

Samomorilnost v Sloveniji

Suicidal behaviour in Slovenia

Slavko Zihert,^{1,2} Peter Pregelj²

¹ Katedra za psihiatrijo,
Medicinska fakulteta v
Ljubljani, Zaloška 29,
1000 Ljubljana

² Psihiatrična klinika
Ljubljana, Zaloška 29,
1000 Ljubljana

Korespondenca/ Correspondence:

Peter Pregelj
Psihiatrična klinika
Ljubljana, Zaloška 29,
1000 Ljubljana

Ključne besede:

samomor, samomorilno
vedenje, dejavniki
tveganja, psihične
motnje, preventiva

Key words:

suicide, suicidal
behaviour, risk factors,
mental disorders,
prevention

Citirajte kot/Cite as:

Zdrav Vestn 2010;
79: 559–562

Prispelo: 4. okt. 2009,
Sprejeto: 18. dec. 2009

Izvilleček

Izhodišča: Razširjenost samomora narašča in že danes umre vsako leto po vsem svetu približno milijon ljudi. Samomor je hud javnozdravstveni in družbeni problem tudi v Sloveniji. Slovenija je po količniku samomora v vrhu evropskih držav. Kljub obsežnemu raziskovanju samomora v vseh državah, ki jih samomor ogroža, in vedno večjem številu podatkov o dejavniki tveganja, pa število samomorov – z redkimi izjemami nekatere države – večinoma ne upada. Preprečevanje samomora je vendarle možno, če sloni na raziskovalnih podatkih in je zaobseženo v Nacionalnem programu preprečevanja samomorilnosti.

Zaključki: Ker je Slovenija tako hudo ogrožena s samomorom, mora Vlada Republike Slovenije nujno in takoj imenovati multidisciplinarno delovno skupino, ki bo pripravila Nacionalni program preprečevanja samomorilnosti.

Uvod

Samomor in pogovor o samomoru je v naši družbi – četudi ali pa ravno zato, ker je tako obremenjena z njim – še vedno tabu. O samomorilcih in njihovih svojcih se šepetaje širijo različne, praviloma negativne oznake. Zato je nadvse pomembno, da se o samomoru piše, govori in se raziskuje.

Samomor je sicer zapleten pojav, ki ga ni moč razumeti, če se osredotočimo le na to edino in dokončno obliko človekovega vedenja. Lahko ga dojamemo le tako, da se ozremo na različne, včasih tudi prikriti oblike avtoagresivnega vedenja.

Samomorilno vedenje ima namreč različno oblike, od najbolj prikritih, domala neprepoznavnih, do povsem očitnih oblik samouničevanja. Milčinski¹ navaja lestvico

Abstract

Background: The prevalence of suicide is increasing worldwide and nowadays approximately one million people commit suicide every year. In Slovenia, suicide is a major public health and social problem. Suicide rate in Slovenia is among the highest in Europe. Despite intensive research work on suicide in the countries with high suicide rates and despite all new data on risk factors, the suicide rates do not decline (with few exceptions). Nevertheless, suicide prevention is possible if it is based on research data and included in the National programme of suicide prevention.

Conclusions: Slovenia being highly endangered by suicide, its Government should immediately nominate a working group which would prepare a National programme of suicide prevention.

samomorilnega vedenja, ki ima kar nekaj stopenj:

1. *Posredno samouničevalno vedenje* (npr. odvisnost od alkohola in nedovoljenih drog, kajenje, zanemarjanje zdravniških navodil, različne samopoškodbe, zanemarjanje lastne varnosti pri vožnji, zelo tvegani športi).
2. *Razmišljanje o samomoru*
3. *Parasuicidalna pavza* (npr. pobeg iz mučotrpe resničnosti v spanje s prevelikim odmerkom uspavala). Tedaj tak človek zanika, da bi poskušal samomor, le za nekaj časa se je želel umakniti mučnim razmeram v vsakdanjem življenju.
4. *Samomorilna grožnja*, ko tak človek grozi okolju s samomorom, vendar pa samomor ne poskuša. Pri tem kaže opozoriti

- na zgrešeno miselnost, da tisti, ki s samomorom grozi, tega nikoli ne stori.
5. Namerno in ponavljajoče se *samopoškodovanje*. To je impulziven, ponavljajoč se odziv na neznosne okoliščine, pri čemer pa tak človek ne izraža zavestne želje po samomoru.
 6. *Samomorilni poskus*. Pri takem vedenju je že prisotna zavestna želja po samomoru, pri katerem pa je močno izražen tudi klic na pomoč.
 7. *Samomor*, ko se človek zavestno odloči, da življenja in njegove resničnosti ne bo več prenašal.

Razširjenost samomora

Približno milijon ljudi na leto napravi samomor po vsem svetu in še nekajkrat toliko jih s samomorom poskuša. Ocena trenda samomorilnosti kaže, da bo leta 2020 ta številka dosegla 1,53 milijona ljudi po vsem svetu.

Že nekaj desetletij je v Sloveniji količnik samomora bolj ali manj nespremenjen, in sicer znaša 30 samomorov na 100.000 prebivalcev. To pomeni, da vsako leto stori samomor okrog 600 državljanov Slovenije. Primerjava z drugimi državami (predvsem evropskimi), pokaže po razpadu Sovjetske zveze in Jugoslavije zanimivo sliko. Države z največjim številom samomorov v Evropi se razprostirajo v obliki črke J od severovzhoda (Finske) do Slovenije. Najvišji količnik samomora ima Litva (75,6 moških in 16,1 žensk). Sledijo Rusija, Belorusija, Latvija, Estonija, Ukrajina, Madžarska in Slovenija (47,3 moških in 13,4 žensk). Finci, ki so bili včasih vodilni po samomorilnem količniku, so takoj za Slovenci (37,9 moških in 9,6 žensk).²

Za »slovenski« samomor je značilen še način samomora. Prevladuje obešanje. To je sicer prevladujoči način pri moških, vendar tudi kar polovica žensk, ki storijo samomor, stori to z obešanjem.

Zmanjšanje samomorilnega količnika od vzhoda proti zahodu so običajno razlagali z večjim premoženjem na prebivalca v zahodnih evropskih državah. Taka razlaga pa ne zdrži več, saj se je življenjski standard v nekaterih vzhodnoevropskih državah izboljšal, samomorilni količnik pa je še vedno visok (kot je to npr. v Sloveniji).

Razprostranjenost samomorilnega količnika v oblik črke J pa se po tej podmeni razlaga v genetski dovzetnosti za samomorilno vedenje v teh državah. Kot primer skupne genetske dovzetnosti naj bi bili Madžari v srednji Evropi in Finci ter Koreljci v severni Evropi. Gre za pripadnike ugro-finske etnično jezikovne skupine, pri katerih je samomirlnost velika. Podobno visok količnik samomora imajo tudi pripadniki obeh etničnih skupin, ki živijo kot manjšina drugje (npr. na Uralu).³

Že ti dve razlagi, zakaj je v nekem družbenem okolju samomor bolj razširjen kot drugje, povesta, kako zapleten pojav je samomor. Očitno je, da se samomor dogaja v neugodnem prepletu osebnih dejavnikov (genetsko določenih in vzgojno oblikovanih, torej fizioloških in psihičnih) in družbenega okolja, v katerem se dogaja. Marušič je pisal o medsebojnem vplivu »genoma« in »enviroma«.⁴

Dodatno se zaplete razlaga samomora, če pogledamo regionalno razširjenost samomora v Sloveniji. Razlike med regijami po količniku samomora so domala take kot med evropskimi državami. V Šmarju pri Jelšah je količnik samomora več kot 50, v obalnih občinah pa manj kot 15.

Dejavniki tveganja

Če hočemo ugotavljati, zakaj je Slovenija tako obremenjena s samomorom, moramo pogledati, kateri so dejavniki tveganja.

Med najpomembnejšimi dejavniki tveganja so motnje razpoloženja, predvsem *depresija*. Depresija je tista enovita psihiatrična diagnoza, ki je neposredno povezana s samomorilnostjo. Že samomorilne misli so eno diagnostičnih meril za depresijo. V zadnjih letih povsod po svetu narašča število depresivnih ljudi, torej tudi v Sloveniji. Torej depresija ni samo med najpomembnejšimi dejavniki tveganja, ampak je tudi eden najpomembnejših vzrokov za samomor.

Druga duševna in vedenjska motnja, ki je povezana s samomorilnim vedenjem, je *odvisnost od alkohola*. Po podatkih Registra samomorilnosti izpred 15 let, je skoraj 30 % tistih, ki so storili samomor, imelo potrjeno pridruženo duševno motnjo, povezano z

odvisnostjo od alkohola.⁵ Angleška raziskava je pokazala, da kar 7 % odvisnih od alkohola umre zaradi samomora.⁶

Tudi *shizofrenija* pomeni dejavnik tveganja za samomor. Pri tem so najbolj ogroženi tisti bolniki s shizofrensko motnjo, ki se jim motnja ponavlja, ki so v svojem družbenem okolju osamljeni in ki so imeli ali pa imajo pridruženo depresivno motnjo (pa so ob tem še mladi moški).⁷

Ne nazadnje naj omenimo še veliko samomorilno ogroženost tistih, ki trpijo za kakšno *motnjo hranjenja*. Pri teh je samomorilnost povezana z njihovo impulzivnostjo in depresivnostjo.⁸

Na splošno velja, da je *komorbidnost* med temi duševnimi motnjami (kot npr. odvisnost od alkohola in depresija, ali pa shizofrenija in depresija) še močnejši napovedni dejavnik za samomor.

Najzanesljivejši napovedni dejavnik za samomor je predhodni *samomorilni poskus*. Tudi v naši raziskavi smo v skupini ljudi, ki so storili samomor med letoma 1970 in 1996, dokazali, da je predhodni poskus samomora najzanesljivejši napovedni dejavnik. Podatke naše študije nakazujejo, da je tveganje za samomor pri tistih, ki so že poskušali samomor, 800-krat večje kot pri tistih, ki samomora niso poskušali.⁹

Med družbenimi dejavniki tveganja so med najpomembnejši: *razveza, ovdovelost, samskost in nezaposlenost*. Neugodno družbeno okolje sicer lahko vpliva na pogostost samomora ravno s tem, ker ne ustvarja dobrih možnosti za duševno zdravje. Tako je odnos do alkohola (pretirano uživanje) v Sloveniji – poleg odvisnosti od alkohola – tisti dejavnik, ki je povezan tudi z drugimi družbenimi dejavniki tveganja za samomor, kot so razveza, samskost, nezaposlenost in revščina.

Tako v Evropi kot tudi v Sloveniji stori samomor več moških kot žensk (3,5-krat več). Lahko bi torej rekli, da je dejavnik tveganja tudi *moški spol*.

Bolj kot zanimivost navajamo še časovno razporeditev samomora v Sloveniji. Največ samomorov se namreč zgodi *spomladi*. To naj bi bilo povezano tako s fiziološkimi dejavniki (pomanjkanje svetlobe konec zime in v zgodnji pomladi) kot tudi s sociološki-

mi dejavniki (spomladi se tisti, ki niso osamljeni, začnejo intenzivneje družiti).¹⁰

Preprečevanje samomora

Samomor je pojav, ki spremlja človeka domala od njegovega nastanka. Ne moremo pričakovati, da bi ga lahko izkoreninili. Poeldinger je pred 40 leti celo zapisal, da se na področju preprečevanja samomora doslej še nikomur ni posrečilo zasukati navzdol rastoče pogostosti samomorov.¹¹

Sodobni suicidologi pa niso tako pesimistični in so v mnogih državah izdelali preventivne programe, ki slonijo na nacionalnih programih za preprečevanje samomorilnosti.¹²

Zaradi preglednosti lahko delimo preprečevalne ukrepe v dve skupini: na zdravstvene v ožjem smislu in na javnozdravstvene (oziroma družbene) ukrepe.

Zdravstveni preprečevalni ukrepi so:

- opredelitev skupin prebivalstva, pri katerih je večje tveganje samomorilnosti;
 - izboljšanje diagnosticiranja in zdravljenja oseb s samomorilnim vedenjem, vključno s tistimi, ki so samomor že poskušali;
 - izboljšati rehabilitacijo oseb po poskusu samomora;
 - terapevtska pomoč preživelim svojcem človeka, ki je napravil samomor.
- Javno-zdravstveni ukrepi* pa so sledeči:
- *Psihosocialna podpora*. Vzpostaviti je treba mrežo skupnostnih služb, ki vzpodbujajo in učijo ljudi v spretnostih obvladovanja težkih življenjskih situacij. Posebej se moramo s takimi programi približati tistim, ki slabo obvladujejo vsakdanji negativni stres, ker nimajo podporne mreže svojcev ali prijateljev.
 - *Spreminjanje odnosa javnosti do samomora*. S takimi ukrepi je potrebno detabuizirati samomor kot družbeni pojav in s tem vzpodbuditi govorjenje o samomorilnosti, predvsem pa znanje o samomoru in o načinih preprečevanja samomora.
 - *Register samomora in samomorilnega poskusa*. Zbiranje teh podatkov in njihova analiza nam dajeta potrebne podatke o ogroženih skupinah prebivalstva in s tem tudi možnosti za preventivno delo. Tak

register je Slovenija po zaslugi prof. Leva Milčinskega¹³ imela vse od leta 1970 do leta 2000. Potrebno ga je torej ponovno vzpostaviti, še posebej skrbno pa tisti del registra, v katerem se zbirajo podatki o ljudeh, ki so poskušali s samomorom.

- Izobraževanje zdravnikov iz prepoznavanja depresije in drugih duševnih motenj, ki so dejavniki tveganja.
- Izobraževanje učiteljev iz prepoznavanja samomorilne ogroženosti učencev in dijakov.

Vse naštete ukrepe za preprečevanje samomora (pa niso našteti prav vsi) bi bilo potrebno združiti v vladni *Nacionalni program preprečevanja samomora*. Dolžnost družbe kot celote, predvsem pa Vlade, ki to družbo vodi, je, da naredi vse, da poskuša zmanjšati število samomorov, s katerimi je Slovenija tako obremenjena. Res je, da je Vlada že pred 7 leti imenovala multidisciplinarno skupino za pripravo takega nacionalnega programa. Res je tudi, da je ta skupina že pripravila osnutek tega Nacionalnega programa. Žal pa ta osnutek ni dočakal nadaljnega postopka, ki bi pripeljal do sprejema v Državnem zboru.

Zato naj namesto Zaključka zapiševa tole: Če hočemo zmanjšati število samomorov v Sloveniji, potem naj Vlada Republike Slovenije nemudoma imenuje delovno skupino za pripravo Nacionalnega programa za preprečevanje samomora.

Literatura

1. Milčinski L. Samomorilno vedenje. V: Tomori M, Ziherl S, ur. Psihijatrija. Ljubljana: Litterapicta; Medicinska fakulteta, 1999. p. 361–75.
2. Marušič A, Zorko M. Slovenski samomor skozi prostor in čas. V: Marušič A, Roškar S, ur. Slovenija s samomorom in brez. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2003. p. 10–20.
3. Marušič A, Farmer A. Genetic risk factors as possible causes of the variation in European suicide rates. Br J Psychiatry 2001; 179: 61–5.
4. Marušič A. Samomor med genomom in enviro-
mom. V: Marušič A, Roškar S, ur. Slovenija s samomorom in brez. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS, 2003. p. 21–8.
5. Virant-Jaklič M. Samomor in samomorilni poskus v Sloveniji. Ljubljana: Klinični center, Univerzitetna psihiatrična klinika; 1993.
6. Inskip HM, Harris C, Barraclough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. Br J Psychiatry 1998; 172: 35–7.
7. Dassori A, Mezzich J, Keshavan M. Suicidal indicators in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 1990; 80: 409–13.
8. Sernec K, Breclj-Anderluh M, Breclj-Kobe M, Zajc P. Samomorilna ogroženost in preprečevanje samomora pri ambulantnem in bolnišničnem zdravljenju oseb z motnjami hranjenja. V: Marušič A, Roškar S, ur. Slovenija s samomorom in brez. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja, 2003. p. 123–32.
9. Ziherl S, Zalar B. Risk of suicide after attempted suicide in the population of Slovenia from 1970 to 1996. Eur Psychiatry 2006; 21: 396–400.
10. Leskošek F. Sociološki vidiki samomorilnosti v Sloveniji. Zdrav Var 2001; 40: 41–50.
11. Poeldinger W. Die Abschätzung der Suizidalität. Bern & Stuttgart: Hans Huber, 1968.
12. Wasserman D. Strategy in suicide prevention. V: Wasserman D, ed. Suicide – an unnecessary death. London: Martin Dunitz, 2001. p. 211–6.
13. Milčinski L. Samomor in Slovenci. Ljubljana: Cankarjeva založba, 1985.