

Hojka Gregorič Kumperščak¹

Samomori in samomorilno vedenje pri mladostnikih

Adolescent Suicides and Suicidal Behaviour

IZVLEČEK

KLJUČNE BESEDE: samomor, samomorilno vedenje, mladostniki, duševne bolezni, dejavniki tveganja

Slovenija, žal, zaseda prva mesta po samomorilnem količniku v Evropi in tudi v svetu. Med mladostniki beležimo 15–20 samomorov na leto. Samomori so izjemno redki med otroki. Med mladostniki gre večinoma za impulzivno odločitev za samomor, lahko pa najdemo v ozadju samomora tudi resno psihopatologijo ali duševno motnjo. Če gre v ozadju samomora za duševno motnjo, so to najpogosteje depresija, vedenjska motnja, škodljivo uživanje ali zloraba psihoaktivnih snovi, vključno z alkoholom, in osebnostne motnje. Drugače je pri samomorilnem vedenju, ki večinoma ni posledica izolirane duševne motnje, akutne travmatske izkušnje ali subjektivno pomembne izgube, ampak seštevek neugodnega razvojnega procesa, pri katerem je prišlo do kopičenja neugodnih dejavnikov na različnih področjih. Pri ocenjevanju stopnje tveganja nekega samomorilnega vedenja je treba poznati vse posebnosti razvojnega obdobja. Pri mladostniku občasna samomorilna razmišljanja sama po sebi še ne pomenijo visokega samomorilnega tveganja, saj so v tem obdobju dokaj pogosta. Seveda je drugače, če jih spremljata dodatna psihopatologija in psihiatrična simptomatika ter če mladostniku predstavljajo edini način rešitve iz krize. Prav nasprotno je pri otrocih, pri katerih je treba vsako samomorilno razmišljanje obravnavati kot visoko tvegano. Hospitalizacija je indicirana po poskusu samomora, pri katerem smo ocenili visoko tveganje, torej kadar je bil način samomora drugačen, kot je zaužitje tablet ali površinsko »rezanje«, kadar gre za moški spol, kadar imamo podatke o prejšnjih poskusih samomora, če so še vedno prisotne samomorilne in/ali depresivne misli ali psihotični simptomi ter kadar gre za posledice škodljivega uživanja ali zlorabe psihoaktivnih snovi. Preprečevanje samomorilnega vedenja bi moralo biti prednostna naloga vrste različnih služb, tako zdravstvenih kot socialnih in šolskih ter vseh, ki imajo možnost in dolžnost vplivanja na duševno zdravje v družbi in družini.

ABSTRACT

KEY WORDS: suicide, suicidal behaviour, adolescents, psychiatric disorders, risk factors

Slovenia, unfortunately, ranks top in the European and world suicide rates. In the group of children and adolescents under the age of 18 years, there are 15–20 suicides a year. Suicides are extremely rare in childhood. In the majority of adolescents who committed suicide the decision was impulsive, although one could also find an undiagnosed and/or untreated psychiatric disorder in the background of suicide. In such cases the most common psychiatric disorders were depression, conduct disorder, drug abuse/dependence and personality disorders. Suicidal behaviour, on the other hand, is commonly not a consequence of an isolated

¹ Doc. dr. Hojka Gregorič Kumperščak, dr. med., Odsek za otroško in mladostniško psihiatrijo, Klinika za pediatrijo, Univerzitetni klinični center Maribor, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor; hojka.kumpercak@ukc-mb.si

mental disorder, acute traumatic experience or subjectively perceived important loss, but rather a result of dysfunctional developmental process where unfavourable factors have been accumulating in various areas. To assess the level of suicide risk, one should be familiar with developmental specifics. Occasional thoughts of suicide in an adolescent do not represent a high suicide risk. In fact, suicidal ideation and thinking are quite common in this age group. If, however, they are accompanied with other psychopathology or psychiatric symptomatology or if for an adolescent the suicide seems to be the only possible way out, the suicide risk significantly increases. In children, on the other hand, any suicidal thinking indicates a high risk for suicide. Hospitalization indications after a suicide attempt in a child or adolescent are: suicidal method other than ingestion of pills or superficial cutting, male sex, previous suicide attempts, the presence of suicidal and/or depressed thoughts or psychotic symptoms and history of drug abuse/dependence. Suicide behaviour prevention should be a priority task for both medical and social services as well as for anyone else who has the possibility and duty to influence the mental health in society and family.

UVOD

Že sama misel, da mladostnik naredi samomor, je nezdržljiva z navno, a splošno pristočno predstavo o mladostništvu kot času brezskrbnosti in radosti. Vendar mladostništvo ni le doba cvetoče mladosti, vznemirljivih pričakovanj in odpiranja vrat v prihodnost, temveč tudi čas doživljanja stisk, občutij nemoči, jeze in obupa (1). Nekateri mladostniki na neki točki življenja razmišljajo o svoji smrti ali samomoru, drugi naredijo samomor, nekateri pa se samopoškodujejo. Samopoškodovanje (npr. rezanje zapestji) je med mladostniki pogosto, tako si mladostniki »lajšajo« notranje bolečine in napetosti. Vendar ga je treba ločevati od samomorilnega vedenja. Mladostniki, ki se samopoškodujejo, po navadi nimajo samomorilnega namena in obratno, mladostniki s samomorilnimi načrti se le redko samopoškodujejo. Zato samopoškodovanje v sestavku ne bo podrobneje obravnavano. Pričujoči članek bo obravnaval le samomorilno vedenje in samomor in to le v starostni skupini mladostnikov, saj sta samomor in tudi samomorilno vedenje pri otrocih redka.

Samomor pri mladostnikih je lahko povezan z duševno boleznijo, vendar to ni vedno očitno, saj je ta lahko neprepoznana (2). Pri mladostnikih ne srečamo »bilančnega samomora« kot pri odraslih, ki se lahko pri polnem duševnem zdravju odločijo, ko potegnejo črto pod svojim življenjem, da ga bodo sami kon-

čali. Odločitev za samomor je pri mladostnikih pogosto hitra, impulzivna, sprožena z zunanjimi okoliščinami, ki se lahko na prvi pogled zdijo kot vzrok odločitvi, vendar se kasneje s psihološko avtopsijo ugotavlja večplastno ozadje in seštevanje ter medsebojno ojačevanje več neugodnih dejavnikov.

Samomor je lahko končna točka samomorilnega procesa, kamor uvrščamo paleto različnih samomorilnih vedenj – od posrednega samouničevalnega vedenja preko samomorilnega razmišljanja, samomorilnega namena oz. načrta do poskusa samomora. Te oblike samomorilnega vedenja moramo ločiti od samopoškodovalnega vedenja, ki nima samomorilnega namena (3).

Lestvica samomorilnega vedenja se začne s posrednim samouničevalnim vedenjem in nezgodništvom, kamor lahko uvrščamo npr. škodljivo uživanje alkohola, psihoaktivnih snovi, zanemarjanje terapevtskih navodil pri kroničnih boleznih (kronična črevesna vnetna bolezen, sladkorna bolezen ipd.), delikventno vedenje, zanemarjanje lastne varnosti v prometu in ukvarjanje s tveganimi športi (padalstvo, globoko potapljanje, alpinizem) (3). Seveda ni vsak mladostnik, ki se ukvarja z alpinizmom, samomorilen, kakor tudi ne vsak mladostnik, ki eksperimentira s psihoaktivnimi snovmi. Ukvarjanje s športom je lahko tudi varovalni dejavnik. Ocena samomorilnega tveganja je vedno individualna, o tem bo govora v poglavju o dejavnih tveganja.

Lestvica samomorilnega vedenja se nadaljuje s samomorilnim razmišljanjem. Sem spadajo sanjarjenje o smrti in neprestano razmišljanje o njej ter razmišljanja o samopoškodbovanju. Treba je vedeti, da so samomorilna razmišljanja pri mladostnikih pogosta in spadajo med normativen proces odraščanja ter iskanja samega sebe, zato sama po sebi ne pomenijo psihopatologije in potrebe po intervenciji (2). Vendar so razlike v pogostosti samomorilnega razmišljanja med državami velike, kakor so velike tudi razlike v razporejenosti samomorilnega količnika po Evropi in svetu. Zanimiva raziskava Tomorijeve in sodelavcev je pokazala, da je kar 44 % slovenskih mladostnikov že kdaj imelo samomorilna razmišljanja (v primerjavi z 22 % nizozemskih mladostnikov) (4). Zadnji mesec dni je o samomoru razmišljalo 29 % slovenskih in le 6 % nizozemskih mladostnikov. Kar 12 % slovenskih mladostnikov dopušča samomor kot verjeten izid svojega življenja, v primerjavi z le 2 % nizozemskih (4). Samomorilna razmišljanja pri otrocih so zelo redka in jih je treba obravnavati z vsjo resnostjo (5).

Lestvica se nadaljuje s samomorilnim namenom, torej že izoblikovano odločitvijo, da bo mladostnik končal svoje življenje s samomorum, in izborom samomorilnega načina. Večja je prepričanost mladostnika, da je način, ki si ga je izbral, smrten, večje je tveganje za samomor. Samomorilnemu namenu lahko sledi samomorilni načrt, v katerem je samomor načrtovan v vseh podrobnostih – časovno in prostorsko; mladostnik lahko napiše poslovilno pismo ter razdeli osebne stvari (3). Vendar so tako načrtovani samomori med mladostniki redki, v večini primerov gre za impulzivno, nenačrtovano odločitev.

EPIDEMIOLOGIJA

V Sloveniji naredi samomor približno 600 ljudi na leto, od tega 15–20 mladostnikov (6, 7). Samomorilni količnik (število umrlih zaradi samomora na 100.000 prebivalcev na leto) znaša za Slovenijo med 25 in 30, kar jo uvršča na vrh lestvice s samomorum ogroženih držav sveta (6, 7). Med slovenskimi pokrajinami samomorilni količnik ni enakomerno porazdeljen, največji je v severovzhodni Slo-

veniji, najmanjši pa na jugu in zahodu države (6, 7).

Samomorilni količnik za mladostnike v Sloveniji je leta 1996 znašal 13,3; na Nizozemskem pa 4,0. Če pogledamo samomorilni količnik po spolu, je ta istega leta znašal kar 19,3 za fante in 6,9 za dekleta v Sloveniji in le 5,5 za fante in 2,4 za dekleta na Nizozemskem (4). Samomor je na tretjem mestu vzrokov smrti v Združenih državah Amerike (ZDA) v starosti med 15 in 24 let, razmerje med fanti in dekleti pa je 4–6 proti 1 (2). V Sloveniji je razmerje med fanti in dekleti 3–4 proti 1 (8).

Projekcije Svetovne zdravstvene organizacije (angl. *World Health Organisation*, WHO) za leto 2020 predpostavljajo, da bo zaradi samomora umrlo 15 milijonov ljudi, kar 150 milijonov ljudi pa bo poskušalo narediti samomor. Predvidevanja lahko razložimo s tem, da bo po pričakovanjih tega leta depresija na drugem mestu bolezni za vse starosti, zaradi katerih zbolijo največ ljudi, ne glede na spol (9).

VAROVALNI DEJAVNIKI IN DEJAVNIKI TVEGANJA ZA SAMOMORILNO VEDENJE V MLADOSTNIŠTVU

Govoriti o vzrokih samomorilnega vedenja in/ali samomora je težko, saj gre za proces, ki je pri vsakem posamezniku individualno obarvan. Gre za preplet različnih socioloških, psiholoških, kulturnih in bioloških elementov, ki so pri mladostnikih obarvani tudi z značilnostmi mladostniškega obdobja, kot je npr. impulzivnost. Gre za dinamične interakcije med mladostnikom in njegovim okoljem, ko lahko postanejo samomorilne misli načrt, samomorilni načrt pa se lahko tudi »udejanji« (10).

Med letoma 1960 in 1980 so v ZDA ugotavljali 3-kratno povečanje samomora med mladimi. Vzroke za to so iskali v velikih družbeno-socialnih spremembah v tem obdobju (spremembe v družini, povečanje ločitev in večje zaposlovanje žensk), v rockovskih besedilih, ki se pozitivno opredeljujejo do samomora in evtanazije, ter v večji dostopnosti do orožja. Edina znanstveno dokazana poveza pa je bila najdena v povezavi s povečanim uživanjem alkohola in drugih psihoaktivnih snovi, ki je bila značilna za to obdobje. Deset

let kasneje, med letoma 1990 in 1998, so v ZDA beležili 20 % zmanjšanje samomora med mladostniki pri obeh spolih. V tem obdobju žal ni prišlo do zmanjšane uporabe uživanja alkohola in drugih psihoaktivnih snovi, s čimer bi lahko morda pojasnili to dejstvo. Pač pa je bilo to obdobje povečanega predpisovanja antidepresivov med mladimi, kar kaže na to, da so lahko v ozadju samomorov tudi duševne motnje, med njimi najpogosteje depresija (2, 11).

Dejavnike tveganja za samomor in samomorilno vedenje pri mladostnikih lahko razdelimo v različne skupine, seveda pa tveganje narašča s prisotnostjo več dejavnikov hkrati. V družinah mladostnikov s samomorilnim vedenjem se po navadi povezuje in sešteva več problemov hkrati. Pomembno je aktivno prepoznavanje dejavnikov tveganja pri rutinskih stikih z mladostniki v ambulantah osebnega ali šolskega zdravnika oz. pediatra, na sistematskih pregledih in tudi pri drugih oblikah stikov z mladostniki. Kar pomeni, da mora zdravnik aktivno in neposredno povprašati mladostnika o morebitni prisotnosti simptomov iz kroga duševnih motenj, o njegovih aktualnih življenjskih dogodkih in stresih ter tudi poznati njegovo širše socialno okolje ter družinske in osebne značilnosti.

Dejavnike tveganja za samomor in samomorilno vedenje pri mladostnikih lahko razdelimo v skupine, predstavljene v nadaljevanju (1, 10).

1. Duševne motnje

Pri odraslih, ki so samomorilno ogroženi, najdemo pri približno polovici primerov v ozadju duševno motnjo, pri drugi polovici pa duševne stiske, ki sodijo v kategorijo reakcij na obremenitve in doživetja, ki smo jih v življenju deležni mnogi (2, 3). Za pogostost duševnih motenj pri mladostnikih, ki so naredili samomor, različne študije navajajo različne podatke; pri 47–74 % ali pa celo 90 % mladostnikov naj bi bila ugotovljena resna psihopatologija ali duševna motnja (2, 10). V dveh tretjinah primerov so to motnje razpoloženja; pri dekletih depresija, pri fantih pa depresija z motnjami vedenja, ki se kaže kot razdražljivost, impulzivnost in izbruh agresije (2, 5). Pri fantih najdemo pogosto škodljivo uživanje psihoaktivnih snovi, ki spremlja motnje razpo-

loženja in/ali vedenja. Anksiozne motnje najdemo v eni četrtini do eni tretjini primerov, le-te lahko ostajajo najdalj časa sprejete, saj so taki mladostniki pogosto za okolico neopazni, neproblematični, lahko tudi perfekcionistični in pridni. Izolirano motnjo vedenja srečamo v eni tretjini do polovici primerov (2, 5, 12, 13). Prepoznavanju najpogostejših duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih je namenjen del zbornika XVI. Srečanja pediatrov v Mariboru (14).

Raziskava Grolegerja s sodelavci je dala skladne rezultate o pogostosti duševnih motenj pri slovenskih samomorilnih mladostnikih z rezultati tujih študij. Pri 59 % deklet, hospitaliziranih po poskusu samomora, so diagnosticirali motnjo razpoloženja, pri 41 % pa vedenjsko motnjo (15). Tudi pogostost vedenjskih motenj med fanti je v slovenskem vzorcu primerljiva s podatki, ki jih najdemo v tujih študijah (16).

2. Poskus samomora v preteklosti

Pretekli poskus samomora je eden najresnejših dejavnikov tveganja za dokončno samomorilno dejanje. Polovica uspešnih samomorov ima pred seboj vsaj en poskus samomora.

3. Socialni in demografski dejavniki

Mnogi mladostniki izhajajo iz neugodnih socialnih razmer, ki vplivajo na različne pri-krajšanosti – finančne, socialne, izobrazbene. Posredno te razmere vplivajo tudi na vrsto navad, ki ogrožajo zdravje in optimalen psihosocialni razvoj.

4. Značilnosti družine in zgodnje otroške izkušnje

Mnoge študije ugotavljajo povezanost med duševnimi motnjami staršev in samomorilnim vedenjem mladostnikov. Mladostniki, ki imajo v družinski anamnezi samomorilne poskuse, depresije in bolezni odvisnosti, so bolj ogroženi od vrstnikov brez take družinske obremenjenosti. Raziskava Marušiča s sodelavci je našla pozitivno povezavo med samomorilnim vedenjem sorodnikov in samomorilnimi razmišljanji ter vedenjem mladostnikov, vendar le pri fantih (17).

Številni mladostniki z ugotovljenim samomorilnim tveganjem pripovedujejo o družinskem nasilju, vključno s telesno in spolno zlorabo, čustveno ali dejansko zanemarjenostjo, o pretirani zaprtosti družine pred okoljem ali pa o pomanjkanju pomembnih čustvenih vezi v družini. V teh družinah so pogosti konfliktni odnosi, motnje v komunikaciji in skrajno nizka ali visoka pričakovanja staršev do otrok.

Fizična zloraba sproži proces, v katerem občutki zavrnitve in nesprejetosti nižajo samopodobo in stimulirajo samozaničevanje. To olajšuje vso paleto samouničevalnega vedenja od zlorabe psihoaktivnih snovi do bolj neposrednega samomorilnega vedenja (18).

5. Osebnostne značilnosti in kognitivni slog

Raziskave v ozadju samomorilnega vedenja med mladostniki pogosto odkrivajo značilnosti iz kroga vedenjskih ali osebnostnih motenj, zlasti disocialne in mejne. Pogosto ugotovljene značilnosti so tudi impulzivnost, agresivne reakcije – nasilnost, pa tudi socialni umik in izogibalno vedenje. V raziskavi Tomori je bilo v sodelavcev je bilo nizko samospoštovanje večji napovedni dejavnik za s samomorom ogrožene mladostnike kot pa stopnja depresije (18). Samospoštovanje je povezano s sposobnostjo obvladovanja impulzov ter uporabo učinkovitih in prilagojenih reakcij na stres. Nizko samospoštovanje lahko tudi brez prisotnosti depresije slabša konstruktivno samopotrjevanje in slabša kvaliteto medosebnih odnosov, ki predstavljajo pri stresu pomemben varovalni dejavnik (18).

Kronična telesna bolezen pri mladostniku lahko pomembno vpliva na njegovo samopodobo, doživljanje samega sebe in njegov kognitivni slog. Pri nekaterih mladostnikih lahko predstavlja dejavnik tveganja za samomorilno vedenje ali samomor. Mladostniki lahko ne upoštevajo zdravnikovih navodil o jemanju terapije, o priporočenem načinu življenja in se tako vedejo posredno samouničevalno.

6. Življenjski dogodki in stres

Impulzivnost spada med glavne značilnosti mladostniškega obdobja. Tako se mladostni-

ki pogosto odločijo za samomor impulzivno, hitro, lahko pospešeno z neposrednim stresom, ki ga predstavljajo doživeto ali tako razumljeno ponižanje, nadlegovanje, socialna izključitev in izolacija, neuspeh (npr. slaba šolska ocena) ali strah pred izgubo ljubljene osebe (2, 6, 8). Opisani stresi imajo sprožilno vlogo pri tistih mladostnikih, ki so že sicer bolj ranljivi zaradi katerega drugega dejavnika tveganja ali pa večjega števila teh vplivov (1).

7. Vplivi širšega okolja

Vplivi širšega okolja ne sodijo neposredno med dejavnike tveganja, vendar lahko posredno bistveno vplivajo na samomorilno vedenje mladostnika. Tako predvsem pri mladih pogosto opazamo, da se samomori ali poskušajo samomora povečajo, ko je nekdo v skupini (razredu, šoli, službi) naredil samomor ali ko je tako končala ali poskušala končati življenje oseba, s katero se je poistovetilo veliko mladih (npr. filmske, glasbene zvezde, znane osebe). Govorimo o poistovetenju po vertikali (filmske zvezde) in horizontali (sovrstniki) (1, 6).

Ni vseeno, kako o samomori poročajo mediji. Če je opis samomora romantičen in osebo, ki je naredila samomor, mediji opišejo kot junaka, je verjetnost posnemanja veliko večja, kot če o dogodku poročajo nevtralnno. Če mediji natančno opišejo samomorilni način, je verjetnost, da bo nekdo opisani način posnema, zelo velika. Pogosto poročanje o samomoru lahko daje sporočilo, da je to nekaj običajnega in sprejemljivega (1, 6).

Raziskava Radobuljačeve in sodelavcev je primerjala dve generaciji mladostnikov v Sloveniji, hospitaliziranih po poskusu samomora: predosamosvojitveno generacijo (med letoma 1975 in 1977) ter poosamosvojitveno (med letoma 2002 in 2004) (19). Raziskava je primerjala obe generaciji v splošnih značilnostih (spol, starost, izobrazba), družinskih in okoljskih karakteristikah (dvo- ali enostarševska družina, število sorojencev), dejavnih tveganj (duševne motnje, uživanje psihoaktivnih substanc) in predhodnih poskusih samomora (metoda, število poskusov pred hospitalizacijo).

Kljub pomembnim političnim in socialno-ekonomskim spremembam, ki so se dogodile

v tem času, raziskava ni našla bistvenih razlik v naštetih kategorijah. V poosamosvojitveni generaciji se je statistično pomembno povečalo število sorojencev, zvišala se je stopnja izobrazbe in število poskusov samomora pred hospitalizacijo. Ti rezultati kažejo na določeno stalnost različnih značilnosti mladostnikov s samomorilnim vedenjem (prevladujejo dekleta, večinoma iz dvostarševskih družin, ki živijo skupaj z dvema sorojencema ali manj, metoda poskusa samomora je pri večini prevelik odmerk zdravil).

Ob dejavnih tveganja poznamo seveda tudi varovalne dejavnike, ki manjšajo samomorilno ogroženost. Sem spadajo vsi tisti, ki delujejo zaščitno pred duševnimi motnjami nasploh. To so dobre socialne spretnosti, zmožnost konstruktivnega reševanja problemov, dobra samokontrola, dobra vključenost v vrstniške odnose in šolo, ukvarjanje s športom, dobra družinska povezanost in tudi religioznost (10). Varovalni dejavniki pomembno sodelujejo v omenjeni dinamični interakciji različnih dejavnikov.

PREPOZNAVANJE SAMOMORILNO OGROŽENIH MLADOSTNIKOV

Če hočemo oceniti samomorilno ogroženost mladostnika, mu moramo postaviti tudi neposredna vprašanja o samomoru. Bojazen, da bomo z njimi nekoga spodbudili, da bo o samomoru šele začel razmišljati, je odveč, saj takega vpliva na mišljenje ljudi nimamo. Mladostnik, ki o samomoru razmišlja, si ob neposredno postavljenem vprašanju, ali je že kdaj razmišljal o samomoru, pogosto tudi oddahne, saj največkrat o tem ni mogel spregovoriti z nikomer. Seveda pogovora ne začnemo s tem vprašanjem, najprej moramo vzpostaviti zaupen odnos in predvsem mladostniku zagotoviti, da bo pogovor ostal zaupen, razen če se bo izkazalo, da je v veliki nevarnosti, da si bo škodil. Z mladostniki se pogovarjamo njihovi starosti primerno, z jasnimi in nedvoumnimi vprašanji. K vzpostavitvi dobrega odnosa pomaga, če poznamo filme, knjige ali različne igre, ki so trenutno popularne med določeno starostno skupino. Mladostniki se načeloma radi in brez zadržkov pogovarjajo, so v svojih

odgovorih odkriti in redkeje kot odrasli prikrivajo, minimalizirajo ali zanikajo svoje stiske in težave.

Vprašanja, ki jih lahko med pogovorom postavimo na temo samomorilnega vedenja, razmišljanja in načrta, so naslednja:

- Si kdaj razmišljal, da bi se (samo)poškodoval oz. da bi končal svoje življenje?
- Si kdaj razmišljal o samomoru?
- Si že kdaj poskušal narediti samomor?
- Imaš načrt, kako bi to naredil?

Če je mladostnik na katero od prej naštetih vprašanj odgovoril pritrdilo, ga tudi vprašamo, zakaj tega ni storil, kaj ga je zadrževalo, zakaj si je premislil. Treba je postaviti tudi vprašanja, s katerimi ocenimo jakost varovalnih dejavnikov (ali se ukvarja s športom, kako se počuti v šoli, kako med vrstniki in doma, itd.).

Na podlagi dobljenih odgovorov ocenimo končno stopnjo samomorilnega tveganja. Visoko tveganje pomenijo pogoste, intenzivne in dalj časa trajajoče samomorilne misli. Manjše tveganje predstavljajo občasne, neintenzivne in prehodne samomorilne misli. Samomorilne misli pri otroku nosijo že same po sebi visoko tveganje, ne glede na trajanje in intenzivnost. Če ima mladostnik visok samomorilni namen, torej če vztraja pri svoji odločitvi, to seveda predstavlja visoko tveganje. Če je samomorilni načrt podrobno izdelan, izbrani način pa dostopen in visoko smrten ter možnost rešitve majhna (npr. samotni kraj), to prav tako predstavlja visoko tveganje. Če si je mladostnik izbral manj smrten in manj dostopen način samomora ter kraj z veliko ljudmi (npr. šolski prostori), to predstavlja manjše tveganje (5, 13).

Oceniti je treba tudi tveganje morebitnih preteklih poskusov samomora. Če je bilo tveganje takrat visoko, to tudi sedaj predstavlja večje tveganje. Če je mladostnik takrat razmišljal o načinu samomora, kjer je malo možnosti rešitve, predstavlja to večje tveganje, kot če je bila možnost rešitve velika. Preteklo samo-poškodovalno vedenje, ki je imelo medicinske posledice (npr. poškodba okončin zaradi skoka z višine, požiralnika zaradi pitja kisline) in pri katerem je bil način visoko smrten, predstavlja visoko samomorilno tveganje (5, 13).

O posameznih dejavnih tveganja za samomorilno vedenje pri mladostnikih smo

že govorili, vendar jih je treba preveriti pri vsakem mladostniku posebej. Tveganje predstavlja že obdobje mladostništva samo po sebi. Pri fantih je več uspešnih samomorov, pri dekletih pa je več samomorilnih poskusov, zaradi tega predstavlja moški spol visoko tveganje za samomor. Ženski spol predstavlja visoko tveganje, če je pridružena kakršna koli oblika zlorabe dekleta. Prav tako pomeni visoko tveganje poporodno obdobje (zaradi možne depresije ali psihoze). Tudi življenje v okolju s togimi, patriarhalnimi razdelitvami vlog predstavlja za dekleta visoko tveganje, saj se v takem okolju pogosto znajdejo v brezizhodnem položaju in rešitev vidijo le v smrti (5).

KAKO UKREPATI, ČE OCENIMO VERJETNOST SAMOMORILNEGA VEDENJA

Primarna skrb bi morala biti namenjena ustvarjanju družbene in kulturne klime, v kateri samomor ne bi predstavljal možnosti rešitve. Sem sodi tudi skrb za funkcionalno in kakovostno družino, v kateri lahko otroci odraščajo tako, da postopoma razvijajo svojo avtonomijo in pozitivno samopodobo, razvijejo sposobnosti za dejavno obvladovanje življenjskih preizkušenj in stresov. Pomembno je delo primarne zdravstvene pomoči in socialne službe, ki prepoznavata rizične družine in jim omogočata najučinkovitejšo pomoč. Seveda je optimalno, da sta otrok in mladostnik v vseh okoljih, v katerih preživlja - ta svoj čas, deležna vzpodbud in vzorov za to. V ta namen so pripravljene programi promocije zdravega načina življenja, ki so usmerjeni v izboljševanje, razvoj in utrjevanje splošnega telesnega, duševnega in socialnega zdravja. Ti programi so učinkovitejši od tistih, ki se poskušajo usmeriti le v posamezna vedenja (npr. samouničevalna), saj so slednji izrgani iz življenjskega konteksta in lahko vzpodbujajo prav tista vedenja, ki jih skušajo preprečiti (1).

Sekundarna preventiva je namenjena populaciji mladostnikov, pri katerih se izkazuje visoko samomorilno tveganje. Otroški in mladostniški psihiater ustrezno izpelje ali poglobi diagnostiko ter se odloči o najustrenejši nadaljnji obravnavi. Obravnava je lahko bolnišnična ali ambulantna, največkrat pa

je potrebno dolgotrajno vodenje mladostnika ob sodelovanju njegove ožje pa tudi širše okolice. Pomembno vlogo pri sekundarni preventivi imajo tudi krizne telefonske linije in svetovalne službe.

Terciarna preventiva je namenjena mladostnikom po poskusu samomora. Ti potrebujejo dolgotrajno spremljanje po načelih sodobne psihiatrične pomoči (1). Zdraviti je treba osnovno duševno motnjo, če je le-ta prisotna, in spremljati mladostnika ter njegovo družino skozi naslednje razvojne naloge.

Kdaj je treba razmišljati o hospitalizaciji mladostnikov s samomorilnim vedenjem ali po poskusu samomora? Hospitalizacija je indicirana pri vseh mladostnikih, pri katerih smo ocenili visoko tveganje. Pri fantih, ki so poskušali narediti samomor, načeloma velja, da jih hospitaliziramo vedno, saj moški spol že sam po sebi pomeni večje tveganje za samomorilno ogroženost. Hospitalizacija je indicirana tudi pri vseh mladostnikih, ki so uporabili drugo samomorilno metodo, kot sta zaužitje tablet ali površinsko »rezanje«, ter pri tistih, ki imajo še vedno trajajoče samomorilne misli in/ali depresivne ali psihotične simptome. Tudi kadar najdemo pri mladostniku posledice uživanja psihoaktivnih snovi, je indicirana hospitalizacija. Poskus samomora kadar koli v preteklosti je najresnejši napovedni faktor samomora v poznejših obdobjih življenja, zato je indicirana hospitalizacija pri vseh mladostnikih, ki so v preteklosti že poskušali narediti samomor (5).

ZAKLJUČEK

Samomorilno vedenje je kompleksen pojav, ki izhaja iz dolgotrajnega in dinamičnega dogajanja. Vloga, pomen ter delež posameznih dejavnikov tveganja in varovalnih dejavnikov se razlikuje pri vsakem posameznem mladostniku (1).

Ker spada Slovenija v vrh s samomorom ogroženih držav in ker imamo 15–20 samomorov na leto v populaciji do 19 let, poskusov samomora pa bistveno več, je preprečevanje samomorilnega vedenja med mladimi vseka - kor nujno in prednostno. Preprečevanje samomorilnega vedenja med mladimi je celostna naloga, v katero morajo biti vključeni vsi, ki imajo možnost in dolžnost vplivanja na dušev -

no zdravje v družbi in družini (1). Uspešnost preprečevanja samomorilnega vedenja je bistveno večja takrat, kadar ga preprečujemo v manj nevarnih oblikah (samomorilne misli, manj nevarni poskusi samomora). Pomemben del takega preprečevanja je izobraževanje, ki je namenjeno predvsem okoljem zunaj zdravstvenega sistema (20).

Preprečevanju samomorilnega vedenja je namenjenih kar nekaj preventivnih programov, kriznih telefonskih linij in drugih centrov ter programov pomoči. Naloga različnih služb, ne samo zdravstvenih, je ustrezno in

hitro prepoznavanje mladostnikov z visokim samomorilnim tveganjem. Strokovnjaki vseh teh služb lahko opravijo preventivne naloge tudi kot svetovalci za različne druge strokovne in skupnostne službe (npr. dijaške domove, vzgojne zavode, oddelke somatskih zdravstvenih služb) (1). Mladostnike s sumom na duševno motnjo je treba usmeriti k specialistom otroške in mladostniške psihiatrije, da se ustrezno izpelje diagnostika, saj predstavlja neodkrita ali nezdravljena duševna motnja veliko tveganje za samomor.

LITERATURA

1. Tomori M. Preprečevanje samomora pri mladostnikih. In: Marušič A, Roškar S, eds. Slovenija s samomorom ali brez. Ljubljana: DZS; 2003. p. 79–90.
2. Martin A, Volkmar FR. Lewis's child and adolescent psychiatry. London: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
3. Bras S, Milčinski L. Psihijatrija. Ljubljana: DDU Univerzum; 1978.
4. Tomori M, Kienhorst M, Wilde EJ, et al. Suicidal behaviour and family factors among Dutch and Slovenian high school students: a comparison. *Acta Psychiatr Scand.* 2001; 104 (3): 198–203.
5. Kutcher S, Chehil S. Suicide risk management, a manual for health professionals. Oxford: Blackwell Publishing Inc; 2007.
6. Tančič A, Poštuvan V, Roškar S. Spregovorimo o samomoru. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja; 2009.
7. Marušič M, Zorko M. Slovenski samomor skozi prostor in čas. In: Marušič A, Roškar S, eds. Slovenija s samomorom ali brez. Ljubljana: DZS; 2003. p. 10–20.
8. Tomori M, Zihel S. Psihijatrija. Ljubljana: Littera picta: Medicinska fakulteta; 1999.
9. WHO: Mental health [internet]. Dosegljivo na: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
10. Hawton K, Fortune S. Suicidal behavior and deliberate self-harm. In: Rutter M, Bishop D, Pine D, et al., eds. Rutter's child and adolescent psychiatry. 5th ed. Massachusetts: Blackwell Publishing; 2010. p. 648–69.
11. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
12. Remschmidt H. Kinder- und Jugendpsychiatrie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2005.
13. Goldberg D, Murray R. The Maudsley handbook of practical psychiatry. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2006.
14. Gregorič A. Prepoznavna in obravnavna duševnih motenj pri otrocih in mladostnikih. In: Gregorič A, Bigec M, eds. Zbornik predavanj XVI. srečanja pediatrov in III. srečanja medicinskih sester; 2006 Apr 7–8; Maribor, Slovenija. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor; 2006. p. 23–111.
15. Groleger U, Strah Trotošek D, Tomori M. Depresivnost in anksioznost pri mladostnikih z različnimi duševnimi motnjami. *Med Razgl.* 1996; 35 (1): 113–23.
16. Groleger U, Stanič Gruden O. Psihosocialne značilnosti suicidalnih mladostnikov. *Med Razgl.* 1993; 32 (1): 15–55.
17. Marušič M, Roškar S, Hughes RH. Familial study of suicidal behavior among adolescents in Slovenia. *Crisis.* 2004; 25 (2): 74–7.
18. Tomori M, Zalar B. Characteristics of suicide attempters in a Slovenian high school population. *Suicide Life-Threat Behav.* 2000; 30 (3): 22–38.
19. Radobuljac M, Groleger U, Ovsenik N, et al. Two generations of Slovenian suicidal adolescent inpatients. *Int J Soc Psych.* 2007; 53 (3): 274–84.
20. Groleger U. Preprečevanje samomora med mladimi z duševnimi motnjami. In: Marušič A, Roškar S, eds. Slovenija s samomorom ali brez. Ljubljana: DZS; 2003. p. 91–103.