

Pravice ljudi s samomorilnimi izkušnjami v modelu bio-bio-bio

Umestitev samomorov med duševne bolezni

Diagnostični in statistični priročnik duševnih bolezni (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ali DSM) je, kot pove že ime, zbirka vseh znanih duševnih bolezni, njihovih opisov in meril za klasifikacijo. Od prve izdaje leta 1952 do zadnje revizije leta 2000 (DSM-IV-R) je število klasifikacij duševnih bolezni naraslo s 106 na 365. Zdravstveni delavci, raziskovalci, zdravstvene zavarovalnice, farmacevtska podjetja in oblikovalci politik se pri svojem delu zanašajo na klasifikacijo, določeno v DSM-IV-R.

Kljub razširjeni uporabi je sistem deležen številnih pomembnih kritik, kot je npr. nezadovoljiva veljavnost in zanesljivost sistema (Kendell in Jablensky, 2003; Baca-Garcia in dr., 2007; Pincus in dr. 1998; McLaren, 2007); identifikacija simptomov namesto vzrokov bolezni; določanje arbitrarnih mejnikov med dvema ali več boleznimi; določanje arbitrarnih meja, ki zadoščajo, da se določen pojav uvrsti med duševne bolezni (Dalal in Sivakumar, 2009); izpostavljenost kulturnim razlikam (Widiger in Sankis, 2000) ter pritiskom farmacevtskih družb (Cosgrove in dr., 2006). Glede slednjega je sam predsednik Ameriškega psihiatričnega združenja Steven Shafstein (2005: 5) zapisal, da so psihiatri dopustili, da je biopsihosocialni model postal model bio-bio-bio. Suicidologija naj bi sledila bio-psiho-socialnemu modelu (nekateri dodajajo tudi duhovno dimenzijo), kar pomeni, da naj bi se veda in razumevanje samomorilnega vedenja nanašala na dognanja iz različnih strok. Dejansko pa je suicidologija danes močno podrejena medicinskemu oz. biološkemu modelu, kar pomeni močno zanašanje na znanja iz enega samega (medicinskega) modela in zanemarjanje vseh drugih vidikov. Kljub številnim kritikam in spornemu zanašanju na DSM pa sistem ostaja glavno merilo pri identifikaciji in zdravljenju duševnih bolezni.

Z vidika zdravstvenih delavcev in organizacij, 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 še enkrat revidirana izdaja, DSM-V). V praksi se temu problemu praviloma izognejo tako, da ozadje samomora pripišejo

neki duševni motnji, ki je navedena v sistemu in utemeljena z medicinskim modelom (pogosto z nepravilnim delovanjem nevrottransmiterjev). Največkrat je ta duševna bolezen povezana z depresijo, bipolarno motnjo, shizofrenijo, alkoholizmom, zlorabo drog in podobnim.

Tak pristop ima tako pozitivno kot negativno plat. Po eni strani ohranja delovanje in kohezivnost širšega zdravstvenega sistema. Poleg tega so nekatere samomorilne misli in dejanja nedvomno izraz duševne motnje oziroma sekundarni znak primarne duševne motnje po sistemu DSM. Umestitev samomorilnih misli in vedenja v strogo bio-bio-bio sistem se lahko razlaga tudi kot preventiva pred stigmatizacijo, saj je ozadje vedenja pripisano neravnovesju v delovanju nevrottransmiterjev in zunaj moči oziroma karakteristik lastnosti posameznika. Neravnovesje v delovanju nevrottransmiterjev je po modelu bio-bio-bio obravnavano farmakološko in le redko je bolnikom ponujena alternativna terapija, ki pa vedno le spremlja farmakološko zdravljenje in je večinoma samoplačniška.

Manj idealna in v zdravstvenem sistemu omenjena stran takšne klasifikacije pa lahko povzroča ali vsaj pripomore k ustvarjanju neuroetičnih dilem. Farmakološko zdravljenje depresije kot ozadja samomorilnih misli in vedenja je bilo denimo večkrat kritizirano, saj naj bi prav antidepresivi povzročili nastanek tako samomorilnih misli kot hujše oblike depresije (Edwards, 1989; Teicher in dr., 1990). Ta trend je posebno močan pri ljudeh, mlajših od 25 let (Stone, 2010). Opisani so tudi primeri s smrtnim izidom zaradi prevelikega odmerka antidepresivov (Buckley in dr., 1994; Henry in dr., 1995; Henry in Antao, 1992). Čeprav so antidepresivi dostopni zadnjih 50 let, ni nikakršnega enoznačnega dokaza, da preprečujejo samomore (Edwards, 1995). Zato je preprosto farmakološko zdravljenje brez ustreznih varnostnih mehanizmov lahko razumljeno kot malomarno dejanje (Dudley in dr., 2010).

Dokument Evropske komisije (Wahlbeck in Mäkinen, 2008) ocenjuje, da je 90 odstotkov samomorov storjenih zaradi depresije ali drugih duševnih motenj. Čeprav je med samomorilnim vedenjem in depresijo močna korelacijska vez, ne gre vedno za vzročno povezavo (čeprav so nekatere samomorilne misli nedvomno posledica depresije ali duševnih motenj, pa tudi, kot je bilo že omenjeno, antidepresivov). Zato so ti odstotki vzročne zveze precenjeni. Občutki brezupa, nepripadnosti, samote, nesmisla bivanja so gotovo povezani tudi z depresivnimi občutki (korelacijska vez), vendar so pod vplivom bio-bio-bio modela samomorov (sistem DSM jih ne klasificira kot duševno motnjo) interpretirani kot posledica oziroma izraz neke primarne duševne motnje. Taka klasifikacija pa ne samo da 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.

Pri ljudeh, kjer je primarni vir samomorilnih misli in vedenja v duševni ali duhovni stiski (ali celo dolgotrajnem telesnem trpljenju), je strogo farmakološki pristop neučinkovit, ker ne odpravlja vzrokov samomorilnih misli. Teh je po ocenah Evropske komisije (2008) veliko več kot 10 odstotkov, vendar nobena raziskava do danes ni obravnavala razlikovanja med organskimi in reaktivnimi samomori ali dejanskih odstotkov. Čeprav najrazličnejše stiske in trpljenje vplivajo na delovanje nevrottransmiterjev, je treba v primerih, ko ne gre za organsko okvaro, odkriti in nasloviti tiste dejavnike, ki povzročajo kronično neravnovesje v delovanju nevrottransmiterjev ter na način, ki lahko le spremlja kratkotrajno farmakološko zdravljenje, prekiniti začaran krog samomorilnih misli in dejanj. Zanašanje na trditev, da je v takih primerih samomor posledica zgolj neravnovesja v sistemu bio-bio-bio, je napačno ali v najboljšem primeru pomanjkljivo. V praktičnih primerih to pomeni, da oseba s samomorilnimi mislimi te misli pripiše zgolj biološkemu neravnovesju, ustrežno terapijo pa zgolj farmakološkemu zdravljenju. Dejavniki, ki

ogrožajo duševno zdravje posameznika in so sprožilec samomorilnih misli, niso naslovljeni. Ne samo, da se takšne posameznike napačno uvršča med duševne bolnike ter jim krati pravice do lastnega opolnomočenja, ampak lahko pripelje do poznejše stigmatizacije pri vključevanju v družbo, iskanju zaposlitve ali izobraževanju. Zato destigmatizacija samomorov kot zgolj posledica neravnovesja v delovanju nevrotansmitterjev ni mogoča pri reaktivnih samomorih.

Namesto strogega bio-bio-bio modela je nujno, da so samomori obravnavani tako, kot je bilo prvotno mišljeno: po bio-psiho-socialnem modelu (Shafstein, 2005). Samomorilne izkušnje imajo na posameznika in njegov odnos z družino, prijatelji, sodelavci, šolskimi ali službenimi obveznostmi in tako naprej pomembne posledice. Te ne izginejo niti pod ustreznim farmakološkim zdravljenjem, zato je obravnava samomorov po biološkem, psihološkem in socialnem modelu tako za posameznike s samomorilnimi mislimi reaktivnega in tudi organskega izvora ključnega pomena.

Pri tem izstopa ne samo dejstvo, da so bili samomori prvotno obravnavani s filozofskega (npr. Kant, 1938; Sartre, 1970), sociološkega (Durkheim, 1897) in psihološkega vidika (Beck in dr., 1979; Shneidman, 1995), ampak da obstaja tudi veliko dokumentov, izdanih in podprtih tako v Evropski skupnosti (ES) kot v posameznih evropskih državah, ki varujejo človekovo dostojanstvo in zagovarjajo temeljne človekove pravice na področju duševnega zdravja (Herrman in dr., 2005; Jané-Llopis in Anderson, 2005; Jané-Llopis in Anderson, 2006; Pape in dr., 2002; Patel in dr., 2007), torej tudi pravico do vsestranske obravnave, in ne zgolj obravnave po modelu bio-bio-bio. Poleg teh dokumentov zakone na področju samomorilnosti v Sloveniji urejajo posebni zakoniki, npr. kazenski zakonik, kodeks poklicne etike psihologov, kodeks poklicne etike psihiatrov, cerkveni zakoni, kodeks policijske etike, kodeks novinarjev in drugih delavcev, ki se pri svojem delu srečujejo s tematiko samomorilnosti. Čeprav imajo vsi zakoniki in kodeksi pomemben vpliv na duševno zdravje samomorilnih ljudi, članek namenja pozornost pravicam in obravnavi samomorilnih ljudi v zdravstvenem sistemu, zato bosta v nadaljevanju predstavljena le kodeksa psihologov in psihiatrov. Poseben poudarek bo na členih, ki so z vidika uporabnikov ključnega pomena v terapevtskem odnosu in zdravljenju, kršenje le-teh pa lahko poslabša odnos do samomorilnih posameznikov, stigma, povezano z zakoni, in vpliv na njihovo duševno zdravje.

Kodeks poklicne etike psihologov in psihiatrov

Kodeks poklicne etike psihologov (2002) ne obravnava samomorov specifično, temveč psihologe zavezuje k spodbujanju posameznikov, da se izrazijo, kot se želijo, ter pri svojem strokovnem delu spoštujejo dostojanstvo, osebnost, znanje, spoznanja, izkušnje in stroko oseb, s katerimi prihaja v stik. Na ravni dela s samomorilnim posameznikom to pomeni, da med njim in psihologom obstaja delovni odnos, pri čemer je psiholog strokovnjak na področju metodologije in določenih pristopov, ki so klinično preverjeno uspešni, samomorilna oseba pa je strokovnjak na področju samega sebe, torej tista oseba, ki presodi, ali je določen metodološki pristop ustrezen njemu specifično. Spoštovanje izkušenj in dostojanstva osebe s samomorilnimi mislimi in dejanji pomeni odsotnost predsodkov ali zmanjševanje teže, ki jo posameznik pripisuje samomorilnim mislim ali izkušnjam, ki so posameznika pripeljale do le-teh. Prav tako je psiholog pri svojem delu zavezan spoštovati človekove pravice, npr. pravico do zasebnosti, samoodločanja in avtonomije. Na ravni dela s samomorilnim posameznikom to pomeni, da je posameznik spoštovan kot oseba, ki ima največ znanja o tem, kakšen pristop je njemu lastno ustrezen ter kot

taka kompetentna in mentalno sposobna odločati za ali proti določeni terapiji ali terapevtskemu pristopu. Hkrati je psiholog zavezan, da osebi ponudi različne možnosti terapije ali pristope, delavnice in organizacije, ki ponudijo posebno pomoč. Pri tem lahko uporablja samo tiste postopke in aktivnosti, za katere lahko doseže obveščeno soglasje in zaupanje obravnavanega, ki sta pomemben del teh pravic.

Podobni etični standardi so navedeni pri delu v psihiatrični praksi, glavni namen katere je izboljševati človekovo zdravje, avtonomnost in osebnostno rast. Svetovno psihiatrično združenje je na zasedanju generalne skupščine 25. avgusta 1996 sprejelo etične standarde, ki univerzalno urejajo prakso psihiatrov. Tretja točka kodeksa npr. navaja, da je bolnika treba sprejeti kot partnerja s pravicami v terapevtskem procesu, ki mora temeljiti na medsebojnem zaupanju in spoštovanju, kar zagotavlja, da bolnik izbere svobodno in utemeljeno odločitev. Dolžnost psihiatrov je zagotoviti bolniku vse ustrezne informacije ter tako okrepiti vlogo bolnika, da pride do racionalne odločitve v skladu z osebnimi vrednotami in željami. Podobno so psihiatri pri svojem delu zavezani, da se nobeno zdravljenje ne sme izvajati proti volji bolnika, razen če bi odtegljaj zdravljenja ogrozil življenje bolnika in/ali življenje drugih; zdravljenje mora biti vedno v najboljšem interesu bolnika.

Realnost in posledice

Priporočila na področju spoštovanja pravic ljudi s težavami v duševnem zdravju so torej dokaj dobro razdelana tako v kodeksih poklicne etike kot v drugih dokumentih ES. Kljub temu Zelena knjiga, ki jo je objavila Evropska komisija (2005: 5) navaja, da »kljub izboljšanim možnostim za zdravljenje in pozitivnemu razvoju v psihiatrični oskrbi pri ljudeh z duševnimi boleznimi ali prizadetostjo še vedno prihaja do socialne izključenosti, stigmatizacije, diskriminacije in nespoštovanja njihovih temeljnih pravic in dostojanstva«. Prav tako postajajo čedalje glasnejša društva uporabnikov po svetu prav v trditvah, da so njihove temeljne človekove pravice kršene po modelu bio-bio-bio.

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 kritično vprašanje je diskriminacija družbe proti ljudem, označenim kot 'duševno bolnim'. To se po navadi imenuje stigma, vendar moramo to poimenovati s pravim imenom, diskriminacija. In glavni vir te diskriminacije je zakonodaja na področju duševnega zdravja, ki odnese državljanstvo in državljanske pravice na podlagi psihiatrične diagnoze.« Posledice predsodkov so po njegovem mnenju veliko hujše kot le slabo razumevanje samomorov, ki ga najdemo v vedi suicidologije. Trdi celo, da zakoni o duševnem zdravju pripomorejo k višjim količinam samomora, pri tem pa se sklicuje prav na prisilno priprtje in jemanje določenih zdravil.

Svetovna mreža uporabnikov in preživelih v psihiatriji (World Network of Users and Survivors of Psychiatry) je mednarodna organizacija sedanjih in nekdanjih prejemnikov storitev v duševnem zdravstvu (tj. ljudem s kakršno koli psihiatrično diagnozo in njihovim bližnjim, pa tudi ljudem s samomorilnimi mislimi, ljudem po poskusu samomora in bližnjim po samomoru). Namenjena je varovanju človekovih pravic, samoodločbe in dostojanstva vseh uporabnikov in preživelih po vsem svetu. Opozarjajo na probleme socialne izključenosti, družbene prezrtosti ter na različne zlorabe, povzročene v imenu »zdravljenja«. V preteklosti je to vključevalo vladno

sponsorirane poskuse s halucinogenimi drogami na neznanih posameznikih, prisilno zdravljenje (vključno z institucionalizacijo političnih zapornikov), električne in inzulinske terapije s šokom in celo poskus genocida med drugo svetovno vojno. Stigma in miti o »duševni bolezni« so se končali z diskriminacijo na stanovanjskem področju, pri zaposlovanju in izobraževanju. Miti med drugim vključujejo prepričanja, da so uporabniki nevarni, podpovprečno inteligentni, nezmožni za delo in nimajo možnosti za popolno ozdravitev. Čeprav trditve nimajo nikakršne znanstvene podlage, pa posledični stigmatizacija in diskriminacija ustvarjata skupino ljudi, ki so sistematično prikrajšani in osiromašeni za svoje pravice. Številni uporabniki postanejo brezdomci, brezposelni, 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.

Zato ni presenetljivo, da postajajo društva uporabnikov čedalje bolj organizirana in razširjena v boju za temeljne človekove pravice. V Sloveniji je ena najodmevnejših in najbolj organiziranih nevladna organizacija DAM¹ (Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami), kjer se na forumih oglašajo nekdanji in zdajšnji uporabniki z izkušnjo samomorilnih misli ali vedenja. Na forumu o izkušnjah uporabnikov z zdravstvenim sistemom nekateri uporabniki opisujejo, da so jim številne pravice kratili tako »strokovnjaki« kot tudi prijatelji, nekateri niso bili zadovoljni z odnosom strokovnih delavcev, prikrivanjem diagnoze ali prehitrim postavljanjem diagnoze depresivne motnje, drugi so zaradi tega zaskrbljeni zaradi možnosti izključenosti in stigmatizacije.

Odnos zdravstvenih delavcev in model bio-bio-bio. Velik vir nezadovoljstva med uporabniki povzroča nestrokoven in obsojajoč odnos zdravstvenih delavcev, kot npr. izjava po poskusu samomora, da »imamo vsi probleme v življenju«. Spet drugi uporabniki opisujejo neodzivnost psihiatrične službe ter posledice, ki jih lahko to pusti pri samomorilnem posamezniku, ki išče pomoč, naročen pa je šele čez nekaj tednov. Več uporabnikov je nezadovoljnih nad 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 delo na sebi in v aktivnem spreminjanju 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«. Odnos, ki ni skladen s kodeksom poklicne etike, tako na uporabnike slabo vpliva in ne pripomore k boljšemu razumevanju samomorov, niti k strokovni obravnavi in spoštovanju pravic samomorilnih ljudi. Tisti uporabniki, ki so bili s strokovno pomočjo zadovoljni, omenjajo razumevanje, poslušanje brez obsojanja ter enakovreden odnos. Med temi strokovnimi delavci so večkrat kot psihiatri omenjani psihologi in socialni delavci, morda ravno zato, ker psihologi, ki ne morejo predpisovati farmakološkega zdravljenja, ponujajo samomorilnim posameznikom večjo paleto alternativnih oblik obravnave.

Stigma. Že omenjeni problem delovanja zdravstvenih in drugih delavcev na področju samomorilnosti je obravnava samomora kot duševne motnje (samomorilne misli so pogosto povezane z depresijo in drugimi duševnimi motnjami, navedenimi v DSM-IV-R). To je povezano s podobnim razlogom, zaradi katerega ljudje verjamejo, da je poseganje v pravico posameznika do samomora etično. Gre za stigmo duševne bolezni, ki je vrednotna sodba o razmišljanju osebe ali vedenju, ne pa diagnoza bona fide možganske bolezni. Tako imenovana duševna bolezen ne odvzema ljudem svobodne volje, temveč nasprotno, je izraz svobodne volje (ki zbujajo neodobranje drugih). Sprejemanje stigme duševne bolezni vodi v prepričanje, da

duševna bolezen uničuje 'smiselno' svobodno voljo, da je vedenje ljudi z diagnozo iracionalno ali nesprijemanje prepričanj drugih, ker se razlikujejo od njihovih lastnih prepričanj.

Napredek v smeri destigmatizacije se je začel z deinstitucionalizacijo služb za duševno zdravje in vzpostavitvijo storitev v primarnem zdravstvu, občinskih centrih in splošnih bolnišnicah, ki v skladu s potrebami bolnika in družine nadaljnje podprejo socialno vključenost. Velike bolnišnice in ustanove zlahka pripomorejo k stigmatizaciji. Z reformami psihiatričnih služb se številne države odmikajo od zagotavljanja storitev duševno bolnim v velikih psihiatričnih ustanovah v storitve v skupnosti. To gre z roko v roki z usposabljanjem bolnikov in njihovih svojcev ter zdravstvenega osebja z aktivno udeležbo in strategijami opolnomočenja. Enak pristop je potreben pri obravnavi samomorilnih posameznikov ter približevanja bio-psiho-socialnemu modelu in obravnavi samomorilnih ljudi.

Prisilna obravnava. Naslednji, že omenjen problem, je prisilna psihiatrična obravnava ljudi s samomorilnimi mislimi ali izkušnjo poskusa samomora. Iz zgoraj omenjenega kodeksa psihiatrov in dokumentov ES je razvidno, da je osebna privolitve v psihiatrično zdravljenje ključnega pomena. Kljub temu je realno stanje drugačno. Webb (2010: 170) na primer prisilno obravnavo in farmakološko zdravljenje po modelu bio-bio-bio razume kot mučenje, posilstvo, najmanj pa kot napad: »Ne morem si predstavljati stvari, ki so manj koristne in celo škodljive za nekoga, ki se počuti samomorilnega. To se mi zdi očitno, morda zato, ker vidim samomor kot krizo sebe in ne kot posledico neke namišljene duševne bolezni.« Podobno drugi uporabniki opozarjajo na nemoč pri aktivnem sodelovanju v zdravljenju, ki skoraj neizogibno sledi strogemu modelu bio-bio-bio in izključno zdravljenju z antidepresivi. Samomorilni posamezniki so lahko priprti na psihiatričnem oddelku brez lastne privolitve, pri čemer je najpogostejša utemeljitev za neprosvoljno priprtje na zaprtem oddelku in tako imenovano zdravljenje tistih, ki razmišljajo o samomoru ali so ga poskusili narediti, da so domnevno nevarni samim sebi. Strokovnjakom s področja duševnega zdravja se samomor zdi škodljiv za osebo, ki se odloči končati svoje življenje, čeprav samomorilna oseba stvari vidi drugače. Pri samomoru gre za odločitev, da nadaljevati življenje v dosedanjih okoliščinah povzroča večje trpljenje kot končati ga. Francis Lear piše: »Samomor, zmanjšan na njegovo čisto bistvo, je prenosni sistem, ki nas premakne od bolečine do odsotnosti bolečine.« (1992: 26), Eustace Chesser pa: »Samomor je namerna zavrnitev sprejeti natančno tiste pogoje, pod katerimi je mogoče naprej živeti« (1968: 122). Edina pot iz samomorilnosti je torej odkrito naslavljanje in opolnomočenje posameznikov na področju njihove osebne duhovne bolečine, kar Shneidman (1993) opiše z izrazom 'psychache'.

Pravica do samomora kot terapija

Kar se zdi paradoksalno posameznikom, ki niso samomorilni, je, da je svoboda glede odločanja o samomoru za samomorilne posameznike osvobajajoča. Spoznanje, da obstoj ni absolutno potreben, olajša realnost in bivanje. Szasz (1990) trdi, da je samomor temeljna človekova pravica, družba pa nima moralne pravice, da s silo vpliva na odločitev posameznika, da stori to dejanje. Vrednost priznavanja pravice do samomora ni le spoštovanje svobode posameznika, temveč preprečevanje škode in krutosti, ki je pogosto povzročena v imenu preprečevanja samomora. » ... [č]e želimo preprečiti, da bi se samomorilne misli stopnjevale v potencialno nevarno vedenje, je pomembno, da jih priznamo in jim damo legitimnost, ki si jo zaslužijo. To pomeni, da jih obravnavamo kot resnične in pomembne misli ter jih ne zatiramo ali prikrivamo, kot da

so sramotna napaka značaja, ali pa da se pretvarjamo, da so neka neprijetna bolezen, ki se je moramo sramovati. Veliko lahko sami storimo, da zacelimo rane, vendar to zahteva spoštljiv odnos do trpljenja. Enako velja za strokovno pomoč. Če terapevt ne spoštuje vašega 'notranjega glasu' (kar se žal pogosto dogaja), ga hitro zapustite.« (Webb, 2010: 40)

Sklepi

Etična načela na področju samomorilnosti in depresije morajo vključevati opolnomočenje posameznikov in skupin z namenom, da se optimizirajo duševno zdravje in pravice do zdravja ter zmanjša zdravstvena neenakost; duševno zdravje mora biti obravnavano kot temeljna človekova pravica. Tak pristop se mora nujno oddaljiti od obstoječega modela bio-bio-bio in vrniti k prvotnemu pojmovanju samomorov po bio-psiho-socialnem modelu. Prav tako je človekova pravica, da se njegove samomorilne misli in/ali dejanja obravnavajo s spoštljivim odnosom, kar vodi v odnos, v katerem je posameznik sam strokovnjak na področju »sebe« ter aktivni iskalec smisla svojega življenja in vedenja. Kakršna koli pomoč od zunaj je lahko le pomoč v metodološkem pogledu, kjer različni strokovnjaki na področju duševnega zdravja predlagajo določeno metodo dela oziroma zdravljenja, vedno pa je posameznik sam, ki določa, v kakšnem obsegu je metoda primerna njemu samemu. Le tak odnos, ki temelji na spoštovanju temeljnih človekovih pravic, spoštovanju poklicnega kodeksa in empatiji do človeka v stiski, ima možnost ne samo uspešnega zdravljenja, ampak učenja posameznika do boljšega duševnega zdravja kot pred nastankom samomorilnih misli ali dejanj.

Literatura

- BACA-GARCIA, E. et al. (2007): Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice. *British Journal of Psychiatry* 190: 210–216.
- BECK, A. T. et al. (1979): *Cognitive therapy for depression*. New York, Guilford.
- BUCKLEY, N. A. et al. (1994): Greater toxicity in overdose of dothiepin than other tricyclic antidepressants. *Lancet* 343: 159–162.
- CHESSER, E. (1968): *Why Suicide?* London, Arrow.
- COSGROVE, L., KRIMSKY, S. IN VIJAYARAGHAVAN, M. (2006): Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry. *Psychotherapy and Psychosomatics* 75: 154–160.
- DALAL, P. K. IN SIVAKUMAR, T. (2009): Moving towards ICD-11 and DSM-5: Concept and evolution of psychiatric classification. *Indian Journal of Psychiatry* 51: 310–319.
- DAM - Društvo za pomoč osebam z depresijo in anksioznimi motnjami. Dostopno prek: <http://www.nebojse.si/Forum/> (24.10.2010)
- DUDLEY, M., GOLDNEY, R. IN HADZI-PAVLOVIC, D. (2010): Are adolescents dying by suicide taking SSRI antidepressants? A review of observational studies. *Australasian Psychiatry* 18: 242–245.
- DURKHEIM, E. (1897): *Le suicide*. Paris, Alcan.
- EDWARDS, J. G. (1989): Drug-related depression: clinical and epidemiological aspects. V *Depression. An integrative approach*, Katia R. *Herbst in Eugene S. Paykel*, 81–108. London, Heinemann.
- EDWARDS, J. G. (1995): *Suicide and antidepressants*. Controversies on prevention, provocation and self-poisoning continue. *British Medical Journal* 310: 205.

- EUROPEAN COMMUNITIES. (2005): Green Paper Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. Luxembourg, European Committee.
- HENRY, J. A. IN ANTAO, C. A. (1992): Suicide and fatal antidepressant poisoning. *European Journal of Medicine* 1: 343–348.
- HENRY, J. A., ALEXANDER, C. A. IN SENER, E. K. (1995): Relative overdose mortality of antidepressants. *British Medical Journal* 310: 221–224.
- HERRMAN, H., SAXENA, S. IN MOODIE, R. (2005): Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence and Practice. Geneva, World Health Organization.
- JANÉ-LLOPIS, E. IN ANDERSON, P. (2005): Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe. Nijmegen, Radboud University Nijmegen.
- JANÉ-LLOPIS, E. IN ANDERSON, P. (UR) (2006): Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories. Luxembourg, European Communities.
- KANT, I. (1938): The fundamental principles of the metaphysics of ethics. London, D. Appleton-Century Company Incorporated.
- KENDELL, R. IN JABLENSKY, A. (2003): Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *American Journal of Psychiatry* 160: 4–12.
- DRUŠTVO PSIHOLOGOV SLOVENIJE. (2002): Kodeks poklicne etike psihologov Slovenije. Dostopno prek: <http://www2.arnes.si/~dpsih/zakonodaja.htm> (24.10.2010)
- LEAR, F. (1992): The Second Seduction. New York, Knopf.
- MCLAREN, N. (2007): Humanizing Madness. MI, Ann Arbor, Loving Healing Press.
- PAPE, B. IN 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. IN CHATTERJEE, S. (2007): *Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries*. *Lancet*. 370: 991–1005.
- PINCUS, H. A., ZARIN, D. IN FIRST, M. (1998): 'Clinical significance' and DSM-IV. *Archives of General Psychiatry* 55: 1145.
- SARTRE, J. P. (1970): Literary and Philosophical Essays - *Translated from the French by Annette Michelson*. New York, Collier Books.
- SHARFSTEIN, S. S. (2005): Big Pharma and American Psychiatry: The Good, the Bad, and the Ugly. *Psychiatric News* 40: 3–4.
- SHNEIDMAN, E. S. (1993): Suicide As Psychache: A Clinical Approach To Self-Destructive Behavior. NJ/ London, Jason Aronson Inc. Northvale.
- SHNEIDMAN, E. S. (1995): *Psychology of Suicide: A clinician's guide to evaluation and treatment*. New York, Aronson.
- STONE, M. (2010): Review: antidepressants associated with increased risk of suicidality in adults aged less than 25 years. *Evidence-Based Mental Health* 13: 52.
- SZASZ, T. (1990): The Untamed Tongue: A Dissenting Dictionary. Lasalle, IL, Open Court.
- TEICHER, M. H., GLOD, C. IN COLE, J. O. (1990): Emergence of intense suicidal preoccupation during fluoxetine treatment. *American Journal of Psychiatry* 147: 207–210.
- UN OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS. (1948): Universal Declaration of Human Rights, GA res. 217A (III), UN Doc A/810 at 71.
- WAHLBECK, K. IN MÄKINEN, M. (UR.) (2008): Prevention of depression and suicide. Consensus paper. Luxembourg, European Communities.
- WEBB, D. (2010): Thinking About Suicide: Contemplating and Comprehending the Urge to Die. Ross-on-Wye, PCCS Books.

- WIDIGER, T. A. IN SANKIS, L. M. (2000): Adult psychopathology: issues and controversies. *Annual Reviews of Psychology* 51: 377–404.
- WORLD PSYCHIATRIC ORGANISATION. (1996): Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice. Dostopno prek: http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=48 (24. 10. 2010)