

Univerzitet u Sarajevu
Filozofski fakultet
Odsjek za psihologiju

GEŠTALT PRISTUP U RADU SA SUICIDALNIM KLIJENTIMA

Završni magistarski rad

Kandidat: Amera Delihanović

Mentor: Prof. dr. Sabina Alispahić

Sarajevo, 2021.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. GEŠTALT PSIHOTERAPIJA	2
2.1. Historijski razvoj	2
2.2. Dinamika Figura/Polje.....	4
2.3. „Ovdje i sada“	5
2.4. Self kao proces	6
2.5. Self: id, ego i „persona“	7
2.5.1. <i>Id funkcija selfa</i>	7
2.5.2. <i>Funkcija persone</i>	8
2.5.3. <i>Ego funkcija selfa</i>	9
2.6. Iskustvo kontakta – Povlačenje iz kontakta.....	9
2.7. Poremećaji funkcije self-a: psihopatologija i geštalt dijagnoza	11
3. SUICID I SUICIDALNO PONAŠANJE	15
3.1. Karakteristike suicida i suicidalnog ponašanja	15
3.2. Epidemiologija suicida	17
3.3. Vrste suicida – oblici suicidalnog ponašanja.....	18
3.3.1. <i>Parasuicid</i>	19
3.3.2. <i>Autoagresivna ponašanja</i>	19
3.3.3. <i>Suicidalno ponašanje kod osoba sa poremećajima prehrane</i>	20
3.4. Procjena rizika za suicidalnost	20
3.5. Motivi suicida.....	25
3.5.1. <i>Interpersonalna teorija suicida</i>	26
3.5.2. <i>Perfeksionizam i suicidalne ideacije</i>	28
4. GEŠTALT PRISTUP U RADU SA SUICIDALNIM KLIJENTIMA	31
4.1. Geštalt pristup kriznoj intervenciji	32
5. UTICAJ TRETMANA SUICIDALNOG KLIJENTA NA STRUČNJAKE MENTALNOG ZDRAVLJA I POTREBA ZA BRIGOM O SEBI.....	40
5.1. Stres povezan sa tretmanom suicidalnog klijenta.....	40
5.2. Uticaj suicida klijenta na stručnjake iz područja mentalnog zdravlja	41
5.3. Briga za terapeute.....	41
5.3.1. <i>Edukacija</i>	41
5.3.2. <i>Supervizija</i>	42
5.3.3. <i>Strategije brige o sebi</i>	42
6. ZAKLJUČCI.....	45
LITERATURA.....	47

GEŠTALT PRISTUP U RADU SA SUICIDALNIM KLIJENTIMA

Amera Delihasanović

Sažetak:

Cilj ovog rada je bio da na osnovu dosadašnjih teorijskih i empirijskih istraživanja pokušamo shvatiti suicidalno ponašanje i na koji način geštalt psihoterapija pristupa suicidalnom klijentu. Rad je koncipiran u tri dijela. U prvom dijelu se upoznajemo sa osnovama geštalt psihoterapije i njenim razvojem kroz historiju, te sa iskustvom kontakta i osvještavanjem klijenta o *figuri* i o *polju*. U drugom dijelu smo obuhvatili karakteristike suicidalnog ponašanja, i različita gledišta na sam čin suicida i suicidalnog ponašanja. Dosadašnja istraživanja pokazuju da motivi za suicid mogu biti svjesni i nesvjesni, a ako nisu uzrokovani psihičkim poremećajem, mogu se pokušati objasniti kao autonomna odluka osobe, koja više ne želi živjeti pod uvjetima koji su u apsolutnom neskladu sa njenim sistemom vrijednosti ili nemogućnosti prihvatanja nepodnošljive situacije. U trećem dijelu smo nastojali što detaljnije predstaviti na koji način geštalt psihoterapija pristupa suicidalnom klijentu i koje tehnike su se pokazale najefikasnijim u radu sa klijentima koji ispoljavaju suicidalno ponašanje. Nastojali smo približiti „mjesto“ na kojem se nalazi suicidalni klijent, ali i doživljaj terapeuta i procese kroz koje sam terapeut prolazi u toku rada sa suicidalnim klijentom. Također smo smatrali bitnim osvrnuti se i na emocionalni uticaj suicidalnog ponašanja ili suicida na terapeuta, kao i na potrebe terapeuta za kontinuiranom brigom o sebi. Geštalt psihoterapija na odluku o suicidu gleda kao na unutrašnji sukob, a zadatak terapeuta je da klijentu pomogne da pronađe odgovore na svoje sukobe u potrazi za ravnotežom i značajem.

Ključne riječi: *geštalt psihoterapija, kontakt, figura, polje, suicid, suicidalno ponašanje.*

1. UVOD

Suicidalno ponašanje je vodeći uzrok povreda i smrti širom svijeta. O suicidu vladaju podijeljeni i veoma različiti stavovi. Religiozni ljudi suicid smatraju grijehom, dok mnogi smatraju da je suicid ljudsko pravo i da se niko ne bi trebao mješati u odluku da se počini suicid. Ono što svi zanemaruju jeste da su suicidalne osobe unutar sebe podijeljene: jedan dio njih želi da živi, dok je drugi dio samokritičan, mrzi se, i naposljetku je i samodestruktivan (Alispahić, 2021). Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (2021), suicid je globalni zdravstveni problem. Nalazi se među prvih dvadeset uzročnika smrti širom svijeta, sa više smrtnih ishoda nego od malarije, raka dojke, ili rata i ubistava. Blizu 800 000 ljudi umre od suicida svake godine.

Geštalt psihoterapija izvire iz egzistencijalno-humanističke tradicije u psihologiji. Sistem geštalt terapije je istinski integrativan i uključuje afektivne, senzoričke, kognitivne, interpersonalne i bihevioralne komponente. U geštalt terapiji, terapeut i klijent su ohrabreni da budu kreativni u svjesnosti (Yontef, 1988).

Geštalt pristup u radu sa suicidalnim klijentima podrazumjeva da terapeut ostane osjetljiv na klijentova emotivna i kognitivna stanja i na osnovu toga donese kliničku odluku da li je klijent sposoban da integriše stvari o kojima se razgovaralo, i da li će iskustvo i ispoljavanje emocija djelovati uništavajuće. Jako puno pažnje se posvećuje integraciji, polarnostima, ispoljavanju i svjesnosti emocija, usamljenosti, ambivalentnosti, nedostatku konstruktivne intimnosti i nepodnošljivoj psihološkoj patnji, što su najveći uzroci suicida (Young i Lester, 2001).

Cilj ovog rada je upoznati se sa osnovama geštalt psihoterapije, karakteristikama suicida i suicidalnog ponašanja, te prikazati na koji način geštalt psihoterapija pristupa suicidu i suicidalnim klijentima.

U ovom radu pokušat ćemo odgovoriti na sljedeća pitanja:

1. Šta je geštalt psihoterapija?
2. Šta je suicid i suicidalno ponašanje?
3. Na koji način geštalt psihoterapija pristupa suicidu?

2. GEŠTALT PSIHOTERAPIJA

2.1. Historijski razvoj

Geštalt je njemačka riječ, sa najbližim prevodom u riječima obrazac, forma, oblik, ili struktura. U njemačkom jeziku se odnosi na cjelokupnu pojavu osobe, njenu kompletnost, mjesto gdje je njena energija smještena (Mann, 2010). Termin geštalt se prvi put pojavio 1523. godine u prevodu Biblije, i značio je „stavljen pred oči, izložen pogledima“.

Prema Butollo i Biro (2002), geštalt terapija je humanistički vid terapije. Osim fenomenoloških korijena ona je ukorijenjena i u filozofiji egzistencijalizma, što podrazumjeva da se prihvata odgovornost svake osobe za sopstveni život. Klijent se ne vidi primarno kao žrtva nekih akcija koje se dešavaju oko njega, već je i on sam, barem donekle, kreator tih događaja i njegova je odgovornost da to promjeni.

Ne možemo govoriti o historijskom razvoju geštalt terapije, bez da spomenemo Fritz Perls-a, prema mnogima, osnivača geštalt psihoterapije. Bolje je reći da je Perls razvijao geštalt psihoterapiju jer je on nije smatrao završenim proizvodom u vrijeme kada je umro. Kada se govori o Perls-u govori se o njegovoj „sposobnosti da vidi očigledno“:

„...Ljudi su podijeljeni u dijelove i dijeliće i nema svrhe analizirati i dijeliti ih još više. Ono što želimo u geštalt terapiji je da integrišemo sve rasute i nepriznate dijelove sebe i učinimo osobu cijelom ponovno... (Perls, 1973: 181).

Neki od Friz-ovih prijatelja su rekli da je njegova prava moć bila u njegovoj sposobnosti da bude u kontaktu sa ljudskom suštinom (Corey, 2004).

Osnovne teoretske komponente geštalt pretpostavke o čovjeku bi se mogle sažeti u nekoliko teza:

- Čovjek je cjelina i ta cjelina su: tijelo, osjećanja, misli.
- Čovjek je sredina u kojoj živi i ne može se shvatiti van nje.
- Čovjek je više proaktivan nego reaktivan. On određuje sopstvene reakcije na spoljašnje i proprioceptivne stimulanse.

- Čovjek je sposoban da bude svjestan svojih osjeta, svojih misli, osjećanja i opažanja.
- Čovjek je pomoću svoje samosvjesnosti sposoban da pravi izbor i stoga je odgovoran za svoje prikriveno i očigledno ponašanje.
- Čovjek posjeduje ono što je nužno da bi živio efektno i da bi se oporavio oslanjajući se na sebe samog.
- Čovjek doživljava sebe samo u sadašnjosti. Prošlost i budućnost doživljava u sadašnjosti samo kroz sjećanja i predviđanja.
- Čovjek suštinski nije ni dobar ni loš.

Geštalt psihoterapiju je teško opisati u nekoliko riječi. U literaturi se opisuje kao terapija odnosom, koja je sinteza tri osnovne filozofije koje se ujedno opisuju i kao tri stuba geštalt psihoterapije:

- *Teorija polja*: doživljaji klijenta se istražuju u kontekstu situacije ili polja;
- *Fenomenologija*: traganje za razumjevanjem onoga što je očigledno ili otkriveno, prije nego onoga što je interpretirano od strane posmatrača;
- *Dijalog*: specifičan oblik komunikacije (ne samo razgovor), koji je okupiran sa međuodnosom i onim što se pojavljuje u tom međuodnosu (Mann, 2010).

Većina humanističkih teorija ličnosti su holističke. Holizam naglašava da su ljudi samoregulirajući, da su usmjereni prema rastu i da se osoba i njeni simptomi ne mogu razumjeti odvojeno od okoline. Holizam i teorija polja su međusobno povezani u geštalt teoriji. *Teorija polja* je način da razumijemo kako kontekst utiče na iskustvo. Kombinacija teorije polja, holizma i geštalt psihologije čine stub za geštalt teorije ličnosti.

Aktivne metode i aktivni osobni angažman geštalt terapije se koriste da povećaju svjesnost, slobodu i samousmjerenost klijenta, umjesto da usmjeravaju klijenta prema ustaljenim ciljevima kao što se to radi u bihevioralnoj terapiji i grupnim susretima. Organizmi žive održavajući granicu između sebe i okoline. Asimiliraju neke dijelove okoline a odbijaju druge, i na taj način rastu. Dijelovi koji su asimilirani su uvijek novi, tako da asimilacija uključuje kreativnu adaptaciju organizma. Kada su osoba i okolina u interakciji, dešava se *kontakt*. Perls definira granicu kontakta kao *figuru*, trenutnu

okolinu kao *polje*, i *kontakt* kao zajedničku interakciju. Geštalt terapija je usmjerena na strukturu aktuelnog iskustva kontakta i davanja klijentu svjesnosti o figuri i o polju (Young i Lester, 2001).

Klijentova životna priča nam ne može reći šta se desilo u njegovoj ili njenoj prošlosti, ali može reći kako klijent doživljava svoju priču u sada i ovdje. To prenošenje historije je oblikovano u određenoj mjeri klijentovim trenutnim stanjem polja. Ono što se desilo prije tri godine nije dio trenutnog polja i ne može uticati na nečije iskustvo. Ono što oblikuje nečije iskustvo je kako neko čuva sjećanja na događaj, i kako događaj od prije tri godine mijenja način na koji neko organizuje percepciju u polju. Još jedna karakteristika polja je da se organizacija nečijeg iskustva dešava u sada i ovdje i da je trajna u nastojanju da se osoba mijenja u skladu sa stanjem polja. Teorija polja naglašava vjerovanje da svi, uključujući i terapeuta, mogu imati objektivnu perspektivu na realnost (Yontef i Jacobs, 2008).

Geštalt koristi *fenomenološki metod* koji uključuje otvorenost terapeuta sve vrijeme, kako bi na taj način uticao na osobu s kojom radi. Iz ove svjesnosti može komentirati ono što doživljava. Klijent može pričati o svom nedavnom gubitku, a terapeut odgovara: „Osjećam neku vrstu šoka o iznenadnoj smrti o kojoj mi govorite. U isto vrijeme, primjećujem vaš osmijeh i ubrzan način na koji govorite, i uznemiren sam. Moramo usporiti, kako bi prihvatio nešto tako veliko.“

U terapiji *dijalog* znači odnos baziran na kontaktu i onome što se u njemu pojavi. Buber govori o „izvornoj i nerezervisanoj komunikaciji“ kao o karakteristici dijaloške prisutnosti. Osobe koje su sasvim prisutne dijele međusobno značaj. Za terapeuta to znači da dijeli značaj sa pacijentom. Potpuni značaj uključuje očaj, ljubav, duhovnost, ljutnju, radost, humor, senzualnost. Potrebno je da bude jasno da nerezervisana komunikacija znači da se terapeut predaje dijalogu, a to ne znači da to čini bez diskriminacije (Yontef, 1988).

2.2. Dinamika Figura/Polje

Proces formacije figure postao je interes geštalt terapeutima na način da se usmjeravaju na to koju *figuru* pojedinac izabere i na koji način je izabere. Drugim riječima, na koji način ova osoba daje smisao svome životu u jednom trenutku, a na koji

način sljedećeg trenutka. Figura izranja iz nediferencirane pozadine iskustva, iz koje na površinu izlaze fokusirane potrebe i interesi. U zdravoj formaciji figure, ove potrebe i interesi će se pojaviti sa jasnoćom, oštrinom i stimulirajućom energijom.

Prema Mann (2010), kada proces formacije figure postane rigidan ili habitualan, odnoseći se više na prošla iskustva radije nego na sada i ovdje, svjesnost o novom nestaje ili je zatvorena. Kao posljedica toga osoba ne integriše nova iskustva. U odnosu sa našom okolinom, potrebe se javljaju i nestaju, bilo da potiču iz našeg unutrašnjeg iskustva ili vanjskog stimulusa. U određenom trenutku figura će se pojavljivati kao različita potreba na površini. Potreba za vodom može postati figura iz našeg polja, nešto što pročitamo može nam vratiti sjećanje na nešto, naizgled slučajna potreba kao što je potreba da kontaktiramo prijatelja može se pojaviti.

U određenim stanjima, poput akutne anksioznosti, formacija figure je brza i slabo se razlikuje od polja iz kojeg se pojavljuje. Ne dešava se asimilacija iskustva. Jedna zamagljena figura prati drugu dok „leteća“ pažnja vodi do nagomilavanja nedovršenih geštalta. Kontakt sa okolinom je smanjen – disanje postaje plitko i brzo, negativne misli i projektovane fantazije naviru. Neuspjeh osobe da formira jasno diferencirane figure vodi tome da osoba odgovara primarno unutrašnjim polom, povećavajući osjećaj izolacije.

2.3. „Ovdje i sada“

U geštalt terapiji usmjereni smo na „sada i ovdje“ trenutke iskustva. Ne poriče se da iskustva imaju svoje korijene u prošlosti, niti se ignoriše postojanje nada i strahova za budućnost, ali su oni doživljeni u sadašnjem trenutku. Fokusiramo se na trenutno iskustvo i na taj način se usmjeravamo na to šta i kako klijent doživljava situaciju sada, umjesto da istražujemo zašto doživljavaju situaciju na ovaj način. Vjeruje se da se kroz pojačavanje svjesnosti načina na koji svaki pojedinac selektuje i formira figuru iz polja iskustva u sadašnjem trenutku, postiže rast. Fokus geštalta na „sada i ovdje“ je nastalo iz Perls-ove kritike Freud-ovog areheološkog pristupa terapiji. Perls je naglasio da, „ne postoji druga realnost od sadašnjosti“ (Mann, 2010).

Pomažući klijentu da istraži svjesnost u „sada i ovdje“ omogućavamo mu da razmisli o motivaciji za pravljenje određenih izbora, i priliku da provjeri da li ta

motivacija odgovara „sada i ovdje“ situaciji. Ponašanje u sadašnjosti može predstavljati ponašanje koje uzrokuje probleme u širem polju zbog zastarjele kreativne prilagodbe. Geštalt terapija može biti doživljena kao mikrokosmos klijentovog svakodnevnog života i dio tog mikrokosmosa će biti i terapeutove „ovdje i sada“ reakcije.

2.4. Self kao proces

U geštaltu se ne vjeruje da postoji self koji prebiva isključivo u nama, već self koji je kreiran u procesu stvaranja kontakta sa okolinom. Mi pravimo kontakt sa svijetom kroz naša čula što se u geštaltu naziva granica kontakta – gdje „ja“ završava i „drugi“ počinje. U ovom prostoru između se formira self. „Mi smo kontakt koji pravimo. Mi postojimo kada pravimo kontakt sa svijetom“ (McLeod, 1993). Kako bismo tačnije opisali ovaj dinamični proces u geštaltu, koristimo termin „selfiranje“. Korištenje glagola umjesto imenice reflektuje aktivni proces self-ovog stalnog stanja toka u odnosu sa okolinom. Naši odgovori se konstantno mijenjaju u odnosu na situacije sa kojima se susrećemo. Ako prihvatimo ovu hipotezu postaje neprihvatljiv bilo kakav fiksni metod dijagnosticiranja ili kategorizacije. Kada koristimo deskriptore moramo biti osjetljivi na to kako će upotreba imenica odrediti pojedinca u vremenu i prostoru, što ne odgovara geštalt filozofiji. Tako da, na primjer, ne postoje narcisi ako se mi konstantno mijenjamo u vremenu i prostoru („selfiranje“), samo postoje ljudi koji se ponašaju narcistički u određenim situacijama u odnosu sa njihovom okolinom. Postoji onoliko self-ova koliko je veza u kojima smo. Postoji toliko različitih načina postojanja koliko je različitih situacija odnosa.

Razmišljanje o „selfu kao funkciji“ još uvijek predstavlja jedinstvenu perspektivu među psihoterapijskim teorijama i teorijama ličnosti. Teorija geštalt psihoterapije istražuje self kao funkciju *organizam-okolina* polja u kontaktu, a ne kao strukturu ili primjer. Za bolje shvatanje selfa kao funkcije navodi se primjer novorođenčeta koje sisa mlijeko: ono zna da sisa mlijeko. Njegova sposobnost da sisa (kasnije grize, žvače, sjedi, stoji, hoda i sl.) dovodi dijete u kontakt sa svijetom i podržava njegovu spontanost. Ako je djetetu zabranjeno da sisa (grize, žvače, stoji, hoda, itd.), ono mora da to kompenzira radeći nešto drugo kako bi uspostavilo kontakt, te na taj način traži kreativnu adaptaciju na situaciju. Na primjer, ako je djetetu dato loše mlijeko ili je kažnjeno zato što pokušava da puže, stoji, hoda, ono je značajno pod

uticajem ovog iskustva. Geštalt psihoterapija nije zainteresovana da osuđuje kvalitet mlijeka ili ponašanja roditelja, nego je fokusirana na to kako dijete reaguje. Ovo nam dopušta da vidimo kako organizam može biti podržan s ciljem da povрати spontano funkcionisanje, što je za nas cilj. Ovakav način pomaže klijentima da ponovno otkriju spontanost i da isprobavaju nove mogućnosti uspostavljanja kontakta ili ponovnog otkrivanja sposobnosti da spontano naprave nove kreativne prilagodbe – nova organizacija iskustva u organizam-okolina polju (Francesetti, Gecele, i Roubal, 2013).

Kao što je grčki filozof Heraklitus rekao, „Nikada ne možeš stati u istu rijeku dva puta“ i „ništa ne traje osim promjene“. Jedna od najvažnijih stvari koju geštalt terapeut može da postigne je da pomogne klijentu u vraćanju zdrave spontanosti u funkciju self-a, baš tamo gdje je ta spontanost prekinuta.

2.5. Self: id, ego i „persona“

Geštalt koncept selfa kao procesa obuhvata tri strukture: id, ego i „persona“. Ove tri strukture predstavljaju funkcije selfa i označavaju procese koji sudjeluju u odnosu na situaciju u kojoj se osoba nalazi u sadašnjem trenutku (Mann, 2010). Id, ego i „persona“ su tri od mnogih mogućih iskustvenih struktura. Shvaćeni su kao primjeri sposobnosti osobe da se poveže sa svijetom. *Id* predstavlja senzorno - motornu pozadinu iskustva, koja se doživljava kao „unutar kože“. „*Persona*“ predstavlja asimilaciju prethodnih kontakata. *Ego* se predstavlja kao motor koji pokreće bazu prethodne dvije funkcije i bira s čime da se identificira, a od čega da se odvoji (Francesetti, Gecele, i Roubal, 2013).

2.5.1. Id-funkcija selfa

Prema Francesetti, Gecele, Roubal (2013), id-funkcija je definisana kao kapacitet organizma da napravi kontakt sa okolinom pod svaku cijenu pomoću:

- a. *Senzo-motornog iskustva asimiliranih kontakata* - na početku života, pojedinac mora da nauči sve, i sve je novina za doživjeti, dekonstruisati i asimilirati. Novorođenče doživljava povezanost između plakanja i dolaska majke (ili njenog nedolaska) i uči kako da reguliše unutrašnji osjećaj vremena. Kada majka ne dođe, dijete može doživjeti osjećaj tjeskobe i napuštanja.

- b. *Fiziološke potrebe* - u kontekstu teorije geštalt terapije, gdje je self funkcija polja, fiziološke potrebe čine uzbuđenje selfa koje dolazi iz organizma. Self može biti aktiviran unutrašnjim uzbuđenjem (izazvan pojavom fizioloških potreba ili iskustava) ili vanjskim uticajem (primljeno iz okolinskog iskustva).
- c. *Tjelesnim iskustvima i onim senzacijama koje se doživljavaju „kao unutar kože“* (uključujući i prošla iskustva) (Perls, Hefferline i Goodman, 1994). Ovaj treći aspekt *id funkcije* spaja prethodna dva i na taj način daje smisao integraciji u iskustvo bazičnog povjerenja (ili nedostatka povjerenja) i uspostavljanja kontakta sa okolinom. Reflektuje delikatnu vezu između samo-podrške i podrške okoline, i između osjećaja unutrašnje punoće i osjećaja da se okolini može vjerovati. Ova dva iskustva su povezana, što se više doživljava osjećaj povjerenja u okolinu, to se više doživljava unutrašnja punoća kao osjećaj relaksacije od napetosti. Suprotno tome, što se više osjeća sigurnim iznutra, to više može i funkcionalno da povjeri sebe svijetu (Francesetti, Gecele, Roubal, 2013).

2.5.2. *Funkcija persone*

Funkcija persone formira okvir stavova i uvjerenja o tome ko smo mi u svijetu i izražava sposobnost selfa da uspostavi kontakt sa okolinom na osnovu onoga što osoba postaje u kontaktu. Funkcija persone se izražava kroz odgovor na pitanje „Ko sam ja?“. Na primjer, ukoliko smatram sebe stidljivom i inhibiranom, pravim potpuno drugačiji vrstu kontakta sa okolinom u odnosu na nekoga ko sebe smatra ekstrovertiranim i odvažnim. Funkcija persone se odnosi na to kako mi pravimo socijalne uloge, kako asimiliramo prethodne kontakte i kako se kreativno adaptiramo na promjene koje nam nameće rast. Jedan od ključnih aspekata na koje terapeut treba obratiti pažnju je funkcija selfa na nivou funkcije persone. Na primjer, osmogodišnjak spontano koristi jezik koji je primjeren njegovom uzrastu. Ako se koristi jezikom odraslih, ovo se može interpretirati kao izražavanje poremećaja funkcije persone (Francesetti, Gecele, i Roubal, 2013).

2.5.3. *Ego funkcija selfa*

Ego funkcija izražava različit kapacitet selfa u kontaktu: sposobnost da identificiramo sebe sa, ili da odvojimo sebe od dijelova polja („ovo sam ja, ovo nisam ja“). Moć želja i odluka je ono što karakterizira jedinstvenost individualnih izbora (Francesetti, Gecele, i Roubal, 2013).

Ego funkcija je funkcija koja bira i odbacuje. Dok je id funkcija kolekcija potencijalnih figura, ego funkcija odbacuje i identificira mogućnosti. Postoji ograničavanje određenih interesa kako bi se koncentrisali na onaj najjači interes, što rezultira pooštavanjem figure interesa sa simultanim blijeđenjem drugih potencijalnih figura interesa. Ove figure koje blijede će se ponovno pojaviti u našem polju i postojati će kao mogućnosti za buduće figure polja. U geštalt teoriji samo jedna figura može isplivati iz polja našeg iskustva u svakom trenutku (Mann, 2010).

Ego funkcija se uključuje u proces kreativne prilagodbe praveći izbore, identificirajući se sa nekim dijelovima polja, i odvajajući se od drugih dijelova polja. Ego je ona funkcija selfa koja daje pojedincu osjećaj aktivnosti i namjere. Ego je centralan za vrijeme introspekcije – možemo biti svjesni sebe u izdvojenom trenutku, bez da budemo u direktnom kontaktu sa nekim ili nečim. Kroz svoju ego funkciju mi smo u mogućnosti da budemo svjesni sebe dok na primjer čitamo ili radimo bilo šta drugo.

2.6. Iskustvo kontakta – Povlačenje iz kontakta

Granica kontakta se nalazi na onom mjestu gdje se susrećemo i povlačimo iz naše okoline. Primjeri naše granice kontakta su naša koža i naša čula. U procesu susretanja i povlačenja na našoj granici kontakta mi se kreativno prilagođavamo na našu okolinu. Granica kontakta je tačka gdje pojedinac doživljava „ja“ u odnosu na ono što nisam „ja“, i kroz kontakt oboje je mnogo jasnije doživljeno (Polster i Polster, 1973).

Za zdravo funkcionisanje naše granice moraju biti dovoljno propusne kako bi dopustile njegovanje i intimnost, i dovoljno nepropusne kako bi zadržale autonomiju i odupirale se onome što je toksično u okolini. Zdravo funkcionisanje nije definisano time koliko su propusne ili nepropusne naše kontaktne granice u izolaciji, nego je više

određeno kapacitetom da se krećemo kroz kontinuum propusnosti i nepropusnosti u odnosu na trenutnu situaciju. Na kraju ovog kontinuumu je potpuno spajanje, što se u geštaltu naziva konfluencija, a na drugom kraju kontinuumu je izolacija u kojoj se ne dopušta ulazak bilo čega (Mann, 2010).

Self se definiše kao proces kontakta i povlačenja iz kontakta. To je proces u kojem se self širi dok ne dođe do granice kontakta sa okolinom i nakon punoće susreta sa okolinom, povlači. Iskustvo kontakta se opisuje kao uključivanje četiri faze: pred-kontakt, kontakt, finalni kontakt, post-kontakt.

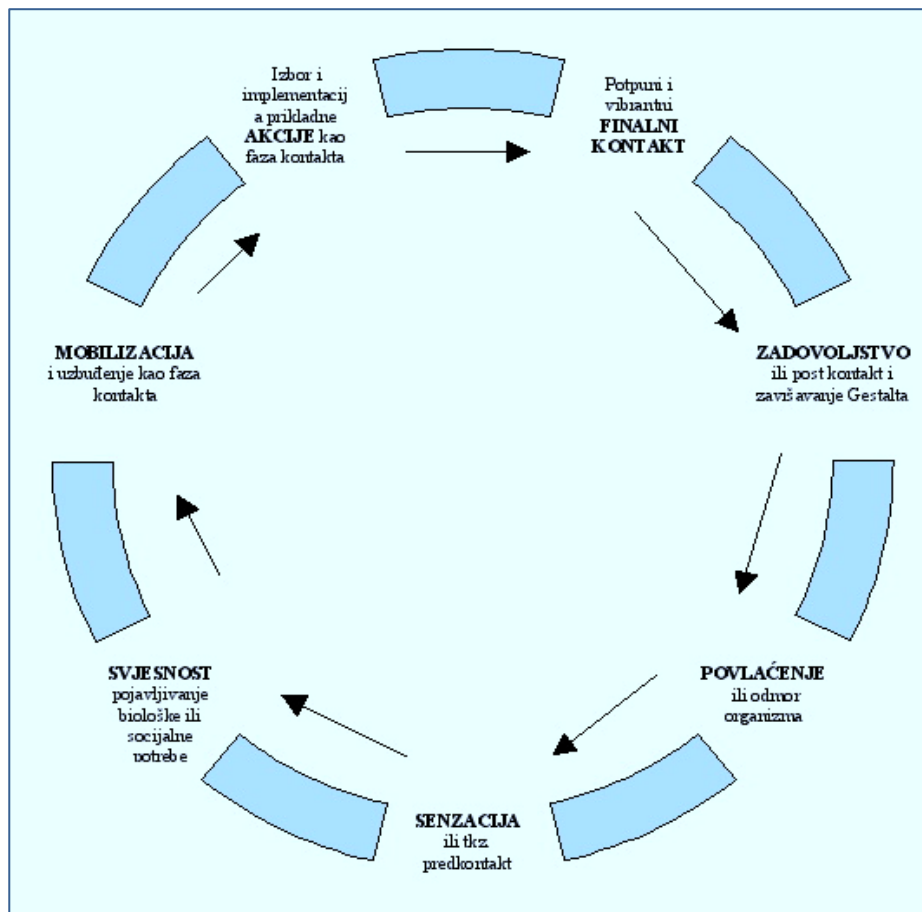
Aktivacija self-a se naziva pred-kontakt, moment u kojem uzbuđenje izvire, što inicira proces figura/polje. U narednoj fazi kontakta, self se širi prema granici kontakta sa okolinom, prateći uzbuđenje. U trećoj fazi, finalnog kontakta, finalni cilj, kontakt postaje figura, dok su okolina i tijelo pozadina. Cijeli self je okupiran spontanom načinom kontaktiranja okoline, svjesnost je visoka, self je potpuno prisutan na granici kontakta sa okolinom. U posljednjoj fazi, fazi post-kkontakta, self nestaje, kako bi dopustio organizmu mogućnost da preradi steknutu novinu, i da je integriše. Proces asimilacije je uvijek nesvjestan i nehotičan. Self nestaje iz ove faze, povlačeći se iz granice kontakta (Francesetti, Gecele, i Roubal, 2013).

Većina geštalt terapeuta opisuje sedam međusobno povezanih procesa koja nam služe da kalibriraju nivo kontakta sa našom okolinom. Ovaj proces kalibracije je povezan s time kako doživljavamo okolinu i često je izvan svjesnosti, ali se može izvesti i svjesno (Mann, 2010).

Geštaltistički iskustveni ciklus je prirodan proces. Zavisno od zadatka koji se postavlja, bilo to trčanje ili relaksacija, zdrav organizam će podesiti proces disanja tako da bude maksimalno efikasan. Veći, makroskopski ciklusi, recimo sekvence odrastanja, mogu trajati čitav život. Veći ili manji ciklusi, kreativno i na zadovoljavajući način, će biti ostvareni ako se omogući prirodnim procesima da dosegnu svoj organizmički završetak.

Svaki poremećaj ciklusa predstavlja bolest. Ako nema ometanja toka, ciklus se odvija na ritmičan i potpun način, idući u susret potrebama osobe koje se smjenjuju (slika 1). Svaka nova potreba koja se pojavi postaje jasna figura sve dok se na nju

obraća pažnja, posle čega ponovo postaje pozadina. Ovo je fenomen organizmičke regulacije - način na koji ljudi regulišu svoje normalno funkcionisanje, recimo disanje, hranjenje, seksualnu aktivnost i eliminaciju, u cilju zdravog življenja (Clarkson, 1989).



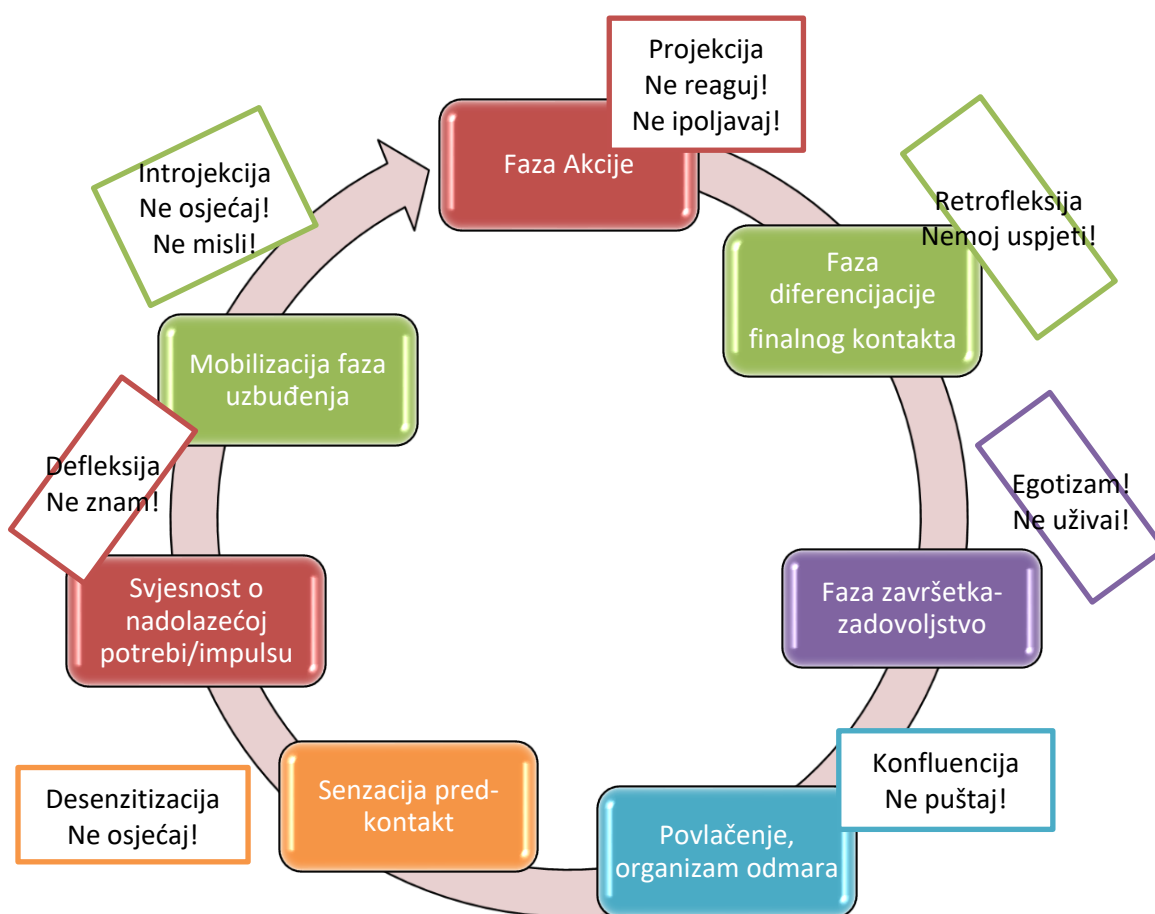
Slika 1: Krug geštalt formiranja i destrukcije

(Prilagođeno prema: Petruska, 1999)

2.7. Poremećaji funkcije self-a: psihopatologija i geštalt dijagnoza

Originalno opisani kao otpori koji se dešavaju na granici kontakta, posljedično su se nazivali različitim drugim terminima poput prilagodbe, modifikacije, prekidi i poremećaji. Različiti nazivi mogu dovesti do konfuzije pogotovo za one koji se tek upoznaju sa geštaltom. To su ustvari kreativne prilagodbe koje su se izvorno formirale u relaciji sa našom situacijom kao najbolji način nošenja sa situacijom, u to vrijeme. Niti su pozitivni niti negativni nego se uvijek trebaju gledati u kontekstu trenutne situacije u kojoj se nalazi pojedinac (Mann, 2010).

Razumijevenje otpora kao kreativne prilagodbe vodi nas da o psihopatologiji razmišljamo na nevjerovatan način. Vjerujemo da bilo koji simptom ili ponašanje koje se obično posmatra kao patološko je ustvari krativna prilagodba osobe na tešku situaciju. Takozvani gubici ego-funkcije su kreativni izbori kako bi se izbjeglo uzbuđenje tokom različitih faza iskustva kontakta sa okolinom. Ovo uzbuđenje, pošto nije podržano, bi vodilo u iskustvo anksioznosti.



Slika 2. Ciklus kontakta sa prekidima kontakta

Uobičajeni prekidi kontakta nas vode u akumulaciju nedovršenih situacija što posljedično nastavlja da prekida druge procese smislenih kontakata (slika 2). Spontanost je osobina koja prati sposobnost da se bude potpuno prisutan na granici kontakta, sa punom svjesnošću sebe i sa punom upotrebom čula. Ovo je stanje u kojem jasno vidimo druge.

Lobb (2013), navodi odličan primjer na kojem se mogu objasniti prekidi kontakta. Djevojčica spontano osjeća želju da zagrlji oca, ali susreće se sa njegovom hladnoćom. Ona prekida svoj spontani korak prema njemu, ali ne prekida svoju namjeru da bude u kontaktu s njime. Uzbuđenje, „želim da ga zagrlim“ je blokirano u udišući trenutak (ona zadržava dah) i, bez podrške kisika, postaje anksiozna. Kako bi izbjegla ovu anksioznost, uči da radi druge stvari i zaboravlja na to. Ono što ona radi je da uspostavlja kontakt uz prekide ili otpore spontanosti kao što su:

- *Desenzitizacija ili minimiziranje senzacije:* u desenzitizaciji se izbjegava da se doživi sebe ili da se doživi sredina. Senzacije ili osjećanja selfa su oslabljeni, nepoštovani ili zanemareni (Clarkson, 2013). Step en desenzitizacije je prisutan u bilo kojem zavisničkom ponašanju bilo da je to kompulsivno prejedanje, seksualna ovisnost ili zloupotreba supstanci. U našem brzom načinu života možemo se često u određenoj mjeri desenzitizirati do nekog stepena kada nam pritisak s kojim se suočavamo ne dozvoljava da se posvetimo iskustvima i u potpunosti osjećamo (Mann, 2010).
- *Defleksija ili izbjegavanje senzacije:* defleksija je okretanje od direktnog kontakta sa osobom. To je način da se redukuje svjesnost o kontaktu sa okolinom, da se kontakt zamagli (Clarkson, 2013). Ovaj proces opisuje izbjegavanje direktnog kontakta. Upotreba „mi“ je klasični primjer u kojem se generalizacijom umanjuje uticaj izjave. Promjena teme razgovora je drugi primjer. Deflektivni jezik je najčešće praćen i tjelesnim reakcijama kako bi se izbjegao puni kontakt sa drugom osobom – plitko disanje, izostanak kontakta očima, distraktibilni pokreti, slijeganje ramenima (Mann, 2010).
- *Introjeksija:* razvoj uzbuđenja je prekinut upotrebom pravila ili preuranjenom definicijom (na primjer, djevojčica iz gore navedenog primjera ima introjekt „očevi se ne grle“). Introjeksija je proces kada neko mišljenje, stav ili instrukciju slijepo prihvatamo iz okoline kao da je istina i pri tome ne analiziramo introjekt (Alispahić, 2021).
- *Projekcija:* razvoj uzbuđenja je prekinut odbacivanjem i pripisivanjem okolini (na primjer, „moj otac me odbacuje“). Projekcija je suprotna od introjeksije. Može se opisati kao konfuzija sebe i drugog koja je rezultat pripisivanja izvanjskom onog što je zapravo dio selfa. Projekcija je sklonost da se na okolinu prebaci odgovornost za

ono što je nastalo u samoj osobi. Osoba u drugome vidi neželjene i nepoželjne osobine i osjećaje koje joj je jako teško vidjeti u samoj sebi (Alispahić, 2021).

- *Retrofleksija*: razvoj uzbuđenja je prekinut vraćanjem prema sebi umjesto da se pusti da se uspostavi puni kontakt sa okolinom (na primjer „Ne treba mi ovo – nije dobro za mene – da ga zagrlim“). Retrofleksija je podjeljenost selfa, pri čemu self zamjenjuje okolinu – radimo sebi ono što bismo željeli raditi drugima ili radimo sebi ono što bi željeli da drugi rade nama.
- *Egotizam*: kontakt sa okolinom se uspostavlja, ali se brzo završava, prije nego se novina iz okoline kontaktira i asimilira (na primjer, djevojčica zagrlila oca ali ne doživljava novinu ovog događaja, i kaže sebi „znala sam da mi ovo neće donijeti ništa novo“). Egotizam je blokiranje spontanosti kontrolom. Egotizam često ometa zadovoljstvo jer se osoba više bavi sobom nego doživljajem sopstvenog zadovoljstva (Clarkson, 2013).
- *Konfluencija*: uzbuđenje djevojčice nije razvijeno jer proces diferencijacije organizma od sredine nije počeo (na primjer, preuzima očevu hladnoću kao vlastiti stav i ne razmišlja o mogućnosti da ga zagrlila). Konfluencija se može definisati kao disfunkcionalna bliskost, stanje u kojem se ne razlikuje organizam od sredine. Dvije osobe se stapaju u jedno, spajajući uvjerenja, stavove ili osjećanja, a da nisu reorganizovali granice među sobom i način na koji se razlikuju. Ponašaju se kao da su jedna osoba. Svako povlačenje granice doživljavaju kao prijatnu odnosu, a ponekad i samom opstanku osobe.

Geštalt psihoterapija na razvoj čovjeka i psihopatologiju gleda kao na kreativnu prilagodbu. Ne može se reći da su neka ponašanja zrela i ispravna dok su druga pogrešna i nezrela. Termini „zdrav“ i „zreo“, ili „patološki“ i „nezreo“, se odnose na norme koje su izvan iskustva osobe, postavljeni od strane osoba koje nisu doživjele takvo iskustvo. Geštalt terapeuti nemaju namjeru dovesti pacijenta na „zdrav“ i „zreo“ standard iskustva ili ponašanja, nego ga voditi na odgovarajuću spontanost u uspostavljanju kontakta. Zadatak terapeuta je da pomogne osobi da prizna ovo kreativno iskustvo svoje prilagodbe, ponovno ga prisvajajući na integrisan način, bez anksioznosti, drugim riječima spontano (Spagnuolo Lobb, 2013).

3. SUICID I SUICIDALNO PONAŠANJE

„Ponekad je najteža stvar na svijetu izabrati izdržati život.“

(Shneidman, 1996)

3.1. Karakteristike suicida i suicidalnog ponašanja

Samoubistvo je ozbiljan globalni zdravstveni problem. Nalazi se u top dvadeset vodećih uzroka smrti širom svijeta, sa više smrtnih slučajeva u odnosu na malariju, rak dojke, rat ili ubistva. Blizu 800 000 ljudi umre od samoubistva svake godine. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (2006), suicid je definisan kao namjerni čin oduzimanja vlastitog života i javlja se usljed interakcije bioloških, genetičkih, psiholoških, socioloških, kulturoloških i okolinskih faktora.

Jedna od najcitiranijih klasifikacija suicidalnog ponašanja je ona O'carrolla i sur. (1996):

- *Samoubistvo* – dokazano samo-uzrokovana smrt (bilo da su metoda ili ponašanje koji su prouzročili smrt bili izravno ili neizravno smrtonosni).
- *Pokušaj samoubistva* – samoozljeđujuće ponašanje gdje izostaje fatalni ishod, pri čemu postoje dokazi da je osoba namjeravala opisanim činom posredno ili neposredno dovesti do vlastite smrti.
- *Promišljanje o samoubistvu* – razmišljanja da se uzrokuje vlastita smrt; promišljanja o samoubistvu mogu se kretati od nesistematiziranih misli do razrađivanja ozbiljnih planova.
- *Suicidalna namjera* – subjektivno očekivanje i želja da svojevolumni destruktivni čin dovede do vlastite smrti.
- *Namjerno samoozljeđivanje* - svjesno nanošenje boli i ozljeda samome sebi bez stvarne želje i nakane da se okonča vlastiti život.

Deseta međunarodna klasifikacija bolesti (MKB-10) ne specificira dijagnostičke kriterije za suicid, a suicidalan čin i ponašanje uglavnom se javljaju kao modifikatori bolesti ili komplikacije. Dva poremećaja (veliki depresivni poremećaj i granični poremećaj ličnosti) u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje

(DSM 5) uključuju suicidalne postupke ili ponašanje i suicidalna razmišljanja kao dio kriterija koji su uključeni u specificiranju ovih dijagnoza. Iako se suicidalno ponašanje često dešava u kontekstu psihijatrijskih stanja, nije isključivo samo za takve slučajeve. Na primjer, u Sjedinjenim Američkim Državama 10 % ljudi koji počine samoubistvo nemaju identificirane mentalne poremećaje. U Kini procjena raste do 37%. Također, među ljudima sa psihijatrijskim stanjima koja su povezana sa visokim rizikom od suicidalnih ponašanja, većina pacijenata nikada i ne pokuša. Zbog toga su vođene mnogobrojne diskusije oko uvođenja zasebne dijagnoze za suicidalna ponašanja u DSM 5 što bi dovelo do bolje integracije pristupa identifikacije u kliničku praksu (Quendo, Baca-Garcia, 2014).

Ne-suicidalno samoozlijeđujuće ponašanje i poremećaj suicidalnog ponašanja su uključeni kao dijagnostički kriterij u sekciji dva, petog izdanja Dijagnostičkog i statističkog priručnika (DSM 5) Američke psihijatrijske asocijacije. Međutim ni jedan od ovih entiteta nisu priznati kao formalne kliničke dijagnoze, nego definisani kao klasifikatorni sistemi kako bi standardizirali dalja istraživanja u ovom polju.

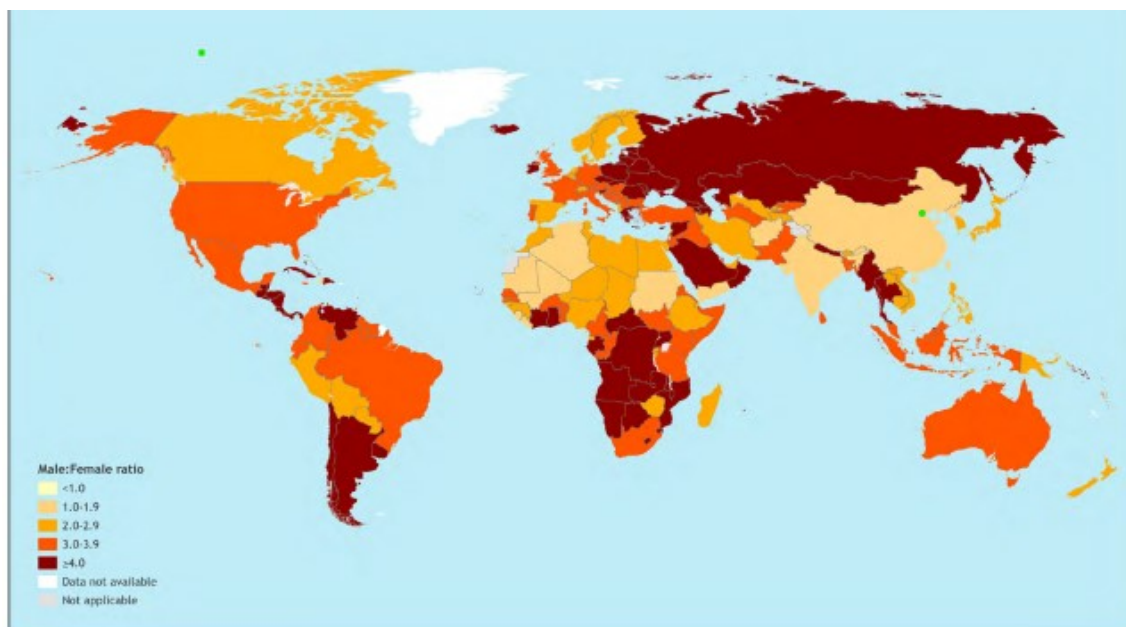
Najstarija referenca o suicidu je egipatskog porijekla. Sedam samoubistava se spominje u Starom Zavjetu i nijedan nije kritiziran u zapisu. U Novom Zavjetu, samoubistvo Jude je oštro kritizirano i opisano kao mnogo veći grijeh nego izdaja Krista (Stone, 1999). Površni način gledanja na suicid zanemaruje individualne razlike i potrebe, kao i poziv u pomoć koja se najčešće nalazi iza suicidalnog ponašanja koje prethodi suicidu.

Bez obzira na motive, uzroke, povode i načine izvršenja, samoubistvo je uvijek nasilnički akt prema samome sebi. Kod ovog fenomena posebno su važni individualni motivi i psihodinamička struktura potrebe za samouništenjem. Neki autori smatraju da se želja za samoubistvom javlja kao oblik osvete, oblik mržnje ili agresije, kao posljedica ambivalentnog konflikta između ljubavi i mržnje, ili kao oblik samokažnjavanja zbog grižnje savjesti ili osjećaja krivice. Samoubistvo je zamka u koju upadaju osobe koje proživljavaju teške psihičke krize, osobe koje često ne znaju šta da urade sa sobom. Mogu biti preosjetljive, lako ranjive, previše senzibilne, labilne, nezadovoljne, razočarane, frustrirane, potištene, depresivne, autoagresivne, nasilne, destruktivne i pesimistički orijentisane ličnosti. Samouništavajuće ponašanje zapravo je

jedna težnja da se izbjegnu neke neugodne posljedice, traume, kažnjavanje, sramoćenje, depresija, konflikti, da se umanju vlastita odgovornost, da se ublaži napetost, uspostavi ponovno ravnoteža, stabilnost, mir i spokojnost.

3.2. Epidemiologija suicida

Teško se može govoriti o preciznim globalnim procjenama stopa suicidalnosti budući da samo 35% zemalja, članica Svjetske zdravstvene organizacije, ima sveobuhvatne načine registrovanja i praćenja suicida. Procjena je da je stopa suicida na globalnoj razini 2019. godine iznosila 703 000. Globalna stopa suicida standardizirana po dobi je bila 9.0 prema 100 000 populacije za 2019. godinu. Stope su varirale između zemalja, od manje od dvije smrti suicidom prema 100 000 do 80 prema 100 000.



Source: WHO Global Health Estimates 2000-2019

Slika 3. Globalna stopa suicida za 2019. godinu. Epidemiološki podaci stopa suicida u oba spola.

Izvor: Svjetska zdravstvena organizacija, 2019.

Globalno, standardizirana stopa suicida prema dobi je bila 2.3 puta veća kod muškaraca nego kod žena. Stope suicida muškaraca naspram žena, koje su veće od 1, indiciraju da su stope suicida veće kod muškaraca nego kod žena. Dok je omjer bio nešto veći od 3 u zemljama većih prihoda, bio je manji u zemljama nižih i srednjih

primanja (zemlje niskih prihoda: 2.9; zemlje niskih do srednjih prihoda:1.8; zemlje srednjih do većih prihoda: 2.6 (Slika 3).

U zemljama s visokim prihodima sredovječni i stariji muškarci imaju najviše stope suicida, međutim, suicid je drugi vodeći uzrok smrti kod osoba od 15 do 29 godina. U starijih osoba stope suicidalnosti također su visoke, osobito među onima s tjelesnim poremećajima, depresijom i anksioznosti. Spol je također bitan faktor u suicidalnosti s većim postotkom suicidalnih ideacija i suicidalnih pokušaja među ženama, ali s općenito višim stopama smrti uzrokovanih suicidima kod muškaraca (15/100.000 u muškaraca naspram 8/100.000 žena, globalno). Omjer suicida muškaraca i žena veći je u zemljama s visokim prihodom naspram zemalja sa srednje niskim prihodom (3,5 naspram 1,6) (Brečić, 2017).

3.3. Vrste suicida – oblici suicidalnog ponašanja

Emile Durkheim razlikuje četiri osnovne vrste samoubistva: 1) *anomično* - javlja se onda kada normativne vrijednosti jedne zajednice gube obvezujuću moć; 2) *egoistično* - događa se onda kada su pojedinci odvojeni od svoje društvene zajednice i kada smatraju da društvene norme na njih nemaju nikakvog uticaja ni važnosti; 3) *altruistično* - kada se osoba dosljedno odriče sebe i potpuno se poistovjećuje s društvenom zajednicom; 4) *fatalističko* - bijeg od normativne zajednice, događa se u atmosferi fizičkog i moralnog despotizma društvene zajednice nad pojedincem.

Većina samoubistava se počine na tradicionalan način, uobičajnim metodama i sredstvima pa ih se može svrstati u skupinu takozvanih „klasičnih samoubistava“. Vješanje je jedan od najčešćih načina izvršavanja samoubistva. U pravilu, samoubistvo se izvodi isključivo jednim načinom i jednim sredstvom, ali u praksi se ponekad susreće i primjena nekoliko njih. Takva samoubistva nazivamo kombiniranim samoubistvima. Samoubistva dalje mogu biti naprasna i polagana, aktivna i pasivna, javna i tajna prema izboru mjesta, prema broju osoba, mogu biti pojedinačna, dvojna, višestruka. Postoji i takozvano simulirano i disimulirano samoubistvo. U prvom slučaju, iz različitih interesa i pobuda ubistvo, prirodna smrt ili nesretni slučaj pokušaju se prikazati kao samoubistvo, a u drugom je obrnut slučaj, samoubistvo se prikazuje kao prirodna smrt, nesretni slučaj ili ubistvo. Mogu biti planirana, neplanirana, aktivna, brza, nagla,

iznenadna. Prva su mnogo učestalija, pripremana dugo i u tajnosti, te diskretno izvedena, dok su druga neplanirana, nepredvidiva, u ljutnji, svađi i naprečac počinjena.

O samoubilačkim igrama kao vrsti samoubistva se ne govori mnogo. Samoubistvo iz zabave, pomodarstva, iskazivanja hrabrosti, smjelosti. Vrlo su rijetka u svijetu, ne nailaze na mnogo svojih pristalica, ali ipak postoje. To je kobno kockanje sa životom, suluda igra koju mladi katkad provode iz često neobjašnjivih razloga. Mnogi su čuli za on-line igre koje su uključivale seriju izazova i završavale samoubistvom. Kultura izazova je ukorjenjen on-line fenomen, a društvene mreže posebno motiviraju mlade da učestvuju baš zbog njihove potrebe za pažnjom. Iako nije bilo dokaza da su ove igre postojale, vlasti širom svijeta su reagovala tako što su objavili upozorenja i stvorili kampanju kako bi upozorili mlade i njihove roditelje (Bada i Clayton, 2020).

3.3.1. Parasuicid

O parasuicidu govorimo onda kada osoba svoj samoubilački plan i akt ne provede do kraja pa ostane sve na pokušaju, bilo da je neko otkrije i spriječi, bilo da tijekom pokušaja dođe do tehničkih, organizacijskih ili nekih drugih teškoća i problema. Ponekad se preplaše i odustanu od svoje namjere. Odustajanje može biti trajno ili samo prolongirano. Parasuicidalno ponašanje nije proizvod agresivnosti, autodestruktivnog poriva niti stvarne potrebe i odluke za samouništenjem, već je apel okolini s kojom suicidalna osoba nema normalnu verbalnu komunikaciju. Na taj način, neverbalnom komunikacijom, gutanjem tableta, pažljivim rezanjem vena i drugim samoubilačkim radnjama prenosi apel okolini.

3.3.2. Autoagresivna ponašanja

Autoagresija ili samoozljeđivanje je oblik autodestruktivnog ponašanja. Autodestruktivnim ponašanjem nazivamo ponavljano svojevoljno samoozljeđivanje vlastitog tijela bez trenutačne suicidalne namjere. Svako takvo ponašanje dovodi do psihičkog i fizičkog slabljenja organizma. Ponavljano autodestruktivno ponašanje često je kod oba spola, najčešće kod adolescenata i to u sljedećim oblicima: samoozljeđivanje rezanjem (žiletom, nožem ili bilo kojim drugim oštrim predmetom), grebanje, nanošenje opekline (primjerice opušcima cigarete), poremećaji prehrane, konzumiranje alkohola, droga, samotrovanje lijekovima i alkoholom te različiti pokušaji suicida. Najčešći oblici

autodestruktivnog ponašanja su prema istraživanjima: samoozljeđivanje rezanjem i samotrovanje lijekovima. U ovim oblicima češći su kod adolescenata.

3.3.3. Suicidalno ponašanje kod osoba sa poremećajima prehrane

Glavna obilježja anoreksije nervoze su: osoba odbija zadržati normalnu tjelesnu težinu, pokazuje značajan poremećaj u percepciji, odnosno doživljaju vlastitog tijela, boji se da će se udebljati. Kod žena je moguć i izostanak menstruacije. Postoje dva tipa: restriktivni – osoba nije uključena u ponašanje prejedanja i pražnjena (samo izazvano povraćanje ili zlouporaba laksativa, diuretika), purgativni tip – osoba je uključena u ponašanje prejedanja i pražnjenja.

Bulimiju obilježava prejedanje s epizodama namjernog izazivanja povraćanja. Samoozljeđivanje se javlja u oko 25 do 55% pacijenata sa poremećajima u prehrani. Kao rizične faktore možemo navesti razne traume iz djetinjstva (seksualno zlostavljanje, zanemarivanje ili fizičko zlostavljanje), osobine porodice iz koje pacijent potiče. Kod anoreksije nervoze restriktivnog tipa u provedenom istraživanju, čak 50% ispitanica je pokazalo sklonost samoozljeđivanju.

3.4. Procjena rizika za suicidalnost

Procjena rizika od samoubistva zavisi od: procjene postojanja samoubilačkih ideja, postojanja psihijatrijskog poremećaja i faktora za koje se zna da su povezani s povećanim rizikom od samoubistva (Gelder, Mayou, i Geddes, 2005). Određena rizična ponašanja su rezultat različitih faktora i poznaju se kao ponašanja koja prethode suicidu. Ponašanja koja se najčešće povezuju sa suicidom su zloupotreba supstanci (primarno alkohola), nasilje, impulsivnost, samoozlijeđivanje i neredovan san. Historija traume u djetinjstvu povećava za dva do pet puta rizik za suicidalno ponašanje. Zlostavljanje u djetinjstvu može značajno omesti razvoj selfa žrtve i uticati na njegove/njene interpersonalne odnose, što predstavlja predispoziciju za razvoj psihopatologije kod osobe i disfunkcionalne karakteristike ličnosti, što dalje povećava rizik za suicid. Karakteristike ličnosti koje se povezuju sa suicidalnim ponašanjem su impulsivnost, impulsivna agresivnost, neuroticizam, perfekcionizam i osjetljivost na životne događaje. Također, adolescenti koji su žrtve nasilja u vezama su pod većim rizikom za planiranje i

pokušaj suicida. Učestale svađe među srednjoškolcima su također povezane sa šest puta većim rizikom za suicid (Caceda, 2014)

Konflikt u porodici predstavlja jedan od najsnažnijih rizičnih faktora za letalno suicidalno ponašanje kroz životni vijek. Mnoge studije su pokazale povezanost između suicida i nesloge unutar porodice, porodičnog nasilja, porodičnog stresa i percepcije da je osoba teret porodici. Prethodni pokušaj suicida je jedan od najpouzdanijih i najvažnijih prediktora budućih suicidalnih ideacija, pokušaja i smrti uzrokovanih samoubistvom kroz životni vijek. Prisustvo višestrukih ranijih pokušaja je posebno jak prediktor letalnog suicidalnog ponašanja i kod adolescenata i kod odraslih (Van Orden i sur., 2010).

Socijalna izolacija se smatra najsnažnijim i najvjerodostojnijim prediktorom suicidalnih ideacija i letalnog suicidalnog ponašanja u skupinama koje variraju po dobi, nacionalnosti i kliničkoj ozbiljnosti (Dervic, Brent i Oquendo, 2008). Brojne empirijske studije su pokazale povezanost između letalnog suicidalnog ponašanja i različitih aspekata socijalne izolacije, uključujući usamljenost, socijalno povlačenje, samostalni život uz slabu socijalnu podršku. Suprotno, brak, djeca i veći broj prijatelja/porodica su povezani sa smanjenim rizikom za letalna suicidalna ponašanja (Van Orden i sur., 2010).

Rizične faktore možemo podjeliti na demografske, biološke, psihološke, kliničke i faktore „okidače“ za suicidalno ponašanje. Detaljnije informacije su prikazane u Tabeli 1 (Caceda, 2014).

Tabela 1. Rizični faktori za suicid

Predisponirajući faktori

Biološki faktori

- Serotonergička disfunkcija ili abnormalnost
 - Noradrenergična disfunkcija ili abnormalnost
 - Dopaminergička disfunkcija ili abnormalnost
 - Hiperaktivnost hipotalamičko-hipofizne-nadbubrežne osi
 - Hronična hipoksija
-

-
- Infekcije (HIV, Toxoplasma gondii)
-

Psihološki faktori

- Agresivnost, hostilnost, impulsivne tendence
 - Suicidalne misli
 - Prisustvo beznadežnosti
 - Nisko samopouzdanje, osjećaj neuspjeha
 - Nedostatak religioznih ili moralnih ograničenja protiv suicida
-

Klinički faktori

- Ozbiljni depresivni simptomi
 - Prva tri mjeseca od početka depresivne epizode
 - Rani početak depresije, mlađa dob pri prvoj hospitalizaciji, više prethodnih hospitalizacija
 - Komorbiditeti sa Osom I (na primjer, poremećaji raspoloženja, anksiozni poremećaj, psihotični poremećaj, poremećaj zloupotrebe supstanci)
 - Popratni poremećaji ličnosti ili karakteristike ličnosti (na primjer, granični poremećaj, antisocijalni poremećaj)
 - Hronična bolest
 - Prethodna lična iskustva pokušaja suicida
 - Prethodna iskustva preduzimanja mjera da se raniji pokušaji suicida ne otkriju
 - Prisustvo iskustva suicida u porodičnoj anamnezi
-

Demografski/socijalni faktori

- Demografski faktori (spol, dob, rasa)
 - Socijalna izolacija
 - Ne živi sa djetetom mlađim od 18 godina
 - Iskustvo fizičkog ili seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu
 - Smrt roditelja prije dobi od 11 godina
 - Tjelesno kažnjavanje u adolescenciji
 - Iskustvo zlostavljanja i lošeg postupanja prema djeci u porodici
-

Faktori okidači

- Skori težak gubitak
 - Socijalna, finansijska ili porodična kriza ili gubitak (negativni životni događaji)
-

-
- Nezaposlenost ili finansijski problemi
 - Pristup sredstvima sa većom smrtnošću
 - Zaraza ili nedavna izloženost samoubistvu
 - Akutna intoksikacija supstancama
 - Skori razvod ili gubitak supružnika
-

Kada se govori o sprečavanju suicidalnog ponašanja često se to poistovjećuje sa pojmom prevencija. Najčešće se pod sprečavanjem podrazumjeva prepoznavanje rizika za suicid, tj. presuicidalni sindrom koji je prvi u stručnu literaturu uveo E. Ringel, 1973. godine, kao i poduzimanje aktivnosti da do suicida ne dođe (Kocijan-Hercigonja, Folnegović-Šmalc, 2001). Preventivne aktivnosti obuhvataju aktivnosti koje imaju za cilj razvijanje takvih životnih i razvojnih uslova koji će eliminirati mogućnost stvaranja rizičnih situacija i grupa, liječenje osoba sa suicidalnim ponašanjem, ali i liječenje osoba koje su žrtve suicida, tj. članova porodice osobe koja je počinila suicid, kao i osobe nakon pokušaja samoubistva. O prevenciji suicida ne možemo govoriti, jer suicid ili samoubistvo znači izvršeni suicid, koji više ne možemo spriječiti. Mnogo je važnije naglasiti da osobe sa suicidalnim ponašanjem spadaju u skupinu koja treba preventivni rad.

Preventivne aktivnosti dijele se na primarnu prevenciju koja ima za cilj spriječiti pojavu, što u odnosu na suicid znači poduzimanje aktivnosti koje će smanjiti pojavu suicidalnog ponašanja direktno, a time i smanjenje suicida indirektno. To su aktivnosti koje se odvijaju na širem društvenom planu i preko kojih se mijenja način razmišljanja i rješavanje problema kroz edukaciju i informisanost opšte populacije o problemima suicidalnog ponašanja i njihovim uzrocima.

Sekundarna prevencija obuhvata aktivnosti koje su usmjerene na ranu i učinkovitu dijagnostiku, otkrivanje problema i poduzimanje aktivnosti da se problem ublaži i riješi. U odnosu na suicidalnost to se odnosi na dobro educirane profesionalce koji će prepoznati suicidalnu osobu i poduzeti aktivnosti da se suicid spriječi. U tu svrhu su razvijene mjere za suicidalno ponašanje kako bi se procjenio rizik za suicid kroz različite populacije. Neki pojedinci, osobito adolescenti, mnogo otvorenije dijele informacije povezane sa suicidalnim mislima, ponašanjima, i rizicima kroz instrumente

samoprocjene, tako da ovi instrumenti mogu biti poželjne komponente procjene rizika. Najčešće korišteni mjerni instrumenti su:

Skala procjene ozbiljnosti samoubistava Columbia - je skala koja se koristi da mjeri suicidalne ideacije i ponašanje, kao i intenzitet ideacija i predviđa rizik od suicida kroz tretman i istraživanje (Posner, 2011). Koristi se širom svijeta i besplatna je. Trening je potreban za administraciju mjerenja, ali nije obavezna za stručnjake mentalnog zdravlja.

Bekova skala za procjenu suicidalnih ideacija - je kratka skala od 21-ajtema, koja procjenjuje trenutni intenzitet stavova, planova i ponašanja vezanih za suicid. Mjeri trajanje i frekvenciju ideacija, osjećaj kontrole nad pokušajima, broj odvrćanja od suicida i trajanje planiranja povezanih sa pokušajem suicida. Ova skala je odgovarajuća i za kliničke pacijente, ali i u općoj populaciji. Može se sprovoditi kao intervju ili samoprocjena, i zahtjeva određeni trening za sprovođenje intervjua. Skala nije besplatna, nije dostupna na bosanskom jeziku.

Bekov inventar depresivnosti (Beck, Steer i Brown, 1996) - uveliko se koristi i kod nas, skala samoprocjene depresivnih simptoma sa ajtemom o suicidu koji se ocjenjuje sa ocjenama od 1 do 4, od pasivnih suicidalnih ideacija do jake namjere da se počini suicid. Pojedinci koji ocjene najmanje dva, ili informišu o suicidalnim mislima, ali bez namjere, će 6.9 puta vjerovatnije počiniti suicid. Skala je dostupna i na bosanskom jeziku.

Bekova skala beznadežnosti (Beck i Steer, 1988) - je još jedna kratka mjera samoprocjene koja predviđa suicid i kod kliničkih pacijenata, ali i u općoj populaciji. Jedna je od najraširenijih skala za procjenu osjećaja beznada/beznadežnosti. To je skala od 20 tačno-netačno tvrdnji koje procjenjuju pozitivne i negativne misli o budućnosti kroz period od sedam dana.

Protektivni faktori su oni faktori koji smanjuju mogućnost ishoda u prisustvu povećanog rizika. Iako su formalni testovi protektivnih faktora jako rijetki u istraživanjima suicida, nekoliko studija posvećenih faktorima povezanim sa nižim rizikom za suicidalno ponašanje, izdvajaju trajno prisutne faktore: povećan osjećaj pripadnosti, svrhe, sposobnost prevazilaženja problema i povezanost s drugima, zatim

porodica, prijatelji, zajednica, vjera. Religiozna shvatanja, praktikovanje religije i duhovnost su povezani sa smanjenim rizikom od pokušaja suicida (Caceda, 2014).

Prema Dervic i sur. (2004), zaštitni faktori religioznosti prema suicidalnosti jesu moralan stav i nizak stepen agresivnosti. Tome se mogu još dodati: zdrava suportivna mreža, kognitivno restrukturiranje, davanje smisla svakom događaju, unutrašnja refleksija s posljedičnim jačanjem samopoštovanja, motivacija i sudjelovanje u unutrašnjim promjenama, a vanjske posljedice – jačanje zdrave društvene mreže. Osim toga duhovnost i religioznost imaju dobrobit i na fizičko zdravlje jer neizravno promovišu zdrav način života (zabranjujući pušenje, alkohol i upotreba droga, te potičući zdrav način prehrane kao i odmor).

Tabela 2. Protektivni faktori za suicid

-
- Efektivna klinička podrška za mentalne, fizičke poremećaje i za zloupotrebu supstanci
 - Laka dostupnost zdravstvenoj njezi
 - Podrška porodice i zajednice (povezanost)
 - Trajna podrška u odnosu sa medicinskim radnicima i stručnjacima za mentalno zdravlje
 - Vještine u rješavanju problema, konfliktnih situacija i nenasilnih načina razrješenja rasprava
 - Kulturna i religijska uvjerenja koja obeshrabruju suicid i podržavaju instinkt za samoodržanjem.
-

3.5. Motivi suicida

Iako se većina istraživanja bavi neteoretskim kontekstom, teorije suicida obuhvataju različite perspektive, uključujući biološke, psihodinamske, kognitivno-bihevioralne kao i razvojno-sistemske. *Biološke teorije* predlažu da je suicidalno ponašanje rezultat prisustva dvojakih faktora, bioloških (kao što su disregulacija serotonergičkog sistema u ventromedijalnom prefrontalnom korteksu) i aktivirajućih psihosocijalnih stresora. *Psihodinamske teorije* predlažu da je suicid uzrokovan nesvjesnim porivima, intenzivnim afektivnim stanjima, željom da se pobjegne od

psihološke boli, egzistencijalnim porivima za značajem i poremećenim oblikom privrženosti. *Kognitivno-bihevioralne teorije* predlažu da je uzrok suicidalnog ponašanja beznadežnost, suicidalni kognitivni način rada, deficit autobiografske memorije i percepcije zarobljenosti i emocionalne disregulacije. *Razvojne/sistemske teorije* smatraju uzrokom poremećene socijalne sile i poremećene porodične sisteme (Van Orden i sur., 2010).

3.5.1. Interpersonalna teorija suicida

Osnove interpersonalne teorije suicida polaze od pretpostavke da ljudi umiru od suicida zato što mogu i zato što to žele. Unutar ove teorije postoje tri osnovna konstrukta koja su centralna za suicidalno ponašanje. Prva dva su povezana sa suicidalnom željom - prema potrebi za pripadanjem i procjenjenim osjećajem da je osoba na teretu drugima - i jedan primarno povezan sa stečenom sposobnošću za suicid.

Kada govorimo o prvom konstrukt, osujećenom osjećaju pripadnosti, vraćamo se na socijalnu izolaciju za koju smo već naveli da je jedan od najjačih i najpouzdanijih prediktora suicidalnih ideacija, pokušaja, i letalnih suicidalnih ponašanja kroz životni vijek. Socijalna povezanost s druge strane, je povezana sa suicidom jer je primjetan indikator da je fundamentalna ljudska psihološka potreba nezadovoljena; ova potreba se opisuje kao potreba za pripadanjem. Prema interpersonalnoj teoriji, kada je ova potreba nezadovoljena – stanje koje se opisuje kao *potreba za pripadanjem* – razvija se *želja za smrću* (ili pasivna suicidalna ideacija).

Prema Durkheim (1897), disregulacija socijalnih sila – posebno socijalna integracija - rezultira suicidom. Premalo socijalne integracije vodi povećanim suicidom, jer pojedincima nedostaje povezanost s nečim gdje mogu prenijeti sebe.

Interpersonalna teorija uključuje pretpostavku da je konstrukt *potreba za pripadanjem* dinamično kognitivno-afektivno stanje, a ne stabilna crta koja utiče i na interpersonalne i intrapersonalne faktore. Ovo uključuje aktuelnu interpersonalnu okolinu (broj pojedinaca u socijalnoj mreži), aktivne interpersonalne sheme (na primjer, sklonost da se ponašanje drugih interpretira kao indikativno za odbacivanje), i aktuelna emocionalna stanja (depresivno raspoloženje). Ova teorija pretpostavlja da je stepen osjećaja pripadnosti individualan i da varira kroz vrijeme.

Konstrukt, *percipirani osjećaj tereta drugima*, uključuje porodični konflikt, nezaposlenost i fizičku bolest i oni predstavljaju tri rizična faktora za suicid. Ova tri faktora su negativni životni događaji. Percipirani osjećaj tereta je ključni faktor i u teoriji porodičnog sistema za suicidalno ponašanje adolescenata. Glavni uzročni faktor koji vodi adolescentnom suicidalnom ponašanju interpretiran od strane adolescenta je da on/ona nije potreban/a u porodici, i da je porodici bolje ako je adolescent mrtav. Kao i konstrukt potreba za pripadanjem, percipirani osjećaj tereta drugima se smatra dinamičkim afektivnim stanjem, kao i dimenzionalnim fenomenom. Nivo percipiranog osjećaja da je osoba na teretu drugima varira kroz vrijeme, kroz odnose i kroz kontinuum ozbiljnosti. Potrebno je definirati tačku u kojoj su percepcije osjećaja tereta drugima relevantne za suicidalno ponašanje. Samo-percepcije da je neko na teretu drugima se razlikuje između pojedinaca sa iskustvom pokušaja suicida i onih bez iskustva, kao i onih sa suicidalnim ideacijama. Istraživanja su pokazala da su ekstremne percepcije da je osoba na teretu drugima najjače povezane sa suicidalnim ideacijama.

Stečena sposobnost za suicid – prema interpersonalnoj teoriji, pojedinac da bi izvršio suicid mora izgubiti neki dio straha povezanog sa suicidalnim ponašanjem, i da se vrlo rijetko dešava da se neko rodi sa niskim nivoom straha da bi se upustio u suicidalna ponašanja. Prema Ohman i Mineka (2001), evolucionarni model straha leži u hipotezi da je proces prirodne selekcije oblikovao ljudski sistem straha tako da funkcioniše kao signal za prisustvo „potencijalno životno ugrožavajućih situacija u ekologiji naših predaka“. Interpersonalna teorija nadograđuje ovaj evolucionarni model straha i anksioznosti predlažući da su ljudi biološki pripremljeni za strah od suicida jer suicidalno ponašanje uključuje izloženost stimulusima i znacima koji se dugo povezuju sa prijetnjama za preživljavanjem. Ali ipak određeni pojedinci umiru od suicida. Prema teoriji, moguće je razviti, steći, sposobnost za suicid, koja se sastoji od povećane tolerancije na fizičku bol i smanjeni strah od smrti, a razvija se kroz habituaciju i aktivaciju suprotnih procesa, kao odgovor na ponovljena izlaganja na fizički bolna iskustva i/ili iskustva koja izazivaju strah.

Klinička briga za suicidalne pacijente uključuje tretman (psihoterapiju i farmakoterapiju) koja je usmjerena na smanjenje rizika za suicidalno ponašanje. Interpersonalna teorija predlaže da *potreba za pripadanjem i percipirani osjećaj tereta*

drugima (kao i beznadežnost koja se tiče ovih stanja) su dinamični (učestalo se mjenjaju) faktori, dok *stečena sposobnost*, kada se stekne, je relativno stabilna i nepromjenjiva. Ovi aspekti teorije su važni za tretman i daju jasne predikcije o komponentama suicidalnih intervencija koje će biti najefikasnije za tretiranje suicidalnih simptoma. Prema teoriji, intervencije koje su direktno usmjerene na percipirani osjećaj tereta *drugima* i potrebu za pripadanjem bi trebalo da izazovu najbolje ishode među suicidalnim pojedincima. Stečenu sposobnost bi bilo relativno teško obraditi u tretmanu jer terapeut nije u mogućnosti mijenjati pacijentovu historiju, ali ovaj aspekt u teoriji daje jasnu predikciju. Teorija također sugerira da prevencija usmjerena na pripadanje i percipirani osjećaj tereta *drugima* može biti efikasna. Na primjer, kampanje usmjerene na javno zdravstvo s ciljem promoviranja značaja održavanja socijalnih interakcija, kao i da socijalni utjecaj može djelovati na smanjenje stope suicida (Van Orden i sur., 2010).

3.5.2. *Perfekcionizam i suicidalne ideacije*

Veza između crta perfekcionizma i suicidalnog ponašanja se pojavljuje u mnogim istraživanjima i postoje jaki dokazi da interpersonalna komponenta perfekcionizma, socijalno propisani perfekcionizam (percepcija da drugi zahtijevaju perfekcionizam od nas) su posebno relevantni u suicidalnim ideacijama i pokušajima suicida među adolescentima sa psihijatrijskom historijom kao i kliničkim i nekliničkim odraslima (Chen, 2012).

Prema Hewit i Flett (1991), crta perfekcionizma je multidimenzionalni konstrukt koji se sastoji od samo-orijentisanog perfekcionizma, orijentisanog prema *drugima* i socijalno propisanog perfekcionizma.

Samo-orijentisani perfekcionizam je dimenzija bazirana na postignuću koja uključuje potrebu za vlastitim perfekcionizmom, sve ili ništa način razmišljanja i naglasak na vlastitim manama (na primjer, „*Moj cilj je da budem savršena u svemu što radim*“).

Perfekcionizam usmjeren prema drugima uključuje potrebu da drugi budu savršeni („*Ako zamolim nekoga da uradi nešto, očekujem da to uradi bez greške.*“)

Socijalno propisani perfekcionizam je interpersonalna dimenzija koja naglašava vjerovanje da drugi nameću perfekcionistačke standarde i očekivanja, i da su drugi visoko razvijeni i da će biti zadovoljni samo kada su nerealistični standardi zadovoljeni (na primjer, „*Ljudi oko mene očekuju od mene da uspijem u svemu što radim*“).

Crta perfekcionizma je dimenzija koja se direktno povezuje sa psihološkim stresom i može djelovati kao faktor ranjivosti za različite oblike psihopatologije. Različite studije su pokazale da svaka dimenzija crte perfekcionizma je univerzalno povezana sa različitim oblicima psihopatologije i neprilagodbe. Na primjer, socijalno propisani perfekcionizam je povezan sa depresijom, anksioznošću, niskim samopouzdanjem, poremećajima ličnosti i suicidalnim ideacijama i pokušajima. Samo-usmjereni perfekcionizam je povezan sa depresijom, poremećajima ishrane, problemima sa akademskim uspjehom i suicidalnim ideacijama. Perfekcionizam usmjeren na druge je povezan sa niskim zadovoljstvom u vezama i slabom dijadnom prilagodbom (Hewitt, Flett, i Mikail, 1995).

Jedan od najutjecajnijih i najviše istraživanih modela suicida je Baumeister-ova teorija „*bijega od sebe*“. Prema Baumeisteru (1990), proces suicida počinje sa percepcijom da su trenutne okolnosti izvan standarda koje je osoba nametnula sebi ili percipira nametnutim od strane drugih. Dalje, osoba pravi negativne, unutrašnje pridjeve zbog toga što nije u mogućnosti da zadovolji ova nerealistična visoka očekivanja. Kao rezultat nemogućnosti da udovolji standardima uključuje se u samo-kritiku zbog percipiranog neuspjeha, osoba razvija povišeno stanje bolne samo-svijesti, percipira sebe kao nekompetentnu, neželjenu, krivu ili neadekvatnu. Suicid je dalje motivisan željom da se pobjegne od ovog nepodnošljivog stanja samosvijesti, od percipiranih prepreka, neuspjeha i nedostatka postignuća. Prema *teoriji bijega*, samo-usmjereni perfekcionizam i socijalno propisani perfekcionizam su dimenzije koje su najvažnije za suicidalnost. Samo-orijentisani perfekcionizam i socijalno propisani perfekcionizam eksplicitno stavljaju fokus na perfekcionistačka očekivanja koja se nameću osobi, i pojedinci koji su visoko na bilo kojoj od ove dvije dimenzije će vjerovatno razviti potjeru za nerealističnim ciljevima i perfekcionistačkim idealima (Alsop, 2004).

Iako se perfekcionistačko ponašanje razvija kao pokušaj da se osigura odobravanje i divljenje i da se izbjegne odbacivanje, Horney (1950) naglašava da, perfekcionistačko maladaptivno interpersonalno ponašanje (na primjer, prekomjerno traženje potvrde i ohrabrenja, pretjerana zavisnost o drugima, pretjerano nastojanje da se izbjegne mogućnost da se bude nesavršen i hiperosjetljivost na kritiku) ustvari čini perfekcionistačke mnogo ranjivijima na odbacivanje i neodobravanje. Njihova potreba da teže savršenstvu i potreba da se vežu za druge su fundamentalno nekompatibilni i često vode neriješenim unutrašnjim konfliktima. Kao rezultat njihovog neumornog nastojanja da dostignu savršenstvo, pojedinci postaju „odvojeni od sebe“, od svojih osjećanja, želja i uvjerenja. Odvojenost od realnog selfa može dovesti do osjećanja neautentičnosti, nepovezanosti, beznadežnosti i samo-prezira, što može kuliminirati u samo-destruktivne impulse i aktivnosti.

Neumorna potraga za perfekcionizmom djeluje kao rizični faktor za suicid stvarajući ili subjektivnu (usamljenost, percipirani osjećaj nepovezanosti) ili objektivnu (interpersonalni konflikt, socijalna izolacija) nepovezanost sa socijalnom okolinom. Zajedno, teorije predlažu da pojedinci koji imaju nerealistično visoka očekivanja nametnuta ili od strane sebe ili drugih su posebno skloni suicidalnim mislima, posebno za vrijeme stresnih perioda i ličnih ili interpersonalnih zastoja.

Prema Šarić (2016), motivi suicidalnog čina mogu biti: traženje pomoći, bijeg iz nepodnošljive situacije, olakšanje od teških psihičkih boli, pokušaj uticaja na neke značajne osobe, dokaz ljubavi, olakšavanje teškoća drugima, kako bi se druge razalostilo i uvjerilo kako je očajno bilo živjeti, otkrivanje da li su zaista voljeni, akt u nepodnošljivoj situaciji, gubitak kontrole, želja za smrću.

4. GEŠTALT PRISTUP U RADU SA SUICIDALNIM KLIJENTIMA

Unutar geštalt psihoterapije malo je literature koja je posvećena procjeni i prevenciji suicida, kao i kriznim intervencijama sa suicidalnim osobama. Većina terapeuta koji rade kriznu intervenciju smatraju da klijenti koji su u krizi mnogo bolje reaguju na terapeutske intervencije nego oni koji su relativno stabilni u svom nezadovoljstvu. Što je intenzivnije nezadovoljstvo klijenta, veća je vjerovatnoća da će doći do „zatvaranja procesa“, što je gledište koje se slaže sa geštalt psihoterapijom.

Jacobs (1995) naglašava da samoubistvo može biti dramatični izraz stida povezanog sa željom da se zauvijek sakrije od pogleda drugih. Ako postoji jaka povezanost između iskustva stida i suicida, izgradnja rezilijentnosti na stid u podržavajućem terapijskom odnosu povećava sigurnost, a nedostatak rezilijentnosti predstavlja rizični faktor.

Prema Mannu (2013) u geštalt terapiji neophodno je razumijeti kako se naše fenomenološko polje susreće s poljem suicidalnog klijenta, u kreiranju treće realnosti - podijeljenog fenomenološkog polja. To znači biti spreman da ulazimo i izlazimo iz konfluentnih momenata kako bi “okusili” klijentovu patnju. Ako to ne možemo, ni nakon podrške supervizora i lične terapije trebali bi uputiti klijenta na drugu adresu. Nepriznavanje ličnih ograničenja i ranjivosti terapeuta, povećava suicidalni rizik klijenta.

Umjesto da se bude pasivni terapeut koji samo reflektuje nazad klijentu njegovu verbalnu i neverbalnu komunikaciju, postoje specifična područja koja se mogu istraživati kroz aktivno krizno savjetovanje, uključujući i priznavanje prisustva klijentovih suicidalnih ideacija i psihološke borbe, istraživanje suicidalne boli, istraživanje ljutnje i skrivene usamljenosti, pomaganje klijentu da postane svjesniji potisnutih emocija i podijeljenih osjećanja, kao i istraživanje drugih mogućnosti (Young i Lester, 2001).

Geštalt terapija ima za cilj da poveća svjesnost i da nauči klijenta da vjeruje u organizmičku samoregulaciju. Sama svjesnost će pomoći u razriješenju problema. Cilj psihoterapije jeste da se trenira ego, (pozivajući ga da eksperimentiše sa svjesnošću), kako bi postao svjesniji okoline i fizičkih odgovora unutar tijela. Terapeut nema cilj da

usmjerava klijenta, nego da ga oslobodi za rast i za samousmjeravanje, što je centralno za razvoj unutrašnjeg lokusa kontrole. Vanjska regulacija onemogućava odgovornost i izbor, i osoba postaje žrtva vlastite nezrele sposobnosti da postigne samoregulaciju. Može, zbog toga, doživljavati svoj život ograničenim nametnutim izborima.

Kada doživljavamo konflikt, moramo prepoznati da su obje suprotstavljajuće sile unutar nas. Ljudi ne podnose ambivalenciju (svjesnost o polarnostima) i projektuju jedan aspekt konflikta na okolinu. Oba aspekta konflikta moraju biti integrisana u cjelinu, sa svjesnošću.

Mnogi konflikti se javljaju iz ranijih situacija koje su ostavljene nedovršene i nerazriješene. Utiču na sadašnje ponašanje jer klijent iznova pokušava da dovrši raniju situaciju u sadašnjoj situaciji koja nije tačno odvojena od prošlosti. Jedan od ciljeva terapije jeste da se otkrije ova nedovršena situacija i da se podrži osoba da je razriješi. Da bi se terapija dovršila, klijent mora postati svjestan kako je nedovršena situacija uticala na njegove odluke i ponašanje u sadašnjem kontekstu. Kada je nedovršena situacija završena, trauma je smanjena i manje je vjerovatno da će se ponoviti u novoj situaciji izvan klijentove svjesnosti.

4.1. Geštalt pristupi kriznoj intervenciji

U nastavku ćemo opisati geštalt kriznu intervenciju u radu sa suicidalnim klijentima prema Young i Lester (2001).

1. Priznavanje suicidalne ideacije

Za vrijeme terapije potrebno je ohrabriti klijente da otvoreno govore o svojim mislima i osjećanjima koja se tiču suicida, i da se osjećaju sigurno i prihvaćeno. Većina klijenata će dati blage znakove ili natuknice kako bi provjerili da li se terapeut osjeća sigurno i da li ima hrabrosti i spremnosti da razgovara o ovome. Nekim klijentima je potrebno samo to - vrijeme sa nekim ko je tu, receptivan, poštivajući, s kim mogu otvoreno razgovarati o suicidalnim mislima i očaju. Ipak potrebno je naglasiti da klijenti koji pate od visokog nivoa perturbacije i imaju ranija iskustva maladaptivnog

ponašanja i nezadovoljavajućih odnosa, ne osjećaju odmah olakšanje nakon razgovora o situaciji i potrebna im je intenzivnija terapija.

Pitanja koja se mogu postaviti kako bi se klijent pozvao na dijalog su:

- „Jeste li ikada pomišljali o suicidu?“
- „Koliko često razmišljate o suicidu?“
- „U kojim situacijama ove misli/impulsi se javljaju?“
- „Razmišljate li o tome kako biste se željeli ubiti?“,
- „Da li ste ikada napravili korak prema suicidu, i ako da, šta Vas je spriječilo?“,
- „Možete li opisati šta se dešava s Vama kada razmišljate o suicidu?“,
- „Da li sada razmišljate o suicidu?“

Način na koji prilazimo klijentu, ili ne prilazimo, nam daje važne informacije sve dok imamo dovoljno samosvjesnosti i skromnosti da dovodimo u pitanje čak i naša najčvršća teorijska uvjerenja. Moramo dati značaj tome kako se naše fenomenološko polje susreće sa klijentovim fenomenološkim poljem kreirajući treće podijeljeno fenomenološko polje. Ovo je osnova relacije geštalt terapije, ali u procjeni rizika usmjeravamo pažnju na polja koja su povezana sa rizikom kao što su izolacija, sram, krivica, očaj i bezvrijednost (Mann, 2013).

2. Istraživanje suicidalnog plana

Razgovor o suicidalnom planu sa klijentom se primarno koristi kao alat za procjenu rizika, ali ima i daleko važniji značaj. Ako se klijentima pruži prihvaćanje i podrška dok govore o svom planu, razviti će se povjerenje i osjećaj povezanosti i donijeti svjesnost klijentu. Klijenti će imati bolje razumjevanje ozbiljnosti svoje situacije i više će se uključiti u terapijski odnos. Klijent će imati priliku da otkrije disocirani dio selfa i počne da integriše, a ne da bude izložen samo patnji. Istraživanje smrti i fantazije o sahrani mogu pomoći da se integriše koncept smrti, smanji romantični aspekte suicida i olakša svjesnost osвете. Prilika da dobiju uvid u nesvjesne sile koje ih motiviraju prema suicidu je često neotkrivena i krije se u njihovim fantazijama o smrti i sahrani.

3. Istraživanje ljutnje

Kada se suicid posmatra sa stanovišta psihoanalitičke perspektive, posmatra se kao reflektovani izraz ljutnje, iako mnogi klijenti nisu svjesni ovog aspekta sebe. Kada ih se podrži da fantaziraju bol i muku koju će njihovi roditelji/partneri/djeca osjećati nakon što se oni ubiju, može ih se ohrabriti da istraže i svoju vlastitu ljutnju (ili tugu). Korisno im je da dobiju osjećaj vlastite snage i ljutnje, i da se ne doživljavaju više samo kao žrtve. S druge strane, klijenti koji otvoreno ispoljavaju ljutnju će možda otkriti ranjivije emocije i biti prema sebi nježniji i sa više suosjećanja. Dobra strategija je da se ohrabri klijent da ne potiskuje emocije, ali i da ne reaguje prebrzo. Radna strategija je da se locira senzacija ljutnje i da se ostane s njom fizički dok se energija ne rasprši. Razlikovanje između ljutih misli i iskustva ljutnje je jako važno kada se radi sa suicidalnim klijentima, jer njihove ljutite misli bez doživljaja emocije će se lako ponovno vratiti bez novih uvida. Njihova ljutita osjećanja mogu onda prerano preći u opasne aktivnosti koje su usmjerene prema njima i/ili prema drugima.

4. Svjesnost o ambivalentnosti

Mnogi suicidalni klijenti teško prihvataju suprostavljajuće sile unutar njih. Zbunjeni su, ne vjeruju i ne mogu da prihvate vlastitu ambivalenciju prema životu i smrti. Priznanje da je moguće, i normalno da se ima suprostavljajuće misli može da smanji kognitivnu disonancu. Može također omogućiti vrijeme i inicirati proces integracije. Ne moraju donijeti odluku odmah, i mogu sebi dati vrijeme koje im je potrebno da utvrde sredstva, podršku i vještine kako bi integrisali vlastite polarnosti. Istraživanje suprostavljajućih sila može im pomoći da istraže da li ustvari žele da umru ili žele da pobjegnu od nemira, pritiska i zbunjenosti. Kada se ispituje motiv za suicid, cilj suicida je pobjeći od nepodnošljive psihološke boli. U terapijskom kontekstu, nepodnošljiva psihološka bol može postati terapijsko polje.

Kada bi mogli da radikalno umanje neprestane misli i napetost, vjerovatno bi izabrali život. Radom na polaritetima i držanjem svjesnosti oba polariteta (kao i motivacije za suprotan polaritet) stvoriti će se integracija i svjesnost izbora između ova dva polariteta. Za vrijeme istraživanja ovih polariteta u terapiji, klijenti će često

ispoljavati očaj. Kako bi bili potpuno prisutni, potrebno je slušati i podržavati njihov očaj bez minimiziranja ili smanjivanja, njihov očaj je vitalan za psihoterapijski proces.

5. Priznavanje psihološke borbe

Mnogi suicidalni klijenti govore o neprestanim mislima koje prevladaju tokom dana ali i ometaju san. Osjećaju se kao da su u zamci i tome terapeut ne treba ništa dodavati, nego radije omogućiti svjesnost zarobljenosti. Mogućnost da posmatraju svoju borbu izvana i opserviraju kako je kružan i samoporažavajući proces, može im pomoći da razumiju i postanu svjesniji. Ponekad, samo mir i bivanje isključivo u sadašnjem trenutku može donijeti potrebno olakšanje.

Neki klijenti žele konfluentan odnos sa terapeutom. Suicidalni klijenti su usamljeni i nisu svjesni da je njihova sposobnost da „zavedu“ zdravog pojedinca u svoj problem, moćna. Terapeuti moraju ostati svjesni ovog procesa, a proces je ovdje najčešće klijentovo izbjegavanje emocionalnih iskustava kroz ometanje razgovorom o problemima i patnji. Terapeut treba pokazati empatiju za klijentov problem, ali nikako konfluenciju. Želja da klijentu pružimo konfluenciju će u određenom periodu postati očaj za terapeuta, pogotovo kada bude pokušao da izađe iz tog konflentnog odnosa, i kada klijent bude manipulirao terapeutom sa suicidalnim prijetnjama ili pokušajima.

6. Razumijevanje osnovnih pitanja

Intenzivno slušanje od strane terapeuta je neophodno kako bi se pomoglo klijentu da otkrije svoje potrebe. U geštalt terapiji, terapeut je oprezan na defleksiju – proces u kojem klijent govori o glavnim problemima i događajima i umanjuju odgovor na događaj (posebno, egzistencijalna pitanja poput nedostajanja značaja, usamljenost, strah od smrti i umiranja, i strah od slobode i pravljenja izbora). Često, klijenti imaju i nerazriješenu tugu ili intenzivan sram koje nisu u mogućnosti da priznaju – sebi i terapeutu. Iako se geštalt psihoterapija primarno ne usmjerava na sadržaj koji klijent iznosi, slušanje klijenta često otkriva ova pitanja. Neki pojedinci doživljavaju očaj onda kada su suočeni sa slobodom donošenja životnih izbora; drugi žele da umru kako bi se spojili sa voljenima koji su preminuli; dok je nekima dosadno i frustrirani su svojom smrtnošću i ne vide nadu za oslobođenje od očaja u kojem se nalaze. Mnogi suicidalni

klijenti se smatraju žrtvama kriveći svoja prošla iskustva zlostavljanja ili roditelje, partnere. Ovakvi klijenti najčešće traže konfluentan odnos.

7. Rad na osjećaju usamljenosti

Veliki broj suicidalnih klijenata doživljavaju usamljenost kao glavni problem. Usamljenost ne mora biti vidljiva njima, posebno kada imaju dosta površnih odosa ili kada se usamljenost smatra prirodnim stanjem – u ovom slučaju je ne moraju izdvojiti kao važnu. Priznavanje njihove usamljenosti može ih učiniti ranjivim jer im je potreban terapeut da se povežu s njime. Jako je važno da se utvrdi koliko su usamljeni na interpersonalnom i intrapersonalnom nivou, i da im se pomogne da shvate kako se povlače, psihološki ili ponašajno iz kontakta. Priznavanje patnje i bola u njihovoj usamljenosti može im pomoći da razviju jasnu i jaču povezanost. Njihova usamljenost je značajna za terapijski odnos, i važno je da se provjeri paralelni proces – da li su usamljeni sada, sa terapeutom, i da li su svjesni otpora kontakta sa terapeutom. Najčešće ono što rade sa važnim drugima iz okruženja ponavljaju sa terapeutom. Ako je odgovor ne, onda je potrebno provjeriti do koje mjere se konfluencija već razvila.

8. Jasnoća odgovora na pitanja o osjećanjima

Kada pitamo suicidalne klijente kako se osjećaju, često odgovaraju sa mišljenjem ili stanjem, pogrešno vjerujući da se radi o osjećanju. Ovo izaziva zbunjenost, i njihovo nastojanje da potiskuje emocije biva još jače. Priznavanje njihovih odgovora kao mišljenja i vraćanje na osjećanja (osjećanja se osjećaju fizički – emocija je osjećaj u aktivnosti, pokretanje energije kroz tijelo i izvan u okolinu kako bi se napravio kontakt) je ključno. Postoji također i pitanje istreniranih klijenata koji mogu opisati emociju bez da je dožive. Otkrivanje kako njihova emocionalna energija utiče na njih je važna u geštalt terapiji, kao i rad na otporu – otkrivanje šta je njihov otpor i koja je svrha njihovog otpora (najčešće strah od dezintegracije, ludilo ili nemogućnost zaustavljanja plača) je osnažujuće i omogućava veću samosvjesnost i dalje će poboljšati kvalitet terapijskog odnosa. Razumjevanje da se od njih ne očekuje da rade ono što im je preteško i spremnost terapeuta da bude strpljiv i poštivajući prema njihovom problemu će povećati samopoštovanje i povjerenje u odnosu.

9. Svjesnost o tome kako klijent potiskuje emocije

Korisno je za klijente da postanu svjesni na koji način potiskuju emocije. Takva svjesnost im omogućava da prave izbore o tome kada i gdje će biti u mogućnosti da ispolje emocije. Može im donijeti i svjesnost da su aktivni u potiskivanju emocija a da nisu svjesni da to čine. Usmjerenost na tjelesne senzacije će im pomoći da shvate na koji način blokiraju emocije. Pomoći će im da dođu u kontakt sa svojim emocijama i da ih možda ispolje. Kada se boje da će biti preplavljeni emocijama, možemo ih podsjetiti na energiju koju ulažu da bi blokirali emocije. Čak i kada klijenti izaberu da ne dopuste svojim emocijama da budu ispoljene, počinju da doživljavaju patnju na drugi način. Doživljaj drugačijeg načina kroz njihovu borbu koja je unutar njihove kontrole, daje im snagu i razlog da „ostanu tu i izdrže“. Imat će novo iskustvo, da su viđeni, ispoštovani i priznati. Može biti jako korisno da se pomogne klijentima da istraže i priznaju energiju i zbunjenost koju su uložili da bi potisnuli svoje emocije.

10. Doživljaj potisnutih emocija

Napetost i otupljenost koje nastaju kao rezultat potisnutih emocija, i cirkularne zbunjujuće misli koje nas odvlače od naših emocionalnih iskustava, su poznati kao patnja. Patnja suicidalnih klijenata može postati nepodnošljiva. Oni žele da njihova patnja prestane. Ventiliranje emocija može smanjiti rizik za suicid. Umjesto da doživljavaju život u trenutku, suicidalni klijenti govore o svom prošlom i budućem životu i na taj način ostaju odvojeni od svojih emocija. Opuštanje koje dolazi sa otpuštanjem potisnutih emocija će omogućiti organizmičku samoregulaciju, i povjerenje u to da će self omogućiti slobodu odabira života ili smrti sa jasnoćom. Kada klijenti mogu da uspostave kontakt sa potisnutim emocijama i kada se osjećaju podržanima i prihvaćenim od strane terapeuta, mogu shvatiti da je bol podnošljiva, i da je okončanje patnje moguće. Preživjeli su krizu i dobili novo iskustvo i nove vještine.

11. Uzemljenje

Kada su doživjeli neke od potisnutih emocija i rizikovali sa terapeutom, potreban im je osjećaj uzemljenja i povezanosti sa okruženjem. Terapeuti moraju da budu u mogućnosti da „uzemlje“ i smire klijenta onda kada se klijent osjeća „izvan

kontrole“. Potrebno je da klijenti priznaju da je jedan dio napetosti oslobođen i da imaju mogućnost da se opuste.

12. Priznavanje olakšanja

Kada klijenti priznaju olakšanje koje su iskusili na siguran i opuštajući način u prisustvu druge osobe, naučili su nešto novo, i mogu ponovno učiti kako da vjeruju drugima. Terapeut treba da oda priznanje klijentu za preuzimanje rizika. Ovo je jako važno za osjećaj samo-efikasnosti – uvjerenje da upravljamo događajima u životu i da možemo da odgovorimo izazovima. Vjerovanje u sposobnost ima veliki uticaj na samu sposobnost. Priznavanje olakšanja je dobar način i da provjerimo efikasnost terapijskih intervencija – klijent koji je smireniji, manje anksiozan i nije toliko opterećen uznemirujućim mislima je imao uspješnu terapijsku intervenciju.

13. Samoprihvatanje i razumjevanje

Samoprihvatanje i razumjevanje su ključni. Kada klijent dobije uvid u situaciju i može da osjeća suosjećanje prema sebi, umjesto osude, manje je vjerovatno da će se ozlijediti. Umjesto toga, može početi da se nada. Kada je klijent doživio empatiju u srži vlastitog bića, moći će biti empatičan i prema drugima. Empatija je ključna za konstruktivan intiman odnos.

14. Istraživanje mogućnosti

Nakon svega potrebno je ispitati klijenta šta je to što mu je potrebno sada i šta bi želio raditi. Može mu biti jasno šta može uraditi da bi prebrodio ovo što mu se dešava, kako se može umiriti, gdje može dobiti podršku, s čime će moći da se nosi, a s čime ne, i šta može da shvati. Dalji susreti su ključni. Kada klijenti naglase da nemaju nikoga kome se mogu povjeriti, osim terapeuta, ostavljanje mogućnosti da se jave kada im je potrebno je važno.

15. Ne-suicidalni (antisuicidalni) ugovori

Pred sam završetak intervencije, suicidalna intencija se mora ponovno procjeniti. Jednostavna pitanja, koliko se sigurno osjećaju sada sami sa sobom i kojom podrškom raspolažu ukoliko se budu osjećali suicidalno u budućnosti, su jako korisna.

Potpisivanje ne-suicidalnog i ne-samo-ozlijeđujućeg ugovora do narednog susreta (i u slučaju otkazivanja) je korisno samo ukoliko je klijent u potpunosti uključen u pregovaranje. Ne-suicidalni ugovori služe da prebace odgovornost na klijenta za traženje pomoći. Validnost takvog ugovora zavisi od odnosa terapeuta i klijenta.

Geštalt pristup u radu sa suicidalnim klijentom je usmjeren na zadržavanje osjetljivosti terapeuta na klijentova kognitivna i emocionalna stanja, i mogućnost terapeuta da donese kliničku odluku da li je klijent u mogućnosti da integriše ono o čemu se razgovaralo i da li je iskustvo ventiliranja emocija bilo korisno. Geštalt pristup naglašava važnost integracije polarnosti, ventiliranja i svjesnosti emocija, i pažnje prema usamljenosti, podijeljenosti, nedostatku konstruktivne intimnosti, i nepodnošljive psihološke patnje, što su sve važni faktori suicida.

Kao jedan od ciljeva geštalt pristupa je obogatiti kontakt i povećati svijest klijenta u odnosu između njega, okoline i polja. Često se postavlja pitanje kako postupiti u situacijama kada se stručnjak suoči s osobom čija ga anhedonija sprječava da vidi i osjeti? Odgovor za geštalt terapeuta je u skladu sa shvaćanjem patnje i sukoba. Prema Perls, Hefferline i Goodman (1951, 1997), "veliki istinski sukobi" - impliciraju da subjekt napušta svoju zonu udobnosti, riskira i mijenja se status quo. Međutim, kada klijent razmišlja o samoubistvu, identificira se ukočenost misli "samo će me smrt spasiti od patnje" ili podvojene misli, "ako sam živ, osjećam se očajno, možda se ne osjećam mrtvo". Vrijedno je naglasiti način na koji Perls zamišlja osobu koja izvrši samoubistvo. Ona je ubica; ubica koji uništava sebe umjesto da uništava druge. I ubica i samoubica imaju nešto zajedničko: nemoć da se suoče sa situacijom; i biraju najprimitivniji način: eksploziju u nasilju.

S obzirom da se klijenti razlikuju po pitanju svoje ego snage, terapeuti trebaju pažljivo birati intervencije. Određena pitanja se mogu prepoznati i ostaviti po stani privremeno, dok ne prepoznamo da li je klijent spreman da ih prihvati na prilagođeniji način. Kada se pitanja odnose na klijentovu motivaciju za samoubistvo, i ako se čini da suicidalno ponašanje blisko, preporučuje se da se omogući dovoljno podrške klijentu i da se istraže glavne blokade u nošenju sa problemom. Bitno je naglasiti da geštalt terapija generalno, kao i geštalt krizna intervencija nije pogodna za klijente sa ozbiljnim psihijatrijskim stanjima.

5. UTICAJ TRETMANA SUICIDALNOG KLIJENTA NA STRUČNJAKE MENTALNOG ZDRAVLJA I POTREBA ZA BRIGOM O SEBI

„Ne možete obrisati suze s nečijeg lica bez da Vaše vlastite ruke ne ostanu mokre.“

Zulu poslovice

Tema o kojoj se još manje govori jeste emocionalni uticaj suicida klijenta na terapeuta. Sigmund Freud je govorio o svojim potisnutim osjećanjima nakon samoubistva pacijenta, a mnogo godina nakon toga suicidi psihijatrijskih pacijenata su gledani kao „terapeutov neuspjeh“. Stresni uticaj i privatni izazovi terapeuta koji su povezani sa suicidom klijenta se najčešće ignorišu i o njima se ne razgovara.

Iako se sada suicid klijenta priznaje kao traumatsko iskustvo za terapeuta, ovaj fenomen je i dalje izbjegavan, podcijenjen i tabu tema u literaturi. Terapeuti vrlo često nisu pripremljeni za gubitak klijenta iako se ponavljano u literaturi suicid klijenta identificira kao „profesionalni rizik“ za psihologe i terapeute. Moguće je da se nedostatak pažnje i podrške za potrebe psihoterapeuta vezuju za ideju o „superiornim, čak i nadnaravnim kapacitetima za nošenje sa stresom“. Uticaji rada sa suicidalnim klijentom i gubitak klijenta suicidom mogu biti stresni, čak i poražavajući za terapeuta, a ipak formalna edukacija o suicidu u nošenju sa fatalnim i nefatalnim suicidalnim ponašanjem gotovo da ne postoji u programima psihologije i psihoterapije iako su identificirane potrebe za takvim treningom.

5.1. Stres povezan sa tretmanom suicidalnog klijenta

Psihoterapeuti mogu doživljavati povećani osjećaj sumnje u sebe, povećanu profesionalnu svjesnost (povećana odgovornost, budnost), negativna ili ambivalentna osjećanja prema klijentu i povećan odbrambeni način rada. Ukoliko se pojavi negativan kontratransfer, terapeutova reakcija može imati loš uticaj na klijenta ukoliko ona ostane neprocesuirana. Poseban zadatak rada sa suicidalnim klijentom koji je drugačiji od ostalih terapija, jeste održati klijenta živim. Da bi se ovo postiglo, potrebna je povećana sposobnost da se održi povezanost, odnos, davanje sebe, marljivost i pronicljivost

terapeuta. Sposobnost da se bude povezan sa klijentom na neosuđujući način prihvatajući klijentovu „suicidalnu želju“ zahtjeva dosta energije terapeuta. Održavanje i obnavljanje odnosa nakon pokušaja suicida je jedan od najstresnijih, a ujedno i najvažnijih elemenata rada sa suicidalnim klijentom. Između seansi gotovo uvijek je potrebno razmjeniti brojeve telefona ili mail adrese, posebno u situacijama krize, iako u mnogim zemljama ovakva praksa nije standardna niti prihvaćena. Terapeutova izdržljivost u ovakvim situacijama se rijetko spominje u literaturi ili edukacijama stručnjaka.

5.2. Uticaj suicida klijenta na stručnjake iz područja mentalnog zdravlja

Literatura o uticaju rada sa suicidalnim klijentima je oskudna iako su istraživanja pokazala da suicidalni klijenti predstavljaju jedno od najstresnijih, ako ne i najstresnije područje rada u psihoterapiji. Reakcija terapeuta može uključivati tugu, depresiju, osjećaj lične neadekvatnosti, poricanje, izolaciju i ljutnju. U umu terapeuta, suicid je često dokaz nesposobnosti i neodgovornosti.

Afektivni simptomi i simptomi povezani sa stresom terapeuta su najviše istraživani; najčešće se doživljavaju šok i krivica (Seguin i sur., 2014). Često terapeuti ispoljavaju „profesionalni“ odgovor stida, samo-krivice i osjećanja nesposobnosti i odgovornosti. Također se često spominju i očekivanje terapeuta da će biti okrivljen od strane porodice klijenta, kao i negativne percepcije kolega i strah od mogućeg sudskog postupka (Tilman, 2006).

5.3. Briga za terapeute

5.3.1. Edukacija

Postoji jako velika potreba za bolju edukacijsku pripremljenost psihologa i psihoterapeuta koji rade sa suicidalnim klijentima. Trenutno, najčešći mehanizam za učenje i podršku unutar ovog konteksta jeste supervizija, međutim pojavljuje se mnogo veća potreba za formalnom edukacijom.

Psiholozi i psihoterapeuti trebaju imati smjernice kako da se nose sa posljedicama suicida ili suicidalnog ponašanja, zajedno sa specifičnim informacijama o suicidalnosti. Nije dovoljno da se samo savjetuju o etičkim i zakonskim

odgovornostima i implikacijama ovog posla. Psihologima je potrebna podrška kako da procesuiraju ili prerade iskustvo sa suicidalnim klijentom ili suicidalnim iskustvom.

5.3.2. *Supervizija*

Od dostupne literature o adaptaciji i suočavanju terapeuta nakon suicida ili pokušaja suicida pacijenta, čini se da se kliničari najčešće oslanjaju na neformalne izvore podrške za obradu događaja kroz razgovor sa prijateljima i saradnicima, kao i na formalniju podršku koju su dobili od stručnjaka za superviziju (Knox, Bukard, Jackson, Shaack, i Hess, 2006). Supervizija nakon samoubistva klijenta često uključuje pregled bilješki slučaja i kliničke revizije s ciljem povećanja tehničkog znanja i učenja iz iskustva. Supervizori imaju posebnu odgovornost podržati terapeuta, ne prebacivati odgovornost ili krivnju za smrt, kao i pomoći terapeutu da se nosi sa svim posljedicama daljeg rada s drugim klijentima. Supervizija psihoterapeuta u edukaciji tokom rada sa klijentom, kao i nakon samoubistva klijenta, uključuje kritičku saradnju sa pažljivim praćenjem i podrškom supervizora (koji će snositi krajnju odgovornost).

Prisustvo na sahrani ili drugom memorijalnom/komemorativnom događaju ili uspostavljanje kontakta sa porodicom, se spominje kao način suočavanja i nošenja terapeuta nakon samoubistva klijenta (Seguin i sur., 2014).

5.3.3. *Strategije brige o sebi*

Za dalju brigu o sebi, Spiegelman i Werth (2004) su sastavili listu prijedloga koja je usmjerena na psihologe/psihoterapeute u edukaciji, supervizore i diplomirane psihoterapeute. Lista je usmjerena na to šta raditi prije suicida ili pokušaja suicida klijenta, odmah nakon, i tri do šest mjeseci poslije događaja. Ovi praktični savjeti se toplo preporučuju za one koji rade sa suicidalnim klijentima.

1. *Nastavite sa edukacijom o profesionalnim izazovima poput ovog*

Tražite profesionalni razvoj i edukacije o suicidu i suočavanju nakon suicida ili pokušaja suicida. Iskoristite niz informativnih izvora - osobni izvještaji terapeuta koji su izgubili klijenta zbog samoubistva mogu biti od posebne koristi. Na primjer, knjiga Donne James (2005) „*Prevazilazeći kvotu. Višestruka samoubistava u psihoterapijskoj praksi*“ i knjiga autorice Kayla Weiner (2005) pod nazivom „*Terapijska i pravna*

pitanja za terapeute koji su preživjeli samoubistvo klijenta“. Sudjelujte u grupnim konferencijama o slučajevima među kolegama, fokusirajte se na teme „težak ili nemoguć klijent u riziku“; identificirajte stvarne pokušaje samoubistva ili scenarije nakon samoubistva s ciljem obrade pitanja zasnovanih na vještinama i procesima. Odredite sebi odgovarajućeg i specijalizovanog supervizora.

2. Osigurajte formalne supervizijske dogovore

Osigurajte supervizijski odnos sa priznatim i iskusnim praktičarem. Rad na značajnim procesima i tehničkim elementima od slučaja do slučaja, može smanjiti anksioznost koja traje, stres i sumnju u sebe prije bilo kakvog kritičnog događaja. Psiholozi pripravnici moraju dobiti odgovarajuće klijente srazmjerne stručnosti i iskustvu, a također i supervizore (naglašava se potreba za obrazovanjem u ovoj oblasti).

3. Planirajte unaprijed i budite spremni

Raspitajte se o organizacijskim politikama i procedurama koje podržavaju i pomažu terapeutima nakon samoubistva i suicidalnog ponašanja - smjernice će se razlikovati i trebale bi se kontekstualizirati za različita okruženja, na primjer, psiholozi iz privatne prakse trebali bi razviti strukturirane planove ili mehanizme za kolegijalne konsultacije i podršku nakon ovakvih događaja.

4. Identificirajte svoju potrebu za sigurnošću

Utvrđite da li grupno ili pojedinačno okruženje sa supervizorom ili kolegom najbolje odgovara vašim osjećajima sigurnosti radi otvorene rasprave i obrade događaja ukoliko je to potrebno. Grupa može umanjiti zbunjenost terapeuta naglašavajući da ono što se moglo učiniti drugačije se ne smije tumačiti kao ono što se trebalo učiniti.

5. Imajte na umu da su vaše moći ograničene

Probajte razumjeti stvarnu ulogu koju imate u „spašavanju života“ i spriječavanju samoubistva klijenta. Uz ovo je opet potrebno biti oprezan i samokritičan kako bi se spriječilo negiranje bilo kakvih "grešaka terapeuta" povezanih sa pokušajem suicida ili suicida.

6. Identificirajte i definirajte vlastite granice

Strogo se preporučuje da psihoterapeuti ne bi trebali raditi s više od nekoliko klijenata sa akutnim suicidalnim ponašanjem u određenom trenutku, ili bi barem trebali pažljivo pratiti broj klijenata koji imaju ozbiljne svakodnevne suicidalne namjere. Sveukupno radno opterećenje/broj slučajeva nakon samoubistva/pokušaja, treba nadzirati i po potrebi smanjiti kako bi se prilagodilo osjećaju tuge terapeuta (supervizori bi trebali pratiti i podržavati rad terapeuta).

7. Uključite se u aktivnosti brige o sebi

Omogućite sebi redovan san, rutinu vježbanja i zdravu ishranu. Družite se i unaprijed planirajte praznike ili kratke pauze kako bi smjena klijenta bila primjerenjena i što manje izazivala tjeskobu i anksioznost. Podjelite vaš broj klijenata i opterećenje. Održavajte duhovni i svjesni osjećaj sebe. Ono što je najvažnije, očuvajte osjećaj pozitivnog zadovoljstva za rad u ovom području (nadgledajte znakove smanjenja zadovoljstva i rješavajte iste).

6. ZAKLJUČCI

Kroz različita iskustva i suočavajući se sa mnogim životnim izazovima, čovjek je naučio kako da se prilagodi okruženju i kako da stvori uslove za bolji život, ali još uvijek nije naučio kako biti zadovoljan sobom i svojim životom. O tome govore mnoga iskustva suicida i pokušaja suicida od davnina pa sve do danas. Suicidalno ponašanje je vodeći globalni uzrok smrti i invaliditeta. Više od 800,000 ljudi umre od suicida svake godine, a čini se da se i dalje nedovoljno govori o ovom problemu u medijima i javnosti, pogotovo u našoj zemlji.

Većina istraživanja o suicidu je usmjerena na utvrđivanje sličnosti i poveznica, a nedovoljan broj na poboljšanje znanja o suicidu i prevenciji, s ciljem boljeg razumjevanja motiva za suicid. Identifikacija motiva za određene pokušaje omogućava kliničarima i pacijentima da pronađu alternativna rješenja koja mogu riješiti problem i reducirati moguće pokušaje u budućnosti. Želja za umiranjem, po definiciji je motivacija zajednička svim pokušajima. Istraživanja sugeriraju da individualni pokušaji mogu biti motivisani različitim razlozima kao što su bijeg, komunikacija, promjena okoline i nošenje sa nepodnošljivim stanjem uma.

Prema geštalt terapiji, konflikt je polje poremećaja i predstavlja potencijal za rast, jer nudi organizmu konfrontaciju sa novim figurama u polju. Osoba koja razmišlja o suicidu možda želi da ukloni očaj i patnju.

U srži geštalt terapije je holistički pogled da su ljudi zamršeno povezani sa okolinom i pod njenim uticajem i da svi ljudi teže prema rastu i postizanju balansa. Prema geštalt terapiji, kontekst utiče na iskustvo, a osoba se ne može u potpunosti shvatiti bez da se shvati njen kontekst. Sa ovim na umu, geštalt psihoterapija prepoznaje da niko ne može biti potpuno objektivna – uključujući i terapeute čija iskustva i perspektive su također pod utjecajem njihovih vlastitih konteksta. Geštalt terapija također priznaje da prisiljavanje osobe da se promjeni paradoksalno rezultira daljim stresom i fragmentacijom. Promjena nastaje prihvatanjem onoga što jeste.

Geštalt terapija ne vjeruje u promjenu i umirivanje ponašanja klijenta. Ako netko misli o smrti kao rješenju za svoj očaj, on ujedno doživljava i konflikt, stoga, psihoterapeut treba olakšati kritičko promišljanje o prekinutom geštalt ciklusu. U geštalt

perspektivi, sukob znači rast. Stoga je imperativ znati da će u svakom sukobu doći do promjena i to, što je veća kriza, brži će biti odgovor pojedinca, čak i ako prođe kroz odluku o samoubistvu. Na terapeutu je da klijentu omogući da pronađe odgovore na svoje sukobe u potrazi za ravnotežom i značajem.

Fokus terapije u ovim slučajevima može biti identificiranje za koje se situacije ili sukobe samoubistvo vidi kao rješenje. Situacija za koju klijent vjeruje da mu izaziva najviše sukoba je fokus psihoterapije. Cilj nam je saznati način na koji ti sukobi utiču na život klijenta i zatim proširiti svijest o emocijama, ambivalentnim i/ili rigidnim mislima i postupcima prema zadovoljenju potreba, koji su često impulsivni. Osim toga psihoterapija se može usmjeriti na to kako da osoba istraži različite mogućnosti rješavanja problemskih situacija.

Izuzetno je važno istražiti sve fantazije povezane sa samoubistvom, bilo u odnosu na ono što zamišlja da će se dogoditi kada se ubije ili uticaj samoubistva na one koji će ostati iza njega. Bitno je naglasiti da je rad geštalt terapeuta usmjeren na jačanje klijenta u sljedećim aspektima: proširenje svijesti tako da se iz nje (svjesnosti s većom kvalitetom) kontakt obogati, što može dovesti do fluidnosti odnosa između figure i pozadine, kreativna prilagođavanja mogu postati funkcionalna, a granice plastične i propusne.

Suicid je način komunikacije, i u isto vrijeme nedostatak komunikacije, i poricanje i iznenađenje. Ovaj rad je imao za cilj da uspostavi vezu između suicida i geštalt pristupa, kao i da obuhvati i shvati neurotični mehanizam i intervencije u kriznoj situaciji. Međutim, cjelokupan rad i dalje nije bio u mogućnosti da opravda složenost i dubinu pitanja koja se mogu javiti terapeutu u radu sa suicidalnim klijentom. Umjesto toga, ovaj rad je samo dijelom obuhvatio relevantne teme i dosadašnja saznanja, s ciljem da na neki način postane polazište za detaljnija istraživanja, osobito u području primjene geštalt psihoterapije u radu sa suicidalnim klijentima.

LITERATURA

- Alispahić, S. (2021). *Odabrane teme iz psihoterapije*. Sarajevo: TDP.
- Alsop, M. (2004). *Revising the escape theory of suicide: an examination of avoidance and suicide ideation*. PhD thesis. North Queensland, Australia: Department of Psychology. James Cok University.
- Bada, M. i Clayton, R. (2020). *Online Suicide Games: A Form of Digital Self-harm or A Myth?* Cambridge, UK: A Computer Laboratory, University of Cambridge.
- Biro, M. i Butollo, W. (2002). *Klinička psihologija*. Minhen: Katedra za kliničku psihologiju Univerziteta Ludwig Maximilians i Futura publikacije.
- Caceda, R. (2014). Suicidal behavior: Risk and protective factors. *Rev Neuropsiquiatr* 77 (1): 3-18.
- Chen, C. (2012). *Perfectionism and suicide ideation: An assesment of the specific vulnerability. Hypothesis and stress generation model*. Master thesis. Vancouver: The Faculty of Graduate Studies (Psychology). The University of British Columbia.
- Clarkson, P. (2013). *Gestalt Counselling in Action*. London: Sage Publishing.
- Corey, G. (2004). *Teorija i praksa psihološkog savjetovanja i psihoterapije*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Dervic, K., Brent, A.D., Oquendo M.A. (2008). Completed Suicide in Childhood. *The Psychiatric clinics of North America* 31(2): 271-91.
- Dervic, K., Oquendo, M.A., Grunebaum, M.F., Ellis, S., Burke, A.K., Mann J.J., (2004). Religious affiliation and suicide attempt. *The American Journal of Psychiatry*, 161(12): 2303-2308.
- Durkheim, É. (2005). *Suicide*. London and New York: Taylor & Francis e-Library.
- Gelder, M., Mayou, R., Geddes, J. (2005). *Psihijatrija*. Beograd: Oksfordska medicinska izdanja. Data Status.
- Hewit, P.L. i Flett, G.L. (1991). Perfectionism in the Self and Social Contexts: Conceptualization, Assessment, and Association With Psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60 (3), 456 - 470.
- Hewit, P.L., Flett, G.L. i Mikail, S.F. (1995). Perfectionism and Relationship Adjustment in Pain Patients and Their Spouses. *Journal of Family Psychology*, 9 (3): 335-347.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and human growth; the struggle toward self-realization*. London: Taylor & Francis Group.

- Knox, S., Bukard, A., Jackson, J.A., Shaack, A.M., Hess, S.A. (2006). Therapists-in-Training Who Experience a Client Suicide: Implications for Supervision. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37 (5): 547-555.
- Mann, D. (2010). *Gestalt Therapy, 100 Key Points and Techniques*. London and New York: Taylor & Francis e-Library.
- Mann, D. (2013). *Assessing suicidal risk*. U:G. Francesetti, M. Gecele, J. Roubal, *Gestalt therapy in clinical practice. From psychopathology to the aesthetics of contact*, 333-346. Milano: EAGT.
- Ohman, A., Mineka, S. (2001). Fears, Phobias, and Preparedness: Toward an Evolved Module of Fear and Fear Learning. *Psychological Review*, 108 (3): 483-522.
- Quendo, M. A., Baca-Garcia, E. (2014). Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM 5 classification system: advantages outweigh limitations. *World Psychiatry* 13 (2): 128-130.
- Séguin, M., Bordeleau, M., Drouin, M.S., Castelli-Dransart, D.A., Giasson, F. (2014). Professionals' Reactions Following a Patient's Suicide. Taylor & Francis Online. Archives of suicide research: *Official journal of the International Academy for Suicide Research*, 18 (4): 340-362.
- Spiegelman, J.S., Werth, J.L. (2004). Don't Forget About Me. The Experiences of Therapists-in-Training After a Client Has Attempted or Died by Suicide. *Women&Therapy*, 28 (1): 35-57.
- Stone, G. (1999). *Suicide And Attempted Suicide Methods And Consequences*. New York: Carroll & Graf Publishers.
- Suicide Anonymous. (2010). *The Little Book*. Elektronsko izdanje. Preuzeto sa: <https://www.yumpu.com/en/document/read/13048025/to-download-a-copy-of-the-little-book-suicide-anonymous>. Datum pristupa: 25.9.2021.
- Šarić, B. (2016). Socijalno - medicinski aspekti pokušaja samoubojstva. Social and medical aspects of suicide attempt. *Glas. pul. boln.* 12: 34-36.
- Tilman, J.G. (2006). When a patient commits suicide: An empirical study of psychoanalytic clinicians. *The International Journal of Psychoanalysis*, 87 (1):159-177
- Van Orden, K.Witte, C.Curkovic, Braithwaite, A.Selbx, Ejoiner Jr., (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychol Rev.*, 117 (2): 575-600.
- World Health Organization (2006). *Preventing Suicide*. Resource for Counsellors. Department of Mental Health and Substance Abuse. Management of Mental and Brain Disorders. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2019). *Suicide in the world. Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization.

- Yontef, G. (1988). *Awareness, Dialogue and Process: Essays on Gestalt Therapy*. Unites States of America: The Gestalt Journal Press.
- Yontef, G.M. and Jacobs, L. (2008). *Gestalt therapy*. Preuzeto sa: [https://www.researchgate.net/publication/283407833 Gestalt therapy](https://www.researchgate.net/publication/283407833_Gestalt_therapy). Datum pristupa: 25.9.2021.
- Young, L. and Lester, D. (2012). *Gestalt Therapy Approaches to Crisis Intervention With Suicidal Clients*. U: D. Lester i J.R. Rogers (ur.), *Crisis intervention and counseling by telephone and the internet*, 120-123. Springfield, Illinois, USA: Charles C Thomas Publisher, LTD.