

UNIVERZA V LJUBLJANI

FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

Teja Bakše

**PODPORA IN POMOČ LJUDEM, KI SO PREŽIVELI POSKUS
SAMOMORA**

Diplomsko delo

Ljubljana 2017

UNIVERZA V LJUBLJANI

FAKULTETA ZA SOCIALNO DELO

Teja Bakše

**PODPORA IN POMOČ LJUDEM, KI SO PREŽIVELI POSKUS
SAMOMORA**

Diplomsko delo

Mentorica: doc. dr. Vera Grebenc

Somentor: doc. dr. Robert Oravec dr. med. spec. psih.

Ljubljana 2017

PODATKI O DIPLOMSKI NALOGI

Ime in priimek: Teja Bakše

Naslov naloge: Podpora in pomoč ljudem, ki so preživeli poskus samomora

Kraj: Ljubljana

Leto: 2017

Št. strani: 150

Št. prilog: 1

Mentorica: doc. dr. Vera Grebenc

Somentor: doc. dr. Robert Oravec dr. med. spec. psih.

Ključne besede: samomor, socialno delo, uporabniška perspektiva, proces samomora, preprečevanje samomora, potrebe, podpora in pomoč

Povzetek: Stiske, ki vodijo v poskus samomora so kljub številnim prizadevanjem še vedno vsakdanji pojav. Strokovnjaki_nje so prepričani_e, da pri svojem delu odgovarjajo na potrebe ljudi, ki imajo izkušnjo poskusa samomora, a zgodbe uporabnic_kov govorijo drugače.

V prvem delu diplomskega dela predstavljam različne diskurze o samomoru, ki vplivajo na lokalni jezik in oblikujejo realnost posamezne družbe. Nadaljujem z opisom samomorilnega procesa, ki nastane na podlagi stisk, ki jih ustvarja ta družba. Nato se posvetim različnim oblikam podpore in pomoči, ki se odzivajo na stiske ljudi, ki vodijo v poskus samomora.

V drugem delu diplomskega dela predstavljam ugotovitve raziskave, ki poročajo o samomoru kot procesu, ki je del osebne zgodbe v življenju ljudi. Pridobljeni podatki predstavljajo različne perspektive razumevanja problematike in potreb ljudi, ki imajo izkušnjo poskusa samomora, ter oblike podpore in pomoči, ki sledijo danemu razumevanju. Raziskala sem pomene načina razmišljanja ljudi z izkušnjo poskusa samomora in strokovnjakinj_ov o samomoru, posvetila pa sem se tudi poteku interakcij med človekom, ki ima izkušnjo poskusa samomora, okoljem in različnimi strokovnjaki.

Title: Supporting and helping people who survived a suicide attempt

Keywords: suicide, social work, user perspective, suicide process, suicide prevention, needs, help and support

Abstract: Distress that leads to suicide attempts are, despite all the efforts, still an everyday occurrence. Experts believe that their work offers answers to people with previous suicide attempts, however program users are telling a different story.

The first part of the thesis discusses different discourses about suicide which influence the local language and shape the reality of a certain community. This is continued by describing the suicide process created by distress situations in this community, proceeded by describing different options of help and support that are on offer as a response to distress, leading to a suicide attempt.

The second part of this thesis introduces research results about suicide as a process of a personal story in peoples lives. Research data offers different perspectives of understanding peoples needs and issues, when they have attempted suicide, and different options of help and support that have developed as a result of this understanding. I researched different meanings of thought process in people that have attempted suicide and an expert on the matter, and I also researched the interaction process between a person that has attempted suicide, his environment and different experts.

Zahvala

Mentorici Veri Grebenc za podporo, sočutje, spodbujanje, spremljanje, usmerjanje, učenje socialnega dela, vzor in inspiracijo v času študija in pisanja diplomske naloge.

Somentorju Robertu Oraveczu za pomoč pri razumevanju in raziskovanju področja samomora.

Mami za brezpogojno ljubezen in podporo pri študiju in v življenju.

Lanu Pečjaku za podporo pri življenjskih izzivih, učenju skrbi zase in ljubezni do sebe, da sem se lahko nehala boriti proti sebi in se začela boriti zase.

Michelle za ure in ure diskusije o vsebini diplomskega dela, za brezmejno razumevanje in ljubezen, ki me uči sprejemanja sebe in drugih.

Maji Pii za več kot prijateljstvo na poti odrasčanja.

Vsem uporabnicam_kom, strokovnim delavkam_cem, profesoricekam_jem, asistentkam_om in študentkam_om, prijateljicam_em za dragocene izkušnje in znanja, zaupanje in čudovita študijska leta.



Univerza v Ljubljani

IZJAVA

Spodaj podpisani/-a Teja Bakše, študent/-ka univerzitetnega dodiplomskega študija Socialno delo Fakultete za socialno delo Univerze v Ljubljani, z vpisno številko "6110083", s svojim podpisom izjavljam, da sem avtor/-ica diplomskega dela z naslovom: »Podpora in pomoč ljudem, ki so preživeli poskus samomora«.

S svojim podpisom zagotavljam:

- da je predloženo diplomsko delo rezultat mojega samostojnega raziskovalnega dela ter da so vsa dela in mnenja drugih avtorjev citirana in navedena v seznamu virov, ki je sestavni del predloženega diplomskega dela;
- da se zavedam, da je plagiatorstvo, ne glede na obliko in način predstavljanja tujega avtorskega dela kot svojega, v nasprotju z akademsko etiko in s pričakovanimi moralnimi prepričanji ter pomeni hujšo kršitev pravil in predpisov, ki urejajo to področje, kot tudi posledic, ki jih ima takšno dejanje za predloženo delo in z njim povezani status;
- da sem seznanjen/-a z določili Pravilnika o diplomskem delu in diplomskem izpitu;
- da je predloženo pisno delo identično elektronski verziji istega dela;
- da v skladu s 1. odstavkom 21. člena Zakona o avtorskih in sorodnih pravicah (Ur. l. RS, št. 16/07, 68/08 in 110/13) dovoljujem, da se zgoraj navedeno diplomsko delo objavi v digitalni zbirki eGradiva in repozitoriju UL.

V Ljubljani, 14.3.2017

Podpis avtorja/-ice:

S svojim podpisom:

- dovoljujem knjižnici Fakultete za socialno delo Univerze v Ljubljani uporabo svojega rojstnega datuma za namen obdelave diplomskega dela v sistemu COBISS;
- soglašam z objavo svojega diplomskega dela na svetovnem spletu;

V Ljubljani, 14.3.2017

Podpis avtorja/-ice:

"Včasih rečem, da je za samomor vedno čas, prej pa je nujno poizkusiti še kaj drugega."

- Sabina Zorec

Predgovor

Socialno delo se s samomori neposredno ne ukvarja, a vstopa v procese podpore in pomoči ljudem, ki se v svojih življenjih znajdejo v različnih tveganih socialnih okoliščinah in duševnih stiskah, ki lahko vodijo v samomorilne misli, občutke in vedenja. Vsaka okoliščina, ki človeka spravi v stisko, lahko privede do krize, ta pa do samomora. Lahko bi govorili o dejavnikih tveganja, kot so težave v duševnem in telesnem zdravju, zasvojenosti, revščina, brezposelnost, nasilje, stigmatizacija, izključenost iz družbe in drugih, ki jih pogosto prepoznamo v življenjih ljudi, ki imajo izkušnjo poskusa samomora. S te perspektive gledamo na težave v vzročno posledičnem odnosu preko splošnih dejavnikov tveganja, a se zdi bolj produktivno govoriti o individualnem spletu okoliščin, ki človeka spravljajo v stisko. Na ta način lahko v življenjskih zgodbah ljudi prepoznamo tiste okoliščine, ki človeka spravljajo v stisko, in hkrati identificiramo tiste vire moči, ki jih lahko človek uporabi in še razvije, da se bo s stiskami lahko uspešno soočal.

Glede na različne splete okoliščin, ki ljudi privedejo do poskusa samomora, lahko razumemo samomor kot proces, ki traja dlje časa, ima različne faze, vzpone in padce. Glede na individualen potek samomorilnega procesa v življenju posameznika je potrebno nagovoriti tvegane in ogrožajoče okoliščine ter odgovoriti na potrebe, ki jih imajo ljudje v teh okoliščinah. Stroke, ki se ukvarjajo z ljudmi, ki imajo tovrstne težave (psihologi_nje, psihiatri_nje, socialne_i delavke_ci, zdravnice_ki in druge_i), različno razumejo pojav samomora in se zato tudi odzivajo z različnimi odgovori. Epistemologija strokovnjakinj_ov vpliva na to, kako bodo vstopali v procese podpore in pomoči z ljudmi, kako bo med njimi tekla komunikacija, kakšen način obravnave bodo ponudili ali izbrali za njih, na kakšen način bodo o njih razmišljali in se nanje odzivali, v čem in kako bodo prepoznali težave, potrebe in rešitve za ali z ljudmi.

Samomor je večplasten fenomen, s katerim se ukvarjajo različna področja in stroke. Glede na izhodišča, iz katerih izhajajo, lahko v sodelovanju med službami prihaja do razhajanj in konfliktov. Rezultat slabega sodelovanja med službami za človeka, ki potrebuje podporo in pomoč, pomeni, da težko dobi celostno in kvalitetno obravnavo, da ima več sočasnih ali ponavljajočih se obravnav, ker na njegove potrebe ne odgovorijo skladno in celostno.

V socialnem delu do takšnih razhajanj najpogosteje prihaja pri sodelovanju s širšo mrežo služb na področju socialnega dela in drugje. Odzivi niso vedno pravočasni in oblike dela niso vedno dovolj usklajene, da bi zaščitile ljudi. Kadar službe slabo in neusklajeno sodelujejo, ljudi silijo v pozicijo, kjer se mora opredeljevati in odločati za eno ali drugo in se ob tem postavljati na različne strani, v stiski pa ostajajo sami. Da bi lahko kvalitetno in celostno odgovorili na potrebe ljudi, je v prvi vrsti pomembno slišati človeka, ki sam najbolje ve, kaj potrebuje, in se nato preko sodelovanja vseh potrebnih služb odzvati. Zdi se, da je vloga socialnega dela (ne samo na področju samomora) spregledana in zanemarjena, saj ima v našem okolju glavni mandat na tem področju medicina. Vprašanje je, kako preseči ovire in priti skupaj, da bi službe dobro sodelovale pri preprečevanju samomora.

Kazalo

1. Teoretični uvod.....	14
1.1. Prevladujoči diskurzi o samomoru.....	14
1.1.1. Družbene razlage samomora	15
1.1.2. Psihološke razlage samomora.....	16
1.1.3. Psihosocialni vidik.....	18
1.1.4. Samomor kot proces	19
1.2. Samomor – sindrom duševne krize	22
1.2.1. Vrste kriz	22
1.2.2. Potek samomora	23
1.2.3. Proces samomorilnega vedenja	24
1.3. Odgovori na stisko	27
1.3.1. Prepoznavanje tveganj	27
1.3.2. Delovanje interventnih služb	27
1.3.3. Izhodišča v procesih podpore in pomoči	29
1.3.3.1. Med medicinskim in socialnim modelom.....	29
1.3.3.2. Socialno delo.....	32
2. Problem.....	39
3. Metodologija.....	40
3.1. Vrsta raziskave	40
3.2. Merski instrumenti in viri podatkov	41
3.3. Enote raziskovanja – populacija in vzorčenje	41
3.4. Zbiranje podatkov	42
3.5. Obdelava podatkov.....	42
4. Rezultati z razpravo	47

4.1. Okoliščine pred poskusom samomora.....	47
4.1.1. Težave v duševnem zdravju	48
4.1.1.1. Osebnostne motnje.....	48
4.1.1.2. Anksiozne motnje	49
4.1.1.3. Depresivna stanja	49
4.1.1.4. Stigma	51
4.1.2. Težave v družini	51
4.1.2.1. Vzgoja	51
4.1.2.2. Komunikacijski vzorci	53
4.1.2.3. Zgodnje izkušnje v izvorni družini	53
4.1.3. Težave v partnerskem odnosu	54
4.1.4. Socialna ranljivost	55
4.1.4.1. Priseljenci.....	56
4.1.4.2. Izključenost	56
4.1.5. Spolna usmerjenost in spolni izraz	59
4.1.6. Življenjski slog	60
4.1.7. Zaščitni dejavniki in varovalke.....	60
4.1.7.1. Rutina.....	61
4.1.7.2. Socialna mreža	62
4.2 .Proces samomora.....	63
4.2.1. Elementi v samomorilnem procesu	64
4.2.1.1. Nabiranje in kopičenje nerazrešenih težav	64
4.2.1.2. Nerazumevanje notranjega dogajanja	65
4.2.1.3. Dinamika vedenja	66
4.2.2. Poskus samomora	66

4.3. Dogajanje po poskusu samomora.....	67
4.3.1. Formalni odziv okolice po poskusu samomora	67
4.3.2. Razmišljanja o samomoru, odnos do sveta in življenja.....	69
4.3.2.1. Doživljanje in razumevanje lastnega poskusa samomora.....	70
4.3.2.2. Razumevanje in odnos strokovnjakov_inj do samomora	74
4.4. Potrebe ljudi, ki imajo izkušnjo poskusa samomora, in odzivi nanje	80
4.4.1. Svoboda in nadzor nad lastnim življenjem.....	80
4.4.1.1. Informirana odločitev.....	81
4.4.1.2. Sodelovanje in pridruževanje.....	82
4.4.1.3. Medikamentozno zdravljenje.....	84
4.4.1.4. Večkratne obravnave	85
4.4.1.5. Izpopolnjevanje postopkov	87
4.4.2. Odnos v procesu podpore in pomoči	89
4.4.2.1. Dogovor o sodelovanju	89
4.4.2.2. Varnost in zaupanje.....	90
4.4.2.3. Oseben odnos	92
4.4.2.4. Sprejemanje.....	93
4.4.2.5. Empatija	94
4.4.2.6. Spoštovanje in dostojanstvo.....	95
4.4.2.7. Zagovorništvo	97
4.4.2.8. Pristnost in iskrenost	97
4.4.2.9. Razpoložljivost	98
4.4.3. Prepoznavanje in značilnosti dinamike vedenja.....	100
4.4.3.1. Čustvovanje, mišljenje, vedenje	100
4.4.3.2. Način govora o samomorilnih mislih in namerah.....	102

4.4.3.3. Tvegano vedenje	106
4.4.4. Izbira intervencije	107
4.4.5. Pogovor v procesu podpore in pomoči	108
4.4.5.1. Pogovor usmerjen k rešitvam.....	110
4.4.6. Socialna mreža.....	111
4.4.6.1. Skupine za samopomoč.....	111
4.4.7. Vključevanje pomembnih drugih v proces podpore in pomoči.....	112
4.4.8. Odziv na potrebe ljudi preko sodelovanja v timu in z drugimi službami.....	113
4.4.8.1. Vloga služb in strokovnjakov_inj	114
4.4.8.2. Težave v komunikaciji in sodelovanju med strokovnjaki_njami	114
4.4.8.3. Timsko delo	116
4.4.8.4. Celostna obravnava.....	118
4.4.9. Odziv uporabnic_kov na različne oblike pomoči	119
4.4.10. Ravnanje z odgovornostjo in krepitev moči	120
4.4.11. Pravica odločanja o lastnem življenju in smrti.....	123
4.4.12. Etične dileme	125
5. Sklep	127
6. Predlogi.....	134
7. Uporabljena literatura.....	138
8. Priloge.....	146
8.1. Smernice za intervju.....	146
9. Povzetek	150

Kazalo tabel

Tabela 1: Primer kodiranja	43
----------------------------------	----

1. Teoretični uvod

1.1. Prevladujoči diskurzi o samomoru

O družbenih pojavih je znanost ustvarila vrsto interpretacij. Berger in Luckmann (1988) pravita, da je realnost o nekem pojavu družbeno definirana, definicije o realnosti pa so vedno poosebljene. Realnost torej definirajo ljudje. Za razumevanje izhodišča definirane realnosti se moramo zato vprašati "Kdo?" namesto abstraktnega vprašanja "Kaj?". Razumevanje družbenih konstrukcij in njenih sprememb v času zahteva poznavanje družbenih organizacij, ki oblikujejo in omogočajo definicije.

Combs (1996: 90–93) razlaga, da družbeno najmočnejše skupine ljudi ustvarjajo dominantne diskurze v družbi, ki vplivajo na lokalne jezike in znanja, velja pa tudi obratno. Spremembe v konverzaciji na ravni lokalnih vednosti postopoma preoblikujejo prevladujoče načine govora določene družbe. Diskurze lahko na podlagi tega razumemo kot spreminjajoče se in ne kot statične objektivne resnice.

Tema samomora se obravnava v etičnem, moralnem, religioznem, kulturnem in drugih diskurzi. Zgodovinska, kulturna in religiozna perspektiva v odnosu do samomora oblikujejo način razmišljanja in odzivanja na samomorilno vedenje. Strokovnjaki_nje v delovni odnos tako vstopajo s svojimi osebnimi, kulturnimi in religioznimi pogledi in prepričanji. (Suicide Guideline, 2003)

Oravec (2006) pojasni, da je razumevanje samomora kulturno pogojen proces. Kulturne entitete predstavljajo celotno tradicijo v odnosu do samomora, vključno z lingvističnimi pomeni, vrednotami in praksami, ki so se razvijale skozi čas. Avtor predpostavlja, da vsi ljudje, ki delijo isto kulturo, živijo enako tradicijo. Posledično samomorilne osebe, enako kot zdravstveno osebje in druge stroke, delijo razumevanje samomora v povezavi s kulturno ustvarjenim jezikom in praksami. Če se strokovnjaki_nje dodatno ne izobražujejo, obstaja nevarnost, da bo njihovo stališče glede samomorilnih oseb temeljilo zgolj na osebni interpretaciji.

V različnih diskurzih je možno opaziti razlikovanja v pristopih in interpretacijah, o razumevanju in pojasnjevanju samomora. Nekateri se osredotočajo na razlage vzrokov, drugi bolj stremijo k razumevanju narave samomora.

1.1.1. Družbene razlage samomora

Sociologija je bila prva disciplina, ki je na podlagi Durkheimovega dela *Le suicide* (1897), začela preučevati samomorilno vedenje. Durkheim je samomor analiziral na sociološki ravni in ugotovil, da se človek ubije, kadar je iz družbe izločen ali je nanjo preveč navezan. Vzrokov za število samomorov v določeni družbi ne vidi v individualnih okoliščinah, temveč meni, da ima vsaka družba določeno mero kolektivnega nagnjenja do samomora. Verjel je, da je oseba sveto in religiozno bitje, zato je zavračal samomor, ker samomorilno dejanje žali občutek kolektivne zavesti. Samomoru hkrati pripisuje tudi pozitivno integrativno vlogo in mu s tem odvzema negativen predznak, saj krepi solidarnost v skupnosti. (Durkheim 1992)

Douglas prav tako umešča samomor v družbeni konteksti in opozarja, naj se vse vrste samomora obravnava glede na pomen, ki so ga samomorilnemu dejanju pripisovali tisti, ki so ga izvedli. Razlaga, da za vsakim dejanjem stoji drugačen motiv in družben pomen. Vsako dejanje je torej povezano z družbo in kontekstom, v katerem se zgodi (Haralambos, Holborn 1999: 830).

Hillman (1973) povzame družbena izhodišča razumevanja samomora s trditvijo, da lahko postane samomorilen vsak, ki se znajde v določenih socialnih okoliščinah. Tudi Lester (2001) s sociološke perspektive prepozna korenine samomora v družbeni strukturi – v njeni ekonomiji, družinskem kontekstu, religiji in kulturnih prepričanjih.

Vpliv religije na samomor Lester (2001) opiše skozi tri mehanizme: religiozna integracija oziroma stopnja strinjanja s prepričanji in praksami religije; predanost religiji in specifičnim prepričanjem (posmrtno življenje); religijska mreža in podpora, ki jo dobijo od sovernikov.

Valetič (2009) ugotavlja, da religije zavzemajo različna stališča do samomora, celo znotraj posamezne religije najdemo različne interpretacije. Religije imajo precej dvoličen odnos do samomora, saj na eni strani vabijo v smrt preko slik raja in blaženega posmrtnega življenja, na

drugi pa samomorilce obravnavajo kot morilce. Židovska religija poudarja vrednost življenja, a je v preteklosti spodbujala samomor kot zaščito pred izdajo vere. Islam obsoja samomor v kontekstu nevere v boga, po drugi strani pa nekateri skrajni islamisti verjamejo v sveto vojno.

Enako kot pri religiji se tudi na pravnem področju o samomoru razpravlja preko vrednotenja samomorilnih dejanj. Marušič in drugi (2002: 11) podajajo pravno opredelitev samomora, ki je definirana kot oblika umora, in ga uvrščajo med kazniva dejanja, ki so storjena nad samim seboj. Hillman (1973) opozori, da je samomor oblika umora takrat, kadar pravo ne prepozna pravice do odločanja o lastnem življenju in smrti, torej ne prizna pravice do samomora.

Valetič (2009) navaja mnenje sodelavca Marka Bošnjaka z Inštituta za kriminologijo, da samomor ni predmet pravnih vprašanj in posameznikov odnos do samega sebe ni stvar pravnega urejanja. Bošnjak opredeli samomor kot obliko samopoškodovanja, ta pa ne more biti predmet pravnega urejanja, kar privede do dejstva, da samomor ni kaznivo dejanje. Izpostavlja primer, ko do samomora lahko pripelje vpletanje drugih ljudi, ki prepričujejo, napeljujejo ali pri dejanju pomagajo. Meni, da v takem primeru samomor postane razmerje med ljudmi in s tem področje pravnega urejanja.

Douglas (1967) in Atkinson (1978) o tovrstnih razmerjih razložita interakcijsko naravo samomora. Pomen samomorilnega dejanja je subjektivno interpretiran s strani tistih, ki končujejo svoje življenje, in drugih, ki jih oseba zapušča. Na pomene, ki jih ljudje pripisujejo samomoru, vplivajo socialni fenomeni (prepričanja o samomoru) in unikatne osebne naracije.

1.1.2. Psihološke razlage samomora

Marušič (2003) opaza, da psihiatri niso enotni pri razumevanju samomora. Nekateri menijo, da je samomor posledica dinamike med okoljem in genetskimi dejavniki, drugi trdijo, da je samomor izključno posameznikova odločitev, tretji pa so prepričani, da je samomor zgolj socialno pogojen. Isti avtor (2009: 6) meni, da so samomorilne ideacije sestavljene iz kombinacije genetskih in okoljskih dejavnikov, ki se odražajo preko socialnih, bioloških in psiholoških dejavnikov.

Milčinski (1983: 26) posplošuje, da psihološki profili (psihologi, psihoanalitiki, psihiatri) izhajajo iz spoznanja, da je samomor individualno dejanje, ki ima korenine v osebnostni strukturi samomorilne osebe (v psiholoških, emocionalnih in kognitivnih značilnostih). Vpogled v psihološke in mikrosocialne vplive in mehanizme, ki so v ozadju samomorilnega vedenja, je mogoče dobiti zgolj preko preučevanja posamičnih primerov.

Roškar (2003: 32–33) pojasnjuje, da je pri samomorilno ogroženih osebah moteno delovanje serotoninkega sistema, ki je povezan z uravnavanjem razpoloženja, agresivnosti in impulzivnosti. Moteno delovanje tega sistema vpliva na pojav depresije in vodi v anksiozna stanja ter brezup, ki jih razumejo kot ključna pri samomorilnem vedenju.

Shneidman (1993) je prišel do spoznanja, ki velja še danes, da je razlog za samomor duševna bolečina. Samomor se pojavi takrat, ko za osebo postane duševna bolečina nevzdržna. Razumevanje čustvenega procesa pri samomorilni osebi je najpomembnejše za načrtovanje zdravljenja (Orbach 2003).

O čustvenem procesu je Firestone postavil koncepte notranjega glasu, internaliziranih negativnih miselnih procesov in njihovih posledic ter negativnih samoreprezentacij, ki so podlaga samomorilnim manifestacijam. Koncept negativnih samoreprezentacij vzpostavlja povezavo med preteklimi izkušnjami iz otroštva in razvojem samomorilnega procesa. Firestonova teorija glasu predpostavlja, da negativni glasovi (samoreprezentacije) skozi samomorilni proces potlačujejo relevantno ostalih osebnih pomenov in reprezentacij (Firestone 1988, 1997).

Psihiatri so na podlagi dela s samomorilnimi ljudmi prispevali k razjasnjevanju pojava samomora preko diagnostične klasifikacije in opisa samomorilnega procesa (z začetki oblikovanja osebnosti v otroštvu, prek življenjskih frustracij tekom življenja, do končne samomorilne odločitve). Ta proces je Ringel kasneje poimenoval presuicidalni sindrom (Milčinski 1997: 12).

Erwin Ringel (1969) opiše presuicidalni sindrom z naslednjih vidikov: izolacija iz okolja, umikanje vase, izguba interesov, samoobtoževanje, preplavljanje z avtoagresijo, samomorilne misli, sanje in fantazije (<http://www.psychance.com/pdf/presuicidal-syndrome-and-suicidal->

progress.pdf). Ringel opisuje presuicidalni sindrom v okviru patologije (Oravecz 2006). Podobno razmišlja filozof, psiholog, teolog in antropolog Anton Trstenjak (1987), da zdrav človek ne poskuša delati samomora, ker je samomorilno vedenje patološko stanje. Pravi, da je zoženo čustveno doživljanje, izguba moči in volje do življenja, kar enači s samomorilnimi ideacijami.

Nasprotno razlaga samomor Mrevlje (1995: 105), da to ni bolezen, temveč gre za skupek zaključka življenjskih dogodkov, izgub, oslabitve zaradi stiske in občutkov nemoči v kriznih situacijah. Samomor ni izbira, temveč se zgodi, kadar bolečina preseže vire za soočanje s stiskami.

1.1.3. Psihosocialni vidik

Lester (2001) opozarja, da se sociološka in psihološka perspektiva kljub nasprotnim izhodiščem med seboj ne izključujeta. Socialni pritiski se pogosto odražajo ali povezujejo s psihološkimi stanji (depresija), ki potencirajo samomorilni potencial. Razveza in brezposelnost lahko na primer vodita v depresijo, ta pa povečuje tveganje za samomor. Feldman (2006) prav tako razume težave, s katerimi se ljudje srečujejo (tvegana uporaba substanc, brezposelnost, težave v družini, stresni življenjski dogodki in bolezni), v sklopu psihosocialnega konteksta.

Velikonja in sodelavci (1998: 39) psihosocialno problematiko ilustrirajo s primerom brezposelnosti. Brezposelnost oseb, predvsem tistih, ki so brez zaposlitve dlje časa, povezujejo z razvojem psihičnih težav. Ob vzpostavitvi te povezave presežejo razumevanje, da brezposelnost za ljudi pomeni zgolj materialni problem, temveč predstavlja enega izmed težjih psihosocialnih problemov, ki so povezani s socialnim doživljanjem brezposelnosti, ne zgolj z gmotnim položajem brezposelne osebe. Izguba zaposlitve lahko ljudi stigmatizira in jim onemogoča dostop do informacij. Brezposelnost torej vpliva na celoten način življenja ljudi, saj vpliva na spremembo njihovega socialnega položaja, zaradi katere se počutijo manjvredno, ne morejo se udeleževati nekaterih družbenih dejavnosti, izgubijo samospoštovanje, nimajo možnosti samopotrjevanja preko uspešnosti na delovnem mestu; poveča se obolevnost, ki je psihosocialnega izvora; lahko pride tudi do prekinitve socialnih stikov in zapiranja vase. Takšen prehod v dolgotrajno brezposelnost pogosto spremlja depresija in poskus samomora.

Lamovec (1998) definira krizo znotraj psihosocialnega vidika, kar se precej razlikuje od medicinske definicije. V stresnih okoliščinah se stopnjuje izčrpanost vse do krize. Proces, ki vodi v krizo, je odvisen od součinkovanja dejavnikov človekove psihične občutljivosti, zgodovine, genetske zasnove, nevrokemičnih procesov in negativnih vplivov okolja. Kriza je torej stanje, v katerem posameznik začasno ne zmore običajnega opravljanja nalog in skrbi zase. V nasprotju s tem oznaka duševne bolezni determinira trajno nezmožnost normalnega življenja. Diagnoza razvrednoti in razosebi, človek pa postane njegova diagnoza.

Lamovec in Flaker (1993: 87–88) govorita o krizi namesto o duševni bolezni. Krize vsebujejo vse simptome, ki jih pripisuje psihiatrija, zato ustreza vsem potrebnim razsežnostim bolezni, dokler traja. Ko motnje izginejo, naj bi bil človek zdrav, a to pri duševnih motnjah ne velja. Diagnoza je dolgotrajna, ne glede na več letno odsotnost krize. Latentnega bolezenskega procesa ni nihče dokazal, zato po končani krizi, ne ostane več ničesar, na podlagi česar bi lahko razlikovali duševno bolnega človeka od zdravega.

1.1.4. Samomor kot proces

Odločitev, da bo nekdo storil samomor, običajno ni zadnji korak samomorilnega procesa. Oseba mora prej narediti samomorilni načrt, ga organizirati in izvesti (Oravecz 2006). V procesu podpore in pomoči je razumevanje samomora kot procesa bistvenega pomena, razloži Oravecz. Če razumemo samomor kot dolgotrajen proces, v katerem se prepletajo različne vsebine, jih lahko prepoznamo in se ustrezno odzovemo, da bi zmanjšali stisko in preprečili samomor.

Ideja o samomoru kot procesu izvira že iz leta 1960, ko sta Farberow in Shneidman fenomen, poimenovan klic na pomoč (*cry for help*), opisala kot proces, ki je prisoten pred samomorilnim aktom in dosegljiv skozi sporočila, ki izražajo trpljenje (Farberow in Shneidman 1961).

Shneidman je nadaljeval z opisovanjem samomora kot procesa, v katerem oseba poskuša odstraniti nevzdržno duševno bolečino, ki sestoji iz sramu, krivde, strahu, anksioznosti, osamljenosti, bojazni, strahu pred staranjem in umiranjem (Shneidman, 1996).

Williams in Pollock (2000: 89) predlagata konceptualizacijo samomora kot krik bolečine (*cry of pain*), ker bi tak model razlikoval med samomorom in neusodnim poskusom samomora. Avtorja uporabljata konstrukt potenciala bega (*escape potential*), ki predpostavlja, da so "manj resna"

samomorilna vedenja, kot je poskus samomora, poskus ustvarjanja poti za beg (kadar ljudje verjamejo v vsaj minimalne možnosti pobega). Nasprotno govorita o resnejših samomorih (izpeljanih samomorih), ki so izvedeni na podlagi občutka ljudi, da so popolnoma premagani. Avtorja nadaljujeta z identifikacijo šestih dejavnikov, ki razlagajo samomor: impulzivnost, dihotomno mišljenje, kognitivna rigidnost, reševanje problema, avtobiografski spomin in občutki brezupa. Prepoznavata, da občutek brezupnosti vpliva na reševanje težav. Človek v stanju popolnega brezupa težko prepozna in rešuje težave (Schotte *et al.* 1990).

Žmitek (2009) zagovarja razumevanje samomora kot procesa in problematizira trditev, da je samomor impulzivno in nepričakovano dejanje. Dejanja se lahko zdijo impulzivna, kadar so neposredna posledica specifičnih dogodkov (prepir, izguba), a so bile misli, povezane s samomorom, prisotne že prej. Redko se tudi zgodi, da se samomor pojavi brez opozorila. Običajno obstaja zgodovina osebnih težav, opozorilnih znakov, težav v duševnem zdravju, samomorilnih groženj ali poskusov. Nepričakovano se verjetno zdi zaradi neprepoznavanja vzorcev vedenja ali neresnosti jemanja opozorilnih znakov. Avtor razlaga, da večina ljudi o samomoru razmišlja dlje časa, a idejo vedno znova zavračajo, misli pa ostajajo prisotne. Večina ljudi ima izdelan vsaj osnutek načrta za izvedbo samomora.

Oravecz (2006) razloži, da samomorilni proces sestoji iz mnogih korakov, ki lahko vključujejo ponavljajoča načrtovanja o samomoru kot cilju, poskuse samomora, povečanje samomorilnih namer, zapise, načrte, oblikovanje strategije, sprejetje končne odločitve in začetek sekvenc potrebnih dejanj za udejanjane samomora. Avtor pojasnjuje, da je samomor proces, ki se začne dneve, mesece ali celo leta pred samomorilnim dejanjem. Razmišljanje o samomoru, oblikovanje načrta in predhodni poskusi samomora so elementi samomorilnega procesa, ki vodijo v končni samomorilni akt. Razumevanje samomorilnega procesa predpostavlja identifikacijo z dvema procesoma: 1. procesom adaptacije, ki teži k obnavljanju predhodnega ustreznega funkcioniranja, in 2. procesom destrukcije, ki vodi osebo v smrt. Intenzivnost drugega procesa se poveča, kadar proces adaptacije ne uspe, osebna stiska pa se poveča. Proces adaptacije in destrukcije sta pod vplivom emocij. Na eni strani je prisotno prijetno čustveno stanje in na drugi psihološka bolečina. Na prvi pogled je proces v smeri stabilnega stanja v nasprotju s procesom, ki vodi v samodestrukcijo, a je situacija precej bolj kompleksna. Samomorilna in poslovilna

pisma pogosto sestojе iz izjav, kot so "Čutim mir in olajšanje, da lahko zaspim brez bolečin" ali "Čeprav je z menoj konec, sem srečen kot še nikoli. Izčrpan sem od tega življenja, zato grem pogledat na drugo stran".

Upad misli, ki spodbujajo življenjsko voljo, vodi v samomorilno orientiranost. Samomorilna orientiranost se odraža v mislih, kot je "Dovolj imam tega življenja, zato se veselim smrti, ker slabše ne more biti". Te izjave ilustrirajo multidimenzionalnost fenomena samomorilnega procesa, ki obrne človekovo razmišljanje stran od naravnosti ohranjanja življenja, proti smrtnemu izidu (Oravec 2006a).

V samomorilnem procesu je za osebo ključno, da harmonizira svoje mišljenje z vsebino svojega intrasubjektivnega doživljanja z realnostjo samomora. Proces harmonizacije je del samomorilnega procesa in vsebuje intrapsihične in interpersonalne elemente. Na koncu samomorilnega procesa je oseba bolj kot za interakcije, ki bi jo ohranile pri življenju, zainteresirana za k samomoru usmerjeno komunikacijo, ker je bolj koherentna z njenim intrasubjektivnim doživljanjem. Blizu zaključka samomorilnega procesa so namere drugih ljudi po ohranjanju življenja lahko neuspešne, ker jih oseba doživlja kot moteče in nekoherentne s svojo subjektivno realnostjo. Negativni, k samomoru usmerjeni miselni procesi običajno predstavljajo oviro intervencijam, ki so usmerjene v reševanje življenja. Ljudje si proti koncu samomorilnega procesa ne želijo komunikacije, usmerjene v reševanje življenja. Tudi takrat, kadar se udeležijo takih interakcij, se zdi vprašljivo, če si želijo podpore v smeri pozitivnega preobrata v samomorilnem procesu. (Oravec 2006)

O procesu samomora govorita Michel in Valach (1997) v teoriji, ki jo razložita s k ciljem usmerjenimi dejanji. Dejanja so k ciljem usmerjeni, načrtovani in namenski procesi, ki so kognitivno in socialno usmerjeni, kontrolirani in regulirani. Motivirajo in spremljajo jih emocije. Teorija dejanj vsebuje koncept ciljev, namer, načrta, strategije, odločitve, evalvacije, izbire, uspeha in neuspeha. Avtorja opozarjata, da mora biti samomor ustrezno konceptualiziran, preden ga lahko učinkovito preprečimo. Razlikovati moramo med razumevanjem dejanj posameznika v okviru "zato ker" (*because of*) in "zato da" (*in order to*). V prvem okviru razumevanja, razlage implicirajo na determinizem, ki zavrača avtonomijo osebe kot odgovorne za svoja dejanja. V

drugem okviru razumevanja, razlaga ponujajo nov pogled – razumevanje človekovih dejanj kot k ciljem usmerjenih procesov. Takšen pristop pomagajočega bo ljudi ohranjal avtonomne, njihova dejanja pa bodo razumljena z vidika njihove subjektivne logike.

Žmitek (2009) opredeli proces samomorilnih misli kot spekter doživljanja, ki na osebo vpliva negativno in stresno. Kadar je oseba bližje samomoru in ga načrtuje, se misli preoblikujejo v dejanja. Milčinski (1999: 362) in Marušič *et al.* (2009: 6) opisujeta samomorilni proces v petih fazah. V prvi fazi se pojavijo pasivne generalizirane samomorilne misli (npr. zjutraj se ne želim več zbuditi), ki se postopoma intenzivirajo v aktivne samomorilne misli o poskusu samomora, kar predstavlja prehod v drugo fazo. V tretji fazi oseba oblikuje samomorilni načrt, pri čemer imata agresija in impulzivnost pomembno vlogo pri izidu. Žmitek (2009) samomorilne ideacije opisuje s tremi elementi: agresija, klic na pomoč in ambivalenca. Agresija nosi negativen pomen v smislu jeze in želje po destrukciji. V primeru poskusa samomora oseba agresijo usmerja vase, ker je ne zmore izraziti zunaj sebe. Ambivalenca pri samomorilnih ideacijah se kaže kot razumevanje absolutne končnosti smrti po poskusu samomora, ko ob soočenju s smrtjo ljudje sami poiščejo pomoč. Proces se nadaljuje z implementacijo samomora v četrti fazi. Ob uspelem poskusu samomora se proces zaključi s smrtjo v peti fazi.

1.2. Samomor – sindrom duševne krize

Občutki jeze in brezupa, ki jih ustvarja sodobna družba, se včasih preusmerijo navznoter. Kadar ljudje nimajo dovolj moči ali možnosti, da bi se uprli zatiranju, poskušajo pobegniti iz sveta. (Lamovec 2006)

1.2.1. Vrste kriz

Večina teoretikov pri opisovanju tipov krize uporablja Eriksonovo (1956) klasifikacijo razvojne in situacijske krize. Razvojna kriza pomeni prehodno obdobje v razvoju osebnosti, ki se odraža v kognitivni in afektivni razburjenosti (obdobje adolescence). Situacijska kriza predstavlja obdobja vedenjskega razburjenja zaradi stisk ob izgubi (nesreče). (Poal 1990.)

Hafen in Peterson (1982) krize opredelita skozi dve dimenziji: predvidljive, ki so pričakovane kot del življenjskega procesa, in nepredvidljive, ki se pojavijo ob nenadnih izgubah, nesrečah in naravnih katastrofah.

Lamovec (1998: 221–225) vrste krize nekoliko razdeli: dolgotrajna izpostavljenost stresu, krize, ki jih povzročijo življenjski dogodki, razvojne krize in eksistencialne krize. Dodaja, da se krize lahko pojavljajo vzporedno in večkrat.

France (1982) izpostavi, da obstaja ogromno tveganih dogodkov in situacij. Celo tiste, ki so prepoznane kot pozitivne, lahko v ljudeh povzročajo stres. Avtor dodaja, da ljudje na enake okoliščine reagirajo različno. Stopnja ogroženosti, ki jo ljudje zaznavajo v enaki situaciji, je subjektivna ocena posameznika, ki temelji na osebnostnih značilnostih in na naravi situacije. Šugman Bohinc (2015) zaznavo in interpretacijo stopnje ogroženosti situacije pojasni z aktualnim izhodiščnim stanjem človeka. Kako bo nekdo v določeni situaciji zaznaval in interpretiral informacije, je odvisno od preteklih izkušenj, znanj, potreb, čustev in pričakovanj posamezne osebe, in hkrati od družbenega, ekonomskega, političnega in kulturno diskurzivnega konteksta.

1.2.2. Potek samomora

Žmitek (2009: 19–20) opisuje presuicidalni sindrom, ki sestoji iz treh komponent:

1. Zoženje miselne zavesti in percepcije: pogled na svet in polje ravnanja se zameglita, ideje postanejo bolj skope in manj fleksibilne. Skrčijo se socialni kontakti, oseba pa se postopoma izolira od svojega okolja.
2. Agresija, ki je usmerjena proti samemu sebi, ker zaradi različnih razlogov ne more biti izražena navzven. V poslovilnih pismih je moč zaznati, da gre za navzven usmerjeno agresijo, ki je izražena preko obtožb proti ljudem iz socialne mreže samomorilne osebe.
3. Odmik od resničnosti se pojavi, ko se pojavijo fantazije in dnevno sanjarjenje v okviru samomorilnih ideacij in vedenj. Shneidman (v Žmitek 2009: 19–20) primerja

zamegljeno mišljenje z objektivom kamere. Objektiv misli se megli in ostri proti enem cilju – pobegu, in ugasne vse ostalo (družino in ostale bližnje).

Zamegljeno mišljenje in pozornost sta lahko opazni v načinu govora. Raba besed izraža dihotomijo miselnosti (vse ali nič, črno in belo). Značilna je beseda "samo", na primer "samo to mi lahko pomaga" ali "samo tega si želim", "samo ena rešitev je pravilna", "samo to mi bo pomagalo". Samomor je pobeg od nevzdržne bolečine in edina rešitev, ki jo oseba vidi, ter je vedno posledica nezadovoljenih psiholoških potreb (Žmitek 2009).

1.2.3. Proces samomorilnega vedenja

Po raziskavah poslovilnih pisem (Oravecz 1999, Oravecz 2001, Oravecz in Moore 2004 v Oravecz 2006a) suicidalni proces zajema mnoge elemente, ki pomagajo pri prepoznavanju samomorilnega tveganja:

1. Duševna bolečina: Shneidman in Farberow opisujeta nevzdržno duševno bolečino kot odločilni dejavnik pri razvoju samomorilnega procesa. Duševna bolečina se pojavi takrat, ko se koherenca psihosocialne identitete skrha zaradi notranje (duševne) ali zunanje (socialno kulturne) spremembe. V nekaterih primerih so ljudje lahko bolj ali manj koherentni zaradi biološke, razvojne ali druge zgodnje travme. Ti ljudje trpijo zaradi občutkov negativne samoreprezentacije, nepomembnosti in nesposobnosti predvidevanja vedenja drugih ali lastne prihodnosti. V takšnih okoliščinah lahko minimalne spremembe v vsakdanjem življenju vodijo v boleče občutke (Oravecz 2006a).

2. Izražanje samomorilnih namenov: V splošnem strokovnjaki s področja zdravstva povezujejo samomorilno tveganje s spontanimi izrazi neposredne samomorilne ideacije. Raziskava transkulturnih poslovilnih pisem (Oravecz 1999, 2001) prikazuje, da je direktna uporaba besede "samomor" izjemno redka na koncu samomorilnega procesa (ki se običajno konča s poslovilnim pismom). Primerjava besedil, napisanih v slovenskem, madžarskem in angleškem jeziku, potrjuje ključno rabo indirektnih izrazov, vezanih na samomor. Odsotnost konkretnih izrazov je bila potrjena tudi v internetni raziskavi (Oravecz in Moore 2004), v kateri je bilo zaslediti posredne izraze, kot so "*do the job*", "*finally end*", "*no longer be around*", "*to do myself*", in "*pull the*

trigger", katerih raba se je stopnjevala proti koncu samomorilnega procesa. Rezultati raziskave kažejo, da odsotnost direktnih verbalnih samomorilnih izrazov pri samomorilnih osebah lahko opozarja na resno in nenadno samomorilno tveganje.

3. *Negacije*: Prisotnost nabora izrazov, ki ustrezajo jezikovni negaciji (ne, nikoli, nikjer, ne bom, nihče idr.), je opazil že Kézdi (1995) pred dvajsetimi leti. Pomembno je opazovati vlogo negacij, ki se tekom samomorilnega procesa spreminja. V zgodnji fazi oseba običajno uporablja "negativne" izjave, kadar izraža čustveno ambivalenco in kognitivno negotovost: "ničesar več ne vem", "izčrpala sem vse odgovore", "ne vem", "nisem zmešana in ne čutim depresije". Tik pred samomorilnim dejanjem se vloga negacij nekoliko preoblikuje: "ne morem spati", "ne morem se soočiti s svojim življenjem", "ne morem več živeti samo zato, da živim". Sodeč po teh raziskavah in izkušnjah avtorjev ljudje pogosto uporabljajo negacijsko izrazoslovje – še posebej besede zanikanja – za zavračanja misli, povezanih s samomorom. Na primer "nič ni narobe" ali "ničesar ne potrebujem" lahko ponazarja način, kako oseba zavrača verbalizacijo osebne stiske. Prepoznavanje pogoste rabe negacijskih izrazov v diagnostičnem intervjuju lahko služi kot orodje zaznavanja in ocenjevanja samomorilne nevarnosti.

Zanikanje je pomembno orodje samomorilnega diskurza. Zanikanje je način, s pomočjo katerega oseba lahko svojo ambivalentno pozicijo preoblikuje v določeno stanje gotovosti. Zanikanje je sredstvo, s pomočjo katerega je možno hitro in učinkovito dekonstruirati realnost. Izjave v smislu "mene nihče nikoli ni ljubil" predstavlja vzorec, kako se izogniti dvomu v pomene, ki se nanašajo na aktualne ali osebne povezave s svetom. Novonastala realnost samomorilne osebe, ki temelji na tovrstnih negativnih sklepih, postane nedotakljiva in trdna za zunanji svet. Na ta način pa ni mogoče ustvariti realnosti, ki bi zdržala izkušnjo prihodnosti. Oravec povzema ugotovitve Becka, ki ugotavlja, da je izgubljeno zaupanje v prihodnost bolj relevantno za samomorilnost kot manifestna depresivnost. Novonastalo stanje se imenuje "stanje odklopljenosti" (*disconnectedness*), v katerem so vezi in odnosi s pomembnimi drugimi in okoljem pretrgane (Oravec 2002).

4. *Dvoumnost in ambivalenca*: Avtorji verjamejo, da sta dvoumnost in ambivalenca oviri v razvoju samomorilnega procesa in lahko služita kot zaščitna faktorja. Takšno mišljenje ("Mislim, da se bolj bojim tistega na drugi strani, če je morda hujše kot življenje.") preprečuje

samomorilno dejanje, vse dokler dvomi niso razrešeni. Nevarnost poskusa samomora se poveča, kadar sta ambivalenca in dvoumnost razrešeni skozi diskurzivni proces. Takrat se misel preoblikuje od "nisem prepričana, če me ima kdo zares rad" v "nihče me nima rad". Klinične izkušnje avtorjev kažejo, da samomorilne osebe pogosto provocirajo z obračanjem besed, ki so lahko interpretirane negativno. Takšne izjave lahko ljudem omogočijo razreševanje dvoumnosti in ambivalence in vodijo v zaključke "če me zavrnejo, potem sigurno nisem ljubezni vredna oseba."

5. Komunikacija, ki spodbuja ali zavira samomorilnost: Samomor ni pasiven proces, ki se preprosto zgodi posamezni osebi, ampak zajema posredne in neposredne, sedanje in pretekle interakcije med samomorilno osebo in drugimi (družino, skupnostjo, zdravstvenim osebjem). Narava odnosov in vpliva na samomorilno osebo lahko preko interakcij predstavlja obrate v samomorilnem procesu. Običajno ljudje prispevajo k razvoju in izidu samomorilnega procesa z vplivanjem na mišljenje samomorilne osebe.

Na začetku samomorilnega procesa je po navadi prisotna želja po oddihu in vrnitvi nazaj v običajno funkcioniranje, brez stiske in stresa. Ljudje pogosto iščejo podporne stike in interakcije. Pogovor z drugimi lahko osebi pomaga pri iskanju novega razumevanja za preoblikovanje življenjske naracije ali pri iskanju konstruktivnega soočanja s konflikti. Te interakcije lahko rešijo življenje s tem ko prispevajo k oblikovanju nove in pozitivne samopodobe, občutkov sprejetosti in ljubezni.

Nasprotno pa spodbudna samomorilna sporočila lahko prispevajo k realizaciji samomorilnih ideacij ali celo k razvoju samomorilnega mišljenja. Sporočila, ki imajo jasno in direktno sporočilo "ubij se", lahko predstavljajo preobrat k smrtnemu izidu. Manj direktivne izjave, npr. "če bi res želel biti mrtev, bi verjetno že bil", imajo običajno manjši vpliv na samomorilno mišljenje osebe, a se zdi, da ima pri tem pomembno vlogo kontekst, v katerem je sporočilo izrečeno.

1.3. Odgovori na stisko

1.3.1. Prepoznavanje tveganj

Suicidologi ne delijo enotnega mnenja o tem, ali so dejavniki tveganja neposredno povezani z razlogi za samomor, a se strinjajo, da so potencialni sprožilci samomorilnega vedenja.

Razumevanje dejavnikov tveganja poteka mimo iskanja razlogov za samomor. Samomor je vedno rezultat kombinacije različnih faktorjev, ki izvirajo iz okolja in individualne osebnosti. Razlikujemo med dejavniki tveganja, ki lahko izzovejo samomorilno vedenje, in zaščitnimi dejavniki, ki poskus samomora preprečijo. Dejavniki tveganja in zaščitni dejavniki se med seboj ne izključujejo. Pomanjkanje zaščitnih dejavnikov lahko pomeni dejavnik tveganja in obratno, odsotnost dejavnikov tveganja ni nujno zaščitni dejavnik. Eni ali drugi dejavniki so lahko karkoli in kar je za eno osebo zaščitni dejavnik, je lahko za drugo dejavnik tveganja (Žmitek 2009). Če želimo razumeti tveganje za samomor pri posamezni osebi, je ključen razvoj delovnega (terapevtskega) odnosa, znotraj katerega jo razumemo kot unikatno osebo (Suicide Guideline, 2003). Aldrige (1998: 19) poudarja, da je samomor vedno potrebno obravnavati v kontekstu.

1.3.2. Delovanje interventnih služb

Veliko število ljudi, ki storijo samomor, ima duševno motnjo. Zmotno bi bilo misliti, da je v teh okoliščinah samomor zgolj predmet psihiatrije ali medicine. Samomorilne misli in dejanja se raziskujejo in preprečujejo onkraj domen te stroke, npr. v sociologiji, psihologiji, socialnem delu, teologiji, ekonomiji in zdravstveni politiki. Vsekakor gre tudi za domeno celotne javnosti in njenega zdravja, saj znanost potrjuje, da učinek ukrepa preprečevanja samomora traja daljše obdobje takrat, ko gre za globalno akcijo, multidisciplinarno ukrepanje, v katerem se povezujejo različni sektorji in akterji. O samomoru je potrebno spregovoriti, vzpostaviti učinkovito komunikacijo med zdravniki in vsemi, ki so neposredno v stiku z osebami s težavami in duševnimi motnjami. Dernovšek (2004: 4–5) predlaga več načinov: izobraževanje ustreznega osebja, ozaveščanje javnosti in delo na preventivi, kjer se je potrebno usmeriti na varovalne dejavnike, ki jih lahko kontroliramo in nanje vplivamo.

Narava poteka samomora zahteva, da se družba odzove na več načinov, a se te dejavnosti pogosto dogajajo neusklajeno in nesistematično. Sprejetje Nacionalnega programa preprečevanja samomora in sodelovanje več ministrstev bi bila lahko odgovora na takšno površnost. Valetič

(2009: 118) pojasnjuje, da se je po sprejetju nacionalnega programa v mnogih državah v deset do dvajsetih letih stopnja samomorilnosti zmanjšala do 20 odstotkov.

Oravecz (2014) razmišlja, kaj vse bi se dalo storiti, da bi se tragični dogodki, v katerih se prepletata samomor in umor, dogajali redkeje. Ugotavlja, da so intervencijske strukture, ki delujejo na področju spopadanja z nasiljem v družini, še vedno precej toge in slabo sodelovalne ter zato nezadostne za reševanje težav. Avtor prepoznava nefunkcionalen in rigiden odnos družbe in politike do teh intervencijskih struktur, ki jim omejuje možnost za razvoj. Odnos družbe in medijev je kritično naravnano do vseh udeleženih pri preprečevanju in razreševanju konfliktov danega nasilnega dogodka, a se udeleženi odzivajo zgolj z obrambami glede tega, kaj so in česa niso storili, da bi preprečili družinsko tragedijo. Ni znano, da bi se zgodilo kaj drugega, na primer, da bi se udeleženi akterji sestali in celovito proučili dogajanje. Na ta način bi lahko razreševali in razpravljali o izkušnjah in občutkih ter ugotovili, kaj je bilo narejeno pomanjkljivo in kaj bi bilo mogoče še narediti, da do takšnih situacij ne bi več prihajalo. Takšne izkušnje, ki bi nastale na podlagi predlaganega medinstitucionalnega sodelovanja, bi bile izjemno dragocene, predvsem ob pozitivnem odnosu in prispevku medijev, ki ne bi zgolj kazali na dežurnega krivca, temveč bi udeleženi pomembno vlogo pri posredovanju premišljenih sporočil o tragedijah, ki bi jih jemali resno — kot tragedije, kakršne so — ne le kot vedno pogostejšo dnevno prakso v medosebnih odnosih.

Kézdi (1995) je postavil hipoteze o tem, da kulturni kontekst ustvarja stopnjo prepoznavnosti samomorilnega tveganja. Madžari, ki imajo skozi zgodovino najvišjo stopnjo samomorilnosti v Evropi, navajajo primer, kako je samomorilna ogroženost spregledana zaradi pogoste rabe samomorilno pogojenih izrazov, ki so kulturno ustvarjeni. Pogosta raba kulturno ustvarjenih izrazov, ki so vezani na samomor, zmanjšuje relevantno teh izjav, zabriše njihov pomen pri klinični obravnavi in povečuje možnost smrtnega izida. Kulturni kontekst in prepoznavanje samomora sta dve pomembni spremenljivki pri razumevanju za uspešno preprečevanje samomora (Oravecz 2006).

Visoka starost, revščina, samski stan in druge oblike potiskanja na družbeni rob so tisti dejavniki, ki vodijo v občutke osamljenosti in nepripadnosti ter povečujejo tveganje za samomorilnost

(Lester 2001). Valetič (2009) o tem govori, da gre pri samomoru za kombinacijo pridobljene želje po smrti, občutka neprivlačnosti in občutka, da so svojemu okolju v breme in odveč.

1.3.3. Izhodišča v procesih podpore in pomoči

1.3.3.1. Med medicinskim in socialnim modelom

Način, kako strokovnjaki in strokovnjakinje razumejo, si razlagajo, razmišljajo in se odzivajo v procesih podpore in pomoči, je odvisen od njihovih epistemologij. Šugman Bohinc (1997) epistemologijo razloži kot temeljne predpostavke, na podlagi katerih spoznavamo skozi delovanje in delujemo skozi spoznavanje.

V procesih podpore in pomoči, kjer se odpira tema samomora, obstajajo razhajanja med tako imenovanim medicinskim in socialnim modelom. Modela izhajata iz različnih predpostavk, zato ljudi in težave, s katerimi se srečujejo, umeščata, razumeta in se nanje odzivata z različnih perspektiv. Različni avtorji (Bailey in Liyanage 2012, Rees *et al.* 2004, Norman in Peck 1999) opozarjajo, da se je treba posvetiti razhajanju med različnimi perspektivami strok. Stalker (2003) pojasni, da je sodelovanje v timu, v katerem strokovnjaki_nje zavzemajo različne perspektive, visok potencial za konflikte med strokami. Kompleksnost dela v multidisciplinarnih timih avtor razloži z zapleti, ki nastanejo zaradi negotovosti, ko se informacij, s katerimi razpolagajo različne stroke, med njimi ne izmenjuje.

Medicinski model temelji na iskanju česa človek ne zmore in na kakšen način odstopa od povprečja. S tem spregleda vse o nadarjenostih, ambicijah željah in potrebah ljudi, tudi predsodke, na katere naletijo v vsakdanjem življenju. Medicinski pristop se osredotoča na pomanjkljivosti ljudi in vanje umešča težave njihove izključenosti. Ljudje se morajo danim okoliščinam prilagajati z rehabilitacijo, če želijo živeti kakovostno življenje. Pristop raziskuje, kaj je z ljudmi narobe, kaj ne deluje in v čem odstopa od norme. Zaradi svoje statičnosti zakriva dejstvo, da je koncept normalnosti privzet iz industrijske proizvodnje. Medicinske metode omogočajo opazovanje, meritve, opisovanje simptomov, postavljanje diagnoz in razvrščanje ljudi glede na nabor simptomov. Rehabilitacija usmerja človeka k vračanju v normalno stanje. Če težave ni možno pozdraviti, jo normativno redefinira za nadaljnje zdravljenje in obravnave (Škerjanc 2006).

Avtorice Turčin in Kores Plesničar (2008) ter Helena Korošec Jagodič s sodelavci (2008) govorijo o eni od metod psihiatričnega pristopa na področju samomora. Sprejem in zdravljenje brez privolitve opredelita kot ukrepe, ki potekajo po zakonskih določilih in predpisih, ki dovoljujejo, da se pacienta zadrži brez pristanka in ne glede na morebitno ugovarjanje. Ljudi poimenujejo v medicinskem jeziku in jim pravijo pacienti oz. bolniki. Turčin in Kores Plesničar (2008) po eni strani pravita, da je v urgentnih situacijah potrebno ukrepati proti volji človeka, ki je nekritičen. Takšen ukrep razumejo v njegovo dobro, kljub temu da priznavajo, da s tem posegajo v njegove temeljne pravice in svoboščine. Po drugi strani pa pravita, da je treba ravnati v skladu z moralno etičnimi načeli in varovati dostojanstvo človeka, ki ga poimenujeta bolnik. Helena Korošec Jagodič in sodelavci (2008) ugotavljajo razhajanje med pravnimi in kliničnimi merili glede prisilne hospitalizacije. Pravijo, da odločitve sodišča, da je zdravljenje brez privolitve nedopustno, pomenijo pogostejšo ponovno hospitalizacijo in s tem slabše možnosti za dober izid bolezni.

Bongar in sodelavci (2013) razumejo samomor in samomorilnost kot vedenjski manifestaciji psihične motnje, bolezni, nefunkcionalnosti in stresa. Samomorilno vedenje je posledica teh stanj ali reakcija na njih. Verjamejo, da je večino tveganj za samomorilno vedenje možno zmanjšati preko medikamentoznega zdravljenja. Zdravila imajo kurativno, paliativno in stabilizacijsko funkcijo ter funkcijo zmanjševanja simptomov. Namen uporabe zdravil pri samomorilnem vedenju je reguliranje impulzivnosti, ki vodi osebo v samodestruktivno vedenje, in zdravljenje nevrokemične nestabilnosti, povezane s psihiatrično motnjo, ki povečuje tveganje za samomorilnost. Uspešno preprečevanje samomora vidijo v zgodnjem odkrivanju in agresivnem medikamentoznem zdravljenju psihičnih motenj, ki povzročajo simptome in impulzivnost. Hillman (1973) z medicinskega vidika zagovarja enako stališče. Prej, ko je patologija prepoznana, boljše možnosti so za hitro in učinkovito izboljšanje. S tem namenom je zdravnik vedno usmerjen v iskanje patologije pri človeku. Patologija je vedno v ospredju. To pomeni, da se na patologijo gleda najprej in se jo razume tudi kot podlago dogajanja.

Hillman (1973) pojasni primarno vlogo medicine v preventivi bolezni. Naloga medicine je, da zdravi, celi in pozdravi, kar je možno. Odkrije bolezen in se z njo bori na fizični ravni. Bongar in

sodelavci (2013) opišejo potek zdravljenja, ki se začne z zdravnikovo diagnozo. Zdravnik najprej oceni pacientovo psihološko in fizično stanje ter samomorilni potencial. Za tem formulira problem, ki ga oblikuje na podlagi ocene samomorilnega vedenja in pridružene bolezni ali motnje. Nato postavi cilje zdravljenja, ki običajno vključujejo (tudi) zdravljenje z zdravili.

Chiles in Strosahl (1995) zavzemata drugačno perspektivo, ki nadomesti neprostovoljno hospitalizacijo, ko sodelovanje nadomesti nadzor. Predlagata, da strokovnjak_inja prepozna in ubesedi samomor kot eno izmed možnosti reševanja problema, s katerim človek prihaja, a da ne prevzema naloge ohranjanja človeka pri življenju, temveč človeku pomaga razviti več možnih strategij reševanja težav, ki bodo usmerjene k izbiri življenja in ne kot k želji po smrti.

Hillman (1973) pomen sodelovanja prevprašuje s primerjavo objektivnosti in udeležnosti v proces. Za objektivnega opazovalca velja, da mora biti čim manj udeležen v proces, da bo dobil najbolj točne in nepristranske informacije. Avtor postavlja kritična vprašanja o tem, če lahko takšna točnost informacij kompenzira izgubo razumevanja med strokovnjakom in človekom v procesu. Takšni konflikti se pojavljajo v kliničnih timih med zdravniki in socialnimi delavci. Medicinski vidik predpostavlja, da udeležen strokovnjak ni več dovolj objektivni, da bi lahko ustrezno diagnosticiral. Na drugi strani pa poskušajo drugi strokovnjaki preseči distanco med subjektom in opazovalcem. Ko se te dva zblížata, ni več delitve na subjekt in opazovalca. Človek, ki pride v proces, začne opazovati sebe in strokovnjaka, hkrati pa je udeležen v dialogu; enako počne strokovnjak, ki postane opazovan in opusti vlogo opazovalca, ki diagnosticira. S premikom od medicinskega k socialnemu modelu se diagnosticiranje nadomesti z dialogom.

S sodelovanjem in vključevanjem vseh udeleženihi v proces začne ta proces temeljiti na socialnem modelu podpore in pomoči. Socialni model ne temelji na iskanju vzrokov v človeku, temveč na teoriji družbenega izključevanja, ki umešča vzroke za izključenost v način organiziranosti družbe in sledenju idealov. Pozornost postavlja na ovire na poti uveljavljanja temeljnih človekovih, državljskih in socialnih pravic, s katerimi se srečujejo tisti, ki odstopajo od danega ideala. Ovire, ki onemogočajo uveljavljanje teh pravic, ustvarjajo fizične ovire, uveljavljena stališča in predsodki določene družbe. Težave povzroča način delovanja skupnosti, ne posameznikovo telo ali um (Škerjanc 2006).

Neugodno socialno okolje zvišuje stopnjo tveganja na področju duševnega zdravja in medsebojnih odnosov. Višjega tveganja so deležne skupnosti, v katerih se ne preprečuje neugodnih duševnih stanj ali se jih celo izzove (brezposelnost in nizki dohodki). Socialni in kulturni dejavniki na različne načine vplivajo na doživljanje in samopercepcijo ljudi. S povečevanjem stopnje nasilja v družbi se manjša občutljivost in skrb. Spreminjajo se zakonske oblike in družinske strukture, krhajo se prijateljske vezi in socialne mreže, preoblikujejo se spolne vloge, skupnosti postajajo vse večje in manj osebne (Tančič 2008).

Šugman Bohinc (2010) razloži, kako razumevanje individualnih in družinsko konstruiranih norm in vrednot prinese spremembe pri prepoznavanju povezav med doživljanjem posameznika ter kulturnimi normami in vrednotami. S tem razumevanjem se premaknemo od normativnih predpostavk k prepoznavanju idiosinkratičnosti in subjektivnosti posameznikovega in družinskega življenja. Ista avtorica (2015) na podlagi tega razumevanja predlaga pristop reavtorizacije zgodbe, s katerim v procesih podpore in pomoči ljudem pomaga eksternalizirati probleme. To pomeni, da socialne diskurze, ki jih totalizirajo, zatirajo in patologizirajo (motena osebnost) in so jih ljudje ponotranjili, ločimo od njihove osebnosti (oseba, ki se sooča z določenim problemom). Strokovna delavka z ljudmi raziskuje in preverja ta kulturna sporočila, da bi ugotovili, katere od predpostavk jim ustrezajo in katere ne. Sociokulturne dimenzije, ki jih na ta način raziskujemo, se nanašajo na zatiranje na podlagi etnične pripadnosti, spolnosti in spola, ekonomskega razreda in položaja.

1.3.3.2. Socialno delo

Vloga socialnega dela na področju samomora je ključna pri podpori preživelih (Craig 1977, Sheperd in Barraclough 1979, Dransart 2013). Znano je tudi, da so socialna ranljivost, socialna izključenost in izolacija ter zloraba substanc pogosto tesno povezane s samomorom (Whitley *et al.* 1999, Rehkopf in Buka 2006). Tovrstna problematika odpira vsebine, na katere socialno delo v svoji praksi odgovarja.

Socialno delo se s samomorom ne ukvarja neposredno, a razpolaga z vednostmi o tem, kako ravnati in delati z ljudmi v stiskah. Milošević Arnold in Poštrak (2003: 128–144) navajata metode, ki jih uporabljamo v socialnem delu: delo s posameznim primerom, delo s skupino,

skupnostno socialno delo in raziskovanje v socialnem delu. Socialno delo razpolaga s petimi modeli, ki se razlikujejo glede na razumevanja človeka in njegovega odnosa s skupnostjo ter glede na vidike pojmovanja in umeščanja težav, stisk in problemov in na drugi strani načina iskanja rešitev. Poznamo tradicionalni, reformistični, radikalni, sistemsko-ekološki in socialno-konstruktivistični model.

Za udejanjanje dobre prakse si socialno delo prizadeva slediti sistemsko-ekološkemu in socialno-konstruktivističnemu modelu. Pincus in Minahan (1987) pojasnita sistemsko-ekološki model, ki se usmerja k spodbujanju učinkovitih povezav in interakcij med ljudmi in okoljem. Izhaja iz predpostavke, da okolje vpliva na možnosti uresničevanja osebnih aspiracij, vrednot, življenjskih nalog in reševanja težav. Milošević Arnold in Postrak (2003) opisujeta, kako se model opira na sistemsko teorijo, ekološki prijem in na holistično razumevanje človeka. Sistemska teorija prispeva k razumevanju, da se kultura in struktura družbe in medosebne interakcije odražajo na človeku. Kljub tej predpostavki teorija ne zanika individualnosti, neponovljivosti in specifičnost človeka, ki odraža njega samega in njegove življenjske izbire. Vsak_a posameznik_ca ima občutja, identiteto in mite, ki jih selektivno in individualno razvija, uporablja in ponotranji. Ekološki prijem v socialnem delu pomeni osredotočenost na interakcije med ljudmi in njihovim okoljem, ki potekajo preko pojavov adaptacije, transakcije, skladnosti med človekom in okoljem, recipročnosti ter povezanosti. Holističen pogled na človeka zajema celostno sliko človeka v njegovi življenjski situaciji. Razume ga kot celoto, ki je nastala na podlagi kompleksnih interakcij med biološkimi, psihološkimi, socialnimi in kulturnimi dejavniki. Ta model socialno dela usmerja v celostno razumevanje in obravnavanje človeka in njegove težave. Človek, ki potrebuje pomoč, in strokovna oseba sta v delovnem odnosu partnerja, ki skupaj raziskujeta možne rešitve. Takšno učinkovito partnerstvo je cilj socialnega dela v okviru socialno-konstruktivističnega modela. Upošteva, da si vsak človek ustvarja svojo realnost, katero najbolje pozna sam. Uporabnika se na podlagi spoštovanja njegove resničnosti spodbudi k sodelovanju pri iskanju rešitev.

Pri preprečevanju samomora ima socialno delo nepogrešljivo vlogo. Socialne_i delavke_ci predstavljajo velik delež stroke na področju duševnega zdravja (Manderscheid *et al.* 2004). Joe in Niedermeier (2008) opozarjata, da je premalo znanega o prispevku socialnega dela na tem

področju, čeprav socialno delo ogromno raziskuje na področjih, ki ponujajo znanje in razlage skozi dejavnike tveganja, zaščitne dejavnike in tvegano vedenje, ki lahko vodi v poskus samomora. Kljub temu da obstajajo raznolike raziskave drugih strok, avtorja vztrajata, da socialno delo s svojimi unikatni koncepti, perspektivami in tehnikami dela prispeva k razvoju vednosti za delo z ljudmi, ki imajo izkušnjo s poskusom samomora. Avtorja se opirata na ugotovitve raziskav s področja socialnega dela, da so ljudje, ki se znajdejo v stresnih situacijah (na primer ljudje, ki se preselijo v institucije, mladi, ki so izključeni iz šolskega sistema, in drugi), bolj izpostavljeni tveganjem za samomorilno vedenje. Ljudje se v takšnih situacijah lahko čutijo odtujene od drugih, njihova socialna mreža, ki bi jih lahko podprla v teh stresnih okoliščinah, pa je običajno pomanjkljiva. Ocena tveganja je najbolj pomembna v manjšinskih populacijah, ki so deležne zatiranja in diskriminacije. Da bi zmanjšali visoke stopnje stresa, ki se razvijejo v takšnih situacijah, se odzovemo s krepitvijo socialne mreže in podpore. Krepitev je pomembna predvsem zaradi nevarnosti, da ljudje, ki so stigmatizirani, ne bodo iskali podpore in pomoči.

Hlebec in Kogovšek (2004: 16) poudarjata, da socialno oporo potrebujemo v vseh življenjskih obdobjih. Povezanost z drugimi pomeni, da človek ni sam in da lahko nekomu zaupa. Avtorja povezujeta oporo s stresom. Ko osebo doleti stresni dogodek (npr. ločitev), se opora zmanjša, hkrati pa se potreba po opori poveča. Socialne vezi z bližnjimi so lahko hkrati vir opore in stresa.

Socialno delo pri svojem delu torej vedno upošteva kulturne in družbene dejavnike določene skupnosti. Rapoša Tajnšek (1993) pravi, da je koncept skupinskega življenjskega okolja izhodišče metode kolektivnega reševanja potreb in problemov v skupnosti. Iz koncepta izhaja tudi praksa socialnega dela v skupnosti, ki obravnava vse potrebe ljudi v kontekstu življenjske situacije znotraj skupnosti. Tradicionalna strokovna pomoč, ki temelji na odnosu med institucijo in strokovnjaki na eni strani ter ljudmi na drugi, zanemarja vlogo neformalnih mrež in medsebojne pomoči, zato je pogosto neučinkovita. Tradicionalna praksa ustvarja nemoč in ljudi postavlja v vlogo pasivnih prejemnikov storitev. Za reševanje problemov je v tem kontekstu potrebno vedno več kadra in denarja, kar ustvarja začaran krog institucionalizacije in vodi k zlomu blaginjskega modela socialne politike. V socialnem delu se skupnostni pristop kaže skozi prizadevanje, da bi ljudje probleme lahko reševali v okviru medsebojne pomoči v svojem

življenjskem okolju. Namen je, da se ljudje povežejo z vsemi obstoječimi viri medsebojne pomoči v skupnosti.

Da bi se ljudje lahko povezali z raznolikimi viri moči, ima ključno vlogo socialno delo, ki temelji na perspektivi moči. Saleebey (1997) perspektivo moči opredeli kot ravnanja socialne_ga delavke_ca, ki človeku pomagajo doseči svoje cilje in uresničiti svoje sanje. Ta ravnanja so utemeljena s tem, da pomagajo odkriti, raziskati in izkoristiti moči in vire človeka. To storijo z mobilizacijo človekovih moči (talentov, znanj, sposobnosti in virov) za podporo njegovih prizadevanj za doseg svojih ciljev in boljše kvalitete življenja, kakor si jo predstavlja sam. Perspektiva moči temelji na spoštovanju edinstvenosti vsakega človeka in njegovega življenja ter spoštljivem ravnanju z njegovo resničnostjo. Vir moči se začne z izkušnjo kompetentnosti, spoštovanja in dostojanstva, ki jo dobi v delovnem odnosu procesa podpore in pomoči.

Kadar se človek znajde v stiski, ki vodi v samomorilne misli in vedenja, se v socialnem delu lahko opremo na leksikon moči, kot ga opredeli Saleebey (1992):

- dodajanje moči pomeni nudenje podpore človeku na način, da odkrije in razširi svoje vire v sebi in v svojem okolju;
- včlanjenost pomeni spoštovanje človekove pravice, da čuti pripadnost v skupnosti. Če se človek počuti osamljenega, ga socialna delavka podpre pri vključevanju;
- moč okrevanja temelji na spoznanju, da so ljudje in skupnosti spodobne okrevanja in premagovanja težkih življenjskih udarcev;
- zdravljenje in celostnost je sposobnost posameznika, da ozdravi. Vsak človek ima notranji sistem podpore, na katerega se lahko zanese neodvisno od zunanjih vplivov zdravljenja;
- dialog in sodelovanje sta vir in moč za okrevanje. Temeljita na etiki udeležенosti in soustvarjanju nove zgodbe, ki se oblikuje na podlagi razumevanja, sporazumevanja in neprestanega dogovarjanja;
- odpovedati se misli, da ne verjamemo v moč ljudi, zahteva, da moramo ljudem verjeti in jim priznati pravico do njihove resničnosti.

Šugman Bohinc (2010) opiše, da se postmoderno socialno delo izvaja preko udejanjanja stališča etike udeležnosti, ki ustvarja odnosni kontekst dialoške prakse, v katero je vsaka udeležena oseba povabljena, da izrazi in se sliši ter upošteva njen glas, da se pridruži v vlogi partnerke_ja v zanj_o organiziranem delovnem odnosu podpore in pomoči. Dialoška praksa prinaša spremembe na področju porazdelitve moči med udeleženi, redefinira njihovo izvedenstvo (uporabnica_k je največja_i izvedenka_ec za svoje življenje, strokovnjak_inja pa izvedenec_ka za organizacijo konteksta podpore in pomoči). Proces soustvarjanja zelenih razpletov poteka na način dialoga. Preko sodelovanja lahko v trenutkih, ko ne vemo, kako ravnati, ljudi kar vprašamo in nam povejo sami (Lamovec 1995: 319).

Flaker (2003) se kritično odzove na debato o socialnem delu in postmoderni, ker socialno delo ni v prvi vrsti diskurz, temveč udejanjane in urejanje stvari. Uporabnice_ki konstrukcijam vrednot socialnega dela ne zaupajo. Pogovarjati se lahko začnemo šele takrat, ko stvari ustvarimo in naredimo. Flaker torej pravi, da je socialno delo disciplina, ki temelji na pragmatiki in ne na gramatiki. Stvari ne ureja od zgoraj, temveč temelji na etnografiji tega, kar ljudje delajo in kar je možno storiti. Socialno delo je usmerjeno v delovanje v konkretnem svetu ljudi preko dialoga.

Čačinovič Vogrinčič in sodelavci (2005) pravijo, da je pogovor osrednji prostor, v katerem se dogaja proces podpore in pomoči socialnega dela. Postmoderni koncepti poudarjajo pomen pogovora, govora, jezika in odprtega prostora, v katerem so vsi udeleženi soustvarjalci in sogovorniki. Cilj pogovora v socialnem delu je ustvariti izkušnje, ki ponujajo nove poglede, alternative, rešitve in drugačno razumevanje. Avtorice in avtorji opišejo proces pomoči v socialnem delu preko razsežnosti sprememb. Proces se začne s pridruževanjem ljudem in družinam. Od tam skupaj nadaljujejo z odkrivanjem problema in rešitve. Sledi spreminjanje v smeri dogovorjenih in uresničljivih sprememb, na koncu pa uresničene spremembe proslavijo.

V pogovoru se uporablja jezik socialnega dela, ki opogumlja, dodaja moč in vključuje (Čačinovič Vogrinčič in sodelavci 2005). Jezik se osvobodi teoretskih diagnostičnih kategorij (Šugman Bohinc 2010). Flaker (2003) opozarja, naj ne pripisujemo ljudem lastnosti, ki jih uvrščajo v kategorije (npr. zlorabljene in trpinčene ženske), ker jih s tem stigmatiziramo, proti temu pa se socialno delo bori. Predlaga, da je bolj produktivno, če razmišljamo in razvrščamo

glede na situacije, ki sprožijo stisko (npr. ljudje, ki se znajdejo v kompleksnih problematičnih situacijah; ljudje, ki potrebujejo organizirano in kontinuirano skrb, pomoč, podporo; ljudje, ki imajo težave s stanovanjem in bivanjem, pomanjkljive socialne mreže, težave v stikih z ljudmi ...).

Grebenc in Kvaternik (2008) pojasnjujeta, da se službe na področju socialnega dela lahko izognejo etiketiranju ljudi in se osredotočijo na tiste vidike življenja ljudi, ki ljudem predstavljajo stisko. Takšna osredotočenost je ločena od oznake, ki so jim jo pripisale druge službe. Socialno delo ne potrebuje vednosti o diagnozah, ampak informacije o tem, kako osebe živijo s temi diagnozami. Za preprečevanje etiketiranja ljudi moramo prenehati uporabljati diagnostične besede in jih zamenjati z opisi različnih situacij, v katerih ljudje prepoznajo težave. Glede izbora besed in opisov se z ljudmi vedno sporazumemo tako, da preverimo, če smo pravilno razumeli v čem je težava in na kakšen način si želijo, da jim ponudimo podporo. Opisi teh situacij nam služijo za operacionalizacijo dela, zato opise prevajamo v potrebe. Ko potrebe prepoznamo in se o njih sporazumemo, se lahko začne proces iskanja možnih rešitev in pogajanje s ključnimi akterji, ki jih je treba mobilizirati. Pri izrisu takšne mreže podpore je ključni načrtovalec človek, socialna_i delavka_ec pa človeka v tem podpre z informacijami, z razdelavo možnih scenarijev, s pojasnjevanjem postopkov in naše vloge, ki je sodelovalna in zagovorniška. V socialnem delu je nujno verjeti v človeka in njegove moči, ki jih spoznamo preko pripovedi. Nastajanje pripovedi spodbujamo z vprašanji o tem, kako oseba živi, se počuti in kaj si želi, da bi se v življenju spremenilo, kaj občuti kot glavne ovire, kako bi rada, da ji pomagamo in kdo vse lahko pri tem prispeva. Skupaj z ljudmi raziskujemo in interpretiramo vsakdanje situacije. Preko pridobljenih informacij skupaj s človekom poiščemo tiste vire pomoči, ki so na voljo, in tiste, ki jih potrebuje. Kadar potrebnih virov še ni, je vloga socialnega dela, da jih skupaj s človekom poišče in soustvari. Na ta način so ljudje vedno udeleženi pri načrtovanju in izvajanju storitev, socialno delo pa vedno zanima to, kar človek v resnici potrebuje.

V socialnem delu nas ne zanimajo vzroki in posledice, temveč nas zanimajo zgodbe ljudi. Ne sprašujemo se zakaj, temveč spodbujamo pripoved zgodbe, preko katere skupaj z ljudmi spoznamo, na kakšen način prihaja do težav, stisk in rešitev. Flaker (2003) pojasnjuje, da so teoretska vprašanja bolj usmerjena v praktično delovanje, ne toliko v razlago družbenih

fenomenov, zato se sprašujemo bolj, kaj naj storimo in kaj deluje, ne toliko, zakaj je tako ali kako si lahko nekaj pojasnimo.

Anderson in Goolishian (1992) se osredotoča na odpiranje prostora za razgovor, da bi se lahko razvile novosti, nove zgodbe in pripovedi o sebi. Socialna delavka zavzema držo nevednosti, ki prispeva k odprtju prostora za dialog, saj pri ljudeh sproži refleksijo, da želi izvedeti več o njihovi zgodbi. S svojo držo spodbuja ljudi, da z njo podelijo svoje samorazumevanje. Kadar je socialna delavka hermenevitično narativno naravnana, je ne zanimajo resnice ali laži o zgodbah ljudi, niti ne želi imeti apriorne vednosti ali vnaprejšnjega namena ravnanja. Zanaša se na človekovo razlago, sprejme in vzame njegovo zgodbo resno in se mu pridruži v njegovem referenčnem okvirju, v njegovem doživljanju pomenov in (samo)razumevanja. Na ta način socialna delavka vzpostavi kontekst za sodelovanje, v katerem lahko vsak udeležen podeli svoje pomene z drugimi in razvije nove. Ob tem se ohranja medsebojna interpretativna različnost, ker se zaradi nevsiljivosti lastnih interpretacij udeleženi ne potrebujejo varovati pred drugimi. Avtorja opredelita pripovedovanje zgodbe kot reprezentacijo doživetja, s čimer mislita na ponovno ubeseditev izkustva, na konstruiranje zgodovine v sedanjosti. Pripovedovanje osebne zgodovine v sedanjosti pomeni pripovedovanje nove zgodbe, ker se stara zgodba postavi v nov kontekst preko preokvirjanja. Naloga socialne delavke je raziskovati vire "do sedaj nepovedanega", predvsem vire moči, ki spodbujajo radovednost, učenje, domišljijo in predstavljivost, kako ustvariti novo zgodovino in novo prihodnost (Šugman Bohinc 2003).

Šugman Bohinc (2015) podarja pomen ponovnega pisanja zgodbe v narativnih pristopih podpore in pomoči. Uporaba eksternalizacije omogoča, da človek lahko dekonstruira posamezna ponotranjena socialno kulturna sporočila in mišljenjske vzorce oziroma zgodbe, ki ohranjajo in vzdržujejo problem. Raziščemo enkratne, izjemne razplete v njihovih starih zgodbah, kjer so prisotni problemi. Človek nato razpolaga s tem, da izbere, kaj v obstoječi zgodbi želi obdržati, in razvije bolj okrepljujoče zgodbe o sebi, ki so bile do sedaj potisnjene v ozadje, spregledane in neprepoznane.

Urek (2001) opredeli tri pomembne značilnosti pripovedovanja zgodb v socialnem delu: družbena konstrukcija zgodb, interpretativnost procesov in razmerja moči, v katera so zgodbe ujete. Zgodbe ljudi so za socialno delo pomembne pri odpiranju vprašanj o konstrukciji in

izražanju pomenov, oblikovanju identitete, ustvarjanju vsakdanjega življenja in drugih. Narativne prakse v socialnem delu odpirajo prostor za dialog. Spodbujajo večjo udeležbo pri vzpostavljanju vednosti in omogočajo samoreprezentacijo.

Iz opisa nekaterih izbranih izhodišč, načel in etike socialnega dela je razvidno, da socialno delo razpolaga z mnogimi univerzalnimi pristopi, ki so uporabni v najrazličnejših situacijah neglede na izhodiščno vrsto problematike. Šugman Bohinc (1997) poudarja prednosti in posebnosti socialnega dela v tem, da se upira in izmika dokončnim konceptualnim in metodološkim opredelitvam. Takšna ohlapnost prinaša netrivialnost, neponovljivost in nepredvidljivost vsakokratne interakcije med ljudmi in socialnimi delavkami_c. Socialno delo lahko razumemo kot teorijo o neteoriji, kot instrument za ustvarjanje in uporabo katerega koli potrebnega orodja v dani situaciji.

Feldman in Freedenthal (2006) pojasnjujeta vlogo socialnega dela na področju samomora, v katerega socialne delavke in delavci vstopajo preko raznolikih socialnih storitev in so zato v poziciji, v kateri morajo intervenirati pri ljudeh, pri katerih se kaže samomorilno vedenje. Poleg tega avtorja opozarjata, da lahko v procesu podpore in pomoči socialnim delavkam in delavcem ljudje pripovedujejo o samomorilnih občutkih in mislih, ki lahko odpirajo etične in filozofske dileme glede zaupnosti, varovanja podatkov, načina zaščite ljudi in preprečitve ogrožajočega vedenja, da bo skladen z upoštevanjem pravice do samoodločanja. Tovrstne dileme kažejo, kako pomembno je, da so socialne delavke in delavci ustrezno pripravljeni in kompetentni za intervencije.

2. Problem

Skozi življenje sem se s temo samomora srečevala v različnih oblikah, a sem nanjo vedno gledala z distance, saj sem ob njej čutila ogromno strahu. Tekom študija sem se med študijsko prakso večkrat soočila s temi temami, predvsem v interakcijah z uporabnicami in uporabniki. Ker v okviru študija nisem pridobila znanj in spretnosti za ustrezno ravnanje na področju samomora, se je moj strah in občutek nekompetentnosti stopnjeval. Ne samo na področju samomora, temveč tudi glede drugih kriznih intervencij, povezanih s situacijami, kjer je ogroženo človekovo življenje. Nekaj možnih načinov ravnanja v takšnih situacijah sem se

naučila od strokovnih delavk_cev v učnih bazah, kjer sem opravljala prakso ali prostovoljno delo, zato sem se odločila, da se tem temam še bolj posvetim in poglobim svoje spretnosti. Menim, da se kriznim intervencijam in temi samomora v socialnem delu premalo posvečamo, kar je verjetno del razloga za to, da medicina prevzema mandat na področju samomora in da je sodelovanje med socialnim delom, medicino in drugimi strokami neustrezno.

Delo na področju samomora od interventnih služb zahteva posebna znanja in ustrezna ravnanja. Strokovnjaki_nje so prepričani_e, da delajo dobro in da so ljudje zadovoljni z obravnavo. Sodeč po zgodbah, ki sem jih spoznala v času študijske prakse, pa izkušnje govorijo drugače. Različni ljudje z izkušnjo, strokovnjaki in službe pojav samomora, potrebe ter ustrezne oblike podpore in pomoči razumejo z različnih teoretičnih stališč, zornih kotov in življenjskih filozofij. Predpostavljam, da so razhajanja in neujemanja rezultat neustrezne komunikacije in sodelovanja znotraj interdisciplinarnega tima ter navsezadnje tudi pomanjkljivega dialoga z ljudmi, ki vstopajo v proces podpore in pomoči. Na podlagi te predpostavke sem oblikovala osrednje teme raziskovanja:

- Samomor kot del osebne zgodbe in njegov potek (splet okoliščin in samomorilni proces)
- Razumevanje problematike in potreb ljudi, ki imajo izkušnjo poskusa samomora, ter oblik pomoči
- Način razmišljanja ljudi z izkušnjo poskusa samomora in strokovnjakinj_ov o samomoru. Potek interakcij med človekom, ki ima izkušnjo poskusa samomora, okoljem in različnimi strokovnjaki

3. Metodologija

3.1. Vrsta raziskave

Raziskava je eksplorativna, saj problematika še ni raziskana v dovolj veliki meri za razumevanje dinamike med potrebami ljudi, ravnanji interventnih struktur in komunikacijo med njimi. Namen moje raziskave je ugotoviti razlike med razumevanjem potreb in ustreznih odzivov nanje med ljudmi, ki uporabljajo storitve, in interventnimi strukturami, ki jih nudijo. Morebitna razhajanja so lahko podlaga za oblikovanje drugačnih programov in intervencij, ki bi bolj ustrezale

potrebam ljudi. Raziskava je kvalitativne narave, saj sem z intervjuji zbrala besedne opise in pripovedi ljudi in jih besedno analizirala (Mesec 2007: 11).

3.2. Merski instrumenti in viri podatkov

Merski instrument moje raziskave je delno standardiziran intervju, s pomočjo katerega sem preko dialoga z ljudmi, ki imajo izkušnje s področja samomora, pridobila informacije. Po eni strani so to informacije o potrebah ljudi, ki imajo osebno izkušnjo s področja samomora, po drugi strani pa informacije o praksah interventnih služb s tega področja. Anonimnost sogovornikov sem zagotovila tako, da sem jim poslala transkripte, ki so jih lahko preuredili in mi nazaj poslali takšne, kot jim ustrezajo. Intervjujev in analize - z namenom zagotavljanja anonimnosti - ne prilagam k diplomski nalogi. Smernice za vprašanja so v prilogi 1. Vprašanja sem prilagajala glede na potek in smer pogovora. Zaradi narave teme sem bila pozorna, da so strokovnjakinje in strokovnjaki lahko varovali podatke svojih uporabnic in uporabnikov. Pri intervjuvanju sem pazila, da se vprašanja ne bi stopnjevala v smeri morebitne stiske sogovornic in sogovornikov.

3.3. Enote raziskovanja – populacija in vzorčenje

Populacijo sestavljajo ljudje vseh starosti in spolov, ki imajo osebno ali strokovno izkušnjo s področja samomora. Ker je populacija, predvsem ljudje z osebno izkušnjo s področja samomora, precej skrita, sem uporabila neslučajnostni priročni vzorec po metodi snežne kepe. K sodelovanju sem povabila ljudi, za katere vem, da imajo takšne izkušnje ali poznajo koga, ki jih ima. Stik sem navezala s tistimi ljudmi, za katere vem, da se pri svojem delu srečujejo s temo samomora, in jih prosila, da me povežejo še s kom, ki ima tovrstne izkušnje.

Po tem postopku sem prišla v stik z 18 ljudmi, s katerimi sem naredila intervju. 10 intervjujev sem naredila z ljudmi, ki imajo osebno izkušnjo poskusa samomora. Med njimi je bilo 6 žensk in 4 moški, stari med 23 in 29 let. 8 intervjujev sem naredila s strokovnjaki_njami, ki se pri svojem delu srečujejo s temo samomora. Med njimi so bile_i socialne_i delavke_ci, psihoterapevke_i in psihiater, stare_i med 29 in 54 let.

3.4. Zbiranje podatkov

Podatke sem zbrala z metodo spraševanja. Uporabila sem tehniko delno standardiziranega intervjuja. Postavila sem izhodiščna vprašanja, ki so bila vnaprej pripravljena, tekom pogovora pa sem navezovala podvprašanja na teme, ki so jih sogovornice in sogovorniki sami izpostavili. Smernice intervjuja sem pripravila sama. Oblikovala sem jih na temelju prebrane literature in vednosti o delovanju služb in osebnih izkušnjah ljudi. Pri postavljanju podvprašanj sem torej izhajala iz perspektive sogovornikov. Preko njihovih besednih opisov sem prišla do novih ugotovitev v smeri reševanja raziskovalnega problema. Na temelju zbranega gradiva sem oblikovala poskusno teorijo o tem, kakšne so potrebe ljudi na področju samomora in kako jih razumejo različne_i strokovnjakinje_i. Obseg intervjuja in vprašanj nista bila določena, pričakovala sem približno eno- do dvourne pogovore. Pogovori so potekali preko Skypa ali telefonskega pogovora, v času 18.6.2016 do 4.8.2016. Za termine sem se vnaprej dogovorila s potencialnimi sogovornicami in sogovorniki. Pogovore sem z dovoljenjem sogovornic in sogovornikov posnela. Vsak pogovor je potekal individualno. Natipkane transkripte so vse_i sodelujoče_i prejele_i, da so vsebino lahko v miru prebrali in po potrebi preoblikovali v končno besedilo, za katerega se strinjajo, da ga uporabim pri analizi.

3.5. Obdelava podatkov

Pridobljene podatke sem kvalitativno obdelala s procesom kodiranja. Posnete intervjuje¹ sem najprej pretipkala v program Microsoft Word v obliki dialoga, ki sem ga poskušala zapisati čim bolj dobessedno. Iz zapisov sem izpisala dele besedila in jih razčlenila na vsebinske sklope. Dele besedila oz. izjave, ki izražajo enako ali podobno vsebino, sem označila z isto kodo. Izjave istega vsebinskega sklopa sem razvrstila v posamezne kategorije, te kategorije pa sem kasneje dodatno razčlenila v podkategorije. Vsaki enoti sem pripisala pojem, ki najbolje zajame bistvo izbranega dela besedila.

¹ Vso nastalo kvalitativno gradivo se nahaja na avtorčinem domu.

Tabela 1: Primer kodiranja

Št. izjave	Izjava	Pojem	Nadpojem	Kategorija	Podkategorija
B46	Ko gre za takšne primere izražanja stiske, se večkrat obrnemo na psihiatrijo, pokličemo tudi policijo ali pa reševalce, pokličemo in pridejo policaji zraven.	sodelovanje, ukrepanje	krizna intervencija	komunikacija	interdisciplinarno
R74	Sploh ne vem, kakšen bi bil pravi pristop, ampak oni so se hoteli čisto odkrito o tem pogovarjati, česar pa jaz nisem zmogla, nisem mogla povedati tega po poskusu.	odnos	pogovor po poskusu samomora	komunikacija	odziv na opozorilne znake
B4	Stiske se kažejo kot rezanje kože, zelo samodestruktivno vedenje, tvegana uporaba drog ali tablet se poveča ali pa se poveča konzum kakšnih slabih drog, kot je plin za polnjenje vžigalnikov. To je zelo močen krik na pomoč.	vedenjska dinamika	tvegano vedenje	odnos do samomora	razumevanje samomora
F92	In potem preverjam pri sebi, ali se počutim res nemočnega, zakaj bi se, kaj je v tej temi, o čem sva se pogovarjala in, če vidim, da to ni moje, potem pa vprašam, če še kej drugega čutijo, ali so v podobnih situacijah še kaj drugega čutili.	delo na sebi	samorefleksija	odnos do samomora	skrb zase
S272	Če si res to želi, jaz bi vseeno rajši rekel	vrednotenje	reševanje življenja	odnos do samomora	stališča

	naj se še malo pogovori, pa če je mogoče kaj narediti. Rad bi tisto najbolj, da poskuša ugotoviti, če je res samomor končna pot.				
R302	Težko se soočim s smrtjo drugih ljudi, s svojo smrtjo nimam težave, razen prehitra smrt zaradi žalosti mojih staršev mi ni OK. Straši me moje staranje in umiranje.	odnos do smrti	strah	odnos do samomora	osebno doživljanje
P192	Ta stvar bi se mogla zgoditi v šolah, da bi eno uro namenila tem temam, ne zdaj da imaš predmet iz tega, ampak neko ozaveščanje.	ozaveščanje	predlogi	potrebe in oblike pomoči	dobre prakse
I33	Pa tudi ta javna stanovanja, to bi morali malo hitreje reševati prošnje, ne pa da si štiri leta na čakalni vrsti. To lahko že umreš v tem cajtu. Ker je ful praznih stanovanj, pa jih nočejo oddat.	socialna stanovanja	čakalne vrste	potrebe in oblike pomoči	postopnost področij
E11	Ljudi so kje našli nezvestne 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 po poskusu.	postopek	napotitev	potrebe in oblike pomoči	stik s službami
F48	To čisto neposredno. Rečem, da je običajno v moji	antisuicidalni dogovor	psihoterapija	potrebe in oblike pomoči	oblike pomoči in metode dela

	praksi, da v takih primerih, ko je to smiselno in potrebno, sklenem in podpišemo antisuicidalni dogovor.				
S100	Zdravnica na EAP-ju je bila zelo ja, ja, saj bomo tukaj vse poštimali in sploh nisem imel odnosa z njo. Imela je zelo jebivetrski odnos, ona je bila tam samo zato, da je zadržala paciente, kot pa kaj drugega, vsaj tako se mi je včasih zdelo.	odnos	neoseben	potrebe in oblike pomoči	odnos služb
M254	Predvsem to, pogovori, pogled iz njegove perspektive na moje stvari, ker včasih rabim objektivno mnenje nekoga drugega.	pogovor	nepristransko	potrebe in oblike pomoči	potrebe
K45	Ko pride pač to težko stanje, ne moreš občutiti tega napredka, tega, da si nekaj že naredil in da si tudi nekaj vreden, če temu tako rečem.	težave v duševnem zdravju	depresija	splet okoliščin	dejavniki tveganja
K6	Vem, da, preden sta šla, sem par tistih Aspirinov pogoltnil, pol sem si pa banjo začel točit, ki je ne uporabljamo sploh, ker imamo tuš kabino. In pol sem ven metal stvari iz banje in sem natočil vodo, precej toplo.	poskus samomora	izvedba	splet okoliščin	opozorilni znaki
R296	Sploh ne vem, kako sva do tega prišla, enkrat sva se začela pogovarjati. Ful mi je bilo lepo, ful me je pomiril.	socialna mreža	družina	splet okoliščin	zaščitni dejavniki

1. Komunikacija

- interdisciplinarno (B46)
- nagovoriti opozorilne znake (R74)

2. Odnos do samomora

- razumevanje samomora (B4)
- skrb zase (F92)
- stališča (S272)
- osebno doživljanje (R302)

3. Potrebe in oblike pomoči

- dobre prakse (P192)
- dostopnost področij (I33)
- stik s službami (E11)
- oblike pomoči in metode dela (F48)
- odnos služb (S100)
- potrebe (M254)

4. Splet okoliščin

- dejavniki tveganja (K45)
- opozorilni znaki (K6)
- zaščitni dejavniki (R296)

4. Rezultati z razpravo

Med prikazovanjem rezultatov in razpravo za sogovornice_ke, ki so v intervjujih pripovedovali o izkušnji poskusa samomora, izmenično uporabljam izraze "ljudje", "ljudje z izkušnjo" in "uporabnice_ki". Pripovedi njihovih izkušenj povezujem z izkušnjami strokovnjakinj_ov, ki delajo na področju samomora. Rezultate razvrstim v štiri večje sklope. Začenjam z opisom spleta okoliščin pred poskusom samomora, na katerega v nadaljevanju navežem proces samomora, ki predstavlja del osebne življenjske zgodbe ljudi. Sledi vsebina o potrebah ljudi z izkušnjo in o metodah dela strokovnjakinj_ov, ki se na potrebe teh ljudi odzivajo. Zaključujem s temo o razumevanju in odnosu do poskusa samomora, življenja in smrti – o tem, kako razmišljanje o samomoru, o sebi in ljudeh, ki imajo to izkušnjo, vpliva na potek samomora, doživljanja sebe in drugih.

4.1. Okoliščine pred poskusom samomora

Ljudje z izkušnjo prepoznavajo splet različnih dogodkov, občutkov in dejavnikov, ki so bili del samomorilnega procesa. Okoliščine sem razvrstila v kategorije, za boljše razumevanje njihove umestitve pa pred tem navajam tri splošne kategorije dejavnikov tveganja, ki jih podaja Marušič (2003):

- 1) Individualna kategorija vključuje vse osebne poteze in duševno stanje osebe. Negativno razpoloženje (brezup), ravnanje po trenutnem vzgibu (impulzivnost) in pretirana ravnanja (agresivnost), povečujejo tveganje za samomorilno vedenje. Med duševnimi motnjami sta najizrazitejši depresivna motnja in zloraba PSA.
- 2) Medosebna kategorija govori o tveganju zaradi socialne izolacije, družbene osamljenosti, brezposelnosti, samskega stanu, ovdovelosti in neurejenih družinskih razmerah. Nezmožnost vzpostavljanja ali rušenje osebnega, vzajemnega odnosa, povečuje tveganje za samomorilno vedenje.
- 3) Družbena kategorija zajema družbene dejavnike in značilnosti okolja, ki pri osebi izzovejo ali spodbudijo neugodno duševno stanje in medosebne odnose (trajajoča brezposelnost, nizki dohodki, ločitev, odsotnost pomoči bližnjih, idr.). Povečano tveganje se pojavi, kadar se kategorije med seboj prepletajo.

Tekavčič Grad (1995) poudarja pomen poznavanja najpogostejših dejavnikov, a dodaja, da je oseba s samomorilnimi mislimi unikatna oseba, za katero tudi vsi statistični dejavniki vedno ne držijo. Lahko pa so v pomoč pri ocenjevanju samomorilne nevarnosti.

Prikaz rezultatov začenjam z opisom različnih spletov okoliščin, ki so jih navedle_i sogovornice_i kot ključne pred poskusom samomora. Prepletam opise ljudi z izkušnjo in opažanja strokovnjakinj_ov. Okoliščine bom opisala v sklopih težav v duševnem zdravju, težav v družini in odnosih s pomembnimi drugimi, težav zaradi socialne ranljivosti in življenjskega sloga.

4.1.1. Težave v duševnem zdravju

Ljudje z osebno izkušnjo poskusa samomora opisujejo težave v duševnem zdravju kot pomemben dejavnik v obdobju pred poskusom samomora. Izpostavijo naslednje motnje in stanja: depresivna stanja, mejno osebnostno motnjo in anksiozne motnje – govorijo pa tudi o občutkih depersonalizacije in psihotičnih epizodah. Sogovornice_ki pripovedujejo o doživljanju stisk zaradi notranjega dogajanja, poslabšanja stanj, stigme in nerazumevanja s strani okolja. Težave v duševnem zdravju se lahko kopičijo in prepletajo. Strokovnjaki_nje pri uporabnicah_kih opažajo pridružene motnje, ki njihovo duševno stanje poslabšajo.

"Pri večini se pojavljajo različne diagnoze, tako fizične kot duševne. Pri nekaterih gre za posledice načina življenja, druge pa so že prej imele psihiatrične težave, ki so z jemanjem drog samo še poslabšale bolezen."

Grebenc in Kvaternik (2008) pojasnjujeta, da se besedna zveza dvojne diagnoze uporablja za ljudi, ki imajo vsaj dve diagnozi in ustvarja vtis, da pri človeku prevladujejo zdravstvene težave. Glavni problem strokovnjakov pri delu z ljudmi z raznovrstnimi težavami je, da ne vedo, kako naj z njimi delajo in kam naj jih usmerijo.

4.1.1.1. Osebnostne motnje

Dernovšek (2004) povezuje mejno in antisocialno osebnostno motnjo s povečanim tveganjem za samomorilno vedenje. Povezavo argumentira s slabšim obvladovanjem impulzivnosti in manj stabilno socialno mrežo, ki naj bi bili posledici kriznih stanj zaradi omenjenih motenj.

Ena izmed sogovornic pripoveduje o prepletanju depresije in mejne osebne motnje. Opisi občutkov, ki jih doživlja v akutnih stanjih, se ujemajo z značilnostmi doživljanja v obdobju pred poskusom samomora, ki jih izpostavlja večina ostalih sogovornic_kov (v nadaljevanju).

"Jaz sem bila nasploh v hudi depresiji, zaradi katerega se je potem tudi kao razvil ta moj 'borderline', to imam že od nekdaj." ... "Jaz osebno imam izbruhe izključno, ko pride do zapustitve. Jaz drugih problemov sploh nimam." ... "Ti pa od začetka ni nič jasno, na začetku si sam z enim navalom z enimi ekstremnimi čustvi, z eno ekstremno količino čustev. Smrt je, mislim, je videti nekaj čudovitega proti temu. Stanje brezupa, tako stanje strahu, tako stanje zakrčenosti, prav ... mislim, a veš, napade, prav napade sem imela. Izpade – sem se tresla, sem se zabijala z glavo v steno, bruhal sem, vse to. Fizično sem zbolela zraven, tak je bilo. Na žalost imam pa še vedno izpade, ko me ful izmučijo in sem pač mal brez življenjske energije."

4.1.1.2. Anksiozne motnje

Kast (1991) pravi, da anksiozna stanja dovoljujejo, da se kriza razvije po svojih pravilih. Zavest se skrči na aktualen problem in zanemari vse ostalo. Kriza na ta način človeka preplavi v celoti. Milivojević (2008) razloži, da anksioznost daje občutek nezmožnosti soočanja s problemi, ko oseba oceni, da celotna življenjska situacija presega njene sposobnosti spoprijemanja.

Sogovornica opiše doživljanje anksioznosti, ki vodi v odmikanje od ljudi. V tem kontekstu lahko socialno izolacijo razumemo kot posledico intenzivnega notranjega doživljanja tesnobe, prek katere se začne kopičenje in prepletanje več težav. Intenzivno doživljanje anksioznosti in izolacija pa sta prav tako značilni karakteristiki samomorilnega procesa.

"Enkrat se spomnim, da sem se štiri ure skrivala v WC-ju v šoli. To je bila taka stopnja anksioznosti, taka socialna fobija, nisem hotela, da me kdorkoli vidi."

4.1.1.3. Depresivna stanja

Doživljanje depresivnih stanj sogovornice_ki opisujejo kot težko stanje, ki naredi življenje še bolj nevzdržno.

"Ko si pa v tem depresivnem stanju pa to nekako ne moreš teh stvari sprejemati, prevprašuješ, zakaj moraš toliko sprejemati pa prenašati, nekako gre drugo z drugim, z roko v roki in se pač potencira, da je to neznosno."

Za depresijo je značilno dlje trajajoče stanje z vzponi in padci. Sogovornice_ki opisujejo, da se depresivna stanja pojavijo dokaj hitro in nenadno, zato se je nanje skoraj nemogoče pripraviti tako, da bi stisko preprečili ali bistveno zmanjšali.

"Ker se borim s tem zdele že deset let in to je večna borba. To je življenjska borba."

"Ampak se mi zdi, da nikoli ne moreš biti stoprocentno pripravljen na to in se odzvati na to, da bi pač znižal to stisko."

"Kljub temu da pač na terapiji itak govoriš o marsičem pa to, ampak to obdobje kar naenkrat pride, par dni nazaj si še normalno vse delal, si morda celo kdaj optimističen in se nekako slika zaobrne na drugo stran in je vse navzdol, pol je pa težko, ker je kot spirala in začneš padati in si ujet v svoji lastni glavi."

Sogovornice_ki razložijo, da gre pri depresiji za notranje dogajanje, pri katerem je prisoten konstanten občutek nezadovoljstva, ki običajno ni neposredno povezan s konkretnimi vzroki oziroma nekimi izoliranimi, specifičnimi dogodki.

"Vsi depresijo opisujejo o samomoru in nespečnosti, ampak pri meni gre za to nezadovoljstvo, ker tudi ko je vse super, je tako bbb. Meni se zdi, da je v zadnjem delu glave, v enem kotu, kar mi malo manjka."

"Zase lahko rečem, da je to bolj notranje dogajanje. Recimo pri sebi ravno to, kar sem rekel, da ne vem nekih vzrokov."

Mnogi_e sogovorniki_ce prepoznavajo prisotnost depresije tudi pri drugih družinskih članih.

Predpostavljajo, da imajo zaradi tega tudi sami večji potencial za razvoj depresije.

"Na splošno se mi zdi, da še vedno imam depresijo in strahove, zdi se mi, da sem imela depresijo od majhnega, ker jo imata tudi babi in mami, in jaz res mislim, da imam dedno depresijo."

Žmitek (2010) problematizira takšne trditve na podlagi pomanjkljivih znanstvenih dokazov. Več primerov samomorilnosti znotraj družine povezuje z ranljivostjo in molkom o dogajanju, problemih ali samem fenomenu.

Poslabšanja in nihanja sogovornice_ki med drugim opazijo pri spremembi letnih časov, predvsem v zimskem času:

"[...] ampak pozimi ratam zelo depresivna, imam nihanja, ki so bolj opazna kot normalno."

"Pa tudi to, da je bila zima takrat, zaradi tega je bilo še vse slabše, mrzlo, tema."

Duševno zdravje je še vedno pojav, o katerem ljudje molčijo in ne vedo, kako se nanj odzvati.

Sogovornice_ki pripovedujejo o skritem trpljenju in doživljanju, za katerega nimajo besed, da bi

ga opisali na način, da bi jih ljudje zares razumeli. Na drugi strani imajo ob sebi ljudi, ki se zaradi nevednosti odzivajo preveč vsiljivo ali pa se popolnoma umaknejo. V obeh primerih se zdi, da ljudje ostanejo sami v svoji stiski.

"Večkrat je bilo tako, da na nek način, ne vem, ko maš vse to v sebi, te občutke, sem si jaz večkrat želel, da bi bilo to vidno, da bi rekel, to je to, kar nosim v sebi. Kot da bi rekel, zdaj bom pa pokazal nekaj materialnega. To so moji občutki." ... "Ne tisto, da bi moral vsem razlagati ali pa da bi morali vsi vedeti, ampak v tem smislu, da bi kdaj rekel: 'Lej, jaz v sebi to čutim, ali lahko razumeš, da mi je hudo.'"

"Večkrat sem si želel, da ko bi to rekel, da bi dobil neko priznanje ali prepoznanje tega, da se mi vse to dogaja, da sem v taki stiski." ... "In če bi v določeni situaciji rekel res ne, danes pa nisem v situaciji, da vstanem s postelje, da imaš priložnost tudi odležati." ... "Ampak hitro se lahko mogoče pol, ne vem, da te kar pustijo pri miru in da si pol sam s tem, ampak tako no."

4.1.1.4. Stigma

Lamovec (1998) govori o stigmi, ki nastane s postavljenjo diagnozo. Ljudje dobijo etiketo duševnega bolnika. Diagnoza se ne razume kot motnja, ki jo človek ima, temveč se človek istoveti z njegovo motnjo. Sogovornice_ki, ki se čutijo ob težavah v duševnem zdravju stigmatizirani, doživljajo občutke sramu in strahu pred morebitnimi posledicami.

"Ampak me je strah zaradi kartoteke, da bi kje vplival zaradi službe ali pa vplival v prihodnosti." "Čeprav, ko bereš in prebereš stvari, se potem začne spet skrbet, ker se zdi, kot da si serijski morilec. O nas pišejo take, kot da smo največje pošasti, s tem da 'borderline' so ful različne faze, nekateri imamo lahko popolnoma normalno življenje."

4.1.2. Težave v družini

4.1.2.1. Vzgoja

Tomori (2004) piše, da se težave v družini, ki jih ljudje povezujejo z razvojem samomorilnosti, pogosto začnejo že v otroštvu pri vzgoji. Govori o dveh skrajnostih, pri katerih gre na eni strani za prepuščenost samemu sebi in na drugi strani za pretiran nadzor nad otroki. Sogovornice_ki opišejo izkušnje obeh primerov:

"Sem človek, ki, če bi imel par omejitev, par smernic, bi lažje shendlala to, kot da so mi dali proste roke, kar me je strašilo. Jaz nisem vedela." ... "Ampak na splošno, da mi niso pokazali,

sem jaz iskala najbolj take stvari v upanja, da bosta rekla stop, zdaj pa ne smeš tega, zdaj pa se moraš spraviti k sebi. Pa ne obsojam staršev. Ampak če ni bilo omejitev, sem iskala zadnjo mejo."

"... mamina obsedenost z ocenami, s popolnostjo. V bistvu se je moji mami šlo samo za to, kakšne ocene sem imela, jebalo se ji je za vse drugo. Če sem zbolela, je rekla, ja sej so počitnice, to je važno, da šole ne boš zamudila. Ni bilo važno niti, koliko sem dobila oceno, tudi če bi prepisovala, da ni bilo pošteno, to ni bilo važno, samo številka je štela. Zaradi tega sem se blazno uprla in sem totalno fušala šolo. Začela sem na veliko špricat in je bilo s tem še manj socializacije."

Valetič (2009) opozarja na pretirano pritiskanje staršev na otroka glede tega, kakšen mora biti, kako se mora vesti in česa ne sme narediti, saj lahko otrok izgubi občutek lastne identitete.

Otroci sporočila staršev ponotranjijo in se na podlagi teh vrednotijo. Sogovornica podeli izkušnjo tradicionalne vzgoje, v kateri je bila njena vzgoja spolno specifična in polna zanj neustreznih omejitev: *"Bosanska vzgoja otrok. A veš, za babe je to drugače, kot za fante. Punca naj ne bi hodila ven, naj ne bi to, naj ne bi čika si prižgala, ma ne vem, pač oni tako, da bi sedela na kavču in zgledala lepo. Meni pa ni bilo do tega, jaz sem poslušala rock, jaz sem se oblačila kot metalka, potem so bili konflikti, kako zgledam pa ne vem kaj pa take."*

"Kar pomeni, da so moji starši vseskozi vedeli, da bruham, jim je bilo všeč, da sem 30 kg shujšala, zato so bili tiho, zato nihče ni nič naredil." ... "Tako da sem imela že zaradi tega popolnoma sfukano samopodobo, ki se je v najstniških letih, ko daš še več na videz, še bolj sfukala. Prišlo je do te mere, da sem se oblačila do vratu gor pa samo v črno."

Williams (1995) opozarja, da je pri mladostnikih težko diferencirati med običajnim mladostniškim uporom, ki nastane z namenom separacije, in tistim, ki presega te meje. Mnogo mladostnikov se na primer v času odraščanja oblači v črno. V izjavi sogovornice se zdi sprememba v načinu oblačenja bolj odraz slabe samopodobe, ki se je oblikovala na podlagi sporočil staršev, kot odraz separacije. Bolj verjetno se zdi, da gre za izgubljanje, kot za iskanje identitete.

4.1.2.2. Komunikacijski vzorci

Komunikacija v družini igra v zgodbah sogovornic in sogovornikov pomembno vlogo. Tekom njihovih pripovedi sem prepoznala momente, ki so govorili o družinski čustveni tišini. Zdi se, da družinski člani niso prepoznavali čustvenih stisk sogovornic_kov ali pa se nanje niso zmogli ali znali odzvati. Občutek ob pripovedih je, da se o osebnih in specifičnih življenjskih temah ne pogovarjajo, kar pri sogovornikih_cah pripelje do občutka negotovosti glede tega, kaj je v njihovi družini sprejemljivo in kaj ni: *"Mislim onadva sicer nikoli nista rekla nič proti temu, ampak tudi se o tem nikoli nismo pogovarjali, o tem ali je to OK. Pa onadva nista imela nikoli s tem kakršnihkoli težav, ampak jaz tega nisem vedela."*

Sogovornice_ki situacije čustvene tišine opisujejo kot čustveni odmik, zanikanje njihovega doživljanja ali preveliko vpletenosti v njihovo življenje. Pri starših prepoznavajo pomanjkanje vednosti za primeren odziv in besed za pojasnitev svojega doživljanja. Lahko bi rekli, da se starši v teh situacijah čutijo nemočne in zato molčijo. Molk pa otroku ustvarja občutek krivde in odgovornosti za slabo voljo in obremenjenost staršev, ki sta nastali zaradi njihovega vedenja. Izseki sledečih izjav ilustrirajo del takšne družinske dinamike:

"Ker moja mami je taka, da se zapre in reče, da je vse v redu. In je zelo čustvena. Z mami se takih stvari nisem mogla pogovarjati, ker bi jo preveč prizadelo in tudi ne bi mogla ven dati." ...

"Z očijem pa lahko in je bilo lažje. Na enem mi je bilo pa težko, da se je toliko obremenjeval." ...

"Oči je bil tam, da sem mu lahko povedala, karkoli je bilo, ampak ni mi znal pa pomagati."

"Pa ne moreš se s staršem o tem meniti, oni so preveč emocionalni za take stvari. Ne moreš se ti s staršem pogovarjat glede svojih problemov." ... "Pa mi tu pa tam še kar ne verjamejo določenih stvari, ki sem jih kdaj naredil ali pa so se mi kdaj zgodile, pol pa počasi nehaš govorit, ker o tistih stvareh, ki ti ne verjamejo."

"Ne da se delajo, da ni nič, pol pa, ko pa pride do poskusa samomora, se pa to, pizda, pod preprogo pobriše."

"[...] sem enostavno pričakovala, da bo kdo kaj spregovoril na to temo."

4.1.2.3. Zgodnje izkušnje v izvorni družini

Žmitek (2010: 5) pravi, da v družinskem sistemu igrajo pomembno vlogo družinski konflikti, ki neposredno vplivajo na samomorilno vedenje. Sem spadajo tudi vse oblike zlorab, ki imajo vpliv na razvoj depresije in samomorilnega vedenja. Tančič (2008) izpostavlja, da imata pomemben

vpliv pri nastalih posledicah resnost in trajanje zlorab ter identiteta storilcev. Preživeli lahko razvijejo bolj zdrave simptome, kot so nočne more in zdravstvene težave, medtem ko so simptomi lahko tudi vedenjski, ti pa se izražajo v obliki poskusov samomora in zlorabe psihoaktivnih substanc (Tančič 2008). V nekaterih zgodbah so pred poskusom samomora prisotne izkušnje nasilja v družini:

"Fizičnega ni bilo, OK, občasno je bilo fizično nasilje, več je bilo psihičnega, bolj je bilo to zasmehovanje, posmehovanje, nobenega stika ni bilo. Psihični teror, mama je imela izpade, fotr je bil hladen, pa prezir, pa ne vem."

"Norčevala sta se še doma, to je bilo norčevanje iz postave, ker sem bila debela, klicali so me debela prasica, ko sem bila mala."

Tudi strokovnjaki_nje pri uporabnicah_kih prepoznavajo posledice družinskih izkušenj nasilja:

"Večina naših žensk je doživelo zlorabo v otroštvu, njihove (pretekle) življenjske izkušnje so precej krute."

"Čisto konkretno lahko rečem o nekom, ki je bil dan v rejništvo ali vzgojni zavod kot problematičen otrok ali pa otrok brez staršev. Slejkoprej bo ta otrok, oseba, ko bo odrasla, imela na nekem področju neke težave. Najde si potem partnerja, ki mu je na nek način kompatibilen ali imata na te področju enake težave. Da imata podobno izkušnjo ali pa, da mogoče nekdo prevzame neko vlogo. Ti dve osebi imata potem družino in če sta oba izhajala iz težkih razmer, je potem tukaj otrok spet podobno vzgajan."

4.1.3. Težave v partnerskem odnosu

Sogovornice_ki med najpogostejše težave v partnerskem odnosu uvrščajo prekinitev odnosa, nasilje in prepire, ki so pogosto tudi sprožilni dogodki za samomor.

"Sprožilen dogodek je bil konec neke avanture, če temu lahko rečemo zveze. Bolj kot ne je šlo pr men čist vedno, ko sem delala poskus samomora, po končanju zveze."

"Pol sem spoznala enega tipa, ki se je vrnil iz komune in lih ko je padu nazaj na hors, sem jaz zanosila z njim in me je prepričal, da splavim. To je šele kasneje za mano prišlo in pol naslednje 2x, ko sva se skregala, sem poskušala delat samomor s tableti."

Pri sebi prepoznavajo ponavljajoče se vzorce pri izbiri partnerk_jev in naravi odnosov (navezanost, odvisnost), pri načinih prekinitev odnosov in impulzivnih odzive nanje (z grožnjami ali dejanskim poskusom samomora).

"Deloma tudi zato, ker se sam nesposobni tipi name palijo. Moram narediti pavzo od njih."

"Šest let sem bila v zvezi in je bilo z mano vedno slabše, potem pa, ko sem bila stara 24 let, sva šla s fantom narazen. To je bila tista pika na I, sem se počutila odrezano od celega sveta in, jebat ga, saj vem da to ni fajn in prav, ampak takrat sem imela filing, da je on ena nitka, ki me povezuje s svetom. Pol sva midva šla narazen in je bilo preveč in sem mislila, da ne bo pač šlo brez njega."

4.1.4. Socialna ranljivost

Nekatere_i sogovornice_ki so se znašli v stiski zaradi neugodnih socialnih okoliščin. Govorijo o revščini, stanovanjski problematiki, brezdomstvu, zasvojenosti in brezposelnosti. Lester (2001) pravi, da so za ljudi, ki živijo v revščini, pridružene težave še bolj problematične (življenje na cesti, težave v duševnem zdravju, neustrezne službe, in druge). Dodaten stres zaradi pridruženih težav povečuje samomorilno tveganje. Flaker in sodelavci (2008) na primer pišejo, da so težave ljudi lahko vzrok ali posledica stanovanjske stiske. Nestabilna stanovanjska situacija je lahko posledica socialne stiske, po drugi strani pa pomanjkanje stanovanja stisko pogloblja, spodbudi ali ustvari. Izkušnja sogovornice zajema prepletanje različne socialne problematike:

"Z njim sem pristala na cesti, ker ni imel za najemnino, men je pa zadnji dan povedal, da naju mečejo ven." ... "Nisem imela opcije, da bi domov šla. Rekli so mi, najprej se spuci, pol pa domov pridi, tako da to ni šlo." ... "Sem živela pri fantu in njegovi matki. V bistvu sva imela eno sobo v njihovi bajti." ... "Drugič sem bila pa z drugim fantom, sva pa živela na vlaku v bistvu, na železniški postaji, tam kjer imajo parkirane vagone. Tako da v bistvu sva vse svoje stvari sabo nosila, ponoči sva pa na vlakih spala, ker so naju vrgli iz stanovanja pa oba sva bila na drogi in ni šlo novega najeti."

Naslednji odseki sogovornikove zgodbe prikazujejo krožno problematiko med pomanjkanjem denarja in kvaliteto življenja:

"Potem je bil še problem s socialnimi problemi, ker z vsemi temi prihodki, ki sem jih takrat imel in tudi zdaj, se nisem mogel družiti s prijatelji vsakič in potem so se vezi začele krhati in sem zgubil še v njih kakšno oporo." ... "Predvsem v tem, da so zdaj še zmanjšali štipendije. Ves tisti smisel, ki sem ga imel za dodatek na šolski uspeh, ko sem imel nad devet, pa sem rekel Zakaj pa ne In takrat sem se vsaj trudil za to, da sem imel višje ocene in se učil, zdaj pa tudi tega ni in je še manj denarja in so se začele pojavljati stare težave, se pravi rahljanje prijateljskih vezi."

Flaker in sodelavci (2008) razložijo povezavo med pomanjkanjem denarja in nižjo kvaliteto življenja z začaranim krogom, v katerem pomanjkanje denarja pelje v marginalizacijo (in stigmatizacijo), ta pa vzdržuje ljudi v revščini.

4.1.4.1. Priseljenci

Ena izmed sogovornic prihaja iz Bosne. Njena družina se je soočala s stanovanjsko problematiko, ob vstopu v šolo pa je imela sogovornica težave tudi z vključevanjem in jezikom. Pri tem je doživljala nasilje v obliki izogibanja in nadlegovanja:

"[...] nas je bilo veliko in smo živeli dejansko v dijaškem domu v Novem Mestu." ... "Takrat je bilo takšno obdobje, da so nas tam naselil in smo mi tam živeli v bistvu moje celo otroštvo in jaz sem tam odrasla z mojimi ljudmi, z Bosanci ali kako bi rekla, z ljudmi, s katerimi se pogovarjam po srbsko in hrvaško in smo bili bolj kot ne same moje prijateljice, ki smo bile... smo bile same Bosanke." ... "Pol ko smo začel v šolo hodit pa to, malo je bilo problema z okoljem, jezikom, ampak pol je šlo to naprej. Samo pol je bil bolj problem izogibanja nas, kot da smo kužni, saj to lahko zdaj vidiš, kako je zdaj pri Ciganih in Šiptarjih, tako je bilo tudi pri nas. Odraščanje je bilo v osnovni šoli na hodnikih tako, dotaknil se me je in uu, zdaj bo dobil ne vem kaj, garje pa takšne, a veš?"

Nekatere raziskave (Dekleva in Razpotnik 2002) pojasnjujejo nasilje v povezavi s priseljenci. Ugotavljajo, da so priseljenci pogostejše žrtve nasilja v nasilnih dejanjih oz. medvrstniškemu nasilju. Pfeiffer in Wetzels (1999) opisujeta ta vidik nasilja s strani "domačinov", ki se kaže v obliki zavračanja, vzpostavljanja in ohranjanja diskriminacije, drugorazrednega, udejanjanja nacionalizma in rasizma.

4.1.4.2. Izključenost

Sogovornice_ki govorijo o izkušnji občutka drugačnosti, ki jo opisujejo prek lastnega vedenja in zunanjega videza. Nekatere_i so zaradi tega občutka doživljale_i pritisk zaradi družbenih pričakovanj, doseganja idealizirane družbene podobe in pričakovanih družbenih ciljev. Opisujejo tudi pomanjkanje občutka pripadnosti in vključenosti, ki jo razložijo z občutkom drugačnosti od drugih. Druge_i izpostavljajo ravno obratno. Pripovedujejo o občutku povprečnosti, ki jim je vzbujal željo po izstopanju.

"Ljudje okoli mene so bili drugačni, jaz sem se mal drugače obnašal in izražal, potem postaneš drugačen na splošno."

"Meni se zdi, da sem jaz hotela izstopati, nisem hotela biti samo ena tam in nisem dejansko vedela kaj narediti"

"Ja, takrat so bili vsi zaljubljeni, jaz pa nisem imela teh občutkov. Bed mi je bilo, zakaj jih nimam, in sem se kar hotela prisiliti pa ni ratal. Prijateljica je bila žalostna zaradi enega fanta, pri meni ni bilo tega. Jaz sem se takrat silila, da bi imela taka čustva kot drugi, ker sem se počutila, kot da jaz tega ne morem čutiti."

"Dejansko je pač to, res je to, da mi stres tiste stvari, ki so družbeno pomembne in morajo bit tud za mene pomembne, za mojo prihodnost, sem zaradi tega pod stresom, tako kot veliko mladostnikov."

"Nisem se znal prilagajat socialnim okoliščinam oziroma se nisem hotel, no, saj se še zdaj ne, se ne silim k temu, zakaj bi se mogu silit? Ampak takrat sem se probaval in sem mislil, da je neki narobe, če se ne, in sem ugotovil, da mi to nikoli ni pasal in se nisem našel v stvareh."

Lamovec (1998) pojasni, da vsaka kultura proizvaja drugačnosti, po katerih prepoznano prepisane vrednote družbe. Zaviršek (2014) razlaga razvoj družbenih neenakosti, ki nastanejo šele v stiku z izključujočim okoljem. Takšno okolje predpostavlja normative o normalnem telesu in normalnem funkcioniranju, pri čimer se vse, česar se ne zaznava kot normalno, doživlja kot drugačno in nenormalno. Družbena prepričanja o normalnem in nenormalnem so trdovratna, konstruirajo normativnost in ustvarjajo družbena izključevanja.

Zaradi položaja "drugačnega", se sogovornice_ki čutijo osamljene.

"Čutila sem eno ogromno osamljenost, ker se nisem z nikomer družila."

"Meni je bilo tudi težko v šolo hodit, ker jaz se nisem vklopila tudi v šoli. Saj je bilo prijatelj, ampak na splošno se mi je zdelo, da nisem nikamor pripadala."

"Nisem imel tok standardno družbenega pogleda, zaradi tega je prišlo do trenj in nisem našel pravih ljudi."

"V srednji šoli na primer se nikoli nisem udeleževal pogovora, oziroma noben ni hotel slišat mojega mnenja, nisem mislil, da mam sploh kej pametnega povedat."

Flaker in sodelavci (2008) pojasnijo eksistencialni občutek samote preko izhodiščnega fenomenološkega dejstva. Drug drugega ne moremo nikoli popolnoma razumeti zaradi

odtujenosti in nezmožnosti sporočanja in razumevanja. Osamljenost izčrpava in ustvarja občutek, da smo sami proti vsem in nemočni za spremembe.

Sogovornice_ki pripovedujejo, da je težko govoriti o svojem doživljanju, kadar začnejo ljudje agresivno in nasilno reagirati:

"Eni začnejo ful z očmi zavijati pa te začnejo drugač tretirati, to zdepresira ljudi zgolj in nekak se nočeš o tem meniti."

"Te začnejo lahko mentalno oziroma verbalno pa fizično tudi karkoli, to se je men dogajalo, je dosti neprijetno bilo."

"Razredničarka je prepovedala drugim se družiti z mano, prav sestanek je naredila in povedala staršem naj se ne družijo z mano. Govorila je, da bom slabo vplivala na ostale najstnike. Vse skupaj je bilo samo to, da sem bila jaz depresivna in skos oblečena v črno, predstavljal so me pa kot neko narkomanko, čeprav niti kadila nisem. Zajebovali so me v šoli."

Tudi strokovnjaki_nje pripovedujejo o prepletu problematike osamljenosti, nasilja, izključenosti in socialne ranljivosti, ki so ga prepoznali pri uporabnicah_kih:

"Te fantje so jo malo zafirkavali, te zaposleni so se ves čas nanjo znašali, ker ona je ves čas po svoje delala, saj veš, med javnimi delavci je pač prišlo do teh konfliktov, ko se na šibkejšega spravljajo pa tega ne moremo preprečiti."

"Večinoma so brez stalnega prebivališča ali pa ga imajo na CSD, tako da je stanovanjska problematika pri nas zelo močna. Na trgu dela so precej nekonkurenčne, slaba izobrazba."

"To se pozna tudi pri okrevanju človeka, recimo pri reintegraciji, ko gre človek v komuno in pride iz komune nazaj, še vedno ostaja nerešena stanovanjska problematika, dolгови, ni socialne mreže, ni podpore s strani družine ... in takrat, ko je ta človek trezen, je najbolj ranljiv za morebiten samomor."

En strokovnjak zastopa nasprotno stališče in pravi, da socialne okoliščine pri samomorilnosti nimajo bistvenega pomena:

"V zunanjih zelo malo verjetno. Jaz mislim, da če bi imeli vsi trije denar oziroma tista dva, da ne bi bilo nič drugače. Da bi to samo za kak čas omililo situacijo ali pa na en drug način bi se manifestiralo to."

Z vidika socialnega konteksta pa ima vprašanje odnosov med ljudmi, ki imajo izkušnjo samomora, in njihovo okolico velik pomen. Na primer: Z analizo značilnosti poslovilnih pisem,

ki jo omenja Oravec (1999 a), je ugotovljeno, da je večina teh besedil namenjena rekonstrukciji odnosov med avtorjem in skupnostjo. Podatki kažejo visoko stopnjo negativne samorefleksije, kar implicira sklep, da so se avtorji zavedali svoje pozicije "outsiderja" v družinskem, družbenem in skupnostnem področju. K tej naravnosti posameznikov je zagotovo prispeval tudi proces kaznovanja odstopajočega vedenja, ki je spremenil pomen teh dejanj. Avtorji poslovnih pisem so se verjetno prepoznali kot kršitelji pravil. Njihova poslovilna pisma lahko razumemo kot dejanja ponovnega povezovanja s skupnostjo, ki daje pripadnost določeni kulturi (Oravec 1999a).

4.1.5. Spolna usmerjenost in spolni izraz

Silverman (1995) pravi, da ni dokazov, da ima spolna usmerjenost neodvisno od drugih dejavnikov neposredno povezavo s poskusom samomora. Williams (1995) pa opozarja, da je večina kultur še vedno homofobno naravnanih, kar potegne za sabo, da mladi niso dovolj informirani o raznolikosti na področju spolnosti. Neheteroseksualne oblike spolnosti zavzemajo velik delež spektra spolnosti, o katerem starši še vedno molčijo. V zgodbah sogovornikov se pokaže, da imata spolna usmerjenost in spolni izraz zaradi stigme neposreden učinek potiskanja ljudi v izolacijo in osamljenost. Zaradi skrivanja se ljudje težje povežejo z drugimi in ne čutijo dovolj zaupanja, da bi lahko svojo spolno identiteto sprejeli in razkrili.

"Pa tudi to, da sem enkrat celo sam poklical enega bežnega znanca, ki je bil od moje sestre kolega in on je bil gej, in to je bil moj prvi kontakt, da sem ga navezal s človekom in postal prijatelj, in zaradi njega sem bolj prišel v stik s to družbo in stvari še zmeraj niso perfektno, so pa precej boljše, kot so bile prej."

"No, pri meni je bil problem tak, da še sama sebe nisem sprejemala, zaradi tega ker so mi bile ženske všeč."

"Sem zaradi tega osamljen in si želim ljubezni, hkrati pa ne morem biti jaz jaz, ker se bojim, da bom šikaniran v družbi."

"To je bilo nekaj najhujšega, kar sem si predstavljala. Ta strah me je privedel do tega, da sem zapadla v depresijo, da me noben ne bo sprejel, me je privedel do tega, da sem začela verjeti, da celo moja starša rajši vidita, da umrem, kot pa da ratam taka."

"Pri meni gre ta videz moškega, da sem si dala prsa odstranit [...] Ko sem bila mala sem verjela, da moram biti ali moški kompletno ali pa kompletno ženska, drugače ne bom sprejeta, to je tudi bilo zraven te zadeve, da so mi ženske všeč, je bilo tudi to."

4.1.6. Življenjski slog

Silverman (1995) govori o situacijskih dejavnikih tveganja. To so intenzivno stresni dogodki, ki lahko vodijo v samomorilno vedenje. Sogovornik opiše svoj primer izoliranega stresnega dogodka, ki je vodil v nenadno stisko, ta pa se je stopnjevala do načrta samomora:

"To je bilo po tem, ko sem bil drugič v štirki, s tremi tipi sem imel nezaščiten seks. In po tistem sem res zapaničaril, sem bil odločen, da se bom obesil. In potem je prišlo do te misli, kaj pa, če bom ..., kaj pa, če bom pozitiven. Da tako pa pol ne bi. S tem res ne bi mogel živeti. Pa še tisti občutek, da sem si v eni noči, z eno neumnostjo pokvaril celo življenje."

Mnoge sogovornice in sogovorniki omenjajo tvegano uživanje substanc (alkohola, drog in predpisanih zdravil) kot pridruženo problematiko.

"Bilo je ful čudno obdobje, predvsem zaradi droge in drugih problemov in osebnih stisk."

"Težave so bile že prej, jaz sem zelo pozno začel z navadnimi drogami, kot so cigareti pa alkohol. Saj sem kdaj spil pa skadil kaj, ampak nič ni bilo nikoli resnega, da bi se prenapil. Nobene želje ni bilo naslednji dan, tistega občutka, da brez tega ne morem živeti. Kar je kasneje prišlo."

Kramil (2008) dodaja, da zasvojenost od psihoaktivnih substanc predstavlja tveganje tudi v obliki predoziranja, zastrupitve, infekcije, izgube službe in socialne mreže, večanja samodestruktivnega vedenja, fizičnih in duševnih posledic, ki pogosto vodijo v samomorilne ideacije.

4.1.7. Zaščitni dejavniki in varovalke

V obdobju pred poskusom samomora ljudje z izkušnjo prepoznavajo dejavnike, ki so stisko zmanjševali. Njihove izkušnje prikazujem v sklopu dveh najpogostejših varovalk: rutine in socialne mreže.

4.1.7.1. Rutina

Flaker (2008) razpravlja o rutinah, ki ustvarjajo občutek varnosti. Zaveda se o vsakodnevnih rutinah odnosa občutke zmedenosti in strahu zaradi stabilnosti in vloge pri organiziranju okolja v odnosu do eksistencialnih vprašanj o času, prostoru, kontinuiteti in identiteti. Rutine oblikujejo in ustvarjajo realnost, nanjo pa tudi odgovarjajo. Ljudje z izkušnjo v intervjujih pripovedujejo, da jim vsakodnevna rutina predstavlja temeljno varovalko pri občutku stabilnosti.

"Veliko takrat, recimo, sva eno obdobje ves čas zjutraj na kavo hodila in recimo, da je bil zjutraj ta občutek, da nekako nočes vstati iz postelje, je mogoče bilo fajn imeti neko rahlo rutino, da si nekako vedel, kako se dan začne, pa je pol nekako dopoldne minilo, pol sem pa pač že nekaj počel naprej."

Grebenc in Šabić (2013) umestita rituale med taktike preživetja. Ritualizirane rutine vzdržujejo rutino, rutina pa je nekaj, kar ponavljamo in poteka po znanem načinu. Dnevne rutine omogočajo, da dogodki potekajo predvidljivo in omogočajo vzdrževanje nadzora nad potekom dni in življenja.

Strokovnjakinja predstavlja pomen rutine na primeru uporabnic_kov:

"Pozitivne spremembe so lahko zelo stresne in se mi zdi, da človeku, ki je v glavnem živel (recimo 30 let) v drami, mu je ta pozitivna sprememba moment prevelikega šoka, da ima občutek, kot da mu trgaš nekaj stran, morda tudi na nek način izgubi svojo identiteto ali pa ima občutek, da izgublja kontrolo nad svojim življenjem, ker je to toliko izven tega rutinskega življenja. Rutina (tudi slaba ali nekoristna) daje občutek varnosti in kontrole – poznano je. Tudi s pozitivnimi spremembami je treba počasi in pazljivo. Človek, ki je brezdomec vrsto let in ga namestiš v stanovanje, bo rabil precej časa, da se bo navadil spati na jogiju / postelji. To je zdaj tako plastično, ljudje se navadimo na svoje življenje, misli ali pa dožemanje sveta, tudi če to ni najbolj v našo korist ... Treba je počasi spreminjati, odzemanjati in dodajati."

V naslednji izjavi sogovornice gre za namerno prekinitev znane realnosti (Grebenc in Šabić 2013), ki nastane zaradi želje po spremembi. Avtorici pojasnita, da so lahko rutine nesprejemljive in nezaželene in jih želijo ljudje kljub njihovi predvidljivosti prekiniti.

"Ko sem doma ostala, je bilo zato, ker sem hotela nehati se drogirati. Enkrat v Rogu sem gledala tiste nadrogirane zombi face in sem rekla OK, jaz ne bom to. In sem se s tem umaknila, nisem se pa znala umakniti, brez da bi se čisto umaknila. Nisem se jaz mogla družiti in to gledati, hoditi na Metelkovo. Ker sem vedela, da nisem močna oseba in me je to preveč premamilo."

Prepoznavanje svojih potreb in neučinkovitih ravnanj, ki nanje ne odgovarjajo, odpira možnost za spremembo. Sprememba se mora zgoditi postopno, sicer se lahko pojavijo nove oblike težav, kar je razvidno v izjavi sogovornice.

4.1.7.2. Socialna mreža

Lamovec (1999) izpostavlja pomen pomembnih drugih, ki jih človek v akutni krizi potrebuje ob sebi. Človek potrebuje ljudi, ki jim lahko zaupa in ki mu nudijo čustveno podporo. Henry in Short sta ugotovila, da se nevarnost samomora zmanjša ob pogostih socialnih stikih. Zapiranje vase in izolacija, ki se pogosto pojavljata ob izključenosti iz socialnega okolja, krepi samomorilno tveganje (Knez 2004).

Preko pogovora s pomembnimi drugimi, so se sogovornice_ki lahko razbremenili in začeli čutiti občutek (samo)sprejemanja in sprejetosti:

"Ravno zaradi tega sem se počutil kot človek, ki ima to izkušnjo za sabo, ni pa zaradi tega nobenega problema in nisem zaradi tega noben bogi, bogi. Lahko rečem, da sem se s pomočjo teh ljudi, s katerimi sem se pogovarjal, o tem tudi naučil, bolj naučil sprejemati samega sebe, kot sem se prej."

Svojo situacijo so preko pogovora s prijatelji_cami lahko videli z več perspektiv:

"Sva imeli ful te debate in to mi je ful pomagal takrat. Ker sem vidla z več perspektiv stvari."

Včasih je ključen že stik sam po sebi:

"Meni je bila samo fora, da nisem sama bila, ker sem potem začela v glavo hoditi, kaj je to, zakaj je to."

Tudi zgolj misli na pomembne druge so mnogokrat preprečile poskus samomora:

"To me bolj gor drži, da bi po svoji smrti mati še bolj obremenil, in tega si res ne želim."

"... mene še zdaj prime kdaj pa kdaj, ampak imam otroka. In ne, ni šans, lej, ne moreš tega narediti."

Krepitev socialne mreže je torej ključnega pomena za občutek pripadnosti in povezanosti, ki peljeta iz osamljenosti in izolacije:

"Prihajam ven in počasi si tako gradim svojo mrežo, oziroma reorganiziram svojo socialno mrežo."

"Rekel bi, da ja. Že to, da sem pridobil samozavest in se zblížal z ljudmi, je pomagalo. Pogovori o tem z njimi in njihova normalna reakcija ob tem je še dodatno spodbudila, da sem se začel bolj sprejemati, in to, da sem poskušal narediti samomor."

V partnerskem odnosu najdejo oporo preko občutka varnosti in sprejetosti:

"On je bil prvi človek, ob katerem sem se počutila varno in sprejeto."

"To mi je ful pomembno in ne bi mogla biti s partnerjem, ki ne bi poznal in razumel moje diagnoze, saj ne bi mogla biti v zvezi, če on ne bi procesiral, kaj za boga je z mano narobe."

Družina lahko predstavlja podporo v obliki stalne prisotnosti ter brezpogojnega podpiranja in sprejemanja.

"So me pa ene tri tedne, takrat so se izkazal moji starši, na ure so se menjavali ata, mama pa še dve kolegici, pa so me stražili, da si ne bi kaj naredila."

"Bil je nevtralen, ni se nič spremenil, bil je tam, da sem se lahko zanesla nanj, z mano se je normalno pogovarjal. Tudi ko nisem hotela iz hiše, ni silil vame, ampak je bil ves čas tam z mano in me povabil, da grem kam z njim. Na tistem sva oba vedela, da je to rešitev, nisva pa v to silila."

"V ambulantni so predlagali, da bi bila hospitalizirana. In potem smo se doma pogovarjali, da bi bila to mogoče najboljša opcija, če mi bo pomagalo. Sta podpirala."

4.2 .Proces samomora

V tem sklopu prikazujem dogodke in občutja ljudi z izkušnjo v obdobju, ki mu je sledil poskus samomora. Dodajam vednosti strokovnjakinj_ov o samomorilnem procesu uporabnic_kov, s katerimi delajo.

Sogovorniki_ce z izkušnjo so že dlje časa pred poskusom samomora prepoznavali_e različne intenzitete misli, doživljanj in ravnanj, ki so vezane na samomor:

"Mišljenje o tem sem mel včasih zelo konstantno in dolgo časa."

Misli se v mnogih primerih pojavljajo v obliki fantazij ali konkretnih idej, ki se lahko preoblikujejo v načrt:

"Saj me je kar sram to govoriti, sam ja, sem razmišljala ali naj se grem kar pod vlak fuknat, OK, dosti visoko živim, ali naj se grem kam vržti dol ali kaj."

Nekateri konkretnega načrta niso izdelali in so pri impulzivnem poskusu samomora improvizirali, drugi pa so se z idejo že dlje časa poigravali:

"Sem tudi že dosti izdelal plan, kako bi se obesil. Našel sem si že drevo tukaj v (sogovornik omenja kraj) pa pogooglal kako se naredi voz, da bi se obesil."

"Že prej enkrat, se mi zdi, ko sem o tem razmišljal, sem ene Aspirine tudi našel in sem jih imel pač pripravljene."

Včasih so tovrstne misli v neki meri že udeleženi preko tveganega vedenja:

"Ko so bili bolj intenzivni občutki in želje po samomoru, sem se pa začel samopoškodovati."

"Takrat ko sem pod stresom, sem imel včasih ne samo misli, ampak tudi, da sem kdaj tablete pojedel, kako majhno količino vzel."

"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."

Izkušnje sogovornic_kov govorijo o odločenosti, v kateri so pred poskusom samomora brez dvomov, a večina tik pred končnim aktom ali po poskusu samomora doživi preobrat v miselnem in čustvenem dogajanju. Poskus samomora obžalujejo ali pa si že pred tem premislijo:

"V tem času sem izdelal načrt, bil sem odločen, da bom to naredil. In pol sem itak vedno bolj o tem razmišljal pa zmeraj bolj so se mi v glavi te stvari razpletale."

"[...] ni bilo več tega razmišljanja, razen pred padanjem."

4.2.1. Elementi v samomorilnem procesu

Potek samomora se v zgodbah sogovornic_kov razvija prek različnih vidikov in vsebin, ki sem jih združila v tri glavne skupne elemente: nabiranje in kopičenje nerazrešenih problemov, nerazumevanje notranjega dogajanja ter dinamika vedenja, ki se kaže v spremembah čustvovanja in vedenja.

4.2.1.1. Nabiranje in kopičenje nerazrešenih težav

Običajno pri samomoru ne gre za en izoliran dogodek, temveč za kopičenje in nabiranje različnih nerazrešenih problemov in stisk, ki se pojavljajo skozi določeno časovno obdobje:

"Glih tako se je nakopičilo, ni bilo fajn, če so se te stvari kombinirale."

"Pred poskusom samomora mi je bilo dosti vsega. Nobenega upanja za prihodnost. Več stvari se je nabralo. Šola mi ni šla, s fantom sem se kregala, doma se nismo razumeli, potem se je mal nabralo."

Proces kopičenja težav v življenjih uporabnic_kov prepoznavajo tudi strokovnjaki_nje:

"Šlo je za to, da se jim je preveč stvari nabralo v življenju. Se pravi, da je prišlo do neke preobremenitve, do burnoutov, da niso mogli shendlati stvari, ki so se jim zgodile, in čustveno jih predelati. To bi bil en velik skupen imenovalec. Sicer pa čisto splošne so služba, socialno življenje, kako ga hendlati, utrujenost, in potem pač enostavno ni šlo več."

4.2.1.2. Nerazumevanje notranjega dogajanja

Ljudje z izkušnjo opisujejo, da so doživljali nepoznane občutke, ki si jih niso znali razložiti, jih niso zmogli ubesediti in z njimi ravnati. Na različne načine so si poskušali razložiti novo realnost in se spraševali, kako se nanjo odzvati. Opisujejo občutke nerazumevanja in neoprijemljivosti lastnega doživljanja.

"Jaz sem tudi pol počasi kar sprejela to stanje, ker sploh nisem vedela, kaj je sploh to. Pol sem pa počasi začela razmišljati, da se vsi tako počutijo."

"Sicer mi je bilo čudno, zakaj so drugi tako veseli, pa nasmejani, pa imajo toliko energije, jaz sem pa mislila, da sem jaz pač tako lena, da se vlečem po svetu."

"Kako lahko to vse čutim in se mi vse to dogaja, kljub temu da mi materialno nič ne primanjkuje, tudi neke ljubezni in podpore mi ni neki blazno primanjkovalo, da bi pa rekel, da sem pa čisto osamljen in tako, ampak vseeno so ta stanja prišla pa je zato to mogoče še toliko bolj nerazumljivo."

"Iskala sem v vseh različnih stvareh razlog, ker sem hotela oprijemljivost in pokazati na to stvar, to je to, zakaj sem jaz taka. To je bilo res življenje razlogov, samo to sem iskala. Nisem se mogla zadovoljiti samo s tem, da tako je."

Ko so ljudje dobili besede za opis svojega doživljanja, prepoznanje in potrditev, da njihovo doživljanje nekaj je in nekaj pomeni, so se stvari naprej odvijale drugače.

"Jaz sem po eni strani vesela, da obstaja diagnoza, beseda, da obstaja nekaj, da sem se našla."

"Zelo težko bi bilo, če bi bila izgubljena v teh čustvih, da bi me preučevalo deset zdravnikov, pa da ne bi odkrili, kaj je moja diagnoza. Na nek način si oddahneš."

Uporabnice_ki od strokovnjakinj_kov pričakujejo in si želijo, da bi jim pomagali ubesediti vsebino njihovega doživljanja.

"Da ne bi rabila jaz reči tega, lej nekaj je narobe z mano, da bi dejansko bila zdravnica ta, ki bi rekla, joj, to pa je nekaj narobe, moramo ji pomagati."

"Sem si pa želel, da bi kdo pristopil do mene, nisem pa znal povedati. Nisem imel najboljših socialnih veščin."

4.2.1.3. Dinamika vedenja

Sogovornice_ki prepoznavajo spremembe v čustvovanju in vedenju v času pred samomorom.

Opisujejo jih tudi kot opozorilne znake, za katere so si želeli, da bi jih nekdo prepoznal.

"Takrat sem bila tak izzivalen otrok pa ful sem se smejala, pol pa sem se ful zaprla v sebe, ful sem jokala, ful sem bila občutljiva, če lahko temu tako rečem. Tastara sploh nista opazila ali pa sem jima šla na živce [...] Pa so se delali, kot da ni nič."

"Predvsem ker me je bilo sram povedati določene stvari. Napeljeval sem v določene smeri zdravnike, ampak nikakor niso mogli sami razbrati tega, tako da je bil hkrati tudi klic na pomoč ..."

4.2.2. Poskus samomora

Ljudje z izkušnjo opisujejo poskus samomora od samomorilnih misli in načrtovanja, preko kritične točke, ki je običajno nek sprožilen dogodek, pika na I dlje časa nabirajoče se stiske, do konkretne izvedbe, doživljanja in izida po poskusu samomora. Za predstavo o samomorilnem procesu skozi določeno obdobje človekovega življenja, citiram odseke zgodb dveh sogovornikov, ki ilustrirata zgoraj omenjene elemente pred, med in po poskusu samomora.

"Vem, da preden sta šla, sem par tistih Aspirinov pogoltnil, pol sem si pa banjo začel točit, ki je ne uporabljamo sploh, ker imamo tuš kabino. In pol sem ven metal stvari iz banje in sem natočil vodo, precej toplo. 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 pač pripravljeno."

"Bil sem v tej energiji, odločen in tako, tudi napet, najbrž prestrašen."

"Sem imel že zelo jasno sliko, kako bi to izgledalo, če bi to izvedel."

"Vem, da sem si neko musko tudi vrtel. No sam pol, ko se pa pač bližaš temu, ko bi moral pa nekaj narediti, pa pač nekaj ne vem, zgubiš en pogum ali tisti zagon ali kakorkoli. Bil sem zelo obupan, tudi pod vodo sem se z glavo potopil pa tako, ne vem, mogoče sem mislil, da bom kar zaspal pa utopil se ali kakorkoli. 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. Pol je bilo pa tako, da sem zelo živčen ratal, ker

sem nekako vedel, da to ne bo šlo skozi. Ko sem stopil ven iz banje, sem se takrat še v ogledalo pogledal in sem imel tak obupen občutek neuspeha, vedel sem, da nič ne bo ali kaj. Pol sem vseeno hotel nekaj narediti, nekako sem hotel to napetost sprostiti in sem se pol porezal tukaj po roki, nad nadlahtjo, sem kar močno zarezal, ker iz tistega obupa in zaradi tega, ker sem bil neuspešen. To je nekako neko sproščanje bilo iz tega, ker sem se porezal. Pol sem vse pospravil, to sem si lepo zakrpal."

"To vse skupaj je bilo pod pritiskom in jezo, nenadno, impulzivno. Načeloma je bilo v vseh primerih impulzivno, da v prvih dveh primerih je bilo previdnostno, predvsem pa z ne-željo do življenja. Nisem bil ful vesel življenja, da bi se ga veselil in nekaj posebno užival."

"Sploh nisem razmišljal, edino vedel sem, da na vlak bo treba čakati in da me bodo ulovil, tako da sem šel samo skočiti."

"Se pa spomnim, da me je ena ženska iz reke potegnila ven. Jaz se ne spomnim po tem, ko sem padel, reka je bila mrzla in nisem mogel razmišljati, sam tolkel sem po vodi, ni bilo, kako naj preživim ali karkoli, samo udrihal sem po vodi, ker ne znam plavati in to je bilo to. Spomnim se samo, da me je zelo kmalu po tem, ko sem skočil, nekdo prijel za roko in me prijel gor in sva se skupaj povzpela. Ena ženska, spomnim se samo to, da je imela črne skodrane lase in me je samo objela in nič drugega ni bilo. Nakar je kar naenkrat se zbralo ful ljudi, po parih minutah so prišli reševalci, do takrat me ni spustila."

"Potem so me dali v rešilni avto, spraševali so me, če je vse v redu, merili so temperature. 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."

"Predtem pa je še policija tam nekaj se z mano ukvarjala, da niso samo za red tam, ampak tudi za ljudi, in če bodo naslednjič take misli, da lahko pridem. Meni je bilo samo WTF, kaj pa onadva govorita."

4.3. Dogajanje po poskusu samomora

4.3.1. Formalni odziv okolice po poskusu samomora

Ewing (1978) izpostavlja, da krizne teorije ne ponujajo specifičnih modelov intervencij. Tehnike in principi za krizne intervencije so se razvijale skozi prizadevanja efektivnega približevanja specifičnim potrebam različnih populacij. Različne stopnje intervencij se med seboj ne izključujejo, a je običajno ena, ki prevladuje v procesu obravnave. Smiselna je kombinacija

različnih pristopov in strategij obravnave. Rapoport (1962) opredeli 4 glavne cilje krizne intervencije: reguliranje simptomov; vračanje na optimalen nivo funkcioniranja, ki je bil vzpostavljen pred nastalo krizo; razumevanje relevantnih, pojavljajočih se dogodkov, ki so prispevali k stanju krize; identifikacija virov, ki so prisotni v življenju osebe, družine ali skupnosti. Hafen in Peterson (1982) definirata krizno intervencijo kot prvo pomoč, ki pomaga osebi ali skupini ljudi pri doživljanju trenutne izgube občutka za spoprijemanje s težavami ali situacijo. Programi krizne intervencije so se oblikovali z namenom služenja obravnavi tistih problemov, ki jih obstoječe službe ne dosežajo, sedaj pa delujejo samostojno, kot pomembna alternativna obravnava. V primerih, ko je ogroženo človekovo življenje, je pri nas na voljo ukrep hospitalizacije. Ljudje se za to lahko odločijo sami, velikokrat pa gre za neprostovoljno hospitalizacijo. *Zakon o duševnem zdravju* (2008) v drugem odstavku 55. člena določa, da lahko zdravnik napoti osebo v psihiatrično bolnišnico brez njene privolitve. Pri izvedbi zadržanja osebe in odreditvi njenega prevoza z reševalnim vozilom lahko zahteva pomoč policije. Strokovnjak obrazloži nevšečnost in hkrati nujnost takšnega ukrepa:

"Včasih je ključna tudi sama odločitev, ki ni nobenemu všeč, da se človeka zadrži proti volji. Če govorimo o samomorilnem, v tem primeru se je treba zavedati, kaj je cilj, namen tega, da človeku rešimo življenje, in če je zaradi tega nekdo užaljen ali pa slabe volje, ker mora ostati bolnišnici, mi moramo bolj gledati na to, kaj bi se zgodilo, če ga ne bi sprejeli."

Kadar gre za neprostovoljno hospitalizacijo, strokovnjaki_nje uporabnicam_kom ta ukrep argumentirajo:

"Tam smo vsi prisotni, človeka pokličemo notri na sestanek, kjer se jim obrazloži, da na podlagi sklepa in psihičnega stanja presoja, da zanj ne bi bilo dobro, da bi bil izpuščen."

Sogovornik podeli svojo izkušnjo prisilne hospitalizacije, ki govori nekoliko drugače:

"Tudi nisem hotel podpisati, da sem se prostovoljno prijavil notri, tako da so me potem kao prisilno zaprli in poklicali vso to sodišče in vse skupaj je bila navadna farsa. Jaz bi pa takrat rabil samo, da se pogovorimo o normalnih stvareh s tem psihiatrom. Zdravnica je rekla, da zdaj boste vseeno morali tukaj ostati in me bodo prisilno zadržali. En je prišel in me prijel pod ramo in mi rekel, da bo vse dobro, če se ne bom upiral."

Do takšnih težav pride v situacijah, ko nekdo v akutnem stanju ne želi hospitalizacije, a strokovnjaki_nje presodijo, da v trenutku razmišlja nerazsodno in s tem ogroža svoje življenje.

Strokovnjakinja opozori na še večji problem, ki nastopi, kadar je oseba v razsodnem stanju in ogroža svoje življenje:

"Jaz vidim največjo težavo tudi v tem, če oni sprejmejo človeka in ima uvid in je dosti priseben, potem tudi oni ne morejo nič narediti. Po navad mu dajo kaka pomirjevala, ga čez noč obdržijo pa kak dan še, potem ga pa odpustijo iz bolnišnične oskrbe."

Krizno intervencijo strokovnjaki_nje uporabljajo za zaščito pred ogrožanjem življenja. V ospredju pozornosti je reševanje življenja, pri katerem uporabljajo kompleksno kombinacijo postopkov in metod:

"V tistem trenutku je bolj pomembno ohraniti njeno življenje kot pa upoštevati njene grožnje. Z njenimi grožnjami se bomo ukvarjali kasneje, ko bo bolj stabilna."

"Tu ocenim, ali je življenjsko ogrožajoče ali ne. Preverim okoliščine, pozanimam se pri drugih uporabnicah, budno spremljam stanje posameznice in potem na podlagi vseh teh informacij ravnam."

Ljudje z izkušnjo se na neprostovoljno hospitalizacijo odzivajo različno. Strokovnjak prepozna, da je odziv odvisen tudi od tega, kakšen pomen ljudje pripisujejo hospitalizaciji:

"Različno, se pravi sprejem proti volji, nekaterim je to težko, nekaterim je pa to olajšanje, ker odvisno kakšne imajo zadržke pred hospitalizacijo. Če je to, ne vem, stvar stigmatizacije, je to lahko kar velik problem, pri nekaterih je lahko to tudi kontraproduktivno, ker potem dobijo potrditev, da so duševno bolni in imajo duševno motnjo, in je lahko destruktivno, kar se tiče samopodobe, in je lahko negativen dejavnik v tej situaciji. Odvisno od kritičnosti tudi, če gre za kakšno resnejšo duševno motnjo, ko človek nima ustrezne presoje v svoji realnosti, potem je seveda ta prva reakcija negativna, se pravi v smislu jeze ali pa razočaranja. Ko pa se motnja kontakta izboljša, presoja realnost ustrežnejše, pa je človek hvaležen, da se je odvijalo tako kot se je."

4.3.2. Razmišljanja o samomoru, odnos do sveta in življenja

Izkušnje poskusa samomora in delo na tem področju ljudem ustvarjajo nove vednosti in razumevanja o sebi, drugih, o težavah in možnih strategijah ravnanja ter odzivih nanje. Na obliko pomoči in samopomoči med drugim vpliva tudi epistemološko izhodišče posameznice_ka – na kakšen način razume in razmišlja o samomoru, življenju in smrti, kako doživlja sebe in druge v samomorilnosti ter kaj takšno razumevanje zanj_o pomeni.

4.3.2.1. Doživljanje in razumevanje lastnega poskusa samomora

4.3.2.1.1. Osebne vednosti in strategije preživetja

Ljudje imajo in razvijajo vednosti in strategije, s katerimi si pomagajo v stiski. Pomagajo si z različnimi oblikami ravnanj in soočanja s kriznimi situacijami, ki jih v nadaljevanju predstavljam v združenih sklopih.

4.3.2.1.2. Samodestruktivno vedenje

Fenomen samodestruktivnega vedenja se pogosto razloži prek vednosti, da je lažje prenesti fizično kot duševno bolečino. To pomeni, da človek ob čutenju nevzdržne duševne bolečine svoje vedenje preusmeri na fizično raven. Fizična bolečina aktivira naravne analgetike v organizmu, ki zmanjšujejo bolečino. Poleg tega se na ta način preusmeri pozornost stran od neprijetnega čustvenega doživljanja. Fizična bolečina omogoči vrnitev v realnost, v tukaj in zdaj preko aktivacije naravne reakcije po ohranjanju življenja. Samodestruktivno vedenje je mnogokrat zmotno interpretirano kot neuspeh poskus samomora. Čeprav je takšno vedenje nekonstruktivno, včasih predstavlja edini način preživetja (Marušič 2009: 69). Sogovornice_ki najpogosteje omenjajo različne oblike samopoškodovanja v obliki rezanja in žganja kože, prenašanja ter tvegane uporabe psihoaktivnih substanc. Tovrstni načini ravnanja preusmerjajo bolečino in miselni tok.

"Da me je nekaj drugega bolelo, ne pa samo v glavi, pa to, ko sem morala ves čas razmišljati."

"Potem vmes mi je dejansko pomagalo, preden sem se najbolj zjokala, ko sem zarezala, je bila kot ena pipa, ki je šlo kar ven. In je bilo OK."

"Če ni bilo žiletke, je zato pomagal cigaret ali pa kej podobnega."

"Izoliralo me je iz sveta, pomirilo me je, vse je na chill."

"Hrana mi je bila zmeraj užitek in takrat sem se ful basala. To je bilo tisto manjšega veselja, kar imam zame."

Kljub temu da so jim ta vedenja prinašala olajšanja stiske, jih hkrati prepoznavajo kot škodljiva. Ambivalenten odnos prinaša kombinacijo občutkov olajšanja, sramu in obžalovanja.

"To je tko dvorezen meč, ker tisti moment ti olajša stisko, ampak pol kasneje ti pa naredi nove probleme in še večje. Tako da je vplivalo pozitivno in negativno."

"Jaz takrat tudi telovadil nisem pet mescev, ker sem imel povsod rane in jaz tega nisem hotel kazati."

4.3.2.1.3. Želja po življenju, strah pred smrtjo in možnost samomora

Občutek, da vedno obstaja možnost samomora, mnogim ponuja občutek mirnosti. Na nek način ta možnost zavaruje življenje, ker je vedno na voljo. S tem dobijo ljudje poljuben obseg prostora in časa za reševanje stisk:

"Samomor imam ves čas v glavi, če bo ful grozno se lahko ubijem in se rešim. To mene dejansko zelo pomirja."

Želja po življenju ali strah pred smrtjo na nek način predstavljata varovalko, a se zdi, da je to tista zadnja varovalka. Ljudje običajno opisujejo, da jih je ta težnja ustavila šele med poskusom samomora, nekatere pa tudi prej:

"Ker sem nazadnje delal samomor v impulzivnem stanju, se nisem več bal, ampak v trenutku, ko sem skočil, je kar naenkrat ... Sem se začel bati in sem hotel živeti."

"V občutku je bilo, da nisem hotel, ker je bilo narejeno impulzivno in iz jeze na zdravnico. V trenutku, ko sem skočil, sem ugotovil, da bi še vedno rad živel, mogoče bi spoznaval stvari, ki jih zdaj še nisem, oblikoval nova prijateljstva. Tiste pomembnejše stvari v življenju so mi prišle na plan kot pa samo trenutne tegobe."

"In tudi o tem sem študirala in seveda nekako najbolj je bil strah pred tistim nepoznanim, kaj pa zdaj, ko umreš."

Strokovnjakinja opiše način, kako se uporabnicam_kom v tem pridruži:

"Včasih rečem, da je za samomor vedno čas, prej pa je nujno probat še kaj drugega."

4.3.2.1.4. Fantazijski svet

Gledanje filmov, poslušanje glasbe in igranje igrice ponuja vstop v drugi svet, kjer stiske ni. Omogoča stik s fantazijami in doživetja svojega življenja preko drugačnih predstav o sebi in drugih.

"Ker greš lahko v svoj svet. Ker se najdeš v tistih besedilih in ker si toliko notri, da nič drugega ni pomembno, in samo hodiš."

"Meni so bile igre, ta fantazija v tem smislu, češ tam si bil hero, pa si bil pogumen, pa ljudje so te imeli radi, pa bil si samozavesten, to je bil meni nek fantazijski svet, kakšen karakter sem jaz. Ko se dopadem ali kako naj rečem. Plus to, da sem bila ponavadi lik moškega spola."

"Pa si nekako predstavljala moje življenje, če bi bilo drugače in kako bi bilo drugače, če bi jaz bila na primer fant, to mi je bilo najbolj tako, da bi vse težave s tem rešila in bi bilo to. In potem sem si razne zgodbe predstavljala, kakšno bi bilo moje življenje."

4.3.2.1.5. Kriza kot priložnost

Preživeto krizo je večina sogovornic_kov izkoristila kot priložnost za učenje in spremembe. Poskus samomora postane prelomnica, po kateri ljudje nase in na svet začnejo gledati na drugačen način.

"Tako da nekako sem čez to situacijo prepucal dosti zadev, ker sem pol dosti drugače na zadeve gledal. Dobil sem nek drug pogled na življenje, dojel, da je vredno živeti, da je življenje v bistvu lepo. Zagon sem dobil, koliko stvari bom še lahko v življenju počel. Se mi zdi, da sem malo zrastel čez to, čisto duhovno, malo rajše se imam. Da čuvam sam nase, da se cenim."

"Gledam tudi mogoče malo kot na preizkušnjo, ki sem jo preživel. Tega dogodka ne obsojam."

"Zdaj v bistvu na en način kot dobro izkušnjo, malo v narekovajih, mi je dalo pač eno drugo perspektivo, malo me je v to vrglo, da zdaj znam malo bolj ceniti življenje, tako da zdaj dejansko sem na en čuden način hvaležen za to."

4.3.2.1.6. Želja po spremembi

Kadar so krize dolgotrajne, si ljudje želijo sprememb, ki bi stisko zmanjšale. Na eni strani samomor predstavlja dokončno odrešitev, na drugi strani pa lahko stanje obupa, ki zahteva spremembe, predstavlja odskočno desko:

"Spomnim se, da en dan nazaj, ko sem probala spati, nisem mogla nič, niti dihati, počutila sem se ujeto, tako grozen občutek, takrat sploh nisem več vedela, kaj moram. Groza je bila. Imela sem občutek, da zdaj pa moram reči ja, če ne je pa z mano konec in bo to to, kar bo od mene do konca lajfa. V glavi sem začela vedno bolj razmišljati, nekaj čez 20 sem stara, še toliko imam od lajfa, da lahko poskusim, tako močna oseba pa sem, da poskusim, če mi ne bo všeč, se pa lahko ubijem."

4.3.2.1.7. Skrb zase

V kriznih obdobjih ljudem pomaga, če dnevi niso preobremenjeni in vsakodnevne aktivnosti niso preveč stresne:

"Zame je bilo zmeraj to, da mi je pomagalo, če sem imel zelo posplošen vsakdan pa na splošno življenje. Sem si vzel neko, recimo prvo odgovornost, kakšno zelo veliko, neka stvar, ki sem jo hotel obdržati pa izpeljati, je bila recimo fakulteta in mi je bilo primarno to. Pol pa, če sem imel energijo pa še čas za druge zadeve, sem si pa še kakšen drug napor vzel."

"Pa na splošno sem nekako še bolj prakticiral to, da sem se res spuščal v situacije, v katerih sem se počutil pomirjenega ali pa sigurnega, nisem se spravljal v situacije, ki bi mi povzročale nek napor ali pa kaj neznanega."

Kljub potrebi po razbremenitvi vsakodnevnih dejavnosti, pa jih določena stopnja aktivnosti spodbuja, da ljudje niso ves čas zaprti v stanovanju in da ne obtičijo v postelji. Telesna aktivnost fizično in čustveno razbremeni, različne druge aktivnosti pa zaposlijo, socializirajo in dajejo občutek produktivnosti.

"Veliko sem hodil takrat. Pač to, da si glavo spucaš, da sem sam hodil, da se premikaš naprej, da malo ustaviš tok določenih misli pa da te ne stiska to v zaprtost, da si zaprt v enem prostoru."

"Potem sem bila ogromno zunaj, delala, socialno aktivna, sem odmisllila vse te stvari in sem dobila motivacijo za naprej. Ker sem imela stvari za narediti, ker sem hodila ven, aktivna sem ratala, zaposlila sem se."

Kadar je stiska prehuda, je način preživetja lahko prav spanje. Nekatere krize minejo v nekaj dneh, zato imajo ljudje možnost krizo prespati:

"Sem spala, ampak morem priznat, da sem bila potem vedno bolje. To je bil potem nek moj način mogoče bega."

4.3.2.1.8. Ravnanje z "miselnim tokom"

Branje filozofskih del omogoča drugačno razumevanje življenja, smrti in samomora.

"Malo bolj sem se vrgel v razna branja mističnih del in vsi moji ljubi, ki so govorili, niso ravno obsojali samomora, ampak ta moj najljubši je samo rekel, da je samomor to, da sam prekiš krog, in da je to v nasprotju s tem. Mislim, da mi je to precej pomagalo pri vsem skupaj in sprejemanju stvari takšnih, kot so. Mislim, da mi je to precej pomagalo pri vsem tem in se zaradi tega zdaj ne bi več za samomor odločil, ampak lahko razumem, da ostali ljudje bi se."

V kriznih situacijah ljudje pogosto stremijo k preusmerjanju svojih misli, nekateri pa se z njimi spoprijemajo s preoblikovanjem misli v pozitivne misli ali z racionalizacijo.

"Pol pa pač poskušam sama obrniti misli na bolj pozitivno prihodnost, vsaj malo bolj pozitivno kot je bila preteklost. In zdaj samo upam, tudi če pogledam, kako je bilo včasih pa kako je zdaj, je zdaj dobro, res."

"Se probavam na druge strani fokusirat, da odmislim, oziroma sem si jo sam nekako delal z racionalizacijo in drugim."

4.3.2.1.9. Sprejemanje in učenje spoprijemanja z dolgotrajnimi in ponavljajočimi stiskami

Nekatera stanja so začasno ali dolgotrajno nespremenljiva. V teh primerih pomaga, če se ljudje naučijo strategij, kako zmanjšati stisko in kako s temi stanji karseda kvalitetno živeti. Lamovec (1998) predlaga preventivo pred kriznim posredovanjem. Preventivo razume v izobraževanju uporabnikov in uporabnic, kako naj pri sebi prepoznajo zgodnje znake krize in kako jih lahko preprečijo. V pomoč so lahko samoopazovanje, opazovanje družinskih članov, učenje samostojnega ravnanja s psihofarmaki in skupine za pomoč.

"Jaz sem se potem usmeril v razna budistična učenja, samo sprejemi okoli tebe to, kar je."

"... da sprejmeš, da imajo tudi določeni drugi ljudje težave, in da sprejmeš to, če je nekdo bolj živčen, da ne postaneš tudi ti."

"Se mi zdi, da danes lahko to dobro kontroliram."

4.3.2.2. Razumevanje in odnos strokovnjakov_inj do samomora

4.3.2.2.1. Samomor kot edina možna rešitev

Poskus samomora večina strokovnjakinj_ov razume kot impulziven odziv na stisko.

Predpostavljajo, da takrat ljudje svet vidijo zgolj z ene, temne plati in se čutijo ujete v brezizhodno situacijo, v kateri se počutijo popolnoma nemočni in izčrpani:

"Občutki stiske, izčrpanosti, brezizhodnosti in duševne bolečine."

"Po eni strani se mi zdi, da je to ena realnost, ena realna možnost, ki obstaja, in je to izhod in beg v stiski. Po drugi strani mi daje to vedeti, da v neki meri smo pred življenjem popolnoma nemočni in ko ni več drugega izhoda, ko je čustvena stiska tako velika, ljudje naredijo marsikaj, da prekinejo to bolečino in stisko."

Kljub poskusu razumevanja, se včasih zgodi, da odločitev za samomor težko sprejmejo:

"Zelo pogosto težko sprejemem, da so v takšni življenjski situaciji, da enostavno ne vidijo drugega izhoda, to mi je res težko sprejeti, ker se mi zdi življenje dragocen."

"Dostikrat pomislim na vse to, kar vem o posameznici, in vse, kar je doživela, in mi je težko ob tem, ker je to res grozna zgodba. Po drugi strani pa vedno verjamem, da človek, ki hoče se nekam premakniti, se bo premaknil."

4.3.2.2.2. Klic na pomoč

Valetič (2009: 141) pravi, da gre pri samomoru za nekaj drugega kot samo za samomor. Poskus samomora in samomor sta v mnogih primerih načina iskanja komunikacije z ljudmi. Klic na pomoč je fenomen iskanja podpore in pomoči pred samomorilnim dejanjem in dokazuje konverzacijsko naravo presuicidalnega procesa (Oravecz 1999). Žmitek (2010) pravi, da je samomorilno vedenje kot klic na pomoč za človeka uporabno v primerih, ko je izčrpal vse ostale možnosti. Ta strategija ravnanja je nevarna zaradi možnosti, da skupnost ni sposobna prepoznati manj dramatičnih klicev na pomoč ali pa jih ne jemlje resno.

Poskus samomora, govor o njem ali grožnje strokovnjaki_nje prepoznajo kot iskanje pozornosti v obliki klica na pomoč, da potrebujejo stik, podporo in pomoč.

"Gre za situacije, ko ne zmorejo, ne znajo, niso pripravljene se premakniti, vendar pa je zadaj neko zavedanje, našli me bodo, pomagali mi bodo ..."

"Če stisko izraža, je to ena izmed dobrih možnosti, da se odvije konkreten delovni proces ali pa svetovalni pogovor, ko se človek dotakne dna, ima možnost za odriv. Misel na samomor je lahko na nek način kot močna želja po spremembi trenutnega stanja, poskušam razumeti, lahko razumem, da je to samo logično sosledje raznih življenjskih dogodkov in če nam uspe takrat ujet človeka, se lahko zgodijo pozitivne spremembe. Samo misel na samomor pa mislim, da lahko preobrazimo v začetek nekaj novega, ker gre za močno željo po spremembi in pol sam v katero smer se to obrne, v katerem trenutku ujameš tega človeka."

4.3.2.2.3. Kriza ob spremembah

Strokovnjaki_nje opozarjajo, da vsaka sprememba, tudi pozitivna, v življenju človeka lahko zamaje tla pod nogami. Poudarjajo postopno doseganje sprememb skozi določeno časovno obdobje, ki se odvija v varnem kontekstu in ves čas stabilizira novo nastale korake do spremembe.

"Klic na pomoč pomeni željo po spremembi. Dolgoletni vzorci delovanja, pa čeprav so nefunkcionalni, ljudem ustvarjajo občutek domačnosti, poznanega in stabilnosti. Hitra pozitivna sprememba lahko povzroči novo krizo, ker se v novih okoliščinah ne znajdejo in v njih niso stabilni. S spremembami je treba ravnati postopno in vzporedno graditi varovalne mehanizme, krepiti vire moči in vsakič znova stabilizirati novo nastale manjše spremembe na poti do zelene spremembe."

"Pomembna je tudi socialna mreža, nudena podpora, razumevanje. S tem omogočimo osnovo za kakršnekoli kvalitetne spremembe. Potrebno se je zavedati, da je zasvojenost posledica mnogih globokih travm, ki zahtevajo postopno in dolgotrajno obravnavanje. Treba je iti postopno. Nuditi varen prostor, to zame pomeni postavljanje jasne meje in nuditi konstantno podporo (glede na zaznane potrebe), omogočiti ljudem, da ostanejo na tisti ravni, ki jo zmorejo, in posledično sprejeti, da nekateri ne zmorejo in ne bodo zmogli."

Izkušnja sogovornice govori o doživljanju nenadne spremembe na podoben način:

"To je bil 16 let način življenja in sem se mogla privajati na čisto novega. Mislim, ful fajn, ampak strašno, ker nikoli nisem vedela pri nobenemu, kako bodo zdaj reagirali, in vsakič znova je bil strah."

Strokovnjakinja izpostavlja tudi pomen ujemanja v razumevanju definicije problema med uporabnico in strokovnjakinjo, da se lahko skupaj dogovorita za smer in način obravnave in kaj sploh so zelene spremembe:

"Same pogosto navajajo definicijo zasvojenosti kot bolezen, s čimer se jaz ne strinjam in jo dojemam kot mehanizem ravnanja s posledicami zlorab. To pojasnjujejo, kot da so bolne, vendar jaz verjamem, da posameznica ni bolna, ampak je bila zlorabljana in ni imela možnosti izkusiti, kaj pomeni, da nekdo ustrezno ravna s tabo, in posledično tako tudi ne znaš lepo ravnati s sabo."

4.3.2.2.4. Samomor kot simptom

Samomorilnost strokovnjaki_nje interpretirajo kot simptom, ki se pojavlja kot posledica različnih stisk in zlorab:

"Za mene je poskus ali pa grožnja ali pa misel simptom. Nekoga želodec boli, nekdo pa trikrat na dan pomisli na samomor, ampak zadaj je ena psihodinamika, ki je povezana z notranjim dogajanjem."

"Na podlagi zanemarjenega otroštva in raznih oblik izkoriščanja že znotraj družine lažje razumemo odvisnost od drog in tendence k samopoškodbam, avtoagresije. Podcenjevanje in preziranje od pomembnih drugih so ponotranjile in iz tega izhaja tudi samopoškodovanje in občutek nemoči."

4.3.2.2.5. Odnos strokovnjakinj_ov do samomorilnih oseb

Madsen (2013) pravi, da je ključnega pomena za dober terapevtski izid drža strokovnjaka_inje v procesu podpore in pomoči. Njena ali njegova drža odraža konceptualni model vstopanja v odnos. Odnosna drža in konceptualen model pa temeljita na tem, kako razmišlja o ljudeh in kako z njimi dela. Večina strokovnjakinj in strokovnjakov samomorilne ljudi doživlja kot normalne ljudi, ki so se znašli v stiski in jih zaradi tega ne obsojajo. Čeprav jih sprejemajo, se srečujejo z različnimi občutki skrbi in nemoči.

"Vidim, da so v stiski, vidim, da jim je hudo, in včasih začutim žalost, nemoč, doživljam jih kot tudi vse ostale. Soočajo se z nečim in trpijo ob tem. S tem da pri njih to trpljenje povzroča tudi misli na samomor. Če se nekomu res ene hude stvari dogajajo, je ena normalnih stvari, da pomislijo na samomor, to ni nič nenormalnega in tudi čisto normalno vzamem kot nekaj takega, nič kaj posebnega, kar ima neko drugačno mesto v terapiji kot drugi občutki."

"Doživljam jih čisto kot normalne osebe, ki so prišle v stisko v situaciji, ki se jim je zdela brezizhodna. Take stvari se lahko čisto vsakemu zgodijo."

"V prvi vrsti takoj začutiš sočutje in empatijo, ker se poskušaš vživeti v njegovo situacijo, kaj ga je dejansko privedlo do tega, da je šel v tako drastično stvar kot je poskus samomora.«

»Čutil sem eno skrb. Doživljal sem stisko in strah. V smislu, škoda, da bi se človek kar ubil."

V nekaterih primerih so pri strokovnjakih_njah prisotne vrednostne sodbe, zaradi katerih prihaja do neenake obravnave ljudi:

"Ker gre za specifično populacijo, je velikokrat težko najti ljudi (zunanje sodelavke_ce), ki bi bili zainteresirani, pripravljeni pomagati tej osebi (uživanje nedovoljenih drog), srečujemo se z globokimi predsodki, odvisnik gor, odvisnik dol."

"[...] npr. lahko na številki za nujne klice kdo reče, ja kaj pa bomo mi naredili, če nas čez pet minut kliče nekdo, da je ženo kap, nujno potrebuje pomoč, mi pa bomo na poti po vašo odvisnico. To so stvari, katere sploh ne bi smele biti nikoli debata, človeško življenje je človeško življenje in govoriti o tem, katero življenje je več vredno se mi ne zdi na mestu."

Kodeks etike socialnega varstva (2002) narekuje, da naj se delavci socialnega varstva ravnaajo po etičnih načelih občega dobrega ter s tem zavarujejo uporabnike in sebe pred neustrezno uporabo strokovnega dela in družbene moči. Svoje ideološke, osebne in institucionalne vplive morajo razmejiti od svojega dela, kadar bi lahko ovirali presojo o tem, ali s svojim delom pomagajo ali zastopajo svoje interese, ki niso v skladu z načeli strokovne pomoči.

Zaradi diskriminatorne obravnave prihaja do nestrinjanj in trenj med službami:

"Dostikrat se pričakuje iz CSD-ja, da se ženska mamica 'spuca' substitucije, da bo dobila pol otroka nazaj. Iz mojega stališča pa je pomembno to, da je oseba stabilna na substituciji, da ne zlorablja substitucije ali pa tablet, alkohola zraven. Substitucija ni bistvenega pomena, bolj pomembni so vedenjski vzorci, odnos do sebe, odgovornost, zanesljivost, skrb, ...stanovanje v končni fazi, tisoč drugih stvari. Ljudje, ki so stabilni na substituciji, lahko zelo dobro funkcionirajo, tudi odgovorno opravljajo delo."

4.3.2.2.6. Podpora na delovnem mestu

Strokovnjakinje in strokovnjaki, ki se pri svojem delu srečujejo s samomorilnimi osebami, na različne načine poskrbijo zase na osebnem in strokovnem področju. Skrb zase vpliva tudi na kakovost dela z ljudmi. Na ta način poskrbijo tudi za to, da v proces podpore in pomoči ne vnašajo lastnih nepredelanih vsebin, predsodkov, ter da ne ravnaajo na podlagi občutka nemoči in izčrpanosti. Spodnja izjava ilustrira izvor takšnega odziva, ki pa je do neke mere povsem razumljiv in človeški:

"Dojemam jih zelo odvisno od tega, kako se jaz počutim. Odvisno od moje moči in koliko sem jaz mirna."

4.3.2.2.7. Ravnanje z lastnimi občutki

Stik s seboj je ključen za prepoznavanje lastnih občutkov. Strokovnjaki_nje pogosto čutijo občutke nemoči, odgovornosti, strahu, groze in krivde, s katerimi ostajajo po končanem srečanju z uporabniki:

"Nemočen sem za moje paciente, če se bodo odločili to narediti, jaz ne bom imel moči tega preprečiti, in če bo kdo hotel to narediti, bo naredil. Lahko mogoče preprečim dvakrat, trikrat, samo, če je nekdo odločen, bo to naredil. In jaz pol ostanem s tem."

"Še vedno se velikokrat spomnim na njo in kako bi lahko drugače ravnala, na kakšen način prepoznala stisko ..., če sploh. Večkrat sem se spraševala pa še zdaj se vprašam, kaj sem spregledala."

Da jih občutki ne preplavijo in ne preobremenijo, se s tem spoprimejo sami ali preko drugih oblik podpore, kot so supervizija, intervizija in psihoterapija:

"Čeprav jaz si rečem, da jaz sem probala vse in naredila, kar se mi je zdelo smiselno, samo pač tako si poskušam sama čustveno, je pa drugače. Jaz se z vsem tem težko soočam pa si rečem tako, skušam tiste lepe trenutke, pa tisto, kar smo preživeli skupaj, pa kar sem jaz dobrega naredila za njih pa sem videla, da jih je osrečilo, jaz si na tak način pomagam pač."

4.3.2.2.8. Supervizija

Večina sogovornic in sogovornikov omenja supervizijo kot ključno obliko podpore. S supervizorko_jem imajo možnost dela na sebi, podeliti svoje občutke in misli, spregovoriti o tem, če so naredili dovolj in kaj bi lahko še, in dobiti pri tem podporo:

"Sem tudi na superviziji spregovoril o tem, ali sem naredil dovolj, kaj bi lahko še, ampak glede na to, kaj sva se s supervizorjem pogovarjala, je rekel, da sem naredil, kar sem lahko. Tudi jaz sam sem imel tak občutek."

"Plus to, pri teh primerih je vedno fajn tudi ta supervizijski del. Se pravi svoje delo na sebi oziroma na tem, kako delaš. Tukaj se je vedno dobro posvetovati s supervizorjem."

4.3.2.2.9. Intervizija in timski sestanki

Enako pomembni obliki podpore sta za strokovnjake_inje intervizijska srečanja in timski sestanki. Na ta način se lahko razbremenijo, pogovorijo in dobijo podporo od sodelavk_cev:

"Pa vedno rabim, da se sprostiš, pa tudi pogovori s sodelavci. Mi se dostikrat tako pogovarjamo, ko vsak ima kakšen problem, pa izpostavi, pa se pol skupaj, lažje ti je pol, če kdo drug, ki drugače gleda na zadeve, ti s svojega zornega kota pokaže pa mogoče ti sam kakšnega primera ne znaš čisto sam rešiti ali pa ne najdeš rešitve."

"Dobiš potrditev ali pa bolj spodbudo, da si naredil vse, da se ne smeš kriviti za nekaj, kar ni šlo tako, kot bi po regelcih moral iti."

"Pogovorov in spodbud, dajanja moči med nami je dosti."

4.3.2.2.10. Delo na sebi in skrb zase

Strokovnjaki_nje osebnostno in strokovno rastejo preko različnih oblik (samo)refleksije in s pomočjo psihoterapije. V kriznih in stresnih situacijah si pomagajo s samopomirjujočimi metodami in poskusom ohranjanja ustrezne mere distance.

"Redefiniram svojo vlogo, vedno znova. Ker dejansko tukaj so občutki močni in jaz gledam svoje vzorce, kako ravnam, zakaj tako ravnam, kaj to zame pomeni, kako skrbim zase, in s tem tudi jaz rastem kot človek in se krepim."

"Tudi naknadno sem si sama poiskala terapevtsko pomoč, grem po potrebi, če se znajdem v kakšni stiski, pa naj gre za osebno ali pa službeno stisko."

"Osebno si pomagam tudi z delom na sebi, tako da si dovolim vse občutke in da se učim, da stvari ne jemljem osebno, čeprav ni ravno lahko, saj ima vsak tak dogodek svoje posledice tudi na meni."

"Vedno pomagajo čisto praktične stvari, da se najprej pomirim in zberem."

"Da te zgodba ne odnese, da ohranjaš širši pogled. Recimo, tako plastično, če ženska govori, da jo je oče zlorabljal, izraža bes, žalost, misli na maščevanje ..., neplodno bi bilo njeno jezo ponotranjiti na način, da bi se skupaj z njo jezila na tega očeta in kako je grozno."

4.4. Potrebe ljudi, ki imajo izkušnjo poskusa samomora, in odzivi nanje

V tem poglavju prikazujem rezultate o potrebah ljudi z obeh vidikov. Predstavljam opise ljudi, ki imajo izkušnjo poskusa samomora in različnih obravnav, v katerih identificirajo svoje potrebe in razložijo, kako so nanje strokovnjaki_nje odgovorili_e in kje so v odnosu z njimi naleteli_e na ovire. Njihove pripovedi prepletam z izkušnjami strokovnjakinj_ov, ki opisujejo lastno razumevanje potreb uporabnic_kov in odzivov nanje prek različnih oblik podpore in pomoči.

4.4.1. Svoboda in nadzor nad lastnim življenjem

Etični kodeks socialnega varstva (2002) predpisuje, da morajo biti ob začetku dela in v vseh kasnejših fazah dostopne informacije in možnost izbire o tem, kakšne oblike pomoči so na voljo in kako si jih lahko zagotovijo. V procesu podpore in pomoči morajo biti ljudje seznanjeni z možnostmi in omejitvami pričakovane pomoči. Pred vsakim postopkom in metodo dela morajo podati svoje soglasje. Ljudem mora biti omogočena možnost izbire med razpoložljivimi oblikami pomoči ter možnost ugovora v zvezi s potekom ali (ne)učinkovitostjo pomoči.

4.4.1.1. Informirana odločitev

Da bi se ljudje lahko odločali, izbirali ali včasih zgolj preživeli, potrebujejo informacije o storitvah, s katerimi pa pogosto niso zadovoljni, ugotavlja Flaker (2008). Med sogovornicami_ki z izkušnjo prevladujejo izkušnje prisilne obravnave brez možnosti izbire in slabega posredovanja informacij.

"Karkoli hočeš, v bistvu moraš sam prosit, informirajo te pa drugi pacienti."

"Baje da psihiater to ne bi počel in je zato psihoterapevt, ampak jaz nisem nič o tem vedel, jaz sem samo hotel vedeti, kako se določeni stvari počne."

"Ni mi bilo OK. Takrat o tem, zakaj jaz ne smem it ven, oziroma bi bilo boljše, da ne bi šel, sem se na koncu nekako vdal in ostal notri. Razne skrbi glede mojega samopoškodovanja, jemanja zdravil, glede samomorilnih misli. In potem, ko sem za vse rekel, da bo že, da teh misli ni več, je prišlo do bolj osebnih argumentov v smislu Ali si prepričan, pa poglej, saj še tukaj imaš določene zadržke pri pogovarjanju. Ali si prepričan, da z družino boš zmogel, ne zdiš se mi ravno taka oseba, tukaj ti moramo učvrstiti karakter in podobno. Zato da bi se bolje spopadel z zunanjim svetom."

"Ampak psihiater mi je dal občutek, da če ne bom šla v bolnico, da ne bom več zaželeni pri njem."

Strokovnjakinja se odzove s stališčem glede pravic uporabnic_kov do izbire najboljše podpore in pomoči zase:

"Higienično in zdravo se mi zdi, da ima človek možnost izbire, da izbere zase najbolj ustrezno obliko pomoči, ki ni pogojena. Od različnih ljudi lahko tako slišijo različne načine za soočanje s svojimi stiskami."

Ljudje v stik s službami pridejo po več poteh, prek različnih informacij. Nekateri so napoteni, drugi najdejo stik preko priporočila, tretji si pomoč poiščejo sami preko interneta. Tisti, ki so napoteni, v obravnavo vstopajo neprostovoljno ali prostovoljno. Izjavi strokovnjakinj_ov ponazarjata primera teh dveh postopkov:

"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 po poskusu. Nihče še ni prišel k meni, da bi rekel, da je v taki stiski in razmišlja o samomoru."

"En je prišel napoten s strani njegove bivše terapevtke, ker ji je grozil z umorom."

Ljudje včasih niso informirani o tem, na kakšen način in s katerimi službami lahko pridejo v stik, v nekaterih primerih pa jim je možnost stika celo preprečena:

"Bila je zagovornica človekovih pravic. Ta je bila dosti v redu, sva se samo enkrat videla, samo nisem imel nič od nje. Rekla je, da jo lahko pokličem kadarkoli, ampak niti nisem vedel kdaj kadarkoli. Ne vem pa, kakšna je bila njena vloga, jaz sem se samo hotel dobiti z njo in prvič so dovolili, da jo pokličem z njihovega telefona, potem pa ne več."

4.4.1.2. Sodelovanje in pridruževanje

Poleg ustrezne informiranosti je ključno, da so ljudje pred in med obravnavo vključeni v lasten proces podpore in pomoči. Da vedo, kaj se z njimi dogaja, da jim nekdo vse pojasni, da na podlagi tega lahko sami presodijo, kakšne podpore in pomoči si želijo zase. Vloga strokovnjakinje_ka je ta, da se uporabnici_ku pridruži. To stori tako, da nevsiljivo poda svoje mnenje, se odpove vednosti o tem, kaj je s človekom narobe, kaj je zanj dobro in kaj potrebuje. Ljudje z izkušnjo opisujejo koristi takšnega pristopa, izpostavijo pa tudi nevšečnosti v situacijah, ko ima strokovnjak_inja glavno in zadnjo besedo.

"Ja, noben mi ni razložil, kaj se dogaja, vsaj ne vsega, samo vseeno človeku poveš, jaz nisem vedela ali sem depresivna ali kaj, jaz sem samo sklepala iz zdravil, ki sem jih dobivala."

"Vsakič ko sem napeljal na to, je rekla, ja ja, pa to ni pomembno. Vsakič je premaknila pozornost na nekaj drugega."

"Meni je recimo tudi kasneje v terapiji zelo fajn pri procesu, da sem lahko izpostavil česa si več želim, ker nekako sem imel to potrebo, da sem vseeno hotel več od terapevtke in si lahko pol tudi na tem delu, da sledi ona nekemu vzorcu in da pač tako, da bi sledila nekemu postopku in če to ne funkcionira nimaš pol več kaj."

"Morali bi biti taki, da so tam zgolj, ker hočejo pomagat, nočejo svojih idej predat tej osebi naprej, ampak morajo ugotovit, kaj tisti osebi najbolj paše."

"Da mi ni ona rekla tega, da ne smem zaradi tega narediti samomora, ampak da se je z mano tako pogovarjala, da sem jaz sama prišla do tega, zakaj mi je vredno živeti in zakaj ne smem narediti samomora."

Strokovnjaki_nje v intervjujih poudarjajo pomen soustvarjenega in enakovrednega odnosa, kjer je uporabnik_ca aktivno vključen_a in udeležen_a v proces podpore in pomoči. On_a je tisti_a, ki pove, kaj potrebuje, pri čemer se ji strokovnjak_inja pridruži.

"Drugače pa soustvarjamo odnos z veliko mero sočutja in razumevanja."

"Takrat ko se mi s timom pogovarjamo pa razmišljamo, kaj se da narediti, ne, ampak potem naprej pa vsekakor so seznanjeni tudi s tem, kaj bomo nadalje delali. Vsekakor sami povejo. Dostikrat izražajo svoje želje in jih tudi moramo upoštevati."

Človeku se je treba pridružiti tam, kjer je, in s tem, s čimer prihaja. Strokovnjaki_nje pripovedujejo, da je pri tem pomembno upoštevati njihove potrebe in slediti uporabnikovemu tempu.

"Mi imamo tudi tako načelo, da ne silimo v ljudi. Ko pokažejo, kar pokažejo, kar si želijo, to upoštevamo. Ni pa zdaj, da bi mi rekli, ti moraš na zdravljenje nujno, to je pogoj. Mi skušamo, da se človek sam odloči, kaj bi rad, to je na vseh področjih, tudi tu, ko so na resettlementu sami povejo svoje cilje, mi jim pa pomagamo. Eni imajo lahko za minimalne cilje recimo, da si uredijo zdravstveno zavarovanje, en pa planira tudi dolgoročno, da si najde službo. Prilagajamo se posamezniku, kolikor sam izraža, kaj bi rad."

"Da dovolim človeku, da je tam, kjer je, ne zmanjšujem njene bolečine."

"Večinoma smo usmerjeni tako, da človeka pustimo na miru oziroma ga spodbujamo, da bo povedal takrat, ko bo želel. Vsaka stvar rabi svoj čas, poskus samomora je seveda resna stvar in navadno ne preprečujemo ali pa ne silimo govoriti, če ne želi, če zanika, če zmanjšuje stisko, ker slejkoprej bo prišlo do tega. Hospitalizacija na psihiatriji zaradi poskusa samomora je daljša, tako da, če ne pride po prvem stiku do tega, da se človek izpove, dalje na rehabilitacijskih enotah, ko se malo poglobljeno pogovarjajo, pride do tega, da se človek odpre in začne govoriti, kaj in zakaj se je zgodilo."

O dobrih praksah pridruževanja poročajo strokovnjaki_nje, ki izvajajo nizkopražne programe:

"Včasih človek med pogovorom kinka, ampak še vseeno to enkrat pade na plodna tla, tudi če se ti v štartu ne zdi."

"Varna hiša Stigma se mi zdi zelo pomembna, ker ne pogojuje abstinence. Posameznici je zagotovljena namestitev, osnovne življenjske potrebščine, kar je osnova za kasnejše premike."

4.4.1.3. Medikamentozno zdravljenje

V akutnih situacijah in pri mnogih boleznih so zdravila hiter in nujen odgovor na situacijo.

Problem nastane, kadar gre za neustrezno predpisovanje in nenadzorovano uporabo zdravil.

"Zanimivo je, da ima večina uporabnikov Stigme predpisane antipsihotike, po drugi strani pa nobene takšne diagnoze, ki bi opravičevala uživanje antipsihotikov. O tem sploh ne vemo, kako se zgodi, ker se po navadi to zgodi ob prijavi, ko se človek vključi v metadonsko ambulanto, za sprejemanje substitucije še dobijo po navadi zraven kakšna pomirjevala, uspavala, antipsihotike. To sem že večkrat izpostavila na kakšni konferenci, to mi je pač čudno, da ljudje, ki imajo problem z odvisnostjo, brez kakšne pridružene diagnoze dobivajo antipsihotike. Ampak za debato o tem na teh prireditvah vedno zmanjka časa ... Ne vem, jaz sem tu zelo kritična, ker se mi zdi, da pri nas imajo ljudje po večini predpisane 'konjske' doze substitucije in ne vidim potrebe za dodatne tablete, razen v primeru diagnoze. Ta pomirjevala, antipsihotiki, to piše kar malo na pamet in v meri, koliko je aktualno, nekaj časa Dormicumi in Sanvali, pol so to ukinili, pridejo Apaurini in tako naprej. In se mi zdi res brez potrebe, da se ljudi toliko navleče na dodatne tablete, brez da se jih pregleda, brez kakšne resne psihiatrične obravnave, konkretnega pogovora."

"Problem je bil po moje tudi v tem, ker ni jemala tablet. Ker pri določenih imamo itak probleme, z določenimi uporabniki, ki jemljejo tablete, so čisto v redu, sam potem po navadi pri teh je tako, ko se jim izboljša stanje. pa mislijo, zdaj je pa v redu, pa nehajo jemati, pol je pa problem, ker pol se jim pa strga, pol je pa ne vem, ali jih zadržijo kje ali pa jih spravijo na urgenco. [...] Pol je pa ven prišla pa je nekaj jemala sama, je bolj dilala te tablete in pol se ji je poslabšalo."

Uporabnice_ki si želijo več možnih oblik podpore in pomoči, saj večini medikamentozno zdravljenje ne ustreza. Zdravila lahko pomagajo in zmanjšujejo stisko, ampak je ne rešijo. Pri zdravljenju z zdravili se je potrebno vprašati, kdaj gre za preživetje in kje je potreben korak dlje, da začnemo govoriti o kvaliteti življenja. Flaker (2008) poudarja pomen možnosti izbire na področju zdravljenja in zdravil. Pravi, da imajo ljudje občutek, da nimajo besede pri odločitvi o načinu zdravljenja in o jemanju zdravil. Mnoge sogovornice_ki pripovedujejo o takšnih izkušnjah.

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

"Ja, ker glej, meni so v Mostah dali uspavala, pomirjevala, antidepressive, ne vem kakšne stvari. Mislim, kaj je z mano narobe, da sem rabila vse to? Že to je meni čudno. Če sem naredila poskus samomora, kako ne delate na tem. Ne vem iz česa oni to izhajajo."

"Zdaj imam pa doma že štiri A4 liste popisane z zdravili, k jih jemljem, ker ko sem šla od psihiatra, sem šla v lekarno, po dve vrečki zdravil in nič mi niso pomagale."

"Saj zdravila so nekaj pomagala, samo moje početje je bilo še vedno isto. Jaz sem rabila nekaj, kar bi mi to pomagalo spremenit, oni mi pa niso."

Del problema se kaže tudi v tem, da je postavljena diagnoza izhodišče za reševanje vseh težav z zdravili:

"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 preteklost, so že takoj prišli ven z zdravili."

Psihofarmaki imajo pomembno vlogo odpravljanju motečih pojavov in lajšanju vzbujenja, a krize same ne odstranijo. Najboljše zdravilo sta čas in mirno, ugodno okolje (Lamovec 1999). Sogovornice_ki z izkušnjo predlagajo takšno ugodno okolje, kot alternativo hospitalizaciji in medikamentalizaciji:

"Mogoče že to, da bi psihiatrija tako, da ne bi bil zaprt oddelek, ampak da bi na takšen način delal. Ampak da je človek, da je ena oseba ves čas zraven tega človeka pa da se ga ne zapira pa na takšen način preprečuje, da bi spet probal, ampak da človek pazi na njega, se ta človek pogovarja z njim, ga pelje okrog, mu pokaže te male lepe stvari, lepote življenja. Ne vem, v življenju, naravi."

Tudi Zaviršek (1997) opozarja na posledice hospitalizacije, ki nastanejo zaradi dolgotrajne obravnave. Pogosto je vračanje v bolnišnico po načelu vrtečih se vrat, ki spodbuja razvoj tako imenovane aziliarne mentalitete, s čimer oseba izgubi osebno identiteto in dostojanstvo. To vključuje še dolgotrajno medikalizacijo, prilagoditev medicinskemu modelu duševnega zdravja, razvoj institucionalnega dolgočasa in izkušnje nasilja. Za človeka, ki je že sicer v duševni stiski, takšen pristop predstavlja dodaten negativen vpliv na duševno zdravje.

4.4.1.4. Večkratne obravnave

Lamovec (2005) trdi, da je prisilno zapiranje najslabše, kar lahko človeku ponudimo. Rešetke na oknih ne zbudijo veselja do življenja in problem le odložijo do naslednjega samomorilnega poskusa. Človeka čaka še več istega in se običajno v ustanovo vrača po principu vrtečih vrat.

Omejen občutek svobode čutijo ljudje že v fizičnem okolju:

"Drugače pa nisem smel it ven iz tiste stvari k je bila pač tam, kompleksa oziroma zgradbe, nisem smel stran od ograje in sem se vseeno zmuznu ven do trgovine, mislim, da me ni noben vidu."

Hospitalizacija je včasih prostovoljna in ljudje sami izrazijo željo po njej, ker je to edina obstoječa oblika pomoči, ki je dostopna 24 ur na dan:

"Sama sem izrazila željo, da bi šla tja, da si ne morem zaupat in da si bom verjetno kaj naredila, če ne bom pod štiriindvajseturno zaščito nekdo."

V praksi se pogosto dogaja, da se ljudje vračajo v institucije. To nakazuje na neustreznost odgovorov na potrebe ljudi. Sogovornice_ki z izkušnjo poročajo, da so njihove težave dolgotrajne ali ponavljajoče:

"Najprej EAP, tam sem bil ene trikrat pa štirikrat v Polju, dvakrat pred poskusi samomora. Star sem bil 18 let, ko so me prvič sprejeli na EAP. Tam sem bil en teden in se potem vrnil nazaj v bolnico. Potem sem bil še nekaj časa na tem oddelku. Potem sem bil spet sprejet v Polje, tokrat za 4 mesece. Po tem sem šel še enkrat na EAP, za en mesec, za vsak slučaj."

Problem, ki ga večina izpostavi, je v prehodu iz institucije, ki je nenaden in nenačrtovan. Ljudje v ustanovi dobijo dnevni urnik in podporo v obliki zdravil, pogovorov in drugih dejavnosti, ki začasno stabilizirajo akutno stanje. Ko zapustijo institucijo, se vrnejo nazaj v svet, ki ni nadzorovan, težave, od katerih so bili v instituciji izolirani, pa so še vedno tam. Ljudje potrebujejo načrt, kako se bodo spoprijemali z vsakodnevnimi življenjskimi izzivi po izpustu iz bolnice, da ne bi prišlo do enakih stisk in vrnitve v institucijo. Sogovornice_ki z izkušnjo prepoznavajo, da sta načrt in postopen prehod iz institucije odgovora na prekinitev začaranega kroga ponavljajočih se stisk in večkratnih obravnav.

"Ni bilo pa stvari iz okolice, izoliran si bil. To je tako kot ko pridejo ven iz zapora pa so celi zmedeni, ker v zaporu si imel urnik, zunaj pa ne. To, da bi še vedno hodila v bolnico, da bi zjutraj prišla, do treh. Ker mi smo spali tam, dve sta pa hodile od osmih do štirih tja. Da bi bila potem dneva notri, potem pa zunaj, da bi šla postopoma. Ta bolnica je super, ampak človeka izolira in ga ne more pripraviti, kako bo, ko bo zunaj. Za vse bi bil potreben prehod. Ali pa človek, ki se reže, je doma depresiven in ne mara šole, ga tam izolirajo in je vse OK, ampak ko nazaj pride, kaj bo?"

"Na začetku so seveda iluzije. To je tako kot orbitrek, ko misliš, da boš gor vsak dan, pol pa si, čez dva mesca pa gor cote ležijo. Da boš nadaljeval urnik, ko boš šel ven, ampak ga ne nadaljuješ. Ni tega prehoda, bilo bi zelo fajn, da bi jaz to ohranjala doma, ker bi mi verjetno zelo pomagal. Rabila bi pač več samodiscipline, ki je jaz nimam. Jaz tam notri, ko sem bila, sem se počutila popolnoma varno. Sčasoma dobiš dovolilnico, da lahko greš čez vikende domov, ampak na začetku si zmeden, ker je šok, da greš iz enega varnega okolja spet v bum."

Strokovnjaki_nje se strinjajo, da je po minuli krizi potrebno konkretno načrtovanje, kako naprej: *"En plan narediti ali pa kaj, v primeru če še, kako pol mi ukrepamo, če je možnost, da se to ponovi. To, da z njo spregovoriš, kaj bi bilo pa njej, oziroma da ji daš to možnost oziroma jo seznaniš s to možnostjo, da se obrne nate drugič, če bo v stiski, pa kaj lahko tudi sama, da sama poišče tiste vzvode, kaj bi lahko sama naredila, da jo spodbudiš k temu, da bolj konstruktivno pol reagira."*

4.4.1.5. Izpopolnjevanje postopkov

Neustreznost postopkov v obravnavah se po izkušnjah uporabnic_kov najbolj kaže v čakalnih vrstah in finančni nedostopnosti do psihoterapevtske obravnave, v glede na populacijo neustrežno oblikovanih skupinah, v sistemu pravil in sankcij ter nefleksibilnosti programov:

"Pa da bi med časom šole, da bi ful bolj kontrolirali dotok ljudi, ki prihaja v te ustanove. Ker jaz, takrat ko sem bil, je bilo na pol prazno, ko sem šel med počitnicami tja. Ko se je začela šola, pa je bila čakalna vrsta tako dolga."

"[...] za medicino je značilno, da ko naredi neko anamnezo, kaj je narobe, pač pol za vse ljudi napiše enako postopke. Ali pa pač nekaj spremenijo pa upajo, da bo kaj drugače. Ampak to v življenju enega človeka lahko pomeni več mesecev in več let."

"Je bil pa problem, ker smo bili ljudje različnih navad, starosti in podobno in zaradi tega nismo mogli sami med sabo spletni prave socialne mreže."

Strokovnjaki_nje se pridružujejo mnenju in potrebam uporabnic_kov. Strokovnjaki_nje problematizirajo pomanjkanje hitro odzivnih in razpoložljivih služb in nefleksibilnost programov:

"Za sprejem na CZOPD so kar dolge čakalne vrste, tako da lahko človek hodi tja tudi pol leta na neko pripravljalo skupino. Največji naš problem ali pa splošen problem, ki je, je, da imamo

zelo toge organizacije, nobene fleksibilnosti, zelo slaba odzivnost, velikokrat sploh ni odzivnosti."

"Recimo dva meseca nazaj smo imeli punco, za katero smo v štirinajstih dnevih poklicali petkrat psihiatrično pomoč, ampak so jo hospitalizirali samo za en dan, ker je bil izgovor, da imamo CZOPD, ki je del psihiatrične klinike, tam pa je čakalna vrsta. Zaposleni smo bili smo v stiski, ker je niso hospitalizirali za dlje časa kot za dva dni z argumentom, da je itak odvisnica in hoče samo tablete. Ampak ta uporabnica se je močno samopoškodovala, v Ljubljano je skočila, zaužila preveč tablet ... Dejansko smo ostali sami z njo, ni bilo hitro odzivne organizacije, ki bi ji ponudila konkretno pomoč."

Druga strokovnjakinja, ki je zaposlena na psihiatriji, pojasnjuje argument za postopek izbire obravnave v primeru, kadar je samomorilna oseba zasvojena s psihoaktivnimi substancami:

"Je opcija, ker pri nas na psihiatriji zdravimo tudi odvisnosti. Ko je oseba sprejeta, je sprejeta na varovano enoto, to je ta urgentna enota. Potem pa imamo nadaljevalne oddelke in ena od teh je oddelek za zdravljenje odvisnosti in psihoterapijo. Kadar je oseba iz prve krize, jim povemo, da so hudo zasvojeni, in jim predlagamo zdravljenje odvisnosti, ko se stabilizirajo, ko nimajo več abstinencijske krize in delirijev, jih mi želimo napotiti na nadaljnje zdravljenje. Če se oni za to ne odločijo, jih mi odpustimo, ker se je njihovo zdravstveno stanje stabiliziralo, odvisnosti pa ne želijo zdraviti."

Prva strokovnjakinja naprej problematizira obstoječe postopke:

"Pričakovati, da bo oseba iz ulice z lahkoto hodila trezna na pogovore pred sprejemom, je preveč. Ulica ima svoja pravila, biti 24 ur na ulici trezen, težko je. In pol, če je človek trezen, ima manj keša, ker ne more žicati, in pol ful enih stvari to potegne za sabo, tako da bi bilo na mestu oz. zelo zaželeno več fleksibilnih organizacij, ali pa da bi obstoječe imele nekaj postelj za urgentni sprejem. Ko oseba pokaže voljo, željo po spremembi, jo je treba takoj podpreti. Kaj se bo pokazalo čez tri dni ali mesec, bomo reševali naknadno skupaj z njo."

"Noben človek ne bi smel čakati pol leta na obravnavo in biti na 'testu motiviranosti'".

Pripoved sogovornice z izkušnjo ilustrira problematiko slabe odzivnosti služb na osnovne potrebe uporabnic_kov:

"Pa tudi ta javna stanovanja, to bi morali malo hitreje reševati prošnje, ne pa, da si štiri leta na čakalni vrsti. To lahko že umreš v tem cajtu. Ker je ful praznih stanovanj, pa jih nočejo oddat."

Strokovnjaki_nje problematizirajo tudi privatizirano psihoterapevtsko dejavnost, ki predvsem zaradi finančnih razlogov večini ljudem ni dostopna:

"Smiselna bi bila recimo neke vrste subvencija, kar se tiče terapevtske pomoči, ker če pogledamo strošek konzuma tablet, predpisanih brez diagnoze, ali pa strošek ene terapije, so te tablete precej dražje, po drugi strani pa imamo uporabnike, ki bi si želeli psihoterapevtske pomoči, pa si je mogoče ne morejo privoščiti. Tu bi bilo na mestu, da ta terapevtska pomoč postane del zdravljenja ali pa del tega, ko je človek v stiski ali pa odvisen ali pa prejemnik socialne pomoči, da dobiva neke bolj ugodne možnosti terapevtske pomoči, kar pomeni pogovor. Tako da to bi bilo nujno, ne samo za odvisnike, ampak za vse ljudi, ki se znajdejo v nekem trenutku na CSD-ju, ali je to materialna pomoč ali pa kaj drugega. To so ljudje, ki so v stiski in ne počutijo se dobro."

O tem spregovorijo tudi ljudje, ki potrebujejo psihoterapevtsko obravnavo:

"Še zdaj mislim, da bi rabila nekoga specializiranega, jaz bi rabila psihoterapevta, ampak imam finančne težave glede tega."

4.4.2. Odnos v procesu podpore in pomoči

Za uspešno sodelovanje je ključen medoseben odnos med udeleženi. Odnos med strokovnjakinjo_om in uporabnico_kom ni prijateljski, ker je zaradi prostorske in časovne omejitve ter vsebovanosti poklicnega dela neenakovreden, a je kljub temu intimen, saj vključuje empatijo, iskrenost in spoštovanje (Lamovec 2006). Ljudje z izkušnjo poskusa samomora v ospredje svojih potreb postavljajo več dimenzij odnosa z različnimi strokovnjaki_njami. Opisujejo značilnosti, ki naj bi jih imeli_e strokovnjaki_nje, da bi se z njimi počutili dovolj varno za odprt pogovor, v katerem bi imeli možnost izraziti svojo stisko in iskati rešitve. V besedilu vidik ljudi z izkušnjo povezujem z oblikami in metodami dela strokovnjakinj_ov, ki odgovarjajo na potrebe uporabnic_kov. Med raziskovanjem obeh pogledov primerjam skupne točke in razhajanja v razumevanju problematike in ravnanjih, ki sledijo.

4.4.2.1. Dogovor o sodelovanju

Strokovnjaki_nje običajno pričnejo sodelovanje z različnimi vrstami vprašalnikov, s pomočjo katerih dobijo informacije, potrebne za odločitev o primernem načinu zdravljenja. Na področju samomora je med pomembnejšimi dogovori o sodelovanju antisuicidalni dogovor.

"Imam en vprašalnik standarden, kjer je to vprašanje čisto eksplicitno. Vprašalnik že ob vstopu v proces dam in vidim, če je ta tema že prisotna v njihovem življenju."

"Sklenil sem antisuicidalni dogovor, kar pomeni, da se mora on zavezati, da dokler hodi na terapijo, ne bo naredil samomora oziroma se bova pogovarjala o tem. S tem na nek način zavarujem pacienta in pa tudi sebe."

Strokovnjaki_nje opažajo, da se na antisuicidalni dogovor ljudje odzovejo različno: *"Večinoma dobro, razen ta, ki je zapustil terapijo, je rekel, da ne želi tega storiti in sem pač jaz rekel, da je to moj pogoj, tudi da ostane on v terapiji in da na nek način ga razumem."*

Izkušnja sogovornice, ki je podpisala antisuicidalni dogovor, opisuje pomen pristopa, kako terapevt_ka dogovor vnese v pogovor:

"Da naslednjič, ko pridem k njej, da do takrat ne bom naredila samomora. Ampak to je bilo tako nevsiljivo, da je imela ful čut, znala je pristopiti. Če bi mi prej to rekla ali pa če bi ona zapaničarila, tako kot sem recimo poslušala enega kolega, ki ga je zaklenila psihoterapevtka v sobo in ga ni spustila ven, dokler ji ni obljubil, da se ne bo ubil, in ji je rekel ja OK, ne bom se ubil, ampak si je pa mislil, ampak ja, jaz se bom, če se bom hotel."

Druga sogovornica govori o dogovoru, ki ga je morala podpisati ob vstopu v bolnišnično obravnavo, a zanjo ni imel pomena:

"Ne, edino ko sem šla v bolnico, sem mogla podpisati, da se ne bom samopoškodovala, da ne bom zbežala, se napila. Čeprav sem se enkrat najbolj napila in bruhala, rezala sem se notri, bila sem pozitivna na droge."

Čačinovič Vogrinčič in sodelavci (2005) poudarjajo pomen dogovora o sodelovanju, ki se začne z jasnim in izrečenim dogovorom. Dogovor vsebuje pristanek na sodelovanje in dogovor o tem, kako bodo delali. V primeru sogovornice dogovor nima pomena, ker v oblikovanje dogovora ni bila udeležena.

4.4.2.2. Varnost in zaupanje

Zaupanje je bistven element komunikacije med ljudmi, zato je pomembno, da ga ljudje čutijo do drugih. Z zaupanjem se odpira prostor za sodelovanje in obratno, s sodelovanjem se utrjuje zaupanje. Kadar socialne mreže ljudi, organizacijski sistemi in skupnosti razpolagajo s tem potencialom, zmorejo realizirati več ciljev kot tiste, ki so brez te dobrine (Dragoš 2004: 145).

Ko je sklenjen dogovor o sodelovanju ter vzpostavljen osebni stik in delovni odnos, ljudje potrebujejo varen prostor, brez katerega ne morejo zaupati v proces, ki bi prinesel zelene spremembe. Ljudje z izkušnjo opisujejo situacije, ko varen prostor ni bil vzpostavljen:

"Na začetku ji nisem mogel povedat, kaj vse se je spletlo, sploh ker je bila notri še ena oseba, ona me je pa v pričo nje spraševala."

"Imeli smo skupinsko terapijo in tam sem jaz bila tista, k sem se zajebavala. Kaj bom jaz tam razlagala svojo zgodbo, ni mi bilo do tega."

"Mal bolj bi morali preverjati, da se ne nosi notri droge pa alkohola. Za vse ženske, ki so bile tam, več kontrole pa nadzora. To je polom, kakšne so tam stanovalke. Če si že sam tako bolj na pol-pol, a bi se drogiral ali se ne bi, pa se okrog tebe ful ljudi drogira, je težko reči ne. Pa se kao ne sme notri nosit, ampak se vseeno nosi. Se da skrit. Saj za njih je isto, a si na drogi ali si na terapiji. Ampak ja, v bistvu bi bilo boljše, če bi imeli posebej tiste, ki so sam na terapiji, pa tiste, ki se še zadevajo zraven. In pol je tudi ful debate o tem in te hitro potegne."

"Tam je bilo samo, če se bo kdo porezal in delal kaj, mora ven iz bolnice. Če se jaz režem, ne moreš reči, da bom ven letela, ampak mi moraš pomagat, da se ne bom rezala. Ti mi moraš pomagati razumeti, zakaj rezanje zame ni OK."

Zaupanje in varnost se težko vzpostavita tudi v situacijah, ko se osebje menjava:

"Pri psihiatru pa tako no, ja pač, ah. Dejansko je tako, da sem šla tja, ko je bil urgenten psihiater, pol naslednjič, ko sem prišla čez dva tedna ali en teden, ne vem točno, je bil en drug psihiater, ker je bila moja na dopustu, pol naslednjič parkrat, ko sem prišla, je bil vsakič en drug psihiater."

Tudi strokovnjaki_nje verjamejo, da morajo najprej ustvariti varen prostor, v katerem se človek počuti sprejetega in lahko začne zaupati. Spoštljiv, enakovreden odnos je pogoj za odprt pogovor o stiskah, ki se zgodi le v varnem prostoru.

"Pogovor, oporo, sočutje, razumevanje. Ustvariti skupen varen prostor, kjer se počuti človek slišan in razumljen. Pri takšnem načinu dela so to enakovredni_e sogovorniki oziroma sogovornice. Se mi zdi, da včasih ne znamo več dati nekih najbolj osnovnih stvari sočloveku, kot je pogovor, sočutje in razumevanje."

"Pomen [je] definitivno ta, da lahko svoje občutke in misli nekam dajo. Da imajo nek prostor, kjer jih lahko izrazijo."

Pri ustvarjanju zaupnega odnosa strokovnjaki_nje opuščajo iskanje objektivnih resnic in verjamejo subjektivnemu doživljanju uporabnic_kov.

"Jaz, če osebo jemljem kot tako, ki je samo manipulirala in izsiljevala ljudi s tem, če me bo on začutil, da mu jaz ne verjamem, mi ne bo nič povedal. Najslabše mu je soliti pamet in strokovno modrovati in govoriti naučene stvari."

"Verjeti njihovem doživljanju."

Odprt pogovor, sprejemanje in miren odziv so možne oblike sprejemanja, ki ustvarjajo prostor, v katerem se ljudje čutijo sprejete in začnejo sprejemati same_i sebe. S takšnim odzivom strokovnjaki_nje tudi preverjajo stopnjo ogroženosti.

"Čisto sem odprt, brez tabuja, brez kakršnekoli dlake na jeziku in to sem tudi naslovil z imenom samomor, da bi se ubil in tako."

"Tako normalno, kakor se pač vedno odzovem. V tem smislu, aha, na samomor ste pomislili, o čem ste konkretno razmišljali, če imate kakšno idejo o tem, kako bi to naredili. S tem sem preveril tudi ogroženost."

4.4.2.3. Oseben odnos

Včasih se med obravnavo, predvsem na področju zdravstva, ljudje počutijo razvrednotene in deležni nehumane obravnave. Pripovedujejo, da so obravnavani kot številke, kot delo in ne kot ljudje. V odnosu s strokovnjaki_njami si želijo osebnega stika, občutka enakovrednosti in človeškosti.

"Sva imela zelo neoseben odnos, niti ni hotela slišati za bolj osebne stvari, za katere sem jaz menil, da bi bile bolj pomembne."

"Zdravnici sem povedala, da mi oči ne dovoli, da bi to jemala, in je zdravnica rekla, naj se tvoj oči kar obesi, če ti noče pomagati. V prvem razredu sem bila, ko mi je to rekla, in potem sem jaz očiju povedala in oči je šel noter in od takrat je nisem nikoli več videla."

"Kot prvo mislim, da bi veliko spremenilo, da ne bi oni tam za mizo sedeli pa da ne bi imeli zvezka, v katerega piše notri, kaj jaz vem, kaj piše. Ni tako, da bi sedela nasproti, pa se pogovarjata pa ti kaj veš o njemu, pa je potem globlji odnos."

"Vprašali so me, ampak to je bilo tako. Psihiater me je vprašal, od ena do deset mi povej, kako se počutiš, misli o samomoru, kako se s starši razumeš... Jaz sem mogla to lestvico povedati in

tukaj se je končalo, nisva se naprej pogovarjala. Če sem rekla preveliko številko, je vedno rekel, če sem prepričana, in nekako me je pripravil do tega, da sem jo zmanjšala."

Ljudje z izkušnjo verjamejo, da se osebni odnos lažje razvije, če je prisotna določena stopnja medosebnega ujemanja:

"Tudi neke vrste isti humor sva imeli in sem se lahko zezala, da imam črni humor. To, domač občutek, da smo takšni karakterji, da sva se našli, da sva se skapirali."

Strokovnjaki_nje preko osebnega stika odpirajo prostor za razvoj občutkov povezanosti, zaupanja, razumevanja in partnerstva v procesu podpore in pomoči. Osebni stik se odraža preko očesnega stika, dotika ali bolj verbalno, tako da strokovnjak_inja podeli svoje osebne ali strokovne izkušnje, svoje občutke in doživljanje, izrazi pristno skrb in se empatično odzove na stisko.

"Individualni, osebni stik je najbolj pomemben. Iz tega izhaja vse, oseba v stiski dobi občutek varnosti, zaupanja, je slišana in upoštevana. Skupaj poiščemo rešitve. Nič ne kompliciramo, nimamo šablone, po kateri bi delali, odzivamo se na osebo in njeno stisko. Mislim, da je ta osebni stik nujnost, ki se bo mogla zgoditi pri delu z ljudmi. Vsak človek potrebuje pogovor in to je najbolj preprosto dati. Ko soustvariš zaupen odnos potem s človekom lažje delaš. Pa to, da človek začuti, da ti je mar, iskreno mar, to je zelo pomembno."

"Podelim svoje izkušnje, zaradi tega ker se človek potem s tabo lažje poveže, ko poveš nekaj osebnega, da ni samo nek zaposleni, ampak si dejansko človek, ki ima življenje in se srečuje dostikrat z okoliščinami in situacijami, ki so mogoče lažje, ampak vseeno pa zahtevajo vložek energije in nek korak naprej."

4.4.2.4. Sprejemanje

Za ljudi je pomembno, da se čutijo sprejete. Ta občutek dobijo predvsem takrat, ko začutijo podporo prek odzivov, v katerih ni prisotnih sodb ter ocen o njih in njihovih življenjih, ki sicer samo poglobijo občutke sramu in peljejo k izogibanju iskanja pomoči zase, kot pripoveduje sogovornica preko svoje izkušnje:

"Tja prideš pa te prec že obsojajo, se bedno počutiš zaradi tega, nelagodno, da si poskušal delati samomor, pa ti ni ratalo. Da so te oni rešili, ampak ... češ tisto, koliko je ljudi, ki res umirajo, ta gre pa mlada pa že hoče to. Na očitke. In poglede in predsodke. Če bi bilo tega manj, bi bilo ostalo v redu."

Tekavčič Grad (1995) pravi, da je najpomembneje človeku v stiski ponuditi oporo tako, da ga sprejmemo z vsemi težavami in pomanjkljivostmi, s katerimi prihaja.

Cilj ni spremeniti ljudi, temveč normalizirati njihove življenjske pogoje. Izkušnje sprejetosti spodbudijo občutek normalnosti. Nova izkušnja sprejetosti odpira možnost, da ljudje začnejo sprejemati sami sebe, o čemer čudovito spregovori sogovornica s svojo izkušnjo:

"Bistveno je bilo, ne da sem videla, da me drugi sprejemajo, ampak jaz sem začela sebe sprejemati. Ker se 20 let nisem."

Kadar strokovnjaki doživljanje in ravnanje ljudi sprejmejo kot običajen odziv na neobičajne situacije, se ljudje počutijo normalno in sprejeto:

"Tako nekako mi je dala tisti občutek, da ti nisi nič kriv, ni krivda v tebi, taka situacija je, da rabiš podporo."

"Pa to je bilo dobro, da ni začela paničariti. Ne vem sicer, ampak zdaj, ko za nazaj gledam, se mi zdi, da je ful mirna ostala, no, vsaj tako sem jo jaz doživljala, pa da me ni hotela prepričati, naj ne delam tega. Jaz sem čutila, da je z mano pa da ni obrnila na sebe, ni začela paničariti. Ker če bi začela paničariti, bi se jaz takoj ustrašila, joj, kaj sem pa zdaj rekla, ne vem kaj. To je bila ta razlika, ker ni odreagirala, kot da sem bolna, ker pač to govorim, ampak pač, ja, to je normalno, to so pač čutenja, impulzi, glej, ja. Je sprejela to in je bilo waw."

4.4.2.5. Empatija

Empatična oseba razume svet druge osebe tako, kot ga vidi ona sama. Stvari vidi z njenega zornega kota in se zna postaviti na njeno mesto, kar pa ne pomeni, da ne vidi okoliščin tako, kot bi jih sicer, če bi bila zares na njenem mestu. Bistveno je, da pripoved osebe sprejme kot veljavne opise njenega doživljanja, ne glede na to, kako nenavadni ali neverjetni se zdijo. Ko se v odnosu doseže določena stopnja zaupanja, lahko morda osebo soočimo s tem, kako situacijo s svojega zornega kota zaznavajo drugi. (Lamovec 2006)

Kadar ljudje ne začutijo empatije s strani strokovnjakov_inj, čutijo nelagodje in težko spregovorijo:

"Zelo neprijetno, vsaj na začetku, ker je zelo strogo pristopila do mene. V smislu močnega strogega glasu. Ukazovalni glas, povej mi, kaj je narobe! In mi je bilo zelo neprijetno, ker ji nisem mogel povedati, kaj je narobe."

Strokovnjaki_nje stremijo k empatičnemu odzivanju, ki ga izražajo z zanimanjem za človeka, ki ga poskušajo razumeti, ter s čutečim spremljanjem z občutljivim odzivanjem.

"In ko on reče, a me razumete, jaz ponavadi rečem, skušam vas razumeti, da ne daješ enih lažnih informacij, da ti njega res razumeš. Jaz rečem po navadi tako, jaz vas skušam razumeti, ampak vam verjamem, kar mi pripovedujete, in slišim, da ste res v stiski, če mi reče, da je v stiski. To je spet zrcaljenje, ampak je 'suport zraven'."

"Da začutiš človeka, sposobnost vživljanja v njegovo stisko je zelo pomembna, ker oseba na drugi strani te itak začuti, tako kot ti njo, in potem se mi zdi, da se odprejo in je potem dosti lažje kasneje reševati konkretne ali pa pravno formalne zadeve."

"Čisto odvisno. S tem, da jim dajem vedeti, da jih slišim in da jih razumem, kaj govorijo, jim sporočim to, dejansko jim verbalno sporočim. Tudi odzovem se, pustim, da moja telesna mimika rezonira s tem, kar oni doživljajo pa pripovedujejo. Seveda ne grem v 'acting out', ampak dajem vedeti, da se me stvari dotaknejo. In tudi če sem povprašan direktno, tudi povem. Če se mi zdi, da ima to neko vrednost pa da ima to nek pomen za proces, povem, kaj sem dejansko začutil ob tem. Na tak način jim dajem vedeti, da jih čuteče spremljam."

Strokovnjakinja izpostavlja problem izgube sočutja, ki ga opaža pri osebju, ki dela z ljudmi s težavami v duševnem zdravju:

"Včasih se mi mogoče zdi, da jih zdravstveno osebje pri dolgotrajnih duševnih boleznih ne jemlje več toliko resno. Malo se izgubi tisto sočutje in empatija pri dolgotrajnejših obravnavah."

4.4.2.6. Spoštovanje in dostojanstvo

Spoštovanje se začne z načinom razmišljanja o ljudeh. Lamovec (2006) pravi, da moramo v osebi videti človeka in ne zgolj zbirke motenj in jih sprejeti tudi v primerih, ko se ne strinjamo z njihovimi ravnanji. To dosežemo tako, da razlikujemo človeka, ki je vreden spoštovanja, od ravnanj, ki morda tega po naših merilih niso vredna. Sogovornice_ki z izkušnjo od strokovnjakinj_ov pričakujejo spoštljiv odnos in občutek dostojanstva. Želijo, da se njihov poskus samomora ne obravnava s sodbami, temveč z razumevanjem. Spoštljiv odnos, ki ohranja človekovo dostojanstvo, je po poskusu samomora nujen, a so mnoge izkušnje ravno nasprotno. Sogovornice_ki pripovedujejo o različnih oblikah nasilja in razvrednotenja, ki so jih bile_i deležne_i v bolnišnici:

"Tista človeškost, tega jim manjka. Ker nekdo, ki se že tako počuti 'down' in 'bed', da je šel to narediti, ni fajn se pol zbuditi, pa da te pol tko tretirajo, kot da, veš tisto, nisi vreden, boljše da bi te pustili umreti."

"Zaprta oddelek je bil grozen. Tisto ni človeško po mojem mnenju. To, kaj delajo na zaprtem oddelku, kako te zaprejo ven iz sob, ampak hkrati si na zaprtem hodniku, kjer nimaš nobenega izhoda, preprosto grozno je. Še posebej, ker si pod večjim vplivom zdravil, bi rajši spal ali počival, hkrati pa tega ne moreš, ker so v dnevni sobi, edini prostor poleg hodnika, že vsi spali po kavčih. Edino, kar je preostalo meni in tistim, ki se nismo uspeli zriniti do kavčev, je bilo, da smo spali na hodniku, pod mizo."

"Vzamejo ti še zadnji kanček dostojanstva. Tam ti dajo eno pižamo in potem si na zaprtem oddelku, ki ni fajn. Morala sem k psihiatru prosit, da mi dajo modrc. Dobiš samo vsak dan novo pižamo, ki ti je desetkrat prevelka, desetkrat premala. Butast izgledaš v njej, hodit moraš v njej po parku in si stigmatiziran, ker točno vejo, če si v pižami, si zaprta oddelek. Pa osebne predmete ti vzamejo. Sem morala starše prosit, da so mi prinesli britvice in sem se tam v parku mogla na hiter mal pobrit, da nisem bila gluh kosmata. Avtomatsko se počutiš ponižanega."

"Bili pa so zelo različni medicinski delavci. Eni so bili OK, eni so bili pa naravnost grozni, naravnost fašistični in so se izživljali nad nami. So nam fuknal konzervo na mizo kot psu, brez vsega, brez krožnika, brez prtička, brez pribora, brez vsega."

Manj vidne oblike nasilja se kažejo v zanemarjanju, ignoriranju in prepuščenosti samemu sebi:

"Na primer, ena shizofrena je bila cel dan v enem kotu, so jo dal tam v voziček in to je bilo to."

"Ker nimaš kaj drugega delati, ker si lahko zaprt v mali sobi ali pa zaprt v veliki stekleni kadilnici."

"Ampak niso pa odkrili pa niso reagirali, ko sem prišla z razmesarjeno roko. Noben ni nič naredil."

"Ko imaš tisti gumbek, ki pozvoniš, pa imajo oni tisto tablo, kjer piše, katera postelja je pa kater pacient? No, v glavnem, kadar sem jaz zvonila, ni noben hotel priti."

Etični kodeks socialnega varstva (2002) o tem pravi, da morajo delavci v vseh postopkih in odnosih varovati spolno, psihofizično in duhovno integriteto posameznikov. Prizadevati si morajo, da bi odkrili in preprečili zlorabe s strani osebja, drugih uporabnikov in ljudi iz okolja. Flaker (2008) pravi, da ljudje potrebujejo možnost zagovornišтва in zaščito pred nasiljem, da bi imeli možnost zavarovati svoje pravice in ohraniti dostojanstvo. Lamovec (2006) izpostavlja, da

ima na podlagi zakonodaje uporabnica, ki ji grozijo s hospitalizacijo, pravico poklicati zastopnico. O tej pravici uporabnice niso informirane, poleg tega pa jim v tej fazi ni dovoljeno uporabljati telefona.

4.4.2.7. Zagovorništvo

Lamovec (2006) postavlja vlogo zagovorništva v vzpostavljanje ravnotežja razmerij moči in posredovanje pri nesoglasjih med ljudmi in institucijo. Običajno je zagovornica_k ena oseba, ki je v celoti na strani uporabnice_ka. Zavzema se za dosledno spoštovanje njenih_govih pravic. Strokovnjaki_nje pripovedujejo, da se na nasilje in neustrezno obravnavo praviloma odzivajo s podporo v obliki zagovorništva. Zagovorništvo se kaže kot dobra praksa krepitev moči in glasu tam, kjer ju ljudje (še) nimajo:

"Spremstvo oz. zagovorništvo se na tem mestu izkaže kot dobra praksa, da razložimo okoliščine vzroka, travme in zlorabe iz otroštva, da so to ljudje, ki so bili prikrajšani za marsikatero pozitivno izkušnjo v življenju, ki se je nam zdela zmeraj samoumevna."

"Gremo zraven kot zagovornik ali pa spremstvo, tako kot, kjer od doma pokličejo reševalca in gredo sorodniki zraven, mi pa gremo tu zraven. Glede na to, da so te ženske pri nas, nimajo močnih sorodstvenih vezi ali pa bližnjih, tako da po navadi kar mi gremo. Potem malo povemo situacijo zdravnici, ki je na sprejemnem oddelku, s čim se soočamo, kakšni so vedenjski vzorci, take stvari, stojimo tudi ob strani tej ženski kakorkoli, da je obravnavana na korekten način, da ni obravnavana: Aha, odvisnica to, aha, odvisnica to, aha, odvisnica to."

4.4.2.8. Pristnost in iskrenost

Strokovnjak_inja mora vstopiti v odnos kot resnična oseba. To pomeni, da ni zlagana, se ne skriva za masko, ne govori enega, ko misli drugo. Iskrenost ne zahteva, da mora strokovnjak_inja izraziti vse svoje misli in občutke, temveč naj izrazi to, kar je resnično (Lamovec 1998). Ljudje lahko zares spregovorijo takrat, ko verjamejo, da osebo na drugi strani zanima njena njihova zgodba. Pristno zanimanje strokovnjaka_inje prepoznajo in razumejo preko pristnih in iskrenih odzivov radovednosti in skrbi:

"Naravno, tako, ne da je zaigran, da se vidi, da ti želi pomagati. Pa da bi mi dal vedeti, da mu ni ali da ji ni vseeno zame."

"Pri psihiatrinji nisem mogla ven iz sebe dati, ker njih ni zanimalo, oni te niso spraševali, kako se počutiš, kakšne so razmere doma, niso se pogovarjali, kako pa ti na splošno, kaj te bremeni. Tudi če so vprašali to, je bilo to na tisti način, ko vprašajo psihiatri, ko ne greš povedati vsega, sploh če si zmeden najstnik."

4.4.2.9. Razpoložljivost

Razpoložljivost in pripravljenost na stik izven dogovorjenega srečanja je za večino sogovornic_kov z izkušnjo največ, kar strokovnjak_inja lahko ponudi. Razpoložljivost se kaže v možnosti pogostejših srečanj, fleksibilnosti in dostopnosti v primeru finančne nezmožnosti ali drugih ovir. Sogovornice_ki opišejo pozitivne učinke razpoložljive_ga strokovnjakinje_a. Zanimivo je, da vse_i sogovornice_ki dobre izkušnje z razpoložljivo_im strokovnjakinjo_om omenjajo zgolj v zvezi s psihoterapevtsko obravnavo:

"Ampak, ker imaš tedensko srečanje, se hitro lahko proces usmerja glede na potrebe mene, glede na moje potrebe, glede na to, kaj je tisti dan ali pa tisti trenutek pomembno, in nekako se ti terapevt pri temu pridruži."

"In je rekla, da naj ji vsak dan magari napišem mail, ko bo hudo, samo da ji mail napišem, pa mi bo odgovorila, in sem to prakticirala in je dejansko ful, ful pomagalo. Tako da sem dobila tudi ta filing tega stika, čeprav je preko maila, ampak sem dobila, da je nek stik, in mi je dejansko zmanjšalo stisko."

"Že samo ta dogovor, da imaš ti številko in da lahko pokličeš, pač da imaš to dovoljenje, da ti človek reče, da če je tako hudo pa to, pa pokliči. To je maksimalno, kar lahko pričakuješ od enega takega strokovnjaka se mi zdi."

"Pa pol vem, da si nisem mogla privoščiti tega, pa mi je dala zastonj, mislim, ni mi bilo treba plačati in mi je ful veliko to pomenilo."

"Enkrat se je zgodilo, da sva na začetku imela dvojno uro, ker je bilo toliko enega balasta za povedati z moje strani."

Pri srečanjih s psihiatri_njami uporabnice_ki pogrešajo občutek, da si zanje vzamejo čas, saj so srečanja premalo pogosta in prekratka:

"Ker če je neka taka stiska pa si res sam na par mescev tam, pač to vse skupaj ni nič."

"Ko greš na vsake par mescev, je bilo neko stabilno obdobje, neko dobro obdobje."

Strokovnjaka s področja psihiatrije pomanjkanje časa razlagata s pomanjkanjem in izgorelostjo kadra:

"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. Če je potrebno, si moraš vzeti čas."

"Če bi bili mi bolj kadrovsko podkovani, bi se lahko dosti bolj posvetili tudi individualnemu načrtovanju in bi lahko v obravnavo vzeli čisto vsakega uporabnika, ki bi prišel. Dostikrat je tudi izgorelost kadra. V teh časih je toliko stisk, navala, depresij ..., nismo vključeni v vse. Dostikrat delamo po smislu gašenja požara."

Tudi Flaker (2008) na podlagi pripovedi ljudi ugotavlja, da si želijo, da bi jim osebje posvetilo več časa, s tem pa bi se zmanjšale tudi neenakosti med njimi. Enako verjamejo strokovnjaki_nje, ki v intervjujih povejo, da ljudje potrebujejo v procesu podpore in pomoči dostopno, razpoložljivo in odzivno osebo. Ko ustvarjajo varen prostor za proces podpore in pomoči, s tem zavarujejo tudi čas. Ta čas niso zgolj termini dogovorjenih srečanj, temveč tudi razpoložljivost in odzivnost v času stisk, ki se pojavijo izven termina srečanja. Razpoložljivost in odzivnost strokovnjaki_nje zagotavljajo z dosegljivostjo preko telefona ali elektronske pošte, z možnostjo pogostejših in daljših srečanj, z informiranjem o drugih možnih oblikah pomoči v času svoje odsotnosti ali nedosegljivosti ter z dostopnostjo v primerih, ko si ljudje zaradi finančnih ali drugih razlogov sicer ne bi mogli zagotoviti podpore in pomoči.

"Aha, jaz bi rekel, da je ključna odzivnost in dosegljivost. Ker ta nihanja pri samomorilno ogroženih osebah so kar velika in važna je res ta dostopnost. V tem je super tudi ta možnost telefonskega klica, zelo dragocena služba je to. Dosegljivost in pa seveda dostopnost in ta stalna pripravljenost. Pa angažma, normalno, tistih, ki to delajo, da to delajo s srcem, če ne, to ne moreš delati."

"Vsem pacientom dam številko, saj me tako tudi lahko kontaktirajo, in to je moja osebna številka, na katero sem dosegljiv."

"Vsakemu damo tudi vedeti, da če ne more najti terapevta oziroma tistega, ki ga obravnava, da lahko pride tudi v dežurno službo, ki jo imamo kot psihiatrična bolnišnica 24 ur na dan na voljo. Ker vedno človeku ne moreš nuditi suporta, ali nimaš časa ali nisi v službi ali si na dopustu ali je to vikend, pacient seveda ima možnosti priti po pomoč kadarkoli in lahko je to zelo priročno. To

se pravi, predvsem je važno, da vidi možnost, da lahko pride v stiski kadarkoli, da se lahko vedno obrne na terapevta."

4.4.3. Prepoznavanje in značilnosti dinamike vedenja

Da do ustrezne podpore in pomoči sploh lahko pride, morajo strokovnjaki_nje najprej prepoznati opozorilne znake in dinamiko čustvovanja in vedenja, ki lahko vodijo v poskus samomora, te vsebine pa tudi odražajo potrebe ljudi. Da bi bile te vsebine dostopne tako, da bi jih ljudje lahko izrazili, strokovnjaki_nje pa prepoznali_e, morajo biti zagotovljeni do sedaj izpostavljeni pogoji v s časom in prostorom zavarovanem kontekstu podpore in pomoči, v katerem se razvije osebni in delovni odnos med udeleženi.

Dernovšek (2004: 5) samomor definira kot pojav, ki se kaže v včasih nepredvidljivi potezi posameznika, mnogokrat pa je zelo predvidljiv. Williams (1995) pravi, da samomor lahko prepoznamo ob upadu vsega upanja, kar je razvidno iz sprememb v prijateljskih vezeh in skupaj preživetem času, sprememb vedenja, sprememb apetita, iz motenj spanja, problemov v šoli, težav s koncentracijo, zmedenega miselnega toka, nepojasnjene upada energije, povečane zlorabe substanc, konstantnega občutka manjvrednosti ali sovraštva do sebe, tvegane vedenja, težav s spolnostjo, pretiranega razmišljanja o smrti, umiranju in samomoru, odrekanja lastnini ter iz zgodovin samomora in depresije v družini. Sogovorniki_ce (ljudje z izkušnjo in strokovnjaki_nje) izpostavljajo mnoge spremembe v čustvovanju in vedenju (opozorilne znake), ki jih bom prikazala treh sklopih: čustvovanje, mišljenje, vedenje; način govora o samomorilnih mislih in namerah ter tvegano vedenje.

4.4.3.1. Čustvovanje, mišljenje, vedenje

Milivojević (2008) razloži specifične emocije in občutke, npr. občutke manjvrednosti, anksioznosti, krivde, izgube in avtoagresije, ki lahko predstavljajo dejavnik tveganja pri samomorilnosti. Značilen znak pri samomorilnosti je občutek obupanosti (*hopelessness*), ki sestoji iz negativnih prepričanj in pričakovanj. Njihov nabor ustvarja sliko črne prihodnosti s prepričanj, da se jim ne more zgoditi nič dobrega. Sogovornice in sogovorniki z izkušnjo v času pred poskusom samomora prepoznavajo različna čustvena stanja in občutke. Pogosto omenjajo občutke nemoči in brezupa, obupa, panike, sramu, osamljenosti, brezizhodnosti, izolacije, jeze, žalosti, izčrpanosti, neuspeha, distanciranosti, stiske, apatičnosti, zmedenosti, izgube smisla in

upanja. Govorijo o nespečnosti, o stopnjevanju čustvenih stanj, o zapiranju vase in o samopodobi.

"Ful je bilo tko 'acting out', sam te impulzi, fak, jaz ne bom mogla, jaz komaj živim, itak sem že prej komi živela, kaj je to, to sploh ni življenje. To se mi je samo mešal, sama panika ves čas, čisto sem bila iz sebe."

"Ampak jaz tega nobenemu nisem povedala, ker me je bilo sram, da bi me drugi imeli za zmešano, niti terapevtki ne, pa sem že pol leta hodila na terapijo."

"Bilo je tako, da sem bila zelo, zelo, zelo osamljena pa izolirana. Čisto sem se počutila v svojem svetu, čisto osamljena, čisto izolirana, čisto obupana."

"Pri meni je takrat, ko je najhujši občutek, je po navadi neka mešanica žalosti in jeze. Težko je to začutiti in ... saj pomaga, ko se izražaš pa ko jokaš ali pa kaj, sam se ti pa zdi, da si samo pritisk znižal, da je posoda žalosti še vedno polna, ampak da zdaj ne teče čez rob, ampak je zdaj spet do roba, tako nekako jok pomaga."

"Drugače pa nekakšen takšen miks. Obup, nekak takšen, tisto, kar tudi pol fizično občutiš, da nimaš energije se premikati, tudi nek občutek neuspeha. Sicer sem bil opazno tudi takšen distanciran pa tako, ampak nekako ni bilo nekaj, da bi bilo spet tako očitno."

"Mesec, dva sem bil skos not čez počitnice. [...] Apatičen, skoraj nič čustev prisotnih."

"Jaz težko rečem, da sem bila v tistem času depresivna, ampak jaz sem bila res ekstremno zmedena."

"Slaba samopodoba, predvsem z videzom. Jaz sem se tisto leto zelo zaprl vase, nisem hotel komunicirati s sošolci ne učitelji in to šele zdaj opažam, da se je kar precej dobro videlo oziroma so drugi to razbrali."

V samomorilnem procesu je ključen občutek brezizhodnosti. Sogovorniki_ce opisujejo, da je v času pred samomorom njihov miselni proces postal ožji:

"Da je to pol to. [...] Pol bi me itak vsi zapustili. Ne bi mogel biti srečen, bi bil umazan ves čas."

V njem se samomor zdi edina možnost:

"Edina opcija, ki se je zdela možna, da bo bolečina izginila, se je zdela smrt. In zato, sem se mislila ubiti."

Strokovnjakinje_ki prepoznavajo spremembo v čustvenem stanju predvsem kot upad volje, odmikanje, ki vodi v osamljenost, in občutek brezizhodnosti. Po njihovih opažanjih tveganje predstavljajo tudi akutna čustvena stanja, v katerih so ljudje manj razsodni in bolj impulzivni.

Hayes in Orrell (1998: 35) ter Aldridge (1998: 11) vidijo v agresivnem in impulzivnem vedenju najpomembnejši dejavnik tveganja za samomorilno vedenje, predvsem v odnosu impulzivnosti do tveganja samomorilnega in antisocialnega vedenja (alkohol in droge). Strokovnjaki_nje opišejo prepoznavanje sprememb v čustvovanju pri uporabnicah_kih:

"Samo takoj se je videlo, da je postala taka bolj molčeča, ker prej se je kdaj tudi kaj zasmejala pa tako, sva malo govorili, ker jaz v gore hodim, pa me je tako kaj spraševala, kje smo kaj bili pa tako, sodelujoča je bila, pol pa, tako se mi zdi, kot da bi zgubljala voljo."

"V zadnjem času pa se srečujem z ljudmi, ki so odvisni od alkohola in tablet in ne vidijo več izhoda, potem pa poskušajo, največkrat v vinjenem stanju, narediti samomor kot klic na pomoč."

"Hmm, ja, mogoče je za izpostaviti to, da je eden od ključnih momentov, ko razmišljamo o samomorilnosti, osamljenost tudi."

"Lahko je zadeva taka, da kljub temu, da ima pomoč, tretma, je situacija zanj nevzdržna s časom, včasih je pa problem drugačen, tudi da je akutno, pridruži se kakšna intoksikacija, če je problem komorbidnosti še zloraba substanc. Pride do kakih takih akutnih stanj, ko so manj razsodni, bolj impulzivni in v tem primeru se lahko tudi marsikaj."

4.4.3.2. Način govora o samomorilnih mislih in namerah

Tekavčič Grad (1995) pravi, da je, če nekdo pove ali namiguje na samomorilne misli in poskuse, pomembno prisluhniti in vprašati, kaj s tem misli. Pogosto ljudje povejo, da niso za nobeno rabo, da bi najraje zaspali in se ne več zbudili, da bi vse skupaj končali. Včasih lahko podajajo tudi bolj jasna sporočila v obliki groženj. Težje so prepoznana opozorila v obliki spremenjenega vedenja, na primer razmišljanje o dedovanju in razdeljevanje osebnih predmetov. Verbalni in neverbalni znaki so pogosto zelo nejasni in neprepoznavni, zato je pomembno razjasniti posameznikovo stisko. Iz intervjujev je razvidno, da ljudje na različne načine spregovorijo o samomorilnosti. Nekateri povedo sami in konkretno, drugi bolj neposredno, preko namigovanja. Mnogi o tem sploh ne spregovorijo in na to niti ne nakazujejo. Strokovnjaki_nje poročajo o različnih oblikah in načinih govora o samomorilnih mislih in namerah, ki jih prepoznavajo pri uporabnicah_kih:

"Sem sam zaznal. V tisti uri, ko sem posumil, da zna biti kaj v tej smeri, so tudi sami prišli ven s to temo. V tem smislu, da rečejo, ja, ne vidim smisla, brez veze, da sploh še živim, zakaj živim pa tako, taka vprašanja."

"Pa z govorjenjem o tem, da se bo poskušal_a ubiti, da ne vidi več smisla."

"Ponavadi sami spregovorijo o tem, recimo mi je hudo, mi je težko živeti, v tem smislu potem pride ven. Spregovorijo o tem kot o ostalih temah, mogoče z večjim zadržkom pa bolj tiho, ampak odprejo to kot katerokoli drugo temo. Opažam, da ljudje zelo težko o tem spregovorijo na glas ali pa tudi ne znajo na nek način."

4.4.3.2.1. Grožnje

Najbolj udaren opozorilen znak se zdi neposredna grožnja s samomorom, za katero pa velja splošno prepričanje, da tisti, ki grozi, ne bo ničesar storil. Žmitek (2010) zavrača takšna prepričanja na podlagi raziskav, ki kažejo, da je osem od desetih ljudi, ki so poskušali delati samomor, pred poskusom to tudi verbalno ali neverbalno izrazilo. Vsak znak, ki nakazuje na samomorilnost, je potrebno vzeti resno in podrobno raziskati s pogovorom. Strokovnjaki_nje pravijo, da se na podlagi teh vednosti na grožnje, ki jih prepoznavajo v različnih oblikah in interpretirajo na različne načine (kot manipulacijo ali klic na pomoč), ustrezno odzovejo:

"So pa tudi situacije, ko oseba začne groziti s samomorom, npr. velikokrat, ko pride do kakšne kršitve hišnega reda ali pravilnika, sankcije so različne, med drugim je tudi sankcija ukrep izselitve, takrat pride velikokrat do groženj s samomorom, nimam kam, vrgla se bom v Ljubljano in najedla tablet. [...] Po eni strani je lahko to izsiljevanje, po drugi strani vseeno vzamemo grožnjo resno. Ukrep izselitve ni vezan na te grožnje, izselitev vseeno izpeljemo, trudimo pa se ostati s to osebo v kontaktu in ji nuditi oporo in pomoč na drugačen način."

"Odzovejo pa se tudi z grožnjami, ko pokličemo zdravniško pomoč. V tem zadnjem primeru, ki ga tekom tega pogovora dosti omenjam, je, da sem uporabnici povedala, da vidim, da gre za ogrožajoče stanje in da bom poklicala zdravniško pomoč, se je seveda temu upirala in rekla: 'ubila se bom pred tabo, da boš vedela'."

"Mislim, da je bila pri enem moškemu grožnja del procesa. [...] Prej je imel izkušnjo, da je hodil k ženski terapevtki in je razvil erotičen transfer, katerega ni prepoznal, je pa čutil, da je bil zavržen. Grozil ji je z umorom, zato je zaključila terapije, v mojem procesu pa sem nekako pričakoval, da se to lahko zgodi še enkrat."

Strokovnjakinja prepozna, da so grožnje lahko tudi manj direktne in konkretne:

"Morda je prišlo včasih do tega, kadar je bila oseba manipulativno naravnana, da so nekaj želeli od mene doseči, v smislu nekih ugodnostih, pa je mogoče bilo na diplomatski način v celofan

zavito povedano, da se bo nekaj zgodilo, če ne bo njemu v prid narejeno. Ampak direktno, konkretno, da bi pa grozili nam ali pa meni na oddelku s tem, to pa ne."

Včasih je za ocenitev resnosti situacije dobro poznati okoliščine, na primer če je za osebo grožnja, s katero prihaja, tudi izvedljiva:

"[...] oba sta grozila, da se bosta ustrelila. S tem, da en ima pištolo, drug je pa nima. Ta, ki je zapustil terapijo, nima orožja. In je imel konkretno fantazijo, da bi šel v gozd zraven hiše in bi se tam ustrelil. Ta drugi pa ni imel načrta, ampak je samo govoril, da bi se ustrelil."

Pri zaporski populaciji je prepoznavanje ogroženosti še bolj oteženo, saj strokovnjaki_nje prepoznavajo večjo stopnjo manipulacije kot pri ostalih populacijah, hkrati pa je pri zaporski populaciji samomorilnost bistveno višja:

"Dosti tega je pa tudi v zaporski ambulanti, kjer pa je seveda tudi dosti manipulativnih pacientov, ki tovrstno problematiko malo izkoriščajo za svoje namene, včasih pa ne, seveda. Moramo vedeti, da je samomorilno vedenje pri zaporski populaciji do sedemkrat višje kot pri ostali populaciji. Tu je zdaj tako, če gledamo številke je približno 50 do 60 % pregledov v zaporski ambulanti manipulativnih. To pomeni, da je taka kar zapletena situacija, prepoznavati manipulacije, ki so izjemno pogoste, pa prepoznavati ogroženost. Pri nekaterih je to znak nemoči, bolj generalno gledano, da se hitro zatečejo v tovrstna stanja ali pa jih potegne v to, če tako rečem. Včasih je to kar dejanska želja po smrti, so pa zanimivi tisti primeri, ko človek doživi zoženje zavesti, ko človek še sam ne razume, da je poskušal samomor. Po določeni stiski tako nerazsodno, tako ne funkcionira, da pride do poskusa samomora, tako da tisto stanje zoženja zavesti, trenutnega občutka brezizhodnosti, zna biti zelo nevarno, ker zelo lahko trenutno zmanjšajo občutek za realno presojo in se kasneje, ko preživijo, če preživijo, čudijo sami sebi, da so prišli do tega. Zdi se mi nagnjenost dejansko razumljiva, včasih pa tudi kot pretirana, kot klic na pomoč, kot nekakšna tendenca k temu, da ljudje zavzemajo vlogo bolnika, da se niso pripravljali potruditi, da bi določene svoje probleme konstruktivno reševali."

4.4.3.2.2. Skriti opozorilni znaki

Žmitek (2010) predpostavlja, da lahko v večini primerov v osebni zgodovini samomorilne osebe zaznamo osebne težave, opozorilne znake, težave v duševnem zdravju, samomorilne grožnje in poskuse. Neprepoznavanje opozorilnih znakov je lahko posledica slabega zaznavanja vzorcev

vedenja ali presoje, da opozorilni znaki niso resni. Marušič in Temnik (2009: 58–60) dopuščata možnost, da nekateri ljudje res ne izrazijo nikakršne tendence in ne govorijo o samomoru.

Težave nastanejo takrat, ko ni izrazitih opozorilnih znakov ali opaznih sprememb pri čustvovanju in vedenju osebe. Tudi če so prisotne kakšne težje okoliščine, se lahko zdi, da se človek z njimi učinkovito spoprijema. Strokovnjaki_nje pripovedujejo o izkušnjah, ko samomora niso mogli_e predvideti:

"Jaz sem vedel, kaj se dogaja, sem videl, da so ene okoliščine, ki so zelo pereče ali pa da imajo vpliv na njih. Nikol pa nisem videl ali pa predvidel, da bo ta oseba razmišljala o samomoru zaradi tega, s tem so pa sami ven prišli."

"Občasno sva se slišale, vedno je bila slišati dobre volje, nič ni govorila o stiskah. Še vedno se velikokrat spomnim nanjo in kako bi lahko drugače ravnala, na kakšen način prepoznala stisko ..., če sploh."

Pri določenih oblikah tveganih vedenj strokovnjaki_nje s težavo razlikujejo med nezgodo in poskusom samomora:

"Se mi zdi, da je to pri uživalkah in uživalcih nedovoljenih drog kar skrito, prikrito. Ko gre za smrtni primer, ne vem, ali je bil 'overdose' ponesreči ali je bil z namenom."

Prav tako je težko določiti vzrok telesnim simptomom:

"Telesni simptomi, ki so prisotni, so recimo telesne stiske, tiščanje v prsih, v obliki tesnob."

Opozorilne znake je strokovnjakinjam_om še težje prepoznati, kadar uporabnice in uporabniki prikrivajo svoja čustvena stanja in tvegana vedenja:

"Nekateri sami povejo, ker imajo potrebo po tem, nekateri skrivajo, nekateri pa celo zanikajo, da je bil poskus samomora. Včasih rečejo, da so hoteli malo zaspati ali pa da so se hoteli samo pomiriti v primerih prevelike količine tablet ali uspaval. Dostikrat pride do zanikanja ali pa zmanjševanja te stike: 'Saj nisem hotel, saj nisem mislil'. Večina jih pove, nekateri pa zanikajo."

Uporabnice_ki prikrivajo ali zmanjšujejo resnost svojega doživljanja zaradi različnih razlogov. Namen prikrivanja je na primer strah pred hospitalizacijo:

"[...] se zavedam, da sem tam na psihiatriji en svoj vidik pokazal. Mogoče iz nekega strahu, da ne bi bil kaj hospitaliziran ali pa da bi moral še več tablet jemati, sem zmeraj neko sliko sebe predstavil, ki je dosti tako stabilna, da ni spet takih stisk, da bi rabil ne vem kakšno pomoč."

Kadar so opozorilni znaki skriti, je v pomoč kontinuiran stik, saj strokovnjaki_nje poznajo običajen način funkcioniranja osebe ter hitreje zaznajo odstopanja in spremembe v čustvovanju in vedenju:

"Je pa res, da vseeno gre za ženske, ki že nekaj časa delamo z njimi in imamo to hitro odzivnost in hitro opazimo, ko do stiske pride. Lažje na primer kot v dnevnem centru, kjer nimajo tako osebnega ali intenzivnega stika, tam je težje to prepoznati."

4.4.3.3. Tvegano vedenje

Večina ljudi, ki so poskušali delati samomor, ima izkušnjo samopoškodovanja. Najpogostejše oblike samopoškodovanja v zgodbah sogovornic_kov z izkušnjo so rezanje in žganje kože, omenjajo pa tudi motnje hranjenja, vstopanje v destruktivne odnose in tvegano uporabo psihoaktivnih substanc:

"To je bila dolga leta bulimija, bruhal sem sedemkrat na dan, da sem shujšala 30 kil. Bilo je to tudi rezanje z britvico, največkrat po rokah. Prenažiranje s tabletami, z alkoholom, to, kakor se spomnim."

"Tokrat je bilo čisto na drug način samouničevanje, da sem šibala iz ene destruktivne veze, katastrofalne v drugo, da sem bila s popolnoma neprimernimi ljudmi, preveč ljudmi, in takrat mi je poknal spet in sem v bistvu kupla na črno neke tablete, mislim da je bil Dormicum, to je močno uspavalo. Spila sem liter vodke in sem bila 24 ur v komi. Jaz sploh ne vem za to."

Tvegano vedenje strokovnjaki_nje prepoznajo kot izraz stiske, predvsem kadar se stopnjuje ali kadar se pojavijo nove oblike tveganega vedenja:

"Stiske se kažejo kot rezanje kože, zelo samodestruktivno vedenje, tvegana uporaba drog ali tablet se poveča, ali pa se poveča konzum kakšnih slabih drog, kot je plin za polnjenje vžigalnikov. To je zelo močen krik na pomoč."

"Na fizični ravni se vidi večja zadetost, manjša prisotnost v opravilih in sodelovanju, večja agresija, na nek način ta odsotnost tega zdravega dela v človeku."

"Ker ravno s tem, da se zadevajo, da zlorablajo ali uporabljajo droge, se izognejo temu soočanju, tem travmam, žalosti, jezi, skratka močni psihični bolečini. V tem primeru jim droge na nek način pomagajo preživeti. Ko se zmanjša konzum ali pa se oseba odloči za abstinenco, je nujno ponuditi oporo in pripravljenost pomagati človeku, da spleza čez zlorabljačo izkušnjo, se sooča s svojim strahom."

Tančič (2008: 24–28) opozarja, da je pri zlorabi psihoaktivnih substanc nevaren učinek zoženja miselnega procesa.

4.4.4. Izbira intervencije

Strokovnjaki_nje morajo najprej prepoznati opozorilne znake in stopnjo ogroženosti, šele nato presodijo o primernosti oblike pomoči, ki jo lahko ponudijo. O tem presodijo na podlagi različnih informacij o tem, v kakšnem stanju je oseba, kakšna je njena osebnostna struktura in narava težav v duševnem zdravju ter na podlagi ostalih relevantnih informacij iz življenja ljudi.

"Včasih je to tretma odvisnosti, bodisi je človek odvisen od droge, alkohola, druge psihoaktivne substance, potem tudi tretma tega je lahko ključna rešitev. Skratka moramo videti problem v celoti, ne samo kot samomorilnost kot tako ali psihično motnjo kot tako. V celem kontekstu. Bi rekel, da je stvar izkušenj, dobrega systemskega dela in kvalitetnega timskega dela."

"Čisto odvisno, v tem smislu, v kakšnem stanju je pacient. To pa na podlagi tega, na kakšen način je tema prišla, kakšni so zunanji faktorji, ali je bil že kdaj prej kakšen poskus ali pa razmišljanje, v tem smislu."

"Če vzamemo kot take značilne motnje, kot so 'borderline', depresivna osebnostna struktura, je bolj pričakovano kot pri kakšni disocialni ali pa histrionični. Ampak to je vse poenostavljeno, ni sistematično obdelano."

Izbiro intervencije prilagodijo tudi glede na presojo o tem, kaj bi lahko delovalo ter kaj bo oseba lahko vzela, slišala in zdržala:

"Drugače pa vidim, kako so s to temo, presodim, gre za neko presojo na podlagi vsebine, ki jo oni odpirajo, na podlagi tega, kako so odzivni na moje intervencije, in na podlagi tega, kakšen občutek imam, ali je to primerno za njih ali ne, ali bi to lahko prenesli ali ne. Če je nekdo sposoben slišati zelo jasno konfrontacijo, uporabim konfrontacijo. Če vidim, da nekdo ne zmore tega, uporabim ali tolažbo ali interpretacijo."

"Različno, včasih se je boljše neumnega delati pa glumiti, tako kot tudi on, včasih pa je dobro človeka konfrontirat, odvisno od situacije."

"Moj pristop je čisto odvisen od pristopa človeka. Kadar je oseba v resnični stiski in se me res oprime z zadnjimi upi, vsekakor jih ne soočim s tem kruto in surovo, da bo moral zdaj vse sam rešiti."

4.4.5. Pogovor v procesu podpore in pomoči

Oravec (2006) spodbuja strokovnjake, naj izrazijo svoje skrbi o prepoznanem samomorilnem tveganju z ljudmi, ki zaradi duševne ali telesne bolečine doživljajo stisko. Kadar nagovorimo samomorilno obarvane misli, načrte in občutke človeka, se odpre prostor za razjasnjevanje stopnje samomorilnega tveganja, s čimer ga bo tudi lažje obvladovati. Pogovor o samomorilnih namelih in trpljenju lahko ustvari prostor za iskreno in sodelujočo zvezo med pomagajočim in uporabnikom, kar je v samomorilnem procesu nujen pogoj za ohranitev življenja. Michel (2004) pravi, da izogibanje iskreni komunikaciji med samomorilno osebo in strokovnjakom lahko prispeva k nadaljnjemu razvoju posameznega samomorilnega procesa. Intervencije, ki spodbujajo pripovedovanje zgodb o stvareh, ki ležijo za samomorilnimi ideacijami, lahko predstavljajo način preseganja komunikacije o težavah in oblikujejo delovni odnos. V tem modelu je samomorilna oseba v položaju eksperta svojega življenja, vloga pomagajočega pa je, da olajša konstrukcijo samomorilne zgodbe osebe. Proces pripovedovanja zgodbe o razvoju samomorilnosti lahko vodi v preoblikovanje zgodbe od smrti k življenju.

Kadar strokovnjaki_nje prepoznajo, da ljudje ne zmorejo pogovora (običajno v akutni fazi), se najprej odločijo za zdravljenje, ki bo stabiliziralo stanje:

"Takrat je problematika tako akutna in huda, da se ljudje niti pogovarjati ne morejo. Najprej grejo potem psihiatri z zdravljenjem, da se ljudje stabilizirajo in sploh začnejo pogovarjati, šele takrat se tudi pokaže potreba po socialnem delavcu. Pri depresivnih ljudeh ali pri hudih stiskah, ki se zgodijo, takrat pa oni takoj izrazijo željo po pogovoru. Pri njih se takoj vključim, me takoj pokličejo, ko je treba urgirat."

Kadar strokovnjak_inja ubesedi stisko in uporabnik_ca ni pripravljen_a o tem govoriti, je smisel pogovora v tem, da oseba sliši in začuti, da je nekdo tam:

"Važno je, jaz mislim, da, slišala je, da jo imamo radi ali pa, če bo karkoli, da smo ji na razpolago. Ti lahko prideš na pol poti."

Strokovnjaki_nje prepoznavajo, da ljudje potem, ko se stanje stabilizira in je vzpostavljen stik med strokovnjaki_njami in uporabnico_kom ter zagotovljen čas in varen prostor, najbolj od vsega potrebujejo podporo v obliki pogovora. Verjamejo, da pogovor omogoča razreševanje stiske z razbremenitvijo, novo perspektivo in uvidom.

Pogovor je ključen že v začetku procesa podpore in pomoči, saj se preko njega vzpostavi osebni stik. Preko pogovora poteka komunikacija o potrebah in možnih odzivih nanje:

"Pogovor je vedno dobrodošel oziroma nujen. Je odlična metoda dela, zelo osebni individualni stik, za ljudi si moramo vzeti čas. Se mi zdi, da ljudje to pogrešajo, pogovor, osebni stik."

"Vedno začnem s pogovorom, od pogovora je odvisno, kakšne oblike pomoči potrebuje oseba."

Uporabnice_ki potrebujejo prostor, v katerem lahko iskreno in odprto spregovorijo, na drugi strani pa je nekdo, ki jih aktivno posluša, sliši in se odziva:

"Tudi če se pol včasih vprašam, pa fak, ali mogoče komu zvenim bolna ali pa psihično nestabilna, ne vem kaj, ampak ja, dejansko mi v tistem trenutku ful olajša, ker kar govorim iz sebe, govorim iskreno. Ni mi za živeti, komi živim, komi se vlečem čez dan, vse je en drek in tisto, kar je res v meni, da dam ven, da komu povem, to mi ful pomaga."

Lamovec (1998) pravi, da poslušanje ne pomeni, da ljudi zaslišujemo, ampak jim pustimo, da prosto govorijo. S tem se izognemo, da bi ustvarili referenčni okvir, kaj je pomembno in kaj ni. Aktivno poslušanje pomeni, da je strokovnjak_inja prisoten_na tukaj in zdaj in v stiku s svojim čustvi, ki so podlaga za empatično razumevanje. Kadar strokovnjak_inja zares posluša, oseba začuti, da je z njo in da je njeno doživljanje pomembno. Prek neverbalnih odzivov, gibov, tona glasu in besed pomagajoča pokaže, da posluša in ponudi oporo. S tem strokovnjak_inja izkaže spoštovanje, ki spodbudi sogovornico_ka, da nadaljuje s svojo pripovedjo.

Strokovnjaki_nje opozarjajo, da je, enako kot vsem drugim temam, tudi temi samomora in drugim sorodnim temam potrebno dati prostor in čas. O njih je potrebno spregovoriti konkretno, odprto in direktno. Brez sodb, stigme, ocenjevanja in vrednotenja. Pravijo, da je treba vzeti in sprejeti.

"Ni to izolirano od vsega in ima večjo stopnjo, zaradi katere je treba šepetati ali pa ovinkariti okoli nje, ampak ne, treba je to vzeti. Tudi ostale teme, recimo zlorabe, posilstva. Treba je vzeti in spregovoriti o tem. Te teme je treba potegniti v sredino enega procesa in videti, seveda če so to res neke teme, ne na silo, ampak o tem se je treba pogovarjati, ne pa tam nekaj na stran dajati."

Vsebine pogovorov so raznolike in široke. Odpirajo se teme, ki so v tistem trenutku pomembne. Včasih je to konkreten pogovor o samomoru, v ostalih primerih gre za druge teme, ki so neposredno povezane z njim. Teme ljudje običajno odprejo sami, strokovnjaki_nje pa se jim pridružijo z aktivnim poslušanjem in odzivanjem z vprašanji in svojimi razmišljanji. Z ljudmi se pogovorijo o spremembah, ki so jih opazili v njihovem vedenju ali čustvovanju. Odzovejo se osebno, izrazijo skrb in ponudijo podporo:

"Pogovarjamo se o vsem, počutju, lastni vrednosti, o odnosih z drugimi, odnosu do sebe ...

Različna področja življenja se skozi pogovor dotaknemo, skozi pogovor začutiš, kje je bolečina, stiska ..."

"Potem vedno pot zavije, fokus je na samomoru, ko on to izpostavi, potem se pa tako ali tako nekam prevesi."

"Torej, kaj bi za njih samomor pomenil, kaj bi jim prenesel, kako se počutijo, ko razmišljajo o njem, ali je kakšna sprememba po tem, ko začnejo razmišljati, da bi najrajši zginil pa ne bi bil več tu, torej, če je kaj drugače po tem."

"Poslušamo ga, vprašamo ga, kaj ga je privedlo do tega razmišljanja, zakaj to želi."

"Poveš svoje videnje te stiske, nanizaš različne rešitve, ni tako črno kot vidi, marsikaj se da urediti, vedno obstaja več poti do nekega cilja. Če je zdaj črno, je lahko čez pol ure čisto druga perspektiva glede tega problema, ki jo spravlja v stisko."

4.4.5.1. Pogovor usmerjen k rešitvam

Včasih je predvsem na začetku obravnave pogovor namenjen razbremenitvi in podpori ob izrazu stiske kasneje pa ljudje od pogovora pričakujejo več. Želijo razjasniti in razumeti svojo situacijo in poiskati rešitve zanjo. Slednje se zgodi prek raziskovanja obstoječih virov ali odkrivanja novih. Tekom pogovora se odpirajo novi zorni koti, ki ponujajo nova razumevanja, nove priložnosti in možnosti ravnanja v stiski:

"Se mi je zdelo pa premalo. Ta psihiater nič, ne pomaga ti iskat nobenih rešitev. Samo tisti moment, nekak da gre mimo, nič pa, kaj boš naprej. Nobenih načrtov se ni delal. Kam boš zdaj šel od tu. Ali boš kaj delal, imaš sploh kam it. Kaj se je sploh zgodilo, kako si pristal tam, kako boš to rešil, da ne bo spet isto."

"Predvsem po moje eno realno sliko o zadevi. Da bi mi pač nekdo rekel, da ni vse tako zelo grozno. Da bi povedal, kaj se mi dogaja, da je to samo ta splet okoliščin mogoče en objektivni pogled, da ni vse tako črno, da je še nekaj po tem."

"Mi je pomagala spoznati, da se da tudi drugače pogledati na stvari. Pač na tak način, da me je pripeljala do tega, da tudi sama znam pogledat na te stvari s te strani, da, aha, mogoče pa res ni to pametno narediti zaradi tega pa tega."

4.4.6. Socialna mreža

Kadar se ljudje znajdejo v stiski, potrebujejo prijateljsko podporo. Občutek povezanosti in pripadnosti v kriznih situacijah postavlja stabilnost in oporo. Pogovor s prijateljico ali prijateljem ljudem zmanjšuje stisko, prinaša razbremenitev in ponuja podporo pri soočanju z življenjskimi izzivi. Sogovornice_ki opišejo to potrebo in koristi, ki jih prinese prijateljska podpora:

"Da bi našla nek pristen stik z drugimi. Da bi jim lahko povedala. Da bi imela vsaj nekoga, ki bi mu lahko zaupala, kako za en drek se počutim, če se."

"Dobila sem 'feedback', dala sem ven iz sebe. Zmaga je bila sploh to, da sem ven iz sebe povedala, živi osebi. Svoje breme sem predstavila, kar se grozno sliši, ampak to mi je ful pomagalo. Počutila sem se boljše, plus to je poglobilo moj odnos s prijateljico."

Izkušnja ene sogovornice kaže na pomen destigmatizacije preko javnega govora o svoji izkušnji. To ponuja drugačno razsežnost odpiranja lastnih tem in načina, kako o njih lahko spregovori, hkrati pa se krepi širša socialna mreža in pripadnost skupnosti:

"Ja, mislim, tako sem pač jaz, tu pa tam so take stvari, ko tudi govorim o tem na nek način javno. Na primer zdaj smo imeli živo knjižnico."

Ljudje se zaradi šibke socialne mreže čutijo osamljeni. Včasih gre za nepristne in površinske odnose, v drugih primerih gre za pomanjkanje želje po stiku z ljudmi ali za slabe socialne spretnosti, zaradi katerih ljudje težko navežejo stik z drugimi ljudmi:

"Ne znam pristopiti do človeka, preveč me je strah. Do kakšnega lahko popolnoma normalno pridem in vprašam, kje je kakšna ulica ali kaj podobnega. Za kaj drugega da bi pa vprašal, da bi spoznaval ljudi sam od sebe, pa ne."

Jacobson, Strickler in Morley (1968) predlagajo pomoč človeku pri reševanju krize preko doseganja določenih psiholoških spretnosti, ki so pojavljajo pri vseh ljudeh, kadar doživljajo enako krizo, ne glede na individualne razlike med ljudmi.

4.4.6.1. Skupine za samopomoč

Pogovor z ljudmi, ki imajo podobno izkušnjo kot uporabnik_ca, ustvarja občutek normalnosti, razumevanja in povezanosti. Lamovec (2005) pravi, da človek s samomorilnimi namerami bolj potrebuje prijatelja kot zdravnika. Najbolje je, če ima ta oseba podobno izkušnjo.

Sogovornice_ki čutijo, da je včasih lažje govoriti z nekom, ki je šel čez podobne življenjske situacije, ker se s to osebo lahko povežejo na drugačen način:

"Ker to pa po moje najbolj pomaga, ker najbolj vedo, čez kaj so šli."

"Važni smo mi, sej je zraven terapevt, ampak mi bi se med seboj pogovarjal.[...] Jaz bi rabila stik z njimi, pogovore z njimi, to bi po moje pomagal. Da bi jih več osebno poznala, da bi imeli mogoče kakšno društvo. Nevladno, sproščeno."

4.4.7. Vključevanje pomembnih drugih v proces podpore in pomoči

Vključevanje pomembnih drugih iz življenj uporabnic_kov in vključevanje drugih služb predstavljata pomembno obliko sodelovanja, ki omogoči spremembe k želenim izidom. Na ta način lahko različni ljudje, ki so udeleženi v problemu in rešitvi, aktivno nudijo podporo.

Strokovnjakinja izpostavi pomen sodelovanja s svojci:

"Jaz imam najraje, če so vsi zraven, ki so vključeni v problem, ker dobim informacije iz prve roke."

Sogovornice_ki opisujejo situacije, v katerih so si želele_i, da bi bili njihovi svojci vključeni v proces podpore in pomoči:

"Nisem samo jaz rabila pomoči, ampak tudi moji starši, da bi meni pomagali, in oni te pomoči niso dobili. Ni nujno prav terapija, ampak da bi se pogovarjali, kakšne so moje potrebe in kaj je problem. Jaz mislim, da bi bilo lažje in zame in za njih. Njej noben ni razložil in je mislila, da če se razjezi name in me prosi kaj in pričakuje kaj od mene, da bom jaz naredila bum in se bom šla ubiti. Oči je bil tudi zmeden in mi je pomagal, kolikor mi je znal, in se je potrudil, ampak kolikor je zmogel. Sestra je bila pa jezna name, da to delam, njej bi tudi nekdo moral razložiti, kako pristopati do tega. Umaknila sem se, ker sem mislila, da me nima rada in me ne razume. Ona je mislila, da si vse domišljam, da nisem depresivna, vsaj jaz sem dobila tak občutek."

Aldridge (1998) pojasnjuje, da sprememba pri enem družinskem članu vpliva na celoten sistem, torej na vse družinske člane. Strokovnjak predstavi tak primeri iz svoje prakse:

"Včasih imamo primer za vzrok poslabšanja duševnega stanja, za samomorilno ogroženost, partnerske konflikte ali pa konflikte s starši, otroci in podobno, in če nekoga, ki je samomorilno ogrožen, ki je v krizi, sprejmemo v smislu neke mediacije, da se ljudje pol pogovorijo med seboj, da ljudje poskušajo reševati probleme, konflikte, je potem to lahko ključna rešitev."

Lamovec (2006) pa razloži, da lahko svojci pri reševanju problemov ponudijo pomoč in hkrati skušajo spremeniti vedenje in stališča članov družine, da bi ustvarili za uporabnico_ka ugodnejše vzdušje. Cilj dela z družino ni samo ublažiti moteče vedenje, temveč tudi povečati kvaliteto

življenja uporabnic_kov in njihovih svojcev. Strokovnjaki_nje preko vključevanja pomembnih drugih skupaj z njimi raziskujejo možne vire v življenjih ljudi:

"Tako, v smislu Kako je pa kaj vaša družina, ali pa vaš partner? Ali lahko zaupate to, pa če se lahko takrat nanj obrnete, ali pa kaj bi rabili, da bi lahko takrat partnerja poklicali pa povedali, da ta trenutek sem v stiski, pa mi prideš nasproti, pa si vzameš čas zame. Začnejo se postavljati, si začnejo zamišljati, kako bi jim bilo, če bi se raje na enega obrnili, kot zapadli v to samomorilnost."

Strokovnjaki_nje prepoznavajo, da vključevanje drugih ljudi prispeva h krepitvi socialne mreže, kar je lahko že del rešitve:

"V večini primerov je koristno, ker dostikrat so ljudje zelo osamljeni, sploh pri dolgotrajnih. Socialno so izolirani in to, da se jim neka socialna mreža, ali stara ali pa čisto nova, vključi, doživljajo zelo pozitivno."

"Vključujemo prostovoljce, sodelujemo z anonimnimi narkomani, vabimo druge organizacije, da se predstavijo. Spodbujamo jih, da se tudi same vključijo na kakšno skupinsko aktivnost izven hiše, si poiščejo kakšno prostovoljno delo ... Starejši kot je človek, težje gradi socialno mrežo..., ampak se da."

Strokovnjaki_nje smiselnost vključevanja svojcev v obravnavo presojuje glede na kvaliteto odnosov, ki je med njimi vzpostavljena. Včasih imajo dobre odnose, ki so v veliko oporo, lahko pa so odnosi slabši in jih je mogoče na novo vzpostaviti:

"Včasih na psihiatriji, ko pridejo ljudje k nam, smo mi tisti, ki jim pomagamo stike s svojci poiskati, ker so dolga leta nekateri skregani med seboj."

Strokovnjaki_nje opozarjajo, da vključevanje svojcev vedno zahteva dovoljenje uporabnic_kov. Kadar te želje z ene, druge ali obeh strani ni, vključevanje svojcev v obravnavo ne prinaša dobrih izidov.

4.4.8. Odziv na potrebe ljudi preko sodelovanja v timu in z drugimi službami

Strokovnjaki_nje se v kriznih situacijah obračajo na druge službe, ki pa se na potrebe uporabnic in uporabnikov ne odzivajo vedno ustrezno. Vzrok oz. posledica so zagotovo (tudi) motnje v sodelovanju med različnimi službami.

4.4.8.1. Vloga služb in strokovnjakov_inj

Strokovnjaki_nje imajo jasno opredeljeno vlogo pri preprečevanju samomora, svojo vlogo pa glede na kompetence, ki jih imajo, fleksibilno prilagajajo potrebam uporabnic_kov. Svojo in druge vloge prepoznavajo kot nepogrešljive, a se zavedajo svojih omejitev, zaradi katerih se povežejo z drugimi službami, uporabnice_ke k njim napotijo ali zgolj predlagajo to možnost. Jacobson, Strickler in Morley (1968) tak način obravnave krize poimenujejo manipulacija okolja. Strokovnjak_inja služi kot napotitveni vir, kadar uporabnico_ka poveže z ustrezno_im strokovnjakinjo_om ali institucijo:

"Že v tem terapevtskem dogovoru se mi zdi pomembno, da jih zadržiš na tem, da oni tega ne storijo, dokler hodijo na terapijo, to je tudi terapevtski dogovor."

"Če je potrebno pokličem tudi reševalce, psihiatrično bolnišnico ali pa kake druge, tudi gasilce ali policijo v primeru hujšega stanja ogroženosti."

"Na eni strani je to, da če vidim, da oseba še vedno zapada v brezup, obup, se stanje še vedno poslabšuje, čutim odgovornost, da povem, da mislim, da je potrebna še psihiatrična obravnava. In tudi povem, da mogoče terapija ni dovolj."

Zgodbe sogovornic_kov z izkušnjo govorijo o primerih dobre prakse, ko so se strokovnjaki_nje uspešno povezali_e z drugimi ali jih informirali o obravnava, ki so se jim zdele smiselne:

"Ta psihiatrinja je v bistvu uredila, da sem jaz bila izredno vpisana v srednjo šolo. Da sem delala samo izpite in mi ni bilo treba hoditi v šolo. Kar pomeni, meni se ni bil problem učiti, enkrat sem naredila 12 izpitov v enem mescu, to je nenormalno veliko. Sam da mi ni bilo treba biti z ljudmi na hodniku, med množicami, ko se ti zdi, da te vsi buljijo."

Uporabnice_ki pa imajo tudi slabe izkušnje zaradi neustreznega sodelovanja in razmerja moči med strokovnjaki:

"In sem rekla, da hočem psihologa, ker sem rabila, da bi se pogovarjala, pa je psiholog rekel, da lahko, ampak je psihiater rekel, da ne, pa sem rekla, potem pa nič, in sem šla."

4.4.8.2. Težave v komunikaciji in sodelovanju med strokovnjaki_njami

Motnje v komunikaciji in sodelovanju izvirajo predvsem iz razmerja in zlorabe med strokami in strokovnjaki_njami. Strokovnjaki_nje podelijo svoje razmišljanje o tem z različnih zornih kotov – nekateri_e se strogo ločujejo od drugih služb, drugi_e se med seboj ne slišijo in ne upoštevajo:

"Ne, to ne. To je potem že svetovanje, svetovalno delo, napotitev. Ti lahko poveš, kam se oni lahko obrnejo, če oni vprašajo. Da bi pa jaz sam rekel pojdite tja, pa tja, to pa ne. Jaz se ukvarjam s človekom, ki je tukaj."

"Kar se pa tiče psihiatrije, tu pa se mi zdi, da se še ne slišimo, ker psihiatrična klinika je del zdravstva, socialne delavke in delavci smo del sociale, in tu se pol kar hitro ločijo stvari, pustite vi našo službo, mi pa bomo vaša, ukvarjajte se s svojimi stvarmi. Pozabljamo na celostno obravnavo človeka. Sodelovanje je zelo slabo. Na teh konferencah, ki so namenjene različnim strokovnjakom ali pa profilom, ki se ukvarjajo na področju drog, večkrat omenim naš vsakdanji primer, npr. 35 let stara uporabnica v stiski nima zaupanja v institucije, zjutraj poje za pest legalno predpisanih tablet, preden gre po metadon, na drugi strani nobene diagnoze ... Ni odziva in pametnega odgovora, kako pride do takšne situacije ..."

»Zaradi neustrezne obravnave smo se povezali tudi z zagovornico pacientovih pravic na psihiatriji. Gospa se je že prej odzvala povabilu in prišla v varno hišo, kjer je uporabnicam predstavila svoje delo ter pravice pacientov. Ravno v primeru uporabnice, zaradi katere smo bili v največji stiski in smo zelo pogrešali sodelovanje psihiatrične klinike, je posredovala tudi sama in bila začudena nad njihovim ravnanjem. Žal ni uspela doseči ustreznega reševanja situacije niti ona. Dejansko to pomeni, da gre za očitno razmerje moči namesto ustreznega nudenja pomoči v krizni situaciji. S tem tudi nam onemogočajo kvalitetno delo, saj z nekom, ki ima različne psihiatrične diagnoze, zlorablja droge, brez sodelovanja psihiatrije ni mogoče pomagati."

Slabo sodelovanje je torej problem, ker povzroča nekvalitetno in necelostno obravnavo.

Informacije drugih služb, zaposlenih ali uporabnikov so namreč ključne za celostno sliko in ustrezen potek obravnave. Strokovnjaki_nje konkretno pojasnijo koristi, ki jih prinašajo informacije različnih udeležениh in prisotnih ljudi v eni ali več obravnavah uporabnice_ka:

"To je zelo pomembno, ker informacije v teh primerih, ko govorimo o manipulativnih pacientih, v teh primerih, ko gre za zaprte osebe, so ključne informacije drugih služb v zavodu, kot so varnostna služba, vzgojna služba, od drugih zaprtih oseb, tudi tisti, ki je recimo z njim v sobi ali pa ki ga srečuje, pa če imamo z njim kvaliteten terapevtski odnos nam ta pove, kako se ta človek vede sicer, kadar ni v ambulantni. Če se nekdo vede povsem drugače, če je sproščen, družaben, v ambulantni pa govori in ponuja simptomatiko depresije ali pa samomorilnosti, potem to ne gre skupaj."

Službe, ki imajo vpogled v določeno tematiko, s svoje perspektive poskušajo približati temo tudi ostalim strokam, da bi bila sodelovanje in obravnava čim bolj kvalitetna:

"Na policiji imamo kdaj predavanje in jih osveščamo, da to niso ljudje, ki so imel čudovito otroštvo in so samo malo zablužili, da gre za hude zlorabe, stiske in travme."

Sodelovanje različnih strokovnjakov_inj je koristno tudi z vidika izogibanja nevšečnostim, ki jih ustvarjajo dvojne vloge:

"Sem drugam napotil, zato ker v takih primerih ne želim, da bi drugi partner ali ostali imeli občutek, da mogoče držim s to osebo, ki je v terapiji pri meni, da sem zato pristranski, če jih nekdo družinsko ali partnersko obravnava, da bo to človek, ki bo za oba dva nov, da bo to nov začetek nekega odnosa z novim terapevtom."

"Ker ni pač to, to ni v našem konceptu dela, da bi mi silili v nekaj, ker mi zagotavljamo ljudem varen prostor in se ne vpletamo v to. Ker potem izgubiš njegovo zaupanje, ker on te dojame pol, kot da si ti njegov sovražnik, čeprav dobro hočeš."

4.4.8.3. Timsko delo

Sodelovanje v timu in med službami je pomembno zato, da dobijo uporabniki_ce čim kvalitetnejšo obravnavo. Na ta način ima uporabnik_ca na voljo stik z več različnimi strokovnjaki_njami, od katerih lahko dobi različne oblike podpore, vednosti, izkušnje in informacije, ki so zanj_o uporabne:

"Večinoma si želijo čim več različne obravnave, od zdravstvene, psihološke, socialne."

"Tudi v varni hiši se trudimo, da vsak od zaposlenih ohranja svoj individualni pristop k človeku. Vsak ponudi čim bolj svoj vidik. Na tak način dobi ženska paleto možnosti, aha, ta ideja, način, metoda mi je zanimiva, aha, ta način reševanja težav mi je bolj blizu."

Timsko delo omogoča boljšo obveščenost strokovnjakinj_ov, potemtakem pa tudi skladnejši in bolj konsistenten način dela z uporabnicami_ki:

"Vsi v timu pišemo dnevnike. Dnevnike pišemo 24 ur, vsak svojo dežurstvo, delo opiše v dnevniku, v ta dnevnik opišemo vse, kar se dogaja: opažanja, misli, občutke za vsako žensko posebej."

"Lahko rečem, da je tukaj dobro sodelovanje. Sodelujejo pa zdravnik, psihiater, ki je ključen za zdravila in prve pogovore, psihologi za klinično psihološke profile in teste, socialni delavci za preverjanje socialne problematike, delovni terapevt oceni, koliko je oseba delovno vključena v

okolje in koliko je sposobna. Imamo zdravstveni tim diplomiranih in srednjih sester, ki imajo pomembno vlogo, saj na oddelku vidijo človeka 24 ur na dan, v kakšnem stanju je, v kakšni koži je, kako se obnaša. Takoj vidijo neke tiste delčke, ki so pri ljudeh pomembni, torej, ali je obnašanje pristno ali nepristno, če ima težave pri vsakodnevnem vključevanju. Vsi ti profili zraven dodajo svoj vidik in potem skupaj potegneš celostno sliko. Mogoče se to sliši dokaj enostransko in medicinsko, a vsak na psihiatriji ima svojo vlogo in potem vsak svoj košček doda."

Delo v timu omogoča tudi razbremenitev zaradi porazdelitve dela.

"Je pa zelo težko v vsem tem vzdrževati nek mir, ker je to konstantno. In pri tem se mi zdi zelo pomembno, da sva dva v službi, da se potem lahko malo razbremeniš. Tudi lahko potem lažje delaš."

Poleg že omenjenih timsko delo prinaša še mnoge druge koristi, vendar pa v timu pogosto prihaja tudi do nesoglasij glede razumevanja neke problematike in načinov obravnave, ki sledijo. To se najbolj kaže pri sodelovanju socialnih delavk_cev in psihiatrinj_ov na psihiatričnem oddelku.

"Včasih je težko sodelovati med timom in socialo, da najdemo skupna stališča. Včasih smo vsak na svojem bregu, ampak to se pri poskusih samomora ne vidi toliko, se bolj kaže pri duševnih boleznih, ki se zdravijo z medikamentozno terapijo. Pri poskusih samomora so različne profesije in institucije dosti bolj sodelujoče in povezane med sabo. Že zato, ker so velikokrat vključeni otroci. [] Če po pravici povem, se prilagajam medicinskemu kontekstu. Ker socialno delo na psihiatriji se razlikuje od socialnega dela na CSD. Uporabljam metode socialnega dela, s tem da pristop je malo bolj medicinsko usmerjen. Ampak lahko bi rekla, da kombiniram to dvoje. Jaz recimo dosti opažam, da z ljudmi govorim v socialno delavskem jeziku in delam po metodah, hkrati pa se jim potem prilagodim na njihovo zdravstveno stanje. [...] Jaz lahko govorim iz zdravstvenega sistema, da je psihiatrija še vedno zdravstveno naravnana, premalo socialno."

Stržinar (2012) ugotavlja, da se neskladje vrednot socialnega dela in medicinskega diskurza kaže v terminologiji, v kateri prevladuje medicinski diskurz. Socialne delavke in delavci so prisiljeni uporabljati medicinske izraze, na primer pacientka, diagnostika, ocena in terapija, če želijo v tem okolju učinkovito komunicirati. Tudi Grebenc in Kvaternik (2008) opozarjata, da ima medicina s postavljanjem diagnoz moč, preko katere nadzira delovanje ostalih strok in služb, ki delujejo na področju človekove biološkosti in družbenosti. Kadar se medicinski pojmi uporabljajo na drugih

poljih, postanejo problematični. Na šolskem, socialnem, družbenem in pravosodnem področju tako zdravje in bolezen postaneta predmet političnega diskurza.

4.4.8.4. Celostna obravnava

Milošević Arnold (2006) pravi, da je celostna obravnava možna le s timskim delom. V timu skrbno proučijo zmožnosti človeka in skupaj razmislijo, kaj mu je smiselno ponuditi. Upoštevajo osebne značilnosti človeka in hkrati njegovo okolje. Strokovnjakinje in strokovnjaki v intervjujih opozarjajo na nujnost celostne obravnave in sodelovanja med službami, ki ponujajo različne oblike pomoči, ki se med seboj bodisi izključujejo bodisi dopolnjujejo. V obeh primerih je potrebno sodelovanje z namenom skladne obravnave, ki človeku prinaša kvalitetne spremembe in preprečuje negativne posledice različnih, medsebojno izključujočih se obravnav. Kljub strinjanju vseh strok glede tega pa praksa poteka nekoliko drugače:

"[...] že bila ali so obravnavane s strani psihiatrov in imajo toliko in toliko različnih zdravil, katerim doprinese totalna nepreglednost s strani zdravstvenega osebja, kaj in zakaj je komu določena terapija predpisana, pomanjkanje spoštljive obravnave in podpore. Velika škoda nastaja zaradi nepripravljenosti sodelovanja s strani nekaterih zdravstvenih služb in pomanjkanja posluha za naša opažanje, željo po izmenjavi informacij in nudenju celostne pomoči posameznici. Namesto tega se pogosto predpisuje terapije, ki povzročajo še večjo in hujšo odvisnost kot nedovoljene droge. Problem vidim v 'legalnih drogah', saj odvisnice nimajo zdravih mehanizmov ravnanja s psihoaktivnimi snovmi. Do neke mere jim to povečuje stisko in ker uporaba ni ustrezno nadzorovana, je na nek način tudi izgovor in bergla. Če je nekdo v akutnem stanju, se mi zdi pomembno, da dobiš zdravila, ki bodo stabilizirala trenutno stanje, ampak potem mora biti vzporedno s tem vzpostavljeno sodelovanje in podpora pri zmanjševanju uporabe zdravil."

Druga strokovnjakinja pa meni, da na psihiatriji nudijo celostno obravnavo:

"Ti ljudje potem ambulantno hodijo k psihiatru in če se pri ambulantnih pregledih vidi, da se je začela socialna stiska, me psihiater kontaktira in jaz začnem ambulantno obravnavo. Ampak tudi če ne, ne pomeni, da ni celostno obravnavan. Večina psihiatrov tudi dosti teh področij obravnava, sicer bolj splošno, ampak če je neka kritična stvar, pa nas kontaktira. Jaz mislim, da od psihiatrov dobijo tudi, kar se tiče psihološke in socialne obravnave, mislim da. V času hospitalizacij se je njena psihiatrinja zelo angažirala in vključila tudi mene. Jaz sem vključila še

koordinatorko skupnostne obravnave in se je dejansko punca s pomočjo psihiatrične, zdravstvene in socialne obravnave vključila v center za zdravljenje odvisnosti."

4.4.9. Odziv uporabnic_kov na različne oblike pomoči

Uporabnice_ki so se različno odzvali na obliko podpore in pomoči, ki so jo ponudili strokovnjaki_nje. Sodeč po opaženih odzivih uporabnic_kov in spremembah, ki so se v procesu zgodile, strokovnjaki_nje menijo, da delajo dobro, da odgovarjajo na potrebe ljudi in da so njihove metode dela učinkovite. Čeprav so prve reakcije ljudi pogosto kažejo v obliki odpora, zavračanja pomoči in poslabšanja, strokovnjaki_nje menijo, da so ljudje na koncu v večini zadovoljni z obravnavo:

"Zadovoljni pa ne vem, ker na začetku so bili primeri, ko se je situacija še malo poslabšala, v smislu da so še bolj začutili ene stvari, ali pa so prišle še ene nove stvari ven, recimo neka globoka žalost ali pa težek spomin, je bilo nekaj časa hudo in težko. Če bi v tistem trenutku moral presojati o zadovoljstvu, bi rekel, da niso bili zadovoljni, ker so prišli v stik z eno novo vsebino. Na dolgi rok pa mislim, da je to zelo koristno. [...] sprejmejo in razumejo, da gre za podporo in vračanje odgovornosti, in so hvaležne. Načeloma so po določenem času vse hvaležne."

Če uporabnice_ki podpore in pomoči ne želijo ali za njih ni sprejemljiva in ustrezna, si strokovnjaki_nje tovrstno odklanjanje razložijo z upoštevanjem specifičnih okoliščin v življenjih ljudi oz. kot del procesa:

"Zavračajo postopno reševanje svojih stisk in želijo takojšnjo ter dokončno razrešitev svojih stisk."

"Ko pride stiska, ki je tako akutna, ne zmorejo slišati nikogar."

"Zavračajo njihovo pomoč in ne želijo sodelovati, ker preprosto smatrajo, da ne potrebujejo tovrstne pomoči."

"Ko gre za razne manipulacije in izogibanja, takrat pa ne sprejmejo."

"Pogosto se zgodi, da te uporabnice, ki so se predozirale in sem morala posredovati, da me zavračajo, da čutijo jezo in ne želijo sodelovati. Pravijo, da sem jih izdala. Njihove čustvene reakcije so močne in odklonilne. [...] To, da jih nisem podprla v vlogi žrtve in da ne prevzemam odgovornosti za njihova življenja."

"Pri tistem, ki je zapustil terapijo, je bilo pa bolj to, da ni zdržal odnosa."

Strokovnjaki_nje reakcijo uporabnic_kov običajno sprejmejo in se nanjo odzovejo s podelitvijo svojega videnja in namena ravnanja:

"Ponavadi s tem, da obrazložim svoj vidik, da gre za skrb, da s tem, ko pokličemo drugo pomoč, da pokažemo, da nam ni vseeno in da nam je mar in da to ni bilo slabonamerno dejanje, ampak na nek način naša stiska in naša oblika pomoči. Počasi potem pride ženska do uvida, aha, okej, res sem šla preko meja ali pa bi se lahko končalo drugače. Nekaj dni je jezna, potem pa po navadi pride do uvida."

4.4.10. Ravnanje z odgovornostjo in krepitev moči

Sodelovanje z uporabnicami_ki zahteva presojo o lastnem deležu odgovornosti in deležu odgovornosti uporabnic_kov. Raziskati je treba pričakovanja, želje in cilje uporabnic_kov ter se nato dogovoriti o vlogah in odgovornostih vseh udeleženi v problemu in rešitvi, ki sodelujejo v procesu podpore in pomoči. Čačinovič Vogrinčič in sodelavci (2005) razlagajo, da cilj reševanja problemov zastavimo tako, da bo proces podpore in pomoči krepil uporabnikovo moč.

Strokovnjaki_nje v intervjujih povejo, da ob nujenju podpore krepijo moč uporabnic_kov tako, da iščejo raznolike vire moči in pomoči pri osebi in v njeni okolici. Uporabnice_ki pridobijo več možnih razpoložljivih virov, ki jih lahko uporabljajo tudi izven odnosa s strokovnjaki_njami.

Strokovnjaki_nje opišejo različne načine, kako to storijo:

"Ne smemo pa si dovoliti, da nas cele zgrabijo, moramo iskati še druge vire pomoči."

»To se res velikokrat naredi v škodo, pa ne zato, ker ne bi bila pripravljena pomagati. Ko jaz nekaj naredim namesto njega, so njegova pričakovanja vedno višja in pričakuje, da bom zdaj vedno jaz namesto njega delala in ga s tem še bolj oslabim njegove moči."

»Ne moreš nekomu samo dajati in pričakovati, da bo znal poskrbeti zase. Pomembno je, da mu s podporo zagotoviš ustrezne izkušnje, da bo vedel, da lahko zase dobro poskrbi."

"Na ta način, da jih aktiviram, da se začnejo aktivno s tem ukvarjati. Če pride do stiske, s čim sem opremljen?"

Cilj je torej, da se v procesu podpore in pomoči ljudje naučijo strategij in ravnanj, s katerimi si bodo lahko pomagali tudi izven srečanja ali obravnave. Langsley in Kaplan (1968) pravita, da je cilj intervencije najti ustrezen način reševanja težav, ki ga nalaga kriza. Poudarjata razvoj strategij in spretnosti za spoprijemanje s problemi, ki bodo uporabne tudi v ostalih stresnih

situacijah. Ljudje z izkušnjo pripovedujejo, da jim najbolj pomagajo konkretne tehnike in metode zmanjševanja stiske:

"Rada bi kake direktne recepte, ne recepte, tehnike. Sej potem pri enem psihiatru sem pa dobila neke take dejanske tehnike en mi je rekel, da ko bom imela izpade, napade, naj grem, se odpeljem v gozd, pa kričim v gozdu. Potem za 'borderline' je tudi zelo znano, da moraš, da zelo pomaga, če v napadu držiš ful dolg led v rokah. To sem drugje pogrešala, da so take konkretne predloge, kaj narediti v taki stiski."

Strokovnjaki_nje naj torej opremijo ljudi s konkretnimi metodami samopomoči. Ob tem naj izražajo nevsiljivo spodbudo. Sogovornica pripoveduje o dobrih izidih takrat, kadar je dobila občutek, da strokovnjaki_nje verjamejo v njene sposobnosti, kvalitete in kompetence:

"Njihov odnos. Ker so bili taki spodbudni in so mi govorili, da verjamejo vame, da sem sposobna, da naj se bolj potrudim, da imam ful perspektive in naj nekaj naredim za to."

V hudih stiskah ali težkih okoliščinah je včasih konstruktivno nekaj storiti namesto uporabnic_kov, a morajo paziti, da s tem ne oslabijo moči, namesto da bi jo krepili:

"Jaz sem z njo osebno šla na teren in sva skupaj poiskale privatno stanovanje, ker se je želela osamosvojiti."

"Pomagamo najti drugo bivališče in večinoma smo v stiku ves čas."

"Terapevti so tudi že sami peljali pacienta na EKI ali urgentno ambulanto na Polikliniko, v skrajnem primeru pa v Psihiatrično bolnišnico Ljubljana."

Milošević Arnold (2009) predstavlja koristi terenskega dela, s pomočjo katerega vstopamo v vsakdanji življenjski svet ljudi. Na ta način podpora poteka v okolju uporabnic_kov, saj se izvaja tam, kjer ljudje so.

Strokovnjaki_nje razumejo svojo odgovornost za to, da naredijo vse, kar je v njihovi moči:

"To pomeni, da sem gospe probala svetovati na vse možne načine, iskali smo vse možne vire pomoči, pri družini, institucijah, sorodnikih, strokovnjakih, njo samo sem velikokrat spraševala, delali smo načrte, kaj si želi za naprej. Nekako čisto vse vire pomoči, lahko rečem, da sem poskusila aktivirati, svetovati."

Ljudje z izkušnjo na podoben način razumejo odgovornost za svoje življenje:

"Nekako se mi je zdelo, da je bila to tista akcija, OK, zdaj pa je odgovornost na meni, da nekaj naredim [...] Vsak od nas odloča o samemu sebi in se za vsako odloči in posledice nosimo sami, ali so pozitivne ali negativne."

Pri strokovnjakih_njah se na nek način prekrivata moralna odgovornost človeka, da pomaga drugemu, in etična odgovornost strokovnjaka_inje, da deluje v korist uporabnic_kov po najboljših močeh in z vsem razpoložljivim znanjem. Strokovnjaki_nje čutijo odgovornost za odnos v kontekstu podpore in pomoči, ne čutijo pa se odgovorni_e za življenja uporabnic, saj o tem ljudje odločajo sami:

"Tukaj jaz ne čutim, da je kdorkoli odgovoren za to, niti psihiater. Si ne znam predstavljati primera, da bi nekdo drug bil odgovoren za samomor, ampak res odgovoren, v smislu, ja saj so okoliščine, ki veliko bolj sprožajo ali vodijo v samomorilnost ali samodestrukcijo, ampak v končnem smislu pa smo vsi odgovorni za svoja življenja. Ker obratno, če to zanikam, prepoznavam, da se odgovornost do samega sebe mehča in manjša glede na okoliščine, v katerih živimo. To pa je za mene kontradikcija tega, da smo ljudje avtonomni in samostojni. Moja odgovornost je ta terapevtski proces."

"Človeku ne moreš vzeti odgovornosti za svoje življenje, niti mu ne moreš odvzeti osebnih težav, lahko si v oporo, korake pa še vedno dela vsak sam."

"Da bi prevzela odgovornost za njeno življenje, to pa ne, ker sem ji bila vedno toliko na razpolago, osebno številko sem ji dala, tako da sva se slišali večkrat. Sama ne bi zmogla preprečiti njenega dejanja in verjetno marsikdo drug tudi ne."

Strokovnjaki_nje odgovornost prevzemajo v primeru, da so spregledali_e opozorilne znake, napačno presodili resnost situacije in se odločili za napačno obliko obravnave. Pri tem je ključno tudi zavedanje lastnih meja. Svoje omejitve in nemoč je produktivno podeliti z ljudmi:

"Če se recimo kaj zgodi, če človeka usmerimo v ambulantno obravnavo, pa se zgodi samomor, smo seveda odgovorni za to."

»Ker potem stvar rekonstruiráš na tisoč in en način, kako bi lahko bolje naredil, ampak včasih enostavno ne znaš rešiti. Treba se je zavedati svojih meja, nismo bogovi. Vedno poskušamo po najboljših močeh pomagati, ampak vedno se to ne da rešiti."

"Seveda, da tudi iskreno izraziš svojo nemoč in neznanje in temu odvzameš neko breme, da to ni sprejemljivo."

Strokovnjaki_nje odgovornost napačne presoje znotraj tima pojasnijo z vlogami posameznih profilov:

"Glede odgovornosti pa, v primeru odpusta, ko se oseba odpušča iz bolnice, odpustnico napiše zdravnik, s tem je avtomatsko odgovornost na njem, zakonsko gledano. Zdravnik se je odločil, da

je zdravljenje zaključeno, napisal je odpustnico, dal zdravila in s tem se je zdravljenje v bolnišnici zaključilo. Dejansko, če lahko govorimo o odgovornosti, je potem najbolj zdravnikova."

Včasih so meje in omejitve, do kam in pod kakšnimi pogoji strokovnjaki_nje lahko ponudijo podporo, izrazito jasne:

"Včasih se stvari dajo urediti, dostikrat pa ne, tudi pri partnerskih konfliktih so lahko zadeve objektivno nerešljive. Imamo situacije, kaj se ve, ljubosumje ali pa nekih razmerij partnerskih, ki tudi niso rešilne dostikrat. V glavnem, mi nudimo človeku suport, ne moremo pa seveda ... So meje, kaj lahko nudimo pa kaj si bo moral poiskati seveda sam."

"Pacientki pa sem jasno povedal, da je šla preko mej in da zaradi tega, ker ni spoštovala tudi mojih mej in ker je bil tako močen transfer, da se mi zdi smiselno, da ne bi nadaljevala midva in sem ji priporočil drugega terapevta."

"Pri tem, ki je zapustil terapijo, je bila prognoza uspešnosti terapije zelo nizka."

4.4.11. Pravica odločanja o lastnem življenju in smrti

Večina strokovnjakov_inj razume odgovornost za svoje življenje in smrt kot pravico posameznika. Kljub temu, da pravico spoštujejo, se čutijo dolžne in odgovorne, da življenje poskusijo rešiti. Svoje stališče do samomora bolj in manj izražajo ljudem, ki so že poskusili ali nameravajo delati samomor:

"Pa tudi vidim to kot eno pravico človeka, da se sam odloča. Ne spodbujam pa k temu, pa tudi ne dajem mnenja o tem pacientom, to je moje osebno mnenje."

"Stvar vsakega posameznika. Recimo pri tej gospe, ki je bila moja pacientka pa je storila samomor, ona si je to želela. Mi smo naredili vse, kar smo lahko, da smo ji pomagali. Ona se je odločila za to in ni drugega želela in to je okej."

Nekateri_e strokovnjaki_nje te pravice problematizirajo na podlagi lastnega vrednostnega sistema:

"Samo po drugi strani moraš pa tudi pomisliti, kaj boš s tem naredil drugim, svojim bližnjim. Kako bodo oni? In jaz sem ji skušala to tako povedati, ker ima ona hčerko pa sina, da pač so ljudje, ki jo imajo radi, pa tudi ima ona rada njih, in s tem, kar je poskušala, da kaj lahko to prinese njim, v tem smislu."

Ko razmišljajo o pravici do samomora, strokovnjaki_nje razlikujejo med zavestno in nerazsodno odločitvijo:

"Če je v nerazsodnem stanju, mu ne smeš dovoliti, da se ubije. V razsodnem stanju bi pa spoštovala to pravico. Je pa na drugi strani zakon."

"Ljudje, ki so depresivni in ne vidijo izhoda iz svojega položaja, se zavestno odločajo, da bodo to delali, da bodo naredili samomor. Pri osebah s shizofrenijo, psihozo, pa tega ne morem reči."

Tudi večina sogovornic_kov z osebno izkušnjo poskusa samomora zagovarja pravico do odločanja o lasnem življenju in smrti, a hkrati izražajo ambivalenten odnos med pravicami in ukrepi reševanja življenja. Menijo, da je vsak poskus reševanja življenja nujen:

"Ultimativna svoboda. Da izgubiš ta občutek, je zelo nevarno. Jaz mislim, da to pravico seveda ima vsak, ampak težko je te dve sferi gledati na dveh straneh. Kje je tista meja podpore, kjer človeku vseeno toliko omejiš svobodo."

"Meni noben ne more prepovedati tega, ampak da bi šlo pa za mojo družino, bi pa rekla ne, ne moreš tega narediti, ne moreš me zapustiti. Nisem čisto za to pravico."

"Če bi se dalo kateremukoli pomagati prej, joj, ja, ja, karkoli! Itak, da ne bi pustila človeka, da zdaj se pa kar ubije, ampak ja, na vse možne načine da se mu poskuša pomagati prej, kakorkoli."

Večina pripoveduje, da so danes hvaležni, da so preživeli. Reševanje življenja se jim zdi nujno, ker so poskus samomora delali v afektu. Stvari so videli samo z enega zornega kota in zmotno ravnali v prepričanju, da drugih rešitev ni:

"In se tudi spomnim, recimo kadar sem jaz tako zelo, zelo v takem stanju, pa jaz itak vem, da se ne bom ubila, ampak recimo kadar sem imela pa ful to, da se hočem ubit, sem pa videla, da je bilo moje razmišljanje čisto drugačno: 'Ja itak se bom ubila, ker ne bo nikoli boljše, ker sem itak izključila možnost, da bo kdaj karkoli boljše.' Ampak pol čez par mescev, ko so antidepresivi prijeli, ko sem našla psihoterapevko, ko sem našla večjo podporo, se mi je pa zdelo, o hvala bogu, da se takrat nisem ubila. Tako da, ja, ful se lahko spremeni, tako da, ja, jaz tu ful podpiram, da se ne pusti človeka, ki želi umreti kar ja, OK, no pol se pa ubij. Ampak ja, da se pač ukrepa, ja, ja, sem za to, da se ukrepa."

"[...] sem imela tako predstavo, da za moje življenje ni rešitve. Moja edina rešitev je bila samomor, ampak zdaj vidim, da to ni res. Zdaj vidim, da sem se ful zmotila."

4.4.12. Etične dileme

Včasih imajo ljudje občutek in so prepričani, da morajo ostati molčeči o samomorilnem načrtu, s katerim se jim je nekdo zaupal. Ravno nasprotno. Vsakemu samomorilnemu namigu mora slediti reakcija. Samomorilna grožnja je ena izmed situacij, v kateri mora biti zaupnost prelomljena v interesu reševanja življenja. V primerih, ko oseba po daljšem depresivnem obdobju postane nenadno sproščena, ni nujno, da je kriza končana. Takšno predpostavlanje in prepričanje pogosto ni resnično in je lahko nevarno. Pogosto se ljudje, ki so se odločili za samomor in so pred svojo končno odločitvijo (ko sta datum in metoda izvedbe samomora že določena), začutijo olajšanje in oddih. Pritisk ambivalence med življenjem in smrtjo popusti, kar se izrazi skozi izboljšane razpoloženja (Valetič 2009: 120). Strokovnjaki_nje so prepričani, da ima ukrep reševanja življenja prioriteto pred etičnim načelom upoštevanja želja ljudi.

"Ker to je tako, ko imaš ti nekoga, ki ti grozi, recimo je bil primer, ko je pacientka grozila terapevtu, da se bo ubila, in je on poklical nujno medicinsko pomoč, so jo prišli iskati in je bila hospitalizirana. In res je pila, so našli, da je imela alkohol, pa tablete, pa vse živo in je lahko težava v tem, da če bi ona napisala poslovilno pismo in notri da je vse povedala terapevtu, ti pa na njene grožnje, da te je klicala, ne bi nič odreagirala. Obvezno je treba zaščititi pacienta, hkrati pa tudi biti sam varen."

"V primeru hujše zlorabe substanc (v primeru življenjske ogroženosti) pa takoj pokličem reševalce, nujno medicinsko pomoč. Drugače pa pokličemo samo, če uporabnica to dovoli, da skupaj z njo poiščemo kako bolj konkretno pomoč. Naravnani smo tako, da vedno s človekom sodelujemo, kolikor se le da, glede pomoči."

Kadar ne gre za samomorilno ogroženost, do tovrstnih etičnih dilem in kršitev ne bi smelo prihajati. Etični kodeks socialnega varstva (2002) jasno zahteva varovanje osebnih podatkov: Uporabnikove osebne podatke in njegovo zaupanje delavci varujejo kot poklicno zaupnost in jih ne smejo zlorabiti. Za kakovostno storitev je potrebno zaupanje med izvajalcem in uporabnikom. V situaciji, ko delavec ve, da zaupanih podatkov ne bo mogel obdržati le zase, je dolžan uporabnika takoj in povsem nedvoumno na to opozoriti.

Kljub jasnim načelom etičnega kodeksa ima ena sogovornica izkušnjo s strokovnjakinjo, ki je načela kršila in ji s tem povzročila škodo:

"Enkrat se je zgodilo, da je ena psihiatrinja izdala moje podatke mojemu bivšemu. Kar se mi zdi katastrofalna zloraba."

Reševanje življenja je torej prioriteta pred upoštevanjem načela zaupnosti in varovanja podatkov, kar pa lahko strokovnjake_inje postavlja v neugoden položaj, saj etična načela jemljejo resno in se po njih strogo ravna. Njihove dileme se nanašajo na vprašanja o tem, kdaj ukrepati in povedati, komu in koliko. Primer dobre prakse ravnanja z etičnimi dilemami se kaže v dialogu z uporabnicami_ki:

"To je tud del dogovora, ki ga imam. V primeru nekih samomorilnih nagnjenj si vzamem pravico, da obvestim o tem pristojne službe, ali se dogovorimo ali pa napišem dogovor. Če bi me klient poklical pa rekel, da zdajle razmišlja o samomoru, pa ima občutek, da ga bo storil, bom jaz rekel, da glede na to bom jaz poklical policijo oziroma reševalce. V tem smislu. Ne morem jaz bit tam, v vsakem primeru bi poskušal zaščititi življenje tako, da bi pač poklical reševalce."

5. Sklep

1. Samomor kot del osebne zgodbe in njegov potek

Iz zgodb ljudi je razvidno, da je samomor vedno proces, ki se začne določen čas pred poskusom samomora. Samomorilne misli se v življenjih ljudi razvijejo zaradi spleta okoliščin, v katerem doživljajo duševne in socialne stiske. Sogovornice in sogovorniki opisujejo težave v družini, v medosebnih odnosih in socialni mreži, težave v duševnem zdravju in stiske, povezane z njimi, socialno ranljivost in življenjski slog, ki jih prepoznavajo kot pomembne pri procesu samomorilnosti.

Med težavami v duševnem zdravju izpostavljajo depresijo, anksioznost in mejno osebno motnjo. Stiske, ki jih sogovornice ki povezujejo s temi težavami, so intenzivna notranja dogajanja, poslabšanje stanj, nerazumevanje okolice, kopičenje in prepletanje različnih težav v duševnem zdravju, občutki neznosne duševne bolečine ter stigma. Težave v družini se kažejo v prestrogi ali preveč razpuščen vzgoji, v komunikacijskih vzorcih in pravilih ter zgodnjih izkušnjah. Socialna ranljivost se v njihovih zgodbah kaže v izključenosti zaradi heteronormativne družbe, nacionalizma, sovražnega govora in drugih oblik (medvrstniškega) nasilja, revščine, stanovanjske problematike ter zasvojenosti. Življenjski slog tvegane uporabe psihoaktivnih substanc in tvegane spolnosti je predvsem zaradi strahu pred stigmatom (HIV in status "narkomana") vplival na razvoj samomorilnih misli.

Razvidno je, da samomor ni impulzivno dejanje. Impulziven je (lahko) končni akt, torej poskus samomora, a gre pred tem vedno za proces nabiranja težav, ki se prepletajo, kopičijo in stopnjujejo doživljanje stiske. V tem procesu ljudje o samomoru razmišljajo, o njem fantazirajo, ga načrtujejo in se poigravajo s samo idejo, ki lahko vodi v poskus samomora ali se tekom procesa od tega tudi oddaljuje. V osebnih zgodbah sogovornic in sogovornikov so ključni trije elementi samomorilnega procesa: kriza zaradi pomanjkanja razumevanja in pojasnil o notranjem dogajanju; sprememba v čustvovanju in vedenju; nevzdržna duševna bolečina.

Kadar se pojavijo intenzivni občutki in misli, ljudje iščejo razlage in pojasnila zanje. Če si intenzivnega, nenadnega, nepoznanega, neobičajnega in neprijetnega doživljanja ne morejo z ničemer pojasniti, se ga ne morejo oprijeti, ga zdržati ali izraziti, se pojavi stiska. Nerazložljiva doživljanja vodijo v občutke strahu, obupa. Običajno ljudje o svojih občutkih ne spregovorijo zaradi različnih razlogov, kot so sram in strah pred stigmatom, kulturna in družinska pravila o izražanju občutkov ali zgolj pomanjkanje besed za opis lastnega doživljanja. Ljudje s stisko

ostanejo sami, se zaprejo vase, so osamljeni in vedno bolj izključeni iz družbe, kar lahko vodi v popolno izolacijo. Čustvovanje se spremeni v eno ali drugo skrajnost – apatičnosti ali preplavljanje z občutki, kar vodi v tvegano vedenje (samopoškodovanje, zapiranje vase in izolacijo) ali v skrajnem primeru v poskus samomora. Ko se nabere preveč stvari, pride do kritične točke. Običajno nastopi nek dogodek, preko katerega pride do vrhunca krize. Gre za sprožilen dogodek, ki vodi v (impulziven) poskus samomora. Na točki, kjer je duševna bolečina nevzdržna, človeka preplavi občutek brezizhodnosti, nemoči in obupa. Pojavi se tako imenovan tunnelski vid, skozi katerega človek ne vidi več rešitev in drugih možnosti izhoda. Takrat se zdi, da je človek stisnjen v kot in samomor edina možna (od)rešitev.

Za preprečevanje samomora so podatki o poteku samomorilnega procesa lahko ključni, a se hkrati zastavlja pomembno vprašanje o tem, kdaj se ta proces sploh začne. Se začne takrat, ko se ljudje znajdejo v stiskah zaradi danih življenjskih okoliščin? Ali takrat, ko družba ignorira trpljenje ljudi, ki živijo v pomanjkanju in stiski? Ali takrat, ko službe ne slišijo ljudi in ne odgovarjajo na njihove potrebe? V zgodbah ljudi lahko najdemo predloge, ki bi potencialno odgovorili na ta vprašanja, a bi bilo te vsebine potrebno bolj raziskati.

Na podlagi procesa odločanja o samomoru, ki ga opisujejo ljudje z izkušnjo, lahko prepoznamo trenutke, v katerih so ljudje dostopni za intervencijo, in kdaj je priložnost zamujena. Prepoznavanje okoliščin, ki ljudi spravljajo v stisko, in odgovarjati nanje je pomembna oblika preventive, ki lahko prepreči samomor. Ljudje z izkušnjo poskusa samomora in strokovnjaki_nje, ki delajo z njimi, prepoznajo, da je v stanju, ko ljudi kriza popolnoma preplavi, prepozno za uporabo intervencij, saj ljudje ne zmorejo več slišati in sprejeti pomoči. Ukrepanje za reševanje življenja je takrat možno zgolj s hospitalizacijo, ki je v večini primerov neprostoVOLjna. Kljub temu, da so kasneje ljudje večinoma hvaležni za ta ukrep, potek hospitalizacije pušča škodljive posledice in ne prepreči nadaljevanja samomorilnega procesa po prvem poskusu samomora.

2. Razumevanje problematike in potreb ljudi, ki imajo izkušnjo poskusa samomora in oblike pomoči

Ljudje, ki imajo izkušnjo poskusa samomora, svoje potrebe opišejo kot potrebe po kvalitetnem osebnem odnosu, potrebe po pogovoru, po socialni mreži, potrebe svobodnega odločanja o

obravnavi, potrebe po dostopu do služb in potrebe po strategijah preživetja, s katerimi si lahko pomagajo same_i.

Kvaliteten odnos zanje pomeni varen in osebni odnos, v katerem lahko zaupajo, se čutijo sprejete, prejmejo spodbudne in empatične odzive, so povabljeni k sodelovanju, so one_i tiste_i, ki vedo, kaj potrebujejo. Zaupanje nam govori o kvaliteti odnosa in je povezano z občutkom varnosti, ki se ustvarja preko skupnega gibanja. To, da ljudje čutijo žalost ali sram, ni problem. To, da pridejo k nekomu in zaupajo, to je težava. Glavna težava je strah pred izgubo povezanosti, ki temelji na občutku sramu (če bodo vedeli kakšna_en sem, me bodo zapustili). Po eni strani pogovor o tem prinese olajšanje, hkrati pa s tem tvegajo odnos. Ko človek zaupa, je zelo krhek in negotov, ali bo zares sprejet. Ta negotovost običajno traja, zato je zaupanje dolgotrajen proces, v katerem se meje zaupanja spreminjajo. Ljudje po prvi izkušnji sprejetosti še nekaj časa preverjajo in ustvarjajo zaupanje v to, da jih strokovnjak_inja zares sprejema.

Strokovnjaki_nje morajo izkazovati spoštovanje in dostojanstvo ter biti razpoložljivi in dosegljivi, kadar pride do nevzdržnih stisk. Potrebujejo prostor in dovolj časa za pogovor. Potrebujejo podporo pri krepitvi socialne mreže, medvrstniške povezanosti in socialnih veščin. Želijo si možnosti vključevanja pomembnih drugih v obravnavo. Pri obravnavi želijo imeti svobodo in nadzor nad odločitvami in potekom obravnave, želijo si kontinuiranega procesa, celostne obravnave in izpopolnitve postopkov (glede populacije v bolnici, krajših čakalnih vrst, večje dostopnosti do služb in drugega). Potrebujejo, da jih strokovnjaki_nje podprejo pri krepitvi osebnih vednosti in strategij preživetja, s katerimi si bodo sami pomagali in preprečili samomor.

Strokovnjaki_nje uporabljajo različne metode in oblike dela, s katerimi menijo, da odgovarjajo na potrebe ljudi. O potrebah ljudi presodijo na podlagi prepoznavanja opozorilnih znakov (vedenje, čustveno stanje, osebne lastnosti, struktura osebnosti) in pogovora (način govora o samomoru). Pogovor se zgodi v procesu, ki ga ustvarijo preko vzpostavljanja delovnega odnosa in osebnega stika (dogovor o sodelovanju, antisuicidalni dogovor, pravilnik institucije). Na podlagi teh presoj in pogovora izberejo primerno metodo dela (akcija, zagovorništvo, timsko delo, celostna obravnava).

Na podlagi primerjave razumevanja potreb s strani ljudi z osebno izkušnjo poskusa samomora in strokovnjakinj_ov, ki z njimi delajo, se zdi, da gre za medsebojno ujemanje in strinjanje z manjšimi odstopanji. Kljub temu, da strokovnjaki_nje razumejo potrebe ljudi zelo

podobno, kot jih ljudje opisujejo sami, v praksi prihaja do vrzeli. Ljudje pripovedujejo o mnogih izkušnjah, ko njihove potrebe niso bile slišane, prepoznane in zadovoljene. Preko izjav sogovornic in sogovornikov si lahko poskušamo razhajanje razložiti z dvema okoliščinama. Po eni strani gre za pomanjkanje in izgorelost kadra, po drugi strani pa za slabe izkušnje s službami, zaradi katerih ljudje pomoči ne iščejo več.

Strokovne_i delavke_ci pogosto nimajo možnosti odgovarjanja na potrebe ljudi po želenem principu dela, saj jim delovno mesto tega ne dopušča. Primer tega je služba socialne delavke na psihiatričnem oddelku, kjer se mora prilagajati medicinskemu modelu dela. Iz izkušenj strokovnjakinj_ov je razhajanja in neustrezno delo mogoče razložiti s slabim sodelovanjem med službami, kar onemogoča celostno in kvalitetno obravnavo. Če potrebne službe med seboj ne sodelujejo, je posamezna služba omejena v obsegu in vsebini pomoči, ki jo lahko človeku ponudi. Razlog za nezadovoljene potrebe ljudi leži tudi v pomanjkanju kadra, kar omeji časovni obseg srečanja s človekom na redkejšo in krajšo termine.

Slabe izkušnje s službami ljudje opišejo skozi tri vidike. Pri prvem vidiku ljudje izpostavijo, da so jim pri preprečevanju samomora v pomoč zaščitni dejavniki, osebne vednosti in strategije preživetja, a strokovnjaki_nje te vire moči premalo prepoznavajo in krepijo. Dobre prakse vsebujejo vključevanje pomembnih drugih v proces podpore in pomoči, sodelovanje z drugimi službami, s katerimi so ljudje istočasno v stiku, ter krepitev virov moči in socialne mreže izven procesa obravnave. Ljudje v odnosu s strokovnjaki_njami pogrešajo konkretne metode, s katerimi si lahko pomagajo sami v vsakdanjem življenju. Manjka jim tudi postopen prehod z načrtovanjem po odpustu s psihiatrije. Ljudje v času bolnišnične obravnave strukturirajo potek dneva z oblikovanjem različnih dejavnosti. Rutina in aktivnost se izkazujeta za pomembna varovalna dejavnika pri preprečevanju samomora. Nenaden prehod iz bolnišnice v vsakdanje življenje predstavlja nasilno prekinitev varne rutine. Ko se ljudje vrnejo nazaj v običajen potek svojega življenja, ponovno pridejo v stik s svojimi težavami, od katerih so bili v bolnišnici izolirani, s težavami pa ostanejo sami in brez načrta, kako se z njimi spoprijeti, da ne bi prišlo do istega procesa, ki znova vodi v poskus samomora in nazaj v bolnico. Torej, cilj ni odstraniti vseh težkih čustvenih stanj, bolezni in stisk, kar niti ni mogoče. Cilj je, da se ljudi podpre pri učenju, kako naj ravnajo in živijo s svojim notranjim doživljanjem.

Drugi vidik, ki ga ljudje izpostavijo, temelji na slabih izkušnjah s službami, zaradi katerih pomoči zase ne iščejo. Ljudje običajno prepoznavajo svoje potrebe, a pri strokovnjakih ne iščejo

pomoči zaradi slabih izkušenj, zaradi nedostopnosti služb ali zaradi strahu pred stigmatom. Službe so nedostopne na več načinov. Ljudje so slabo informirani o tem, katere službe so na voljo, kako priti v stik z njimi in kakšne so njihove vloge. S pomanjkanjem informacij težko poiščejo podporo in pomoč, ker ne vejo, kdo je specializiran za reševanje določene problematike. Službe so nedostopne tudi zaradi dolgih čakalnih vrst in privatizacije. Čakalne vrste so značilne za ambulantno psihiatrično obravnavo, ki ponuja eno kratko srečanje, enkrat na nekaj mesecev. Primer nedostopnosti zaradi zasebne prakse je psihoterapija, ki ni dostopna ljudem, ki si iz finančnih razlogov obravnave ne morejo privoščiti. Pri psihoterapiji gre običajno za dolgotrajen in kontinuiran proces (enkrat na teden, več mesecev ali let), kar predstavlja velik finančni zalogaj. Psihoterapija kot samostojna dejavnost ni zakonsko urejena in ni dostopna preko koncesije. Razlog, da ljudje ne iščejo pomoči, tiči tudi v strahu pred hospitalizacijo in stigmatom, ki jo bo ta prinesla.

Tretji vidik, ki lahko razloži odsotnost iskanja pomoči pri različnih službah, sloni na možnosti, da ljudje ne zaupajo v kompetence strokovnjakinj_ov. Ti razlogi so lahko posledica neustrezne komunikacije in sodelovanja pri načrtovanju oblike podpore in pomoči – strokovnjaki vedo, kaj je dobro za ljudi, a ljudje tega v danem trenutku ne zmorejo ali ne želijo sprejeti, ali pa se ne strinjajo z njimi. Do najslabšega sodelovanja med strokovnjaki_njami in uporabnicami_ki prihaja pri psihiatrični obravnavi, ki se najpogosteje odziva z medikamentozno terapijo. Nekateri sogovorniki poročajo o uspešnosti medikamentoznega zdravljenja, a zgolj v kombinaciji s pogovori. Večina sogovornic in sogovornikov poroča, da jim zdravila niso pomagala, da jih niso smeli zavrniti, nekateri celo niso bili informirani o tem, kaj in zakaj jemljejo.

3. Način razmišljanja ljudi z izkušnjo poskusa samomora in strokovnjakinj_ov o samomoru

Epistemološka izhodišča strokovnjakinj_ov jih usmerjajo pri razmišljanju o samomoru in ravnanju v procesih podpore in pomoči. Kako si strokovnjak_inja razlaga pojav samomora, vpliva na presojo o tem, na kakšen način se bo odzival_a in interveniral_a. Vpliva na način doživljanja samomorilnih oseb, na to, kako bo o njih razmišljal_a in se nanje odzival_a. Razumevanje tega, kako samomorilni ljudje in strokovnjaki_nje razmišljajo o samomoru, razloži raznolike ukrepe za preprečevanje samomora. Pri tem so pomembna stališča, ki jih udeleženi zavzemajo do pravic o tem odločanju. Strokovnjaki_nje, ki ne priznavajo pravice do svobodne izbire o lastnem življenju in smrti, bodo v odnosu s samomorilnimi osebami razmišljali, ravnali

in ukrepali drugače kot tisti, ki te pravice priznavajo. Nekatere_i strokovnjakinje_i razumejo samomor kot simptom; kot edino možno rešitev v danem trenutku, ki jo človek vidi; kot klic na pomoč; kot odraz krize ob življenjskih spremembah; kot tvegano vedenje, ki ljudem predstavlja strategijo preživetja. Glede na raznolikost razumevanja se temu primerno tudi odzovejo.

Razpolagajo z različnimi intervencijami – od pogovora, preko intervencij, ki okrepijo ljudi z viri in jih opremijo s konkretnimi strategijami za soočanje z življenjskimi stiskami, do akcije in zagovorništva pri spremembah v življenjskem okolju ljudi. Kadar pride do ogroženosti življenja, se vse_i sogovornice_ki strinjajo, da je reševanje življenja nujno. Pri tem bolj ali manj izhajajo iz lastnih vrednot, vsi pa upoštevajo zakonsko dolžnost reševanja življenja.

Izhodišča samomorilnih ljudi o tem, kako vrednotijo življenje, kaj jim predstavlja samomor in kaj jim pomeni smrt, lahko razložijo nedostopnost za (nekateri) intervencije. Kadar nekdo načrtuje poskus samomora na podlagi življenjske filozofije in ga ne stori v impulzivnem stanju akutne stiske, se srečamo z etičnimi vprašanji glede prisilne hospitalizacije, zakonske dolžnosti ukrepanja in reševanja življenja ter spoštovanja svobode do odločanja o lastnem življenju in smrti. V okviru raziskave sem odkrila vprašanja, ki zahtevajo dodatno raziskovanje: Ali je v tem primeru neprostovoljna hospitalizacija sploh smiselna in zakonsko dovoljena? Ali v tem primeru neprostovoljna hospitalizacija posega v temeljne človekove pravice? Ali je v primeru razsodne odločitve za samomor človek dostopen za intervencijo? Je mogoče preprečiti vse samomore?

4. Potek interakcij med človekom, ki ima izkušnjo poskusa samomora, okoljem in različnimi strokovnjaki

Med človekom in strokovnjakinjo_om komunikacija o sporočanju in prepoznavanju samomorilnosti poteka preko pogovora ali neverbalnih znakov. Neverbalne znake ali skrite znake strokovnjaki lahko prepoznajo (ali spregledajo) kot spremembe v čustvovanju in vedenju človeka. V pogovoru poteka komunikacija o samomoru preko bolj ali manj posrednih sporočil (od groženj do namigov oz. metafor, kot je "do ničesar več mi ni").

Spremembe v čustvovanju in vedenju se kažejo preko psihosomatskih znakov in tveganega vedenja, ki ga strokovnjaki_nje razumejo kot odraz stiske. Vedenjske spremembe se kažejo v stopnjevanju in pojavljanju novih oblik tveganega vedenja (povečanje jemanja psihoaktivnih substanc). Spremembe v čustvovanju so najbolj opazne pri upadu volje in umiku v osamo.

Pozornost zahtevajo tudi akutna čustvena stanja, v katerih hitreje pride do nerazsodnih impulzivnih ravnanj.

Med človekom in strokovnjakom komunikacija o samomoru poteka preko pogovora, v katerem strokovnjaki_nje zavzemajo različne vloge in v katerem imajo ljudje različne potrebe. Oboji poudarjajo pomen aktivnega poslušanja, aktivne drže, usmerjenosti k iskanju rešitev in h krepitvi virov moči ter prevzemanja odgovornosti in s tem nadzora nad svojim življenjem. Interdisciplinarno sodelovanje je neustrezno. Službe slabo sodelujejo in (zaradi tega) uporabljajo neusklajene metode dela. Pogosti so primeri sočasnih obravnav, v katerih imajo ljudje predpisanih več zdravil, ki se med seboj izključujejo. Težave se pojavljajo pri ljudeh, ki so zasvojeni s psihoaktivnimi substancami ali so na substitucijskem programu, hkrati pa jim zdravniki predpisujejo zdravila, ki peljejo nazaj v odvisnost. Strokovnjaki_nje opozarjajo na slabo sodelovanje med psihiatrijo in socialnim delom, kljub temu da oboji poudarjajo pomen sodelovanja za kvalitetno in celostno obravnavo. Iz pripovedi sogovornic in sogovornikov ne morem trditi, kje je izvor motenj v komunikaciji in sodelovanju, toda predvidevam, da do težav prihaja zaradi razmerja moči in mandata stroke (medicina nad socialnim delom).

6. Predlogi

- Na področju samomora je potrebno sodelovanje različnih strokovnjakinj_ov iz socialnega varstva in zdravstva (socialno delo, psihoterapija, psihiatrija, splošne_i zdravnice_ki in druge_i), saj so potrebe ljudi, ki so poskušali narediti samomor ali o njem razmišljajo, kompleksne in segajo na različna področja vsakdanjega življenja. To sodelovanje naj poteka v obliki svetovalnic, kriznih timov in timov za vrnitev v skupnost po poskusu samomora. Med seboj naj se različni_e strokovnjaki_nje informirajo, izražajo, izmenjujejo mnenja, predloge, znanja in izkušnje. Da pomembnost sodelovanja ne bo ostala samo pri ideji, se morajo strokovnjaki_nje med seboj organizirati in povezati tako, da bodo med seboj in skupaj z uporabnicami_ki načrtovali_e potek obravnave, ki bo skladna, konsistentna in celostna.
- Kot alternativa neprostovoljni hospitalizaciji naj se oblikujejo krizni timi. Tim naj sestavljajo ljudje različnih služb, ki jih uporabnik_ca v času stiske potrebuje (na primer socialni_a delavec_ka, psihiater_inja, psiholog_inja, splošni_a zdravnik_ca in psihoterapevt_ka). Strokovnjaki_nje v timu sodelujejo po principu medsebojnega obveščanja in dopolnjevanja. Takšen krizni tim omogoča človeku raznolike oblike podpore in pomoči, ki so na voljo 24 ur na dan in dostopne tam, kjer ljudje so (na primer pri uporabnici_ku doma). Na ta način lahko ponudijo podporo in pomoč tudi družini in mobilizirajo vire v neposredni okolici uporabnice_ka.
- Ozaveščanje prek destigmatizacije, detabuizacije in demistifikacije ranljivih skupin (ljudi, ki imajo težave na področju duševnega zdravja, ki so preživeli nasilje, ki uporabljajo (nedovoljene) psihoaktivne substance, ki imajo neurejene stanovanjske razmere, neheteroseksualno usmerjene ljudi in skupnosti, priseljence, in druge). Ti trije procesi se lahko zgodijo v mnogih oblikah in kontekstih, na primer v obliki predavanj, delavnic, pogovornih skupin, okroglih miz, javnih dogodkov, preko medijev, raznih izobraževanj v šolah, na delovnih mestih in kjerkoli se pojavi potreba ali nuja.
- Med ljudmi, ki so poskusili samomor, jih je veliko, ki so bodisi sami doživeli nasilje bodisi so prepoznali veliko sovražnosti do njih kot posameznic_kov, ki odstopajo

od družbenega povprečja (npr. istospolno usmerjenih, priseljencev, brezposelnih, revnih in drugih). Strah zaradi doživetega nasilja in sovražni govor okolice, jih je potisnil v osamo. Stiska je ostala individualizirana. Ljudje ne bi smeli trpeti zaradi iracionalne sovražnosti, ki se vzdržuje s predsodki in stereotipi. Potrebno se je kot javnost (strokovna in laična) odzivati na vse oblike fizičnega in verbalnega nasilja nad ljudmi. Službe naj se odzovejo na sovražni govor in druge oblike nasilja tudi prek akcije, ne zgolj ozaveščanja. Prvi korak pri preprečevanju nasilja je, da se nasilje neha izvajati v institucijah in drugih oblikah podpore in moči. Strokovnjaki_nje naj nehajo zlorabljati svojo moč nad uporabnicami_ki (na primer v institucijah) in začnejo preprečevati nasilje med uporabnicami_ki. Preprečevanje nasilja med uporabnicami_ki je že drugi korak, ki ga lahko razširim na preprečevanje nasilja v širši populaciji ljudi. To lahko naredi vsak_a strokovnjak_inja, ki je priča nasilju in intervenira. Nasilje lahko ustavijo na fizični (na primer ukrep policije, ki ustavi nasilno vedenje) in verbalni ravni, preko opozarjanja, izpostavljanja in odpiranja prostora za diskusijo o nasilnih situacijah, ki se dogajajo.

- Službe s področja socialnega varstva in zdravstva naj omogočijo človeku informirano izbiro o vrsti in načinu poteka obravnave ter ga vključijo v proces načrtovanja in potek obravnave tako, da sam presoja o svojih potrebah in odloča o želenih odgovorih nanje. Strokovnjaki_nje naj informacije podajajo v obliki podajanja mnenja na podlagi lastne presoje o tem, kakšne vrste obravnave bi lahko odgovorile na problem, o katerem se strokovnjak_inja in uporabnica_k strinjata. Mnenje naj bo podano v obliki predloga, ki ne izključuje drugih alternativnih oblik podpore in pomoči. Informiranje naj poleg vseh možnih oblik in načinov podpore in pomoči zajema potencialne omejitve, prednosti in tveganja, ki se pri posamezni obliki obravnave lahko pojavijo. Da bi lahko uporabnice_ki od vsake službe dobili takšne vrste obravnavo, ki si je želijo, morajo službe preko sodelovanja omogočiti, da se vzporedne oblike podpore in pomoči med seboj ne izključujejo. Pomemben vir informacij za odločitve o obliki podpore in pomoči so lahko ljudje s podobno izkušnjo, ki so bili že vključeni v različne obravnave. Takšne informacije govorijo o dejanskem poteku obravnave, ne zgolj o njegovem namenu. Službe, pri katerih ljudje iščejo podporo in pomoč, naj omogočijo stik med ljudmi, ki so pripravljeni podeliti svojo izkušnjo, in tistimi, ki se o obliki podpore in

pomoči še odločajo (v obliki sestankov, pogovornih skupin, idr.). V medicini in še kje prevladuje izraz informirano soglasje, ki nekako opredeljuje strokovnjaka_injo kot vedočega_o in uporabnico_ka kot pasivnega prejemnika storitve. Namesto informiranega soglasja predlagam termin informirana odločitev, ki krepi avtonomijo uporabnic_kov in njihov nadzor nad odločitvami o obliki in poteku obravnave ter lastnem življenju.

- Izpopolniti bi bilo treba postopke in proces obravnave. Potrebujemo več kadra, krajše čakalne vrste, večja dostopnost in razpoložljivost raznolikih služb, na primer psihoterapije.
- Na področju zdravstva (psihiatrija) naj omogočijo več pogovornih oblik podpore in pomoči (individualni pogovori in skupine) ter pogovoru namenijo več časa (pogostejša in daljša srečanja). V terapevtskem pogovoru naj poteka gibanje med naslavljanjem poskusa samomora in skupnega iskanja rešitev, da na eni strani ne drži ljudi predolgo v občutjih stiske, a hkrati preverja stopnjo ogroženosti.
- Strokovnjaki_nje naj reflektirajo, kako vstopajo v procese podpore in pomoči, na kakšen način o ljudeh razmišljajo ter s katerimi ravnanji prispevajo k motnjam in rešitvam. Pozorni naj ne bodo samo na to, kaj rečejo in naredijo, temveč tudi na to, kako nekaj povejo in na kakšen način ravnajo. Pri tem si lahko pomagajo z rednimi supervizijami, intervizijami, osebnim terapevtskim procesom ali drugimi oblikami samorefleksije, ves čas pa naj se pri svojem delu opirajo na etična načela. Ljudje si želijo strokovnih, kompetentnih, empatičnih, toplih, razumevajočih, pristnih, zainteresiranih in iskrenih sogovornic_kov. Ključnega pomena je pri tem odprt dialog o vsebini in procesu, s katerim se je mogoče izogniti napačnim interpretacijam, s katerimi ljudje potem ostanejo sami. Odnos naj bo kar se da transparenten. Gibanje med vsebinsko in procesno ravni pomeni, da se tekom pogovora izmenično pogovarjamo o vsebinskih temah ter o tem, kako ljudje doživljajo srečanje, odnos in potek procesa podpore in pomoči. Gre za dvojni fokus, v katerem strokovnjak_inja med posvečanjem vsebini spremlja tudi proces.

- Strokovnjaki_nje naj v procesu podpore in pomoči z ljudmi raziščejo in jih opremijo s konkretnimi možnimi metodami samopomoči, s katerimi si bodo lahko tudi izven procesa obravnave pomagali pri zmanjševanju stiske in preprečevanju poskusa samomora. Skupaj z ljudmi naj iščejo, razvijajo, krepijo in oblikujejo nove vire moči v človeku in njegovi okolici. Po potrebi in želji ljudi naj v proces podpore in pomoči vključujejo pomembne druge ter krepijo njihovo socialno mrežo.

7. Uporabljena literatura

Aldridge, D. (1998), *Suicide: The tragedy of hopelessness*. Jessica Kingsley Publishers, London.

Arnold, V. M. (2006), Celostna obravnava oseb z demenco v domu za stare. *Socialno Delo*, letnik 45. številka 3/5.

Atkinson, M. J. (1978), *Discovering suicide: Studies in social organization of sudden death*, London: Macmillan.

Bailey, D., Liyanage, L. (2012), The Role of the Mental Health Social Worker: Political Pawns in Reconfiguration of Adult Mental Health Social Care. *British Journal of Social Work*, 42(6), pp. 1113-1131.

Berger, P. L., & Luckmann, T. (1988), *Družbena konstrukcija realnosti*. Cankarjeva založba, Ljubljana.

Bongar, B., Sullivan, G. (2013), *The suicidal patient: Clinical and legal standards of care*. American Psychological Association.

Craig, Y. (1977), The bereavement of parent and their search for meaning. *British Journal of Social Work*, 7(1), pp. 41-54

Chiles, J. A., Strosahl, K. D. (1995), *The suicidal patient: Principles of assessment, treatment, and case management*. American Psychiatric Association.

Čačinovič Vogrinčič, G., Kobal, L., Mešl, N., Možina, M. (2005), *Vzpostavljanje delovnega odnosa in osebnega stika*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Dekleva, B., Razpotnik, Š. (ur.) (2002), *Čefurji so bili rojeni tu. Življenje mladih priseljencev druge generacije v Ljubljani*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta in Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti.

Dragoš, S., Leskošek, V. (2004), *Družbena neenakost in socialni kapital*. Ljubljana: Mirovni inštitut.

Dernovšek, M. Z. (2004), Preprečevanje samomora v primarnem zdravstvu. V A. Marušič in S. Roškar (ur.). *Slovenija s samomorom ali brez*, 64-73.

Douglas, J. D. (1967), *The social meaning of suicide*. Princeton: Princeton University Press.

- Dransart, D. A. C. (2013), From sense-making to meaning-making: understanding and supporting survivors of suicide. *British Journal of Social Work*, 43(2), pp. 317-335.
- Durkheim, E. (1897), *Le suicide: étude de sociologie*. F. Alcan, Paris.
- Durkheim, E. (1992), *Samomor – Prepoved incesta in njeni izviri*. Ljubljana: ŠKUC, Filozofska fakulteta Ljubljana.
- Ewing, C.P. (1978), *Crisis Zntervention as Psychotherapy*, Oxford University. Press, New York.
- Farberow, N.L., Shneidman, F.S. (1961), *The Cry for Help*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- 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.
- Firestone, R.W. (1997), *Suicide and the Inner Voice*. London, New Delhi: Sage Publications.
- Firestone, R.W. (1988), *Voice Therapy: A Psychotherapeutic Approach to Self-Destructive Behavior*. Santa Barbara: Glendon Association.
- Flaker, V. (2003), Temeljne in nujne spretnosti socialnega dela. *Socialno delo*, letnik 42, številka 4/5.
- Flaker, V., Mali, J., Kodele, T., Grebenc, V., Škerjanc, J., & Urek, M. (2008), *Dolgotrajna oskrba: očrt potreb in odgovorov nanje*. Fakulteta za socialno delo.
- France, K., (1982), *Crisis intervention: A handbook of immediate person-to-person help*. Springfield, IL: C. C. Thomas.
- Freedman, J., & Combs, G. (1996), Gender stories. *Journal of Systemic Therapies*, 15(1), 31-46.-
- Grebenc, V., Šabić, A. (2013), *Ljubljanske zgodbe : biografije navadnih ljudi*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Hafen, B. Q., Peterson. (1982), *The Crisis Zntervention Handbook*, Englewood. Cliffs, New York.
- Haralambos, M., Holborn, M. (1999), *Sociologija, teme in pogledi*. DZS, Ljubljana.
- Hayes, N., Orrell, S., & Pogačnik, D. (1998), *Psihologija*. Zavod Republike Slovenije za šolstvo.

- Hillman, J. (1973), *Suicide and the Soul*. Spring publications.
- Jacobsenc, .F., Strickler, Morley. (1968), Generic and Individual approaches to Crisis Intervention, *American Journal of Public Health*, 58 (1), PP. 338-343.
- Jagodič, H. K., Korosec, B., Lajlar, D., Skaza, V. W., Novak, V., Jagodic, K., & Pintaric, L. (2008), Involuntary hospitalisation. *Zdravniški Vestnik*, 77.
- Joe, S., & Niedermeier, D. (2008), Preventing suicide: A neglected social work research agenda. *British Journal of Social Work*, 38(3), 507-530.
- Kast, V. (1991), *The creative leap: psychological transformation through crisis*. Chiron.
- Kézdi, B. (1995), "A negativ kód" (The Negative Code). Pécs: Pannonia könyvek.
- Kodeks etičnih načel v socialnem varstvu. (2002), *Uradni list RS*, (59/02). Dostopno na: <https://www.skupine.si/mma/Kodeks%20eti%C4%8Dnih%20na%C4%8Del%20SV%20-%20januar%202015/2015031214142252/>
- Kores-Plesničar, B., Turčin, A. (2008), Sprejem in zdravljenje brez privolitve na oddelku za psihiatrijo UKC Maribor. *Zdravstveno varstvo*, letnik 47, številka 3, str. 137-142.
- Knez, D. (2004), Sociološki pogledi na samomor. V A. Marušič in S. Roškar (ur.), *Slovenija s samomorom ali brez: monografija* (38-43). Ljubljana: DZS.
- Kogovšek, T., Ferligoj, A., Matelič, U., & Hlebec, V. (2004), Social ties of doctoral students in Slovenia as social capital. In *Portorož: SUNBELT conference contribution*.
- Kramli, M. (2008), *Interview on addiction*. Ambulanta za zdravljenje odvisnosti: Nova Gorica. (unpublished interview).
- Kvaternik, I., Grebenc, V. (2008), Vrzeli med medicino in socialnim delom: primer» dvojnih diagnoz «. *Teorija in praksa*, 45(1-2), 129-43.
- Langsleyd, .G., Kaplan, D .M. (1968), *The treatment of families in crisis*, Grune & Stratton, New York.
- Lamovec, T., Flaker, V. (1993), Kaj je duševna bolezen. *Socialno delo*, letnik 32, številka 3–4.
- Lamovec, T. (1995), *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup*. Ljubljana: Lumi d. o. o.

- Lamovec, T. (1998), *Psihosocialna pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Lamovec, T. (1999), *Kako misliti drugačnost*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.
- Lamovec, T. (2005), Nihče ne pride živ s tega sveta: slovenska sprenevedanja o smrti in samomoru. *Socialno delo*, letnik 44, številka 6.
- Lamovec, T. (2006), *Ko rešitev postane problem in zdravilo postane strup: nove oblike skrbi za osebe v duševni krizi*. Fakulteta za socialno delo.
- Lester, D. (2001), *Suicide prevention: Resources for the millennium*. Psychology Press.
- Manderscheid, R.W., Atay, J.E., Male, A. et al. (2004), Highlights of organized mental health services in 2000 and major national and state trends. In *Mental Health*, United States.
- Madsen, W. C. (2013), *Collaborative therapy with multi-stressed families*. Guilford Press.
- Marušič, A. idr. (2002), Samomor kot legitimna smrt? Emzin (revija za kulturo), emzinova govorilnica, št. 1 - 2.
- Marušič, A., Zorko, M. (2003), *Slovenski samomor skozi prostor in čas*. Ljubljana: DZS.
- Marušič, A., Roškar, S. (2003), *Slovenija s samomorom ali brez (monografija)*, Ljubljana: DZS.
- Marušič, A., Temnik, S. (2009), *Javno duševno zdravje*. Ljubljana: CMD Celje.
- Mesec, B. (2007), *Metodologija raziskovanja v socialnem delu 2*. Študijsko gradivo (2. izdaja). Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Michel, K., Valach, L. (1997), Suicide as goal-directed action. *Archives of Suicide Research*, 3, 213-221.
- Michel K, Dey P, Stadler K, & Valach L. (2004), Therapist sensitivity towards emotional life career issues and the working alliance with suicide attempters. *Archives of Suicide Research*, 8.
- Milčinski, L. (1983), *Samomor in Slovenci*. Ljubljana: Slovenska akademija znanosti in umetnosti Ljubljana.
- Milčinski, L., Zalar, B., & Virant-Jaklič, M. (1997), *Samomor in Slovenija-1995*. Slovenska akademija znanosti in umetnosti.

- Milčinski, L. (1999), *Fenomenologija in opredelitev samomorilnega vedenja*. V: Psihijatrija (Zbornik), Tomori, M.; Ziherl, S. (ur.), Medicinska fakulteta, Ljubljana.
- Milivojević, Z. (2008), *Emocije*. Novi Sad: Psihopolis institute.
- Milošević Arnold, V., & Poštrak, M. (2003), *Uvod v socialno delo*. Študentska založba.
- Milošević Arnold, V., et al. (2009), *Terensko delo*. Priročnik. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
- Mrevlje, G. (1995), *Samomor kot zdravstveno-socialni pojav na Slovenskem*. V: Mrevlje, G. (ur.). Ciklus seminarjev, Namesto koga roža cveti. Ljubljana: Meridiana.
- Norman, I. J., Peck, E. (1999), Working together in adult community mental health services: An inter-professional dialogue. *Journal of Mental Health*, 8.
- Oravec, R. (1999), On the contents of suicide notes and the farewell letters of patriots, executed during the second world war. *Etnolog. Nova vrsta*, 9.
- Oravec, R. (1999 a), O vsebini suicidalnih zapisov slovenskih samomorilcev in poslovilnih pisem rodoljubov, ustreljenih med drugo svetovno vojno. , *volume 9, issue 1*.
- Oravec R. (2001), *The content of suicide notes and the role negation in the presuicidal process* In: GRAD, T.O. Ed. Suicide Risk and Protective Factors in the New Millenium. Cankarjev dom, Ljubljana.
- Oravec, R. (2002), Suicidological dimension of negation. *Horizons of Psychology*, 11.
- Oravec R., Moore M. (2004), Suicide, the discursive process. *Pogled /The View II/1-2*
- Oravec, R., & Moore, M. M. (2006), Recognition of suicide risk according to the characteristics of the suicide process. *Death studies*, 30(3).
- Oravec, R., & Moore, M. (2006a), Suicide, the discursive process. *Psychiatria Danubina*, 18(Suppl. 1), 53-53.
- Oravec, Robert (2014), Da bi bilo umorov v kombinaciji s samomorom čim manj. , *letnik 53, številka 6, str. 377-379*.
- Orbach, I. (2003), Mental pain and suicide. *The Israel journal of psychiatry and related sciences*, 40(3), 191.

Pfeiffer, C., Wetzels, P. (1999), *The structure and development of juvenile violence in Germany. Forschungsberichte no. 76*. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.

Poal, P. (1990). Introduction to the theory and practice of crisis intervention. *Quaderns de psicologia* 10, 121-140.

Pincus, A., Minahan, A. (1978), *Social work practice: Model and method*. Itasca., Illinois: Peacock Publishers.

Rapoport, L., (1962), The state of crisis: some theoretical considerations, *Social Service Review* 36 (2), pp. 211-217.

Rapoša Tajnšek, P. (1993), Skupnostno socialno delo in skupnostna usmeritev v praksi socialnega dela v Sloveniji. *Socialno delo*, 32, 5-6.

Rehkopf, D. H., Buka, S. L. (2006), The association between suicide and the socio-economic characteristics of geographical areas: a systematic review. *Psychological Medicine*, 36(2), pp. 145-157.

Rees, G., Huby, G., McDade, L., Kechie, L. (2004), Joint working in community mental health teams: implementation of an integrated care pathway. *Health and Social Care in the Community*, 12(6), pp. 527-536.

Ringel, E. (1969), *Selbstmordverhütung*. H. Huber, Bern, Stuttgart, Wien.

Saleebey, D. (1992), *The strength perspective in social work practice*. New York: Longman.

Saleebey, D. (1997), The strengths approach to practice. *The strengths perspective in social work practice*, 3, 80-93.

Schotte, D. E., Cools, J., Payvar, S. (1990), Problem-solving deficits in suicidal patients: trait vulnerability or state phenomenon? *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 58(5): 562-4.

Sheperd, D. M., Barraclough, B. M. (1979), Help for those bereaved by suicide. *British Journal of Social Work*, 9(1), pp. 67-74.

Shneidman, E. S. (1993a), *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Shneidman, E. S. (1996). *The suicidal mind*. New York: Oxford University Press.

Silverman, M. M., Maris, R. W. (1995), *Suicide prevention: Toward the year 2000*. Guilford Press.

Stalker, K. (2003), Managing Risk and Uncertainty in Social Work. *Journal of Social Work*, 3(2), pp. 211-233.

Stržinar, D. (2012), Socialno delo z mladostniki v psihiatrični obravnavi. *Socialno Delo*, 51(1-3), 127.

Suicide guideline. (2003), *The assessment and management of people at risk of suicide for emergency departments and mental health service acute assessment settings*. New Zealand Guidelines Group (NZGG) and Ministry of Health.

Škerjanc, J. (2006), Individualno načrtovanje z udejanjanjem ciljev. *Pomen uporabniškega vpliva pri zagotavljanju socialno-varstvene storitve*. Center za poklicno izobraževanje in usposabljanje, Ljubljana.

Šugman Bohinc, L. (1997), Epistemologija socialnega dela. *Socialno delo*, 36(4), 289-308.

Šugman Bohinc, L. (2003), Pripovedovanje zgodb v socialnem svetovanju in psihoterapiji. *Socialno delo*, letnik 42, številka 6.

Šugman Bohic, L. (2010), Od objektivizma h konstruktivizmu in socialnemu konstrukcionizmu v sistemski psihoterapiji. *KAIROS--Slovenian Journal of Psychotherapy*, 4.

Šugman Bohinc, L. (2015), "Dialoški pristop k soustvarjanju podpore in pomoči". *Zapiski iz predavanj in študijska literatura*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.

Tančič, A. (2008), *Spregovorimo o samomoru*. Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije: Ljubljana.

Tekavčič-Grad, O. (1995), Ali lahko preprečujemo samomor in kako?. *Obzornik zdravstvene nege*, letnik 29, številka 1/2, str. 9-11.

Tomori, M. (2004), Preprečevanje samomora pri mladostnikih. V A. Marušič in S. Roškar. (ur.), *Slovenija s samomorom ali brez* (str. 79–90). Ljubljana: DZS.

Trstenjak, A., & Marković-Belber, N. (1987), *Čovek i boje*. Nolit.

Urek, M. (2001), Življenjske zgodbe in njihov pomen: nekaj izhodišč za preučevanje pripovedovanja zgodb v socialnem delu, *Socialno delo*, letnik 40, številka 2/4.

Valetič, Ž. (2009), *Samomor: večplastni fenomen*. Ozara Slovenija.

Velikonja, M. in drugi (1998), *Brezposelnost v izobraževanju*. Andragoški center RS. Ljubljana.

Zakon o duševnem zdravju. (2008), *Uradni list RS*, (77/08).

Zaviršek, D. (1997), Krizni tim kot oblika preprečevanja psihiatrične hospitalizacije. *Socialno delo*, 36, 2: 101-110.

Zaviršek, Darja (2014), Opredelitev hendikepa in razvoj študija hendikepa v socialnem delu. *Socialno delo*, letnik 53, številka 3/5, str. 133-145.

Žmitek, Andrej (2009), *Samomorilnost-klinični vidik*. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje.

Žmitek, Andrej, Vidmar, Vengust, Metoda, Kovačič Dragan (2010), *V skrbi za vaše zdravje*. Novo mesto: Krka.

Whitley, E., Gunnell, D., Dorling, D., Davey Smith, G. (1999), Ecological study of social fragmentation, poverty and suicide. *British Medical Journal*, 319(7216), pp. 1034-1037.

Williams, J. M. G., Pollock, L. R. (2000), The Psychology of Suicidal Behaviour, In: K Hawton and K van Heeringen (eds.). *International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. John Wiley and Son: London, pp. 309-384.

Williams, K. (1995), *A Parent's Guide for Suicidal and Depressed Teens: Help for Recognizing If a Child is in Crisis and what to Do about it*. Hazelden Publishing.

8. Priloge

8.1. Smernice za intervju

1. Ljudje z izkušnjo poskusa samomora

Kako se spomniš tistega obdobja, ko si poskusil_a narediti samomor?

1. sklop

1. Kakšne so bile okoliščine v času, ko so se misli ali poskusi samomora začeli pojavljati, udejanjati?

- žalostna zgodba -> odnosi, stanovanje, dohodki, šola, socialna mreža, osamljenost, diagnoze/zdravje, idr.

2. Opis spleta dogodkov ali situacije, ki so odločilno vplivale na stisko, odločitev.

3. Kaj je bilo pred poskusom samomora (ali v situacijah, kjer je bila želja brez poskusa) tisto, kar je zmanjšalo stisko, preprečilo poskus samomora?

4. Kaj bi v teh okoliščinah še potreboval_a ?

5. Kaj bi moralo biti drugače, da bi se lažje soočal_a z danimi okoliščinami, da bi bila stiska manjša? (finance, podpora, status, "profil")

2. sklop

1. Kako je potekal razplet oz sosledje dogodkov po poskusu samomora ali mislih na samomor?

- Kakšne obravnave si bil_a deležen_a? (psihijatrija, ukc,...)

- Ali ste bili napoteni ali informirani o možnosti sodelovanja in podpore s strani socialnih delavk in delavcev, NVO, stik s SD?

-Na kakšen način ste prišli v stik z intervencijskimi strukturami?

-Na kakšen način ste komunicirali?

-kako so strokovnjaki prepoznali vašo samomorilno ogroženost (ali so sami povedali ali so bili v taki stiski, da os dali eksplicitno vedeti, so strokovnjaki sami prišli do tega sklepa?)

- ali je bilo adekvatno, ali sami niso prepoznali, pa so jim vsilili to, da so samomorilni

-kaj so rabili narediti, da so prišli v stik, na koga so se morali obrniti, da so se intervencijske strukture odzvale

-ali so se in kako so se interventne službe odzvale (napotili naprej, poklicali reševalca, seznanili svojce,...)

2. Kako si to obravnavo doživel_a?

- smiselno, potrebno
- neprostovoljno, nujno, kot rešitev, kot problem
- Kako si doživel_a odnos strokovnih delavcev v procesu?
- antisuicidni pakti - ali jih je to odvrčalo od samomorilnosti?
- negativne plati: zakaj jim ni bilo všeč, kaj jim je škodovalo, kako je vplivalo..

3. Kaj je bilo znotraj procesa obravnave po poskusu samomora tisto, kar ti je pomagalo pri zmanjševanju stiske?

- dobre prakse s strani institucij in služb
- komunikacija
- odnosi
- okolje

4. Kaj bi potrebovala od strokovnjakinj_ov in služb, po poskusu samomora?

- kompetence
- odnos
- komunikacija
- drža
- tehnike

5. Katera so tista tvoja vedenja, ravnanja, doživljanja in strategije, ki so ti pomagali preživeti, se soočiti, zmanjšati stisko, idr.?

- Kako si si pomagal_a sam_a, na kaj/koga si se obrnil_a, itd.?
- svojci, prijatelji, sodelavci, sosedje,...

3. sklop

1. Kaj ti pomeni življenje?

2. Kako doživljaš koncept smrti?

3. Kaj zate pomeni samomor (kot način smrti)?

4. Kako doživljaš lastno izkušnjo poskusa samomora?

5. Kako razumeš pravico do odločanja o lastnem življenju?

6. Kaj čutiš in meniš o odnosu lastnega doživljanja samomora in ukrepov okolice?

Za zaključek: Kako naj bi po tvojem mnenju delovale dobre službe za pomoč ljudem za preventivo samomora in po poskusu samomora?

2. Delavke si/slужbe

Kakšne so vaše delovne izkušnje s temo samomora?

1. sklop

1. Kakšne so okoliščine v času, ko so se misli ali poskusi samomora pri ljudeh pojavljali?

(odnosi, stanovanje, dohodki, šola, socialna mreža, osamljenost, diagnoze/zdravje, idr.)

2. Kako si se na te okoliščine, pripovedi o njih odzval_a?

3. Kaj je bilo pred poskusom samomora v življenjih ljudi tisto, kar je zmanjšalo stisko, preprečilo poskus samomora?

- v vajinem odnosu/v službi

- na splošno v življenju človeka

4. Kaj bi v teh okoliščinah po vašem mnenju ljudje še potrebovali?

-od tebe, službe

-drugo

5. Kaj bi moralo biti drugače v življenjih teh ljudi, da bi se lažje soočali z danimi okoliščinami, da bi bila stiska manjša?

-finance, podpora, status, "profil"

2. sklop

1. Kakšne obravnave so bili ljudje deležni?

- v vajinem procesu pomoči/službi

- drugje

- Vstop in vključenost v proces: ne/prostovoljno, pogostost, trajanje, oblike srečanj, idr.

2. Kaj je bilo po tvojem mnenju znotraj procesa obravnave po poskusu samomora tisto, kar jim je pomagalo pri zmanjševanju stiske?

-kako razumeš svojo vlogo?

-koliko si to udejanjal_a in na kakšen način?

- tvoje dobre prakse, metode dela, ravnanja, intervencije, idr.

- odnos, drža, razmišljanje, ravnanja, komunikacija, dogovori, idr.

- zakaj se odločate za določeno obliko zdravljenja, obravnave

- Kako je na ljudi vplival oz kaj je doprinesel tvoj način podpore in pomoči?

- kakšne so tvoje predstave o tem, koliko so uporabniki s tem zadovoljni

- koliko to dejansko pomaga, kar počnete?

- vključevanje, sodelovanje (svojci, prijatelji, sodelavci, sosedje, nvo, druge oblike pomoči...)

-ostale (istočasne) obravnave (nvo, psihiatrija, sd, psihoterapija, psihologi, drugo)

-kako vidiš vlogo drugih strokovnjakov, izkušnje, predstave

3. Kako so se ljudje na to odzvali?

- Kaj meniš, da so ljudje potrebovali od tebe in drugih strokovnjakinj_ov in služb, pred in po poskusu samomora?

- ali je že kateri uporabnik storil samomor?

- kaj misliš o tem, kolikšna je odgovornost strokovnjaka, če uporabnica_k naredi samomor

- kako dolgo bi rekel_la, da je po zdravljenju to še odgovornost strokovnjakov

3. sklop

Kako doživljaš samomorilne uporabnike?

Kaj zate pomeni samomor?

Kako doživljaš njihov poskus samomora?

-odgovornost pomagajočega, doživljanje, ravnanje, moralna sodba

Kako razumeš pravico do odločanja o lastnem življenju?

-spoštovati, sprejeti, ukrepati, preprečiti, obsojati

-filozofija, vsebina in način obravnave

Kakšen odnos imaš do teme samomora kot strokovna delavka?

-izogibanje, zanimanje, sprejemanje,..

Za zaključek: Kako naj bi po tvojem mnenju delovale dobre službe za pomoč ljudem za preventivo samomora in po poskusu samomora?

9. Povzetek

Samomor je še vedno pogost pojav, kljub temu da se mnoge službe ukvarjajo s stiskami ljudi. Strokovnjaki_nje, ki delajo na področju socialnega varstva in zdravstva, verjamejo, da delajo dobro in da s svojimi intervencijami odgovarjajo na potrebe ljudi, a njihove stiske še vedno vodijo v poskuse samomora. Raziskovala sem, na kakšen način strokovnjaki_nje razumejo in prepoznavajo življenjske okoliščine, stiske in potrebe ljudi ter kako se nanje odzivajo. Nato sem njihova razumevanja in odzive primerjala s potrebami ljudmi, ki imajo izkušnjo poskusa samomora.

V teoretičnem delu sem se najprej posvetila prevladujočim diskurzom, ki oblikujejo način razmišljanja in odzivanja na samomor. Nadaljevala sem z opisom samomorilnega procesa, ki se začne z življenjskimi okoliščinami, ki človeku povzročajo stisko in vodijo v poskus samomora. Na obstoječe stiske ljudi, ki jih ustvarja družba, v kateri živijo, sem navezala različne oblike podpore in pomoči, ki se na te stiske poskušajo odzvati in preprečiti samomor.

Tekom raziskave sem ugotavljala, kako razumejo in prepoznavajo svoje težave ljudje, ki imajo izkušnjo poskusa samomora, in kako jih razumejo in se nanje odzivajo strokovnjaki_nje. Sogovornice_ki z izkušnjo so pripovedovale_i o življenjskih okoliščinah, ki so po njihovem mnenju vodile v stiske in poskus samomora. Opisovale_i so, kako je potekal samomorilni proces, kakšne potrebe so imele_i v tem času, kakšne oblike podpore in pomoči so si želele_i, kakšne so dobile_i in kaj so pogrešale_i. Sogovornice_ki, ki se pri svojem delu srečujejo z ljudmi z izkušnjo poskusa samomora, so pripovedovale_i o tem, kako razumejo in razmišljajo o samomoru in o ljudeh, ki samomor poskušajo storiti. Opisale_i so različne načine dela, s katerimi poskušajo preprečiti poskus samomora.

Rezultati raziskave so pokazali, da je samomor vedno proces, ki je del osebne zgodbe človeka. Samomorilni proces se razvije preko spleta okoliščin, v katerem ljudje doživljajo duševne in socialne stiske. Na osnovi primerjave razumevanja potreb s strani ljudi z osebno izkušnjo poskusa samomora in strokovnjakinj_ov, ki z njimi delajo, se zdi, da gre za medsebojno ujemanje in strinjanje z manjšimi odstopanji. Kljub temu da strokovnjaki_nje razumejo potrebe ljudi zelo podobno, kot jih ljudje opisujejo sami, v praksi prihaja do vrzeli. Na to, kako se bodo strokovnjaki_nje odzivali_e na potrebe uporabnic_kov, vplivajo njihova epistemološka izhodišča, ki jih usmerjajo pri razmišljanju o samomoru ter ravnanju v procesih podpore in pomoči. Kako si strokovnjak_inja razlaga pojav samomora, vpliva na presojo o tem, na kakšen

način se bo odzival_a in interveniral_a. Vpliva na način doživljanja samomorilnih oseb, na to, kako bo o njih razmišljal_a in se nanje odzival_a. Rezultati pokažejo tudi neustrezno interdisciplinarno sodelovanje, kar ljudem onemogoča kvalitetno in celostno obravnavo.