, 2013).

Raziskovali sva, kako se ljudje z izkušnjo samomora spominjajo poskusa samomora, dogodkov in okoliščin duševne stiske, izkušnje preživetja, odziva služb in strokovnjakov ter kako ocenjujejo značilnosti trenutnega sistema pomoči. Pri razumevanju konteksta sistema pomoči sva dodatno upoštevali pogled strokovnjakov, ki se z ljudmi z izkušnjo poskusa samomora srečujejo v praksi. Podatke sva zbirali s pomočjo intervjujev, bogate opise situacij, dogodkov, osebnih interpretacij in stališč sva analizirali na kvalitativen način (Mesec, 2007; Grebenc, 2006). Pri raziskovanju sva uporabljali kvalitativno raziskovalno metodologijo in ubrali etnografski raziskovalni slog, katerega značilnost je odkrivanje vsakdanjega sveta ljudi, ki »imajo nam neznane izkušnje« (Tedlock, 2000; Floersch, Longhofer in Nordquest, 2012). Tak

raziskovalni slog nama je omogočil, da sva posebno življenjsko izkušnjo lahko raziskovali tako, kot da bi, kot pravi Hall (2003), »potovali skozi življenje« v raziskavo vključenih ljudi.

Raziskovalni instrumentarij

Za potrebe zbiranja podatkov sva izdelali delno strukturirana vprašalnika (za pogovore z ljudmi, ki imajo izkušnjo samomora, in za strokovnjake in strokovnjakinje, ki delujejo na področju pomoči ljudem z izkušnjo samomora). Vprašalnik za ljudi z izkušnjo je imel tematske sklope: opis in osebna interpretacija izkušnje poskusa samomora, okoliščine vsakdanjega življenja v času samomora, strategije zmanjševanja stiske izkušnja s sistemom pomoči in dogodki, ki so sledili poskusu samomora. Vprašalnik za strokovnjake in strokovnjakinje pa je obsegal teme: izkušnje pri delu na področju samomora, refleksija o lastni strokovni vlogi, strategije in načela dela, prednosti in omejitve pri delu.

Vzorčenje

Glede na cilj raziskovanja in nedostopnost populacije smo ocenili, da je najprimerneje oblikovati priročni vzorec in za dostop do respondentov uporabiti metodo snežne kepe. Do prvih sogovornikov smo pristopili na podlagi neformalnih stikov, ki jih je imela študentka, izvajalka intervjujev z uporabniki in strokovnjaki v organizacijah, kjer je opravljala prakso, ti pa so ji omogočili dostop do naslednjih sogovornikov in sogovornic. Prednost tako oblikovanega vzorca je bila v večji stopnji zaupanja med izvajalko intervjuja in sogovorniki ter večji verodostojnosti zbranih pripovedi. Končni vzorec je sestavljalo 18 ljudi; 10 ljudi z osebno izkušnjo poskusa samomora, večinoma mlajših od 30 let, ki živijo v Ljubljani ali njeni okolici, in 8 ljudi, ki se strokovno ukvarjajo s tem področjem (strokovnjaki in strokovnjakinje delujejo na področjih: socialno delo, psihoterapija in psihiatrija). Med 10 ljudmi z izkušnjo poskusa samomora (6 žensk in 4 moški) je bilo 5 sodelujočih (3 ženske, 2 moška), ki so samomor poskušali narediti večkrat (od tri- do petkrat), vsi so imeli za seboj tudi več hospitalizacij v psihiatrični bolnici, 2 sodelujoči sta poskusili narediti samomora, vendar nista bili hospitalizirani (zastrupitev in hujša poškodba, pomagali so jima v domačem okolju), 3 sodelujoči (1 ženska, 2 moška) so si pri poskusu samomora premislili v zadnjem hipu. Starost sogovornikov z izkušnjo poskusa samomora je bila v času intervjuvanja med 23 in 29 let, v času poskusov so bili mlajši (nekateri tudi mladoletni, ena celo v času osnovne šole).

Povabljeni k raziskavi so bili seznanjeni z okoliščinami raziskave in možnostjo zavrnitve sodelovanja. Med izvajanjem intervjujev je bil zagotovljen varen prostor za pogovore in ponujena je bila možnost avtorizacije zapisanega. Pri zapisovanju in analizi podatkov smo poskrbeli za anonimizacijo podatkov in pazili, da smo dele zgodb, ki bi lahko razkrili identiteto pripovedovalcev, spremenili in prilagodili na način, ki ne okrne sporočilne vrednosti in možnosti za interpretacijo.

Rezultati

Stiska, samomor in hospitalizacija - tri manifestacije procesa individualizacije trpljenja

Samomor in hospitalizacija sta bila v pripovedih sogovornikov in sogovornic dramatična dogodka, ki so ju opisovali zelo podrobno in so jima namenili veliko pozornosti.

Samomor so opisali kot dogodek, ki pripada človeku in je izrazito intimna izkušnja. Spomin nanj je natančen in nasičen z detajli.

Vem, da preden sta šla, sem par tistih Aspirinov pogoltnil, pol sem si pa banjo začel točit [...] Imel sem tudi en nožiček že pripravljen, zaradi tega, ker imam en tak res zelo oster nož, ki je za ribarjenje drugače, in sem imel to pripravljeno. [...] Vem, da sem si neko musko tudi vrtel. [...] Bil sem zelo obupan. [...] Tisti nožiček sem imel pri sebi. [...] Sem si ga tudi tukaj na vrat naslonil, pa nekako nisem zbral tega poguma, da bi zarezal, plan je bil pač ta glavna arterija, da bi Aspirin, ki mi razredči kri, in da bi pol pač ...

Tako samomor kot hospitalizacija sta pomenila točki v linearnem dojemaju osebne zgodovine, ki je čas in pripoved razdelila na prej in potem. Pripoved o obdobju »pred tem« je bila zgoščena v opisovanju razlogov za stiske, prikazu stopnjevanja problemov in opisovanju občutkov nemoči pri obvladovanju težav. Kot glavne vzode stiske so navedli težave v odnosih z drugimi (predvsem z ljudmi, s katerimi so v intenzivnih osebnih odnosih, kot so starši, partnerji), preobremenjenost z različnimi obveznostmi in visokimi pričakovanji, preživeto nasilje (omenjali so vse oblike nasilja, še najbolj pa vrstniško nasilje, fizično nasilje in sovražnost v družini, nerazumevanje okolja zaradi istospolne usmerjenosti), konflikti zaradi spolne identitete, težave z duševnim zdravjem (anksioznost in depresija). Kot druge okoliščine problemov so navedli: slabo materialno stanje, težave s stanovanjem in zasvojenost s prepovedanimi drogami.

Čas pred samomorom je zaznamoval občutek brezizhodnosti. Izrazite negativne občutke in razmišljanja so opisali kot: neznosne duševne bolečine, občutke strahu, nemoči in brezupa, panike, sramu, osamljenosti, brezizhodnosti, izolacije, jeze, žalosti, izčrpanosti, neuspeha, distanciranosti, apatičnosti, zmedenosti, izgube smisla in upanja. Naštevali so težave z nespečnostjo, zapiranje vase in sovražstvo do samih sebe. Ena od sogovornic je rekla: »Edina opcija, ki se je zdela možna, da bo bolečina izginila, se je zdela smrt. In zato sem se mislila ubit.«

Eden od sogovornikov je poudaril, da si je v tistem stanju želel pomoči drugih, vendar ni znal prositi zanjo. Imeli so vtis, da drugi doživljajo realnost drugače od njih in njihove stiske niti ne bi razumeli, zato o stiski drugim ljudem niso govorili. Tik pred poskusom samomora so imeli pogoste in vedno bolj konkretne misli, povezane s samomorom. Te misli so se pojavljale v obliki fantazij ali konkretnih zamisli o izvedbi samomora: »Saj me je kar sram to govoriti, sam ja, sem razmišljala, ali naj se grem kar pod vlak fuknat.« Včasih so takšne misli do določene mere udejanjali z različnimi oblikami samouničevalnega vedenja: »Ko so bili bolj intenzivni občutki in želja po samomoru, sem se pa začel samopoškodovati.« Ali pa s predajanjem fantazijam, da bi

zboleli za neozdravljivimi boleznimi: »Vmes sem dobila željo, sem videla opcijo, če bi dobila HIV in aids, ne bi bila jaz kriva, če bi umrla, ne bi jaz samomora naredila.«

Napačno bi bilo sklepati, da v času poglobljanja krize niso iskali načinov, kako preživeti. Prav nasprotno, vsi so z različnimi taktikami poskušali zmanjšati napetost in nelagodje. Pogosta taktika je pobeg v fantazijski svet (gledanje filmov, poslušanje glasbe, igranje igrice). Poseben izziv je bilo ravnanje z »miseselnim tokom«. Večina je uporabljala taktike preusmerjanja misli, nekaterim je to uspelo z branjem knjig, drugim s preoblikovanjem misli v pozitivne in racionalizacijo. Eden od sogovornikov je dejal, da je pri sebi opazil, da krize minejo v nekaj dneh, zato je krizo preprosto prespal, in potem je bilo za nekaj časa spet znosno. Pomagalo je, če so poskrbeli za določeno mero aktivnosti in niso ostali ves čas zaprti v stanovanju ali celo obtičali v postelji. Telesna aktivnost jih je fizično in čustveno razbremenila, različne druge dejavnosti pa so jih zaposlile in jim dale občutek koristnosti. Pomembno za preživetje se je pokazalo vztrajanje pri običajnih rutinah.

Odziv na poskus samomora: postopki varovanja in nadzora

Na zunaj samomor pogosto deluje kot nenadno, impulzivno in nepričakovano dejanje, tak vtis se še stopnjuje, kadar je samomor neposredna posledica specifičnih dogodkov (prepir, izguba) (Žmitek, 2009; Dernovšek, 2004). Čeprav samomor v očeh okolice deluje kot oblika vdaje, je dejanje, s katerim se posameznik aktivira, je akcija, ko se človek po obdobju brez vsakršnega upanja spet zgane, se postavi zase (Lamovec, 2005). Odkritje samomora je huda preizkušnja za tiste, ki se znajdejo na kraju dogodka. Po navadi kličejo reševalce, na kraj dogodka pa vedno pride še policija, včasih tudi gasilci. Reševalci poskrbijo za stabilizacijo telesnih funkcij, prevoz v urgentne centre, od tam pa, ko je človek zunaj življenjske nevarnosti, v psihiatrično bolnišnico.

Potem so me dali v rešilni avto, spraševali so me, če je vse v redu, merili so temperaturo. Slabo se spomnim, kaj se je takrat počelo z mano, vem samo, da so me potem pripeljali v Polje, kjer so me takoj preoblekli, in potem sem prišel na vrsto že zelo kmalu.

V bolnišnici zdravnik oceni pacientovo psihološko in fizično stanje, oceni ogroženost pacienta in samomorilni potencial, določi diagnozo in cilje zdravljenja, ki največkrat vključujejo (tudi) zdravljenje z zdravili (Bongar in Sullivan, 2013). Naloga psihiatrične bolnišnice je, da poskrbi za varnost pacientov (iz pripovedi psihiatrinje):

Ljudi so kje našli nezavestne ali so jih pripeljali z drugih oddelkov UKC-ja, ko so jih že oživljali ali so jih malo k sebi spravili in so jih potem pripeljali na oddelek za psihiatrijo, da se lahko njihovo psihično stanje stabilizira.

Dogajanje ob hospitalizaciji je naše sogovornike presenetilo, saj niso pričakovali, da bodo postopki ob sprejemu potekali neosebno, rutinsko. Večina intervjuvanih je poročala o neprostovoljni hospitalizaciji, nekateri so jo doživljali kot poskus discipliniranja, postopke in razmere v bolnišnici pa kot razvrednotenje

in ponižanje. Čas bivanja v bolnišnici so le redki ocenili kot koristen, večinoma so ga opisali kot »neizkoriščen čas«, saj so pričakovali, da se bodo s pomočjo strokovnjakov v bolnišnici intenzivno lotili reševanja problemov. Toda čakala sta jih predvsem institucionalna rutina z neskončno dolgimi in praznimi dnevi in praviloma zdravljenje z velikimi odmerki zdravil:

Tudi zdravil ne smeš zavrtni. Ko sem vprašal, kaj je to, in da pač ne bi vzel, ker me na bruhanje vleče, je pa rekel tehnik, da naj jim ne povzročam težav, ker me bodo zavezali za posteljo.

Intervjuvani so govorili o strahu pred hospitalizacijo. Predvsem se bojijo, da v bolnišnici ne bodo upoštevali njihove volje. V intervjujih je bodlo v oči pripovedovanje o množičnem predpisovanju in uporabi zdravil.

Pa mi noben več potem ni odgovarjal, ker vsi so mi samo zdravila hoteli dati, jaz pa tega nočem. In tudi novi psihiatri, ki so videli mojo kartoteko, so že takoj prišli ven z zdravili. (Izjava A)

Zdaj imam pa doma že štiri A4 liste popisane z zdravili, ki jih jemljem. (Izjava B)

Hospitalizacija je utrjevala občutek izključenosti in povečala vtis, da so drugi v svoji stiski nerazumljeni. V bolnišnici so sicer bivali v varnejšem okolju, a se je hkrati večala »izolacija od zunanjega sveta« in povečevala skrb, kako se bo po končani hospitalizaciji vrniti v domače okolje. Večkratno hospitalizirani so opozarjali, da se v bolnišnici niso mogli pripraviti na odhod domov, pogrešali so načrt, kako naprej po odpustu. Razen občasnih kontrol pri psihiatrih niso bili deležni kontinuirane pomoči in spremljanja. Prepuščeni samim sebi so se ujeli v krog ponovnih hospitalizacij. Njihove težave so postale dolgotrajne in ponavljajoče se.

Intervjuvani so povedali, da v obravnavi glavna težava postane samomor, ne pa stiske, ki jih doživljajo, in problemi, ki jih obremenjujejo. Samomor visi v zraku kot potencialna grožnja tako v času hospitalizacije kot tudi po odpustu in vsi sodelujoči v procesu pomoči ostajajo v stanju pozornosti. Odkrili smo, da samomor odnose med ljudmi nasiči z nezaupanjem. Ljudje o mislih na samomor ne govorijo, bojijo se jih razkriti, saj jih je sram ali strah obtoževanj. Bojijo se, da bodo ocenjeni kot nerazsodni, nesposobni in zato prepuščeni odločitvam drugih. Strokovnjake skrbi, da bodo ljudje samomor ponovili.

Ena od strategij, s katero poskušajo strokovnjaki v praksi regulirati grožnjo samomora, je podpis terapevtskega dogovora ob sprejemu, da v času obravnave ne bodo poskusili samomora (*antisuicidalni pakt*). Podpisovanje te izjave odnos pomoči zaznamuje na dva načina: nekateri strokovnjaki jo uporabijo zelo administrativno in le kot formaliziranje pomoči. To intervjuvani komentirajo kot vzpostavljanje distance v odnosu do njih, nekateri strokovnjaki pa so podpis izjave uporabili kot oblikovanje koalicije in intervjuvani povedo, da so takrat podpis izjave doživeli kot spodbudo za vztrajanje in iskanje pozitivnih rešitev.

Chiles in Strosahl (1995) sta prepoznala omejujoči nadzorstveni vidik vloge strokovnjakov pri obravnavanju samomorov in osredotočenost le na reguliranje grožnje samomora. Predlagata spremembo pogleda na obravnavo grožnje samomora in dejanja samomora, da bi ju obravnavali le kot eno izmed možnosti reševanja problema, ki jo človek vidi. Tako strokovnjak ne

prevzema nase nemogoče naloge ohranjanja človeka pri življenju. Predlagata, da naj se pri delu raje usmeri v iskanje in razvoj strategij reševanja življenja. Ta nujni premik od nadzora k reševanju problemov so pogrešali sodelujoči v raziskavi, osredotočenost le na samomor pa so prepoznavali kot poglobljeno pomanjkljivost v obstoječih sistemih pomoči.

Ločevanje strok na škodo ljudi v stiski

V zahodni družbi prevladuje mnenje, da je psihiatrija tista stroka, ki naj bi zna la prepoznati znamenja, ki nakazujejo težnjo po prekinitvi lastnega življenja, in psihiatrija je dobila absolutni mandat nad obvladovanjem samomorilnih vedenj (Szasz, 2011). Tudi v najini raziskavi sva ugotovili, da na ravni sistema služb pomoči ljudem v duševni stiski obstaja neskladje med institucionalizirano medicinsko pomočjo, ki je del javne mreže storitev, in skoraj nevidno vlogo drugih služb v skupnosti, te so praviloma organizirane v nevladnem sektorju.

V Sloveniji je ljudem v duševni stiski 24 ur na dan dostopna le pomoč v okviru psihiatričnih dežurnih služb v psihiatričnih bolnišnicah. Odziv v primeru samomora je izključno v domeni medicinske stroke in usmerjen v simptomatiko – od služb urgentne medicine in hospitalizacij v psihiatričnih bolnišnicah do obsežnega predpisovanja zdravil. Tako ljudje z izkušnjo poskusa samomora kot strokovnjaki in strokovnjakinje so v intervjujih problematizirali pomanjkanje interdisciplinarnih, hitro odzivnih, preprosto dostopnih in razpoložljivih služb (ne le v času eskalacije krize, ampak tudi v obdobju poglobljanja stiske). Opozarjali so na neprilagodljivost programov specifičnim potrebam ljudi v stiski, še posebej če gre za bolj kompleksne situacije (sočasne težave v duševnem zdravju in zasvojenost, brezdomstvo, nasilje, brezposelnost). Pogrešali so več poglobljenega svetovalnega dela, kombiniranje storitev, sodelovanje med različnimi službami in strokami. Ovire za iskanje pomoči so povezane s problemi dostopnosti storitev: čakalne vrste, finančna nedostopnost nekaterih storitev (npr. psihoterapevtska obravnav), pomanjkanje strokovnjakov in visoke zahteve za vstop (sistem pravil in sankcij, nefleksibilnost programov, osredotočenost le na en vidik problema).

Ovire, ki so jih zaznavali uporabniki, so omenjali tudi strokovnjaki. Tudi strokovnjaki so v institucionalnem okolju z azilnimi pravili in instrumentaliziranim organizacijskim strojem občutili, da jih sistem razoseblja skupaj z bolniki:

Po standardih zavarovalnice je to določeno, kaj jaz vem, prvi pregled recimo pol ure, ostali pa 15 minut, kar je seveda premalo. Tako da mi moramo ravnati v praksi izven teh standardov. (Izjava psihiatrinje).

Strokovnjaki poročajo o premajhnem številu zaposlenih in izgorelosti med njimi. Takšno stanje je v procesu pomoči moteče, intervjuvani uporabniki povedo, da opazijo pogosto menjavanje osebja, čustveno izčrpanost strokovnjakinj in strokovnjakov (otopelost). V službah, kjer je veliko delitve dela in rutinskih postopkov, so uporabniki doživeli minimaliziranje njihove izkušnje, občutek popredmetenja, odkrito in prikrito nasilje (posmehovanje, grožnje s sankcijami, grobost pri izvajanju medicinskih postopkov in nege). Omenili so

tudi vzvišen in neoseben odnos strokovnjakov, pomanjkanje diskretnosti, neustreznost skupinskih obravnav. V sistemu pomoči smo odkrili ostro ločevanje na službe zdravstva in službe socialnega varstva, strokovnjaki z obeh področij dela povedo, da se med seboj »ne slišijo« in da ne sodelujejo:

Ne, to ne. To je potem že svetovalno delo. Ti lahko poveš, kam se oni lahko obrnejo, če oni vprašajo. Da bi pa jaz sam rekel, pojdite tja pa tja, to pa ne. (Izjava socialne delavke)

»Motnje v komunikaciji« so se pokazale kot problem organiziranosti služb in razdeljenosti sektorjev na zdravstvenega in socialnega, to pa vpliva na financiranjem storitev, status in vrsto ustanov ter pogosto umetno ustvarja napetosti med strokami. Ena od strokovnjakinj (socialna delavka) povzame: „Kar se pa tiče psihiatrije, tu pa se mi zdi, da se še ne slišimo, ker psihiatrična klinika je del zdravstva, socialne delavke smo del sociale.« Tudi ljudje v stiski bi želeli pomoč strokovnjakov, ki med seboj sodelujejo, in to, da so storitve na voljo na enem prostoru, ne pa, da morajo od vrat do vrat.

V priročni vzorec se je ujelo le malo tistih, ki so iskali pomoč v nevladnih organizacijah. Ne moreva z gotovostjo zapisati, ali je to posledica pristranskega vzorca ali pa teh organizacij mlajši uporabniki (stari do 30 let) s težavami z duševnim zdravjem res ne prepoznajo kot primernih zase. Sodelujoči v raziskavi najbolj cenijo možnost, da lahko pomoč dobijo takrat, ko jo potrebujejo, brez naročanja in čakalnih vrst, strokovnjaka ali strokovnjakinjo preprosto pokličejo in se pogovorijo.

Moč in prednost pogovora so omenjali tisti, ki so imeli izkušnjo psihoterapije. Psihatrijo nekateri ovrednotijo kot primerno glede na brezupno situacijo, večinoma pa jo ocenjujejo kot neustrezno in pomanjkljivo. O dobri praksi sodelovanja z okoljem v času hospitalizacije je poročal le uporabnik, ki je imel izkušnjo hospitalizacije na Enoti za adolescentno psihiatrijo. S socialnimi službami so prišli v stik le redko. Srečanja s socialnimi delavkami v psihiatrični bolnišnici in srečanja z zakonitimi zastopniki so doživeli kot formalizem (obisk po uradni dolžnosti) in niso vedeli, kaj od njih sploh lahko pričakujejo. Le ena uporabnica iz našega vzorca je pomoč iskala v nevladni organizaciji, ta je bila z delom socialnih delavk zadovoljna:

Tam imaš socialne delavce, ki se dejansko ukvarjajo s tabo in te spodbujajo in te prosijo, da kaj narediš. Pa moraš narediti tudi vsake toliko časa načrt, kaj boš naprej, in pol preveriš, če si te cilje res izpolnil. ... So mi govorili, da verjamejo vame, bolj smo se na prihodnost osredotočali.

Večina sogovornikov je danes hvaležnih, da so preživeli. A kot pravi eden od njih, zavest, da vedno obstaja možnost samomora, ponuja občutek mirnosti: »Samomor imam ves čas v glavi, če bo ful grozno se lahko ubijem in se rešim. To mene dejansko zelo pomirja.«

Razprava

Najpomembnejša ugotovitev raziskave je, da smo v današnji družbi priče individualizaciji stiske, ki se izraža kot osebna odgovornost posameznika za

svoje duševno zdravje in kot zahteva po osebnem prizadevanju, da posameznik življenje obvladuje. Individualizirano spoprijemanje s stisko zaznamo na več ravneh: na ravni osamljenega iskanja rešitev, izoliranosti v času obravnave, uporabe zdravil, ki naj nadomestijo človeško bližino in pomoč. Individualizacije v obstoječem sistemu pomoči ne bomo zaznali kot ideje individualne/osebne pomoči človeku in kot reševanja stiske na individualen/enkratni način, ampak jo bomo zasledili zgolj kot normativni kriterij, po katerem se ocenjuje, ali si posameznik (individualno) prizadeva dovolj, da je upravičen do pomoči.

Madsen (2013) trdi, da so ključni za dober izid pomoči odnos in prepričanja posameznega strokovnjaka. Pomanjkljivosti zgolj biomedicinskega pogleda na problem samomora se pokažejo pri oblikovanju odzivov na problem. Identifikacija simptomov namesto vzrokov in okoliščin stiske, načini razvrščanja in določanja arbitrarnih mej, po katerih se določen pojav uvrsti med duševne bolezni, ozka usmerjenost na farmakološko zdravljenje duševne stiske, pritiski farmacevtskih družb na psihiatrično stroko – vse to so pogloblitve ovire, ki preprečujejo premik iz zgolj medicinskega in patološkega obravnavanja duševnih stisk (Škerjanc 2006; da Silva, 2012).

Če samomor razumemo zgolj kot posledico oziroma izraz primarne duševne motnje, ožimo pogled na stisko in se zavestno odrečemo raziskovanju vzrokov in okoliščin duševne stiske (da Silva, 2012). Ob pomanjkanju kakršnihkoli drugih struktur pomoči v skupnosti postane bolnišnica edini prostor, kamor lahko človek v hudi stiski pride po pomoč, pogoste hospitalizacije pa prevzamejo tudi nalogo varovanja in nadzora za preprečevanje samomora.

Ugotovili sva tudi, da v psihiatričnih postopkih obravnave izstopa velika uporaba zdravil. Čeprav so zdravila pomembna podpora pri obvladovanju neprijetnih stanj, ne pripomorejo k reševanju okoliščin krize in intenzivna uporaba zdravil še bolj utrjuje posameznika v vlogi bolnika (Lamovec, 2006). Intenzivna uporaba zdravil pa maskira tudi okoliščino, da je uporaba zdravil instrument upravljanja s časom in viri. Zdravila namreč prikrijejo pomanjkanje zaposlenih v ustanovah in podpore v skupnosti ter nadomeščajo človeško bližino (Flaker, Mali, Kodele, Grebenc, Škerjanc in Urek, 2008).

Z raziskavo lahko potrdiva omejitve psihocentričnega konceptualiziranja stiske in trpljenja. Sodobna terapevtska kultura pomaga pri utrjevanju mišljenja, da so strukturno nasilje, družbene neenakosti, kolonialni odnosi in odnosi prevlade zasebna težava (Stalker, 2003; White, 2017; Kral, Morris in White, 2017). V osebnih zgodovinah ljudi, ki so bili vključeni v raziskavo, sva odkrili različne okoliščine stisk, vsem pa je bilo skupno, da so doživljali osebno razvrednotenje, različne oblike zlorabe moči nad njimi ter sistemske, institucionalne in kulturno utrjene prakse izključevanja.

Z obravnavanjem samomora in duševne stiske kot izključno problema »osebe« spregledamo preplet in kompleksnost nevidnih in samoumevnih prisil današnjega sveta. Oravec (2014) meni, da je treba spremeniti nefunkcionalen in tog odnos družbe in politike do različnih družbeno določenih stisk, pri tem pa še posebej poudari problematiko nasilja. Strukture pomoči v družbi so toge, službe slabo sodelujejo in so nezadostne pri reševanju težav ljudi (*ibid.*). Problematike samomorov torej ne moremo preučevati

zunaj dojemanja izvora stiske v krivičnih družbenih tradicijah in družbenih neenakostih (Marsh, 2010).

Kot trdijo Maple, Pearce, Sanford in Cerel (2017), bi socialno delo moralo ugotoviti, kako se bolj angažirati na področju samomorov, saj bodo sicer številni problemi, ki izvirajo iz socialnih okoliščin, ostajali nedotaknjeni. Razhajanja, ki nastanejo med tako imenovanim medicinskim in socialnim modelom pomoči ljudem v duševni stiski, so v resnici razhajanja o tem, katere elemente problema bomo poudarili in na katerih ravneh okoliščin problema bomo delovali.

Potrebe ljudi, ki so naredili samomor ali o njem razmišljajo, so kompleksne in segajo na različna področja vsakdanjega življenja. V raziskavi se je pokazalo, da se uporabniška izkušnja hitro transformira v medicinski diskurz. Šugman Bohinc (1997) poudarja prednosti in posebnosti socialnega dela v tem, da se upira in izmika dokončnim konceptualnim in metodološkim opredelitvam. Kot trdi avtorica, takšna ohlapnost dovoljuje več prilagodljivosti na nepredvidljivost vsakokratnih situacij stiske. Bistvo krizne intervencije je, da naj ne bo šablonska, ampak naj upošteva specifično situacijo potreb posameznika, ki je v krizi (Lamovec, 1998; Flaker, Mali, Kodele, Grebenc, Škerjanc in Urek, 2008; Kvaternik in Grebenc, 2009). Vsaka krizna intervencija naj bi pomenila načrtovanje enkratnih in izvirnih projektov pomoči ljudem v trenutkih izgube, hude stiske, ko se ljudje ne zmorejo spoprijemati s hudo situacijo (Hafen in Peterson, 1982; Chiles in Strosahl, 1995; Čačinovič-Vogrinič, Kobal, Mešl, Možina, 2005). Prakse pomoči, kot sva jih odkrili v raziskavi, pa potekajo nepovezano, službe se med seboj ločujejo in tudi uporabniki ne morejo pomoči smiselno kombinirati.

V Resoluciji o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (2018) je zmanjšanje števila samomorov za 15 % v naslednjih desetih letih zapisano kot strateški cilj⁷. Tak cilj je gotovo izziv zdravstvenim in socialnim politikam in različnim strokam, ki se v Sloveniji ukvarjajo s tem področjem. Prav tako spremembe, ki so v državi predvidene na ravni dolgotrajne oskrbe (deinstitucionalizacija, razvoj služb in storitev v skupnosti), zahtevajo prilagajanje služb in določajo nove naloge socialnemu delu in vsem drugim strokam, ki delujejo na področju duševnega zdravja.

Dernovšek (2004) na ravni preprečevanja samomora poudarja dva vidika delovanja: globalno akcijo in multidisciplinarno ukrepanje, v katerem se povezujejo različni sektorji in akterji. White (2017) opaža, da je tako znotraj kot zunaj suicidologije vedno več pozivov k premiku paradigme na področju študija in obravnave samomorov. Vprašanje samomora ni le vprašanje indikatorjev, dejavnikov tveganja ter reguliranja in nadzovanja destruktivnih vedenj posameznikov. Je pomembno etično vprašanje, ki zadeva jedro človekovega bistva obstoja in smisla življenja, načinov, kako ljudje živijo življenje in kako razumejo življenje in svet okoli sebe (Staples in Widger, 2012).

Različne stroke, ki vstopajo na teren pomoči ljudem v duševni stiski, bi

⁷ V akcijskem načrtu za duševno zdravje 2012–2020 je Svetovna zdravstvena organizacija (2012, str. 17) kot globalni cilj določila zmanjšanje števila samomorov za 10 %, hkrati pa poziva države, da v tem obdobju vzpostavijo vsaj dva na nacionalni ravni delujoča multisektorska programa na področju spodbujanja in preventive duševnega zdravja.

morale svoje delo podrediti stalnemu opazovanju lastnih strokovnih praks, se pravi razviti kritičnost do lastnega dela in ugotoviti izvore konfliktnosti v odnosu do uporabnikov in drugih strok (Lather, 2007; Bailey in Liyanage, 2012). Odločilni premik pri obravnavanju samomorov je potreben tudi na ravni dojemanja družbenih izvorov stisk ljudi. Poleg osredotočanja na delo s posameznikom je treba vire usmeriti v akcije, ki bi gradile solidarnost in zmanjševale neenakosti v družbi (Marsh, 2010).

Na področju raziskovanja samomora je treba okrepiti kvalitativno raziskovanje in vpeljati več legitimnosti uporabniški perspektivi. To vključuje tako ljudi, ki so poskusili samomor, kot njihove bližnje in izkušnje tistih, ki pomagajo strokovno ali laično (Hjelmeland, 2010; White, 2015). Ljudi z izkušnjo je treba vključiti kot relevantne akterje raziskovanja in ustvarjanja praks in njihove izkušnje upoštevati kot podlage, na katerih lahko spreminjamo sistem na področju duševnega zdravja. Vse to je treba dodati k vednosti o samomoru, da se znanje, kot pravi Smith (2012, str. 470) »dekolonizira«.

Sklep

Raziskava je odstrla številne probleme spoprijemanja s problematiko samomora. Zato, da lahko presežemo pogled na samomor kot individualno patologijo, je treba razširiti raziskovalno in interpretativno polje ter omogočiti, da se kompleksnost samomora raziskuje z uporabo kvalitativnih, etnografskih in metodološko mešanih pristopov, s katerimi bomo lažje zaznali subjektivnost osebne izkušnje in specifičnost okoliščin stiske, predvsem pa upoštevali kontekstualnost vsakdanjega sveta iz družbene, kulturne, etične, zgodovinske in politične perspektive. Tako bomo razširili dojemanja duševne stiske in samomora.

Vzpostaviti in okrepiti bo treba odkrito strokovno razpravo in poglobiti raziskovanje na ravni izhodišč in perspektiv različnih strok, ki vstopajo na področje pomoči. Hkrati bo treba upoštevati neevidentirane, nepriznane ali zanemarjene škodljive vplive strukturnih in družbenih neenakosti in prevzeti akcije za večjo pravičnost na ravni družbenih, kulturnih, ekoloških, ekonomskih in političnih razsežnosti sveta.

Preventivo na področju samomora bi bilo treba artikulirati tudi kot delo za zagotavljanje družbene pravičnosti. Vprašanje samomora in strategij odzivov in pomoči je treba razumeti v kontekstu vsakdanjega sveta in vsakdanjega življenja ljudi. Multidisciplinarnost je treba razumeti kot sodelovanje z ljudmi v stiski in ne kot krpanko ločenih, vzporednih ali celo izključujočih se intervencij in posegov v človekovo življenje.

Reducirajoč in paralizirajoč način institucionalnih oblik pomoči je treba nadomestiti z oblikami dela v skupnosti, s sodelovanjem v multidisciplinarnih kriznih timih, s povezovanjem z uporabniki in z doslednim spoštovanjem virov moči ljudi in skupnosti. Za socialno delo in druge stroke, ki delujejo na področjih pomoči ljudem, to sicer pomeni delo v stalnih napetostih, fragmentirano razumevanje realnosti in kontradiktornosti, a hkrati tudi edino možnost, da se demaskirajo izvori družbenih neenakosti, ki ljudi silijo v izolirano trpljenje in osamljenost stiske.

Viri

- bailey, D., & Liyanage, L. (2012). The role of the mental health social worker: political pawns in the reconfiguration of adult health and social care. *British Journal of Social Work*, 42(6), 1113–1131.
- Bongar, B., & Sullivan, G. (2013). *The suicidal patient: clinical and legal standards of care*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Čačinovič-Vogrinič, G., Kobač, L., Mešl, N., & Možina, M. (2005). *Vzpostavljanje delovnega odnosa in osebne stika*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Chiles, J. A., & Strosahl, K. D. (1995). *The suicidal patient: principles of assessment, treatment, and case management*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- da Silva, K. (2012). Evalvacija PROMISE-ovih smernic izobraževanja strokovnjakov na področju preventive pred samomorilnostjo in depresijo. *Socialno delo*, 51(5), 327–335.
- da Silva, K., & Zager Kocjan, G. (2012). Smernice za izobraževanje strokovnjakov na področju preventive depresivnosti in samomorilnosti ter model izobraževalnega programa. *Socialno delo*, 51(5), 317–326.
- Dernovšek, Z. M. (2004). Preprečevanje samomora v primarnem zdravstvu. V A., Marušič, & S., Roškar (ur.), *Slovenija s samomorom ali brez: monografija* (str. 64–73). Ljubljana: DZS.
- Dumon, E. & Portzky, G. (b.d.). *Splošne smernice za preprečevanje samomora*. European Regions Enforcing Actions Against suicide – Eurogenas (str. 2–36). Pridobljeno 3. 1. 2019 s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/splosne_smernice_za_preprecevanje_samomora.pdf.
- Durkheim, E. (1897/1979). *Suicide: a study in sociology*. New York: The Free Press.
- Feldman, B. N., & Freedenthal, S. (2006). Social work education in suicide intervention and prevention: an unmet need. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(4), 467–480.
- Flaker, V. (1993). Duševno zdravje in socialno delo. *Socialno delo*, 32(5/6), 29–39.
- Flaker, V. (1997). Preoblikovanje jezika duševnega zdravja. *Altra*, 2(1), 3–5.
- 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.
- Floersch, J., Longhofer, J., & Nordquest, M. (2012). Ethnography. V M., Gray, & S., Webb (ur.), *Thinking about social work: theories and methods for practice* (2. izdaja) (str. 152–160). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Foucault, M. (1997). The birth of biopolitics. V P. Rabinow (ur.), *Michel Foucault: ethics, subjectivity and truth* (str. 73–79). New York: The New Press. Pridobljeno 25. 1. 2019 s https://monoskop.org/images/0/00/Foucault_Michel_Ethics_Subjectivity_and_Truth.pdf.
- Grebenc, V. (2006). Needs assessment in community: what communities can tell us. V V., Flaker, & T., Schmid (ur.), *Von der Idee zur Forschungsarbeit: Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft* (str. 167–189). Wien: Böhlau Verlag, Herbst.
- Grebenc, V., & Šabič, A. (2013). *Ljubljanske zgodbe: biografije navadnih ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Hafen, B. Q., & Peterson, B. (1982). *The crisis intervention handbook*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Hall, T. (2003). Better times than this: youth homelessness in Britain. London, UK: Pluto Press.
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2000). Future perspectives. V K., Hawton, & K., van Heeringen (ur.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (str. 713–723). Chichester, UK: Wiley.
- Hjelmeland, H. (2010). Why we need qualitative reserach in suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 40(1), 74–80.
- Hjelmeland, H. (2013). Suicide research and prevention: the importance of culture in „biological times“. V E., Colucci, & D., Lester (ur.), *Suicide and culture: understanding the context* (str. 3–23). Cambridge, MA: Hogrefe.

- Husić, V. (2016). *Socialno delo na področju samomorilnosti: izkušnje socialnih delavk v nevladnih organizacijah* (diplomsko delo). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Jeriček Klanšček, H., Roškar, S., Vinko, M., Konec Juričič, N., Hočevar Grom, A., Bajt, M., Čuš, A., Furman, L., Zager Kocjan, G., Hafner, A., Medved, T., Floyd Bračić, M., & Poldrugovac, M. (2018). *Duševno zdravje otrok in mladostnikov v Sloveniji*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Pridobljeno 25. 1. 2019 s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/duševno_zdravje_otrok_in_mladostnikov_v_sloveniji_9_05_18.pdf.
- Joe, S., & Niedermeier, D. (2008). Preventing suicide: a neglected social work research agenda. *British Journal of Social Work*, 38(3), 507–530.
- Kouter, K., & Videtič Paska, A. (2018). Epigenetika in samomorilno vedenje. *Zdravniški vestnik*, 87(9–10), 417–428.
- Knez, D. (2004). Sociološki pogledi na samomor. V A., Marušič, & S., Roškar (ur.), *Slovenija s samomorom ali brez: monografija* (str. 38–43). Ljubljana: DZS.
- Knežević Hočevar, D., & Cukut, S. (2004). Predstavitve samomorov na Slovenskem v tiskanih medijih. *Socialno delo*, 43(4), 191–200.
- Kral, M. J., Morris, J., & White, J. (2017) Seeing suicidology in a new light. *Death Studies*, 41(8), 469–471.
- Kvaternik, I., & Grebenc, V. (2009). The role of social work in the field of mental health: dual diagnoses as a challenge for social workers. *European Journal of Social Work*, 12(4), 509–521.
- Lather, P. (2007). *Getting lost: feminist efforts toward a double(d) science*. Albany, NY: SUNY Press.
- Lester, D. (2013). The cultural meaning of suicide: what does this mean?. V E., Colucci, & D., Lester (ur.), *Suicide and culture: understanding the context* (str. 3–23). Cambridge, MA: Hogrefe.
- Lamovec, T. (1993). Kaj je duševna bolezen? *Socialno delo*, 32(3–4), 87–92.
- Lamovec, T. (1998). *Psihosocialna pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Lamovec, T. (2005). Nihče ne pride živ s tega sveta: slovenska sprenevedanja o smrti in samomoru. *Socialno delo*, 44(6), 403–408.
- Lamovec, T. (2006). *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup: nove oblike skrbi za osebe v duševni krizi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Leskošek, F. (1991). Samomorilnost na Gorenjskem. *Socialno delo*, 30(1/2), 40–51.
- Lester, D. (2013). *Suicide prevention: resources for the millennium*. London: Routledge.
- Madsen, W. C. (2013). *Collaborative therapy with multi-stressed families*. New York, London: Guilford Press.
- Mali, J., & Stritih, B. (2008). Socialno delo kot odgovor na tveganja, ki so povezana s starostjo. *Pogled: revija za multidisciplinarno proučevanje in preprečevanje samomora*, 4(1/2), 59–74.
- Maple, M., Pearce, T., Sanford L. R., & Cerel, J. (2017). The role of social work in suicide prevention, intervention, and postvention: a scoping review. *Australian Social Work*, 70(3), 289–301.
- Maris, R. W., Berman, A. L., & Silverman, M. S. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. New York, NY: The Guilford Press.
- Marsh, I. (2010). *Suicide: Foucault, history and truth*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Marsh, I. (2016). Critiquing contemporary suicidology. V J., White, M., Kral, I., Marsh, & J., Morris (ur.), *Critical suicidology: transforming suicide research and prevention for the 21st century* (str. 15–30). Vancouver: UBC Press.
- Marušič, A., & Roškar, S. (2003). *Slovenija s samomorom ali brez*. Ljubljana: DZS.
- Marušič, A., & Zorko, M. (2003). *Slovenski samomor skozi prostor in čas*. Ljubljana: DZS.
- Mesec, B. (2007). *Metodologija raziskovanja v socialnem delu 2*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mrevlje, G. (1995). Samomor kot zdravstveno-socialni pojav na Slovenskem. V G., Mrevlje (ur.), *Ciklus seminarjev: namesto koga roža cveti*. Ljubljana: Meridiana.

- Münster, D., & Broz, L. (2016). The anthropology of suicide: ethnography and the tension of agency. V L., Broz, & D., Münster (ur.), *Suicide and agency: anthropological perspectives on self-destruction, personhood, and power* (str. 3–26). Park Square, Milton Park, Abingdon, Oxon: Routledge.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje (2018). *Baza podatkov o umrlih osebah*. Pridobljeno 20. 12. 2018 s http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/priloga_1_podatki_o_samomoru_v_sloveniji_in_trend_samomorilnosti_0.pdf.
- Oravec, R. (2014). Da bi bilo umorov v kombinaciji s samomorom čim manj. *Socialno delo*, 53(6), 377.
- Oravec, R., & Moore, M. M. (2006). Recognition of suicide risk according to the characteristics of the suicide process. *Death studies*, 30(3), 269–279.
- Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (2017), The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), *Health at a glance 2017: OECD indicators*. Paris: OECD Publishing. Pridobljeno 19. 12. 2018 s https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.
- Resolucija o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018–2028 (2018). *Ur. l. RS*, št. 24/18.
- Range, L. M., & Leache, M. M. (1998). Gender, culture, and suicide behaviour: a feminist critique of theories and research. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 28(1), 24–36.
- Ringel, E. (1969). *Selbstmordverhütung*. Bern, Stuttgart, Wien: H. Huber.
- Rose, N. (2006). *The politics of life itself: biomedicine, power and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Roškar, S. (2008). Kognitivnopsihološke teorije samomorilnega vedenja. *Psihološka obzorja*, 17(2), 91–104.
- Seale, C. (1998). *Constructing death: the sociology of dying and bereavement*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Shneidman, E. S. (2001). *Comprehending suicide: landmarks in 20th-century suicidology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Skupnost centrov za socialno delo Slovenije (b.d.). *Regijska koordinacija – Koordinatorji za obravnavo oseb v skupnosti s težavami v duševnem zdravju*. Pridobljeno 12. 1. 2019 s <https://www.scsd.si/centri-za-socialno-delo/koordinacija/dusevno-zdravje>.
- Smith, L. T. (2012). *Decolonizing methodologies: research and indigenous peoples*. London & New York: Zed books / Dunedin: University of Otago Press.
- Stalker, K. (2003). Managing risk and uncertainty in social work: a literature review. *Journal of Social Work*, 3(2), 211–233.
- Staples, J., & Widger, T. (2012). Situating suicide as an anthropological problem: ethnographic approaches to understanding self-harm and self-inflicted death. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 36(2), 183–203.
- Statistični urad Republike Slovenije (2017). Umri za posledicami nezgod in samomorov. Pridobljeno 5. 3. 2018 s <https://pxweb.stat.si/pxweb/Dialog/Saveshow.asp>.
- Stone, G. (1999). *Suicide and attempted suicide: methods and consequences*. New York: Carroll & Graf Publishers, Inc.
- Stojanović, N., & Pettauer, M. (2001). Samomorilnost in mladi: delo s suicidalno stranko. *Socialno delo*, 40(5), 249–253.
- Stritih, B. (2006). Strategije pomoči pri socialnem delu s travmatiziranimi osebami in družinami. *Socialno delo*, 45(6), 333–343.
- Svetovna zdravstvena organizacija (2012). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. Pridobljeno 10. 11. 2018 s https://www.who.int/mental_health/publications/prevention_suicide_2012/en.
- Svetovna zdravstvena organizacija (2013). *Mental health action plan 2013–2020*. Geneva, Switzerland. Pridobljeno 10. 11. 2018 s https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en.

- Svetovna zdravstvena organizacija (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva, Switzerland. Pridobljeno 10. 11. 2018 s https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en.
- Szasz, T. (2011). *Suicide prohibition: the shame of medicine*. Syracuse, New York: Syracuse University Press
- Škerjanc, J. (2006). *Individualno načrtovanje z udejanjanjem ciljev: pomen uporabniške perspektive pri zagotavljanju socialnovarstvene storitve*. Ljubljana: Center RS za poklicno izobraževanje.
- Šugman Bohinc, L. (1997). Epistemologija socialnega dela. *Socialno delo*, 36(4), 289–308.
- van Heeringen, K. (2001), The suicidal process and related concepts. V K., van Heeringen (ur.), *Understanding suicidal behaviour: the suicidal process approach to research, treatment and prevention* (str. 13–21). West Sussex, England: Wiley.
- Tedlock, B. (2000). The observation of participation and the emergence of public ethnography. V N. K., Denzin, & Y. S., Lincoln (ur.), *The handbook of qualitative research* (str. 455–454). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.
- White, J. (2016), Reimagining youth suicide prevention. V J., White, M., Kral, I., Marsh, & J., Morris (ur.), *Critical suicidology: transforming suicide research and prevention for the 21st century* (str. 244–264). Vancouver: UBC Press.
- White, J. (2017). What can critical suicidology do? *Death Studies*, 41(8), 472–480.
- Zaviršek, D. (1994), Psihiatrični oddelek med boleznijo in njeno kulturno manifestacijo: študija primera (I). *Socialno delo*, 33(1), 39–49.
- Zaviršek, D. (1997). Krizni tim kot oblika preprečevanja psihiatrične hospitalizacije. *Socialno delo*, 36(2), 101–110.
- Žmitek, A. (2009). *Samomorilnost: klinični vidik*. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje.