Suicidi kod osoba koje nemaju psihički poremećaj

Pupovac, Ivana Dora

Master's thesis / Diplomski rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:835822

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Ivana Dora Pupovac

Suicidi kod osoba koje nemaju psihički poremećaj

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2017.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Ivana Dora Pupovac

Suicidi kod osoba koje nemaju psihički poremećaj

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2017.

Ovaj diplomski rad izrađen je u Specijalističkom zavodu za personologiju i poremećaje hranjenja Klinike za psihijatriju Kliničko-bolničkog centra Zagreb pod vodstvom prof. dr. sc. Darka Marčinka i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2016./2017.

POPIS I OBJAŠNJENJE KRATICA KORIŠTENIH U RADU

C-CASA – klasifikacijski algoritam procjene suicidalnog ponašanja (prema engl. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment)

DSM-5 – Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje (prema engl. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), 5. izdanje

FDA – Američka agencija za hranu i lijekove (prema engl. Food and Drug Administration)

WHO – Svjetska zdravstvena organizacija (prema engl. World Health Organization)

Sadržaj

Sažetak

Summary

1. Uvod 1
2. Suicidalnost i suicidalno ponašanje 3
   2.1. Terminologija i klasifikacija 3
   2.2. Epidemiologija suicida i pokušaja suicida 6
   2.3. Čimbenici rizika i procjena suicidalnog rizika 8
3. Modeli suicidalnog ponašanja 10
   3.1. Sociološki modeli 10
   3.2. Kognitivni modeli 10
   3.3. Psihoanalitički modeli 11
   3.4. Model stresne dijateze 11
4. Biološke osnove suicidalnosti 13
5. Uloga ličnosti u suicidalnom ponašanju 16
   5.1. Poremećaji ličnosti 16
   5.2. Crte ličnosti 17
      5.2.1. Impulzivnost 17
      5.2.2. Perfekcionizam 18
      5.2.3. Narcizam 19
6. Sram 21
   6.1. Sram i krivnja 21
   6.2. Izvor srama – loše razvijena rana privrženost 22
   6.3. Osveta i agresija 22
   6.4. Sram i narcizam – potencijalno fatalni duo 23
   6.5. Skriveni, premošteni i kronični sram 25
7. Psihičko utočište i as-if fenomen 27
8. Suicid koji to nije 29
9. Osmijeh – most ka životu 30
10. Umjesto zaključka 32
Zahvale 33
Literatura 34
Životopis 40

Sažetak

Suicidi kod osoba koje nemaju psihički poremećaj

Ivana Dora Pupovac

Više od 90% samoubojstava počine osobe s dijagnosticiranim psihičkim poremećajem, od kojih najveći udio zauzima depresija. Suicidi osoba koje nisu psihijatrijski pacijenti rijetko su istraživana, a ozbiljna tema. Ovaj rad nastoji objasniti kako dolazi do suicidalnih događaja u takvim slučajevima. Samoubojstvo je rezultat složene interakcije raznih fenomena. Predstavljeni su utvrđeni čimbenici rizika za suicid, kao i modeli suicidalnog ponašanja te dosadašnje spoznaje o biološkoj podlozi suicidalnosti. Posebno je naglašena i razrađena uloga dimenzija ličnosti, ponajprije narcističkih crta, impulzivnosti i perfekcionizma. Najviše pozornosti pridano je sramu, važnom faktoru u razvoju suicidalnog ponašanja. Sram, koji je reakcija na novonastalu vlastitu inferiornu poziciju, često ostaje skriven u nesvjesnom i, prisutan u ekscesivnoj mjeri, potiče pojavu brojnih negativnih emocija povezanih sa suicidalnošću kao što su depresivnost, tjeskoba, agresija, ljutnja i psihička bol. Kod osoba s izraženim narcističkim crtama ličnosti, sram nanosi snažnu narcističku povredu, uzrokujući narcistički bijes, koji osobito u kombinaciji s impulzivnošću može rezultirati suicidom. Patološki sram predisponira za suicid. Tekst se dotiče i poremećaja ličnosti, koji se donedavno nisu smatrali psihijatrijskim poremećajima u užem smislu, a osobe koje pate od njih pod većim su rizikom za počinjenje suicida, no često za života ne budu prepoznate kao psihijatrijski pacijenti te bez adekvatne dijagnoze ne dobivaju ni odgovarajuću pomoć. Na koncu, dani su svijetli primjeri mogućnosti uspješne intervencije u prevenciji suicida.

Ključne riječi: suicid, mentalno zdravlje, sram, crte ličnosti, narcizam

Summary

Suicide in people with no mental disorders

Ivana Dora Pupovac

Over 90% of suicides are committed by people diagnosed with a mental disorder, depression being the most common. Suicides in people who are not psychiatric patients are a serious subject but have been poorly studied. This graduate thesis seeks to explain occurrence of suicidal events in such cases. Suicide arises from complex interactions between various phenomena. The paper presents established risk factors for suicide, suicidal behaviour models as well as present knowledge of biological basis of suicidality. The role of personality traits, especially narcissistic traits, impulsivity and perfectionism is discussed and strongly emphasised. Shame is attended to with close attention and stressed as an important factor in development of suicidal behaviour. Occurring as a reaction to an unexpected event provoking feelings of inferiority, shame often remains hidden in the unconscious and induces numerous negative emotions such as depressiveness, anxiety, aggression, anger and psychache. Shame inflicts a severe narcissistic injury on people with highly expressed narcissistic traits, causing narcissistic rage which can lead to suicide, particularly when combined with impulsivity. Pathological shame is a predisposition to suicide. Personality disorders, which weren't considered to be real mental disorders until recently, are also discussed since those suffering from them are at higher risk of committing suicide but sometimes they aren't recognised during lifetime so people are left without adequate diagnosis and treatment. Finally, examples of successful intervention possibilities in suicide prevention are given.

Key words: suicide, mental health, shame, personality traits, narcissism

1. Uvod

Bogovi, bogovi moji! Kako je žalosna večernja zemlja! Kako su tajanstvene magle iznad močvara! Tko je lutao kroz te magle, tko je mnogo patio prije smrti, tko je letio nad tom zemljom noseći na sebi pretežak teret, taj to znade. To zna umoran čovjek. I on bez tuge ostavlja zemljine magle, njezine močvare i rijeke, on se laka srca predaje smrti, znajući da će mu samo ona „donijeti mir".

Majstor i Margarita, Mihail Bulgakov

Tijekom studija, a i kasnije u samom radu, medicinari se svakodnevno susreću s teškim ljudskim sudbinama. Često gledamo ljude u najgorim trenucima njihovih života – ljude kojima se svijet prevrnuo u trenutku, ljude na granici života i smrti. Bolest čovjeku može uzeti i više od samog života: ona uzima i njegov mir, nadu, integritet, neovisnost, društvenu funkciju, bližnje.

Zdravlje je u funkciji života, bolest u funkciji smrti. Psihijatrijske bolesti osobito su teške. One ubijaju na posebno okrutan način – tjerajući čovjeka da digne ruku na sebe. Misteriozan je to i nedokučiv čin. Svako toliko čujemo za suicide ljudi koji su prividno imali sve, ljudi koji su imali razloga da žive, sretnih ljudi koji su si u trenutku očaja iz nepoznatih i neobjašnjivih razloga oduzeli život. Nepredvidljiva, neočekivana i nerazjašnjena, tragedija je tim veća. Posljedice za okolinu su duboke i trajne. Što navodi zdrave osobe na krajnji oblik autodestrukcije? Što dovodi do sloma osnovnog nagona za samoodržanjem? Možemo li uopće govoriti o psihičkom zdravlju u tim slučajevima?

Odabir teme diplomskog rada s područja psihijatrije može se činiti kao neobičan izbor za strastvenog ljubitelja dijametralno joj suprotne infektologije, grane medicine u kojoj svaka bolest ima poznati, decidirani uzrok i uzročnika, a dostupna terapija je jasno usmjerena, visoko specifična i često omogućuje *restitutio ad integrum*. Možda je upravo ta urođena mi potreba da razumijem srž problema, želja da „raskrinkam" uzrok i mehanizam zakukuljenih misterija, bila ono što me nagnalo i

usmjerilo k ovako kompleksnoj i delikatnoj tematici. Ta što je važnije za budućeg liječnika nego razumjeti odnos života i smrti te finese koje vode iz prvog u drugo?

Upustivši se u ovu avanturu, nisam znala što me čeka. Problematika je beskrajna, a literatura vezana specifično za temu oskudna. Čitajući i istražujući sve što bi mi pritom moglo biti od pomoći, naišla sam na nebrojene teorije, različite podjele, stajališta, perspektive i aspekte suicidalnosti. Sve to trebalo je dobro proučiti i objediniti u što točniji, smisleni i koncizni tekst.

U ranim stoljećima poslije Krista, određeni njegovi sljedbenici, mučenici, pa i heretici, ekstatično su se ubijali sa željom da se što prije ujedine s Bogom i vide njegovo lice. Suicid je bio i dio kodeksa određenih vojnih i društvenih skupina. Brojna primitivna društva vjerovala su da je nečasno umrijeti prirodnom smrću, star, bolestan i ovisan o drugima – suicid je za njih bio kulturološka realnost. Ponekad bi si ljudi oduzimali život u nadi da će njihova žrtva magično spasiti život teško bolesnog bližnjeg. U ekstremnim misijama, pojedinci narušena funkcioniranja počinjali su suicid kako ne bi ugrozili ostale članove svoje skupine (Stack, 2004.). Nadalje, racionalni suicid, samoubojstvo ljudi koji su *compos mentis*, danas je etičko pitanje s mnogo pristalica, osobito kad je riječ o fizički teško oboljelim osobama (Sullivan, 2011.). Određene somatske, a ne samo psihijatrijske bolesti, također nose povećan rizik od suicida. U doba današnje potentne i dobro razvijene farmakoterapije, suicid se javlja i kao nuspojava nekih lijekova. Rastuća prijetnja terorizma donosi nam sve veći broj samoubilačkih napada. Suicid je češće zastupljen i u nekim posebnim skupinama, kao što su primjerice zatvorenici (Marčinko, 2011.).

Nemoguće je ovim radom bilo obuhvatiti sve. Nastojala sam stoga ciljano pokušati razjasniti određene općenite predložene mehanizme koji bi mogli igrati ulogu u razvoju suicidalnog ponašanja makar prividno psihički zdravih osoba. Pregledom klasifikacije, epidemiologije, čimbenika rizika i modela suicidalnosti, njene biološke osnove te doprinosa strukture ličnosti i osjećaja srama, ovaj rad pokušaj je da dam što bolji odgovor na kompleksno, i nažalost tragično pitanje.

2. Suicidalnost i suicidalno ponašanje

2.1. Terminologija i klasifikacija

Suicidalnost, sklonost osobe prema samoubojstvu, ne možemo promatrati kao definitivnu, binarnu („osoba će sigurno počiniti suicid“ ili „osoba nikako neće počiniti suicid“) niti kao jednoznačnu pojavu koja u očima svih ljudi koji ju osjećaju i/ili poduzimaju radnje vezane uz nju podrazumijeva isto. Prije ju možemo opisati kao spektar, počevši od nesvjesne sklonosti ugrožavanju vlastitog života rizičnim ponašanjem do samoga uspješnog izvršenja planiranog suicida (Jakovljević, 1986.). Mnogi su pokušali iznjedriti što točniju terminologiju i klasifikaciju suicidalnog ponašanja, među kojima je jedna od najcitiranijih ona koju donose O'Carroll i sur. (1996.):

- Samoubojstvo (suicid) – smrt dokazano uzrokovana vlastitim ponašanjem
- Pokušaj samoubojstva – ponašanje osobe koje je dokazano za cilj imalo uzrokovanje vlastite smrti, ali je letalni ishod izostao
- Prekinuti pokušaj samoubojstva – ponašanje kojim je osoba dokazano namjeravala prouzročiti svoju smrt, ali je prekinula radnju prije nego što je došlo do letalnog oštećenja
- Suicidalna ideacija – razmišljanja o samoubojstvu u rasponu od nasumičnih misli do ozbiljnog planiranja čina
- Suicidalna namjera – subjektivno očekivanje i želja za vlastitom smrću uslijed svojevoljne autodestruktivne radnje
- Letalnost suicidalnog ponašanja – objektivna smrtnost metode izbora, koja može biti različita od subjektivno očekivane od strane pojedinca
- Namjerno samoozljeđivanje – svjesno samoozljeđujuće ponašanje bez želje za oduzimanjem vlastitog života.

Jakovljević u gore spomenutom radu, nastalom ranije od opisane klasifikacije (1986.), iznosi sličnu podjelu, uz dodatak pojmova: *neizravnog samodestruktivnog ponašanja i sklonosti nesrećama*, tj. radnji koje osoba ne doživljava kao samoubojičke, ali su izraz podsvjesne težnje tomu; *parasuicidalne pauze* (Feuerlein, 1971.) koja predstavlja čin sličan suicidu uz upotrebu neletalne doze toksičnog sredstva, koji osoba prikazuje kao želju da privremeno umre kako bi pobjegla od teške stvarnosti; *parasuicidalnog gesta* (Feuerlein, 1971.) – samougrožavajućeg čina

sa svrhom poziva u pomoć ili demonstrativnog karaktera; te *prijetnje suicidom*, odnosno iskazivanjem namjere za samoubojstvom okolini, ali bez počinjenja istog.

Već iz ove dvije jednostavno i ukratko pojašnjene klasifikacije da se naslutiti širok raspon značenja koje suicidalno ponašanje može imati kod različitih ljudi, a time i teškoće s kojima se psihijatri (i okolina) susreću u tumačenju istog te u pristupu osobama s ovim teškoćama. Suicidalno ponašanje može biti izraz poziva u pomoć; samokažnjavanje zbog osjećaja krivnje ili – upravo suprotno – kažnjavanje i izazivanje osjećaja krivnje kod drugih; pokušaj bijega od teške realnosti ili rasterećenja od napetosti; ucjena okoline; iskušavanje sudbine; izraz doživljaja besmislenosti života; te na koncu, izraz altruizma (Jakovljević, 1986.). Aktivno samoozljeđivanje bez namjere da se oduzme vlastiti život ponekad ipak može rezultirati nehotičnom smrću – nije uvijek jednostavno razgraničiti ovakve slučajeve od onih u kojima su samoozljeđujuće radnje i bile poduzete s nakanom da se skrivi vlastita smrt. S druge strane, promišljanje o samoubojstvu i želja da se umre, ali bez poduzimanja konkretnih radnji u tom smjeru, mogu biti znatno jače povezane sa suicidalnošću kod jedne osobe od realiziranog samoozljeđivanja kod drugog pojedinca bez te želje, pa je i samim time prva osoba pod većim rizikom za izvršenje suicida.

U nastojanju da se što točnije i preciznije procijeni i kategorizira suicidalnost, bez pretjeranog povezivanja sa suicidalnim ponašanjem, Psihijatrijski institut američkog sveučilišta Columbia u dogovoru s FDA-om razvio je klasifikacijski algoritam procjene suicidalnog ponašanja, Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment – C-CASA (Posner i sur., 2007.; tablica 1). Algoritam definira osam kategorija suicidalnosti, dijeleći ih na tri cjeline: suicidalne događaje, nesuicidalne događaje i nedeterminirane ili potencijalne suicidalne događaje te određuje prediktivne i rizične čimbenike za isto temeljem empirijskih nalaza, a primjenu nalazi i u istraživačke i kliničke svrhe. Autori algoritma ističu važnost i korist inkorporiranja standardizirane terminologije suicidalnosti u psihijatrijske priručnike, zasnovane na istraživanjima i konsenzusu stručnjaka. Jasni kriteriji klasificiranja suicidalnosti omogućili bi bolje predviđanje i razumijevanje suicidalnog rizika i ponašanja te veću točnost u komunikaciji među kliničarima i istraživačima.

Tablica 1. C-CASA, prema Posner i sur., 2007.

Klasifikacija/Kategorija	Definicija/Pojašnjenje
1. Suicidalni događaji	
počinjeni suicid	samoozljeđujuće ponašanje sa smrtnim ishodom pri kojem je postojala određena namjera da do istog dođe
pokušaj suicida	potencijalno samoozljeđujuće ponašanje s dokazanom namjerom da se oduzme vlastiti život; može i ne mora rezultirati stvarnom ozljedom
pripremne aktivnosti za pokušaj suicida	poduzete su pripremne radnje u svrhu oduzimanja vlastitog života, ali se pokušaj zaustavlja (od strane sebe ili drugih) prije početka samoozljeđivanja
suicidalna ideacija	pasivne misli o želji za vlastitom smrću ili aktivno promišljanje o oduzimanju vlastitog života koje nije praćeno pripremnim aktivnostima
2. Nesuicidalni događaji	
samoozljeđujuće ponašanje bez suicidalne intencije	samoozljeđujuće ponašanje nije praćeno namjerom da se oduzme vlastiti život, već se poduzima sa svrhom rasterećenja od napetosti ili izazivanja reakcije okoline
ostali samoozljeđujući događaji bez namjere da se svojim ponašanjem nanese šteta vlastitom tijelu	nema dokaza da je događaj vezan uz suicidalnu ili samoozljeđujuću namjeru; smatra se slučajnim samoozljeđivanjem

3. Nedeterminirani ili potencijalni suicidalni događaji

samoozljeđujuće ponašanje, suicidalna intencija nepoznata	ozljeda ili potencijal za ozljedu koju si je pojedinac sam nanio su jasni, ali nepoznato je je li pritom imao suicidalne namjere
nedovoljno informacija	suspektno samoozljeđujuće ponašanje za koje se ne može sa sigurnošću odrediti je li ga i iz kojeg razloga počinio sam pojedinac ili je riječ o slučajnosti

2.2. Epidemiologija suicida i pokušaja suicida

Svjetska zdravstvena organizacija prema izvješćima za 2016. godinu procjenjuje da je 2012. godine na globalnoj razini izvršeno oko 800 000 samoubojstava, od čega 86% u populaciji mlađoj od 70 godina. Smatra se da su pokušaji samoubojstava i oko dvadeset puta češći od izvršenih. To znači da se u prosjeku svake 3 sekunde dogodi jedan pokušaj suicida, a svakih 40 sekundi se jedan suicid uspješno i počini. Uspoređujući globalnu statistiku u razdoblju od 2000. do 2012. godine, nalazi se pad od 9% u broju suicida i pad stope mortaliteta od suicida od 21%. Pa ipak, u oko 50 zemalja, od kojih su neke visokorazvijene, primijećen je i trend porasta broja suicida (WHO, 2016.).

U Republici Hrvatskoj u promatranom periodu od 1985. do 2009. godine bilježi se trend opadanja broja i stope počinjenih samoubojstava. Pozornost privlače značajne regionalne razlike: sve županije priobalnog dijela Hrvatske imale su 2009. godine dobno-standardizirane stope mortaliteta niže od hrvatskog prosjeka, dok su iste stope u većini kontinentalnih županija i do nekoliko puta više od prosjeka (Marčinko, 2011.).

Iako žene pokušavaju počiniti samoubojstvo češće od muškaraca, muškarci ga uspješno počine tri do četiri puta češće naspram žena. Ova spolna razlika dijelom se objašnjava činjenicom da muškarci više biraju smrtonosnije i nasilnije metode suicida, poput korištenja vatrenog oružja (Plante, 2006.). Promatramo li

socioekonomska obilježja ljudi koji počine suicid, nalazimo nešto veću učestalost onih koji su umirovljeni, nezaposleni ili razvedeni (Barth i sur., 2011.). Stope suicida niže su u društvima s izraženom i prakticiranom religioznošću (Sisask i sur., 2010.). Počinjeni suicidi zauzimaju oko 1.5% uzroka ukupnog mortaliteta u Hrvatskoj, no u dobnoj kategoriji od 15 do 29 godina kod nas, kao i u većini drugih zemalja, jedan su od prva tri uzroka smrtnosti. Stope suicida pretežno pokazuju porast sa životnom dobi (Marčinko, 2011.).

Što se tiče načina počinjenja suicida, prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, 2009. godine, najčešća metoda bilo je vješanje za oba spola (58%). Slijedila je upotreba vatrenog oružja (gotovo isključivo među muškarcima), skok s visine i samootrovanje (zastupljeniji među ženama) te utapanje (Marčinko, 2011.).

Suprotno uvriježenom mišljenju, incidencija suicida veća je u proljeće i rano ljeto u odnosu na zimske mjesece, uključujući i mit stvoren oko „suicidogenih“ božićnih blagdana (Kposowa, 2010.; Postolache i sur., 2010.). Predložene su razne teorije koje objašnjavaju ove sezonske varijacije. Postolache kao argument iznosi činjenicu da su hospitalizacije depresivnih pacijenata učestalije u proljeće i ljeti, implicirajući da su simptomi depresije tada jače izraženi (Postolache i sur., 2010.). Maesova istraživanja koja ukazuju na sniženu koncentraciju L-triptofana, prekursora serotonina, povezanu s produljenjem dana, idu u prilog teoriji pogoršanja depresije u proljeće (Maes i sur., 1995.), kao i veća koncentracija alergena u proljeće koji izazivaju produkciju citokina kontribuenata razvoju depresije (Guzman i sur., 2007.). Poznati sociolog Emile Durkheim smatra da su ljudi jače društveno povezani tijekom zimskih mjeseci (prema: Marčinko, 2011.), a Kposowa i sur. (2010.) toj tvrdnji daju suvremeni duh naglašavajući ulogu razvoja modernih telekomunikacija i informatičke povezanosti, koje u doba niskih temperatura omogućuju održanje socijalnog kontakta među ljudima, zahvaljujući čemu je društvena interakcija zimi nerijetko i intenzivnija nego ljeti, kada mnogi odlaze na godišnje odmore i putovanja.

Hrvatski zavod za javno zdravstvo osnovao je 1986. godine Registar počinjenih samoubojstava, specijalni zdravstveno-statistički instrument sa značajkama populacijskog registra. Registar na godišnjoj razini temeljem Potvrde u smrti/Izvješća o uzroku smrti i Statističkog izvještaja o smrti (obrazac DEM-2) prikuplja podatke o osobama s prebivalištem u Hrvatskoj koje su počinile suicid

omogućujući prikaz i analizu prema dobi, spolu, županiji boravka i rođenja, danu, mjesecu i metodi te eventualnoj podležećoj psihijatrijskoj ili somatskoj dijagnozi (Marčinko, 2011.). Predstavlja vrijedan izvor podataka te samim time i alat za bolje razumijevanje i plan prevencije suicida.

2.3. Čimbenici rizika i procjena suicidalnog rizika

Poznavanje čimbenika rizika suicidalnosti omogućuje posredno procjenu vjerojatnosti nastupa suicidalnog ponašanja i njegovog ishoda. Određene skupine sklonije su suicidalnom ponašanju od drugih. Čimbenici rizika usmjeravaju nas na pozornije praćenje ljudi s tim karakteristikama, iako nije isključeno da suicid mogu počiniti i osobe koje naizgled nemaju nijedan od njih. Pojam rizika je dinamičan i razlikuje se čak i u istog promatranog pojedinca tijekom različitih vremenskih perioda (Duffy i Ryan, 2004.).

Brojne su podjele čimbenika rizika za suicid, od kojih je ovdje iznesena ona hijerarhijska, koja ih dijeli na primarne, sekundarne i tercijarne (Marčinko, 2011.). Primarni čimbenici rizika suicidalnosti odnose se na psihijatrijske čimbenike, a ti su: prisutnost psihičkog poremećaja, uz neadekvatno liječenje; komorbiditet s drugim psihičkim poremećajem; prethodni pokušaji samoubojstva; obiteljska anamneza opterećena suicidom; impulzivnost ili beznađe; te poremećaj serotoninskog sustava i nizak kolesterol u serumu. U sekundarne čimbenike rizika ubrajaju se psihosocijalni faktori: izloženost traumatskim događajima u djetinjstvu; nedavni ozbiljni negativni životni događaji; nezaposlenost ili gubitak posla; socijalna izolacija; slaba obiteljska i društvena podrška; pušenje. Tercijarni čimbenici obuhvaćaju tzv. demografske faktore. Pritom se misli na muški spol (pogotovo u adolescentnoj i mlađoj dobi), bijelu rasu, stariju dob (za oba spola), premenstrualno razdoblje u žena te određena razdoblja u godini (proljeće, osobito mjesec svibanj). National Electronic Library for Mental Health, projekt Sveučilišta u Oxfordu koji za svrhu ima pružiti visokokvalitetnu literaturu iz područja mentalnog zdravlja temeljenu na dokazima (Dearness i Tomlin, 2001.), ovim čimbenicima rizika pridružuje ovisnosti o alkoholu ili drogama; prethodno samoozljeđivanje; prethodno psihijatrijsko liječenje; obiteljsku anamnezu opterećenu i drugim psihičkim poremećajima, a ne samo suicidom; razradu plana samoubojstva; niži društveni sloj; somatske bolesti i događaje poput teških gubitaka unazad 2 godine, financijskih ili pravnih problema, izloženosti seksualnom, fizičkom ili emocionalnom zlostavljanju, problemima u odnosu s bližnjima, gubitka roditelja u

djetinjstvu bilo zbog smrti bilo zbog rastave te, na koncu, izloženosti suicidalnom ponašanju u okolini (Duffy i Ryan, 2004.).

Procjena suicidalnog rizika kompleksan je problem kojem se pristupa mnogobrojnim metodama. Od pomoći mogu biti izravne tehnike: razni psihološki instrumenti poput upitnika, ljestvica, strukturiranih intervjua dizajniranih specifično za procjenu suicidalnosti; potom posredna procjena preko korelata suicidu (od kojih je najznačajniji osjećaj beznađa, ali ispituju se i osobine ličnosti i kognitivni profil); te, kao najobuhvatnija metoda, klinički pristup koji kombinira gore navedene tehnike, zatim standardne testove procjene kognitivnog statusa, multidimenzionalne upitnike i projektivne tehnike za procjenu ličnosti u cjelini s iscrpnim, pažljivim i opširnim kliničkim intervjuom. Eventualno uočene znakove suicidalnosti i suicidalnog rizika treba interpretirati u kontekstu cjelokupne situacije i svakako raspraviti s pacijentom (Marčinko, 2011.). Pri procjeni rizika za suicidalno ponašanje ne smijemo zanemariti pozitivan utjecaj možebitno postojećih protektivnih čimbenika kao što su socijalna podrška, vještine rješavanja problema, postojanje aktivnog liječenja, trudnoća ili imanje djece, religioznost, zadovoljstvo životom, očuvano testiranje realnosti te strah od suicida ili smrti (Bryan i Rudd, 2006.).

Od primarnog je interesa ovog rada rasvijetliti razvoj suicidalnog ponašanja kod malog udjela osoba koje nemaju dijagnosticiran psihijatrijski poremećaj, a koji je rizični čimbenik pridružen suicidima u preko 90-95% slučajeva (Holmes, 2010.).

3. Modeli suicidalnog ponašanja

Brojnim se modelima iz različitih aspekata nastoji objasniti problem suicidalnosti. Kao najvažniji, navode se sociološki, kognitivni, psihoanalitički modeli te, u novije vrijeme, model stresne dijateze.

3.1. Sociološki modeli

U području sociologije, najpoznatiji autor koji se bavio teorijom suicida svakako je Emile Durkheim. On prepoznaje 4 kategorije samoubojstava: egoistična (posljedica gubitka socijalnog interesa ili neadekvatne socijalne integracije), altruistična (vlastiti život se žrtvuje za dobrobit zajednice), anomična (zbog naglih društvenih promjena kojima se pojedinac nije u stanju prilagoditi dolazi do osobne krize i razvoja autodestruktivnosti) te fatalistična (u specifičnim situacijama osoba ne može upravljati vlastitim životom pa se odlučuje na suicid).

Henry i Short (1954.) smatraju kako su heteroagresivnost i autoagresivnost povezane te da razina njihove ekspresije ovisi o sociokulturološkim karakteristikama dane sredine. Ako sredina ima nizak prag tolerancije na izražavanje agresije prema van, veća je vjerojatnost da će se pojedinac okrenuti autoagresivnosti. Ovu teoriju potkrepljuje i činjenica da u ratnim razdobljima, tj. periodima s naglašenim iskazivanjem heteroagresivnosti, značajno opada i broj samoubojstava.

3.2. Kognitivni modeli

Kognitivni modeli povezuju suicidalnost s rigidnim načinom razmišljanja suicidalnih osoba. Njihova uvjerenja su automatska, iskrivljena (lažna) i maladaptivna, zasnovana isključivo na internoj, a ne interpersonalnoj komunikaciji, te ih karakterizira negativna slika sebe, drugih i budućnosti. Sklone su pesimizmu, negativnoj samoevaluaciji i pripisivanju vanjskih negativnih iskustava isključivo sebi (Beck i sur., 1993.). Tako pogrješna generalizacija, selektivna memorija i nemogućnost pronalaženja alternativnih rješenja zbog dihotomnog razmišljanja i pogleda na svijet („sve je crno-bijelo“) doprinose tome da se suicid nameće kao jedini mogući izlaz i rješenje problema (Marčinko, 2011.). Rudd (2003.) primjenjuje Beckov kognitivni konstrukt depresije na suicidalne osobe, tvrdeći da se njihovo uvjerenje i mišljenje bazira na beznađu, osjećaju nevoljenosti, bespomoćnosti i slaboj toleranciji.

3.3. Psihoanalitički modeli

Nemali broj radova s područja psihoanalize bavi se problemom suicidalnosti. Spomenimo ukratko samo neke. Otac psihoanalize, Sigmund Freud (1917.), smatra da u čovjeku postoji destruktivni nagon smrti, *thanatos*, tj. biološki određena sklonost samouništavanju. Autoagresija je rezultat poistovjećivanja ega s izgubljenim objektom prema kojem postoje ambivalentni osjećaji ljubavi i mržnje, odnosno patološko žalovanje. Ljutnja prema izgubljenom objektu može se stoga okrenuti prema unutra, potičući depresiju i suicidalno ponašanje. Menninger (1938.) nadopunjuje ovu teoriju trijasom prisutnim u suicidu: željom da se ubije (agresija ega okrenuta je prema unutra), željom da se bude ubijen (osjećaj krivnje potiče superego na autoagresiju) i željom za smrću. Činom protiv samoga sebe izražava se i agresija prema drugoj osobi, prema kojoj se gaje ambivalentni osjećaji.

Hornay (Perelberg, 1999.) samoubojstvo smatra posljedicom neuspješnog razvoja selfa uvjetovanog nepovoljnim okolišnim faktorima, a način suicidalnog ponašanja ovisi o samoj ličnosti i njenom odnosu prema drugima.

Shneidman (1993.) razumijevanje suicidalnog ponašanja proširuje uvodeći pojam „psychache“, kojim označava neizdrživu psihičku bol u umu suicidalne osobe. On smatra da suicid nije simptom psihijatrijskog poremećaja, već ponašanje koje se javlja kao reakcija na visoku razinu psihičke boli kod pojedinca sa sniženim pragom za njenu toleranciju, koji smrt vidi kao jedini izlaz iz svoje situacije.

3.4. Model stresne dijateze

U novije doba sve se više pozornosti daje modelu stresne dijateze kao objašnjenju razvoja psihijatrijskih poremećaja i suicidalnosti (Marčinko, 2011.). Dijateza označava predispoziciju ili vulnerabilnost, jače ili slabije izraženu u nekog pojedinca, a uvjetuju ju genski i biološki čimbenici, rana životna iskustva, pojedina obilježja ličnosti poput impulzivnosti, beznađa i perfekcionizma te dug ili ozbiljan medicinski poremećaj. Stresori, tj. faktori koji uzrokuju psihološki i/ili biološki poremećaj, poput akutnih obiteljskih i psihosocijalnih problema te akutnih faza psihijatrijskih ili somatskih poremećaja, pogoduju razvoju suicidalnosti kod osoba s visokom razinom vulnerabilnosti.

Kao takav, model se može povezati s konceptom vitalne ravnoteže koji uvodi Menninger (1967.) uz dopunu Antonovskyog (1981.). Vitalnu ravnotežu određuju

vulnerabilnost na stres i sposobnost nošenja s istim. Prema tom konceptu, mogućnost adaptacije igra veliku ulogu u odgovoru pojedinca na stres. Fleksibilne osobe koje se mogu dobro prilagoditi životnim promjenama i svakodnevnim stresnim situacijama u stanju su reducirati tzv. kumulativni negativni životni stres. U suicidalnih osoba češće su maladaptabilne reakcije na stres poput tjeskobe, frustracije i rigidnosti mišljenja, što sve vodi u osjećaj beznađa, povezanog sa suicidom. Kvantificiranje vulnerabilnosti i nošenja sa stresom mjernim ljestvicama od pomoći je u procjeni suicidalnog rizika.

4. Biološke osnove suicidalnosti

Suicidalno ponašanje ima svoju podlogu u neurobiološkim poremećajima, pokazatelj čega jest i njegova utvrđena, ali zasad ne i dovoljno razjašnjena nasljednost. Istraživanja bioloških osnova suicidalnosti najviše proučavaju promjene različitih neurotransmitorskih i neuroendokrinih sustava, ulogu kolesterola te genetske čimbenike. Novija istraživanja za cilj imaju i otkriće određenog biomarkera koji bi ukazivao na suicidalnost ili neki od njenih korelata, budući da je primijećeno kako su biološki pokazatelji suicidalnosti više povezani s određenim psihičkim simptomima ili sindromima (primjerice, s beznađem i impulzivnosti) nego s klasičnom psihijatrijskom dijagnozom, što bi omogućilo bolje razumijevanje suicidalnog ponašanja kod osoba bez psihičkog poremećaja (Marčinko, 2011.).

Brojne studije ukazuju na povećanu učestalost suicida unutar nekih obitelji. Razlike su vidljive čak i u studijama na blizancima, gdje monozigotni blizanci imaju utvrđenu veću podudarnost počinjenih samubojstava u odnosu na dizigotne (Voracek i Loibl, 2007.). Nadalje, Voracek i Loibl (2007.) nalaze da je nasljednost suicidalnog ponašanja u vidu misli, planova i pokušaja oko 30-55% i smatraju da je neovisna o nasljeđivanju psihičkih poremećaja. Ta veza je ipak još uvijek nedovoljno istražena i ostaje za otkriti nasljeđuju li se određeni psihijatrijski poremećaji ili suicidalnost *per se* (Leboyer i sur., 2005.).

Ilustracije radi, spomenimo ovdje obitelj velikog spisatelja i nobelovca Ernesta Hemingwaya, koji je počinio suicid u dobi od 61 godine. Kako iznosi Martin (2006.) u psihološkoj obdukciji tog samoubojstva, Hemingwayevu suicidu pridonijela je komplicirana kombinacija dugogodišnjeg afektivnog poremećaja, kronične suicidalnosti, teške ovisnosti o alkoholu, traumatičnog djetinjstva i loših odnosa s roditeljima, crta narcističkog i graničnog poremećaja ličnosti, ratnog iskustva te nekoliko nesreća s ozbiljnim udarcima u glavu koje su nanijele značajnu štetu njegovom mozgu. Hemingwayev otac Clarence Edmonds Hemingway, liječnik, većinu svog života imao je dramatične i nepredvidljive promjene raspoloženja s epizodama iritabilnosti i depresije, koje su retrospektivno dijagnosticirane kao bipolarni afektivni poremećaj. Opterećen financijskim problemima i narušenog fizičkog zdravlja, u svojoj posljednjoj epizodi depresije, Clarence si je oduzeo život, ostaviviši za sobom ženu i šestoro djece. Hemingwayeva majka Grace patila je od

nesanice, glavobolja i „neuroze“. Osim Ernesta, i njegovi mlađi brat Leicester i sestra Ursula počinili su suicid, a sumnja se da je ista sudbina zadesila i najstariju sestru Marcellinu koja je imala depresiju, makar se njena smrt službeno vodi kao prirodna. Ernestov najmlađi sin Gregory, transseksualac koji se usto borio s ovisnošću o drogama, više je puta bio hospitaliziran zbog bipolarnog poremećaja. Kći Ernestova najstarijeg sina, Jacka, slavna glumica i model Margaux Hemingway, bolovala je od epilepsije, depresije, bulimije nervoze i alkoholizma, a sama je skončala svoj život predoziravši se barbituratima, postavši time peta ili šesta žrtva suicida u samo četiri generacije obitelji Hemingway. „Prokletstvo Hemingwayevih“, najslavniji primjer višestrukih samoubojstava unutar jedne obitelji, obitelji koja je osim suicidom bila opterećena i brojnim psihičkim problemima, jasno ocrtava koliko je teško razlučiti nasljeđuje li se suicidalnost neovisno o psihijatrijskim poremećajima te kako su oni često međusobno isprepleteni.

Zasad nije identificiran nijedan gen koji bi se bezuvjetno mogao vezati uz suicidalno ponašanje, ali su prepoznati neki geni kandidati. Istraživanja na ovom području otežana su činjenicom da je samoubojstvo kompleksan fenomen koji je rezultat interakcije brojnih čimbenika okoline s genima, ali i interakcije između više različitih gena među sobom (Marčinko, 2011.). S druge strane, mnogobrojne studije koje se bave drugim biološkim čimbenicima kojima se pripisuje uloga u suicidalnom ponašanju pokazuju konkretnije i dosljednije rezultate. Relativno je dobro utvrđena povezanost snižene koncentracije kolesterola s nasilnim ponašanjem, tj. heteroagresivnošću i autoagresivnošću, uključujući suicidalnost (Marčinko, 2011.). Nedostatak kolesterola, sastavnog dijela stanične membrane, posebno važnog u čovjekovu središnjem živčanom sustavu, utječe na ekspresiju i funkciju brojnih neurotransmitorskih sustava, osobito serotoninergičkog (Engelberg, 1992.; Heron 1980.), koji pak igra važnu ulogu u inhibiciji impulzivnosti, anksioznosti, agitacije i agresije te u oblikovanju stava o sebi, svijetu i budućnosti (Van Heeringen i sur., 2003.). Promijenjena, tj. snižena serotoninska funkcija, bilo zbog njegove smanjene sinteze, pojačane razgradnje, poremećenog transporta ili neadekvatne aktivnosti receptora, čvrsto korelira sa suicidalnim ponašanjem, agresivnošću i osjećajem bespomoćnosti (Marčinko, 2011.; Mann, 1998.; Van Heeringen i sur., 2003.). Na temelju brojnih istraživanja, Kaplan i sur. (1997.) postavili su kolesterolsko-serotoninsku hipotezu prema kojoj kolesterol utječe na udio fosfolipida u neuronskoj

membrani, mijenjajući njenu fluidnost, viskoznost i funkciju, posljedično čemu dolazi do smanjene aktivnosti serotonina na sinapsi, što pridonosi dezinhibiciji impulzivnosti i razvoju suicidalnog ponašanja.

Osim gore navedenih istraživanih neurobioloških čimbenika, u suicidalnih osoba primijećene su i promjene noradrenergičkog, dopaminergičkog i GABA-ergičkog sustava te poremećaji osi hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda (Ernst i sur., 2009.). Neurobiološki faktori spomenuti u ovom poglavlju važni su u nadzoru određenih obrazaca ponašanja i osjećanja te kao takvi predstavljaju potencijalne pokazatelje suicidalnog rizika, nevezano nužno za eventualno podležeći psihijatrijski poremećaj (Marčinko, 2011.).

Usuđujem se dodati ovdje još nekoliko misli. I psihijatrijske, kao i somatske bolesti, javljaju se u čitavom spektru kvalitativno i kvantitativno izraženih manifestacija. Često kažemo kako bolesti ne čitaju udžbenike. Ista bolest u dva pojedinca može se očitovati (ili ne očitovati) u sasvim različitom obujmu, iako su im biološke predispozicije i patofiziologija same bolesti vrlo slični. Primjerice, osoba s radiološki izoliranim sindromom (slučajnim nalazom demijelinizacijskih lezija sugestivnih za multiplu sklerozu nađenih metodom magnetske rezonancije, a bez pratećih kliničkih simptoma) očigledno ima patološki proces središnjega živčanog sustava, ali s obzirom da je asimptomatski, nećemo joj dijagnosticirati multiplu sklerozu. Proces može mirovati doživotno. Ipak, postoji šansa da se s vremenom razvije bolest. S druge strane, druga osoba s istom biološkom podlogom i patofiziološkim mehanizmom može većinu života imati ozbiljnu kliničku sliku multiple skleroze. Možemo li povući paralelu i na ovaj način razmatrati i suicidalnost? Predstavlja li biološka osnova pozornicu pripremljenu za nastup, a o raznim nepredvidljivim faktorima ovisi hoće li se predstava održati i koliko će kvalitetna biti? Je li i suicidalnost samo jedan od simptoma u spektru bioloških poremećaja, bilo već u psihijatrijskim klasifikacijama ustanovljenog, bilo zasebnog, „suicidalnog“ poremećaja? Bi li suicid kod osoba koje nominalno nemaju psihijatrijski poremećaj mogao biti prva manifestacija dotad „kompenzirane“ psihijatrijske patologije, tj. prva prezentacija određenoga biološkog poremećaja? Pitanja su intrigantnija tim više što bi prema prije navedenim indicijama suicidalnost mogla biti neovisni psihijatrijski poremećaj i ostaju otvorena za istraživanje.

5. Uloga ličnosti u suicidalnom ponašanju

Pod pojmom ličnosti podrazumijevamo stabilni i kontinuirani skup karakteristika i tendencija koji određuje ljudsko ponašanje, misli i osjećaje te se ne može objasniti samo trenutnim socijalnim ili biološkim okolnostima (Maddi, 1989.). Ličnost određuje aktivnost pojedinca u promjenjivoj okolini, a pod utjecajem te aktivnosti i sama se oblikuje i mijenja (Kljaić, 2005.). Crte ili dimenzije ličnosti određene su naslijeđem, okolinskim faktorima i njihovim međudjelovanjem (Marčinko, 2011.). Pokazalo se kako određene crte ličnosti predstavljaju čimbenik rizika za suicid neovisno o vrsti psihijatrijskog poremećaja (Van Heeringen i sur., 2003.). Također, struktura ličnosti bitan je faktor u razvoju suicidalnosti bilo za vrijeme psihijatrijskog poremećaja, bilo za predisponiranog pojedinca u kriznoj situaciji (Marčinko, 2011.).

5.1. Poremećaji ličnosti

Poremećaji ličnosti dugo nisu bili smatrani stvarnim psihijatrijskim poremećajima. Tek treće izdanje DSM-a iz 1980. godine odvaja patologiju ličnosti u užem smislu naspram značajki ličnosti (citirano prema: Marčinko, 2011.). Kako poremećaji ličnosti nemaju organsku osnovu i razlikuju se od ostalih psihijatrijskih poremećaja, oni su „negdje između“ zdravlja i psihičke bolesti. Stoga neki autori i danas osporavaju njihovo postojanje kao posebnih psihijatrijskog patološkog entiteta (Begić, 2014.).

Ovi poremećaji pogađaju nemali dio opće populacije – njihova učestalost kreće se od 10 do 13%. Karakterizirani su određenim dominantnim crtama ličnosti, koje generiraju patološko, neprilagođeno ponašanje. Osobe s poremećajem ličnosti osjećaju značajnu razinu distresa, ali izvor mu ne vide u sebi, već u okolini. S druge strane, s obzirom na prateću smanjenu sposobnost uspostavljanja kvalitetnih međuljudskih odnosa, predstavljaju teret svojoj sredini koja ih često izolira. Budući da „krivca“ za patnju i nemir koje osjećaju ne nalaze u svojoj unutrašnjosti, nemaju jasan uvid u svoje stanje i stoga rijetko traže pomoć (Begić, 2014.). Tako određen broj njih zasigurno ne dobije adekvatnu dijagnozu i, što je još važnije, psihijatrijsku pomoć. Neprepoznati poremećaj ličnosti bi dakle mogao bi objasniti barem jedan dio samoubojstava osoba koje za života nisu imale dijagnosticiran psihički poremećaj.

Osobe s poremećajima ličnosti pod većim su rizikom od opće populacije da počine suicid – suicidalnost je osobito teška kod ozbiljnih formi poremećaja ličnosti (Paris, 2007.). To se posebno odnosi na osobe s narcističkim i/ili graničnim poremećajem ličnosti, od kojih je za potonji povratno suicidalno ponašanje čak jedan od dijagnostičkih kriterija. Navedeni poremećaji spadaju u klaster B poremećaja ličnosti. Zajednički nazivnik poremećaja te skupine je među ostalim i impulzivnost, obilježje visokog rizika za suicidalno ponašanje (citirano prema: Marčinko, Jakovljević i Rudan, 2015.). Što se tiče ostalih poremećaja iz ovog klastera, velik udio osoba s antisocijalnim poremećajem ličnosti pokuša suicid, no njih češće motivira namjera da tim činom manipuliraju okolinom ili se oslobode napetosti nego stvarna želja za smrću pa je posljedično tome i značajan nesrazmjer između pokušanih i počinjenih samoubojstava u ovoj skupini. Osobe s histrionskim poremećajem ličnosti sklonije su izražavanju suicidalnih gesta i prijetnji. Ako pak pokušaju suicid, često je to oblik emocionalne ucjene ili privlačenja pozornosti okoline. U odnosu na druge poremećaje ličnosti, histrionski poremećaj ličnosti ima niži rizik za počinjenje suicida (Lopez-Castroman i Blasco-Fontecilla, 2016.).

5.2. Crte ličnosti

Određene crte, dimenzije ličnosti su same po sebi povezane s većim rizikom za suicidalno ponašanje. Tu ubrajamo impulzivnost, agresiju, ljutnju, iritabilnost, perfekcionizam, nisko samopoštovanje, teškoće u vještinama rješavanja problema i sram (Lopez-Castroman i Blasco-Fontecilla, 2016.). Psihobiološki model ličnosti naglašava dvije dimenzije koje konzistentno koreliraju sa suicidalnim ponašanjem: izbjegavanje opasnosti, kojemu je poddimenzija impulzivnost, i traženje novoga (Brezo i sur., 2006.). Tomu možemo pribrojiti i neuroticizam iz pet-faktorskog modela ličnosti, dimenziju konceptualno sličnu izbjegavanju opasnosti (Marčinko, 2011.). Navedene dimenzije ličnosti bitne su za procjenu vulnerabilnosti u modelu stresne dijateze i imaju suicidalni potencijal neovisan o dijagnozi psihijatrijskog poremećaja te su kao takve ozbiljni prediktori suicidalnog ponašanja (Marčinko, 2013.). U sljedećim odlomcima podrobnije ću razraditi neke od njih.

5.2.1. Impulzivnost

Impulzivnost obično definiramo kao nemogućnost opiranja stimulusu ili ponašanju bez razmatranja posljedica takvog ponašanja i bez mogućnosti da se sebi prikažu činjenice vezane uz impulzivni čin (Dawe i Loxton, 2004., Moeller i sur.,

2001.). Impulzivni pojedinci skloni su rizičnim i neprihvatljivim ponašanjima s nesigurnim ishodom (Evenden, 1999.). Danas se impulzivnosti pridaje velik značaj kao obiteljskoj crti (čemu u prilog idu i prije spomenuta biološka istraživanja) čiji su nositelji predisponirani za suicidalno ponašanje (Brodsky i sur., 1997.; Kim i sur., 2003.; Maser i sur., 2002.). Dapače, impulzivnost se smatra glavnom dimenzijom suicidalnosti i crta je ličnosti osoba rizičnih za pokušaj suicida bez obzira na psihijatrijsku dijagnozu (Mann i sur., 1999.).

Impulzivnost je vezana za suicidalnost na dva načina. Ne samo da je karakteristika osobe koja pokazuje suicidalno ponašanje, već i sam suicidalni čin može biti impulzivan (Baca-Garcia i sur., 2005.).

Međutim, suicidima često prethodi i dugo promišljanje o samom činu pa se tako suicidalnost ne može objasniti samo impulzivnim ponašanjem (Evenden, 1999.). Neka istraživanja i opovrgavaju vezu između impulzivnosti i suicida pa ostaje za razjasniti značajke i razlike impulzivnih i neimpulzivnih suicida (Brent i sur.; Brodsky i sur.; Oquendo i sur.; Hull-Blanks i sur.; Mann i sur.; citirano prema: Marčinko, 2011.).

Kao zanimljiv fenomen, a vezano za impulzivnost, dotaknula bih se ovdje mosta Golden Gate u San Franciscu, lokacije na kojoj se počini najviše suicida na svijetu. Prekrasni most iz više razloga neodoljivo privlači one koji požele okončati svoj život – procjenjuje se da je od njegovog otvorenja 1937. do 2008. skokom s mosta život izgubilo čak oko 2000 ljudi. Iako neki pojedinci dolaze ovdje čak s drugih krajeva svijeta samo kako bi si oduzeli život, većina žrtava živi u blizini. Upravo ta laka dostupnost i romantična aura mosta omogućuju provođenje impulzivne odluke naizgled zdravih osoba koje su nedavno doživjele značajan akutni stres, sram, poniženje ili odbijanje u djelo. Istraživanja pokazuju da su mnogi od tih suicida posljedica impulzivnosti, koja rezultira tragičnim gubitkom života u trenutku kad se situacija čini bezizlaznom (Blaustein i Fleming, 2009.).

5.2.2. Perfekcionizam

Perfekcionizam predstavlja sklonost postavljanju visokih standarda i potrebu za neprekidnim učinkom na visokom nivou kakav izaziva pozitivnu evaluaciju (Pacht, 1984.). Pretjerani perfekcionisti ne podnose neuspjeh i skloni su svaki takav izolirani slučaj protumačiti kao neuspjeh u svim aspektima života. Pretjerani perfekcionizam povezan je s nizom psihičkih poremećaja poput depresije, anksioznosti i poremećaja

ličnosti (citirano prema: Izadi, 2014.). U trenucima kada perfekcionist ne uspijeva dostići postavljenu letvicu koju percipira kao visoko očekivanje nametnuto od strane okoline, on doživljava sram. Štoviše, osobe s takvom crtom tzv. društveno propisanog perfekcionizma ranjivije su od ostalih na češća i ponavljana iskustva srama (Tangney, 2002.). Mnoge studije potvrđuju i izravnu vezu perfekcionizma i suicidalnosti (citirano prema: Izadi, 2014.).

5.2.3. Narcizam

Mit o Narcisu dobro je poznat. Arogantni mladić Narcis bješe izuzetno lijep i mnoge su nimfe bile zaljubljene u njega. Jedna od njih bila je i Eho koju Narcis bešćutno odbije. Očajna zbog neuzvraćene ljubavi, ona se pretvorila u stijenje, a ostao je samo njen glas koji i danas odgovara prolaznicima kad ju zazovu. No, Narcisa je božica Nemesis proklela da doživi sličnu sudbinu. Jednog dana, on je ugledao svoj odraz u jezeru i istog trena se zaljubio, misleći da mu pogled uzvraća prekrasna vodena vila. Nijedan njegov pokušaj da ju zagrli ili poljubi nije bio uspješan. Nikako nije mogao razumjeti zašto ga vila odbija. Opčinjen predmetom svoje čežnje, a nesposoban prepoznati da je riječ o njemu samom, ostao je prikovan uz jezero, netremice zureći u svoj odraz dok jednog dana nije upao u vodu i utopio se.

U ovom mitu pronalazimo brojne značajke narcizma, koji je po njemu dobio i ime. Narcis je opsjednut samim sobom, pronalazi zadovoljstvo u odbijanju drugih, jer mu ono daje osjećaj nadmoći, i ne pokazuje nikakvu empatiju. No, on nije zaljubljen u samoga sebe – on je zaljubljen u svoj odraz. Razlika je velika, jer naspram grandiozne pojave – odraza koji narcisoidna osoba projicira u javnosti, ona se na dubljoj razini osjeća nedovoljno dobrom (Plante, 2006.). Naizgled samopouzdane i samodopadne, narcisoidne osobe često zapravo imaju fragilnu sliku o sebi, nesigurne su i imaju osjećaj manje vrijednosti (Marčinko i Rudan, 2013.). I Eho ilustrira lice narcizma – ona je primjer tzv. „tankoćutnog“ narcisa: ovisna, niskog samopoštovanja, puna srama, ne može podnijeti da nije voljena, nije u stanju nositi se s povredom iz okoline te i sama zbog toga umire (Marčinko, 2011.) – i to, naglasila bih, impulzivno.

Narcizam kao pojam ne predstavlja isključivo psihijatrijski poremećaj. Štoviše, još u začecima psihoanalize Freud 1914. govori o podjeli na zdravi i patološki

narcizam (Marčinko i Rudan, 2013.). Neke osobe pokazuju izražene narcistične crte ličnosti bez da zadovoljavaju DSM-5 kriterije za dijagnozu narcističkog poremećaja. U današnjem svijetu čini se kao da i samo društvo potiče i nagrađuje određenu dozu narcisoidnosti, što je vjerojatno jedan od razloga zašto narcizam postaje sveprisutnijim (Plante, 2006.). S obzirom na kompliciranu svakodnevnu distinkciju zdravog i patološkog narcizma te nejasnu granicu među njima, u društvu koje narcizam svojevrsno podržava i stimulira, katkad je teško pouzdano izdiferencirati osobe s narcističkim poremećajem ličnosti. Dapače, takvi neprimijećeni narcisi mogu voditi naizgled uspješne, zdrave, ispunjene živote, a prvi znak njihovog dubljeg poremećaja okolini mogao bi biti upravo – suicid.

Kako je već natuknuto, narcističnu ličnost karakterizira bipolarni *self.* Na površini postoji omnipotentni, superiorni, grandiozni *self* sklon perfekcionizmu, no u srži narcistične ličnosti *self* je krhak, nemoćan, obilježen sramom, osjećajem praznine i poniženja. Na narcističnu povredu, bilo realnu, bilo umišljenu, takva osoba stoga reagira ili bijegom – sramom, povlačenjem, depresivnim reakcijama; ili borbom u vidu narcističnog bijesa – agresijom i osvetom. I ovdje se isprepliću složeni odnosi nepomirljivih karakteristika dvaju *selfa* pa se tako agresija narcističnog bijesa u nekom trenu može okrenuti prema samome sebi. Javlja se osjećaj poniženja, neadekvatnosti i srama, *self* je dezorganiziran. Ovo može rezultirati razvojem suicidalnosti i suicidalnog ponašanja (Marčinko i Rudan, 2013.).

Narcističnoj ličnosti suicidalne ideje mogu dati osjećaj posebnosti i kontrole. Ponekad mogu imati i grandiozne deluzije o vlastitoj nepovrjedivosti te su uvjereni da im suicidalno ponašanje ne može naštetiti (Ronningstam, 2005.). U slučaju narušene slike o vlastitom savršenstvu, mogu razviti autodestruktivnu želju za uništenjem razotkrivene slabosti (Wasserman, 2001.). Nije jednostavno prepoznati suicidalnost u osoba s narcističnim osobinama budući da one često prethodno ne pokazuju klasične alarmantne znakove poput osjećaja bespomoćnosti, patnje i očaja (Marčinko, 2011.). Nadalje, njihova osjetljivost i burna reakcija na kritiku te manjkavost u regulaciji afekta mogu rezultirati nepredviđenim, impulzivnim činom suicida (Ronningstam, 2008.).

6. Sram

Sram je tih, skriven fenomen. Teško ga je prenijeti i opisati drugima riječima – češće se očituje u samom ponašanju osobe koja ga doživljava: glava se poginje, obrazi se rumene, izbjegava se kontakt očima, govor je tih, pokret ukočen (Goldstiver, 2004.). Goldstiver (2004.) sram definira kao iskustvo želje za skrivanjem te osjećaja bezvrijednosti, alijenacije i izolacije, koje korijene ima još u ranom razvoju djeteta. Za postiđene i ponižene kažemo da su propali u zemlju od srama – oni imaju potrebu sakriti se, nestati.

6.1. Sram i krivnja

Dugo je sram bio zanemarivan u psihoanalitičkoj literaturi. Interes za sram i poimanje srama kao važnog čimbenika u različitoj psihijatrijskoj patologiji počinje rasti uglavnom od 1970-ih, no njegova uloga i dalje je uglavnom nerazjašnjena i podcijenjena. Štoviše, i danas se sram često pogrešno poistovjećuje s donekle srodnom mu krivnjom. Stoga smatram shodnim prvo ovdje pojasniti njihove razlike, ponajviše zbog toga što se upravo sram, a ne krivnja, u literaturi smatra značajnim kontribuentom suicidu. Neki autori ga čak smatraju direktnim uzrokom suicida (citirano prema Goldstiver, 2004.).

Prema Maleyju (2015.), krivnja je osjećaj da je prekršena važna norma, norma do kojoj je „prekršitelju“ bilo stalo. S druge strane, sram izvire iz osjećaja da smo izdominirani, poniženi. Posramljena osoba gubi svoj status, svoju poziciju u društvu.

Sram ne iziskuje za preduvjet da se ta dominacija i gubitak položaja stvarno i dogode. Za bolan osjećaj srama dovoljna je strepnja da bi naše najdublje, sramotne tajne i osjećaji, naša slabost mogli biti otkriveni te strah kakve bi to katastrofalne posljedice moglo izazvati.

Kako ističu Tangney i Dearing (2002.), središnji objekt negativnog vrednovanja u sramu vlastiti je *self*, dok je za osjećaj krivnje fokus na određenom ponašanju, nekom djelu koje je osoba počinila, a njen *self* ostaje intaktan. Sram u osobi izaziva želju za nestajanjem, osjećaj bezvrijednosti, a najveća briga je kako će okolina percipirati sada razotkriveni *self*. Osobu koja osjeća krivnju pak najviše brine učinak koji će njena greška imati na druge. Ona osjeća napetost, žaljenje i kajanje. Upravo suprotno od posramljene osobe, želi priznati, ispričati se, ispraviti grešku. Sram je

općenito bolniji od krivnje, a *self* je u njemu oštećen, obezvrijeđen i od strane same osobe i, kako se ona boji, od drugih.

6.2. Izvor srama – loše razvijena rana privrženost

Istraživanja Schorea (2003.), vodećeg neuroznanstvenika psihodinamike, pokazuju kako u dobi djeteta od 10 mjeseci, majka 90% zajedničkog vremena provodi pokazujući mu ljubav, brižnost i igru. Već u dobi od 13-17 mjeseci, majka u prosjeku svakih 9 minuta izdaje kakvo ograničenje ili zabranu, čime se njena uloga mijenja iz njegovateljice u posrednika socijalizacije, a u djetetu se time pobuđuju osjećaji srama i poniženja. Ako roditelji postavljaju prestroga ograničenja, pogotovo iz sebičnih pobuda, a nisu u stanju ispraviti djetetovu neprilagođenost vezano za sram, ono inkorporira ta iskustva kao reprezentaciju neprilagođenog selfa kojeg drugi disregulira. Pohranjena u dugoročnu memoriju, duboko u nesvjesno, postaju prototip za sve buduće interakcije, onemogućujući osobi konstruktivno nošenje sa sramom i poniženjem te uzrokujući manjkavo samopoštovanje. Poremećaji u razvoju rane privrženosti postaju izvor srama. Osim toga, uz poremećenu regulaciju afekta u djeteta, doprinose razvoju naglašene agresije nakon adolescencije. Djetetovi unutrašnji reparatorni mehanizmi značajno su oštećeni – ni kao odrasli se ne mogu nositi s poniženjem i na njega reagiraju eskalacijom bijesa. Ovaj problem posebice (dakako, ne i isključivo) dolazi do izražaja kod žrtava obiteljskog zlostavljanja u djetinjstvu.

Na roditeljske rane, osobe razvijaju (nesvjesne) fantazije o osveti kojom bi povratile dostojanstvo, što se indirektno može manifestirati pretjeranom ovisnošću (Böhm i Kaplan, 2011.).

Beck-Friis (2010.) upozorava na potencijalno katastrofalni ishod intenzivnog srama u djetinjstvu. Naime, ekscesivni sram u djetinjstvu, takav od kojeg se ne možemo obraniti, može voditi u samoubojstvo.

6.3. Osveta i agresija

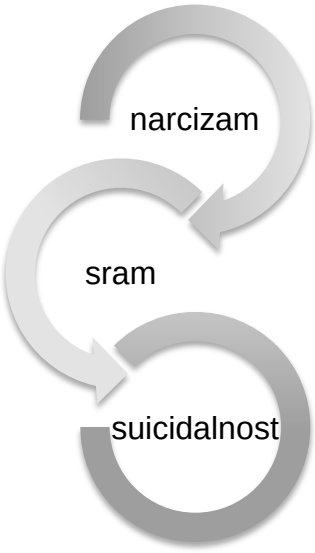
Prototip reakcije na sram je socijalno povlačenje. Ipak, sram može rezultirati i agresijom. Budući da je sram teško podnošljiv, mehanizmi obrane ga svakako nastoje zaobići (citirano prema Huxel, 2015.). Ako je sram uistinu izazvan, kako je spomenuto u odlomku o sramu i krivnji, dominacijom drugih nad nama, tj. našom novonastalom inferiornom pozicijom (Maley, 2015.), nije čudno da se osim želje za

skrivanjem razvija i želja da se kazni drugoga, želja za osvetom. Javlja se agresija kojom se pokušava uspostaviti kontrola nad sobom i povratiti moć (Wicker i sur., 1983.). Ta agresija može biti usmjerena i prema drugima, ali i prema sebi samima (Lewis, 1971.). Narcistične osobe sklonije su osveti u vidu samokažnjavanja i vlastite propasti (Beattie, 2005.).

6.4. Sram i narcizam – potencijalno fatalni duo

Iako uvijek neugodan, sram nije uvijek negativan. Kao i narcizam, i sram je za normalno izgrađeni *self* u određenoj mjeri zdrav jer koči njegovu neprimjerenu ekspanziju, vraćajući ga u realnost. No, preraste li domenu signalne emocije, postaje preplavljujući i toksičan za osobu te u njoj izaziva niz obrana (Marčinko i Rudan, 2014.).

Sram dakle djeluje kao jaka narcistična povreda. Kod narcističnih i regresivnih osoba, on ugrožava lažnu reprezentaciju *selfa*. Skidanjem maske djelovanjem srama, otkriva se istina o sebi koju psihički aparat tek treba obraditi i prihvatiti. Taj proces je mukotrpan i bolan te zahtijeva naprednije psihičko funkcioniranje, za što narcistične i regresivne osobe često nisu sposobne. Kao primitivnija reakcija od zrelog prihvaćanja srama kao poruke *selfa*, javlja se bježanje i povlačenje od izvora srama. Osim obrane bijegom, osobe se mogu koristiti i napadom, tzv. *acting out* reakcijama. Sram se pritom pretvara u narcistični bijes, agresivnost i destrukciju, koji su subjektivno podnošljiviji od srama (Marčinko i Rudan, 2014.). Narcistične osobe zbog neadekvatne unutarnje samoregulacije u obrambenoj funkciji protiv preplavljujućeg srama mogu razviti suicidalno ponašanje (Ronningstam, 2005.).



Maltberger i Ronningstam u svom eseju (2011.) analiziraju bajku braće Grimm o nakaradnom, ćudljivom vilenjaku Rumpelstiltskinu, ikoni narcizma. On priskače u „pomoć“ zatočenoj djevojci koja pod kraljevom smrtnom prijetnjom ima zadatak pretvoriti slamu u zlato. Rumpelstiltskin to uistinu i učini za nju, ali zauzvrat traži da mu obeća svoje prvorođeno dijete. Kad se nakon godinu dana dijete rodi, djevojka, sada kraljica zbog „svoje“ posebne sposobnosti stvaranja zlata, preklinje vilenjaka da ju poštedi obaveze, na što on pristaje pod uvjetom da mu u roku od tri dana pogodi ime, u čemu ona na koncu i uspijeva. Ponižen i bijesan, vilenjak ne može podnijeti doživljeni sram te se u afektu rascijepi napola.

Priča o Rumpelstiltskinu slikovito predočuje u ovom diplomskom radu ponajviše analizirani mehanizam razvoja suicidalnog ponašanja kod osobe bez dijagnosticiranog psihičkog poremećaja koji podrazumijeva postojanje narcističkih crta ličnosti, impulzivnosti te visoke sklonosti sramu. Kako tumače autori eseja, Rumpelstiltskin se ponaša nadmoćno, grandiozno i arogantno. Postavlja nerealne zahtjeve uvjeren da su mu svi dužni ljubav i divljenje. No u trenutku kad je odbijen, kad idealizirani vanjski objekt na kojeg se oslanja u nedostatku dovoljno dobrog i pouzdanoga unutarnjeg konstrukta razočara, pokazuje se da je sve što on naizgled predstavlja samo fasada iza koje čuči osoba prožeta dubokim sramom, prazninom i mržnjom prema samom sebi. Vilenjak je razotkriven u svoj svojoj slabosti i nakaznosti. Ružan je, jadan, nevoljen i nedovoljno dobar. Srušena je njegova pomno građena perfektna i superiorna vanjska prezentacija, koja nije namijenjena samo „publici“, tj. okolini – osim okolini, njegov bijedni dubinski, neželjeni *self* sad je dobro vidljiv i njemu samom; sad je jasno kakav je on stvarno. Dolazimo do prijelomne točke: osvješćivanja srama. Sram je za njega nepodnošljiv – a nepodnošljivi sram u njemu izaziva narcistički bijes i agresiju, potrebu za destrukcijom nesavršenoga sebe. U očaju i impulzivnosti, jedini bijeg, jedino skrovište od srama jest, kako mu se čini, smrt. Čak je i to izdrživije nego živjeti u sramu, svjestan svojih manjkavosti.

Rumpeltiltskin samoubojstvo, kako autori nazivaju ovaj tip suicida, nije samo ružan kraj jedne bajke – tužna je to realnost mnogih života izgubljenih od vlastite ruke. Ljudi koji počine ovakav suicid nisu karikirani vilenjaci. Premda je sam fiktivni Rumpelstiltskin patološki narcis, autori u istom eseju tvrde kako neki od pacijenata koji spadaju u ovu grupu naizgled mogu djelovati i potpuno normalno. U takvim slučajevima, zbog njihovih dostatnih stvarnih postignuća i postojećih talenata, njihova

grandiozna fasada, tj. njihov površinski *self* je dovoljno postojan i jak da uspijevaju održati relativno intaktne *selfove* i da kroz život opstaju bez okolini očiglednih psihičkih problema. No, njihov unutarnji *self*, nakaradan, ružan i slab poput vilenjaka, je ranjiviji od inače zdravog te narcistična povreda u trenutku vulnerabilnosti i doživljaj srama pri suočavanju s tim stvarnim, nedovoljno dobrim *selfom*, pogotovo u kombinaciji s impulzivnošću, mogu rezultirati suicidom.

6.5. Skriveni, premošteni i kronični sram

Spomenuto je već kako je osjećaj srama praćen vidljivom fiziološkom reakcijom, a isto tako je rečeno da sram ima tendenciju, odnosno karakteristiku skrivanja. Naizgled kontradiktorno, ovo nam može poslužiti kao putokaz za promišljanje o dva različita oblika srama: očitom i skrivenom. Skriveni sram odvojen je od svjesnog afekta. Iskustvo srama za psihički aparat je prenelagodno, prebolno pa on razvija obrane koje ga drže izvan dometa svjesnosti.

S obzirom na još uvijek nedovoljnu pozornost koja se pridaje sramu, na činjenicu da je sram bolan za pacijenta pa ga on skriva jer doticanje srama generira novi osjećaj srama, na to da je prorađivanje srama i za terapeuta neugodno iskustvo pa se rijetko provodi, malo se zna o sramu kao „skrivenoj dimenziji“ mnogih psihijatrijskih patoloških fenomena. No, smatra se da zapravo skriveni sram, koji ne dopire do svijesti, inducira i potiče mnoge impulzivne akte, među ostalim i suicidalno te samoozljeđujuće ponašanje, ali i kroničnu narcističku povredu (Lansky, 2003.).

Prema Lewis (1971.), čim osjetimo sram, on počinje blijediti jer ga obrane nastoje premostiti, bilo povlačenjem, bilo nasiljem. Osim ovih tipičnih reakcija na pojavu srama, Lewis navodi još neke emocije za koje smatra da imaju izvorište u sramu, kao što su bijes, tuga i indiferentnost.

Sa suicidom se uglavnom povezuju depresija, krivnja, ljutnja i psihička bol – za Shneidmana (1996.) je upravo ekscesivan osjećaj srama jedna od glavnih komponenti nepodnošljive psihičke boli, *psychache*, koju smatra uzrokom suicida. No neki autori, poput Lanskyja (1991.), naglašavaju kako su ta emocionalna stanja tek sekundarna sramu, tj. izviru iz njega i koriste se kako bi se sram premostio, dok on ostaje skriven i neprepoznat. Štoviše, sram se može pogrešno dijagnosticirati kao depresivni, anksiozni ili granični poremećaj (Goldstiver, 2004.). Osim u bijes i ljutnju, sram se može transformirati i u tjeskobu i depresiju (Marčinko i Rudan, 2014.). Lester

(1997.) tvrdi kako je sram motiv za suicid u brojnim skupinama i situacijama i potkrepljuje to primjerima suicida nezaposlenih, adolescenata te zatvorenika. Hastings i sur. (2000.) na temelju dviju nezavisnih studija zaključuju kako je sklonost sramu u različitim situacijama povezana sa suicidalnim idejama.

Osobe koje osjećaju kronični, nesvjesni sram vjeruju da su fundamentalno loše i svoj život doživljavaju kao grešku. Za njih je stoga suicid izlaz iz patnje ili način ispravljanja stvari i zalječenja samoga sebe. Ljude od autodestruktivnosti štiti ljubav prema sebi samima, no osobe koje preplavljuje kronični sram prema sebi ne osjećaju ljubav, već samo mržnju i prijezir (Goldstiver, 2004.).

Koliko pretjerani sram može biti suicidogen govori i činjenica da su u specifičnoj japanskoj kulturi i društvu poraženi samuraji nerijetko izvršavali *seppuku*, ritualni oblik časnog samoubojstva. Srozavanje u samurajskoj hijerarhiji je bilo nepodnošljivo, sram neizdrživ – smrt je čovjeku lakša (Maley, 2015.).

Zanimljivo je kako je uloga srama u suicidalnosti prepoznata, makar na podsvjesnoj razini, u narodnoj frazeologiji mnogo prije no što joj se počela davati važnost u psihijatriji. Što li je drugo usklik „Zemljo, otvori se (i progutaj me!)“ nego izraz nepodnošljive neugode uzrokovane sramom koja u posramljenoj osobi, barem simbolički, izaziva želju za nestankom, tj. smrću?

7. Psihičko utočište i as-if fenomen

Steiner (1993.), sljedbenik Melanie Klein, uvodi koncept psihičkog utočišta, patološkog obrambenog ustroja koji služi kao sklonište od proganjajuće tjeskobe paranoidno-depresivne pozicije, kao i depresivne tjeskobe depresivne pozicije. Psihičko utočište pruža iluziju svemoćne kontrole. Negativni podražaj aktivira ovu obranu te se osobe automatski i nesvjesno povlače i zatvaraju u psihičko utočište kao u zaštitnu čahuru umjesto da konfrontiraju sa situacijom.

Steiner (2011.) obrazlaže kako izlaženje iz psihičkog utočišta čini osobu ranjivom. Izađe li, izlaže se opasnosti da ju se vidi u nepovoljnom svjetlu. Ne samo to, već će vidjeti i druge u dobrom svjetlu, druge koji su bolji od nje i imaju kvalitete koje njoj nedostaju. Izlaskom se riskira poniženje i povreda. Izvan psihičkog utočišta čeka spoznaja da je neadekvatna. Ondje i ona sama i svi ostali, bolji, vide njene slabosti.

„Vidjeti i biti viđen“ izlaskom iz psihičkog utočišta znači doživjeti narcističku povredu i nepodnošljiv sram. Potonji potiče na ponovno sklanjanje od pogleda, skrivanje, povlačenje u sigurni zaklon. Koncept psihičkog utočišta, dakle, treba uzeti u obzir kao korelat narcizma, srama i posljedičnog suicidalnog ponašanja.

I Riesenberg-Malcolm (1999.) spominje obranu nalik ovoj, eksplicitno ju povezujući sa samokažnjavanjem. Osobe čiji je unutarnji svijet napučen oštećenim objektima strahuju da su same odgovorne za njihovu destruiranost te se osjećaju beznadno i bespomoćno da to na ikoji način isprave. Stoga one razvijaju rigidno i zatvoreno samokažnjavajuće ponašanje, patološku organizaciju u koju mogu pobjeći od percipiranja uništenih objekata. Samokažnjavanje i patnja se čine podnošljivijim od suočavanja s internaliziranim objektima, koje bi, predviđaju, izazvalo neizdrživu bol.

Bijeg u opisane patološke organizacije obrane predstavlja značajnu prepreku i za psihijatra jer je pacijent u njemu nedostupan za analizu i terapiju. Još 1942. godine Deutsch je skovala termin „as-if“ (kao da) ličnosti kako bi opisala osobe koje prividno odlično reagiraju na analizu, no zapravo izbjegavaju progres, bez namjere da postignu ikakvu psihičku promjenu i emocionalno učenje. One dolaze na analizu kako bi si potvrdile da su dobro. Lišavajući analitičareve interpretacije značenja

održavaju *status quo*. Posljedica je to mržnje koju nesvjesno osjećaju prema analitičaru, a korijene ima u roditeljskoj patologiji i zavisti. Užasavajući se uvida u svoj stvarni unutarnji svijet, pacijenti se nikad ne suočavaju uistinu s problemima kako bi ih korigirali. Boje da su njihovi unutarnji objekti oštećeni toliko da ih se ne može popraviti i odbijaju svaku pomoć koju bi mogli dobiti na putu ka tome kako se ne bi u potpunosti dezintegrirali. Osvješćivanje unutarnjeg svijeta, smatraju, prijetnja je njihovom duševnom zdravlju (Riesenberg-Malcolm, 1999.). Ovaj fenomen čest je kod suicidalnih osoba bez psihijatrijske dijagnoze.

Pacijent se više od ičeg boji susreta s vlastitim unutarnjim svijetom, jer osjeća da on donosi opasnost dezintegracije i suicida (Riviere, 1936.).

8. Suicid koji to nije

Koliko god se na prvu činilo kao banalna opservacija, valja naglasiti da postoji mogućnost pogreške kod zaključivanja o načinu smrti.

Prema načinu, smrti mogu biti prirodne i nasilne, a potonje se dijele na ubojstva, samoubojstva i nesretne slučajeve. Svi navedeni načini generalno govoreći dolaze u obzir u diferencijalnoj dijagnozi suicida.

Situacija se dodatno komplicira kad je riječ o osobi koja nema psihički poremećaj, a postoji sumnja na suicid. U takvim slučajevima nedostaje „dio slagalice“ – poremećaj koji bi podrobnije potkrijepio i upotpunio zaključak o samoubojstvu. Kako se ne bi previdjelo eventualno ubojstvo u vidu simuliranog suicida, potrebno je pažljivo prikupiti i dobro odvagati dostupne činjenice. Osim toga, posebno u ovakvim slučajevima, treba imati na umu mogućnost nesretnog slučaja.

Nadalje, proglašenje smrti suicidom ostavlja nesagledive posljedice na žrtvine bližnje. Pogrešan zaključak da je pojedina smrt rezultat samoubojstva, tim više u slučaju psihički zdrave osobe, kada je motivacija za takav čin teško objašnjiva i teško shvatljiva, može nositi tragične reperkusije za one koji ostaju nakon nje (Marčinko, 2011.). Stoga, od iznimne su važnosti oprez i pažljivo promišljanje pri donošenju suda o naravi svakog slučaja.

9. Osmijeh – most ka životu

Vratimo se mostu Golden Gate. S obzirom na njegovu (ne)slavnu vezu sa suicidom, provedene su brojne studije, diskusije i radionice s ciljem rješavanja tog problema. Simon (2007.) donosi priču jednog od rijetkih preživjelih (do 2007. godine zabilježeno je samo 28 takvih slučajeva) koji je govorio na jednoj od takvih radionica. Odlučio se na suicid izmučen svojim teškim graničnim poremećajem, praćenim paranoidnim sumanutim mislima i slušnim halucinacijama koje su mu naređivale da se ubije. Došavši na most, proveo je 40 minuta boreći se sam sa sobom, dok su ljudi prolazili nehajno kraj njega, nesvjesni drame koja se odigravala u njegovu umu, njegove patnje i činjenice da osobu do njih muči pitanje života i smrti. Naposljetku se jedna strankinja zaustavila – no samo kako bi ga zamolila da ju fotografira, što je on i učinio. Zaključivši da nikome nije stalo, njegov očaj je prevladao: skočio je te instantno požalio svoju odluku, ali bilo je prekasno. Ipak, imao je sreće. Most, pad i more milostivi su za manje od jednog od 100 skakača – on je bio jedan od njih.

Držeći radionicu nekoliko godina kasnije, ustvrdio je – kao i toliki drugi koji poručuju isto bilo nakon preživljenog pokušaja suicida, bilo u oproštajnim pismima koja ostaju kao posljednja poruka onih koji ga počine – da bi jedan osmijeh, jedna lijepa riječ u takvim trenucima, u trenucima krajnjeg mraka i osjećaja bezizlaznosti, uistinu mogli sve promijeniti, prelomiti odluku na dobro. U kritičnoj situaciji unutarnje borbe za život i smrt, brižan i prijateljski signal, makar od potpunog neznanca, može biti zraka svjetlosti, uteg koji će prevagnuti na stranu života.

Dakako da samo osmijeh nije dovoljan da bi se osoba odlučila na život – no može biti prvi i spasonosni korak ka tome.

Kako tvrdi Paris (2007.), prevencija suicida gotovo je nemoguća. Ipak, u specifičnim okolnostima, moguće je intervenirati. Nakon niza godina istraživanja, zagovaranja i polemika, na mostu Golden Gate u proljeće 2017. godine počela je izgradnja sigurnosne konstrukcije koja ima za svrhu onemogućiti ljudima skakanje s mosta (Steinmetz, 2017.). Primjeri takvih barijera protiv suicida na „popularnim“ lokacijama već postoje diljem svijeta i pokazuju se učinkoviti u smanjenju broja počinjenih samoubojstava. I općenito govoreći, smanjenje dostupnosti letalnih sredstava efikasno je u redukciji suicida (Blaustein i Fleming, 2009.).

Onemogućavanje (ili bar otežavanje) impulzivnog čina može odigrati ključnu ulogu, osobito kod akutno potresenih ljudi bez psihičkog poremećaja.

Osmijesi i sigurnosne mreže – poruka je to očajnoj i beznadnoj osobi da je nekome ipak stalo. Pomnom i aktivnom suradnjom struke i zajednice, kao i pojedinačnim djelovanjem makar u vidu malog znaka pažnje i ohrabrenja mogu se spasiti životi. Kako naglašava De Leo (2011.), suicid, kao i njegova prevencija, nisu psihijatrijsko pitanje, već problem koji se tiče svih nas.

10. Umjesto zaključka

Dokučiti što se događa u psihi osobe koja pokuša ili počini suicid nije nimalo jednostavno, imala ona prethodno dijagnosticiran psihički poremećaj ili ne. U potonjem slučaju situacija je osobito kompliciranа. Psihičke obdukcije, koje bi trebale razjasniti ovakve tragedije, rijetko se provode, a i kad se poduzmu, mogu dati samo parcijalni odgovor na pitanje što je doprinijelo takvom nesretnom raspletu.

Literatura na temu suicidalnosti ujedno je i izrazito opširna i vrlo manjkava, posebice što se tiče suicida kod osoba bez psihičkog poremećaja. Suicid je rezultat kompleksnog međudjelovanja raznih fenomena. Sigurno je da je u nekih prividno zdravih osoba koje su počinile samoubojstvo postojao za života nedijagnosticiran psihijatrijski poremećaj. U suradnji s mentorom i po pregledu literature, zaključujem kako i u psihički zdravih postoje određeni patološki ili prenaglašeni mehanizmi koji uvjetuju suicidalno ponašanje. Suicid, ako ništa drugo, predstavlja poremećaj životnog nagona. Um suicidalne osobe uvijek je u jednoj mjeri i u jednom trenutku „poremećen“.

Biološka osnova i greške u ranom razvoju u kombinaciji s preizraženim određenim dimenzijama ličnosti kao što su impulzivnost, perfekcionizam i osobito narcističke crte, predisponiraju pojedinca za suicid. Posebno naglašavam ulogu srama, često zanemarivanog fenomena, koji je zapravo značajan faktor u razvoju mnogih psihičkih poremećaja pa tako i suicidalnosti. Iz patološkog srama izviru mnoge negativne i teške emocije. On posredno i neposredno može voditi u suicid.

Gotovo svaki rad u medicini ima za zaključak kako su potrebna daljnja istraživanja na temu, pa tako i ovaj. Poglavito ističem potrebu za novim, opširnijim i detaljnijim studijama srama i dimenzija ličnosti vezano za suicidalno ponašanje.

U medicinskoj struci smrt nije rijetkost, štoviše – ona je češće svakodnevica. No životi izgubljeni samoubojstvom uzaludno su izgubljeni životi. Mnogo puta, oni bi samo malo drukčijim tijekom razvoja događaja mogli biti spašeni. Suicid je, koliko god statistički rijedak, ipak sveprisutan. Zbog svega navedenog, od iznimne je važnosti za svakog liječnika da bude sposoban prepoznati i razumjeti pojedinca koji prolazi kroz unutarnju borbu na život i smrt te ga podržati u tome da se nagonu smrti suprotstavi.

Zahvale

Od srca zahvaljujem svom mentoru prof. dr. sc. Darku Marčinku na usmjeravanju, potpori, susretljivosti, ažurnosti i pokazanom razumijevanju pri pisanju ovog rada.

Hvala prof. dr. sc. Vladimiru Trkulji i prof. dr. sc. Goranu Tešoviću koji su ohrabrili i potaknuli moj akademski razvoj te mi pružili pomoć u teškim trenucima.

Hvala svim članovima moje obitelji koji su bili uz mene i svim dragim prijateljima i kolegama koji su uljepšali i olakšali ovaj put.

Najveće i neizrecivo hvala mojim roditeljima Sandri i Ivanu. Njihova beskrajna i bezuvjetna ljubav i podrška su mi vječni oslonac i uzor.

Literatura

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), Fifth edition. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Antonovsky A. Health, stress and coping. San Francisco: Jossey-Bass; 1981.
3. Baca-Garcia E, Diaz-Sastre C, Garcia RE, Blasco H, Braquehais CD, Oquendo MA, i sur. Suicide attempts and impulsivity. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2005;255:152-6.
4. Barth A, Sogner L, Gnambs T, Kundi M, Reiner A, Winker R. Socioeconomic factors and suicide: an analysis of 18 industrialized countries for the years 1983 through 2007. J Occup Environ Med. 2011;53(3):313-7.
5. Beck AT, Steer RA, Beck JS, Newman CF. Hopelessness, depression, suicidal ideation and clinical diagnosis of depression. Suicide Life Threat Behav. 1993;23(2):139-45.
6. Beattie HJ. Revenge: Panel. J Amer Psychoanal Assn. 2005;53:513-24.
7. Beck-Friis J. Den nakna skammen: grund för depression eller väg till ömsesidighet? (The naked shame: ground for depression or road to mutuality?). Stockholm: Natur och Kultur; 2010.
8. Begić D. Psihopatologija. 2. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2014. Str. 424-31.
9. Blaustein M, Fleming A. Suicide From The Golden Gate Bridge. Am J Psychiatry. 2009;166:1111-6.
10. Böhm T, Kaplan S. Revenge: On the Dynamics of a Frightening Urge and its Taming. London: Karnac Books Ltd; 2011.
11. Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicidal attempts, and suicide completions: a systematic review. Acta Psychiatr Scand. 2006;113:180-206.
12. Brodsky BS, Malone KM, Ellis SP, Dulit RA, Mann JJ. Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. Am J Psychiatry. 1997;154:1715-19.
13. Bryan CJ, Rudd MD. Advances in the Assessment of Suicide Risk. J Clin Psychol: In Session 2006;62:185-200.
14. Bulgakov M. Majstor i Margarita. Rijeka: ITP Andromeda, 1993.

15. Dawe S, Loxton NJ. The role of impulsivity in the development of substance use and eating disorders. Nerosci Biobehav Rev. 2004;28:343-51.
16. De Leo D. DSM-V and the Future of Suicidology. Crisis. 2011;32(5):233-9. doi: 10.1027/0227-5910/a000128
17. Dearness KL, Tomlin A. Development of the national electronic library for mental health: providing evidence-based information for all. Health Info Libr J. 2001;18(3):167-74.
18. Duffy D, Ryan T i sur., ur. New approaches to preventing suicide: a manual for practitioners. London i Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2004.
19. Durkheim E. Suicide: A Study in Sociology. New York: The Free Press; 1966.
20. Engelberg H. Low serum cholesterol and suicide. Lancet. 1992;339:727-9.
21. Evenden JL. Varieties of impulsivity. Psychopharmacology (Berl). 1999;146:348-61.
22. Ernst C, Mechawar N, Turecki G. Suicide neurobiology. Progr Neurobiol. 2009;89(4):315-33
23. Feuerlein W. Selbstmordversuch oder parasuizidale Handlung. Nervenarzt. 1971;42:127.
24. Freud S. Mourning and melancholia. U: Standard Edition. Vol. 14: 237-60. London: Hogarth Press; 1917.
25. Goldstiver SP. Suicide: A dying shame. A literature review of the therapeutic relationship [disertacija]. Auckland: Auckland University of Technology; 2004.
26. Guzman A, Tonelli LH, Roberts D, Stiller J, Jackson MA, Soriano JJ, i sur. Mood worsening with high-pollen counts and seasonability: a preliminary report. J Affect Disord. 2007;101:269-74.
27. Hastings ME, Northman LM, Tangney JP. Shame, guilt and suicide. U: Joiner TE, Rudds MD, ur. Suicide science: Expanding the Boundaries. Springer Science & Business Media; 2000. Str. 67-79.
28. Henry A, Short J. Suicide and Homicide. New York: McGraw-Hill, 1954.
29. Heron DS, Shinitzky M, Hershkowitz M, Samuel D. Lipid fluidity markedly modulates the binding of serotonin to mouse brain membranes. Proc Natl Acad Sci USA. 1980;77:7463-7.
30. Holmes J. Exploring in security: towards an attachment-informed psychoanalytic psychotherapy. New York: Routledge; 2010.

31. Huxel RM. Shame and aggression in men with moderate to high trait anger [disertacija]. San Diego: Alliant International University, Faculty of the California School of Professional Psychology; 2015.
32. Jakovljević M. Procjena i liječenje suicidalnog pacijenta. U: Krizna stanja. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1986.
33. Kaplan JR, Manuck SB, Fontenot MB, Muldoon MF, Shively CA, Mann JJ. The cholesterol serotonin hypothesis: Interrelationships among dietary lipids, central serotonergic activity and social behavior in monkeys. U: Hillbrand M, Spitz RT, (ur.). Lipids, Health and Behavior (str. 139-65). Washington DC: American Psychological Association; 1997.
34. Kim C, Lesage A, Seguin M, Chawky N, Vanier C, Lipp O, Turecki G. Patterns of comorbidity in male suicide completers. Psychol Med. 2003;33:1299-309.
35. Kljaić S. Ličnost. U: Petz B (ur.). Psihologijski rječnik. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2005.
36. Kposowa AJ, D'Auria S. Association of temporal factors and suicides in the United States, 2000-2004. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010;45(4):433-45.
37. Lansky MR. Shame and the problem of suicide: A family systems perspective. British Journal of Psychotherapy. 1991;7(3):230-42.
38. Lansky MR. Hidden shame. J Am Psychoanal Assoc. 2005;53(3):865-90.
39. Leboyer M, Slama F, Siever L, Bellivier F. Suicidal disorders: a nosological entity per se? Am J Med Genet C Semin Med Genet. 2005;15:3-7.
40. Lester D. The role of shame in suicide. Suicide and Life-Threatening Behaviour. 1997;27(4):352-61.
41. Lewis HB. Shame and guilt in neurosis. New York: International University Press; 1971.
42. Lopez-Castroman L, Blasco-Fontecilla H. How to Deal with Personality in Suicidal Behavior? U: Courtet P (ur.). Understanding Suicide. From Diagnosis to Personalized Treatment. Springer International Publishing Switzerland. 2016. Str. 211-24.
43. Maddi SR. Personality theories: A Comparative Analysis. 5. izd. Homewood: Dorsey; 1989.
44. Maes M, Scharpe S, Verkerk R, D'Hondt P, Peeters D, Cosyns P, i sur. Seasonal variation in plasma L-tryptophan availability in healthy volunteers.

Relationships to violent suicide occurrence. Arch Gen Psychiatry. 1995;52:937-46.
45. Maley CJ. On the nature of guilt and shame [disertacija]. Princeton: Princeton University; 2015.
46. Maltberger JT, Ronningstam EF. Rumpelstiltskin Suicide. Suicidology Online. 2011;2:80-8.
47. Mann JJ. The neurobiology of suicide. Nat Med. 1998;4:25-30.
48. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model in suicidal behavior in psychiatric patients. Am J Psychiatry. 1999;156:181-9.
49. Marčinko D, i sur., ur. Suicidologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
50. Marčinko D, Rudan V, i sur., ur. Narcistični poremećaj ličnosti i njegova dijagnostička opravdanost – doprinos međunarodnoj raspravi. Zagreb: Medicinska naklada; 2013.
51. Marčinko D, Rudan V, i sur., ur. Od nasilja do dijaloga. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
52. Marčinko D, Rudan V, i sur., ur. Žalovanje. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
53. Marčinko D, Rudan V, Jakovljević M, i sur., ur. Poremećaji ličnosti – stvarni ljudi, stvarni problemi. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
54. Martin CD. Ernest Hemingway: A Psychological Autopsy of a Suicide. Psychiatry. 2006;69(4):351-61.
55. Maser JD, Akiskal HS, Schettler P, Scheftner W, Mueller T, Endicott J, i sur. Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? A 14-year prospective study. Suicide Life Threat Behav. 2002;32:10-32.
56. Menninger K. Man Against Himself. New York: Harcourt, Brace & World; 1938.
57. Menninger K. The vital balance. New York: Viking Press; 1967.
58. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. Am J Psychiatry. 2001;158:1783-93.
59. O'Carroll PW, Berman AL, Maris RW, Moscicki EK, Tanney BL, Silverman MM. Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. Suicide Life Threat Behav. 1996;26:237-52.
60. Pacht AR. Reflections on perfection. American Psychologist. 1984;39:386-90.

61. Paris J. Managing suicidal crises in patients with severe personality disorder. U: van Luyn B, Akhtar S, Livesley WJ, ur.. Severe Personality Disorders. New York: Cambridge University Press; 2007.
62. Perelberg R, ur. Psychoanalytic Understanding of Violence and Suicide. London: Routledge; 1999.
63. Plante TG, i sur., ur. Mental disorders of the new millenium. Westport, CT: Praeger; 2006.
64. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants. The American Journal of Psychiatry. 2007;164(7):1035-43.
65. Postolache TT, Mortensen PB, Tonelli LH, Jiao X, Frangakis C, Soriano JJ. Seasonal spring peaks of suicide in victims with and without prior history of hospitalization for mood disorders. J Affect Disord. 2010;121(1-2):88-93.
66. Riesenberg-Malcolm R. On Bearing Unbearable States of Mind. U: Bott Spillius E , Roth P, ur. New Library of Psychoanalysis. 34. izd. London i New York: Routledge; 1999.
67. Riviere J. A contribution to the analysis of the negative therapeutic reaction. International Journal of Psychoanalysis. 1936; 17:304-20.
68. Ronningstam EF. My way or no way! Narcissism and suicide. U: Identifying and Understanding the Narcissistic Personality. New York: Oxford University Press;2005:159-80.
69. Ronningstam EF. Correction or Corrosion? Changes in Pathological Narcissism. U: Identifying and Understanding the Narcissistic Personality. New York: Oxford University Press;2005.
70. Ronningstam E, Weinberg I, Maltsberger JT. Eleven Deaths of Mr. K.---Contributing Factors to Suicide in Narcissistic Personalities. Psychiatry. 2008;71(2):169-82.
71. Rudd MD. Warning signs for suicide? Suicide Life Threat Behav. 2003;33(1):99-100.
72. Schore AN. Affect Dysregulation and Disorders of the Self. New York i London: Norton; 2003.
73. Shneidman ES. Suicide as a psychache: A clinical approach to self-destructive behaviour. Northvale, NJ: Aronson; 1993.

74. Shneidman ES. The suicidal mind. New York: Oxford University Press; 1996.
75. Sisask M, Varnik A, Kolves K, Bertolote JM, Bolhari J, Botega NJ, i sur. Is religiosity a protective factor against attempted suicide: a cross-cultural case-control study. Arch Suicide Res. 2010;14(1):44-55.
76. Stack S. Emile Durkheim and Altruistic Suicide. Archives of Suicide Research. 2004;8(1):9-22.
77. Steiner J. Psychic retreats: Pathological organizations in psychotic, neurotic and borderline patients. U: Bott Spillius E, ur. New Library of Psychoanalysis. 19. izd. London: Routledge; 1993.
78. Steiner J. Seeing and Being Seen: Emerging From a Psychic Retreat. London: Routledge; 2011.
79. Steinmetz K. The Golden Gate Bridge Is a 'Suicide Magnet.' So Officials Are Adding a Net. Time [Internet]. 2017 Apr 12. [pristupljeno 12.06.2017.]. Dostupno na: http://time.com/4736962/golden-gate-bridge-suicide-net/
80. Sullivan S. The right to die: a discussion of „rational suicide“. Mental Health Practice. 2011;14(6):32-4.
81. Tangney JP, Dearing RL. Shame and guilt. New York: The Guilford Press; 2002.
82. Van Heeringen K. The neurobiology of suicide and suicidality. Can J Psychiatry. 2003;48:292-300.
83. Van Heeringen K, Audenaert K, Van Laere K, Dumont F, Slegers G, Mertens J i sur. Prefrontal 5-HT2a receptor binding potential, hopelessness and personality characteristics in attempted suicide. J Affect Disord. 2003;74:149-58.
84. Voracek M, Loibl LM. Genetics of suicide: a systematic review of twin studies. Wien Klin Wochenschr. 2007;119(15-16):463-75.
85. Wasserman D. Personality disorder and suicide. U:Suicide – An Unnecessary Death. London: Martin Dunitz Ltd; 2001:83-93.
86. Wicker FW, Payne GC, Morgan RD. Participant descriptions of guilt and shame. Motivation and Emotion. 1983;7(1):25-39. doi:10.1007/BF00992963
87. World Health Organization. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals [Internet]. WHO Press; 2016 [pristupljeno 24.05.2017.]. Dostupno na: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/

Životopis

Rođena sam 11. srpnja 1992. u Zadru, gdje sam završila Osnovnu školu Šime Budinića i potom Gimnaziju Jurja Barakovića, općи smjer. Maturirala sam 2011. kao najbolja učenica generacije. Za vrijeme regularnog osnovnoškolskog i srednjoškolskog obrazovanja, pohađala sam također Glazbenu školu Blagoja Berse (klavir), školu stranih jezika, satove gitare i školu odbojke. Nakon mature boravila sam mjesec dana u Španjolskoj u internacionalnom kampu mladeži u sklopu europskog programa Youth in Action.

Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu upisala sam 2011. godine. Akademske godine 2012./2013. bila sam demonstratorica na kolegiju Anatomija, a 2015./2016. i 2016./2017. na kolegiju Klinička propedeutika. Na petoj godini studija, 2015./2016., uključila sam se u rad fakultetskog časopisa Medicinar, u kojem sam ubrzo postala urednica rubrike Sport, a kasnije rubrike Studentski život i zamjenica glavnog urednika.

Tijekom studija sudjelovala sam na brojnim stručnim tečajevima, radionicama i kongresima te se aktivno uključivala u volontersko djelovanje raznih studentskih organizacija. Osim toga, jedno vrijeme sam volontirala u udruzi za terapijsko jahanje i promicanje socijalne osjetljivosti i kvalitete života.

Dobitnica sam Dekanove nagrade za najboljeg studenta treće godine i Posebne Dekanove nagrade za doprinos Fakultetu u okviru rada za časopis Medicinar.

Služim se engleskim, talijanskim, francuskim i njemačkim jezikom.