

UNIVERZITET CRNE GORE U PODGORICI

MEDICINSKI FAKULTET

Lidija Injac Stevović

FAKTORI SUICIDNOG RIZIKA: POLNE RAZLIKE

DOKTORSKA DISERTACIJA

Podgorica, 2011

17-4302605

Mon IV 1771

32946

PODACI I INFORMACIJE O DOKTORANTU

Ime i prezime: Lidiya Injac Stevović

Datum i mjesto rođenja: 24.06.1961.godine, Mojkovac, Crna Gora

Naziv završenog postdiplomskog programa i godina završetka: Postdiplomske studije iz oblasti „Psihijatrije-smjer psihoterapija“, 2006.godine

INFORMACIJE O DOKTORSKOJ DISERTACIJI

Naziv doktorskih studija: Doktorske studije

Naslov teze: „Faktori suicidnog rizika-polne razlike“

Fakultet na koji je disertacija odbranjena: Medicinski Fakultet

UDK, OCJENA I ODBRANA DOKTORSKE DISERTACIJE

Datum prijave doktorske teze: 12.6.2008.godine

Datum sjednice Senata Univerziteta na kojoj je prihvaćena teza: 23.4.2009.godine

Komisija za ocjenu podobnosti teze i kandidata : Prof dr Miroslava Jašović Gašić, Prof dr Mirko Peković, Prof dr Aleksandar Damjanović

Mentor: Prof dr Mirko Peković

Komentor: Prof dr Miroslava Jašović Gašić

Komisija za ocjenu doktorske disertacije: Prof dr Mirko Pejović, Prof dr Miroslava Jašović Gašić, Prof dr Mirko Peković

Komisija za odbranu doktorske disertacije: Prof dr Mirko Pejović, Prof dr Miroslava Jašović Gašić, Prof dr Mirko Peković

Lektor: mr Olivera Injac

Datum odbrane: _____

Datum promocije: _____

PREDGOVOR

Suicid i pokušaji suicida su pitanja od velikog značaja za zdravlje ljudi i javne politike, a njihove stope su u širokoj upotrebi kao pokazatelji napretka u svim oblastima. Suicid se nalazi među vodećim uzrocima smrti u svijetu i jedan je od najvećih problema današnjice kako u oblasti mentalnog zdravlja, tako i u oblasti javnog zdravlja.

Precizne statistike su od vitalnog značaja za pravilno ciljane preventivne strategije i istraživanja. Podaci koji govore da približno jedan million ljudi realizuje suicid svake godine ne ostavljaju nikoga ravnodušnim. Ali to ne otkriva sve, ne govori o tome koje su patnje naši rođaci, prijatelji i kolege ostavili iza sebe. To ostaje zagonetka i posebno uznemirava ekstremni čin samodestrukcije i često stigmatizuje.

Od velikog značaja je i nedavno povećanje stope suicida među mladima, a najveći dio se odnosi na ljude ispod 45 godina starosti. Veliki problemi povezani su i sa drugim oblicima suicidnog ponašanja kao što su pokušaji suicida koji predstavljaju veliki teret za zdravstveni sistem, posebno za službe hitne pomoći.

Pa ipak veliki dio suicidnog ponašanja se može spriječiti posebno u onim slučajevima kod kojih postoji mentalni poremećaj. Sada postoje čvrsti dokazi o efikasnim metodama za spriječavanje suicida, ali nažalost, samo mali broj zdravstvenih vlasti je shvatio ekonomski i ljudski teret koji nastaje kao posledica suicida i u skladu sa tim prioritarno treba usvojiti zdravstvenu politiku koja će se temeljiti na programima za prevenciju suicida.

Svetska zdravstvena organizacija je prepoznala važnost javnog zdravlja u pogledu suicida, i nedavno usvojila strategiju za podizanje svijesti kod autoriteta i donosioca odluka, profesionalaca i javnosti o tom problemu, da kroz sopstvene resurse i svoju mrežu Centara za saradnju i pojedinih eksperata pruža tehničku pomoć u zemljama koje žele da razvijaju programe i koordinisane aktivnosti za prevenciju suicida.

Podsticaj za istraživanje ove teme proizilazi iz njene aktuelnosti ali još više iz koncepcije faktora rizika jer razumijevanje faktora suicidnog rizika ima značajan efekat na poznavanje faktora rizika u opštoj populaciji, što je ključno za dizajniranje strategija za prevenciju suicida.

Nekoliko važnih aspekata proučavanja ovog fenomena fokusira se na polju faktora rizika. Na prvom mjestu pol, koji predstavlja jedan od najvažnijih faktora rizika kada je suicid u pitanju. Psihičke bolesti su nadjene kao najdosledniji prediktor suicida kod oba pola. Danas postoji saglasnost između istraživanja na temu suicida i kliničke psihijatrije da je model stres-dijateze pogodan put za objašnjenje suicidnosti, i da obje i predispozicija i spoljašnji stresori su potrebni da postoje da bi doveli do suicidnog ponašanja.

Medjutim, svaki realizovani suicid ne znači apriori i duševno oboljenje u užem smislu riječi, iako ovakvo opredeljenje donosi čitav niz etičkih pitanja, koja i dalje ostaju neriješena i nerazjašnjena.

Suicid, kao fenomen predstavlja značajnu i uvijek aktuelnu oblast istraživanja u kliničkoj praksi i daje doprinos boljem sagledavanju različitih faktora rizika koji utiču na tok i prognozu suicidnog ponašanja i realizaciju suicida.

Suicidnost psihijatrijskih i primarno nepsihijatrijskih pacijenata zaslužuje odgovarajuću pažnju kako u oblasti etiologije, epidemiologije i psihopatologije, tako i u oblasti prevencije i primjene najadekvatnijih terapijskih pristupa.

Izvod teze

Predmet ove disertacije su suicidi realizovani u Crnoj Gori u periodu 1995-2005.godine. Sve žrtve suicida istražene su u pogledu sociodemografskih karakteristika (kao što su pol, dobne grupe, porodična struktura, školska sprema, zaposlenost, suicidalna metoda), kliničkih dijagnoza-životne istorije somatskog ili psihijatrijskog oboljenja, porodične istorije suicida ili pokušaja suicida. Istraživane su informacije o faktorima rizika koji su povezani sa suicidalnim procesom kod žrtava suicida u odnosu na pol. U obradi je korišten sledeći metod i instrumenti: Medicinska dokumentacija, socijalna anketa, heteroanamneza i Metoda psihološke autopsije. Socio-demografski i klinički faktori rizika su imali značajan uticaj na povećanje stope suicida. Prosječna stopa mortaliteta od suicida u ispitivanom periodu je 23.1/100.000 stanovnika. Pokazano je da postoji dominacija muškog pola kao jednog od najvažnijih faktora rizika kada je suicid u pitanju. Prema trendu kretanja suicidalnih stopa postoji rastući trend stopa za muškarce, ali ne i za žene. Istraživanje je potvrdilo da postoje polne razlike u prirodi realizovanih suicida. Faktor rizika kod ženskog pola je niži obrazovni nivo (osnovna škola) i nezaposlenost, a kod muškaraca srednja školska sprema, zaposlenost sa niskim primanjima i penzionisanost. Psihopatološki faktori su pokazali da je prisustvo psihijatrijskog poremećaja imalo jači efekat na suicidalni rizik kod žena u odnosu na muškarce. Žene su u odnosu na muškarce statistički značajno češće psihijatrijski liječene, češće najavljivale suicid i češće pokušavale suicid. Gubitak člana porodice kao faktor rizika suicida bio je više zastupljen kod žena. Kod muškog pola alkoholizam, narkomanija i interpersonalni konflikti su bili statistički značajno češći faktor rizika. Muškarci su statistički značajno češće koristili smrtonosne metode-vatreno oružje, a žene vješanje, skok, utopljenje i trovanje tabletama. Metoda psihološka autopsija je pokazala da su faktori rizika koji su podjednako posredovali kod oba pola bili stresni životni događaji i akutna stresna konfliktna situacija. Statistički značajno je bila prisutna depresija kod žena koje su realizovale suicid, a dominirali su beznadežnost, briga za tjelesno zdravlje, depresivno raspoloženje i gubitak apetita. Kod muškaraca je statistički značajno bila prisutna nekooperativnost (nesaradljivost) i protivljenje od strane mnogih muškaraca da podijele emocionalne probleme i ostala negativna ponašanja, izražavanje ljutnje i protesta koji mogu ukazivati na prisustvo depresije kod muškaraca, ali ne možemo sa sigurnošću potvrditi da li je depresija zaista bila manje uobičajena među muškarcima, ili je muškarci manje od žena prepoznaju, priznaju i traže pomoć, ali da ove razlike u psihopatologiji mogu dijelom objasniti polne razlike u suicidalnom ponašanju. S obzirom da je suicid jedan od vodećih uzroka smrti u Crnoj Gori, prevencija suicida treba da postane prioritet u zdravstvenoj politici u našoj zemlji.

Abstract

The subject of this dissertation are the suicides committed in Montenegro in the period from 1995 to 2005. All victims of the suicides have been examined in terms of socio-demographic characteristics (such as gender, age groups, family structure, education, employment, and suicide method), clinical diagnosis of life history of somatic or psychiatric disorder, family history of suicide or attempted suicide. The information about risk factors associated with suicidal process among victims of suicide in relation to gender has been examined. The following methods and instruments have been used: medical records, social survey, heteroanamnesis and method of psychological autopsy. Socio-demographic and clinical risk factors had significant impact on the increase in suicide rates. It is shown that there is the domination of male gender as one of the most important risk factors when it comes to suicide. According to the trend in suicide rate, there is a growing trend rate for men, but not for women. The research confirmed that there are some gender differences in the nature of committed suicides. Risk factors among female gender was lower educational level (primary school) and unemployment, and among male gender was high-school education, low-income employment and retirement. Psychopathological factors show that the presence of psychiatric disorders had stronger effect on suicide risk among females than among males. Comparing to males, females were much more frequently psychiatrically treated, and more often announced and attempted suicide. The loss of a family member as a risk factor for suicide was prevalent among females. In males, alcoholism, drug abuse and interpersonal conflict were statistically significant risk factor and males more frequently used firearms, while women used hanging, jumping, drowning and medicine poisoning. Psychological autopsy method shows that the risk factors which equally mediated in both gender were stressful life events and acutely stressful conflict situation. Statistically strong presence of depression in females who committed suicide is confirmed, and dominant symptoms were hopelessness, concern for physical health, depressed mood and loss of appetite. Among males, there was statistically strong presence of noncooperation and refusal by many males to share emotional problems and other negative behavior, expression of anger and protests that could indicate the presence of depression in males, but we can not confirm whether the depression was actually be less common among males or that males were less than females to recognize, acknowledge and seek help, still these differences in psychopathology may partly explain gender differences in suicidal behavior. Given that suicide is one of the leading causes of death in Montenegro, prevention of suicide should become a priority in health policy in our country.

SADRŽAJ

UVOD.....	1
EPIDEMIOLOGIJA SUICIDA.....	3
Epidemiologija pokušaja suicida.....	5
Epidemiologija suicidalne ideacije.....	6
DEFINICIJA SUICIDNOSTI I SA NJOM POVEZANI KONCEPTI.....	6
Definicija suicidalne ideacije.....	8
Definicija pokušaja suicida.....	9
Definicija realizovanog suicida.....	9
MULTIFAKTORIJALNA ETIOLOGIJA SUICIDNOG PONAŠANJA.....	9
MODELI SUICIDNOSTI.....	10
INTEGRATIVNI PRISTUP.....	17
FAKTORI SUICIDNOG RIZIKA.....	19
Istorijski pregled.....	19
Definicija faktora rizika.....	20
SOCIO-DEMOGRAFSKI FAKTORI.....	21
PSIHIJATRIJSKI FAKTORI RIZIKA.....	22
Prisustvo ranijeg pokušaja suicida.....	23
Faktori rizika za pokušaj suicida.....	24
Faktori rizika za suicidalne ideje.....	24
Stresni životni događaji.....	25
SOMATSKE BOLESTI.....	26
PSIHOSOCIJALNE DIMENZIJE.....	26
BIHEJVORALNE DIMENZIJE.....	28
KOGNITIVNE DIMENZIJE.....	29
TRAUMA U DJETINJSTVU.....	31

GENETSKI I PORODIČNI FAKTORI.....	31
KLINIČKI FAKTORI.....	33
POLNE RAZLIKE I RAZMATRANJA O POVEZANOSTI POLA I SUICIDNOSTI.....	36
NEUROBIOLOGIJA SUICIDNOG PONAŠANJA.....	38
KLASIFIKACIJA SUICIDNOG PONAŠANJA.....	43
SPECIFIČNA EVALUACIJA.....	45
SKALE ZA PROCJENU.....	45
Bekov inventar depresije.....	45
Skala za suicidalnu ideaciju.....	46
Skala suicidalne namjere.....	46
Bekova skala beznadežnosti.....	46
TERAPIJA SUICIDNOSTI.....	47
Procjena rizika od suicida.....	47
Modifikovanje rizika.....	48
Prilagođavanje tretmana.....	48
Ugovori protiv suicida.....	48
Specifični modaliteti tretmana.....	49
Somatske Intervencije.....	49
Antidepresivi.....	49
Liječenje anksioznosti.....	50
Stabilizatori raspoloženja.....	51
Antipsihotici.....	51
Elektro-konvulzivna terapija.....	51
PSIHOSOCIJALNE INTERVENCIJE I PSIHOTERAPIJA.....	52
TERAPIJA I UPRAVLJANJA HRONIČNOM SUICIDNOŠĆU.....	53
KLINIČKA REALNOST I UPRAVLJANJE SUICIDOM U PRAKSI.....	53
PREVENCIJA SUICIDA.....	54
Preventivni pristupi.....	55
Intervencija u krizi kao oblik prevencije suicida.....	56
CILJEVI ISTRAŽIVANJA.....	57
METOD.....	58
REZULTATI.....	61
DISKUSIJA.....	93

I DIO.....	93
SOCIO-DEMOGRAFSKI FAKTORI RIZIKA.....	93
PORODIČNA STRUKTURA.....	99
PRISUSTVO DJECE U PORODICI.....	101
ŠKOLSKA SPREMA.....	101
ZAPOSLENOST.....	102
MJESTO IZVRŠENJA.....	103
METOD IZVRŠENJA.....	104
PSIHIJATRIJSKO LIJEČENJE.....	106
DOBA DANA.....	107
DAN U NEDJELJI.....	107
MJESEC.....	107
MOTIVI.....	108
FAKTORI SUICIDNOG RIZIKA:POLNE RAZLIKE.....	114
II DIO.....	116
SOCIODEMOGRAFSKI PODACI.....	116
PSIHIJATRIJSKO-PSIHOPATOLOŠKE KARAKTERISTIKE.....	120
FAKTORI SUICIDNOG RIZIKA:POLNE RAZLIKE (PRIMJENOM METODE PSIHOLOŠKE AUTOPSIJE).....	132
Karakteristike faktora suicidnog rizika.....	133
Randomizirane kontrolisane studije.....	136
Studije psihološke autopsije.....	137
Studije radjene na stanovništvu.....	139
PREVENTIVNE STRATEGIJE.....	141
STANDARDNI TRETMANI.....	145
NEFARMAKOLOŠKI PRISTUP.....	145

PROTEKTIVNI FAKTORI.....	146
OCJENJIVANJE FAKTORA RIZIKA.....	147
ZAKLJUČCI.....	150
LITERATURA.....	153

UVOD

*Za sve one koji su svojim učešćem doprinijeli
ili na drugi način učestvovali u ovoj studiji*

*„Nauči dobro živjeti i problem
tvoje smrti je riješen“.
Konfučije*

Suicid (samoubistvo) i pokušaj suicida su tragični i bolni događaji za sve ljude koji su zaokupljeni tim ponašanjem kao i za sve one koji su bili u njihovom okruženju. Istovremeno suicid je jedan od najvećih problema današnjice, ne samo u oblasti mentalnog zdravlja, nego i u oblasti javnog zdravlja. Suicid se nalazi među vodećim uzrocima smrti u svijetu (WHO, 1996). Najmanje milion ljudi realizuje, a mnogo miliona više pokuša suicid svake godine. Još uvijek nedostaju podaci o prevalenci i rizičnim faktorima za suicid i šta im neposredno prethodi – suicidna ideacija, planovi i pokušaji i nedostupni su u mnogim zemljama širom svijeta, posebno u onim manje razvijenim (Vijayakumar i sar. 2005). Najveći broj studija o suicidnom ponašanju radjen je uglavnom na individualnom nivou u Zapadnim i visoko razvijenim zemljama, tako da nije poznato da li je procijenjena prevalenca i da li su faktori rizika identifikovani u nekim studijama generalno izvan tih zemalja.

Zato, razumijevanje faktora suicidnog rizika ima značajan efekat na poznavanje faktora rizika u opštoj populaciji, što je krucijalno za dizajniranje strategija za prevenciju suicida.

Istraživanja su pokazala da je suicidni rizik u opštoj populaciji udružen sa muškim polom (Lawrence i sar. 2000), usamljenošću (Kposowa. 2000), nezaposlenošću (Heikkinen i sar. 1995), niskim socijalnim statusom (Johansson i sar. 1997), zloupotrebom supstanci (Murphy. 2000), somatskom bolešću (Stenageri sar. 1998), psihičkom bolešću (Goldacre i sar. 1993). Medjutim, veoma su skromna saznanja u pogledu relativne važnosti i značaja ovih faktora kada su polne razlike u pitanju.

Brojni drugi zaključci u pogledu faktora suicidnog rizika nisu detaljno ispitivani. Objavljeno je, da je suicidno ponašanje povezano sa porodičnim (genetskim) faktorima (Roy i sar. 2000), ali je ostalo nejasno u kom stepenu može biti objašnjena porodična istorija psihičke bolesti i uticaja drugih faktora. Takođe, stope suicida su generalno više u urbanim nego u ruralnim sredinama u mnogim zemljama (WHO, 1989), ali veoma malo ima istraživanja na efekte urbanizacije u kontekstu drugih individualnih faktora. Roditeljstvo je predloženo kao protektivni faktor za suicid (Dirkem. 1897), ali ima veoma malo empirijskih studija koje bi potvrdile ovu povezanost (Hoyer i Lund. 1993) .

Studije suicida su otkrile da je suicid multifaktorijalno uslovljen. Još od Dirkema (1897) je priznat značaj socijalnih faktora, stresora, faktora porodične prirode i drugih. Suicid je češći kod bolesnika koji boluju od psihičkih bolesti, tako da većina ljudi koji realizuju suicid imaju diagnostikovani mentalni poremećaj. Patnja nastala zbog bilo kog mentalnog poremećaja je povezana sa znatno povišenim rizikom od prerane smrti. Pokušaji suicida i druga samooštećujuća ponašanja pojavljuju se mnogo češće od suicida. Smatra se da na svaki izvršeni suicid dolazi deset neuspjelih pokušaja. Cijena koju svako društvo snosi za svaki izvršeni suicid i pokušaj suicida veoma je visoka.

Uzimajući u obzir da je prosječan broj suicida u Crnoj Gori godišnje oko 161 i orijentaciono 1610 pokušaja suicida, suicidno ponašanje je veliki i ozbiljan problem našeg društva. Ponavljani pokušaji suicida, takođe, nijesu rijetki. Rizik za realizovanje suicida je povećan među osobama koje su pokušale suicid. Najveći broj istraživača se slaže u jednom opštem postulatu, da je „najbolji prediktor budućeg ponašanja, prethodno ponašanje“. Nadjeno je da je pokušaj suicida najsnažniji faktor rizika za realizovanje suicida (Bancroft i sar. 1976, van Egmond i Diekstra. 1989, Leon i sar. 1990).

Kada je pol u pitanju, u najvećem broju zemalja ima više realizovanih suicida među muškarcima nego među ženama, međutim poznato je da je kod žena veći broj pokušaja suicida. Izuzetak je Kina gdje je broj suicida žena mnogo češći nego muškaraca (Hawton 2000).

Depresija je najčešći mentalni poremećaj u realizovanim suicidima i takođe jedan od najvažnijih faktora rizika za suicidno ponašanje. To je takođe jedan od najvažnijih mentalnih poremećaja u pogledu uticaja na javno zdravlje. Prema procjeni WHO (2001) u analizi Globalnih Tereta Bolesti (GTB), unipolarni depresivni poremećaj je rangiran kao četvrti vodeći uzrok tereta svih bolesti i vodeći uzrok nesposobnosti. Dok sadašnje procjene pokazuju trenutno visok nivo opterećenja usled depresivnih poremećaja, izgleda da će to stanje u budućnosti biti još teže. Ako se trenutni demografski i epidemiološki trendovi i teret tranzicije nastave, depresija će do 2020. godine postati drugi vodeći uzrok invaliditeta i drugi najviši uzrok tereta bolesti u cijelom svijetu, dok će ishemijska bolest srca biti prva, naročito u razvijenim regionima (Murray i Lopez 1996).

Depresija može da utiče na pojedinca u bilo kojoj fazi njegovog životnog vijeka. To je hronično oboljenje sa visokim rizikom za ponavljanje i to više puta tokom života, naročito kada nije dostupan adekvatan tretman. Suština je da se radi o epizodičnim ponavljajućim

poremećajima. Epidemiološke studije pokazuju da je liječenje depresije često neadekvatno ili da depresija nije dijagnostikovana. Znatno broj depresivnih pacijenata krije bolest i tokom života realizuje suicid. Suicid ostaje jedan od najčešćih ishoda depresije. Dobro je poznata povezanost suicida i major depresivnog poremećaja (MDP). MDP je veoma rasprostranjen, etiološki multifaktorijalan i klinički veoma heterogen. Skorija istraživanja su potvrdila da je oko 60% suicida povezano sa poremećajima raspoloženja, dok su ostali psihijatrijski poremećaji koji su u vezi sa povećanim rizikom od suicida shizofrenija, alkoholizam i poremećaji ličnosti (Mann 2005). Studije su obično fokusirane na realizovani suicid u MDP, međutim od suštinskog značaja je proučavanje pokušaja suicida u MDP. To nam može dati više sveobuhvatnih informacija u vezi sprečavanja suicida.

Samoubistvo se kroz civilizaciju i vrijeme činilo i iz ubjedenja ili za neki ideal, pa moramo reći da nije svako samoubistvo posledica psihopatološkog čina.

S obzirom na nagli porast literature o istraživanjima na temu suicidalnosti, napravljeni su pomaci u razumijevanju zašto ljudi realizuju i pokušaju suicid i kako treba pomoći osobama koje su pokušale suicid, da preveniraju ponavljanje tog suicidalnog akta.

EPIDEMIOLOGIJA SUICIDA

Globalna stopa suicida na 100.000 stanovnika procijenjena je i objavljena 1950-te godine. Svetska zdravstvena organizacija (WHO, 2004) je procijenila da oko 1 milion ljudi umire od suicida svake godine, međutim tačan broj se može smatrati i većim. Ovaj broj prevazilazi broj ubistava u ratnim dešavanjima. U najvećem broju zemalja broj suicida je veći od broja smrti koje su nastupile kao posledica saobraćajnih udesa (<http://www.who.int/>). Takođe, WHO (2001), je procijenila da će 2020. godine, približno 1.53 miliona ljudi realizovati i 10-20 puta više pokušati suicid širom svijeta. Ovo predstavlja u prosjeku jednu smrt suicidom svakih 20 sekundi i jedan pokušaj svakih 1-2 sekunde.

Postoji velika varijacija između zemalja u pogledu stope smrtnosti od suicida (Schmidtke 1997). Prema podacima WHO visoku stopu imaju zemlje Istočne Evrope (Madjarska 43,5, 1997.godine) i neke zemlje Azije, posebno Kina i Sri Lanka. Naime, u najvećem broju bivših socijalističkih zemalja Evrope je početkom, a u nekim, prije svega, bivšim sovjetskim republikama, i tokom čitave poslednje decenije 20. vijeka bilo prisutno naglo povećanje stope suicida. U nekim zemljama, koje su se i ranije odlikovale natprosječnim brojem suicida na 100.000 stanovnika, vrijednosti tog opšteg pokazatelja suicidalnog mortaliteta su dostigle najviši nivo od završetka Drugog svjetskog rata. U tom pogledu se izdvajaju tri baltičke, bivše sovjetske, republike i Rusija. Stopa suicida je u sve četiri zemlje 1990. godine iznosila nešto preko 26 smrtnih slučajeva na 100.000 stanovnika, i po tome su bile pri samom vrhu "crne" evropske rang liste. Tokom poslednje decenije na vrhu liste, i to već desetak godina, je Litvanija (38,6, 2005. godine), a slijede je Bjelorusija (35,1, 2003. godine) i Rusija (32,0, 2005. godine).

U zapadnoevropskim zemljama visoka stopa suicida je zabilježena np. u Finskoj 17,9/100.000, 2005. godine, dok je u Švedskoj, iznosila 13,2/100.000, 2002. godine.

Pri donjem kraju liste nalaze se, takodje godinama Mediteranske zemlje, gdje su zabilježene nešto niže stope. To su Italija, Malta, Španija, Portugalija, kao i Makedonija, gdje su stope ispod 10/100.000 stanovnika, Grčka sa svega 3,6/100.000 stanovnika (2005. godine), Albanija (4,0, 2003. godine) i Kipar sa prosječnom stopom 2,07 u periodu od 1988-1999 (Zackarackis 2005). Vezano sa tim nešto niže stope su nadjene u Latinskoj Americi i u zemljama sa muslimanskim stanovništvom (Hawton 2005).

Stope suicida u Evropi, imaju tendenciju povećavanja i to u zemljama sjeverne Evrope, a u cjelini posmatranoj, stanje u pogledu nivoa opšte stope suicida danas je bolje nego početkom 1990-tih godina (Penev i Stankov 2007). Ujedno, i tendencije iz poslednjih 5-10 godina koje su prisutne u većini zemalja znatno su povoljnije od onih iz prve polovine 1990-tih. Stope realizovanih suicida u Americi za period 1990-1997. godine se kreću od 20,5 prve godine posmatranog perioda i opadaju svake godine tako da su 1997. godine iznosile 16,9 (Suicide Statistics 1997).

Međunarodna istraživanja su otkrila da je stopa suicida kod adolescenata takodje zavisna od dijela svijeta. U Evropi postoje velika odstupanja u zavisnosti od zemlje. Tako je stopa suicida u Grčkoj kod adolescentkinja 0,6/100.000, dok je stopa adolescentnih suicida najveća kod Finaca muškog pola 35,2/100.000. U Americi u istom periodu stopa suicida adolescenata kreće se od 13,2, 1990. godine, zatim blago raste i 1994. godine je bila 13,8, a sledećih godina opadala na 11,4, 1997. godine (Suicide Statistics, 1997). Inače bilježi se porast stope suicida među adolescentima muškog pola.

U Estoniji i Letoniji, ali i u još nekim zemljama u tranziciji (npr. Bugarska, Moldavija, Madjarska) je krajem 1990. godine i početkom 2000. godine zabilježena jasna tendencija opadanja stope suicida. U prve dvije zemlje je to smanjenje bilo vrlo intenzivno. Za samo desetak godina taj broj je sa preko 40 na 100.000 stanovnika sveden na oko 20/100.000. U Madjarskoj, koja je jedna od vodećih zemalja u stopama suicida u periodu od 1982-1997. godine, došlo je do smanjivanja stope sa 43,5 na 31,6/100.000 stanovnika, primjenom većih dnevnih doza antidepressiva, (WHO, 2000), da bi 2003. godine opala na 27,7/100.000. Prema najnovijim podacima (za 2006. godinu) stopa suicida u Letoniji se kretala 21,4/100.000, u Estoniji 18,4/100.000. Ukoliko se porede samo vrijednosti početkom i krajem posmatranog perioda (1990-2005) tada se, u većini zemalja, bilježi intenzivnije ili manje intenzivno smanjenje opšte stope suicida.

Stopa suicida u SR Jugoslaviji u periodu 1990-1997 godine (uzeta Srbija i Crna Gora i za 1990. godinu) kretala se od 12,8 prve godine posmatranog perioda, zatim rasla do 16,05, 1992. godine, da bi u godinama koje slijede blago opadala (Statistički godišnjaci 1990-1997). Nakon raspada SR Jugoslavije među bivšim jugoslovenskim republikama najviše stope suicida su bile u Sloveniji, a najmanje u Makedoniji (25,1 odnosno 7,0 na 100.000 stanovnika u 2005. godini). U Srbiji je prosječna stopa 2000. godine bila 20,1, a iste godine u Hrvatskoj 21,1 na 100.000 stanovnika (Penev i Stanković 2007).

Epidemiologija suicidalne ideacije

U epidemiološkim studijama prevalenca suicidalne ideacije je radjena od 1970.godine. U zavisnosti od svake pojedinačne studije, 12-to mjesečna prevalenca varirala je od 2,3% do 8,7% (Schwab i sar. 1972; Goldney i sar. 2000). U dobro poznatim velikim epidemiološkim studijama u SAD-u kao što su NCS i NCS-R, 12-to mjesečno praćenje učestalosti suicidalne ideacije je potvrdilo njihovo prisustvo od 2,8% i 3,3% u prosjeku (Kessler i sar. 1999; 2005). Kessler i sar. (2005) su procijenili da u SAD ima oko 3000 suicidalnih ideatora na 100.000 stanovnika svake godine i 14/100.000 realizovanih suicida. U jednoj studiji u Grčkoj, Madianos i sar. (1993) su objavili da je prevalenca suicidalne ideacije radjena po polu dva puta i to 1978 i 1984. godine. U prvom ispitivanju, 2,8% muškaraca i 6,8% žena su imali suicidalne ideje tokom poslednjih 12 meseci, a u drugom, 5,9% i 14,9%, u prosjeku.

Suicidne ideje se mogu znatno razlikovati u različitim starosnim grupama. Goldney i sar. (1989) su procijenili da je suicidalna ideacija kod mladih oko 10-12%, a Skoog i sar. (1996) su našli da je suicidalna ideacija među starima oko 4%.

U jednoj Finskoj studiji Hintika i sar. (2001) radjeno je istraživanje učestalosti suicidalne ideacije Bekovom skalom za depresiju (BDI) na 12-to mjesečnom praćenju nacionalnog uzorka. Učestalost ukupne suicidalne ideacije bila je 3,8%, i 3,1% za žene i 4,6% za muškarce. Na osnovu do sada uradjenih istraživanja suicidalna ideacija je podjednako zastupljena kod oba pola ili nešto više među ženskim polom.

DEFINICIJA SUICIDNOSTI I SA NJOM POVEZANI KONCEPTI

Suicid potiče od latinskih riječi sui-sebe i occidere-ubiti i označava oduzimanje sopstvenog života. Suicid nastaje usled sniženja nagona za življenjem, dok pokušaj suicida (tentamen suicidii) predstavlja izvršen neuspjoh pokušaj suicida, počev od nagovještaja do ozbiljnih suicidalnih radnji (ali neuspješnih). Postoje brojne definicije suicida koje naglašavaju medicinski, psihijatrijski, psihološki ili sociološki aspekt, međutim, jedinstveno prihvaćene, naučno utemeljene definicije nema.

Američko Udruženje Psihijatara je definisalo suicid kao čin namjernog samouništenja života, koji čini osoba koja zna kakav će biti ishod tog čina (APA, 1994).

Dirkem (1897) smatra da suicid predstavlja svaki slučaj smrti koji neposredno ili posredno proizlazi iz jednog pozitivnog (aktivnog) ili negativnog (pasivnog) čina koji je izvršila sama žrtva i za koji je znala da mora proizvesti takav ishod.

Prema doajenu suicidologije, Milovanu Milovanoviću (1985), suicid predstavlja svjesno i namjerno uništenje sopstvenog života. Nasuprot tome, svaki drugi postupak koji je izazvao

lišenje sopstvenog života, a koji se nije svjesno želio niti namjerno izvršio, treba smatrati zadesnim činom i predstavlja zadesnu smrt.

Pored autodestrukcije, u dinamici suicida, prisutna je i nesvjesna motivacija koja je okrenuta ka životu i za koju je Milovan Milovanović (1929) upotrebio termin "alarm", a koju će Stengel tek 30 godina kasnije opisati kao "apel fenomen", koji u suštini ne predstavlja svjesnu manipulaciju okoline već poziv u pomoć. Prema njegovom misljenju «samoubistvo je zagonetka nad zagonetkama».

Prema filozofsko-pravnoj definiciji, suicid je čin svjesnog i namjernog uništenja - samouništenja (ovdje pojam "svjesnost" podrazumijeva svjesnost posljedica takvog čina).

Mnogo godina se pretpostavljalo da realizovani suicid i pokušaj suicida traže različite modele objašnjavanja. Najzad, kao i razlike u ishodu, bilo je razlika u godištu i podjeli među polovima, i u pogledu rasta i pada stope tokom vremena. Tokom 1960-tih godina kada je stopa suicida bila u padu, stopa pokušaja suicida je bila u porastu.

Sada je, međjutim, jasno da su razlike između realizovanog suicida i pokušaja suicida preuveličane. Na primjer, razlike u godištu i polu ne znače da je potrebno različito objašnjenje. Kada bi se mogle posmatrati razlike u stopama rasta i opadanja u okviru statistike suicida, ne bi se moglo uzeti za sigurno da te razlike između suicida i pokušaja suicida daju ikakve indicije da ta dva ponašanja zahtijevaju različita objašnjenja.

Zbog toga se danas proučavanje suicidologije odnosi na širi koncept fenomena „suicidnosti“. Koncept „suicidnosti“ uključuje široki opseg fenomena kojima se obuhvataju: suicidne ideje i planovi, pokušaji suicida i realizovani suicid.

Koncept sinonima „suicidnost“, odnosi se na “suicidno ponašanje” (koje se osim suicidnih činova, odnosi i na suicidne ideje).

“Suicidna ideja”, predstavlja suicidnost bez akcije i obuhvata sve tipove suicidnih misli i planova.

“Suicidni činovi”, predstavljaju pokušaje suicida i realizovane suicide.

“Pokušaj suicida”, ne znači samo jedan neuspješan suicid, nego takodje uključuje i oštećujuće čineve manje intencije ka smrti.

Drugi koncept koji se sve više koristi poslednjih nekoliko godina je “parasuicid”, koji je definisan kao “akt sa nefatalnim krajem i koji je individualno oštećujuće stremljenje“, jedno ponašanje koje je neuobičajeno ponašanje od strane drugih, a koje dovodi do samooštećenja uzimanjem supstance u većim dozama od propisane ili generalno prepoznate terapijske doze koja ima za cilj da realizuje promjene koje individua želi, iako očekuje aktuelne ili fizičke posledice (Platt i sar.1992).

Termin “violentni suicidni pokušaj”, znači takav pokušaj koji je drugačiji u odnosu na predoziranje supstancom ili pojedino rezanje ručnog zgloba, ili je pak korištena kombinacija različitih metoda (Traskman i sar. 1981). Internacionalna klasifikacija bolesti (ICD), pravi razliku između potvrđenog (pouzdanog) suicida i “nepouzdanog suicida”. Termin

“nepouzdan suid” se koristi tamo gdje ima nepouzdanosti i gdje je čin suicida bio nenamjeran ili slučajan. Najveći broj nepouzdanih suicida uzrokovan je samotrovanjem.

Statistike opisuju sveobuhvatne suicidalne stope koje generalno uključuju i pouzdane i nepouzdate suicide, za koje se vjeruje da bi se završili suicidom. Studije psihološke autopsije su našle da je 70 - 75% nepouzdanih suicida, označeno kao suicidi. Nadalje, ima vjerovanja da osnovni broj suicida naročito među starijom populacijom nije evidentiran i da se suid ponekada greškom označi kao prirodna smrt (nastala od somatske bolesti), a takav je slučaj i među žrtvama saobraćajnih nesreća. Kada su u pitanju ovi uzroci, umjesto balansiranja, to bi takodje mogao biti drugi razlog za uključivanje nepouzdanih suicida u sveobuhvatne suicidalne stope (Nacionalni Centar za Istraživanja Suicida i Prevenciju Mentalnih Bolesti, 2005).

Termin “Suicidni proces”, znači da suicidalni proces počinje sa suicidalnom ideacijom i da se razvija u produženom trajanju tokom vremena. Često se opisuje da „suicidni proces“ sadrži suicidalnu ideaciju, više specifičnih suicidalnih planova i suicidalne činove: pokušaj i realizovani suid.

Ovaj opis „suicidnog procesa“ daje određene impresije koje su sasvim varljive, jer će „suicidni proces“ samo u nekoliko procenata slučajeva dovesti do ispunjenja svih procedura i puteva da se suid i realizuje. Sve je više izvještaja da je suicidalna ideacija česta i novije studije ukazuju da je približna godišnja incidenca 2,3% u opštoj populaciji. Medjutim, nešto više od jednog na 200 ljudi koji su iskusili suicidalne misli na kraju i realizuje suid (Gunnell i sar. 2004). Drugi potencijalno varljivi sadržaj koncepta „suicidnog procesa“, bio bi da najavi razvoj intenzivnog povećanja suicidalnosti prije suicidalnog akta, ali tako nešto ipak nije evidentirano. Zato se predlaže da se „suicidni proces“ može smanjivati, ponovo pojavljivati i fluktuirati ponavljanjem tokom vremena (Beskow 2000).

Studije psihološke autopsije realizovanih suicida predlažu da je dužina trajanja suicidalnog procesa obično nekoliko mjeseci, ali to može varirati od minuta do sata, od godine do dekade (Runeson i sar.1996).

Definicija suicidalne ideacije

Suicidna ideacija se definiše kao misao koja može predstavljati uzrok sopstvene smrti. Ona može da varira u ozbiljnosti u zavisnosti od specifičnosti suicidalnih planova i stepena suicidalne namjere (APA, 2003). Suicidna ideacija se može manifestovati u rasponu od prolaznih misli u vezi sa bezvrijednošću života i želje za smrću, do trajnih, konkretnih planova za suid i opsesivnih preokupacija o samouništenju. Suicidne ideje mogu biti jedan od aspekata depresivnog raspoloženja, a sa druge strane, coping strategije takvom raspoloženju. To je takođe u tijesnoj korelaciji sa beznadežnošću. Suicidne ideje mogu biti stalne ili hronične, kao i one akutne prirode (Goldney i sar. 1989; Diekstra i Garnefski 1995).

Definicija pokušaja suicida

Proteklih godina korišćeno je nekoliko definicija kojima se pokušao definisati pokušaj suicida. Pokušaj suicida je definisan kao samopovredjujuće ponašanje sa nefatalnim ishodom, a za koje postoje dokazi (eksplicitni ili implicitni) da je osoba imala namjeru da umre (APA, 2003).

Definicija je široko postavljena tako da uključuje manju namjeru ka letalnosti, ali u isto vrijeme pravi distinkciju između pokušaja suicida i drugih oblika više naviknutog samodestruktivnog ponašanja kao što su pijenje ili namjerna, ponavljana, samooštećujuća ponašanja (kao što su površna rezanja, gašenja cigareta) i kod kojih nema namjere ili rizika za nastanak smrtnog ishoda.

Beck i sar. (1972) su definisali pokušaj suicida kao „situaciju u kojoj osoba izvrši stvarno ili naizgled po život opasno ponašanje sa namjerom da izloži svoj život opasnosti ili da ispolji nešto slično namjeri, ali koja neće rezultirati smrću“.

Definicija realizovanog suicida

Suicid je definisan kao samo-nanešena smrt sa (eksplicitnim ili implicitnim) dokazima da je osoba imala namjeru da umre (APA, 2003). Ovaj termin treba koristiti jedino u slučaju smrti.

MULTIFAKTORIJALNA ETIOLOGIJA SUICIDNOG PONAŠANJA

Postoji nekoliko argumenata koji sugerišu da je suicid nezavistan poremećaj, mada su psihijatrijski poremećaji faktori koji doprinose nastanku suicida. Više od 90% žrtava suicida i većina onih koji pokušaju suicid kao i oni koji imaju suicidalne ideje, imaju psihički poremećaj (Robins i sar. 1959; Dorpat i Rippl 1960; Barraclough i sar. 1974; Henriksson i sar. 1993; Beautrais i sar. 1996; Mann 2002; 2005).

Prisustvo psihopatologije je jasan prediktor suicida, pa su psihijatrijski pacijenti ipak u najvećem riziku, međutim, na kraju samo manji broj njih sa ovim dijagnozama pokuša ili realizuje suicid, što ukazuje na značaj diateze ili predispozicije za suicidalno ponašanje koje je nezavisno od glavnog psihijatrijskog poremećaja (Mann 2003, Turecki 2005).

MODELI SUICIDNOSTI

Prema modelima suicidalnog ponašanja različite varijable djeluju u različitim vremenskim okvirima i doprinose povišenju ukupnog suicidalnog rizika. Pogledi na suicidalnost su se mijenjali kroz historiju čovječanstva: stavovi su se kretali u opsegu od osuda do prihvatanja u različitim vremenima i kulturama, ili kao jedan sveobuhvatan trend u kome se perspektiva suicidalnosti mijenjala od perspektive spoljašnjih do individualnih uticaja (Beskow i sar. 2005).

Kada se govori o aspektu *modela suicidalnosti u Zapadnim zemljama*, poseban fokus je na psihijatrijskom i psihološkom modelu. U antičkoj Grčkoj suicid je korišten kao način da se izbjegne poniženje, bijeda, tuga, teška bolest ili iz političkih razloga, ali je suicid bez razloga osudjivan. Suicid je tolerisan kao slobodan izbor, ali nije istican i kao čin izbora. Rimljani su takodje davali dozvolu za suicid pod određenim sigurnim okolnostima (Brlđvik 2000).

Religijski stavovi uglavnom osudjuju suicid. Prema *hrišćanskoj religiji*, zabranjuje se i osudjuje suicid. U Jevandjelju po Jovanu se kaže: “On bješe u početku Boga, sve kroz njega postade, bez njega ništa ne postade šta je postalo. U njemu bješe život i život bješe svjetlost ljudima” (Biblija, 2005). Život je Božji dar i niko ne može ići protiv života jer bi tada išao protiv Boga. Toma Akvinski je u 13. vijeku okarakterisao suicid kao smrtni grijeh prema Bogu. Međutim, ni u Starom ni u Novom Zavjetu ne nailazimo na osudu tog čina, iako ne oskudijevaju u njegovim opisima - nestrpljivo čekano olakšanje, put ka rajskom blaženstvu. Stav hrišćanstva prema suicidu (kao i prema abortusu i čedomorstvu), zasniva se na poštovanju života (Biblija 1968; Novi Zavjet). Očigledno, da je na Zapadu usvojeno etičko vrednovanje hrišćanstva. U Engleskoj, sve do 1961. godine (kao i u Izraelu do 1966) suicid je bio krivično djelo (Kecmanović, 1989). Baković (1997) navodi da hrišćanska religija zbog lansiranja osjećaja krivice, nije mogla sačuvati čovjeka od depresivnosti, kao karakterne osobine. Projektujući osjećaj krivice iz nesvjesnoga u svjesno, religija je poštadjela čovjeka teške depresije i to depresije kao neurotskog oboljenja. Kod pripadnika hrišćanske religije prisutna je depresivnost kao karakterna osobina, a ne depresija kao neuroza, kao oboljenje.

Sa Hrišćanskim, teoretskim modelom razvio se dominantan pogled na suicidalnost. Ovaj model suicidalnosti kao protivljenje Bogu je poslužio društvu u održavanju niže suicidalne stope putem propagiranja sklapanja braka i zabranjivanja suicida. Beskow i sar. (2005) su istakli, da je ovaj model suicidalnosti iako zastareo, vrlo ozbiljan, kao i da još uvijek ima uticaja kada je suicid u pitanju.

U *islamu* se takodje osudjuje suicid. Muhamed je u Kuranu zabranio samoubistvo: “I ne ubijajte se, Allah Uzvišeni je, doista, prema vama Milostiv” (Kuran 1989).

Jevreji ga takodje osudjuju. U Japanu, poželjno i često opravdano izvršavalo se paranjem trbuha zbog drevnog vjerovanja da duša prebiva u truhu, tzv. «sepuku» kod nas poznatiji kao harakiri. Riječ je o ritualnom suicidu sa višestrukim smislom i značenjem. Bitna su dva elementa: pranje časti i osveta neprijatelju. Očigledno, da je smisao harakirija daleko suptilniji nego što to Evropljani mogu da shvate.

Prije više od jednog vijeka francuski sociolog Emil Dirken (1897), predložio je *sociološka objašnjenja* suicida. Sa aspekta ove teorije suicid je odraz stanja u društvu prije nego odraz stanja same individue. Ovaj model predlaže, da suicid može biti pod uticajem društva sa jedne strane u situacijama kada osobe gube prethodne veze sa društvom i kada postoji pad normativnih regula koje mogu remetiti ljudsko postojanje i sa druge strane, u situaciji kada su normativne regule u društvu pretjerano stroge, kao i kada su regule kod samih individua takodje veoma jake. Incidencu suicida u određenoj društvenoj grupi određuju dvije varijable – društvena integracija i društvena regulacija, tj. stepen jedinstva i stepen normiranosti društva. Dirken (1897) navodi da samoubistvo varira obrnuto stepenu integracije društvenih grupa. Mogu se izdvojiti četiri tipa društvenih uslova koji sadrže određene društvene uzroke, a koji djeluju na stopu suicida, i to anomija i njena suprotnost – fatalizam, i egoizam i njegova suprotnost – altruizam. Visok stepen integracije karakterističan je za altruizam, a nizak za egoizam, dok je nizak stepen regulacije karakterističan za anomiju, a visok za fatalizam. Visoke stope suicida uslovljene su kako visokim, tako i niskim stepenom integracije društvenih grupa, za razliku od umjerene integracije gde su stope najniže. Zato društvo prema Dirkenu, treba da bude integrisano do onog nivoa na kojem njegovi članovi posjeduju »kolektivnu svijest« i streme zajedničkim ciljevima.

Prema Dirkenu, pored čistih tipova javljaju se i mješoviti – anomijsko-altruistički, ego-anomijski, i ego-altruistički.

Sa *egzistencijalističko-filozofskog* gledišta, koje uključuje moralne poglede kroz koje se postavljaju pitanja da li je suicid opravdan ili pogrešan, hrabrost ili kukavičluk, može se diskutovati. To takodje nameće i pitanje kao što je da li postoji racionalni suicid i sa tim povezane vrijednosti kao što je sloboda odlučivanja.

Neki modeli se fokusiraju na kratki vremenski period pokušavajući da objasne proces koji neposredno konstituiše pozadinu suicidnog akta. Primjer su neki modeli psihodinamskih uticaja kao što je Ringelov „*presuicidni sindrom*“. „Presuicidni sindrom“ karakterišu skučenost (usled nepovoljnih uslova razvoja ličnosti ili nepovoljnih kasnijih okolnosti), nezrelost (suicidne fantazije koje olakšavaju konačnu odluku) i agresivnost (nesposobnost čovjeka da svoju agresivnost oslobodi na društveno poželjan način). Prema ovom modelu, samoubilački čin nije neposredna reakcija na životni udarac, već poslednja scena drame, koja je počela mnogo ranije."

Ringelov (1976) i *kognitivno-bihevioralni model* „suicidni model“ (Rudd 2000), predstavljaju promjenu stanja svijesti kroz vrijeme kao jedan važan predlog zašto se preduzima suicidni akt. Ringel (1953) smatra suicid patološkom pojavom, svojevrsnom "neurozom životne iskrivljenosti" ili jednostavnije "samoubilačkom neurozom". Frank (1978), takodje navodi da samoubilačke osobe ne pate od duševnih bolesti, već samo od krize svijesti.

Diferencijalni model aktivacije (DAT), predložen od Teasdale i sar. (1988), sugerise da je tokom epizode depresije, udruženo tužno raspoloženje i konstelacija negativne obrade procesa. Sa pojavom svake epizode depresije, mreža depresivne kognicije se ojačava, razrađuje i postaje sve podlošnija. Nedavno su Joiner i sar. (2003) i Lau i sar. (2004) predložili da bi ova teorija mogla imati značaja na objašnjenje ponavljanja suicidnog

ponašanja. Bolni i strahom indukovani kvalitet suicidalnog ponašanja može izgubiti na ponavljanju, dok se suprotni procesi mogu intenzivirati. Wilijams i sar. (2005a, 2005b, 2006), su razradili ovu teoriju dalje u svojim izvještajima. DAT sugerije da rizik od buduće suicidalnosti zavisi od toga u kojoj su mjeri suicidalne misli i planovi postali dio obrazaca obrade informacija koji se reaktiviraju kada se loše raspoloženje ponovo pojavi.

Viktor Frankl (2000) navodi, da za suicidalno ponašanje smatra značajnim nedostatak smisla življenja. Frankl navodi istraživanja njegovog studenta na jednom američkom univerzitetu, početkom 80-ih godina, a dobijeni podaci govore da je od 60 studenata, koji su pokušali suicid, njih 85% izjavilo da je razlog tome "što im se život čini besmislenim". Ispitanici su bili uspješni studenti i imali dobre odnose sa roditeljima. Početkom 80-ih godina XX vijeka rađeno je istraživanje u Americi na velikom uzorku od oko 180 000 ispitanika. Podaci ovog istraživanja objavljeni su od strane Američkog vijeća za obrazovanje, pri čemu je oko 70% anketiranih studenata smatralo svojim najvažnijim ciljem "stvaranje smislene filozofije života". Drugo istraživanje obuhvatilo je oko 8000 studenata sa 48 fakulteta, a rađeno je od strane Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje u Americi i došlo se do podataka da oko 80% ispitanika ističe kao svoj glavni cilj "pronalaženje smisla života". Frankl smatra da ispitanici pate od nedostatka smisla života, iako žive u bogatom društvu i da dobar društveno-ekonomski položaj ne djeluje u ovom slučaju na prevencija samoubistva. On navodi da u današnje vrijeme ima sve više ljudi koji i pored dobrih životnih uslova ne vide smisao za koji bi živjeli. Frankl koristi termin socio-genetska neuroza da bi objasnio mnoštvo neuroza današnjice, čiji su uzroci osjećanje besmislenosti ili "egzistencijalne praznine", koju čine potištenost, agresivnost i zavisnost. Slabljenje uticaja tradicije vidi kao jedan od razloga u etiologiji egzistencijalne praznine mladih osoba

Psijhijatrijski pogled na suicidalnost posmatra suicid kao simptom psihopatologije. Ovaj model datira još od Galena po kojem je samodestruktivno ponašanje odraz mentalnog oboljenja kao što je melanholija. Pogled na suicid kao znak duševne bolesti u suprotnosti je sa teorijskim modelom suicida. Kao odraz ovoga važno je reći da je u 13 vijeku u Evropi bilo zabranjeno sahranjivanje samoubica u grobljima, osim onih koji su bili mentalno oboljeli. Međutim u drugoj polovini 20-tog vijeka dominirao je psijhijatrijski model suicida. Ustanovljeno je da 90% osoba koje su pokušale suicid je patilo od psijhijatrijskih poremećaja u vremenu suicidalnog akta (Hawton i sar. 2001; Isometsä i sar.1995), a MDP je označen kao najrašireniji psijhijatrijski poremećaj koji je povezan sa suicidalnošću (Isometsa i sar.1995). Beskow i sar. (2005) su ustanovili da je psijhijatrijski model povezan sa prevencijom suicida, postavljanjem dijagnoze i tretmanom depresivnog sindroma, ali ovaj model je kritikovan zbog prihvatanja uticaja faktora spoljašnje sredine.

Veza izmedju psijhijatrijskih poremećaja i suicidalnosti iz više različitih razloga predstavlja prekretnicu u objašnjenjima ove povezanosti. Naglašena je i psihološka dimenzija beznadežnosti. Sa biološkog aspekta je potvrđeno da disfunkcija serotonergičkog sistema uzrokuje ljutnju i impulsivnost, a koja zapravo predstavlja preokret u posredovanju izmedju psijhijatrijskih poremećaja i suicidalnosti (Mann i sar. 1999). U konačnom rezultatu bioloških procesa nadjeno je nekoliko bioloških korelata suicidalnog ponašanja.

Hafordov model (2001), dovodi u vezu alkoholizam i suicidalno ponašanje i svodi se na psihosocijalne varijable. U najčešće predisponirajuće faktore rizika suicidalnog ponašanja među alkoholnim zavisnicima izdvajaju se agresivnost/impulsivnost (Windle 1994), beznađežnost i negativan afekt (Coner i Duberstein 2004), dok se među precipitirajućim, kao prominentan izdvaja poremećaj interpersonalnih odnosa, pogotovo prekid emotivne veze (Windle i Davies 1999). Suptilnom analizom tih faktora moguće je identifikovati dva različita puta koja dovode u vezu alkohol i suicidalno ponašanje: distalni put posredstvom alkoholne zavisnosti i proksimalni put tj. akutna intoksikacija (Roy 2003). Alkoholna zavisnost, kao i sa njim udružena komorbidna psihopatologija i negativni životni događaji, djeluju kao distalni faktori rizika suicidalnog ponašanja. *Distalni faktori* rizika nose statistički potencijal za suicid. Proksimalni put koji dovodi u vezu intoksikaciju i suicidalno ponašanje konzistentan je sa Baumeisterovom teorijom bjekstva (1990). Naime, *proksimalni faktori* rizika vremenski su blisko povezani sa suicidalnim ponašanjem i oni zapravo "prevode" statistički potencijal distalnih faktora rizika u akciju. Akutni efekti alkoholne intoksikacije djeluju kao značajan proksimalni faktor suicidalnog ponašanja među alkoholičarima ali i nealkoholičarima. Mehanizmi odgovorni za sposobnost alkohola da poveća proksimalni rizik suicidalnog ponašanja uključuje sposobnost alkohola da: (a) poveća psihološki distres, (b) poveća agresivnost, (c) "transformiše" suicidalnu ideaciju u akciju posredstvom suicidal-specifičnih očekivanja od alkohola i (d) da suzi kogniciju čime su onemogućeni konceptualizacija i implementacija alterantivnih coping strategija.

Psihološke teorije i istraživanja u ovoj oblasti su obezbijedile nekoliko modela razumijevanja suicidalnosti. Frojdova teorija je nastala 1917. godine, prema kojoj suicidalnost nastaje ako ljutnja nastala zbog gubitka objekta ne može biti izražena, i da se ona transformiše u samoosudu i povredu samog sebe (Freud 1917). Frojd je predložio da se većina pojedinaca nosi sa gubitkom voljene osobe kroz iskustvo žalosti. Međutim, on vjeruje da postoje i drugi ranjivi pojedinci za koje je iskustvo gubitka nepodnošljivo i stvara ogroman bijes. Individualno osjeća ambivalentnost, ali čuva mentalnu sliku objekta, internalizuje je i ona postaje dio ega. Osjećanje bijesa prema izgubljenom objektu nije moguće izraziti i tako se pretvara u samo-osudu i želju da se povrijedi. Kada ova osjećanja dostignu kritičnu tačku tada dolazi do potrebe da uništi sebe (Wilijams i Polok 2000).

Drugi model, koji predstavlja zajednički pogled na suicidalnost u opštoj populaciji, je *model „krika patnje“*, koji je zasnovan na prepoznavanju komunikativnih aspekata koji mogu biti predstavljeni u suicidalnom aktu. Na putu tih istaknutih promjena od Shnajdmanovog komunikativnog aspekta (1993,1998), i njegovih objašnjenja suicida kao „*psihičkog bola*“: da se radi o želji da se zaustavi psihički bol, kroz dostizanje nesvjesnosti, što je neposredna motivacija suicidalnog akta. Izgleda da su suicidalni pojedinci upravo hipersenzitivni za signale koji dolaze od stimulusa koji signaliziraju poraz i odbacivanje.

Williams (1997) sugerise da o suicidalnom ponašanju razmišljamo (bilo da je ishod život ili smrt), kao o "kriku patnje". Na suicidalno ponašanje se gleda kao na pokušaj da se pobjegne iz zamke ("zaustavljeni let" u sociobiološkim terminima), osjećaj da se i "porażeno" i "zatvoreno". Osjećaj porażenosti može da proizadje iz spoljašnjih okolnosti (npr. slabi odnosi,

nezaposlenost, poslovni stres) ili iz nekontrolisanog unutrašnjeg nemira. Gilbert ističe da je važan aspekt takvog stresa što signalizira pojedincu da je on/ona poražen u nekom važnom aspektu njegovog/njenog života (Gilbert 1989). Takvi porazi aktiviraju primitivne (evolutivno stare) psihobiološke mehanizme. Međutim, da bi se pokrenula sasvim razvijena “reakcija poraza”, u kojoj će osoba imati sklonost da se preda, mora takodje da postoji osjećaj zarobljenosti u situaciju: osoba očekuje da nema ništa što bi on/ona mogli da urade da bi pobjegli od stvari koje najviše uznemiravaju. Uz to, osoba vjeruje da je mala vjerovatnoća da će biti “spašena” iz te situacije od strane drugih ljudi ili okolnosti. Prema tome, suicidalno ponašanje se vidi kao “*krik patnje*” izazvan kombinacijom okolnosti u kojima osoba vidi sebe kao poraženu i gdje izgleda da nema mogućnosti bijega ili spasa i gdje su dostupna sredstva kojima se ta osoba može povrijediti.

Kako ovaj model objašnjava i ne-smrtonosno, samopovredjujuće i ono smrtonosno suicidalno ponašanje i sami suicid?

Prema toj teoriji, osoba je osjetljiva do stepena kod kojeg postoji “mogućnost bijega” iz bilo koje stresne situacije (t.j. mogućnost bijega iz spoljašnjeg stresa ili od ličnih simptoma te osobe) (Bowlby 1973). Tamo gde je nečiji bijeg blokiran (ili izgleda da jeste), posmatra se niz reakcija čiji je jedan element suicidalno ponašanje. Na početku niza, gdje je mogućnost bijega ugrožena ali još uvijek nije eliminisana, pokušaje bijega će karakterisati visok nivo aktivnosti, ljutnje i “protesta”. Ovo je veoma slično ranoj reakciji na nagovještaj gubitka posmatran kod životinja i ljudi.

Prema tome manje “ozbiljno” suicidalno ponašanje je pokušaj da se ponovo uspostave putevi bijega koji slede nakon poraza ili odbacivanja, predstavljajući raniju fazu “protesta” ili “reaktivnog otpora” psihobiološkog scenarija koji slijedi posle poraza i nastupajuće bespomoćnosti. Smrtonosni pokušaji suicida i realizovani suicid predstavljaju “krik patnje” kod osobe koja se osjeća potpuno poraženom, bez puteva bijega i bez ikakve mogućnosti spasa. Ljudi koji imaju perfekcionistačke standarde mogu, iz razloga koji nisu psihološki sasvim razumljivi, da predju direktno na ovu fazu “očajanja u nizu”. Njihov prvi napad na život može biti veoma opasan i rezultirati smrću.

Model “*krika patnje*” naglašava “*reaktivni*” elemenat suicidalnog ponašanja (način na koji je izazvano izvjesnom kombinacijom okolnosti), prije nego njegov “komunikativni” elemenat (način na koji je ono vidjeno kao poziv u pomoć, na primjer) (Williams 1997). Kao životinja uhvaćena u zamku koja vrišti u bolu, krik je izazvan situacijom uhvaćenosti u zamku i patnju. Samo sekundarno krik je pokušaj da se pozove pomoć, iako to može biti važna uzgredna posledica, ali to ponašanje nije motivisano ili zavisno od njegovih posledica. U teoretskim terminima učenja, ono nije “operator”. Naravno, moguće je da u nekim slučajevima ponovljenog suicidalnog ponašanja, počne da djeluje kao operator. Ali čak i tad, vjerovatno je korisnije usredsrediti se na pitanja koji aspekti raspoloženja i spoznaje te osobe i koji aspekti njegovog/njenog okruženja, prethode i izazivaju takvo ponašanje.

Sa ovim modelom kao početnom tačkom Williams i Pollock (2001) su prezentovali psihološke dimenzije suicidalnog procesa u hipotetički model u kojem je „zaustavljeni let“ centralni mehanizam. Kombinacija triju faktora je potrebna da bi se prikazalo suicidalno ponašanje: 1) stress i posebno reakcija poraz/odbacivanje, 2) nemogućnost da vidi način da se

spasi, i 3) opažanje „spasa kao neželjenog“ (prevashodno se misli na značaj socijalne podrške). Kada se svi ovi faktori predstave biološkim posredovanjem „skripta bespomoćnosti“, aktiviraju se servisi za podršku suicidalnim impulsima.

To dalje određuje da varijable ličnosti (nasledne karakteristike temperamenta i okruženje oblikuju karakter) igraju ulogu koliko lako osoba može odgovoriti na reakciju „zaustavljenog leta“.

Konačno je predloženo da li će jedan individualni konačni čin kao što je suicidalni impuls uticati ili ne na izloženost suicidu zavisice od brojnih okolnosti kao što su raspoloživost metode ili sredstava koje se nalaze u blizini individua i drugih.

Eksplanatorni modeli suicidalnog ponašanja uključuju faktore za koje je utvrđeno da su nezavisno u korelaciji sa suicidalnom ideacijom i ponašanjem. Oni uključuju kognitivne faktore.

Clum i Lerner (1990) su razvili model suicidalnog ponašanja u kojem loše rješavanje problema posreduje između životnog stresa i suicidalnog pokušaja. Oni su na uzorku studenata koledža, koji su imali suicidalne ideacije, ustanovili da je na niskim nivoima suicidalne ideacije, depresija bila najbolji predskazivač namjere. Na visokim nivoima suicidalne ideacije, beznadje je bilo najbolji pretskazivač namjere.

Bonner i Rich (1987) su na osnovu rezultata dobijenih na uzorku studenata koledža, razvili model u kojem otudjenje, kognitivna iskrivljenost i nedovoljno razloga za življenje predisponiraju jednog pojedinca na suicidalno ponašanje, pri čemu su stres i pojačana beznadežnost neposredniji precipitatori suicidalnog ponašanja. Nastavak studije (Bonner i Rich, 1987) je potvrdio ulogu ovih faktora u izgledima za samo-predviđajući budući suicid.

Odnos beznadja sa deficitima rješavanja problema. Nije jasna prava priroda odnosa između beznadežnosti i ostalih kognitivnih karakteristika kod suicida. Neki istraživači su smatrali beznadežnost posledicom dihotomičnog razmišljanja, kognitivne rigidnosti i deficita rješavanja problema (Ellis 1987), a u studiji Patsiokasa i Cluma (1985), trening rješavanja problema smanjio je beznadežnost među onima koji su pokušali suicid. Kasnija istraživanja, međutim, utvrdila su da beznadežnost nije u vezi sa vještinom rješavanja problema (McLeavey i sar. 1987; Schotte i Clum 1987), ukazujući da je beznadežnost, nezavisni faktor rizika koji je u interakciji sa ostalim spoznajnim slabostima i može ih pogoršati.

Bekovo (1987) longitudinalno istraživanje na suicidalnim ideatorima i onima koji su «ponovili» pokušaj suicida pomaže da se artikuliše odnos između beznadežnosti i vještina rješavanja problema. Proučavani suicidalni ideatori bili su prvobitno pacijenti hospitalizovani zbog depresije. Njihova suicidalna ideacija i beznadežnost su bili prisutni tokom njihovih kliničkih epizoda depresije, ali su otklonjeni kada je depresija ublažena. Ova grupa je pokazala smanjenu vještinu rješavanja problema kada je depresivna, ali je povratila sposobnosti kada je depresija potpuno otklonjena. U ovoj grupi, deficiti rješavanja problema bili su zavisni od stanja.

Ispostavilo se da su onima koji su ponovili pokušaj suicida, međutim, deficiti rješavanja problema mnogo više u karakteru. Ova grupa je sastavljena od pojedinaca koji pate od alkoholizma, poremećaja ličnosti i problema antisocijalnog ponašanja. Ova grupa izobličava

realnost, ali njihove negativne stavove o sebi takodje je učvrstilo društvo. Osim toga, njihove negativne percepcije samih sebe trajale su između suicidalnih kriza, iako ne istim nivoom intenziteta. Iako su neki simptomi depresije bili prisutni, suicidalni pokušaji su obično bili reakcije na neposredne prošle životne događaje. Ovu grupu je dalje karakterisala spoznajna rigidnost, impulsivnost i slaba sposobnost rješavanja problema, od kojih su sve trajale između suicidalnih epizoda. U vrijeme suicidalnih kriza, obje grupe su podigle nivo beznadežnosti i pokazale deficite rješavanja problema, ali su ove karakteristike imale različite «uzroke».

Uz to, novija studija o ambulantnim bolesnicima koji su se na kraju ubili utvrdila je da negativni samo-koncept doprinosi suicidalnom riziku, nezavisno od depresije i beznadežnosti (Beck i Stewart 1998). Na osnovu tih nalaza, izgleda da su povećani nivo beznadežnosti i negativnog samo-koncepta akutni faktori rizika kada prate glavnu depresiju. U ostalim slučajevima, oni predstavljaju više hronične faktore rizika. Ipak, beznadežnost i negativni samo-koncept se mogu tretirati psihoterapeutskim i farmakološkim sredstvima.

Sociološki i psihološki aspekt stavlja fokus na značaj spoljašnjih stresora kao rizičnih faktora za suicidalno ponašanje. Primjeri spoljašnjih stresora kao što su usamljenost, nezaposlenost, nedovoljni socijalni kontakti, negativni životni događaji, seksualna i fizička zlostreba, zlostavljanje i odvajanje zbog razvoda ili smrti, takodje su isticani u istraživanjima koja su radjena na ovu temu.

Model stres-dijateze predložio je Mann i saradnici (1999), koji objašnjava odnos između faktora rizika koji utiču da se predje prag za suicidalno ponašanje u kome rizik za suicidalni čin nije determinisan samo psihijatrijskom bolešću (stresorom), nego takodje i dijatezom. Ovaj model podrazumijeva dijatezu kao predispoziciju za suicidalno ponašanje pojedinca. To je skup trajnih uslova ili osobina čije prisustvo čini vjerovatnijim da će pojedinac u nailazećim stresorima da se angažuje u suicidalnom ponašanju, nego kod nekog ko je bez dijateze (Mann i sar. 1999). Oni su razvili ovaj model da bi pomogli onima koji ostaju vulnerabilni, uprkos izgledu da su se oporavili i kako je ova vulnerabilna osnova povezana sa stanjem akutne suicidalnosti. Dijateza se može ogledati u sklonosti da se iskusi više suicidalnih ideja, kao i da se pojača impulsivnost i da se na taj način vjerovatno više podstaknu suicidalna osjećanja. Dva elementa dijateze su agresivnost i impulsivnost i sklonost pesimizmu (više suicidalnih ideja, beznadežnost, subjektivno osjećanje depresije, opažanje manje razloga za življenjem), (Mann i sar. 1999). Među mnogim vrstama stresora, početak ili akutno pogoršanje psihičke bolesti skoro je uvijek prisutno u pokušajima suicida (Mann 2005). Pored toga, Mann i sar. (1999) ukazuju da pacijenti moraju imati najmanje jedan od glavnih faktora rizika iz svake oblasti (stresora i dijateze) da bi se našli na visokom riziku za suicid. Iako se suicidalno ponašanje dešava samo povremeno, ono se najčešće javlja kada je osoba u epizodi depresije, a ne kada je u remisiji. Neće svi ljudi koji pate od rekurentne depresije postati suicidalni, a neka suicidalna ponašanja se javljaju kod osoba koje nisu klinički depresivne. Prisustvo psihijatrijskog poremećaja je obično potreban, ali nedovoljan uslov za suicid. Mann i sar. (1999) su istakli da je karakterna osobina kao što je agresivnost/impulsivnost, značajna u razlikovanju ranijeg suicidalnog pokušaja u odnosu na one koji nisu pokušali. Ove osobe se mogu kategorisati da su u riziku od suicidalnog pokušaja bez obzira na psihijatrijsku dijagnozu.

realnost, ali njihove negativne stavove o sebi takodje je učvrstilo društvo. Osim toga, njihove negativne percepcije samih sebe trajale su između suicidalnih kriza, iako ne istim nivoom intenziteta. Iako su neki simptomi depresije bili prisutni, suicidalni pokušaji su obično bili reakcije na neposredne prošle životne događaje. Ovu grupu je dalje karakterisala spoznajna rigidnost, impulsivnost i slaba sposobnost rješavanja problema, od kojih su sve trajale između suicidalnih epizoda. U vrijeme suicidalnih kriza, obje grupe su podigle nivo beznadežnosti i pokazale deficite rješavanja problema, ali su ove karakteristike imale različite «uzroke».

Uz to, novija studija o ambulantnim bolesnicima koji su se na kraju ubili utvrdila je da negativni samo-koncept doprinosi suicidalnom riziku, nezavisno od depresije i beznadežnosti (Beck i Stewart 1998). Na osnovu tih nalaza, izgleda da su povećani nivo beznadežnosti i negativnog samo-koncepta akutni faktori rizika kada prate glavnu depresiju. U ostalim slučajevima, oni predstavljaju više hronične faktore rizika. Ipak, beznadežnost i negativni samo-koncept se mogu tretirati psihoterapeutskim i farmakološkim sredstvima.

Sociološki i psihološki aspekt stavlja fokus na značaj spoljašnjih stresora kao rizičnih faktora za suicidalno ponašanje. Primjeri spoljašnjih stresora kao što su usamljenost, nezaposlenost, nedovoljni socijalni kontakti, negativni životni događaji, seksualna i fizička zloropotreba, zlostavljanje i odvajanje zbog razvoda ili smrti, takodje su isticani u istraživanjima koja su radjena na ovu temu.

Model stres-dijateze predložio je Mann i saradnici (1999), koji objašnjava odnos između faktora rizika koji utiču da se predje prag za suicidalno ponašanje u kome rizik za suicidalni čin nije determinisan samo psihijatrijskom bolešću (stresorom), nego takodje i dijatezom. Ovaj model podrazumijeva dijatezu kao predispoziciju za suicidalno ponašanje pojedinca. To je skup trajnih uslova ili osobina čije prisustvo čini vjerovatnijim da će pojedinac u nailazećim stresorima da se angažuje u suicidalnom ponašanju, nego kod nekog ko je bez dijateze (Mann i sar. 1999). Oni su razvili ovaj model da bi pomogli onima koji ostaju vulnerabilni, uprkos izgledu da su se oporavili i kako je ova vulnerabilna osnova povezana sa stanjem akutne suicidalnosti. Dijateza se može ogledati u sklonosti da se iskusi više suicidalnih ideja, kao i da se pojača impulsivnost i da se na taj način vjerovatno više podstaknu suicidalna osjećanja. Dva elementa dijateze su agresivnost i impulsivnost i sklonost pesimizmu (više suicidalnih ideja, beznadežnost, subjektivno osjećanje depresije, opažanje manje razloga za življenjem), (Mann i sar. 1999). Među mnogim vrstama stresora, početak ili akutno pogoršanje psihičke bolesti skoro je uvijek prisutno u pokušajima suicida (Mann 2005). Pored toga, Mann i sar. (1999) ukazuju da pacijenti moraju imati najmanje jedan od glavnih faktora rizika iz svake oblasti (stresora i dijateze) da bi se našli na visokom riziku za suicid. Iako se suicidalno ponašanje dešava samo povremeno, ono se najčešće javlja kada je osoba u epizodi depresije, a ne kada je u remisiji. Neće svi ljudi koji pate od rekurentne depresije postati suicidalni, a neka suicidalna ponašanja se javljaju kod osoba koje nisu klinički depresivne. Prisusvo psihijatrijskog poremećaja je obično potreban, ali nedovoljan uslov za suicid. Mann i sar. (1999) su istakli da je karakterna osobina kao što je agresivnost/impulsivnost, značajna u razlikovanju ranijeg suicidalnog pokušaja u odnosu na one koji nisu pokušali. Ove osobe se mogu kategorisati da su u riziku od suicidalnog pokušaja bez obzira na psihijatrijsku dijagnozu.

Ovaj model pokazuje da subjektivno depresija, beznadežnost i suicidalna ideacija su značajno veći u pokušajima suicida u odnosu na one koji nisu pokušali u zavisnosti od stepena uporedivosti objektivne jačine depresije ili psihoze. Jedan stresor koji je nepromjenljiv na početku ili akutna zabrinutost zbog psihičke bolesti, dok drugi tipovi stresora kao što je psihosocijalna kriza, mogu posredovati. Dijateza za suicidalno ponašanje uključuje kombinaciju faktora kao što su pol, religija, porodična i genetska komponenta, iskustva u djetinjstvu, sistem psihološke podrške, dostupnost visoko letalnim suicidalnim metodama i razni drugi faktori (Mann 2002).

INTEGRATIVNI PRISTUP

Objašnjenja koja su primarno bila fokusirana na sredinske faktore (kao što su psihološka i sociološka objašnjenja) i objašnjenja fokusirana na biološke faktore koja naglašavaju genetske uzroke suicida, dominirala su tokom 20-tog vijeka.

Novija saznanja su međutim promijenila tu sliku: Mi sada znamo da se neuroni u mozgu odraslih ljudi mogu regenerisati (Eriksson i sar. 1998). Istraživanja su takodje pokazala, da kada je osoba depresivna moždane strukture kao što je hipokampus se smanjuju, i mogu se regenerisati odgovarajućim tretmanom antidepresivima (SSRI:s) ili ECT – ali takodje i odgovarajućim fizičkim vježbama (van Praag i sar. 1999) i mentalnom stimulacijom kao što je prostorno učenje (Ambrogini i sar. 2000; Gould i sar. 1999). Biološke promjene mogu se podstaknuti takodje i sa spoljašnjim stimulusima. Dalje, danas znamo da je genska ekspresija kontrolisana putem kompleksnih mehanizama koji uključuju uticaje spoljašnje sredine (Kandel, 1998; Gabbard, 2000). Genetski kod neće sam po sebi determinisati određene ishode što znači da suicidalno ponašanje nije jednostavno samo crta ličnosti i zbog toga je skoro nemoguće tvrditi da postoji neka vrsta suicidalnog gena. Kao što je slučaj i sa drugim kompleksnim uzrocima ponašanja, razumno je reći da se predispozicija za suicid sastoji od brojnih genetskih faktora koji se manifestuju kao suicidalno ponašanje samo onda kada se pređe preko određenog praga predispozicije. Ako to sažmemo u jednoj rečenici: *Sva ljudska aktivnost uključujući i mentalne aktivnosti kao što su mišljenje i osjećanja su posredovana biološkim procesima, koji su pod uticajem i genetskih i sredinskih faktora* (Marušić 2006). Ova dvostruka komunikacija između gena i okruženja otvara vezu između više aspekata kao što su biološki, sociološki i psihološki. Genetski činioci – a njih je najmanje deset hiljada – koje povezujemo sa suicidalnim ponašanjem se najvjerovatnije manifestuju u mozgu, a serotonin (5-HT, hidroksitriptofan) je jedan od hemijskih transmitera u mozgu koji, pored svojih ostalih funkcija, kontroliše raspoloženje (McGuffin 2001). Zbog toga nas ne iznenađuje da su naučne studije o molekularnoj genetici u vezi sa suicidom i suicidalnim ponašanjem usmjerene ka serotoninским genima (van Heeringen, 2001). Okruženje utiče na genom na način da djeluje kao okidač uticaja određenih genetskih faktora, dok na drugoj strani ublažava ili preprečuje uticaje drugih faktora (Marušić i McGuffin 2005).

Ponašanje, uključujući suicidalno ponašanje, je posljedica interakcije gena i okruženja svo vrijeme razvoja pojedinca. Genetski činioci nisu nešto nepromjenljivo i unaprijed određeno (determinisano). Neki genetski činioci se ispoljavaju samo u određenim okruženjima. Na sličan način okruženje daje aktivni doprinos samo određenim genetskim strukturama. Na taj način imamo situaciju u kojoj su genetika i okruženje međusobno povezani na različite načine i ne možemo na deterministički način govoriti o uticaju jednog ili drugog, posebno zbog toga što je tačno da su neke lične osobine i uzroci ponašanja povezani sa brojnim genetskim faktorima (poligenetski odnos) koji stupaju u interakciju sa velikim brojem efekata koje proizvodi spoljna sredina odnosno okruženje (multifaktorski odnos) i možemo govoriti o poligenetskoj multifaktorskoj etiologiji (van Praag i sar. 1999).

U procesu razvoja suicidalnog ponašanja su važni svi ovi oblici interakcije. Zadnji korak suicidalnog ponašanja je posljedica dugotrajne interakcije određene genetske predispozicije (genetski činioci u razvoju mozga) i uticaja okruženja (stresogeni faktori u socijalno-psihološkoj pozadini) kroz određeno vremensko razdoblje. Isto kao što se stresogeni činilac može pojaviti u različitim stepenima, i vulnerabilnost mozga je različita u odnosu na broj genetskih činilaca; i to sve se događa u spoljašnjoj sredini (socijalni uzroci) različitog stepena vulnerabilnosti, drugim riječima, u okruženju odnosno sredini koja može biti takva da nudi podršku pojedincu ili mu tu podršku uskraćuje i koja možda provocira ili ne provocira osjećanje pripadnosti.

Danas postoji saglasnost izmedju istraživanja na temu suicida i kliničke psihijatrije da je model stres-dijateze pogodan put za objašnjenje suicidalnosti, i da obje i predispozicija i spoljašnji stresori su potrebni da postoje da bi doveli do suicidalnog ponašanja.

Od strane van Heeringena (2001) predložen je *integrirani model stres-diateze* u suicidalnom ponašanju prema kome su genetika i skorašnji životni događaji koji su se razvijali kroz duži vremenski period predloženi kao komponente diateze. Suicidni proces dugo traje, a mali trigger je potreban da odredi suicidalno ponašanje. Kao objašnjenje za ovo, smatra se da hormoni stresa (zbog porasta spoljašnjih stresora i depresije), ostavljaju tragove u strukturi mozga (najprije u strukturi hipokampusa, što rezultuje povećanom neuropsihološkom pogoršanju (kao što je pogoršanje memorijske funkcije), a koji dovodi do smanjivanja otpornosti prema stresorima.

Stres komponenta ovog modela opisana je sa tri aspekta: Psihijatrijskog-depresija je primarni stresor. Biološkog-stres posreduje prema HPA (hipotalamopituitarno-adrenalnoj) osovini i noradrenalin-adrenalin-sistemu. Sa psihološkog aspekta, stresori (događaji su izazivači suicidalnog ponašanja) su definisani kao „događaji koji su povezani sa uključivanjem individue u socijalni sistem u kojem živi“. To ukazuje da je uticaj životnih događaja povezan sa načinom na koji osobe individualno opažaju i da je ta percepcija događaja posredovana u zavisnosti od ličnih karakteristika i prema tome je dio diateze za suicidalnost. Ovaj model stres-dijateze dalje uključuje u sebe psihološke dimenzije kao što su nemogućnost da se izađe na kraj sa agresijom, pogoršanje mogućnosti za rješavanje problema i mehanizam „zaustavljenog leta“, a predloženi su i njihovi biološki korelati.

FAKTORI SUICIDNOG RIZIKA

Faktori rizika za suicidalno ponašanje su prepoznati još prije više od 200 godina. Ta saznanja se i danas koriste u medicini uz istovremeno, velike napore ljekara da preveniraju suicid, ali načini na koji se ta saznanja primjenjuju u praksi mogu biti predmet značajne rasprave (Hawton 2005). Uvidom u sadašnje stanje nauke i vještine u prevenciji suicida možemo reći da je postignut uspjeh, koji može imati istorijski značaj (Goldney i Schioldann 2002).

Istorijski pregled

Medju prvima koji je objavio faktore suicidnog rizika još 1892. godine bio je Tuke. Fokus je bio na mentalnim bolestima, muškom polu, razvodu, interpersonalnim problemima, alkoholizmu, zatvoru i zemljoradnicima koji su po njemu izdržali test vremena. Faktori rizika koji su se vremenom pokazali trajnim, su npr. kockanje i potencijalni uticaj medija, a datiraju još od najranijih pisaca, Moora 1790. godine i Burrows 1828. godine. Burrows je takodje opisao početna saznanja o medicinskom modelu prevencije suicida, kada je iznio da je „medicinski tretman koji se primjenjuje kod osoba koje imaju sklonosti za suicid, bilo da je profilaktički ili terapijski, različit od tretmana koji se primjenjuje u slučaju uobičajene duševne bolesti“.

U daljem razvoju faktora rizika pominje se Peuchet koji je 1838. godine isticao ulogu socijalnih faktora i u tom pogledu istakao da je suicid „deficijentnost u organizaciji našeg društva“. U svom dobro dokumentovanom istraživanju Vestcott, 1885. godine navodi da: „Pitanje (samoubistva) je dostojno ozbiljnog razmatranja društva, i zaista se može legitimno smatrati jednim od važnih socijalnih problema, i da to podrazumijeva pitanja koja su blisko povezana sa socijalnom organizacijom. U stvari, važnost pitanja kao što su građanski status, zanimanje, i pismenost je bio dobro prepoznat, kao i altruistička i egoistička samoubistava koje je opisao Savage (1892) mnogo prije nego što je Dirkem iznio svoje sociološke teorije (Goldney i Schioldann 2004). I drugi uticajni autori u devetnaestom vijeku uključujući Lislea, su 1856. godine, sakupili i objavili podatke na uzorku od više od 52 000 suicida. Oni su napravili listu od oko 48 faktora rizika, koja je uključivala: dugove, razočarenja u ljubavi, želju da se izbjegne zakonska kazna, usamljenost, odvratnost od braka i druge.

Nasuprot socijalnim i individualnim faktorima, Moore 1790. godine, govori da je s vremena na vrijeme suicid „uspješan nastup generacija iste porodice koja na takav način pokazuje sebe i svoj hereditet“, a posebno, ako se posmatra unaprijed, a što je i potvrđeno 200 godina kasnije u studijama usvojene djece (Schulsinger i sar. 1979) i studijama blizanaca (Statham i sar. 1998). Drugi faktori koji značajno utiču na suicidalno ponašanje, pronadjeni su u dvadesetom vijeku, a uključuju: ranije suicidalno ponašanje, rani gubitak roditelja, druga

negativna rana životna iskustva, zloupotrebu supstanci, stepen suicidalne namjere i plana, beznadežnost, nezaposlenost, i ono što se opisuje kao „terminalni stadijum maligne bolesti“ (Morgan i Priest 1991).

Definicija faktora rizika

Faktor rizika je karakteristika, varijabla, odnosno opasnost koja povećava vjerovatnoću za razvoj nepovoljnih ishoda (Campbell 2009), koja je mjerljiva, a koja prethodi tom ishodu (Sutker i Adams, 2000). Ključna karakteristika je da se prvenstveno razlikuju faktori rizika od drugih karakteristika kao što su neki prateći ili posledični ishodi koji se nalaze u uzajamnom odnosu, ali nisu faktori rizika (Sutker i Adams 2000).

Uzrok složenih ishoda, kao što je suicidalno ponašanje u stvari se sastoje od konstelacija komponenti koje djeluju zajedno, (Moscicki 2001) i koje variraju od jedne osobe do druge. Sa epidemiološke tačke gledišta, i uzimajući u obzir ranije specifičnosti nastanka, faktori rizika mogu biti organizovani u okviru koji pravi razliku između distalne i proksimalne izloženosti. *Distalni* faktori rizika predstavljaju temelj na kojem je izgrađeno suicidalno ponašanje. Oni predstavljaju prag koji povećava individualni rizik za kasniju vulnerabilnost na proksimalne faktore rizika. Distalni faktori rizika nisu ograničeni na suicid, ali mogu da proizvedu brojne negativne fizičke i mentalne zdravstvene ishode. Njihova povezanost sa suicidom, je fundamentalna ali indirektna. Oni se smatraju neophodnim, ali ne i dovoljnim, da se suicid pojavi (Moscicki, 2001) *Proksimalni* faktori rizika, sa druge strane, su više vremenski povezani sa samim suicidalnim događajima, kao i da djeluju kao precipitirajući faktor. Neki „izazivači“, životni događaji, se vjerovatno razlikuju prema starosnoj dobi, polu, etničkoj pripadnosti, kao i drugim socio-demografskim faktorima. I sami od sebe, proksimalni faktori rizika nisu dovoljni za suicid. Kombinacija snažnih distalnih faktora rizika sa proksimalnim događajima i karakteristikama, međutim, može da dovede do potrebnih i dovoljnih uslova za suicid. Konceptualna razlika između distalnog i proksimalnog faktora rizika podrazumijeva praktični značaj prilikom planiranja programa prevencije, jer će se strategija, i njena potencijalna efikasnost, vjerovatno razlikovati u zavisnosti od prirode faktora rizika koji su „izazivači“. S jedne strane, kompleksna priroda suicida ukazuje na to da su složene i razradjene intervencije neophodne za prevenciju, a sa druge strane, to znači da prevencija i intervencije za lečenje treba da budu ciljane i testirane na brojnim tačkama u teorijskim modelima. Oba, i distalni i proksimalni faktori rizika mogu i da se ne javljaju uporedo kod pojedinca, porodice ili u okruženju, a da će njihovo zajedničko pojavljivanje vjerovatno biti povezano sa najvećim rizikom za suicid (Moscicki 2001; Garber 2006). Važno je napomenuti da mnogi pojedinci mogu imati jedan ili više faktora rizika, a da ne budu suicidalni, a sa druge strane, mogućnost suicida ili suicidalnog ponašanja se povećava sa porastom brojnih faktora rizika.

Tradicionalno, faktori rizika za suicidalno ponašanje podijeljeni su na medicinske (npr. mentalni poremećaji), psihosocijalne (npr. razvod braka), kulturne (npr. nedostatak vjerskih obreda) i socio-ekonomske (npr. nezaposlenost). Takva podjela ima brojne nedostatke. Najvažniji nedostatak je preklapanje kategorija: kao primjer navodimo situaciju kada određeni mentalni problem (psihološko-biološki faktor) dovede do nezaposlenosti (socijalno-ekonomski faktor), teškoća u porodici i društvene izolovanosti (socijalno-psihološki faktori) i svi ovi činioci onemogućavaju da se njihovi uticaji na pojedinca u potpunosti sagledaju (Marušić, 2007).

Na podjelu faktora na samo tri kategorije koja je novijeg datuma gleda se kao na kategorizaciju koja više obećava i ujedno je transparentnija, pa su nedavno, faktori rizika za suicidalno ponašanje kategorizovani u tri glavne grupe: genetski i sredinski faktori i interakcija ovih dviju grupa (Marušić i Farmer 2001).

SOCIO-DEMOGRAFSKI FAKTORI RIZIKA

Tokom 20. vijeka intenzivno su istraženi socio-demografski faktori u pogledu pitanja kao što su socio-ekonomski i građanski status, nezaposlenost, kao i da su koncepti društvene organizacije i socijalne integracije u vezi sa suicidalnim ponašanjem. Socio-demografski faktori suicida su često vidjeni u zemljama ili regionima koji imaju visoke stope suicida, a takvo atribuiranje sasvim jasno, ima značajan stepen validnosti. Na primjer, smatralo se da je ugnjetavanje ličnih sloboda u istočnoevropskim zemljama doprinijelo visokim stopama suicida, dok je tokom prvih godina Perestrojke došlo je do redukcije u stopama suicida u Ruskoj Federaciji (WHO, 1999). Međutim, 1990. godine su stope suicida povećane ponovo, a SZO (1999) je primijetila da je sa društveno-političkog stanovišta, to bio period tokom kojeg je došlo do reformi bivšeg sovjetskog sistema i zapadno orijentisane promjene izazvane ekonomskim, socijalnim i političkim poteškoćama koje su moralno bilo bolne za mnoge građane. Dalji primjer je nedavno dokumentovani fenomen visoke stope suicida žena u Kini, koji se smatra jedinstvenim psiho-socijalnim pritiskom na žene u savremenom kineskom društvu (Phillips i sar. 2002), a naročito onih koje žive u ruralnim predjelima. S tim u vezi treba napomenuti da je dostupnost smrtonosnih organofosfatnih pesticida vjerovatno doprinijela visokoj stopi suicida žena u Kini, baš kao što je to i u drugim zemljama kao što su Indija, Sri Lanka i Zapadna Samoa.

Obično manje izvještavanja o uticaju socio-demografskih faktora je u nekim zemljama sa izuzetno niskim stopama suicida, za koje se smatra da su odraz neadekvatnosti dokumentacije zbog državnih i / ili vjerskih sankcija protiv izvještavanja o suicidu kao što su Irska i Pakistan.

Medju najznačajnijim socio-demografskim faktorima rizika razmatraju se pol, bračni status, (udovci-ce/razvedeni/usamljeni) dobne grupe (suicid se povećava sa godinama), obrazovni nivo, nezaposlenost (niski socijalni status), gubitak socioekonomske stabilnosti, dostupnost vatrenog oružja.

Sociodemografski i psihosocijalni faktori suicidnog rizika su identifikovani u ranijim istraživanjima Dublina (1963) i Marisa (1985).

Skorija istraživanja su pokazala da su socio-demografski faktori povezani sa visokom stopom suicida kad je u pitanju muški pol, bijelci, stariji i usamljeni (razvedeni/udovci/udovice) (Hawton 2000). Ovo je isticano i u brojnim drugim studijama, da su faktori rizika muški pol, nadolazeća starost, loše zdravlje, prethodni pokušaj suicida, visoka namjera ka smrti, udovci-ce/razvedeni/usamljeni, prisustvo nedavnih stresnih životnih događaja, jaka anksioznost, hronična medicinska bolest i porodična istorija suicida. (Suokas i sar. 2001, Suominen i sar. 2004a, 2004b). U skorijim studijama zasnovanim na stanovništvu, identifikovani su rizični faktori koji upućuju na povezanost osoba čija je majka na rodjenju bila tinejdžerka i koji su na rodjenju imali nižu tjelesnu težinu (Mittendorfer-Rutz i sar. 2004), kao i za one koji će postati ljekari ili medicinske sestre (u poredjenju sa drugim univerzitetskim diplomama ili opštom populacijom) (Hem i sar. 2005).

PSIHIJATRIJSKI FAKTORI RIZIKA

Madju najvažnijim faktorima rizika realizovanog suicida, razmatra se uloga mentalnih poremećaja (psihijatrijske dijagnoze i komorbiditeti) i sprovodi se u cilju mogućnosti smanjenja smrtnosti primjenom adekvatnog tretmana mentalnih poremećaja.

Depresija je najčešći mentalni poremećaj u realizovanim suicidima i takođe jedan od najvažnijih faktora rizika za suicidno ponašanje. Maris je (1981), ustanovio povezanost izmedju depresije i suicida u 15% hospitalizovanih pacijenata sa dužim depresivnim epizodama koji su pokušali suicid. Bek i Binstok (1993;1997) su potvrdili da je depresija dominantan faktor rizika u starijih osoba. Rezultati našeg istraživanja pokazuju da je u Crnoj Gori 59,65% osoba koje su realizovale suicid imalo simptome depresivnog sindroma (Injac, 2006).

Medju žrtvama suicida koje su imale dijagnostikovanu psihičku bolest, najčešća je bila MDP, zavisnost od alkohola/zloupotreba supstanci ili poremećaj ličnosti (Barraclough i sar. 1974; Henriksson i sar. 1993, Cheng 1995; Cavanagh i sar. 2003, Arsenault-Lapierre i sar. 2004). I prema Michelu (2000), medju realizovanim suicidima najčešća zajednička dijagnoza je MDP (40-60%), slede poremećaji zloupotrebe supstanci (20-40%), shizofrenija (10%) i granični poremećaj ličnosti (5-30%). Drugi primjer su obezbijedile studije radjene u Finskoj, prema kojima je 31% suicidnih patilo od MDP, a takodje i od poremećaja ličnosti (Henriksson i sar. 1993). U shizofrenih pacijenata od svih agresivnih ponašanja najprominentniji je suicid koji je čest te se u formi pokušaja javlja u 40% slučajeva od kojih biva realizovano 10%. (Jašović-Gašić 1997)

Zavisnost od alkohola i intoksikacija alkoholom predstavljaju značajne faktore rizika suicidnog ponašanja. Većina dosadašnjih istraživanja potvrđuje statističku vezu izmedju

alkoholne zavisnosti i suicida. Međutim, mehanizmi njihovog medjuodnosa i dalje ostaju nedovoljno jasni (Vuković i Jašović Gašić 2005).

U meta-analizi-studiji praćenja psihijatrijskog uzorka Harris i Barraclough, (1997) su obračunali standardizovane stope smrtnosti (SMR) za svaki od psihijatrijskih poremećaja. Pored toga, bilo je zaključeno da “praktično svi mentalni poremećaji imaju povećan rizik za suicid izuzimajući mentalnu retardaciju i demenciju“. Postoji izvjesna vjerovatnoća da su ovi zaključci manje pouzdani upravo iz razloga što nisu uzeti u obzir komorbiditetni poremećaji (Conwell i sar. 1996).

Većina žrtava suicida patila je od komorbiditetnih mentalnih poremećaja (Henriksson i sar. 1993). Komorbiditeti između dvije ili više psihijatrijskih dijagnoza su naime, uzajamni među žrtvama suicida. Na primjer, oko 50% depresivnih osoba koje su realizovale suicid, su takodje patili od poremećaja zloupotrebe supstanci (Cheng 1995; Conwell i sar. 1996; Berglund i Öjehagen, 1998).

U pogledu rizika za suicid na uzorku psihijatrijskih pacijenata, pronadjeno je da je *skoriji otpust iz psihijatrijske bolnice* udružen sa suicidnim rizikom (Goldacre i sar.1993), i da je taj rizični period do godinu dana nakon otpusta (Kapur i sar. 2006; Nordentoft i sar. 1995, Pirkola i sar. 2005). Međutim, u multivarijantnoj analizi je pokazano da je najjači faktor rizika mentalna bolest koja zahtijeva hospitalizaciju, a rizik od suicida je posebno visok tokom prijema (relativni rizik 62,6), i tokom godine nakon otpusta (6.51) (Mortensen, i sar. 2000).

Prisustvo ranijeg pokušaja suicida

Ponavljanje suicidnog čina je jedna od osnovnih karakteristika suicidnog ponašanja. Među onima koji su realizovali suicid, do 37% njih su prethodno pokušali suicid, pa se pokušaj suicida smatra najjačim poznatim prediktorom realizovanog suicida (Nordstrom i sar. 1995, Harris i Barraclough 1997; Miler, Ovens i sar., 2005), a u zaključcima Grossmana i sar. (1991) je potvrđeno da je prisustvo suicida ili pokušaja suicida u porodičnoj anamnezi drugi rizični faktor za pokušaj suicida. Između 30% i 50% osoba koje su pokušale suicid su na kraju i realizovale suicid (Foster i sar. 1997).

Oni koji su pokušali suicid nose rizik od eventualnog suicida koji je oko 100 puta veći nego u opštoj populaciji tokom sledeće godine nakon pokušaja (Hawton 1987), dok su Ovens i sar. (2002) takodje potvrdili da je rizik od suicida kod pacijenata koji su pokušali suicid, stotinu puta veći od onih u opštoj populaciji. Isometsa i Lonnkvist (1998) su utvrdili da je 56% osoba koje su pokušale suicid, umrlo tokom prvog pokušaja suicida. Iako je pokušaj suicida snažan prediktor realizovanog suicida, njegova osjetljivost kao faktora rizika je ograničena. Pokušaj suicida može se smatrati boljim pokazateljem rizika za realizovani suicid nego faktori rizika koji izražavaju uzročnost između pokušaja suicida i suicida.

Faktori rizika za pokušaj suicida

U fokusu istraživanja mnogih studija u toku poslednjih decenija su faktori rizika pokušaja suicida. Pokušaj suicida je snažan i dugotrajan faktor rizika za suicid, pa su oni koji pokušavaju suicid jedna važna grupa za praćenje. Međutim, postoji jedno ograničenje u pogledu ograničenog broja prospektivnih studija u istraživanju suicidalnog rizika među osobama koje su pokušale suicid. Faktori rizika koji se najčešće pojavljuju je prisustvo psihijatrijskih poremećaja, najčešće depresije, zatim zloupotreba supstanci i anksiozni poremećaji.

WHO (1998) je u svojoj ediciji "Primarna prevencija mentalnih, neuroloških i psihosocijalnih poremećaja", objavila da je depresija dijagnostikovana u 60-80% pokušaja suicida. Psihijatrijski poremećaji, posebno MDP, pronađeni su u nekoliko studija kao glavni faktor rizika (Suominen i sar.1996; Man 1999; Beautrais 2001; Haw i sar. 2000). Suominen i sar. (1996), su objavili da je bar jedna dijagnoza na Axisu I nadjena u 98% pokušaja suicida, dok je preko 70% slučajeva patilo od depresivnih poremećaja, a oko 50% od alkoholne zavisnosti ili zloupotrebe supstanci.

U obje ankete, NCS i Ponovljene Studije Komorbiditeta (NCS-R) koje su sprovedene u Americi, tokom 12 mjeseci trajanja, skoro 90% pokušaja suicida su ispunjavali kriterijume za jedan ili više poremećaja prema DSM IV klasifikaciji (Kessler i sar. 2005a), a MDP je nadjen kao najčešći pojedinačni poremećaj među osobama koje su pokušale suicid u oba istraživanja, dok su anksiozni poremećaji bili najčešće klase poremećaja (Kessler i sar. 2005).

Drugi faktori rizika za pokušaj suicida navodjeni su od strane Manna (1999), Beautrais (2001) i Skegga (2005), koji su svojim izvještajima obuhvatili demografske faktore kao što su mladi, razvedeni, nezaposleni, socio-ekonomske nepogodnosti, kao i niska primanja, nizak obrazovni nivo ili siromaštvo, društveni i porodični faktori kao što su zloupotreba u djetinjstvu ili druga teška iskustva u djetinjstvu: razvod roditelja, odvajanje, roditeljska psihopatologija, socijalna izolacija; komorbiditetne psihijatrijske bolesti, kao što su poremećaji ličnosti, poremećaji zloupotrebe supstanci, ili anksiozni poremećaji, beznadežnost, manje razloga za život, suicidalna ideacija, veća životna prevalenca za agresiju i impulsivnost, porodična/lična istorija suicidalnog akta, skoriji stresni životni događaji i prethodni ambulantni psihijatrijski tretman.

Faktori rizika za suicidalne ideje

Ranija istraživanja su predložila različite *faktore rizika za suicidalne ideje*. Joiner i sar. (2003) su predložili da je suicidalna ideacija povezana sa realizovanjem suicida, i da životna istorija pokušaja suicida može smanjiti prag za novi pokušaj, prema tome, sa suicidom povezane strukture mogu postati lakše za aktivaciju.

Tvrdilo se da je sve više izgleda da suicidalne ideje nisu vezane za pol (Fridman i sar. 1987; Sorenson i Rutter 1991), sa nekim izuzecima ili obrazovanje (Kinkel i sar. 1988; Sorenson i Rutter 1991), (izuzetak Kessler i sar. 2005), ali mogu biti rasprostranjene među neoženjenim/slobodnim i mlađim osobama. Takođe, mentalne bolesti, a posebno MDP i nisko samopoštovanje (Paikel i sar. 1974; Bek i sar. 1979), hronični bol ili hronična stanja, poremećaji zloupotrebe supstanci, stres u cjelini, negativni životni događaji, porodične teškoće, ekonomski problemi kao i niska socijalna pomoć su u korelaciji sa suicidalnom ideacijom. Najdosledniji faktor identifikovan kao faktor rizika za suicidalnu ideaciju su depresija i beznadežnost. Ovi nalazi izgleda da nisu povezani sa geografskim položajem, ili starošću stanovništva. Na uzorku psihijatrijskih bolesnika, bilo hospitalizovanih ili ambulantnih sa dijagnozom MDP prema DSM-IV klasifikaciji Sokero i sar. (2003) su našli da je beznadežnost, zavisnost od alkohola ili zlostavljanje, nizak nivo socijalnog i profesionalnog funkcionisanja i slaba socijalna podrška značajan nezavisni faktor rizika za suicidalne ideje. Sokero i sar. (2006) su takodje saopštili da pad suicidalne ideacije kod pacijenata sa MDP predviđa prethodno opadanje beznadežnosti i depresivnih simptoma.

Metju Nok (2008) profesor psihologije sa Harvarda sa saradnicima i WHO su sproveli do sada najobimnije istraživanje suicidalnog ponašanja, u okviru koga su ispitali faktore rizika za suicid na uzorku stanovništva sedamnaest zemalja. Učestvovalo je 84.850 ispitanika iz Nigerije, Južnoafričke Republike, Kolumbije, Meksika, SAD, Japana, sa Novog Zelanda, iz Kine, Belgije, Francuske, Njemačke, Italije, Holandije, Španije, Ukrajine, Izraela i Libana. Pokazalo se da su faktori rizika za suicidalne ideje, planove i pokušaje konzistentni u mnogim državama svijeta, te da su posebno ugrožene osobe sa mentalnim poremećajima, osobe ženskog pola, mlađe, manje obrazovane i one osobe koje nisu u braku.

"Naše istraživanje sugerise da su suicidalne misli i ponašanje češći nego što mislimo, kao i da su ključni faktori rizika za ovakva ponašanja sasvim konzistentni u mnogim državama širom svijeta," (Nock i sar. 2008). Među ispitanicima, 9,2% je izjavilo da su ozbiljno razmišljali o suicidu, dok je 2,7% priznalo da su nekad u toku svog života pokušali da realizuju suicid. Međutim, primijećene su i razlike između zemalja u pogledu stope suicidalnih misli i ponašanja. Na primjer, stope suicidalnih misli variraju od 3,1%, koliko je zabilježeno u Kini, do 15,9%, koliko je registrovano među stanovnicima Novog Zelanda. Autori su istakli da se ova razlika možda može objasniti različitim kulturnim standardima u prihvatanju saopštavanja svojih misli o suicidu drugima. Moguće je, dakle, da u zemljama sa nižim registrovanim stopama, suicidalne misli naprosto nisu bile prijavljene.

Stresni životni događaji

Savremeni život odlikuju stalne spolajšnje promjene na koje se traži prilagođavanje. Ljudi su prinuđeni da rješavaju probleme u sadašnjosti, da bi se izborili za što bolju životnu poziciju u budućnosti.

Mnogi od tih problema imaju dimenzije stresnih događaja visoke vrijednosti, a kao posljedica nesavladavanja tih stresnih situacija javlja se i depresija koju karakteriše beznadežnost odnosno negativno očekivanje u budućnosti, od sebe i drugih.

Samo one depresije koje odlikuje visoka beznadežnost, nose visoki suicidalni rizik. Danas su kognitivno-bihevioralna tumačenja depresija aktuelnija nego psihioanalitička, odnosno manje je važno analiziranje prošlosti i ideje krivice, od prevladavanja stresnih situacija i odnos prema budućnosti.

U nekoliko studija je isticano da je najveći broj individua iskusio jedan ili više stresnih životnih događaja prije nego što su realizovale suicid (takodje ovo je nadjeno i kod pokušaja suicida) (Paykel i sar. 1975; Rich i sar. 1988; Heikkinen i sar. 1995; Welch 2001). U studijama psihološke autopsije identifikovani su rizični faktori kao što su interpersonalni konflikti, nasilje i iznenadno ekonomsko bankrotstvo (Gururaj i sar. 2004). Velika uloga gubitka je takodje identifikovana kao rizični faktor za suicid (Breault, 1986; Maris, 1981). Van Heeringen i sar. (2000) su istakli da se suicidalno ponašanje pokreće kao rezultat skripta psihobiološkog poraza kao posljedica percepcije nekontrolisanog odbacivanja ili gubitka, a isticana je i činjenica da okruženje izgleda vrši svoj uticaj pa čak i prenatalno, perinatalno i početkom postnatalnog perioda, i na taj način utiče na našu sposobnost da se nosimo sa stresorima u kasnijim godinama.

SOMATSKE BOLESTI

Već dugo se prati uloga somatskih bolesti i prema ranim studijama se zna da su bile prisutne kod velikog broja žrtava suicida (Robins i sar. 1959; Dorpat i Ripley 1960).

Medju najznačajnim faktorima rizika za suicid kada su somatska oboljenja u pitanju su: maligna neoplazma, HIV/AIDS, peptički ulkus, hemodijaliza, sistemski lupus eritematodes, bolni sindromi, funkcionalna pogoršanja i oboljenja nervnog sistema.

PSIHOSOCIJALNE DIMENZIJE

Obuhvataju beznadežnost, psihički bol/anksioznost, psihosocijalni nemir, sniženo samopoštovanje, fragilni narcizam i perfekcionizam. Beznadežnost t.j. osjećaj da je spas nemoguć, uzrokuje poteškoće da se o budućnosti misli kao o pozitivnom ishodu (ili da će se desiti negativni događaji).

Beznadežnost se definiše kao stanje negativnih očekivanja (Beck i sar. 1974) i ona je ključna psihološka varijabla u suicidalnom ponašanju (Beck i sar. 1990). Ona može postojati u vidu stanja ili crte karaktera i u vezi sa tim je promjenljiva (Mann i sar. 1999). Beznadežnost se pokazala boljim prediktorom suicidalnih namjera od depresije, i vjeruje se da posreduje između

depresije i suicida (Beck 1986), ali može biti prisutna nezavisno od depresije, ili očigledno više od stepena depresije. *Teoriju beznadežnosti* su formulisali Abramson i sar. (1989) u kojoj su razmatrali beznadežnost u pogledu očekivanja da se pozitivne posledice neće pojaviti, ili da će se pojaviti negativne posledice. Melges i Bowlbz (1969), su još detaljnije ukazali da je smanjeno očekivanje uspjeha ono što najviše karakteriše beznadežnost. Da li je beznadežnost porast sposobnosti da se razmišlja o negativnim stvarima u budućnosti, ili smanjena sposobnost da se razmišlja o pozitivnim stvarima, ili oboje?

MacLeod i sar. (1993) su sproveli studiju kojom su kod suicidalnih subjekata ispitali razmišljanje usmjereno na budućnost. Ustanovili su da su, u odnosu na kontrolne, učesnici koji su nedavno uzeli prekomjernu dozu pokazali nesposobnost da razmišljaju o pozitivnim stvarima koje bi se mogle desiti u budućnosti, ali bez povećanog očekivanja budućih negativnih događaja. Ovaj efekat je bio prisutan i za neposrednu i za dugoročnu budućnost.

Kako ove tendencije utiču na procjenu vjerovatnoće? U jednoj drugoj studiji, MacLeod i Tarbuck (1994) su ustanovili da su oni koji su pokušali suicid ocijenili negativne događaje kao vjerovatnije da se dogode od pozitivnih. Ispostavilo se da do toga dolazi zbog istog nedostatka lakoće zamišljanja pozitivnih stvari. MacLeod i Tarbuck (1994) su također ustanovili da kada su suicidalnim ljudima predstavljeni negativni događaji, oni su ih procijenili kao vjerovatne da se dogode zato što nisu u stanju da zamisle pozitivne aspekte sebe ili svojih okolnosti koji će spriječiti da se ti događaji dese.

Ova pitanja su naglasila važnost terapijskih strategija usmjerenih na poboljšanje ovog specifičnog aspekta pacijentove sposobnosti rješavanja problema.

Ali, da li ove tendencije nastaju, prosto rečeno, usled uzgredne pojave depresije? MacLeod i sar. (1997) su našli da suicidalni pacijenti proizvode manje pozitivnih iskustava od kontrolnih, ali ne očekuju više negativnih iskustava. Njihovi rezultati nisu pokazali razliku između depresivnih i ne-depresivnih suicidalnih pacijenata.

Da li će beznadežnost odvesti u suicidalno ponašanje zavisi od prisustva ili odsustva faktora rizika i zaštitnih faktora, koji jednostavno ne odražavaju jedni druge. Identifikovani faktori rizika uključuju, impulsivnost, genetsko prisustvo suicida u porodici, dostupnost sredstava za izvršenje suicida i (zbog njihovih dezinhibitornih efekata) uzimanje alkohola i/ili droga. Ostali faktori rizika uključuju prisustvo modela uloga, ili u društvenom okruženju pojedinca ili kroz portret koji daju mediji. Međutim, malo se zna o faktorima koji štite od pojave beznadežnosti u depresivnih osoba (van Heeringen i sar. 2000). Među zaštitnim faktorima, ustanovljeno je da socijalna podrška ima važnu ulogu.

U 20-to godišnjoj prospektivnoj studiji faktora rizika za suicid kod psihijatrijskih bolesnika, Braun i sar. (2000) su pronašli bolesnike koji su postigli skor devet ili više na Bekovoj Skali Beznadežnosti (BHS) (Beck i sar. 1974), što je oko četiri puta veća vjerovatnoća nego kod pacijenata koji su postigli osam ili ispod, da izvrše suicid u datoj godini praćenja. Beck i sar. (1985) su došli do zaključka da se kod hospitalizovanih pacijenata zbog suicidalnih ideja, na skali beznadežnosti i varijabli pesimizam na Bekovoj Skali Depresije može predvidjeti eventualni suicid. Rezultat od 10 ili više na Bekovoj skali beznadežnosti može predvidjeti 91% eventualnih suicida (Beck i sar. 1985).

Crte ličnosti kao što su nisko samopoštovanje i visoki nivoi neuroticizma, težnje kontrolisanja spolja, beznadežnost, impulsivnost, agresivnost i introverzija su nadjeni kao predisponirajući faktori za suicidalno ponašanje kod adolescenata (Beautrais 2003). Ove crte mogu uticati na suicidalnost na različite načine. Jedan od načina je da ove crte (karakteristike) povećavaju rizik za psihijatrijske poremećaje. Isto tako osobe sa ozbiljnim emocionalnim poremećajima imaju povećani rizik za suicidalno ponašanje. Poremećaji raspoloženja, poremećaji zloupotrebe supstanci, antisocijalno ponašanje, i anksiozni poremećaji su četiri mentalna poremećaja najčešće povezana sa suicidalnim ponašanjem (Beautrais 2003; Gould 2003). Psihijatrijski poremećaji su visoko zastupljeni među adolescentnim suicidalima, ali kod 40% realizovanih suicida u dobi od 16 godina nije nadjeno postojanje psihijatrijskog poremećaja (Bridge 2006). Od značaja je i individualna reakcija na stres što je drugačiji put kad prethodno postoje crte ličnosti da dodje do razvoja suicidalnog ponašanja (Beautrais 2003).

BIHEJVIORALNE DIMENZIJE

Uključuju impulsivnost, agresivnost, jaku anksioznost, napad panike, agitaciju, intoksikaciju i raniji pokušaj suicida. Najznačajniji psihološki faktori rizika identifikovani među psihijatrijskim pacijentima su impulsivnost (Apter i sar. 1993) i beznadežnost (Fawcett i sar. 1987; Beck i sar. 1985; Beck i sar. 1990). Nekoliko psiholoških studija fokusira se na *impulsivnost* zajedno sa bijesom i neprijateljstvom. U skladu sa ovim nalazima, dva poremećaja ličnosti naročito su povezana sa suicidalnim ponašanjem, antisocijalni poremećaj ličnosti i granični poremećaj ličnosti zbog simptoma afektivne nestabilnosti i impulsivnog ponašanja, uključujući bijes, neprijateljstvo, nisku toleranciju na frustracije i nedostatak planiranja. Neke studije ukazuju da suicidalni pojedinci teže da budu kontrolisani od strane spoljašnjih događaja, prije nego da budu smireni unutrašnjim stimulansima (Arfa 1983).

Dakle, od svih karakteristika, impulsivnost je ona za koju je ustanovljeno da je povezana sa suicidalnim ponašanjem i u istraživačkim studijama i u kliničkom okruženju. Impulsivnost pomaže da se objasni vjerovatnoća intenziteta bilo kojeg ponašanja. Medjutim, ona ne objašnjava izbor tog određenog ponašanja (npr. suicidal ili pokušaj suicida) u odnosu na ostala ponašanja. Kako su opisali Traskman-Bendz i Mann (1999) impulsivnost odražava od karaktera zavisnu i serotoninom posredovanu deficijentnost u inhibiciji ponašanja, definišući tako rizik ka sebi usmjerene ili ka spolja usmjerene agresivnosti. U slučaju samodestruktivnog ponašanja, stepen impulsivnosti može biti u pozitivnoj korelaciji sa suicidalnom namjerom i sa medicinskom oštrinom posledica tog ponašanja.

Sa kliničke tačke gledišta impulsivnost je jedan od atributa ličnosti koji daje najviše razloga za brigu u sprečavanju samodestruktivnog ponašanja. Prvo, ponašanje u pokušajima suicida teži da bude impulsivno, sa preko 50% onih koji kažu kasnije da nisu razmišljali o tome više od jednog sata prije toga. Drugo, neurobiološko istraživanje proučava vezu između personalnih dimenzija agresije i impulsivnosti kod suicidalnih i nasilnih pojedinaca. Rezultati tog istraživanja ukazuju na nasilnu impulsivnost kojoj biološki posreduje serotonininski sistem i

koja je važna komponenta krajnje smrtonosnih suicidalnih pokušaja. Poznato je da shizofreni pacijenti pokazuju agresiju na sledeće načine: agitacijom, oslabljenom kontrolom impulsa, izostankom socijalne kontrole, suicidalnošću, homicidnošću, automutilacijom, violentnim ponašanjem (Jašović-Gašić 1997). Automutilacija ili "Van Gogh" sindrom je takodje jedan od načina ispoljavanja agresivnih impulsa u shizofrenih bolesnika i to u smislu automutilacionog nivoa autodestruktivnosti i suicidalnog nivoa destruktivnosti (Jašović-Gašić i sar. 1981). Autori dalje navode da agresija kod shizofrenih može imati značenje signala, poziva za pomoć, alarma. Psihodinamika agresivnih impulsa dovodi se u vezu sa mehanizmima odbrane od osjećanja krivice. Samoubistvo je češće zabilježeno kod mladih pacijenata koji imaju viši obrazovni i intelektualni nivo i veće aspiracije.

Veliki dio istraživanja o impulsivnosti koncentriše se na adolescente, kod kojih je to naročito opšta karakteristika. Na primjer, izgleda da je većina adolescentnih suicida neplanirana (Hawton i sar. 2000). Zaista, neke studije pokazuju da samo 25% počinjenih suicida kod adolescenata imaju dokaz o planiranju; većina su impulsivni činovi. Shaffer i saradnici, (1988) su takodje ustanovili da su adolescenti koji su realizovali suicid pokazali veći nivo impulsivnosti, zajedno sa agresivnijim osjećanjima, napetijim emocijama i nezadovoljstvom svojim životima nego stariji koji su realizovali suicid.

Schaffi i Schaffi (1982) napominju da se rizik od suicidalnog ponašanja značajno povećava kada postoji impulsivnost ili nedostatak brige tokom perioda djetinjstva i adolescencije suicidalne djece i adolescenata.

KOGNITIVNE DIMENZIJE

Kognitivna rigidnost, dihotomično razmišljanje i autobiografska memorija su identifikovani kod pokušaja suicida kao i karakteristični problemi u pristupu specifičnoj memoriji (Williams i Pollock 2000), sniženo samopoštovanje i smanjeni osjećaj samokontrole (Wenz 1976; Topol i Reznikoff 1982)

Neuringer (1964) je sproveo studiju da bi ocijenio prisustvo i obim *kognitivne rigidnosti* kod suicidalnih osoba, a rezultati su pokazali da su suicidalni subjekti bili rigidniji u svom razmišljanju od ostale dvije grupe. Levenson i Neuringer (1971) su potvrdili da su suicidalni pojedinci rigidniji i nefleksibilniji i manje sposobni da mijenjaju svoje strategije rješavanja problema. Ostale studije su došle do sličnih rezultata, pokazujući da su mlade osobe koje pokušavaju suicid zavisnije od područja (t.j. njihove odluke su više pod uticajem njihovog okruženja), ali nisu spoznajno impulsivnije (mjereno latentnošću odluka) od psihijatrijskih kontrolnih osoba (Levenson 1974).

Noviji rad se usredsređuje na interpersonalno rješavanje problema, pošto je nekoliko istraživača tvrdilo da ovi procesi mogu biti inherentno različiti (Schotte i sar. 1962). Ako tražimo dokaz da je suicidalno ponašanje povezano sa osjećajem da nema izlaza iz sadašnjih okolnosti, onda je slabljenje sposobnosti za rješavanje tekućih problema vjerovatno kritični faktor.

Nadalje je nadjeno da suicidalne individue izgleda da imaju *poteškoća u prisjećanju specifične memorije koja dovodi do smanjivanja njihovih kapaciteta u rješavanju problema*.

Levenson i Neuringer (1971) ističu važnu vezu između životnog iskustva, kao izvora kojima se može pribjeći u rješavanju problema i samo destruktivnog ponašanja. Williams i sar. (2000) su naročito pratili kvalitet *autobiografskih sjećanja* koja se vraćaju i kako na njih utiče raspoloženje i njihov odnos sa suicidalnim ponašanjem. Jedan broj studija pokazuje da depresivni pacijenti koji su pokušali suicid daju slabe rezultate kada se od njih traži da iznesu određeno sjećanje kao odgovor na neku nagovještavajuću riječ. Umjesto toga, ti pojedinci teže da se sjećaju događaja na rezimiran i nad-opšti način. Sve više je dokaza koji ukazuju da je ova tendencija povezana sa istorijom negativnih događaja, ali važan aspekt ovog istraživanja jeste efekat koji nadopšta memorija (kod koje su sjećanja na događaje na rezimiran način) ima u rješavanju problema. Dalji rad je pokazao da je nedostatak sjećanja na prošlost u korelaciji sa nesposobnošću da se zamisli budućnost na određeni način.

Zanimljivo je da dosadašnji dokazi ukazuju da je tendencija vraćanja događaja iz prošlosti na nad-opšti način crta u karakteru, a ne stanje, faktor. Williams i Dritschel (1988) su uporedili pacijente koji su upravo uzeli prekomjernu dozu i grupu pojedinaca koji su uzeli prekomjernu dozu između 3 i 14 mjeseci ranije. Obje grupe su pokazale da su znatno više nad-opšte u svojim sjećanjima od onih normalnih kontrolnih. Međutim, činjenica da je nad-opšte ponovno pronalaženje spoznajni stil, ne znači da se ne može izmijeniti i sada postoji preliminarni dokaz da spoznajna terapija bazirana na svjesnosti može to promijeniti, omogućavajući osobi da povрати specifična sjećanja iz svoje prošlosti.

Pretpostavlja se da su teškoće u rješavanju problema povezane sa osjećanjem da se uhvaćeno u zamku sa teškoćama.

Williams i sar. (2000) iznose da uspješno rješavanje problema zavisi uveliko od kvaliteta tipa sjećanja koje su pojedinci u stanju da povrate. Depresivni i suicidalni pacijenti su slabi u rješavanju problema zato što nisu u stanju da uspješno pristupe specifičnim memorijama. *Specifične memorije* su veoma korisne kao izvor u rješavanju problema, pošto su detaljne i nude veliki broj nagovještaja iz kojih se generiše niz potencijalnih rješenja. Na primjer, u problematičnoj situaciji, pojedinci mogu da pokušaju da se sjete šta su uradili poslednji put kada su bili u sličnoj situaciji. Na taj način mogu se sjetiti specifičnih strategija koje su dale rezultate i tako vjerovatno generisati niz drugih potencijalnih rješenja koje mogu probati.

Istraživanje autobiografske memorije nudi potencijalno važnu strategiju za istraživanje psiholoških mehanizama koji stoje iza procesa u kojem životni događaj vodi do katastrofalnog neuspjeha da se sa njim izadje na kraj.

Ako, pod tim okolnostima, pojedinci mogu povratiti samo opšta sjećanja, sećanja koja daju malo nagovještaja o izlaženju na kraj sa tekućom krizom, to značajno doprinosi osjećanju da nema izlaza. Kada se jednom takvo osjećanje generalizuje u budućnost, vjerovatno će doći do porasta beznadežnosti, a mogućnosti budućeg «spasa» slabe.

TRAUMA U DJETINJSTVU

Neki od faktora, kao što su naprimjer, seksualna ili fizička zloropotreba u djetinjstvu, zanemarivanje, rani gubitak roditelja, nasilničko ponašanje roditelja su važni i oni zahtijevaju pažnju ne samo od strane zdravstvenih radnika, nego i od društva u cjelini.

GENETSKI I PORODIČNI FAKTORI

Uključuju faktore kao što su porodična istorija suicida, mentalne bolesti ili zloropotrebe alkohola/supstanci. Najjači poznati prediktor suicidalnog ponašanja je prisustvo suicidalnog ponašanja u porodici. Ovo je svakako povezano sa genetskim faktorima koji predisponiraju razvoj ovakvog ponašanja. Međutim socijalno okruženje takodje može biti doprinoseći faktor.

U razmatranjima kao što su biološki/ faktori bolesti, sada postoje ubedljivi dokazi da postoje biohemijski poremećaji u serotoninским putevima u mozgu (Nordstrom i sar. 1995), da su nasledni (Roy 2000) i da su umiješani u suicidalno ponašanje. I zaista blizanačke studije su pokazale da genetski faktori čine oko 45% varijabilnosti za nastanak suicidalnih misli i ponašanja, čak i kada su sofisticirani statistički podaci nastali pod uticajem psihijatrijske bolesti, bilo istorije traumatskih događaja kao što su zlostavljanje, seksualno zlostavljanje i silovanje, kao i tradicionalnih psiho-socijalnih faktora kao što su nezaposlenost, razvod, i vjerska pripadnost (Statham i sar. 1998).

Takodje, postoji veliki broj dokaza o povezanosti između *bioloških faktora rizika*, t.j. promjena u serotoninjskoj aktivnosti i pokušaja suicida. (Magne i sar. 1992; Arango i sar. 1995). Ima takodje podataka, mada u manjem broju koji ukazuju na abnormalnosti i drugih neurotransmiterskih sistema kao što je noradrenergički, dopaminergički, GABA-ergički i glutamatergički sistem (Träskman-Bendz i Mann 2000).

Nadalje, abnormalni nivoi sa stresom povezanih peptida (Westrin 1999) i smanjeni nivoi holesterola su povezani sa pokušajima suicida (Maes i sar. 1994; 1997). Mnoge od ovih karakterisika se odnose na rizik od pokušaja suicida, dok je manje povezan sa realizovanim suicidom.

Proučavanja genetskih faktora su zasnovana na temelju proučavanja porodica, blizanaca i usvojene djece. Studije koje su analizirale porodice blizanaca i usvojene djece su predložile upletenost genetskih faktora u suicidalno ponašanje. Ako postoji konkordantnost datog ponašanja (drugim riječima, skladnost u ponašanju ili istovremena pojava određenog ponašanja kod oba blizanca) kod jednojajčanih blizanaca je to mnogo više izraženo nego kod dvojajčanih blizanaca, što ukazuje da postoji određena genetska predispozicija za takvo ponašanje. U slučaju jednojajčanih blizanaca je konkordantnost kod suicida daleko veća (11%) nego u slučaju kada se radi o dvojajčanim blizancima (2%) (Roy i sar. 1991). Podaci

koji se odnose na usvojenu djecu su rijetki, iako iz postojećih podataka možemo ostvariti sličnu sliku – određena genetska predispozicija za određene oblike ponašanja kada ponašanje pojedinca podsjeća na ponašanje njegovih ili njenih bioloških roditelja, više nego na ponašanje usvojiteljskih roditelja.

Ponovo obavljena analiza jednog od najvećih istraživanja blizanaca je pokazala da se za 43% varijabilnosti u suicidalnom ponašanju mogu navesti genetski argumenti, dok objašnjenje za ostalih 57% slučajeva možemo pripisati činiocima vezanim na spoljnu sredinu odnosno okruženje (McGuffin i Marusic 2001). Sa tim u vezi osobe koje pokušavaju ili realizuju suicid, imaju značajno povećanu stopu suicidalnih činova u njihovim porodicama (Roy 1983; Pfeffer i sar. 1994). Takođe, dvostruko slijepe studije, kao i studije usvojene djece su pokazale visoku saglasnost stope za realizovani suicid i pokušaj suicida (Roy i sar. 1995, Brent i Mann 2005).

Roy (2000) je objavio prvu studiju u kojoj je ispitivan odnos porodične istorije suicida kod alkoholnih zavisnika koji su pokušali suicid. Nadjeno je da u poredjenju sa alkoholičarima koji nikad nisu pokušali suicid, signifikantno više alkoholičara koji su pokušali suicid ima prvo ili drugostepene rodjake koji su realizovali suicid.

Interesantno je da je nedavno objavljena prva studija skrininga cjelokupnog genoma sa idejom da se identifikuju lokusi na pojedinim hromozomima koji su asocirani sa pokušajem suicida i “suicidnim indeksom” kod alkoholnih zavisnika. Identifikovani su specifični lokusi na hromosomima 2, 1, 3 (Hesselbrock 2004). Pokazano je da se rizik od suicida povećava kada je u porodici već bilo slučajeva suicida, posebno kada je upotrebljen jedan od agresivnih metoda (Linkowski i sar. 1985). Jedno od ograničenja istraživanja porodičnih faktora je da ta vrsta istraživanja ne pravi razliku između genetskih i ostalih faktora, zato što članovi jedne porodice imaju zajedničke i genetske i sredinske faktore.

Kada se radi o suicidu, postoji interakcija sva tri faktora: stresogeni faktor (u najvećoj mjeri to su faktori okruženja), mozak (u najvećoj mjeri to su genetski faktori) i socijalno-psihološke okolnosti (međusobni odnos koji je već uspostavljen genetskim faktorima i okruženje putem razvoja određene osobe do današnjih dana). Kakva će biti društvena podrška i situacioni činioci, uopšteno gledano koje će pojedinac formirati u toku faze odrastanja i kasnijeg razvoja, ne zavisi samo od činilaca okruženja nego isto tako i od genetskih činilaca. Predviđanje o postojanju genetske predispozicije za suicidalno ponašanje nikako ne isključuje važnost faktora spoljašne sredine. Ovaj uticaj je sastavljen i iz faktora spoljašnje sredine i samo istovremeno ispitivanje obje ove vrste faktora – genetskih i sredinskih koji predstavljaju dio rizika od suicida – može dovesti do upotrebljivih rezultata (Marušić 2007).

Ali koji su to sredinski faktori koji mogu zajedničkim djelovanjem oblikovati uticaj genetskih faktora i, ako na to stvarno mogu uticati, kako to sve funkcioniše? Naša cjelokupna spoljašnja sredina ili okruženje, živa bića i neživa priroda, situacioni socijalni faktori u našem neposrednom okruženju i šira društvena sredina sa kojom pojedinac dolazi u kontakt, ima određeni efekat na razvoj ličnosti kao i na razvoj predispozicije za suicidalno ponašanje, ističe Marušić (2007). Na ovaj način okruženje (spoljašnja sredina) i genom predstavljaju djelove aktivne cjeline koji se međusobno dopunjavaju. Pojam okruženja obuhvata sve uticaje i

stimulanse koji u datoj situaciji djeluju na pojedinca. Ti uticaji na živi organizam su kompleksni: u prvom redu je okruženje faktor koji može djelovati kao pokretač odnosno okidač. Možda ćemo u modifikaciji, oblikovanju i mijenjanju ponašanja prepoznati još značajniji uticaj koji vrši spoljašnja sredina odnosno okruženje. Stimulacije iz spoljašnjeg svijeta mogu uticati na organizam na takav način da organizam ostavi određene oblike ponašanja i istovremeno prihvati, preoblikuje ili uspostavi nove oblike ponašanja.

Ostaje nejasno pitanje, da li su homoseksualci zastupljeni među suicidantima. Međutim, tačna prevalenca homoseksualaca u suicidima je nesigurna, odnosno, seksualna orijentacija u žrtvama suicida još uvijek nije poznata (Muehrer 1995; Catalan 2000).

U ovom dijelu smatramo neophodnim pojasniti da je napravljen pokušaj da se integriše do sada raspoloživo znanje o faktorima koji mogu povećati rizik suicidnog ponašanja ili zaštititi od njegovog razvijanja. Može se vidjeti da rezultati nedavnih istraživanja u očigledno divergentnim oblastima kao što su etologija, psihologija, biologija i sociologija pokazuju tendenciju međusobnog približavanja do te mjere da prethodne razlike između socijalnih, psiholoških ili bioloških faktora suicidnog ponašanja ne izgledaju više neosporne.

Osim toga, postaje jasno, da se suicidno ponašanje treba shvatiti kao dinamički fenomen u smislu da je, prvo, to većinom rezultat interakcije između psiholoških, socijalnih i bioloških faktora, a drugo, da prolazak kroz epizodu suicidnog ponašanja može pojedince učiniti ranjivim za sledeće epizode. Kao posledica, suicidna ideacija i pokušaj suicida su većinom koraci u procesu koji može dovesti do suicida. Ovdje ćemo dati pregled kliničkih faktora rizika-onih koji se odnose na psihološko stanje pojedinca, neposredno okruženje i spoznajne karakteristike suicidnih pojedinaca.

KLINIČKI FAKTORI

Sucidni rizik kod pojedinca (nasuprot populaciji) je snažnije povezan sa kliničkim i neposrednim faktorima rizika nego sa demografskim karakteristikama. Klinički faktori uključuju prisustvo psihijatrijskog poremećaja, intenzitet suicidne ideacije, nivo suicidne namjere, stepen beznadežnosti, istoriju prethodnih suicidnih pokušaja, porodičnu istoriju suicida i zloupotrebu alkohola ili droga. Neposredni faktor rizika uključuje pristup smrtonosnim sredstvima, znanje o smrtnoj dozi kada se lijekovi uzimaju, predostrožnost protiv otkrivanja tokom prethodnih pokušaja, pravilna koncepcija vjerovatnoće mogućnosti medicinskog spašavanja nakon pokušaja, i prisustvo ljudi koji mogu intervenisati da bi spasili život toj osobi nakon pokušaja suicida.

Uzimanje alkohola u vrijeme suicidnog pokušaja pridonosi riziku. Veliki broj suicida koje su proučavali Morris, Kovacs, Beck i Wolffe (1970) su pokazali nivo etanola u krvi iznad dozvoljene intoksikacije, ukazujući da je vjerovatnije da će pojedinci sa suicidnim

intencijama djelovati pod dejstvom alkohola. Dalje dokaze o povezanosti uzimanja alkohola i suicidalnog djelovanja prezentovali su Chiles, Strosahl, Cowden, Graham i Linehan (1986). Ustanovljeno je da je verovatnije za osobe koje su pokušale suicid nego za ostale psihijatrijske pacijente da su uzeli alkohol u toku 24 sata prije hospitalizacije. Korišćenje alkohola se može smatrati i važnim epidemiološkim faktorom rizika, a i kliničkim. Povezanost alkoholizma i suicida se dugo prati, a nedavna longitudinalna studija (Beck i Steer 1989) ustanovila je da dijagnoza alkoholizma u vrijeme uzimanja povećava rizik konačnog samoubistva barem pet puta. Čak iako osoba nije alkoholičar, upotreba alkohola u vrijeme suicidalne ideacije može povećati vjerovatnoću loše procjene, nedostatka kontrole i promjene raspoloženja.

Neki faktori, takođe mogu biti protektivne prirode, kao što su religija, kulturne norme ili socijalna podrška. Često su faktori rizika i protektivni faktori povezani (Skegg 2005).

FAKTORI RIZIKA (Plavo moguće modifikovati)

Demografski		muški pol; udovci/udovice; razvedeni; usamljeni; povećava se sa godinama; bijelci
Psihosocijalni		niska socijalna podrška; nezaposlenost; pad socio-ekonomskog statusa; pristup vatrenom oružju
Psihijatrijski		psihijatrijska dijagnoza; komorbiditeti
Somatske bolesti		maligna neoplazma; HIV/AIDS; peptički ulkus; hemodijaliza; sistemski lupus eritematosus; bolni sindromi; funkcionalna pogoršanja; oboljenja nervnog sistema
Psihološke Dimenzije		beznadežnost; fizički bolovi/anksioznost; psihološki nemir; opadanje samopoštovanja fragilni narcizam i perfekcionizam
Bihevioralne Dimenzije		impulsivnost; agresija; ozbiljna anksioznost; panični napad; agitacija; intoksikacija raniji suicidalni pokušaj
Cognitivne Dimenzije		rigidnost u razmišljanju; polarizovano mišljenje (crno-bijelo)
Trauma djetinjstvu	u	seksualna /fizička zlostupotreba; zanemarivanje; gubitak roditelja
Genetski Porodični	I	porodična istorija suicida; mentalne bolesti ili zlostupotrebe

POLNE RAZLIKE I RAZMATRANJA O POVEZANOSTI POLA I SUICIDNOSTI

Pol je jedan od najvažnijih faktora rizika kada je suicid u pitanju i polne razlike u suicidnom ponašanju su analizirane u brojnim savremenim studijama, (Moscicki i Canetto 1994,1998). Jedan od najkonzistentnijih zaključaka istraživanja iz literature o suicidnom ponašanju je da muškarci imaju više stope suicida u odnosu na žene, dok žene naprave više pokušaja suicida u odnosu na muškarce (Cantor 2000; Kerkhof 2000).

Predloženo je nekoliko razumnih objašnjenja “polnih razlika u suicidnom ponašanju“. Počecemo sa muškarcima koji koriste više nasilne metode u odnosu na žene (Canetto i Sakinofsky 1998). Ovo se često iznosi kao glavni razlog, ali argumenti govore da je ovaj fenomen mnogo složeniji, a takodje i druga objašnjenja koja su sa tim povezana su razlike u psihopatologiji izmedju muškaraca i žena, a primjeri su da zloupotreba supstanci, agresivnost, impulsivnost i eksternalizacija ponašanja su mnogo češći medju muškarcima (Beautrais 2002). Neumjerenost u stopama pokušaja suicida kod žena, plus jaka povezanost izmedju pokušaja suicida i suicida kod muškaraca (Hawton i sar. 1998) ukazuje da su činovi pokušaji suicida kod žena zasnovani na ne-suicidnoj motivaciji. Kod žena je u pokušajima suicida prisutna apel funkcija pomoću koje pokušaj suicida koriste kao način komunikacije u situacijama kada su u nevolji da promijene ponašanje i reakcije drugih ljudi. Kod muškaraca pokušaj suicida je češće udružen sa jakim suicidnom namjerom. Ovo je interesantno da je u zajedničkom uzorku, suicidna ideacija nadjena mnogo češće kod žena nego kod muškaraca (Paykel i sar. 1974). Dobro je poznato da muškarci imaju tendenciju da koriste više nasilne metode i u pokušajima i u realizovanim suicidima mnogo češće nego žene. Jaka suicidna namjera, agresija, znanje u pogledu jačine metode i manja zabrinutost za tjelesno unakaženje, su sve češća objašnjenja za neumjerenost nasilnih suicida kod muškaraca.

Depresija je na drugoj strani više prisutna među ženama, ali je predloženo da se depresija češće prepozna i adekvatno tretira više kod žena nego kod muškaraca (Canetto i Sakinofski 1998). Ovo se može pripisati činjenici da žene traže više pomoći: Epidemiološki podaci pokazuju da je stopa konsultacija i traženja pomoći od strane muškaraca u opštoj populaciji manja u odnosu na žene, posebno u slučaju emocionalnih problema i simptoma depresije. Postoje naučni dokazi da se niža stopa traženja pomoći od strane muškaraca ne može objasniti njihovim boljim zdravljem, ali se mora pripisati neskladu u ponašanju izmedju potreba i traženja pomoći (Miler-Leimkuhler 2000). Savremena etnologija i antropologija ukazuju da muškarac i žena, pritisnuti do stanja krajnje bespomoćnosti, reaguju potpuno različito (Rutz 1999). Ženska osoba će otvorenije pokazati svoju slabost. Ona traži pomoć i pokušava se zaštititi okružujući se tišinom, povlačenjem u sebe i predavanjem preživljavanju određene situacije, velike nevolje i osjećaja bespomoćnosti. Na taj način će se možda zaštititi i osigurati nastavak postojanja porodice. Autor navodi, da muškarac često reaguje drugačije. Pritjeran u ugao, muškarac reaguje temperamentnije, hiperaktivan je i često nasilno udara oko sebe.

Karakteristično je prisustvo borilačkog poriva, nemira, nestrpljivosti, agresivnosti, kao i nedostatak sposobnosti da se prepozna vlastiti problem i potraži pomoć.

Ova razlika u ponašanju između muškaraca i žena sa problemom osjećaja bespomoćnosti može biti od dubokog et(n)ološkog značaja za opstanak vrste (Rutz 1999). Naučna osnova za određivanje kriterijuma dijagnostikovanja depresije izgrađena je na simptomima prijavljenim od strane ljudi koji su se osjećali deprimirani i tražili pomoć za depresiju, a to su najčešće bile žene. Međutim, ti simptomi neadekvatno opisuju depresivnu i suicidalnu sliku kod muškaraca. Danas se pri opisivanju depresivnih stanja kod muškaraca, kao različitih od onih "klasičnih" – najčešće manifestovanih kod žena - počinju koristiti iskustva o kliničkoj slici kod muškaraca, kao i naučna saznanja o efektima serotonina. To bi trebalo da dovede do poboljšanja mogućnosti prepoznavanja depresije, kako od strane same pogođene osobe, tako i od strane ljekara.

Poznato je da bolja dijagnostika i liječenje depresije danas smanjuje rizik od suicida, jer se suicid najčešće vezuje za depresiju. Iskustva govore da su muškarci ti, kod kojih depresivna stanja najčešće ne budu dijagnostikovana, a još redje liječena. To bi moglo biti objašnjenje na do sada teško objašnjivu, paradoksalnu činjenicu da muškarci, iako statistički upola manje pogođeni depresijom nego žene, češće oduzimaju sebi život nego žene. U pojedinim zemljama suicid kod muškaraca je čak i do pet puta češći nego kod žena. Pojava učestalijeg "suicidnog nagona" kod muškaraca se može tumačiti i neodgovarajućom dijagnostikom i tretmanom njihovih depresivnih stanja.

Rutz (1999) je identifikovao mušku depresiju uključujući iritabilnost, agresiju, acting out i abususe alkohola. Nađeno je da muškarci koji zloupotrebljavaju alkohol tri puta češće pate od major depresije, nego što je to u opštoj populaciji.

Ovaj fenomen pokazuje da je uobičajeno redje oboljevanje kod muškaraca, uzevši u obzir psiho-somatske bolesti, više odraz činjenice da se oni rijetko obraćaju za pomoć, nego boljeg zdravstvenog stanja. U tome se možda nalazi objašnjenje paradoksalne činjenice koja se vidi u zdravstvenoj statistici većine evropskih država, da su žene mnogo češće bolesne u odnosu na muškarce, iako je životni vijek muškaraca znatno kraći.

Pokazivanjem više spremnosti da traže i prihvate pomoć, žene su uopšte zaštićene od fatalnog suicida. U kontekstu te povezanosti, one uzimaju u obzir mnoge stvari, i imaju sposobnost da slobodnije promijene svoja razmišljanja (Murphy 1998). Pronađeno je da žene takođe imaju veći strah od smrti i povreda u odnosu na muškarce (Rich i sar. 1992). Stavovi o uticaju kulture na pol i suicidalno ponašanje, takodje mogu da doprinose: zajednički stav u zapadnim zemljama da je suicid karakteristika muškog pola (Linehan 1973), a da se na suicid gleda negativno ukoliko ga poćine žene (Deluty 1988; 1989). Dalje je bilo potvrđeno da muškarci imaju popustljiviji stav prema suicidu u odnosu na žene (Deluti 1988, 1989). Pokušaji suicida, sa druge strane, imaju tendenciju da se percipiraju kao svojstveni ženama, mladalačkom ponašanju (Canetto 1997), i da se na mlađe žene koje pokušavaju suicid gleda sa više simpatija nego na starije žene i muškarce (svih uzrasta) (Stillion i sar. 1989). Sa ovog aspekta je predloženo da takvi stavovi mogu uticati na scenario izbora muškaraca i žena i da jedan suicid zbog toga postaje vjerovatniji (Canetto i Sakinofsky 1998).

Istraživanja suicida kod žena došla su do zanimljivih podataka. Tako, kod mladih žena stope suicida na Novom Zelandu i u Japanu dostižu najviše stope u svijetu. Još uvijek su snažne debate o riziku od suicida u uslovima kada je abortus zabranjen. Postpartalne depresije sve više privlače pažnju. Zabiljeležene su visoke stope kod žena koje se nikada nisu udavale, u Australiji i Grčkoj. Registrovane su visoke stope kod razvedenih žena u Australiji, Finskoj, USA i Ujedinjenom Kraljevstvu.

Linderman (1997) je na osnovu standardizovane stope suicida našao da žene ljekari nemaju veću stopu suicida u odnosu na svoje kolege muškarce, ali da imaju više stope suicida u odnosu na opštu populaciju i veću stopu suicida u odnosu na žene drugih profesija. Razumno je postaviti pitanje da li je medicinska profesija izložena većem broju frustrirajućih faktora? Da li nekada postoji i dublje osjećanje krivice? Svakako, to bi značilo da svaki humanitarni rad traži zapravo vrstu žrtve.

Žene koje pokušavaju suicid, uglavnom ponavljaju suicid i mnogo češće koriste trovanje. Muškarci imaju veće suicidalne namjere i njihovi pokušaji imaju tendenciju da budu smrtonosniji u odnosu na većinu žena. (Haw i sar. 2003) i češće odražavaju nedijagnostikovani mentalni poremećaj. Saopštavanje suicidalnih ideja je mnogo češće kod žena u odnosu na muškarce.

Posledično veća smrtnost od suicida je nadjena kod onih sa medicinski ozbiljnim pokušajima suicida (Beautrais 2003). Istražujući karakteristike onih koji imaju ozbiljne suicidalne pokušaje će pomoći da se identifikuju oni sa rizikom od budućeg suicidalnog ponašanja. WHO/EURO multicentrična studija radjena na suicidalnom ponašanju (Voros i sar. 2004) opisuje tipične pokušaje suicida kod muškaraca koji su imali prisustvo rizičnih faktora kao što su nezaposlenost, oni koji se nikada nisu ženili, koji imaju tendenciju da koriste violentne metode i imaju problem sa alkoholom ili zavisnošću.

Sartorius (2000) sugerise posebna istraživanja suicidalnog ponašanja u četiri sociodemografske grupe: mladi i stari, muškarci i žene. Na taj način istražile bi se činjenice koje će omogućiti dobijanje bitnijih informacija vezanih za razumijevanje problema suicida kao i bolje prevencije.

Identifikovanje rizičnih faktora odvojeno za oba pola mogu pomoći da razumijemo zašto se ove razlike pojavljuju (Fennig i sar. 2005). Jasno je da polne razlike u medicinski ozbiljnom suicidalnom ponašanju zaslužuju više istraživanja.

NEUROBIOLOGIJA SUICIDNOG PONAŠANJA

Najviše istraživano područje u oblasti neurobiologije suicidalnog ponašanja su različiti neurotransmiterski sistemi. Istraživanja biohemizma suicidalnosti usmjerena su na definisanje mogućih markera u okviru sistema neurotransmisije, neuromodulacije i neuroendokrine

regulacije. Mnogobrojna istraživanja ukazuju na vezu između suicidnosti i serotoninske neurotransmisije (Jašović-Gašić i sar. 1989). Tako na primjer, nađeno je sniženje koncentracije serotonina u pojedinim moždanim regijama žrtava suicida. Utvrđeno je i sniženje koncentracije 5-HIAA (hidrokiindolacetatne kiseline) u cerebrospinalnom likvoru, kao i u pojedinim moždanim regijama. Sa druge strane, prisutne su promjene i u okviru drugih sistema neurotransmisije. Nađeno je opadanje odnosa koncentracije urinarnog noradrenalina i adrenalina, kao i obrnuta srazmjera nivoa MHPG (3-Metoksi-4-hidroksfeniglikol) u cerebrospinalnom likvoru i stepena suicidnosti (Paunović 1995).

Post-mortem studije mozga su dale mnogo dragocjenih podataka o serotoninskim, noradrenalskim i dopaminskim neurotransmiterskim sistemima i morfologiji ćelije kod žrtava suicida. Istraživanja su pokazala da je promjena serotoninske funkcije povezana sa dijatezom za suicidno ponašanje (Mann i sar. 1998). Poremećaji serotonina se odnose na mnoge psihopatološke fenomene kao što su anksioznost, depresivno raspoloženje, impulsivnost i agresivnost. Post-mortem studije receptora mozga pokazuju smanjenu koncentraciju serotonina u predjelu orbitalnog prefrontalnog korteksa, hipotalamusa, okcipitalnog korteksa i moždanog stabla, a mogu biti oskudni kod osoba koje su u riziku za suicidno ponašanje i uopšte kod sklonosti za agresivno i impulsivno ponašanje (Arango i sar. 1995; Man i sar. 1996; 2000). Serotoninska hipofunkcija čini se da je povezana sa smrtonosnim suicidnim ponašanjem (de Man i sar. 1992). Ova abnormalnost može biti lokalizovana u ventromedijalnom prefrontalnom korteksu (Arango i sar. 1995). Izmjene su nadjene na receptorskom nivou, kao što su postsinaptički 5-HT_{1A} i 5-HT_{2A} receptori i utvrđena je njihova povišena regulacija u prefrontalnom korteksu, a ovo povećanje je predloženo kao kompenzatorni mehanizam za niske aktivnosti serotonergičkog neurona (Mann 2003). Povećanje 5-HT_{1A} izgleda da će biti lokalizovano u ventralnom prefrontalnom korteksu, regionu koji je uključen u bihevioralnu i kognitivnu inhibiciju, tako da niski ulazi serotonina mogu da doprinesu da se inhibicija ošteti, i na taj način stvara veću sklonost za postupanje suicidnim ili agresivnim ponašanjem (Arango i sar. 1995; Mann 2003). Ovi su zaključci naglasili i važnost istraživanja sa fenfluraminom. Malone i sar. (1996) su utvrdili da fenfluramin indukuje porast sekrecije prolaktina kod zdravih ljudi, ali u pokušajima suicida sa višim stepenom letalnosti, nadjene su veće vrijednosti fenfluramina. Samo nekoliko post-mortem studija je otkrilo alteracije na noradrenergičkom ili dopaminergičkom sistemu. Glavni zaključci su da postoji opadanje nivoa noradrenalina u moždanom stablu i povećanje gustine alpha 2-adrenergičkih receptora, a predloženo je da je povećanje regulacije očekivano zbog deficita noradrenalina (Ordvai i sar. 1994a). Rezultati sa tirozin hidroksilazom (TH) su dijametralno različiti, tako da je nadjena i njihova povećana (Ordvai i sar. 1994) i smanjena imunoreaktivnost (Biegon i Fieldus 1992). Za dopaminergički sistem promjene nisu pronađene (Sumiioshi i sar. 1995). U nedavnoj studiji, cerebrospinalnog likvora (CSF) depresivnih bolesnika koji su pokušali suicid, pokazano je smanjenje nivoa homovanilične kiseline (HVA), ali ne i kod depresivnih koji nisu pokušali suicid, što ukazuje da postoji uticaj dopamina (DA) na suicid, ali ne i na depresiju (Sher i sar. 2006).

Specifični geni koji doprinose riziku od suicida nezavisni su od prisutva psihijatrijskog poremećaja ili bilo kog nepoznatog uzroka. Na osnovu neurobioloških nalaza, sprovedena su

genetska istraživanja kako bi se rasvijetlio genetski doprinos vulnerabilnosti suicidalnog ponašanja. Kao što postoje ubjedljivi dokazi da je serotoninenska disfunkcija uključena u biološku osjetljivost na suicid, većina studija se fokusira na genima za serotonininske puteve kao mogućim kandidatima (Bondi i sar. 2006).

Kao što je vjerovatno da varijabilnost serotonininske neurotransmisije igra ključnu ulogu u individualnim razlikama raspoloženja, impulsivnosti i agresivnosti, onda ne čudi da se studije molekularne genetike o suicidu i suicidalnom ponašanju fokusiraju na serotonininske gene. Geni povezani sa serotonininskim sistemom su kandidati gena dostojni istraživanja, kao dio genske dijateze suicidalnog ponašanja. Ovi kandidati gena mogu biti podijeljeni u tri podgrupe:

1. Geni koji su uključeni u sintezu serotoninina (triptofan hidroksilaza - TPH).
2. Geni koji su uključeni u serotonininsku neurotransmisiju (serotonin transporter -5HTT). 5HTT reguliše ponovno preuzimanje serotoninina u pre-sinaptičkom neuronu i različitim serotonininskim receptorima koji takođe regulišu neurotransmisiju.
3. Geni koji su uključeni u razgradnju serotoninina (monoamino oksidaza - MAO).

TPH se smatra-ograničavajućim enzimom u biosintezi serotoninina (5-HT), jer pretvara amino kiselinu triptofan u 5-hidroksi-triptofan (5HTP), koji se dalje dekarboksiluje u 5-HT.

TPH gen je bio među prvim genima kandidatima za studije suicidalnosti na kome su identifikovana dva različita TPH izoforma, TPH1 i TPH2. Postoji nekoliko studija koje se fokusiraju na TPH1 polimorfizam u okviru depresivnih pacijenata, onih sa bipolarnim poremećajem, shizofrenijom ili alkoholizmom. Nedavno su objavljene tri studije meta-analize koje su rezultirale od individualnih studija, a radjene su u cilju provjere da li TPH1 polimorfizam utiče na vulnerabilnost suicidalnog ponašanja (Lalović i Turecki 2002; Rujescu i sar. 2003; Belliver i sar. 2004). U kombinovanim rezultatima Lalović i Turecki (2002) su našli da nema povezanosti između suicidalnog ponašanja i TPH1 polimorfizma. Rujescu i sar. (2003) su pronašli malu, ali veoma značajnu povezanost koju su Belliver i sar. (2004) potvrdili u svoji daljim, više rafiniranim meta-analizama. Međutim, pozitivni rezultati koji su nadjeni u nekim studijama (Mann i sar.1997; Turecki i sar. 2001) nisu bili ponovljeni u svim studijama, tako da je lista negativnih zaključaka dugačka. Uticaj TPH1 gena na suicid i dalje ostaje nejasan zbog neslaganja u rezultatima koji su radjeni na malom broju pacijenata, dijagnostičke heterogenosti kod onih sa istorijom pokušaja suicida, i konačno zbog upotrebe različitih markera.

Identifikacija za mozak specifičnog, drugog isoforma TPH2 gena, obećava da će to biti sledeći korak u istraživanju genetskih doprinosa suicidalnosti, kao i da ovaj isoform očigledno igra značajnu ulogu u sintezi moždanog serotoninina i na taj način može biti najbolji gen kandidat. Međutim, brojne studije govore o maloj korisnosti TPH2 kao gena kandidata (Zill i sar. 2004; Kenedi i sar. 2003; De Luca i sar. 2005). Dosadašnji rezultati su obećavajući, međutim funkcionalne posledice ovih polimorfizama su nepoznate i podaci o TPH2 genima su donekle ograničeni. Transporter serotoninina (5-HTT) ima dvije varijante alela: duge i kratke. Pretpostavlja se da je kratka forma u vezi sa impulsivnošću i agresivnošću u

suicidnom ponašanju (Mann i sar. 2000). Neke studije su pronašle povezanost između kratke forme i violentnog suicidalnog ponašanja, ali nasuprot ovim pozitivnim rezultatima, druge studije nisu našle bilo kakvu udruženost sa suicidalnim ponašanjem. Bez obzira na mnoge protivurečne rezultate još uvijek je u toku interesovanje za genetske varijante 5-HTT kao moguće indikatore suicidalnosti (Bondi i sar. 2006). Studije koje se fokusiraju na receptore serotonina (5-HT_{2A}, 5-HT_{1A}) ili na gene koji su uključeni u katabolizam serotonina (tirozin-hidroksilaze, monoamino-oksidade) su interesantne, ali dosadašnji rezultati uglavnom nisu ubjedljivi (Bondi i sar. 2006). Povezanost niskih koncentracija 5-HIAA u cerebrospinalnom likvoru i suicidalnog ponašanja je prvi put prijavljen od strane Asberga i sar. (1976) i od tada je ponovljeno u nekoliko studija (Mann 2003; Samuelson i sar. 2006). Takođe elektrodermalna aktivnost (EDA) i povezanost sa β -adrenergičkim receptorima se istražuje, ali ni ti rezultati nisu konzistentni (Volfersdorf i Straub 1994). Nadjeno je da je izostanak supresije na deksametazonskom testu supresije (DST) u depresiji udružen sa suicidalnim ponašanjem, a posebno sa realizovanim suicidom. Odnos između pokušaja suicida i deksametazonskog testa je bio manje dosledan (Yerevanian i sar. 2004).

Značajno je navesti i rezultate istraživanja iz domena biološke psihijatrije koji se tiču biologije alkoholizma. Postoje izvjesna nastojanja da se identifikuju biološki markeri suicidalnosti kod alkoholnih zavisnika. Sprovedene su mnogobrojne studije prije svega ispitivani su transferin siromašan ugljenim hidratima (Malcolm 1999), monoaminooksidaza (MAO) (Rommelspacher 1994), solubilni receptor interleukin-2 (Nassberger 1993) i holesterol (Neaton 1992). Nespecifičnost tih markera i niska prediktivna vrijednost nije favorizovala njihovu primjenu u kliničkoj praksi. Medjutim, dva od opisanih markera - holesterol i MAO, indirektno odražavaju metabolizam serotonina. Poznato je da alteracija serotoninске transmisije (hiposerotonergija) leži u osnovi agresivnog, violentnog, impulsivnog i suicidalnog ponašanja. Sa druge strane, stanje hiposerotonergije karakteristično je za alkoholnu zavisnost. Underwood (2004) je sa saradnicima sproveo studiju u kojoj je postavljena hipoteza da su alteracije serotoninске i noradrenergičke neurotransmisije u suicidu i alkoholizmu nezavisne jedna od druge. Istraživanje je pokazalo da su kod alkoholnih zavisnika i kod suicidanata identifikovane značajne ali različite abnormalnosti serotoninگیčke i noradrenergičke transmisije, što ukazuje na dva odvojena modela (obrasca) – jedan u vezi sa alkoholizmom, a drugi u vezi sa suicidom.

Različiti modeli ukazuju na različite uzroke i homeostatske odgovore u alkoholizmu i suicidu (Underwood 2004)

Ispitivanje endokrinih pokazatelja autodestruktivnosti ukazuju prije svega na nagli porast serumskog kortizola i njegovog metabolita u urinu neposredno prije suicidalnog čina. Nedavno objavljene post-mortem studije ukazuju i na smanjenje CRH - receptora u frontalnom korteksu samoubica usled pojačanog lučenja CRH i posledične nishodne regulacije (Fuster i sar. 1997). Postoje jasni dokazi o aktivnosti tri neurobiološka sistema koji imaju ulogu u patofiziologiji pokušaja suicida. Ovo uključuje (van Heeringen 2003; Mann 2003): hiperaktivnost hipotalamo-hipofizno-nadbubrežne (hPa) ose, disfunkciju serotoninskog (5-HTT) sistema i pretjeranu aktivnost noradrenergičkog sistema. Hiperaktivnost hipotalamo-hipofizno-nadbubrežne ose i visoka aktivnost noradrenergičkog sistema izgleda da su uključene kao odgovor na stresne životne događaje (van Heeringen 2003), dok su smetnje u

regulaciji anksioznosti, impulsivnosti i agresivnosti u zavisnosti od disfunkcije serotoniniskog sistema (Mann i sar. 2005) (vidi gore).

Izvjestan broj psiholoških varijabli je pronađen u vezi sa suicidalnim ponašanjem: impulsivnost, dihotomično razmišljanje (tendencija da se razmišlja u smislu sve ili ništa), kognitivna rigidnost, beznadežnost, deficit rješavanja problema i nadopšta autobiografska memorija (tendencija da se sjete događaja sažeto i previše na opšti način)(Bek 1986; Wiliams i Pollock 2000).

Biološke i psihološke teorije korišćene za objašnjavanje suicidalnog ponašanja konvergiraju, barem djelimično, u isticanju važne uloge prefrontalnog korteksa mozga. Prefrontalni korteks ima, generalno, barem tri funkcije: a) radnu memoriju (kratkotrajnu komponentu epizodne ili autobiografske memorije); b) pripremni aparat (pripremanje senzornih i naročito motornih struktura za izvodjenje čina koji je uslovljen prethodnim događajem, a tako i sadržinom radne memorije); i c) inhibitornu kontrolu (inhibicija zbunjujuće memorije i stimulansa), (Fuster 1997). Kombinacija prve dvije funkcije vodi do izjednačavanja prošlosti sa budućnošću, ili ponašanja sa ciljevima. Kao takav, prefrontalni korteks igra glavnu ulogu kod spoznajnih, emocionalnih i motivacionih aspekata ljudskog ponašanja, a tako i u interakcijama sa ostalim ljudima. Odgovarajuće funkcionisanje prefrontalnog korteksa pružice pojedincu sposobnosti da, na primjer, formuliše ciljeve s obzirom na dugoročne posledice, da generiše alternative reakcija, i da inicira ponašanje usmjereno ka cilju. U opisu psiholoških karakteristika povezanih sa suicidalnim ponašanjem, izgleda da su takvi deficiti kao što su impulsivnost i rješavanje problema naročito važni. Iz tog proizilazi da je proučavanje upletenosti prefrontalnog korteksa veoma relevantno. S obzirom na emocionalni i motivacioni aspekt ljudskog iskustva i ponašanja, proučavanja na životinjama pokazuju da lezije u orbitalnom dijelu prefrontalnog korteksa vode do nesposobnosti da se izadje na kraj sa agresijom, nakon koje strah i bijeg stiču nadmoć, a životinja gubi svoj položaj u zajednici. S druge strane, lezije u dorzo-lateralnom predjelu mogu uticati na spoznajne funkcije do te mjere da to može rezultirati nesposobnošću da se izdvoje senzorni stimulansi, da se generišu alternative multiplih reakcija i da se inhibira tendencija bijega (Delgado 1990).

Prema tome, proučavanja na životinjama pokazuju ulogu raznih predjela prefrontalnog korteksa kod emocionalnih ili motivacionih i spoznajnih aspekata organizacije ponašanja. Preostaje da se demonstrira do koje mjere takva otkrića mogu biti korisna u objašnjavanju emocionalnih i spoznajnih aspekata ljudskog ponašanja, pojedinačno, a naročito suicidalnog ponašanja. Trenutno dostupna otkrića dolaze uglavnom iz studija autopsije koje, kako su iznijeli Traksman-Bendz i Mann (2000) pokazuju vezu izmedju suicidalnog ponašanja i promjena u ventro-orbitalnom prefrontalnom korteksu (a ne u dorzolateralnim predjelima), što može postati očigledno kroz opadanje spoznajne inhibicije ili inhibicije ponašanja. Oni su takodje opisali kako se u ovaj model uklapaju biohemijska otkrića povezana sa suicidalnim ponašanjem. Uloga serotonina u patogenezi suicidalnog ponašanja je jasna iz mnogih studija koje su koristile različite metodologije. Prema tome postavlja se pitanje kako serotonin može biti umiješan u funkcionisanje prefrontalnog korteksa. Proučavanja na životinjama su pokazala da je kortikalni serotonin vjerovatno uglavnom uključen u obradu *senzornih*

informacija. Proučavanja na pacovima su pokazala porast serotonina u prefrontalnom korteksu (i u n. amygdala) nakon izloženosti stresu. Otkrića autopsije kod žrtava suicida stoga mogu biti vezana za težak stres ili depresiju. Traskman-Bendz i Mann (2000) su opisali kako dolazi do porasta u broju 5-HT_{1A} receptora u prefrontalnom korteksu kod suicidalnih žrtava koji je nezavistan od psihijatrijske dijagnoze. Osim toga, proučavanja na pacijentima koji su pokušali suicid pokazuju korelaciju između nivoa serotonina i agresivnosti, ukazujući na uključenost serotonina u motorno-izražajnu komponentu ili komponentu ponašanja. S druge strane, istraživanja poput studija o potrošnji triptofana ukazuju na umiješanost serotonina u regulaciju emocionalnih stanja, naročito depresije. Prema tome, dok ima vrlo malo sumnje u umiješanost serotonina u patogenezu suicidalnog ponašanja, priroda ove umiješanosti i dalje ostaje nejasna. Analiza sistema serotonina do podsistema koji obavljaju različite funkcije mogla bi pomoći da se ovo objasni. Kako je ukazao i kako je malo detaljnije opisano u ovom poglavlju (vidi gore), barem dva sistema se moraju razmotriti, t.j. 5-HT₁ i 5-HT₂ sistemi.

Može se očekivati da dijagnostičko napredovanje u oblasti neuronauke može dati odgovor na pitanja kao što su ona postavljena u prethodnim paragrafima. Prvo, neuro-imaging tehnike, kao što je functional magnetic resonance imaging (MRI), pozitron-emission tomography (PET), single photon-emission tomography (SPECT), mogu se koristiti za proučavanje funkcionalnih abnormalnosti in vivo u prefrontalnom korteksu i subkortikalnim strukturama i na taj način demonstrirati funkcionalne i biohemijske promjene povezane sa suicidalnim ponašanjem. Drugi način da se ispita prefrontalni korteks in vivo može pružiti neuropsihologija.

KLASIFIKACIJA SUICIDNOG PONAŠANJA

U literaturi koja se bavi istraživanjem suicida, trenutno, suicidalno ponašanje se karakteriše različitom terminologijom. Američko Udruženje psihijatara (APA 2003) je defmisalo termin koji je u upotrebi, ali ne postoji opšteprihvaćena klasifikacija suicidalnog ponašanja, a to takođe može biti izvor zabune (kao primjer navodimo: pokušaj suicida – samooštećujuće ponašanje - parasuicid). Suicidalno ponašanje može da varira u odnosu na manifestacije, stalnost, ozbiljnost i letalitet. U savremenoj literaturi se susrećemo sa različitim tipovima suicida. Tako na primjer, govori se o pasivnom suicidu u okviru kojeg osoba namjerno dolazi u situacije u kojima sebe izlaže riziku da je drugi ubiju. Zatim govori se i o latentnim suicidalnim željama kada osoba nesvjesno ulazi u opasne i visoko-rizične situacije. U indirektna autodestruktivna ponašanja (IADP) spadaju visoko-rizični sportovi, rizična zanimanja, patološko kockanje, samo-unakažavanje, zloupotreba alkohola i supstanci, seks bez zaštite, prostitucija, vožnja posle upotrebe droge ili alkohola, ruski rulet, autoerotska asfiksija. Indukovano samoubistvo podrazumijeva da je osoba navedena od strane induktora da realizuje suicid. Ovdje spada i

ideja o «kolektivnom suicidu». Racionalno samoubistvo javlja se kod neizlječivih somatskih bolesnika, a drugačije se naziva i bilansno samoubistvo.

U ICD-10 (1992), u Poglavlju XX-opisani su Spoljašnji faktori morbiditeta i mortaliteta, a obuhvataju šifre od X60 - X84, koje se odnose na namjerna samopovredjivanja u koje se uključuju: namjerno samotrovanje ili povrede i samoubistvo.

Suicidalno ponašanje, kao koncept obuhvata, suicidalne ideje, suicidalnu namjeru i suicidalne čino ve ili ulazak u po život opasne rizike.

Bekova klasifikacija suicidalnog ponašanja (1986)

I. Suicidalna Ideacija

Misli, planovi,

Impulsivnost ili želja

A. Namjera za smrću (Visoka, srednja, niska, bez namjere)

II. Suicidalni pokušaj

A. Namjera

B. Letalnost

C. Metod

III. Realizovani suicid

A. Namjera

B. Metod

Radi razjašnjavanja terminologije, i identifikovanja zajedničkih karakteristika i razlika među onima koji su obilježeni kao suicidalni i da bi olakšali istraživanje na riziku suicida, radna grupa Nacionalnog Instituta za Mentalno Zdravlje (NIMH) Ujedinjenog Kraljevstva, Centra za studije prevencije suicida razvila je tripartitni klasifikacioni sistem koji se sastoji od: 1.suicidalne ideacije, 2.suicidalnog pokušaja, 3.realizovanog suicida. Suicidalna namjera, klinički letalitet, metod pokušanog i izvršenog suicida su podpodjele tih kategorija.

Suicidalni ideatori se definišu kao oni koji imaju misli i želje vezane za samoubistvo, ali još nisu djelovali na planu izazivanja samopovredjivanja. Suicidalna ideacija uključuje suicidalnu prijetnju, suicidalnu zaokupljenost, direktno izražavanje želje da se umre i indirektne indikatore planiranja suicida.

Suicidalna namjera, subkategorija suicidalne ideacije, pokušaja, i izvršenog suicida, odnosi se na "intenzitet i širenje želje za umiranjem". Namjera se ne može uvijek izvesti iz ishoda, jer oni koji su ozbiljno povrijedili sebe mogli su imati relativno slabu želju da umru, i obratno. Smrtnost i namjera su pozitivno u korelaciji samo onda kada onaj koji pokušava suicid ima umjereno precizno znanje o vjerovatnoj medicinskoj smrtnosti odabranog sredstva.

Metoda je subkategorija za pokušani i realizovani suicid. Saznanje o metodi koja je primijenjena u pokušaju suicida identifikuje metodu koja je vjerovatna za sve buduće

pokušaje i može omogućiti drugima da smanje budući pristup toj metodi (npr. ograničavanjem propisanog leka). Noviji rad Becka i Steera (1989) ukazuje da je vjerovatno da će pacijenti koji su preduzeli mjere opreza protiv otkrića u vrijeme indeks pokušaja, upotrebiti slične metode u konačnom pokušaju. Prema tome, znanje o metodi može upozoriti na šablon.

SPECIFIČNA EVALUACIJA

Upitnici koriste psihijatrijsko, kliničko-psihološko i sociološko znanje i iskustvo. Skale za otkrivanje suicidalnog rizika i/ili recidiva tentamena pokazale su se manje-više pouzdane. Obično su u pitanju «opšte prediktivne skale» mada bi trebalo raditi na konstrukciji specifičnih skala za različiti tip osoba.

Pierceova skala (1981) konfrontira objektivne okolnosti tentamena sa ispoviješću pacijenta i dodaje ocjenu rizika (numerička vrijednost ozbiljnosti namjere). Motto (1985) predlaže «Klinički instrument» za ocjenu suicidalnog rizika. Sastoji se od 15 pitanja za dvogodišnji stepen suicidalnog rizika. Poldingrer (1983) predlaže «Ocjenju suicidalnosti». Suicidna ideacija se može mjeriti ajtemima Bekove skale za Depresiju (BDI) ili Skale za suicidalnu ideaciju (SSI 1979).

SKALE ZA PROCJENU

Bekov inventar depresije

Bekov inventar depresije (BDI; Beck i Steer 1987) je upitnik koji sadrži 21 stavku izvještavanja o sebi, koji traži od upitanih da procijene depresivne simptome tokom prethodne nedelje. Svaka stavka sadrži četiri tvrdnje koje odražavaju gradirane nivoe težine. Stavke su obilježene brojevima od 0-3 i sabrane u ukupni rezultat o depresiji koji se potencijalno kreće od 0 do 63. Najveća vrijednost ukazuju na tešku depresiju.

Utvrđeno je da je BDI u korelaciji sa suicidalnom namjerom kada se proučava široka heterogena populacija, kao što je opšta klinička populacija. Kada se proučava homogenija populacija-posebno krajnje depresivna populacija, kao što je uzorak stacionarnih suicidalnih ideatora ili krajnje depresivnih ambulantnih bolesnika-Beckova skala beznadežnosti (BHS;

Beck, Weissman, Lester i Trexler, 1974) i Beckov test samo-koncepta (BST; Beck, Steer, Epstein i Brown 1990) su bolji korelati suicidalne namjere.

Skala za suicidalnu ideaciju

Skala suicidalne ideacije (SSI; Beck, Kovacs i Weissman, 1979) procenjuje stepen do kojeg neko momentalno razmišlja o suicidu. Na devetnaest stavki se odgovara u sistematizovanom kliničkom intervjuu, sa ocjenama datim na trostepenoj skali. Stavke uključuju frekventnost i trajanje suicidalnih želja i sposobnost da se one kontrolišu, karakteristike namjeravanog pokušaja (npr. pripreme ili konačni činovi), svrha namjeravanog pokušaja, dostupnost i povoljna prilika metode, i relativna snaga želje te osobe da živi ili da umre. Studije pouzdanosti i istovremene validnosti pokazale su koliko je SSI koristan (Beck, Kovacs i Weissman 1979).

Skala suicidalne namjere

Skala suicidalne namjere (SIS; Beck, Schuyler i Herman 1974) je sistematizovani klinički upitnik sa 15 stavki i sa trostepenom skalom ocjenjivanja koja procenjuje težinu psihološke namjere neke osobe da umre u vrijeme nedavnog pokušaja suicida. Stavke obuhvataju relevantne aspekte misli i ponašanja onog koji je pokušao suicid, prije, za vrijeme i nakon suicidalnog čina, uključujući svrhu pokušaja, stav prema življenju i umiranju i odnos unosa lijekova i alkohola (kada lijekovi nisu primijenjena metoda) sa pokušajem. SIS se dosledno potvrđuje kao mjera ozbiljnosti namjere suicidalnog pokušaja (Beck, Schuyler i Herman 1974; Beck, Kovacs i Weissman 1975; Beck i Lester 1976; R. W. Beck, Morris i Beck 1974; Minkoff, Beck i Beck 1973; Silver, Bunhert, Beck i Marcus 1971).

Iako se SIS uveliko koristi kao zavisna varijabla, Gibbsons i Pierce (1984) su primijenili ovu mjeru da predvide konačni suicid. Ustanovljeno je da modifikovani SIS poboljšava predvidivost procijenjenog suicidalnog rizika kada se kombinuje sa dvije dodatne mjere koje su razvili Pallis i sar. Skorije, Beck i Steer (1989) su ustanovili da SIS podskala predostrožnosti predviđa eventualni suicid među onima koji su pokušali suicid.

Beckova skala beznadežnosti

BHS (Beck, Weissman i sar. 1974) je upitnik samo opisa sa 20 tačno-netačno stavki koji ocjenjuje stepen pesimizma ili negativnog pogleda na budućnost koji ima upitnik. Psihometrične karakteristike BHS-a su predstavili Beck, Kovacs i Weissman (1975). Korelacije koje se kreću od 56 do 68 između BHS i BHI saopštene su u studijama o hospitalizovanim osobama koje su pokušale suicid (Nakanada-Trepka, Bishop i Blackburn 1983) i depresivnim pacijentima (Beck, Kovacs i Weissman 1975).

Ocjenjivanje beznadja od strane ljekara takodje je prikazano kao korisni predskazatelj krajnjeg suicida (Fawcett i sar. 1987; Drake i Cotton 1986; Beck, Brown i Steer 1989). U ispitivanju uskladenosti izmedju samo-opisa BHS i kliničkog ocjenjivanja, Kliničke skale beznadežnosti (CHS; Beck, Weissman i sar. 1974), a za CHS je utvrđeno da je uporediva sa BHS u pogledu osjetljivosti (proporcija onih koji pokušaju suicid korektno identifikovana kao konačno izvršenje suicida) i za stacionarne i za ambulantne bolesnike. Međutim, stopa specifičnosti (proporcija ne-suicidnih identifikovana je kao neizvršavanje suicida) CHS-a bila je niža od one kod BHS za stacionarne i ambulantne bolesnike (Beck i sar. 1989).

Pored toga, suicidalne ideje mogu postojati u dugom vremenskom periodu, što može objasniti razlike u epidemiologiji suicidalne ideacije. Dijagnostiku suicidalnosti sa njenim mnogobrojnim uzrocima, uslovima nastanka ne smijemo da svedemo samo na aplikaciju upitnika. U kliničkom radu nije dovoljno postaviti samo jedno pitanje. Cjelovit psihijatrijski intervju u atmosferi povjerenja na kojem se baziraju dalje terapijske i preventivne mjere predstavljaju najvažniji postupak (Kecmanović 1989).

Tehnike intervjuisanja: Bez ustručavanja postavljati pitanja o suicidalnim mislima i ponašanju (to im neće pogoršati stanje). Izuzetno je važno uspostavljanje odnosa lekar- pacijent. Potrebno je pričati pacijentu na empatski način, bez kritičkog stava u komunikaciji. Započeti razgovor sa molbom da opiše kako se osjeća, te da li se toliko loše osjeća da ponekad poželi da prestane da živi. Ne preporučuje se ubjedjivanje ili razuvjeravanje tokom procesa evaluacije.

Instrumenti koji se preporučuju su :

-Beckova skala suicidalne ideacije (BSS, Beck Scale for Suicide Ideation; Beck, Steer i Ranieri 1988).

-Inventar razloga za život (RFL, Reasons for Living Inventory Linehan, Goodstein, Nielsen i Chiles 1983)

-Upitnik suicidalnog ponašanja (SBQ, Suicidal Behavior Questionnaire Linehan 1981)

TERAPIJA SUICIDNOSTI

Procjena rizika od suicida

Suicid izaziva ogromne lične, socijalne i ekonomske posljedice, a ipak suicid je statistički rijedak događaj, čak i u populaciji koja je pod visokim rizikom. Statistička rijetkost čini da je suicid nemoguće predvidjeti na osnovu faktora rizika, bilo sam ili u kombinaciji. Međutim, psihijatri mogu koristeći procjene rizika od suicida da pomognu da se odrede parametri tretmana i individualni planovi tretmana. „Cilj procjene rizika od suicida je da se identifikuju

faktori koji mogu povećati ili smanjiti nivo rizika od suicida kod pacijenta, i za procjenu ukupnog nivoa rizika od suicida, kao i da se razvije plan tretmana koji će omogućiti bezbjednost pacijenta i modifikovati saradnike na riziku od suicida.

Modifikovanje rizika

Prema Vodiču Američkog Udruženja Psihijatarata, za ocjenjivanje i liječenje suicidalnih pacijenata sa suicidalnim ponašanjem, nakon identifikovanja, faktora rizika kod pacijenta kliničku pažnju treba fokusirati na one faktore koji mogu biti modifikovani da bi se smanjio rizik od suicida. Prema smjernicama, u faktore koji se ne mogu modifikovati uključuju se anamneza pacijenta, porodična anamneza i demografske karakteristike. Finansijski problemi ili nezaposlenost, su takođe teški za mijenjanje. Smjernice naglašavaju da se liječenje planira tako da se fokusira na one faktore rizika koji mogu da se modifikuju kako bi se smanjio rizik. Intervencije treba da budu koncentrisane na neposrednu bezbjednost pacijenta. Suicidni rizik je udružen sa psihijatrijskim poremećajima, kao što su poremećaji raspoloženja, psihotični poremećaji, zloupotreba supstanci, kao i poremećaji ličnosti i može se rješavati kroz odgovarajući tretman. Simptomi visokog rizika, kao što su anksioznost, uznemirenost, beznadežnost i nesanica, mogu biti specifičan cilj terapije koji može dalje smanjivati rizik od suicida. Zaštitni faktori, takođe, mogu biti poboljšani kako bi se smanjio rizik od suicida, na primjer, podrškom pacijentu kroz sistem ojačavanja obrazovanja članova porodice ili premještanjem pacijenta na viši nivo zaštite.

Prilagodjavanje tretmana

U principu, liječenjem treba da se obezbijedi restriktivno okruženje koje može obezbijediti sigurnost i efikasnost tretmana pacijenta. Izbor tretmana se zasniva na procjeni faktora rizika od suicida koji se određuje kroz psihijatrijsku procjenu i ocjenjivanje suicidalnog rizika. Pored toga, mora biti izmjerena korist od intenzivnih intervencija kao i od hospitalizacije, nasuprot njihovim mogućim negativnim efektima (Na primjer, prekid radnog odnosa, finansijski i drugih psiho-socijalni stresovi, socijalna stigmatizacija).

Ugovori protiv suicida

Iako je u širokoj upotrebi, ugovor za prevenciju suicida nije štetan, ali ugovor ne smije da zauzme mjesto detaljnoj procjeni rizika od suicida. Nije pokazano da ugovori utiču na smanjivanje suicida, a oslanjanje na ugovore može da smanji oprez kod osoblja prema pacijentima, jer zapravo nije došlo do smanjivanja rizika od suicida kod pacijenata. Smjernice ističu da otpust pacijenta ili hospitalizacija ne treba da se zasniva na spremnosti ili oklijevanju

pacijenta da sklope ugovor za prevenciju suicida. Ugovori mogu biti korisni za otvaranje razgovora i dostupnosti kliničara i osoblja za podršku pacijentima, posebno onima koji su na bolničkom tretmanu. Ugovori se ne preporučuju za upotrebu kod novih pacijenata, u hitnim stanjima, i kod psihotičnih ili impulsivnih pacijenata.

Specifični modaliteti tretmana

I somatsku terapiju i psihosocijalne intervencije, uključujući psihoterapiju, treba uzeti u obzir kada se razvija plan liječenja bolesnika sa suicidalnim mislima i ponašanjem. Psihijatar bi trebalo da modifikuje prethodno identifikovane faktore rizika i dalje da procijeni pacijenta u toku tretmana. Somatski tretmani su često fokusirani na olakšanje akutnih simptoma, dok psihoterapija ima tendenciju da ima šire i dugoročne ciljeve u vezi sa psihosocijalnim funkcionisanjem pacijenta.

Somatske intervencije

Dominacija psihijatrijskog pogleda na suicidalnost kao simptom psihopatologije, upućuje, da je psihijatrijski tretman mjera za prevenciju suicida koja je najviše naglašavana u prevenciji suicida. To je i observirano da je opadanje globalne suicidalne stope od kraja 1970-tih koincidiralo sa povećanim prepisivanjem savremenih antidepresiva (SSRI:s) (Isacsson 2000; Henriksson 2004). Ali je ostalo nejasno da li sniženje suicidalne stope može biti povezano sa povišenim prepisivanjem antidepresiva.

Antidepresivi

Antidepresivi su najvažniji u liječenju suicidalnih bolesnika sa akutnom, rekurentnom ili hroničnom depresivnom bolešću. Oni takođe mogu biti efikasni u liječenju anksioznih poremećaja. Iznenadjuće, postoje ograničeni dokazi da antidepresivi smanjuju rizik od suicida.

Depresija je jedan od najznačajnijih faktora rizika za suicid, i antidepresivi mogu biti od suštinskog značaja u liječenju suicidalnih pacijenata za redukciju depresivnih simptoma. Prilikom prepisivanja antidepresiva suicidalnim pacijentima treba da postoji oprez u pogledu količine antidepresiva kao i da se prepisuju oni koji su niske letalnosti u slučaju predoziranja. Sedativni antidepresivi mogu da se koriste za liječenje izražene nesanice.

Psihijatri treba da prate bolesnika pažljivo u prvim nedjeljama liječenja antidepresivima. Pacijenti treba da budu informisani da se olakšavanje simptoma ne može pojaviti u periodu

nekoliko dana ili nedelja i treba da znaju da je oporavak ponekada neujednačen i neuspjesi su mogući i u slučajevima kada su primijenjeni lijekovi.

Primjena farmakoterapije antidepresivima je mnogo važna, a posebno kada se pokazuje da je depresija ozbiljna ili psihotična kao što je MDP. Doze antidepresiva moraju da ispunjavaju uputstva iz smjernica za liječenje (Američka Asocijacija Psihijata 2000; Suomen i Psikiatriihdistis 2004). Jačina efekata antidepresivnih lijekova se kreće od 0,51 do 1,09 (Kan i sar. 2005, De Rubeis i sar. 2005). Ako terapija antidepresivima nije dovoljna, ima još prostora za poboljšanje i treba razmotriti druge nove strategije, kao što su antidepresivi zajedno sa lomotriginom ili atipičnim antipsihoticima (Ivković i sar, 2009).

Efikasnost raspoloživih antidepresiva može se porediti, a izbor lijekova se bazira na neželjenim efektima, bezbjednosti i podnošljivosti, interakciji i koji je lijek za pacijenta bolji. Farmakoterapija MDP može se podijeliti u tri faze: akutna, nastavak liječenja i održavanje. U akutnoj fazi bolesti, cilj liječenja je puna remisija. U fazi nastavka, treba obezbijediti prevenciju recidiva, a takodje i u fazi održavanja (Suomen i Psikiatriihdistis 2004). Antidepresivni tretman treba održavati u fazi nastavka od četiri do devet mjeseci posle remisije, u cilju sprječavanja recidiva.

Dugotrajno održavanje liječenja treba uzeti u obzir kako bi se spriječilo ponavljanje suicidnog pokušaja (Američko Udruženje Psihijata 2000, Suomen i Psikiatriihdistis 2004). Postoji nekoliko faktora koji su potrebni da bi potvrdili odluku da li ili ne treba koristiti tretman održavanja. Ovi faktori uključuju rizik od ponavljanja (broj prethodnih epizoda, prisustvo uslova za komorbiditete, rezidualni simptomi između epizoda), zatim težina epizode (prisustvo suicidnosti, psihotični sadržaji ili teška funkcionalna oštećenja), a zbog mogućeg iskustva neželjenih efekata prilagoditi pacijentima terapiju koju oni više preferiraju (APA 2000). U slučajevima blage ili umjerene depresije, efikasna je psihoterapija, samostalno ili u kombinaciji sa farmakoterapijom, a mogući su i alternativni tretmani (Suomen i Psykiatriyhdistis 2004).

Liječenje anksioznosti

Ozbiljna nesanica, uznemirenost, napadi panike i psihička anksioznost su povezani sa povećanim rizikom od suicida. Benzodiazepini se primjenjuju kod ovih simptoma i naznačeno je da su indikovani za kratkoročnu redukciju simptoma. Dugotrajno djelovanje ima prednost nad kratkoročnim.

Prednosti od liječenja benzodiazepinima treba pažljivo ispitati. Mora se uzeti u obzir njihova tendencija da povremeno proizvode dezinhibiciju, kao i zbog njihovih potencijala za interakcije sa drugim sedativima, uključujući i alkohol. Lijekovi sa sedativnim efektom kao što su trazodone, neki antipsihotici druge generacije, kao i neki antikonvulzanti, se takođe mogu koristiti za liječenje veoma anksioznih i uznemirenih pacijenata. "Ako se benzodiazepini prekinu nakon dužeg korišćenja, njihove doze treba postepeno smanjiti i pratiti pacijenta zbog povećanja simptoma anksioznosti, uznemirenosti, depresije ili suicidnosti".

Stabilizatori raspoloženja

Nedavne studije su pokazale značajno smanjenja rizika od suicida i pokušaja suicida koje je povezano sa dugoročnim održavanjem terapije bipolarnog poremećaja sa solima litijuma. Postoje umjereni dokazi za slične anti-suicidne efekte litijuma kod pacijenata sa MDP. Iako su neki stabilizatori raspoloženja pokazali efikasnost u liječenju manije, do danas nema dokaza da bilo koji od njih štiti od suicida. Analize rizika nasuprot benefitima u vezi prepisivanja stabilizatora raspoloženja moraju da sadrže anti-suicidne efekte litijuma, ali takodje i potencijalnu toksičnost prilikom predoziranja.

Antipsihotici

Antipsihotici su lijekovi za osnovni tretman pacijenata sa simptomima psihotičnih poremećaja. Kod veoma uzrujanih pacijenata, antipsihotici mogu da smanje suicidalni rizik. To je i potvrđeno. U radu Jašović-Gašić i sar. (1998) pokazana je efikasnost klopapina u shizofrenih pacijenata, kako za redukovanje psihotičnih simptoma, tako i za redukovanje agresivnog i impulsivnog ponašanja. Klopapin je antipsihotik za koji se pokazalo da smanjuje rizik od suicida. Liječenje klopapinom je povezano sa značajnim smanjenjem stope pokušaja suicida, a moguće i suicida za pacijente koji boluju od shizofrenije i shizoafektivnih poremećaja. Treba dobro procijeniti korist od njegovog anti-suicidnog efekta nasuprot riziku od ozbiljnih neželjenih efekata, uključujući i agranulocitozu i miokarditis, koji su povezani sa liječenjem klopapinom. Antipsihotici druge generacije su generalno poželjniji od antipsihotika prve generacije.

Elektro-konvulzivna terapija

Elektrokonvulzivna terapija se koristi za liječenje mentalnih poremećaja od 1930 godine. ECT je jedan od najkontraverznijih tretmana u javnom mnijenju i medijima. Postoje dokazi da je ECT efikasan tretman za psihotične i teške depresije, i treba da se koristi ako farmakoterapija nije efikasna, ili kada je potrebno brzo reagovanje (npr. zbog akutne i teške suicidalnosti). ECT ima potvrđenu efikasnost kod pacijenata sa teškim depresivnim bolestima sa ili bez psihotičnih sadržaja. ECT je povezana sa brzim i robustnim antidepresivnim efektom, kao i brzom redukcijom suicidalnih misli. ECT je terapija izbora kod pacijenata sa katatonim simptomima, bez obzira na dijagnozu.

ECT može takodje biti indikovana za suicidalne pacijente za koje korišćenje lijekova nije moguće kao np. u slučajevima trudnoće ili prethodnog neuspjeha u liječenju. Održavanje liječenja ili ECT je neophodno za dugoročno smanjenje rizika od suicida. ECT je efikasan

kratkotrajni tretman za pacijente sa MDP, bilateralni ECT je umjereno efikasniji od jednostranog i visoke doze ECT su efikasnije od malih doza (The UK ECT Review Group 2003). Ranija istraživanja pokazuju da je ECT efikasna (ili možda i više) kao i antidepresivi za liječenje MDP (SES -0.80, 95% CI -1.29 -0.29) (Veiner 1994; The UK ECT Review Group 2003), ipak, ECT se rijetko koristi samo kao prva linija terapije (APA 2000).

PSIHOSOCIJALNE INTERVENCIJE I PSIHOTERAPIJA

Kao što je objašnjeno u smjernicama, malo je studija koje su direktno ispitivale da li su psihoterapijske intervencije smanjivale morbiditet i mortalitet suicida. Klinički konsenzus sugerše, međutim, da psihosocijalne intervencije i specifični psihoterapijski pristupi su korisni u smanjivanju rizika od suicida. Bez obzira na teorijske osnove, ili tip, ključni element u oblasti psihoterapije je pozitivan i održavajući terapijski odnos. Psihoterapija je naročito važna u ranim fazama bolesti pacijenta na ciljnim pitanjima kao što su poricanje simptoma i nedostatak uvida. Takođe se preporučuje da se pomoć usmjeri na upravljanje beznadežnošću, anksioznošću i drugim simptomima. Intuitivno, bolji terapijski savez, znači veću vjerovatnoću da tretman pacijenta bude usklađen. Psihoterapija je pokazala efikasnost u liječenju poremećaja koji su u vezi sa povećanim rizikom od suicida, kao što su depresija i granični poremećaj ličnosti, a može da bude efikasna i u liječenju suicidalnog ponašanja. U liječenju depresije, cilj psihoterapijskog tretmana jeste, da ublaži depresiju uticajem na psihološke i bihevioralne faktore koji izazivaju i održavaju depresiju. Psihoterapija koja se može primijeniti u liječenju depresije uključuje kognitivnu ili kognitivno-bihevioralnu terapiju (KBT), interpersonalnu psihoterapiju (IPT), kratku psihodinamsku psihoterapiju, kognitivnu terapiju rješavanja problema. U akutnoj fazi blage ili umjerene depresije, psihoterapija može da se koristi samostalno ili u kombinaciji sa farmakoterapijom. U fazama nastavka i održavanja, liječenje rezidualnih simptoma psihoterapijskim tretmanom može biti korisno kako bi se spriječilo ponavljanje (Suomen i Psikiatriihdistis 2004). Prijavljena je efikasnost Kognitivno-bihevioralne terapije od 0,44 do 0,68 (DeRubeis i sar. 2005; Habi i sar. 2006.)

Kognitivno -bihevioralna terapija može biti veoma korisna u rješavanju faktora rizika kao što je beznadežnost. Ima studija koje ukazuju na efikasnost još jednog oblika terapije, dijalektičko-bihevioralne terapije (DBT), za uži krug potencijalno suicidalnih pacijenata, a posebno hronično suicidalnih ili kod žena sa poremećajem ličnosti koje su sklone samopovredjujućem ponašanju“. Sveobuhvatna istraživanja i kliničko iskustvo ukazuju da kombinacija psihosocijalnih intervencija i farmakoterapije nudi najbolju strategiju za smanjenje suicidalnog ponašanja.

TERAPIJA I UPRAVLJANJA HRONIČNOM SUICIDNOŠĆU

Samopovredjujuće ponašanje i suicidnost su hronične i ponavljajuće kod nekih pacijenata. Ova ponašanja su nekada rezultat čestih kontakata sa sistemom zdravstvene zaštite. Važno je prepoznati da li samopovredjujuće ponašanje može ili ne može biti povezano sa suicidnom namjerom. Nekada, samooštećujuće ponašanje karakterišu „gestovi“, čiji je cilj postizanje sekundarne dobiti (na primer, primanje pažnje, izbjegavanje odgovornosti putem hospitalizacije), kao i motivi pacijenata za nekim drugačijim ponašanjima. Bihevioralne tehnike su naročito korisne za pacijente sa hroničnim suicidnim ponašanjem. Hronična suicidna ideacija se generalno najbolje liječi ambulantno, kroz odnos ljekar-pacijent i davanje podrške u raznim životnim situacijama kad god je to moguće. Pacijente sa hroničnim suicidnim ponašanjem koji imaju poteškoće u poštovanju sprovođenja liječenja, treba upoznati sa lokalnim statutom o prisilnom ambulantnom liječenju. Smjernice upozoravaju psihijatre da prate svoja lična osjećanja, uključujući kontratransferne reakcije, kao i da konsultacije sa kolegama mogu biti korisne.

KLINIČKA REALNOST I UPRAVLJANJE SUICIDOM U PRAKSI

Suicid pacijenata često ima značajan uticaj na liječenje psihijataru i može da dovede do povećanog stresa i gubitka profesionalnog samopoštovanja. Psihijatrima koji dožive suicid pacijenta može biti od pomoći da potraže podršku od kolega radi konsultacije ili supervizije. Konsultacije sa advokatom ili menadžerima rizika mogu takođe biti od pomoći. Uz povjerljivost i privatnost, treba potražiti medicinske evidencije i u prošlosti prije pacijentove smrti. Ako je potrebno nakon suicida treba istovremeno dodatnu dokumentaciju uključiti u zapisnik, a ne posle, i prethodne stavke u dokumentaciji ne treba mijenjati. Klinička ili profesionalna podrška može pomoći psihijatrima da i dalje liječe druge pacijente efikasno i odgovore na sva pitanja koja se od njih zahtijevaju.

Razgovori sa članovima porodice se preporučuju jer mogu da pomognu članovima porodice u dobijanju pomoći nakon suicida. „Ova preporuka se prvenstveno zasniva na humanoj brizi za preživjele, ali ovaj pristup može imati snažan, jak početni, aspekt upravljanja rizikom. „Porodici pacijenta može biti neophodna psihijatrijska intervencija i mogu zahtijevati pomoć.

PREVENCIJA SUICIDA

Sumirajući svoja iskustva, eksperti koji se bave problemom suicida naglašavaju da je moguće preventivno djelovati na suicid i pritom su identifikovali pet najvažnijih oblasti prevencije. Prije svega, to je edukacija i unapredjenje svijesti javnosti i stručnog osoblja, kako bi se prepoznali suicidalni rizici, redukovala stigmatizacija mentalnih oboljenja i suicida i podstaklo traženje pomoći. Zatim, unapredjenje skrining metoda za identifikovanje osoba pod rizikom i njihovo upućivanje na tretman, koji podrazumijeva farmakoterapiju, psihoterapiju i praćenje. I restrikcija pristupu letalnim sredstvima (kao što je, na primjer, stroža kontrola vatrenog oružja, detoksifikacija plina ili redja primjena vrlo toksičnih antidepresiva) može da bude od izvjesne koristi, a vrlo je bitno i odgovorno predstavljanje suicida u medijima (Mann i sar. 2005). Rečeno klasičnim jezikom primarne, sekundarne i tercijarne prevencije, cilj je redukcija novih slučajeva suicida, prije svega efikasnim tretmanom psihijatrijskih poremećaja i unapredjenjem nepovoljnih socijalnih, ekonomskih i bioloških uslova, zatim smanjenje vjerovatnoće suicida među visoko rizičnim osobama i ublažavanje posljedica pokušaja suicida (Sher 2006). WHO je identifikovala prevenciju suicida kao značajnu oblast djelovanja i 1984. godine u okviru Evropske regionalne strategije "Zdravlje za sve" definisala zdravstveni cilj koji se odnosi na stalnu i kontinuiranu redukciju rasprostranjenosti mentalnih poremećaja, kao i rastućih trendova suicida i pokušaja suicida.

WHO (1999) je pokrenula inicijativu za prevenciju suicida (SUPRE programa). Opšti ciljevi SUPRE projekta su smanjenje smrtnosti i morbiditeta zbog suicidalnih namjera, razbijanje tabua vezanih za suicid kao i da nacionalne vlasti i javnost zajedno donesu integrisani način da se prevaziđu izazovi. Specifični ciljevi su: 1. da se trajno smanji broj suicida i pokušaja suicida, sa posebnim akcentom na zemlje u razvoju i zemlje u periodu društveno-ekonomske tranzicije. 2. da se identifikuju, procijene i eliminišu mogući faktori rizika u ranim fazama koji mogu uticati na mlade ljude da uzmu sebi život. 3. da se podigne opšta svijest o suicidu u pružanju psihosocijalne podrške osobama sa suicidalnim mislima ili iskustvima pokušaja suicida, i članovima njihovih porodica i bliskih prijatelja, kao i na one ljude koji bi počinili suicid.

Kako bi se obezbijedila implementacija rezultata evropskih multicentričnih istraživanja koja su potom usledila i podstakle inicijative za prevenciju, u okviru Evropske mreže programa za zaštitu mentalnog zdravlja WHO (2000) je osnovala Evropsku mrežu za prevenciju suicida. Ona se bavi monitoringom suicida i pokušaja suicida i programima prevencije, uključujući podsticanje implementacije postojećih programa, pomoć u razvoju novih strategija i razvijanju instrumenata za evaluaciju, osmišljavanje edukativnih programa, informacionih sistema i istraživačkih projekata usmjerenih na uzroke suicidalnog ponašanja kao i na evaluaciju programa intervencije. Strategije za prevenciju suicida mogu da imaju dva osnovna pristupa: pristup zdravstvene zaštite i pristup javnog zdravlja, a uslov za uspješnost je njihovo kombinovanje.

Prvi podrazumijeva unapredjenje servisa zdravstvene zaštite i dijagnostičke procedure, poboljšanje tretmana, praćenje i rehabilitaciju psihijatrijskih pacijenata i osoba koje pokušaju suicid, osoba u stanju psihološkog distresa sa suicidalnim mislima, uz podizanje svijesti i unapredjivanje stavova zdravstvenih radnika vezanih za mentalne bolesti i prevenciju suicida. Drugi zahtijeva odgovornu politiku medija kao i kontrolisanje pristupa sredstvima za izvršenje suicida, ali i mijenjanje i unapredjenje stavova društva prema mentalnim bolestima i prevenciji suicida, širokom edukacijom o mentalnim bolestima i njihovom prepoznavanju u ranom stadijumu, kao i o ulozi akutnog i hroničnog psihosocijalnog stresa i značaja faktora koji djeluju protektivno na psihološki stres i suicidalno ponašanje (WHO 2002).

Mnoge zemlje su preduzele značajne korake na prevenciji suicida i postigle pozitivne rezultate. Tako su Finska, Norveška, Švedska, Australija, Novi Zeland razvile sveobuhvatne nacionalne strategije, a izuzetno široke strategije postoje u Holandiji i Velikoj Britaniji. I mnoge druge zemlje, kao Francuska, Estonija, SAD, razvile su određene nacionalne programe. U Evropi je prisutan čitav niz preventivnih programa (WHO 2004).

Finska nacionalna strategija prevencije suicida često se navodi kao dobar primjer. Implementirana je u cijeloj zemlji, na lokalnom, regionalnom i nacionalnom nivou. Sprovedene su široke edukacije, unaprijedjena je dostupnost i korišćenje servisa za mentalno zdravlje, intervencija u krizi, redukovan pristup sredstvima za suicid. Radi se na edukaciji zdravstvenih radnika, podizanju svijesti o faktorima komorbiditeta, praćenju pokušanih suicida i osoba pod povećanim rizikom. Program uključuje akcije stručnjaka, socijalnih službi i državnih agencija. Interne i eksterne evaluacije, sistematski vršene, pokazuju pozitivne rezultate (WHO 2005).

Preventivni pristupi

Opšte intervencije koje su usmjerene prema cjelokupnoj populaciji, inkorporišu i specifične subgrupe pod rizikom. Unapredjujući pristup prema zdravstvenoj brizi za sve ili promovišući trening svjesnosti rizika u školama su primjeri opštih pristupa.

Selektivne intervencije specijalno ciljaju na one pod većim rizikom za suicid, na primer djeca depresivnih ili roditelja koji zloupotrebljavaju supstance.

Indikovane intervencije ciljaju na još više fokusiranu grupu pod-rizikom koja već manifestuje rizične faktore (npr. oni koji su pokušali suicid). Ova poslednja meta spaja preventivnu skalu, fokus javnog zdravlja sa sekundarnom/ tercijarnom prevencijom. Započevši sa uključivanjem vršilaca i sredine u svoj preventivni fokus, modeli javnog zdravlja su inkorporirali strategije kontrole povredjivanja u pristupe prevencije suicida. Zapravo, Centri za kontrolu bolesti i prevenciju su podveli suicid u program rada javnog zdravlja razdvajanjem povredjivanja na ona koja su nenamjerna (npr. nesreće) i ona koja su namjerna (npr. suicidi).

„Strategija unapredjenja mentalnog zdravlja“ usvojena je u našoj zemlji 2004 godine i kao cilj defmisala prevenciju mentalnih poremećaja i njihovo liječenje, kao i unapredjenje mentalnog

zdravlja stanovništva. Među glavnim područjima djelovanja predviđenim akcionim planom nalaze se zakonodavne aktivnosti, unapređenje službi za zaštitu mentalnog zdravlja, prevencija mentalnih poremećaja i unapređenje mentalnog zdravlja stanovništva, a posebno vulnerabilnih grupa (djeca i mladi, osobe zavisne od psihoaktivnih supstanci, stari, izbjeglice i interno raseljena lica), kontinuirana edukacija stručnjaka u oblasti mentalnog zdravlja, istraživačka djelatnost, razvoj standardizovanih procedura za dijagnostiku i liječenje mentalnih poremećaja, kao i praćenje i nadzor, kampanje protiv stigmatizacije osoba sa mentalnim poremećajima, i drugo.

Iako ne predviđa specifične akcije usmjerene na prevenciju suicida, efikasno sprovođenje ove strategije može da ima značajan uticaj i na smanjenje rasprostranjenosti suicida u našoj sredini. Sa druge strane, može se očekivati da bi definisanje i sprovođenje strategije za prevenciju suicida moglo da ima značajne efekte na smanjenje suicida, a posebno stoga što je u Crnoj Gori, došlo do porasta broja i stope suicida.

Nacionalna komisija za mentalno zdravlje Crne Gore, organizovala je 2005 godine seminar o prevenciji suicida. Jedan od zaključaka je bio da je Crna Gora, prema broju samoubistava, pripada kategoriji "veoma visokih i rizičnih", Peković, (oralna komunikacija, 2005). Peković je naveo da je najkritičnija faza za samoubistva između 45 i 55 godine života i da je stopa samoubistava najveća na sjeveru Crne Gore kao i da je primijećeno da stopa samoubistava kod žena opada. Statističko-epidemiološka eksploracija psihijatrijskog morbiditeta u Crnoj Gori za period od 1996-2000 godine pokazuje da depresivni poremećaji zauzimaju dominantno mjesto među njima. Sigurno je da porast depresija situira faktore suicidnog rizika (Peković 2006).

Intervencija u krizi kao oblik prevencije suicida

Intervencija u krizi oblik je aktivnosti zaštite mentalnog zdravlja. Kriza je događaj koji narušava psihološku ravnotežu osobe, situacija u kojoj osoba ne nalazi adekvatan oblik ponašanja niti mehanizam suprotstavljanja (Kecmanović 1989), premda je nekada teško razgraničiti od teške psihičke bolesti. Kriza, dakle, nije ništa bolesno, događa se u svakodnevnom životu-bez kriza ne bi bio moguć čovjekov razvoj. U velikoj mjeri pojam krize može se izjednačiti s pojmom stresa, ali kriza podrazumijeva psihički status koji je posljedica nesrećnog događaja: iznenadna bolest, smrt bliske osobe, gubitak posla... ili požar, poplava, zemljotres i sl. Poznate su i razvojne krize - pubertet, ulazak u brak, zapošljavanje, klimaks, penzionisanje i dr. koje izazivaju nesigurnost, osjećaj ugroženosti i konfuzne reakcije. Prvi korak prevencije suicida - pa i u okviru institucija za intervenciju u krizi - je stvaranje antisuicidne klime: eliminacija straha i tabuiziranja suicida, moralnog osuđivanja, a i veličanja suicidnog akta. U radu institucija za intervenciju u krizi neophodno je objediniti rad profesionalaca i neprofesionalaca jer je nedovoljan broj stručnjaka za rad na ovom problemu, a velika potreba za stručno obučanim neprofesionalnim kadrom.

CILJEVI ISTRAŽIVANJA

Sveobuhvatni cilj ove studije je da poveća razumijevanje suicidnosti na realizovanim suicidima kao zajedničkom polaznom tačkom. Više znanja i razumijevanja suicidnosti direktno je povezano sa poboljšanjem medicinskog tretmana i boljom mogućnošću zaštite osoba koje su u suicidnom riziku.

Opređenje za naznačene ciljeve proizašlo je iz brojnih okolnosti i činjenica koje su se desile u zadnjoj deceniji i više na prostoru Crne Gore: društvene turbulencije nastale aktuelnim tranzicionim procesima-promjena vrijedonosnog sistema, nezaposlenost, porast mentalnih poremećaja, posttraumatskih stresnih reakcija, bolesti zavisnosti, porast starog stanovništva (gerijatrijski problemi), porast tjelesnih bolesti (kardiovaskularnih i malignih oboljenja) koji situiraju faktore rizika.

Cilj ove studije je da istraži polne razlike u realizovanim suicidima u pogledu sociodemografskih karakteristika, suicidnih metoda, kliničkih dijagnoza-životne istorije somatskog ili psihijatrijskog oboljenja.

Specifični ciljevi su:

1. Utvrditi prevalencu (stopu) suicida u Crnoj Gori u periodu od 1995 - 2005
2. Utvrditi prevalencu (stopu) suicida u odnosu na pol
3. Analizirati faktore suicidnog rizika i ispitati da li su ovi rizični faktori isti kod muškaraca i kod žena.
4. Na osnovu faktora rizika koji su od značaja za suicidalni proces predložiti mjere prevencije.

METOD

Istraživanje koje je započeto 2007. godine, obuhvatilo je sve osobe koje su realizovale suicid u periodu 1995-2005. godine u Crnoj Gori.

Sve žrtve suicida su istražene u pogledu sociodemografskih karakteristika (kao što su dobne grupe, porodična struktura, suicidalna metoda), kliničkih dijagnoza-životne istorije somatskog ili psihijatrijskog oboljenja, porodične istorije suicida ili pokušaja suicida.

Istraživane su informacije o faktorima rizika koji su povezani sa suicidalnim procesom kod žrtava suicida u odnosu na pol.

U obradi je korišten sledeći metod i instrumenti:

- Medicinska dokumentacija, koja uključuje dispanzerske ambulantne kartone, istorije bolesti, posebno vezane za psihijatrijski morbiditet.
- Socijalna anketa, heteroanamneza i Metoda psihološke autopsije koja je uradjena sa članovima najuže porodice, sa ljekarima i osobljem koji su pacijente liječili i poznanicima suicidanata. Upitnik psihološke autopsije je modifikovan primjereno socio-demografskim karakteristikama crnogorske populacije od strane komentora, Prof. dr Miroslave Jašović-Gašić.

Metodom psihološke autopsije istraženo je i ocjenjivano 50 varijabli od čega: 10 socio-demografskih, 9 sociopatoloških, 22 varijable psihopatološke i somatopatološke prirode i 9 varijabli vezanih za okolnosti i karakteristike suicidnog čina.

Upitnik psihološke autopsije je sadržao pitanja: dobne grupe, bračno stanje, prisustvo djece u porodici, školska sprema, zanimanje, nacionalna pripadnost, religiozna pripadnost, sredina urbana/ruralna, porijeklo, stanovanje, odrastanje (broken-home), stresogeni faktori-negativni životni događaji, akutna stresna konfliktna situacija, psihijatrijski hereditet, psihijatrijsko liječenje, upotreba psihofarmaka, alkoholizam, reaktivno stanje, organicitet, problemi upamćivanja, pad kontrolnih mehanizama, briga za tjelesno zdravlje, anksioznost, osjećanje krivice, depresivno raspoloženje, gubitak interesovanja, pad efikasnosti, socijalna izolacija, gubitak apetita, poremećaj sna, besperspektivnost, bizarni misaoni sadržaji, halucinacije,

konceptualna dezorganizacija mišljenja, manirizmi, sumnjičavost, hostilnost, nekooperativnost (nesaradljivost), agitiranost, premorbidna struktura ličnosti, ranije suicidalno ponašanje, metod, mjesto izvršenja, da li je bio sam na mjestu izvršenja, vrijeme otkrivanja, oproštajno pismo, dan u nedjelji, doba godine.

- Izvještaj islednika koji je vršio uvidjaj na licu mjesta iz Direkcije Policije.
- Podaci Zavoda za Statistiku Crne Gore.

Metoda psihološke autopsije

Metoda psihološke autopsije predstavlja istraživački metod retrospektivnog prikupljanja informacija o osobama koje su realizovale suicid. Cilj postupka je da jasno i precizno sagledaju životne situacije i stanje mentalnog zdravlja suicidanata. Psihološka autopsija obuhvata strukturisani intervju sa članovima porodice, rođacima ili prijateljima i zaposlenim u zdravstvenim ustanovama u kojima su liječeni. Informacije se prikupljaju iz zdravstvenih centara, istorija bolesti, psihijatrijskih kartona, ambulantnih kartona i drugih dokumenata, kao što su obdukcioni i drugi nalazi forenzičara. Postoje četiri osnovna pitanja na koja treba odgovoriti u psihološkoj autopsiji: šta, zašto, zbog čega i kako je osoba umrla. Dakle, postoje četiri konstruktivna pristupa u strategiji psihološke autopsije: evaluacija precipitirajućih faktora i/ili stresora, motiva, smrtnosti i namjera.

Koristeći metodu „psihološka autopsija“, koju je kreirao Edwin Shneidman krajem 50-tih godina dvadesetog vijeka, psihološki aspekt ove specifične smrti se može razumjeti. Postojanje ovoga može pomoći medicinskim istraživačima, a takodje i profesionalcima koji se bave kriminološkim i pravnim aspektom da identifikuju rizične faktore povezane sa suicidom.

STATISTIČKA ANALIZA

U okviru statističke analize primijenjene su metode:

Normalnost raspodjele testirana je Kolmogorov-Smirnov-ljevim D testom, inspekcijom histograma i kvantilnih dijagrama. Homogenost varijanse testirana je Levene-ovim F testom. Kontinuirana numerička obelježja su opisana aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom, a statistička značajnost razlike testirana je Student-ovim t testom. Zastupljenost gradacija ordinalnih obelježja opisana je apsolutnim i relativnim učestalostima, a statistička značajnost razlike testirana je Wilcoxon-Mann-Whitney-jevim testom sume rangova (U test).

Zastupljenosti atributivnih obelježja su opisane apsolutnim i relativnim učestalostima, a statistička značajnost razlike testirana je Pearson-ovim χ^2 testom nezavisnosti. Linearni regresioni trend je korišćen za testiranje linearnosti kretanja parametara kroz vrijeme. Godišnja sirova stopa (incidenca) suicida izražena je kao broj samoubistava počinjenih u toku kalendarske godine na 100.000 stanovnika.

Sirove stope su standardizovane direktnom metodom, korišćenjem starosne distribucije svjetske populacije kao standarda, kako bi bile poredive sa drugim zemljama (Ahmad i sar.-WHO, 2001).

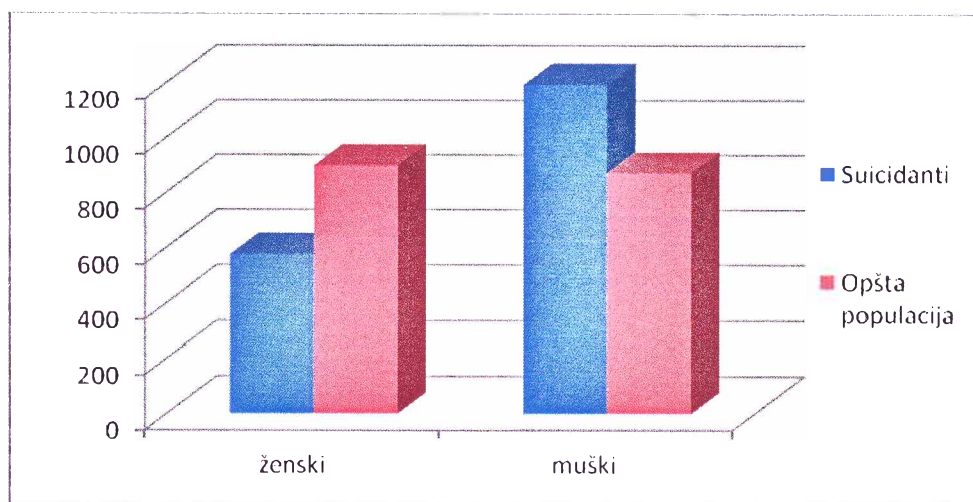
REZULTATI

1 DIO

Epidemiološki podaci

U toku perioda ispitivanja broj učesnika koji je bio uključen u studiji je 1771. Muškog pola je bilo 1195 ili 67,5%, a ženskog pola 576 ili 32,5%. Ovakva zastupljenost polova statistički značajno odstupa od distribucije polova u opštoj populaciji Crne Gore ($\chi^2=236,20$; $df=1$; $p<0,001$). Prosječna životna dob bila je 50,92 (SD 18,66). Najveći broj suicida realizovan je u urbanoj sredini 1213 ili 68,7%, dok je u ruralnoj sredini realizovano 545 ili 30,9%.

Grafik 1.



Vrijednosti na crvenim stubićima su očekivani broj suicida u odnosu na distribuciju polova u opštoj populaciji.

PROSJEČNA STAROST

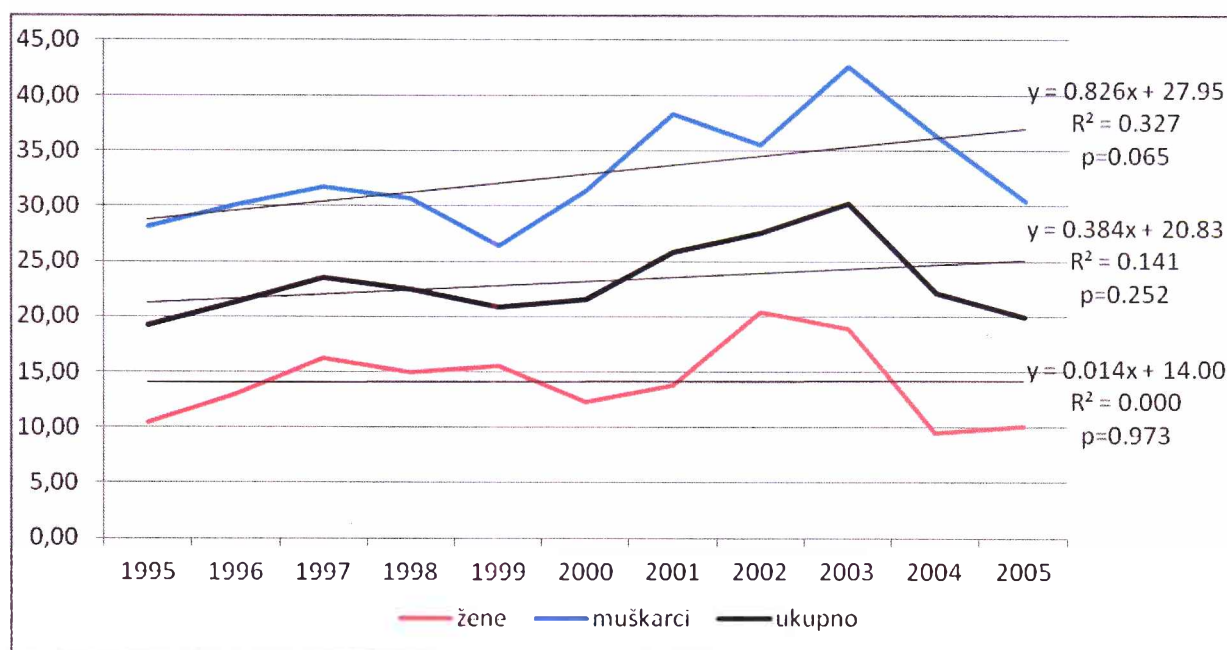
Suicidanti ženskog pola su statistički značajno stariji u odnosu na mušarce koji su počinili suicid ($t=5,12$; $df=1739$; $p<0,001$).

Tabela 1.

Prosječna starost	žene		muškarci		ukupno	
		sd		sd		sd
starost	54,19	19,19	49,34	18,20	50,92	18,66

Na grafiku 2. je prikazano kretanje ukupne standardizovane stope mortaliteta i trend kretanja standardizovanih stopa u periodu 1995-2005. Trend pokazuje da je prosječna stopa suicida u Crnoj Gori u periodu od 1995-2005, 20,83 ($p=0,252$). Trend prosječne stope suicida muškaraca je 27,95 ($p=0,065$), a trend prosječne stope suicida žena je 14,00 ($p=0,973$). Stope pokazuju rastući trend za muškarce, ali ne i za žene. Tokom posljednje tri godine od 2003-2005 bilježi se opadajući trend, tako da trend porasta standardizovanih stopa nije bio statistički značajno različit od konstantnog.

Grafik 2.



U Tabeli 2. predstavljene su uzrasno specifične i po godinama standardizovane stope suicida kod muškaraca i žena. U najvećem broju dobnih grupa stope suicida muškaraca su bile više u odnosu na stope suicida kod žena u periodu trajanja studije.

Srednje uzrasno standardizovane stope su bile oko 2,3 puta više kod muškaraca u odnosu na žene. Srednje uzrasno standardizovane stope suicida kod muškaraca su bile 32.9/100,000, a srednje standardizovane stope kod žena su bile 14.1/100,000. Prosječna stopa mortaliteta od suicida u ovom periodu je 23.1/100,000.

Tabela 2. Uzrasno specifične, sirove i standardizovane* stope suicida na 100,000 stanovnika

	1995			1996			1997			1998			1999		
	Ž	M	Uk,	Ž	M	Uk,	Ž	M	Uk,	Ž	M	Uk,	Ž	M	Uk,
< 5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5 – 9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10 – 14	0,0	3,9	2,0	4,2	7,8	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0	8,0	4,2	0,0	0,0	0,0
15 – 19	4,1	7,8	6,0	0,0	7,8	4,0	8,2	3,9	6,0	8,2	11,7	10,0	8,2	11,7	10,0
20 – 24	4,2	43,4	24,5	16,9	27,7	22,5	8,4	35,7	22,5	8,4	15,9	12,3	16,8	31,9	24,5
25 – 29	17,3	32,9	25,3	4,3	33,3	19,1	13,1	33,6	23,5	8,7	25,5	17,2	17,5	17,1	17,3
30 – 34	4,5	25,8	15,3	13,5	65,4	39,8	31,7	26,5	29,1	4,6	18,0	11,3	13,8	18,2	16,0
35 – 39	9,3	49,2	29,7	4,7	22,6	13,8	9,4	36,4	23,1	4,7	23,0	13,9	28,3	37,1	32,7
40 – 44	19,4	64,2	41,6	28,9	29,3	29,1	28,6	48,3	38,4	18,9	33,4	26,1	4,7	33,1	18,8
45 – 49	5,9	30,5	18,0	22,8	46,7	34,6	16,5	33,5	24,9	26,5	64,3	45,3	25,7	25,7	25,7
50 – 54	10,4	16,7	13,4	5,2	21,9	13,3	35,8	54,1	44,7	35,5	32,0	33,8	15,1	42,2	28,3
55 – 59	25,5	27,7	26,5	44,9	69,9	56,8	32,2	56,6	43,9	45,4	71,5	57,9	32,7	65,1	48,1
60 – 64	6,6	60,5	31,7	19,7	45,3	31,6	32,6	75,4	52,4	6,5	82,8	41,8	12,9	105,2	55,5
65 – 69	64,1	71,0	67,1	23,3	77,8	47,5	37,8	65,4	50,2	44,1	98,9	68,8	14,3	17,3	15,7
70 – 74	24,2	67,8	42,4	34,5	63,2	46,5	54,6	88,7	69,1	52,0	69,5	59,5	79,4	91,8	84,8
75+	44,8	46,8	45,5	58,9	92,4	71,9	29,1	125,4	66,6	86,1	135,2	105,2	70,8	66,8	69,2
Sirove stope	12,5	29,8	21,1	14,8	31,1	22,8	18,3	33,4	25,7	17,9	32,4	25,1	17,6	28,2	22,8
Standardizovane Stope	10,5	28,1	19,2	13,0	30,1	21,3	16,2	31,7	23,5	14,9	30,7	22,4	15,5	26,5	20,8

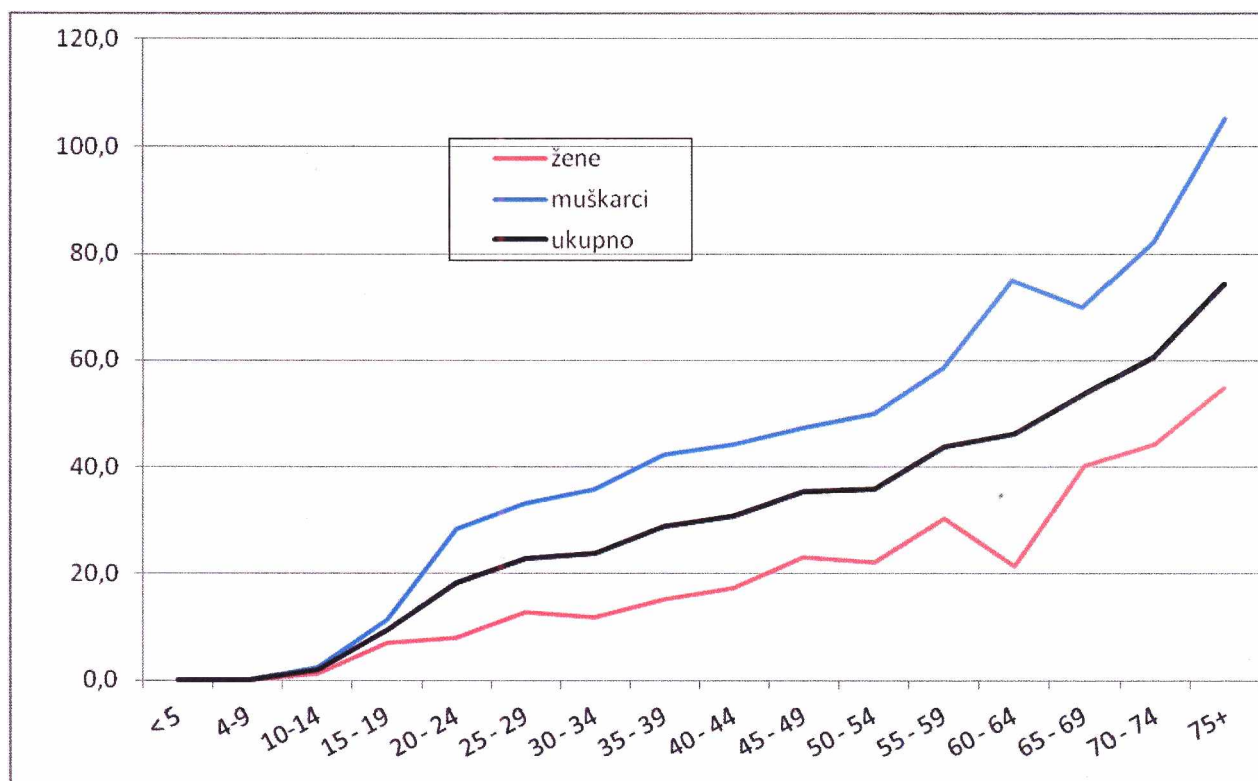
Tabela 2.(nastavak) Uzrasno specifične, sirove i standardizovane* stope suicida na 100,000 stanovnika

	2000			2001			2002			2003			2004			2005		
	Ž	M	Uk	Ž	M	Uk	Ž	M	Uk	Ž	M	Uk	Ž	M	Uk	Ž	M	Uk
< 5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5 – 9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10 – 14	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	2,2	0,0	0,0	0,0	0,0	4,2	2,2
15 – 19	0,0	23,5	12,1	12,4	15,7	14,1	0,0	23,5	12,1	12,4	15,7	14,1	0,0	23,5	12,1	12,4	15,7	14,1
20 – 24	4,2	28,0	16,3	0,0	24,1	12,3	4,2	28,0	16,3	0,0	24,1	12,3	4,2	28,0	16,3	0,0	24,1	12,3
25 – 29	21,9	34,7	28,3	8,8	48,2	28,5	21,9	34,7	28,3	8,8	48,2	28,5	21,9	34,7	28,3	8,8	48,2	28,5
30 – 34	0,0	32,4	16,2	4,7	33,0	18,8	0,0	32,4	16,2	4,7	33,0	18,8	0,0	32,4	16,2	4,7	33,0	18,8
35 – 39	14,2	42,1	28,2	19,0	61,4	40,3	14,2	42,1	28,2	19,0	61,4	40,3	14,2	42,1	28,2	19,0	61,4	40,3
40 – 44	27,9	37,4	32,6	9,2	60,1	34,6	27,9	37,4	32,6	9,2	60,1	34,6	27,9	37,4	32,6	9,2	60,1	34,6
45 – 49	19,9	39,6	29,8	9,6	71,6	40,8	19,9	39,6	29,8	9,6	71,6	40,8	19,9	39,6	29,8	9,6	71,6	40,8
50 – 54	20,0	41,7	30,6	24,7	77,2	50,4	20,0	41,7	30,6	24,7	77,2	50,4	20,0	41,7	30,6	24,7	77,2	50,4
55 – 59	13,2	36,6	24,3	39,7	81,5	59,4	13,2	36,6	24,3	39,7	81,5	59,4	13,2	36,6	24,3	39,7	81,5	59,4
60 – 64	25,7	90,0	55,3	38,3	52,4	44,8	25,7	90,0	55,3	38,3	52,4	44,8	25,7	90,0	55,3	38,3	52,4	44,8
65 – 69	48,8	75,3	60,9	47,6	64,6	55,4	48,8	75,3	60,9	47,6	64,6	55,4	48,8	75,3	60,9	47,6	64,6	55,4
70 – 74	38,0	86,9	59,2	36,4	47,1	41,1	38,0	86,9	59,2	36,4	47,1	41,1	38,0	86,9	59,2	36,4	47,1	41,1
75+	41,9	87,9	59,8	75,9	97,8	84,4	41,9	87,9	59,8	75,9	97,8	84,4	41,9	87,9	59,8	75,9	97,8	84,4
Sirove stope	14,7	33,7	24,1	17,2	42,2	29,5	14,7	33,7	24,1	17,2	42,2	29,5	14,7	33,7	24,1	17,2	42,2	29,5
Standardizovane Stope	12,3	31,4	21,5	13,7	38,4	25,9	20,4	35,6	27,5	18,9	42,6	30,2	9,5	36,3	22,2	10,1	30,5	19,9

*standardizacija je izvršena direktnom metodom, korišćenjem svetske populacije kao standarda

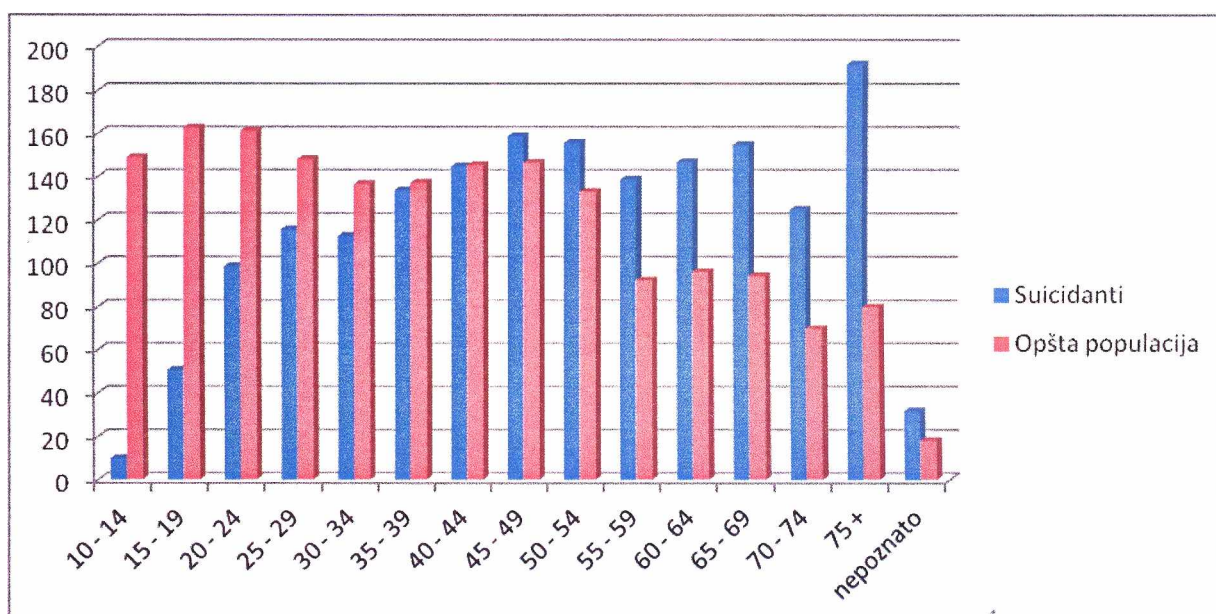
Na Grafiku 3. su prikazane prosječne uzrasno specifične stope suicida. Srednje stope suicida u ispitivanom periodu se povećavaju sa godinama starosti i kod muškaraca i kod žena.

Grafik 3.



DOBNE GRUPE

Grafik.4



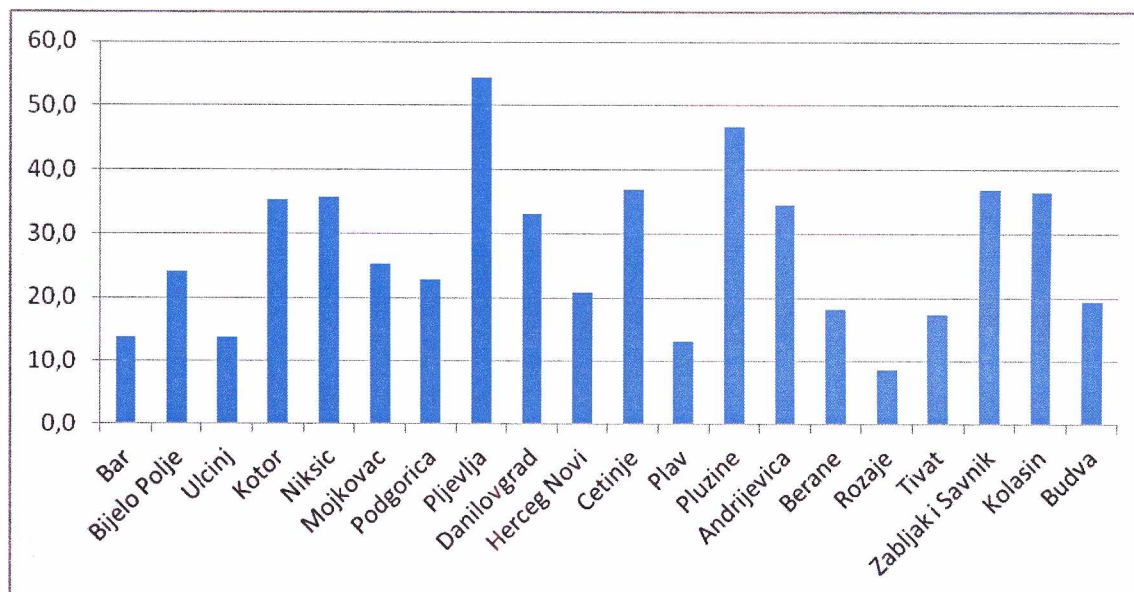
Na grafiku. 4 su predstavljene dobne grupe suicidanata u odnosu na dobne grupe opšte populacije koje su obrnuto srazmjerne. Kod mlađih dobnih grupa broj suicida je značajno niži u odnosu na opštu populaciju i izjednačava se sa opštom populacijom u dobnoj grupi od 40-44 godine, a kod starijih dobnih grupa kada se broj opšte populacije smanjuje, broj suicidanata se povećava.

PRIKAZ SUICIDA PO GRADOVIMA

Tabela 3.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	prosecno
Bar	2,5	20,0	10,0	5,0	10,0	7,5	17,5	15,0	30,0	22,5	12,5	13,9
Bijelo Polje	23,9	6,0	33,8	33,8	21,9	19,9	19,9	35,8	21,9	15,9	31,8	24,0
Ulcinj	0,0	14,8	14,8	14,8	14,8	4,9	14,8	19,7	34,5	9,9	9,9	13,9
Kotor	21,8	30,5	26,1	13,1	56,7	26,1	34,9	43,6	65,4	39,2	30,5	35,3
Niksic	18,6	31,9	34,5	31,9	43,8	34,5	47,8	39,9	47,8	37,2	25,2	35,7
Mojkovac	9,9	29,8	29,8	19,9	9,9	39,7	0,0	9,9	39,7	79,5	9,9	25,3
Podgorica	26,0	19,5	20,7	22,5	13,0	29,0	20,1	31,3	28,4	19,5	21,3	22,8
Pljevlja	44,7	27,9	75,4	61,4	50,3	58,6	83,8	55,9	61,4	41,9	36,3	54,3
Danilovgrad	12,1	30,3	30,3	48,4	12,1	42,4	0,0	60,5	48,4	30,3	48,4	33,0
Herceg Novi	30,3	33,3	24,2	21,2	15,1	12,1	9,1	21,2	18,2	30,3	15,1	20,9
Cetinje	37,9	5,4	48,7	32,5	21,6	37,9	37,9	54,1	59,5	32,5	37,9	36,9
Plav	0,0	14,5	0,0	14,5	14,5	14,5	36,2	21,7	21,7	7,2	0,0	13,2
Pluzine	0,0	0,0	70,2	23,4	0,0	23,4	117,0	23,4	187,3	70,2	0,0	46,8
Andrijevisa	69,1	17,3	17,3	17,3	0,0	17,3	69,1	17,3	103,7	0,0	51,9	34,6
Berane	22,8	28,5	11,4	11,4	17,1	5,7	25,7	11,4	25,7	25,7	14,3	18,1
Rozaje	0,0	4,4	4,4	8,8	13,2	0,0	22,0	17,6	13,2	4,4	8,8	8,8
Tivat	7,3	14,7	14,7	22,0	36,7	14,7	29,3	14,7	7,3	29,3	0,0	17,3
Zabljak i Savnik	14,0	125,9	14,0	28,0	0,0	0,0	55,9	28,0	42,0	28,0	69,9	36,9
Kolasin	40,2	60,3	40,2	50,3	40,2	0,0	40,2	20,1	30,2	40,2	40,2	36,6
Budva	0,0	12,6	0,0	18,9	31,4	25,1	31,4	25,1	18,9	25,1	25,1	19,4

Grafik 3.



Na Tabeli. 3 i Grafiku 3. prikazana je prosječna stopa suicida (na 100.000 stanovnika) po gradovima u Crnoj Gori.

PORODIČNA STRUKTURA

Tabela.4

Porodična struktura	ženski		muški		ukupno	
	n	%	n	%	n	%
oženjen / udata	350	64,3%	682	61,1%	1032	62,2%
neoženjen / neudata	142	26,1%	358	32,1%	500	30,1%
razveden-a	6	1,1%	19	1,7%	25	1,5%
udovac-ica	43	7,9%	54	4,8%	97	5,8%
vanbračna veza	3	0,6%	3	0,3%	6	0,4%

U Tabeli 4. je prikazano da je ukupno 1032 (62,2%) suicidanata bilo u braku. Udatih 350 (64,3%) i oženjenih 682 (61,1%). Ukupan broj neoženjenih/neudatih je bio 500 (30,1%). Neudatih je bilo 142 (26,1%), a neoženjenih 358 (32,1%). Razvedenih, udovaca-ica i vanbračna veza je bilo ukupno 52 (9,6%) žena i 76 (6,8%) muškaraca.

DA LI SU IMALI DJECU

Tabela 5.

Da li su imali djecu	ženski		muški		ukupno	
	n	%	n	%	n	%
nepoznato	7	1,3%	14	1,3%	21	1,3%
imali su djece	364	68,7%	699	65,0%	1063	66,2%
nisu imali djece	159	30,0%	363	33,7%	522	32,5%

U Tabeli 5. je prikazano da je prisustvo djece u porodici bilo u ukupnom uzorku kod 66,2%, a u odnosu na pol u 68,7% slučajeva ženskog pola, i 65,0% slučajeva muškog pola.

ŠKOLSKA SPREMA

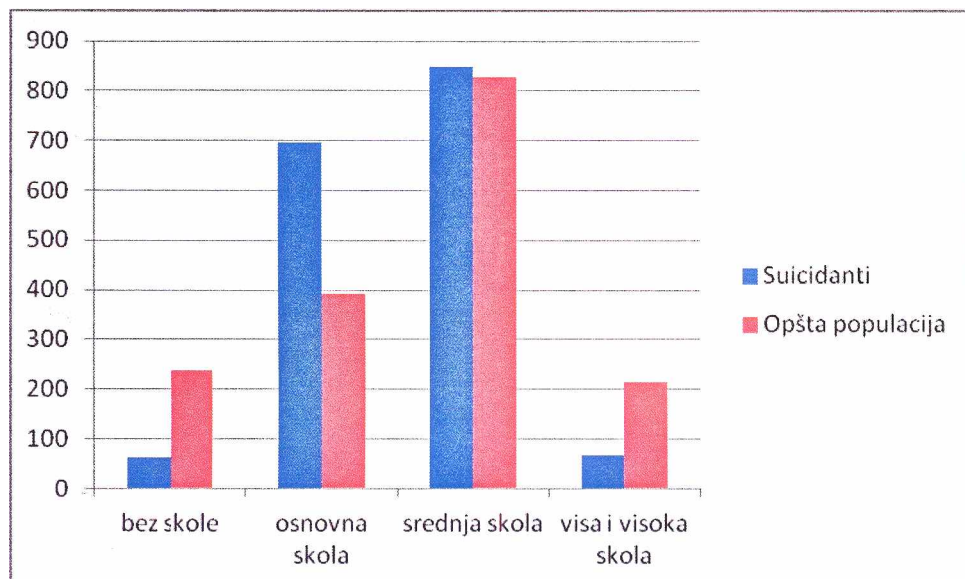
Tabela. 6

Školska sprema	ženski		muški		Total	
	n	%	n	%	n	%
bez obrazovanja	44	8,0%	19	1,7%	63	3,7%
osnovna	294	53,6%	411	36,1%	705	41,8%
srednja	193	35,2%	657	57,7%	850	50,4%
visoka	14	2,6%	40	3,5%	54	3,2%
univerzitetska	3	0,5%	11	1,0%	14	0,8%

U Tabeli 6. prikazana je distribucija obrazovnog nivoa. Kod osoba ženskog pola dominira osnovna škola 294 (53,6%) , a sa srednjom školskom spremom je bilo 35,2%. Kod osoba muškog pola dominira srednjoškolsko obrazovanje 657 (57,7%), a sledi osnovna škola 411 (36,1%). Kod osoba i ženskog i muškog pola je procenat neobrazovanih, sa visokom i univerzitetskom diplomom bio značajno manje zastupljen.

Distribucija obrazovnog nivoa suicidanata se statistički značajno razlikuje od opšte populacije ($\chi^2=468,40$; $df=3$; $p<0,001$).

Grafik. 4



ZAPOSLENJE

Tabela. 7

Zaposlenje	ženski		muški		Total	
	n	%	n	%	n	%
Zaposlen	97	18,0%	514	46,4%	611	37,1%
Nezaposlen	331	61,4%	211	19,1%	542	32,9%
Penzioner	87	16,1%	343	31,0%	430	26,1%
Učenik ili student	24	4,5%	39	3,5%	63	3,8%

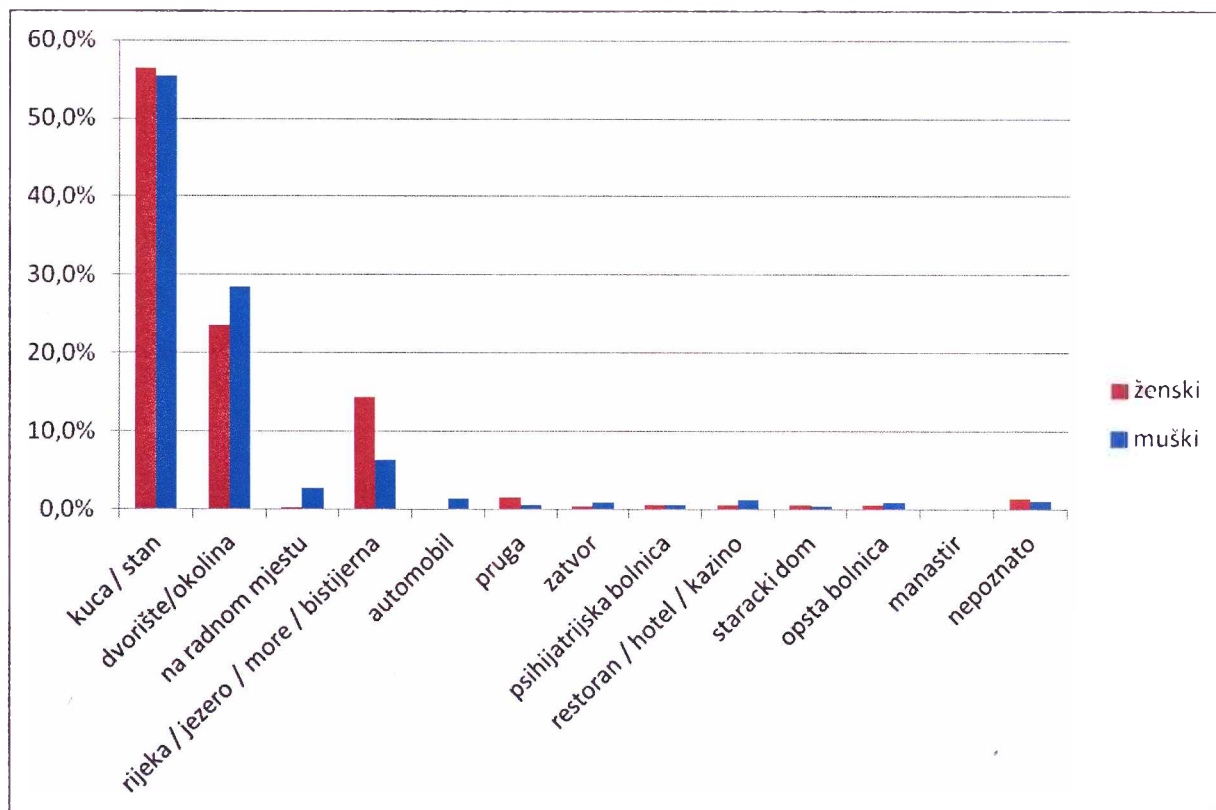
Na Tabeli. 7 Prikazana je varijabla zaposlenje. Najveći broj žena 331 (61,4%) je bilo nezaposleno. Zaposleno je bilo 97 (18%) žena, penzionisanih žena je bilo 87 (16,1%), učenika/studenata 24 (4,5%). Kod muškaraca, najveći broj je bio zaposlen 514 (46,4%), nezaposlenih je bilo 211 (19,1%), penzionera 343 (31,0%) i učenika/studenata 39 (3,5%).

MJESTO IZVRŠENJA

Tabela. 8

Mjesto izvršenja suicida	ženski		muški		ukupno	
	n	%	n	%	n	%
kuca / stan	325	56,4%	662	55,4%	987	55,7%
dvorište/okolina	136	23,6%	341	28,5%	477	26,9%
na radnom mjestu	1	0,2%	32	2,7%	33	1,9%
rijeka / jezero / more / bistijerna	83	14,4%	76	6,4%	159	9,0%
automobil	0	0,0%	17	1,4%	17	1,0%
pruga	9	1,6%	7	0,6%	16	0,9%
zatvor	2	0,3%	10	0,8%	12	0,7%
psihijatrijska bolnica	3	0,5%	7	0,6%	10	0,6%
restoran / hotel / kazino	3	0,5%	15	1,3%	18	1,0%
staracki dom	3	0,5%	4	0,3%	7	0,4%
opsta bolnica	3	0,5%	10	0,8%	13	0,7%
manastir	0	0,0%	1	0,1%	1	0,1%
nepoznato	8	1,4%	13	1,1%	21	1,2%

Grafik. 5



Oba pola su podjednako često izvršavali suicid u stanu/kući (muškarci 55,4%, žene 56,4%, $\chi^2=0,17$; $df=1$; $p=0,684$).

Muškarci su češće izvršavali suicid u dvorištu ili okolini u odnosu na žene (muškarci 28,5%, žene 23,6%, $\chi^2=4,79$; $df=1$; $p=0,029$).

Muškarci su češće izvršavali suicid na poslu u odnosu na žene (muškarci 2,7%, žene 0,2%, $\chi^2=13,33$; $df=1$; $p<0,001$).

Žene su češće izvršavale suicid u rijeci, jezeru, moru ili bistijerni u odnosu na muškarce (muškarci 6,4%, žene 14,4%, $\chi^2=30,82$; $df=1$; $p<0,001$).

Muškarci su češće izvršavali suicid u automobilu u odnosu na žene (muškarci 1,4%, žene 0,0%, $\chi^2=8,27$; $df=1$; $p=0,004$).

Žene su češće izvršavale suicid na pruzi u odnosu na muškarce (muškarci 0,6%, žene 1,6%, $\chi^2=4,14$; $df=1$; $p=0,042$).

Ostala mjesta izvršenja su bila ređe zastupljena i nisu se statistički značajno razlikovala među polovima.

METOD

Metod suicida je klasifikovan prema 10 Medjunarodnoj klasifikaciji razloga za suicid. Najčešće su korištene violentne (nasilne) metode suicida. Najčešći metod suicida je vješanje i gušenje (41,8%), sledi vatreno oružje (34,6%), utopljenje (9,6%), skok sa visine (7,3%), eksplozivnim materijalom (3,2%). Manje violentne metode su korištene u 2,4% slučajeva.

Tabela 9.

Metod suicida ukupnog uzorka prema MKB 10 klasifikaciji

X70-Vješanje i gušenje	708	41,8%
X72-Vatreno oružje	613	34,6%
X71-Utopljenje	174	9.8%
X80-Skok sa visine	130	7.3%
X75-Eksplozivnim materijalom	57	3.2%
X61-Samotrovanje	42	2.4%
X78-Ostrim predmetima	27	1.5%
X81-Pregaženje	17	1.0%
X76-Samospaljivanje	4	0.2%
X83-Električnom strujom	1	0.1%

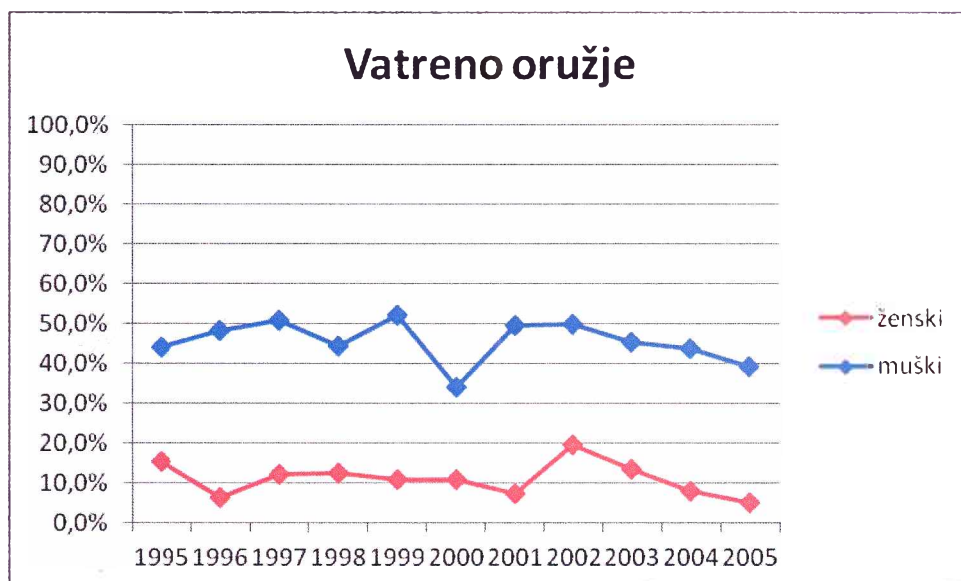
Tabela. 10

METODA SUICIDA U ODNOSU NA POL I PO GODINAMA

Pol	Godina	Vatreno oružje		Vjesanje		Skok		Utopljenje		Trovanje tabletama		Ostale metode		Ukupno	
		n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ženski	1995	6	15,4%	21	53,8%	1	2,6%	8	20,5%	1	2,6%	2	5,1%	39	100,0%
	1996	3	6,5%	26	56,5%	6	13,0%	8	17,4%	1	2,2%	2	4,3%	46	100,0%
	1997	7	12,3%	24	42,1%	4	7,0%	12	21,1%	5	8,8%	5	8,8%	57	100,0%
	1998	7	12,5%	29	51,8%	7	12,5%	6	10,7%	4	7,1%	3	5,4%	56	100,0%
	1999	6	10,9%	27	49,1%	5	9,1%	13	23,6%	2	3,6%	2	3,6%	55	100,0%
	2000	5	10,9%	23	50,0%	5	10,9%	11	23,9%	2	4,3%	0	0,0%	46	100,0%
	2001	4	7,4%	29	53,7%	9	16,7%	5	9,3%	3	5,6%	4	7,4%	54	100,0%
	2002	14	19,7%	35	49,3%	5	7,0%	10	14,1%	1	1,4%	6	8,5%	71	100,0%
	2003	10	13,5%	45	60,8%	9	12,2%	4	5,4%	5	6,8%	1	1,4%	74	100,0%
	2004	3	7,9%	22	57,9%	4	10,5%	8	21,1%	0	0,0%	1	2,6%	38	100,0%
	2005	2	5,0%	27	67,5%	4	10,0%	3	7,5%	2	5,0%	2	5,0%	40	100,0%
muški	1995	40	44,0%	27	29,7%	5	5,5%	3	3,3%	1	1,1%	15	16,5%	91	100,0%
	1996	46	48,4%	33	34,7%	2	2,1%	8	8,4%	1	1,1%	5	5,3%	95	100,0%
	1997	52	51,0%	35	34,3%	4	3,9%	7	6,9%	2	2,0%	2	2,0%	102	100,0%
	1998	44	44,4%	34	34,3%	10	10,1%	5	5,1%	2	2,0%	4	4,0%	99	100,0%
	1999	45	52,3%	24	27,9%	3	3,5%	5	5,8%	2	2,3%	7	8,1%	86	100,0%
	2000	35	34,0%	49	47,6%	8	7,8%	8	7,8%	1	1,0%	2	1,9%	103	100,0%
	2001	64	49,6%	43	33,3%	4	3,1%	10	7,8%	2	1,6%	6	4,7%	129	100,0%
	2002	60	50,0%	26	21,7%	12	10,0%	17	14,2%	0	0,0%	5	4,2%	120	100,0%
	2003	66	45,5%	49	33,8%	8	5,5%	7	4,8%	1	0,7%	14	9,7%	145	100,0%
	2004	54	43,9%	40	32,5%	6	4,9%	5	4,1%	3	2,4%	15	12,2%	123	100,0%
	2005	40	39,2%	37	36,3%	9	8,8%	9	8,8%	1	1,0%	6	5,9%	102	100,0%

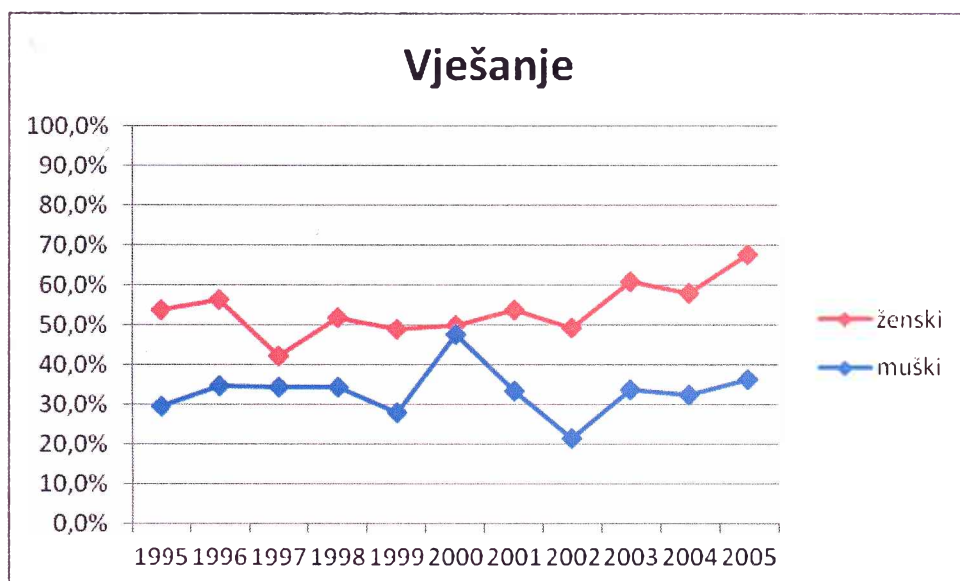
U tabeli 10. prikazana je zastupljenost pojedinačnih metoda suicida po godinama.

Grafik 6.



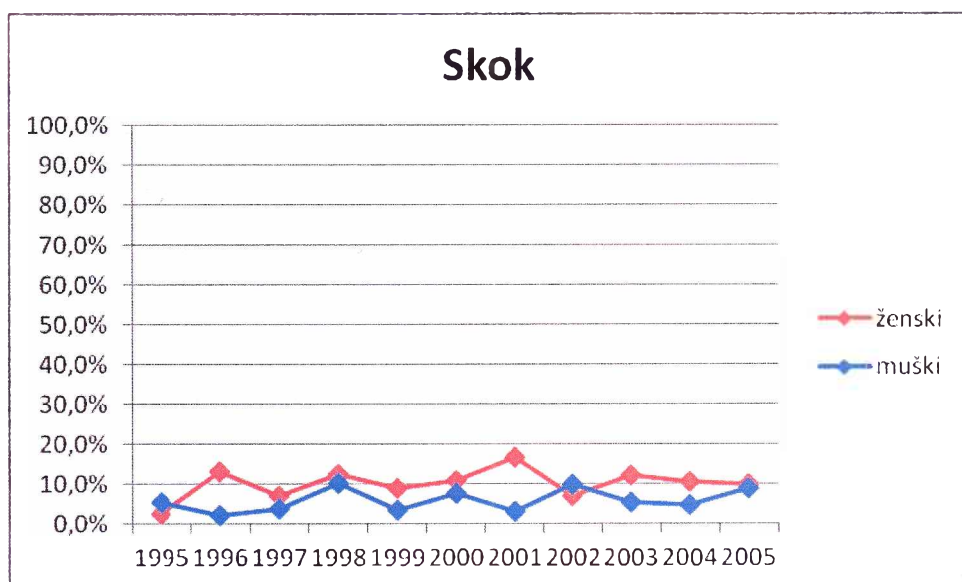
Upotreba vatrenog oružja kao metode suicida bila je statistički značajno zastupljenija kod muškaraca u odnosu na žene (45,7% u odnosu na 11,6%, $\chi^2=199,20$; $df=1$; $p<0,001$) i razlika je bila statistički značajna u svakoj pojedinačnoj godini ispitivanog perioda. Primijećen je statistički značajan pad zastupljenosti vatrenog oružja kao metode suicida kod muškaraca u toku 2000. godine u odnosu na 1999. godinu (sa 52,3% na 34,0%, $\chi^2=6,46$; $df=1$; $p=0,011$), dok kod žena nije bilo statistički značajne promjene (10,9% u obe godine, $\chi^2=0,00$; $df=1$; $p>0,999$). Zastupljenost vatrenog oružja kod muškaraca je zatim 2001. godine statistički značajno porasla u odnosu na prethodnu godinu (na 49,6%, $\chi^2=5,72$; $df=1$; $p=0,017$), dok kod žena i dalje nije bilo statistički značajne promjene (zastupljenost je 2001. godine iznosila 7,4%, $\chi^2=0,36$; $df=1$; $p=0,547$). U ostalim periodima nije bilo statistički značajnih promjena u učestalosti vatrenog oružja ni kod muškaraca ni kod žena. Međutim, nakon 2002. godine zapaža se linearni trend opadanja relativne učestalosti metode vatrenog oružja (kod muškaraca 3,4% godišnje $r^2=0,970$, $p=0,008$, a kod žena za 4,9% godišnje $r^2=0,976$, $p=0,005$).

Grafik. 7



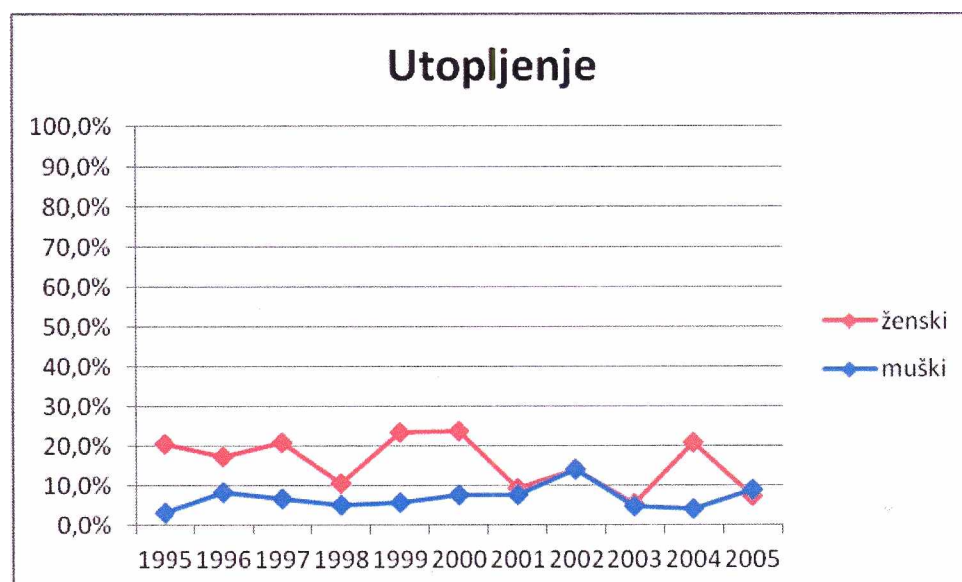
Vješanje je u ispitivanom periodu bilo statistički značajno više zastupljeno kod ženskog pola (53,5% u odnosu na 33,2% kod muškaraca, $\chi^2=66,52$; $df=1$; $p<0,001$). Razlika među polovima je bila statistički značajna u svim godinama osim 1997. i 2000. Primijećen je statistički značajan porast učestalosti vješanja kod muškaraca u toku 2000. godine u odnosu na 1999. godinu (sa 27,9% na 47,6%, $\chi^2=7,65$; $df=1$; $p=0,006$), dok kod žena nije bilo statistički značajne promjene (sa 49,1% na 50,0%, $\chi^2=0,01$; $df=1$; $p=0,927$). U periodu od 2000. do 2002. godine zapaža se linearni trend opadanja relativne učestalosti metode vješanje kod muškaraca (12,9% godinje, $r^2=0,996$, $p<0,001$), ali ne i kod žena.

Grafik.8



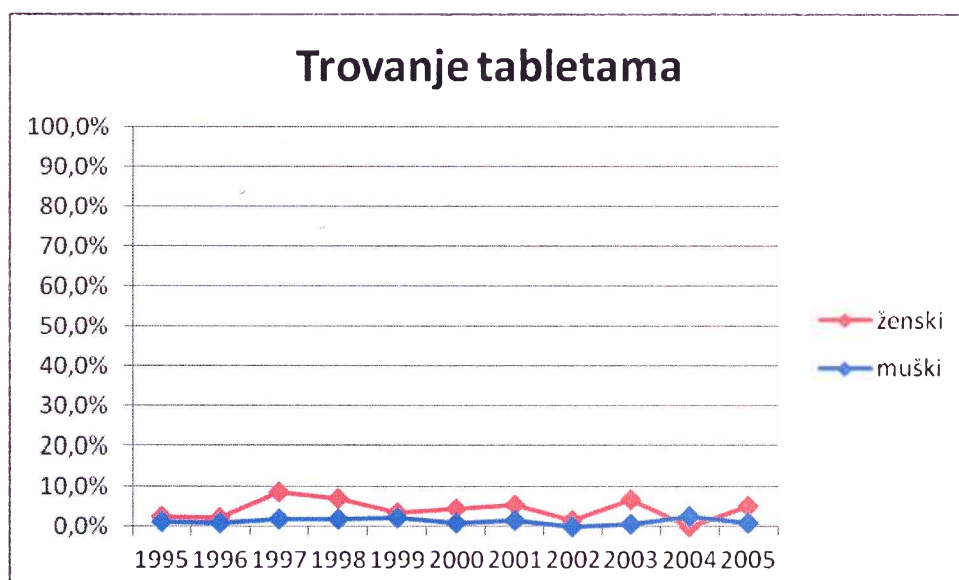
Skok kao metoda suicida je u ispitivanom periodu bila statistički značajno više zastupljena kod ženskog pola (10,2% u odnosu na 5,9% kod muškaraca, $\chi^2=10,57$; $df=1$; $p=0,001$). Razlika među polovima je bila statistički značajna samo u toku 1996. i 2001. godine.

Grafik. 9



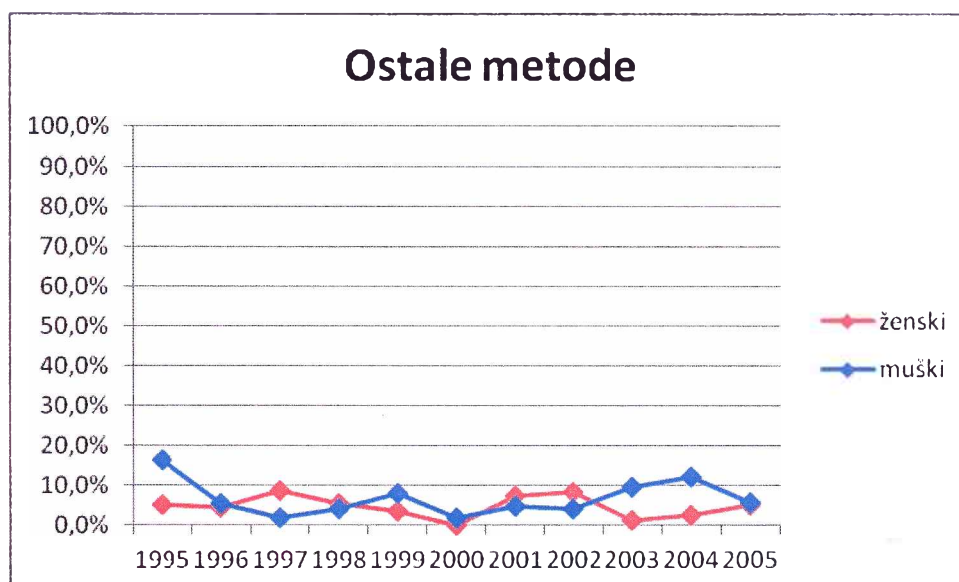
Utopljenje kao metoda suicida je u ispitivanom periodu bila statistički značajno više zastupljena kod ženskog pola (15,3% u odnosu na 7,0% kod muškaraca, $\chi^2=30,16$; $df=1$; $p<0,001$). Razlika među polovima je bila statistički značajna u toku 1995, 1997, 2000, 2001 i 2004. godine.

Grafik. 10



Trovanje tabletama kao metoda suicida je u ispitivanom periodu bila statistički značajno više zastupljena kod ženskog pola (4,5% u odnosu na 1,3% kod muškaraca, $\chi^2=16,92$; $df=1$; $p<0,001$). Razlika među polovima je bila statistički značajna u samo toku 1997. i 2003. godine.

Grafik. 11



Zastupljenost ostalih metoda suicida (eksplozivna naprava, pregaženje, hladno oružje, ubodi i presjecanja vrata, rezanje vena, ugušenje, samospaljivanje, elektrokcija) nije se statistički značajno razlikovala kod muškaraca i žena (6,8% kod muškaraca i 4,9% kod žena, $\chi^2=2,47$; $df=1$; $p=0,116$).

PSIHIJATRIJSKO LIJEČENJE

Tabela. 11

Psihijatrijsko liječenje		ženski		muški		ukupno	
		n	%	n	%	n	%
da li su liječeni	nije liječen	362	63,7%	857	73,1%	1219	70,0%
	liječen	206	36,3%	316	26,9%	522	30,0%

Žene su statistički značajno češće psihijatrijski liječene u odnosu na muškarce (36,3% kod žena, 26,9% kod muškaraca, $\chi^2=15,86$; $df=1$; $p<0,001$).

DOBA DANA

Tabela. 12

Doba dana	ženski		muški		ukupno	
	n	%	n	%	n	%
jutro	159	36,6%	313	33,0%	472	34,1%
podne	137	31,5%	274	28,9%	411	29,7%
veče	105	24,1%	232	24,4%	337	24,3%
noć	34	7,8%	130	13,7%	164	11,8%

Muškarci su statistički značajno češće izvršavali suicid noću u odnosu na žene (13,7%, odnosno 7,8% kod žena, $\chi^2=9,88$; $df=1$; $p=0,002$).

DAN U NEDJELJI

Tabela. 13

Dan u nedjelji			
	Observed N	Expected N	Residual
ponedjeljak	236	247,0	-11,0
utorak	260	247,0	13,0
srijeda	234	247,0	-13,0
četvrtak	252	247,0	5,0
petak	248	247,0	1,0
subota	260	247,0	13,0
nedjelja	239	247,0	-8,0
Total	1729		

Dani kada je broj suicida bio veći od očekivanog su utorak i subota.

MJESEC

Tabela. 14

Mjesec			
	Observed N	Expected N	Residual
januar	145	146,4	-1,4
februar	126	146,4	-20,4
mart	135	146,4	-11,4
april	172	146,4	25,6
maj	173	146,4	26,6
juni	172	146,4	25,6
juli	169	146,4	22,6
avgust	164	146,4	17,6
septembar	137	146,4	-9,4
oktobar	135	146,4	-11,4
novembar	117	146,4	-29,4
decembar	112	146,4	-34,4
Total	1757		

Period u toku godine kada je broj suicida bio veći od očekivanog bio je od aprila do avgusta ($\chi^2=36,61$; $df=11$; $p<0,001$).

MOTIVI

Tabela. 15

Motivi	muškarci		žene		Ukupno	
	n	%	n	%	n	%
somatska bolest	321	30,5%	161	31,0%	482	30,6%
mentalna bolest	285	27,0%	214	41,2%	499	31,7%
alkoholizam / narkomanija	90	8,5%	13	2,5%	103	6,5%
socijalni problemi	111	10,5%	44	8,5%	155	9,8%
emotivni problemi	41	3,9%	16	3,1%	57	3,6%
konflikti	137	13,0%	38	7,3%	175	11,1%
razvod	8	0,8%	7	1,3%	15	1,0%
gubitak člana porodice / usamljenost	27	2,6%	21	4,0%	48	3,0%
hendikepi i invalidnost	8	0,8%	1	0,2%	9	0,6%
slab uspjeh u školi	5	0,5%	4	0,8%	9	0,6%
ubistvo / samoubistvo	4	0,4%	0	0,0%	4	0,3%
razno	17	1,6%	1	0,2%	18	1,1%

Medju najznačajnijim razlozima bila je duševna bolest 31,7%.Alkoholizam i narkomanija su bili povod kod 6,5%, pa je zastupljenost psihičkih bolesti bila 38,2%. Sledi somatska bolest (30,6%), konflikti (11,1%), socijalni problemi (9,8%), emotivni problemi (3,6%), gubitak člana porodice (3,0%), razvod (1%), ostalo (hendikep i invalidnost, slab uspjeh u školi, ubistvo samoubistvo), (1,5%) i razno (1,1%).

Somatska bolest je kao razlog suicida bila podjednako zastupljena kod muškaraca i žena (30,5%, odnosno 31,0%, $\chi^2=0,23$; $df=1$; $p=0,629$).

Duševna bolest je bila statistički značajno češći razlog suicida kod žena (41,2%, kod muškaraca 27,0% $\chi^2=33,99$; $df=1$; $p<0,001$).

Alkoholizam i narkomanija su bili statistički značajno češći razlog kod muškaraca (8,5%, kod žena 2,5%, $\chi^2=19,74$; $df=1$; $p<0,001$).

Učestalost socijalnih problema kao razloga suicida nije bila statistički značajno različita kod muškaraca i žena (10,5%, odnosno 8,5%, $\chi^2=1,32$; $df=1$; $p=0,250$).

Učestalost emotivnih problema kao razloga suicida nije bila statistički značajno različita kod muškaraca i žena (3,9%, odnosno 3,1%, $\chi^2=0,53$; $df=1$; $p=0,466$).

Interpersonalni konflikti su bili statistički značajno češći razlog kod muškaraca (13,0%, kod žena 7,3%, $\chi^2=10,34$; $df=1$; $p=0,001$).

Učestalost razvoda kao razloga suicida nije bila statistički značajno različita kod muškaraca i žena (0,8%, odnosno 1,3%, $\chi^2=1,38$; $df=1$; $p=0,240$).

Gubitak člana porodice kao razloga suicida bio je više zastupljen kod žena, ali razlika nije dostigla prag statističke značajnosti (2,6% kod muškaraca, a 4,0% $\chi^2=2,83$; $df=1$; $p=0,092$).

Ostali razlozi za suicid su bili rijetki i nisu se statistički značajno razlikovali među polovima.

RANIJI POKUŠAJI

Tabela. 16

Raniji pokušaji		ženski		muški		ukupno	
		n	%	n	%	n	%
raniji pokušaji	ne	144	83,2%	356	88,8%	500	87,1%
	da	29	16,8%	45	11,2%	74	12,9%

Žene su nešto češće imale ranije pokušaje suicida u odnosu na muškarce, ali razlika nije dostigla prag statističke značajnosti (muškarci 11,2%, žene 16,8%, $\chi^2=3,30$; $df=1$; $p=0,069$).

NAJAVA SUICIDA

Tabela. 17

Najava suicida		ženski		muški		ukupno	
		n	%	n	%	n	%
najava suicida	ne	43	56,6%	115	76,2%	158	69,6%
	da	33	43,4%	36	23,8%	69	30,4%

Žene su statistički značajno češće najavljivale suicid u odnosu na muškarce (muškarci 23,8%, žene 43,4%, $\chi^2=9,16$; $df=1$; $p=0,002$).

II DIO:

a) SOCIODEMOGRAFSKI PODACI

Pol

Uzorak psihološke autopsije je obuhvatio 62 muškarca (74,7%) i 21 ženu (25,3%), odnosno ukupno 83 suicidanta.

Dobne grupe

Tabela.18

Pol	muški		ženski		ukupno	
	n	%	n	%	n	%
<10	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
10-19	4	6,5%	0	0,0%	4	4,8%
20-29	6	9,7%	2	9,5%	8	9,6%
30-39	12	19,4%	3	14,3%	15	18,1%
40-49	13	21,0%	5	23,8%	18	21,7%
50-59	15	24,2%	7	33,3%	22	26,5%
60-69	9	14,5%	2	9,5%	11	13,3%
70-79	3	4,8%	1	4,8%	4	4,8%
80+	0	0,0%	1	4,8%	1	1,2%

Distribucija dobnih grupa se nije statistički značajno razlikovala kod muškaraca i žena ($Z_{IJ}=-0,88$; $p=0,378$)

Psihijatrijsko liječenje

Tabela. 19

Psihijatrijsko liječenje		muški		ženski		ukupno	
		n	%	n	%	n	%
	ne	39	62,9%	8	38,1%	47	56,6%
	da	23	37,1%	13	61,9%	36	43,4%

Porodična struktura

Tabela. 20

Porodična struktura	muški		ženski		ukupno	
	n	%	n	%	n	%
neoženjen - živi sam	3	4,8%	2	9,5%	5	6,0%
neoženjen - živi sa porodicom	16	25,8%	4	19,0%	20	24,1%
oženjen-udata	37	59,7%	10	47,6%	47	56,6%
vanbracna veza	1	1,6%	0	0,0%	1	1,2%
razveden - živi sam	1	1,6%	1	4,8%	2	2,4%
razveden - živi sa porodicom	2	3,2%	1	4,8%	3	3,6%
udovac	2	3,2%	3	14,3%	5	6,0%

Polovi se nisu statistički značajno razlikovali prema bračnom stanju ($\chi^2=5,54$; $df=6$; $p=0,476$)

Da li su imali djecu

Tabela. 21

Da li su imali djecu	muški		ženski		ukupno	
	n	%	n	%	n	%
nema djecu	21	33,9%	7	33,3%	28	33,7%
ima djecu, ali nije u kontaktu sa njima	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
ima djecu ali je u slabijem kontaktu sa njima	2	3,2%	0	0,0%	2	2,4%
ima djecu i u kontaktu je sa njima	22	35,5%	6	28,6%	28	33,7%
ima djecu i živi sa njima	17	27,4%	8	38,1%	25	30,1%

Polovi se nisu statistički značajno razlikovali prema varijabli da li su imali djecu ili ne ($\chi^2=1,90$; $df=4$; $p=0,684$)

Školska sprema

Tabela. 22

Školska sprema	muški		ženski		ukupno	
	n	%	n	%	n	%
neškoloivan	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
do 4 razreda osnovne škole	0	0,0%	5	23,8%	5	6,0%
osnovna škola	5	8,1%	6	28,6%	11	13,3%
KV i VKV	18	29,0%	4	19,0%	22	26,5%
srednja škola	29	46,8%	6	28,6%	35	42,2%
viša i visoka škola	10	16,1%	0	0,0%	10	12,0%

Muškarci koji su izvršili suicid su bili statistički značajno višeg nivoa obrazovanja u odnosu na žene ($Z_U = -3,92$; $p < 0,001$)

Zanimanje

Tabela. 23

Zanimanje	muški		ženski		ukupno	
	n	%	n	%	n	%
radnik	16	25,8%	2	9,5%	18	21,7%
zemljoradnik	1	1,6%	0	0,0%	1	1,2%
zanatlija	1	1,6%	0	0,0%	1	1,2%
domaćica	0	0,0%	2	9,5%	2	2,4%
službenik	9	14,5%	4	19,0%	13	15,7%
intelektualni radnik	3	4,8%	0	0,0%	3	3,6%
student/ucenik	3	4,8%	0	0,0%	3	3,6%
penzioner	16	25,8%	7	33,3%	23	27,7%
nezaposlen	13	21,0%	6	28,6%	19	22,9%

Polovi se nisu statistički značajno razlikovali prema zanimanju ($\chi^2 = 11,46$; $df = 8$; $p = 0,177$)

Nacionalna pripadnost

Tabela. 24

Nacionalna pripadnost	muški		ženski		ukupno	
	n	%	n	%	n	%
Crnogorac	52	83,9%	18	85,7%	70	84,3%
Srbin	4	6,5%	2	9,5%	6	7,2%
Musliman	4	6,5%	1	4,8%	5	6,0%
Albanac	1	1,6%	0	0,0%	1	1,2%
Katolik	1	1,6%	0	0,0%	1	1,2%

Polovi se nisu statistički značajno razlikovali prema nacionalnoj pripadnosti ($\chi^2=0,96$; $df=4$; $p=0,915$)

Religioznost

Tabela. 25

Religioznost	muški		ženski		ukupno	
	n	%	n	%	n	%
pravoslavna - aktivna	3	4,8%	3	14,3%	6	7,2%
pravoslavna - pasivna	47	75,8%	16	76,2%	63	75,9%
katolička	2	3,2%	0	0,0%	2	2,4%
islamska	5	8,1%	1	4,8%	6	7,2%
ateista	5	8,1%	1	4,8%	6	7,2%

Polovi se nisu statistički značajno razlikovali prema religioznosti ($\chi^2=3,09$; $df=4$; $p=0,543$)

Ruralno/urbano

Tabela. 26

Ruralno/urbano	muški		ženski		ukupno	
	n	%	n	%	n	%
selo	13	21,0%	5	23,8%	18	21,7%
grad	49	79,0%	16	76,2%	65	78,3%

Polovi se nisu statistički značajno razlikovali prema varijabli selo/grad ($\chi^2=0,08$; $df=1$; $p=0,785$)

Porijeklo

Tabela. 27

Porijeklo	muški		ženski		ukupno	
	n	%	n	%	n	%
rođen u sredini u kojoj je ziveo	34	54,8%	8	38,1%	42	50,6%
rođen u drugoj ali sličnoj sredini	26	41,9%	11	52,4%	37	44,6%
rođen u drugoj i drugacijoj sredini	1	1,6%	2	9,5%	3	3,6%
izbjeglica	1	1,6%	0	0,0%	1	1,2%

Polovi se nisu statistički značajno razlikovali prema porijeklu ($\chi^2=4,31$; $df=3$; $p=0,230$)

Stanovanje

Tabela. 28

Stanovanje	muški		ženski		ukupno	
	n	%	n	%	n	%
zadovoljavajuće	47	75,8%	18	85,7%	65	78,3%
nezadovoljavajuće	9	14,5%	2	9,5%	11	13,3%
izrazito neodgovarajuće reseno	6	9,7%	1	4,8%	7	8,4%

Stambeno pitanje je bilo podjednako regulisano kod oba pola ($Z_U=-0,96$; $p=0,336$)

Ekonomska situacija

Tabela. 29

Ekonomska situacija	muški		ženski		ukupno	
	n	%	n	%	n	%
odlična	2	3,2%	0	0,0%	2	2,4%
zadovoljavajuća	18	29,0%	6	28,6%	24	28,9%
osrednja	21	33,9%	10	47,6%	31	37,3%
nezadovoljavajuća	18	29,0%	2	9,5%	20	24,1%
veoma nezadovoljavajuća	3	4,8%	3	14,3%	6	7,2%

Ekonomska situacija je bila slična kod muškaraca i žena koji su izvršili suicid ($Z_U=-0,02$; $p=0,978$)

Odrastanje

Tabela. 30

Odrastanje	muški		ženski		ukupno	
	n	%	n	%	n	%
nema podataka	51	82,3%	20	95,2%	71	85,5%
nedostatak oca/majke pre 16. godine	6	9,7%	0	0,0%	6	7,2%
kompletno odrastao bez oca/majke	0	0,0%	1	4,8%	1	1,2%
alkoholizam u porodici	5	8,1%	0	0,0%	5	6,0%

Polovi se nisu statistički značajno razlikovali prema odrastanju ($\chi^2=6,99$; $df=3$; $p=0,072$)

Stresni životni događaji

Tabela. 31

Stresni životni događaji	muški		ženski		ukupno	
	n	%	n	%	n	%
smrt bliske osobe	16	44,4%	9	56,3%	25	48,1%
usamljenost	9	25,0%	5	31,3%	14	26,9%
telesna bolest i bolovi	9	25,0%	2	12,5%	11	21,2%
ucesce u ratu	2	5,6%	0	0,0%	2	3,8%

Polovi se nisu statistički značajno razlikovali prema postojanju stresnih životnih događaja ($\chi^2=2,19$; $df=3$; $p=0,534$)

Akutna stresna konfliktna situacija

Tabela. 32

Akutna stresna konfliktna situacija	muški		ženski		ukupno	
	n	%	n	%	n	%
nema	29	47,5%	10	50,0%	39	48,1%
u interpersonalnim relacijama	9	14,8%	1	5,0%	10	12,3%
na radnom mestu ili u skoli	3	4,9%	2	10,0%	5	6,2%
sa članovima porodice	13	21,3%	3	15,0%	16	19,8%
sa partnerom	7	11,5%	4	20,0%	11	13,6%

Polovi se nisu statistički značajno razlikovali prema akutnoj stresnoj konfliktnoj situaciji ($\chi^2=2,92$; $df=4$; $p=0,571$)

Psihijatrijski hereditet

Tabela. 33

Psihijatrijski hereditet	muški		ženski		ukupno	
	n	%	n	%	n	%
nema	45	72,6%	17	81,0%	62	74,7%
poremećaj ličnosti – cudak	3	4,8%	0	0,0%	3	3,6%
dusevna bolest - neodređeno	4	6,5%	1	4,8%	5	6,0%
alkoholizam	5	8,1%	0	0,0%	5	6,0%
depresija	1	1,6%	1	4,8%	2	2,4%
suicid	4	6,5%	2	9,5%	6	7,2%

Polovi se nisu statistički značajno razlikovali prema postojanju psihijatrijskog herediteta ($\chi^2=3,78$; **df=5**; **p=0,571**)

Upotreba psihofarmaka

Tabela. 34

Upotreba psihofarmaka	muški		ženski		ukupno	
	n	%	n	%	n	%
ne	35	56,5%	7	33,3%	42	50,6%
da	25	40,3%	13	61,9%	38	45,8%
samoinicijativno prestao sa upotrebom	2	3,2%	1	4,8%	3	3,6%

Polovi se nisu statistički značajno razlikovali prema upotrebi psihofarmaka ($\chi^2=3,35$; **df=2**; **p=0,187**)

Alkoholizam/zloup.supstanci

Tabela. 35

Alkoholizam/zloup.supsatanci	muški		ženski		ukupno	
	n	%	n	%	n	%
ne	47	75,8%	19	90,5%	66	79,5%
netoksikomanski	11	17,7%	2	9,5%	13	15,7%
toksikomanski	3	4,8%	0	0,0%	3	3,6%
zloupotreba supstanci	1	1,6%	0	0,0%	1	1,2%

Polovi se nisu statistički značajno razlikovali prema alkoholizmu/zloup.supstanci ($\chi^2=2,46$; **df=3**; **p=0,483**)

Reaktivno stanje

Tabela. 36

Reaktivno stanje	muški		ženski		ukupno	
	n	%	n	%	n	%
nema	17	27,4%	2	9,5%	19	22,9%
depresivno	27	43,5%	14	66,7%	41	49,4%
razdražljivo, uznemireno	18	29,0%	5	23,8%	23	27,7%

Polovi se nisu statistički značajno razlikovali prema reaktivnom stanju ($\chi^2=4,05$; **df=2**; **p=0,132**)

b) Psihijatrijsko-psihopatološki podaci

Tabela.37

	muški		ženski		ukupno		Mann-Whitney test	
		sd		sd		sd	Z _U	p
Organicitet	1,34	0,70	1,40	0,75	1,35	0,71	-0,54	0,590
Problemi upamcivanja	1,45	0,78	1,57	0,68	1,48	0,75	-1,15	0,250
Pad kontrolnih mehanizama	2,20	1,11	2,10	0,55	2,17	1,00	-0,14	0,890
Briga za telesno zdravlje	1,63	1,01	2,63	1,30	1,87	1,16	-3,25	0,001
Anksioznost	2,77	1,01	2,95	0,89	2,81	0,98	-0,76	0,445
Osećanje krivice	1,45	0,80	1,52	0,87	1,47	0,82	-0,29	0,768
Depresivno raspoloženje	2,57	1,13	3,48	1,12	2,80	1,19	-3,11	0,002
Gubitak interesovanja	2,37	1,31	2,71	1,10	2,46	1,26	-1,27	0,202
Pad efikasnosti	2,39	1,23	2,76	1,09	2,48	1,20	-1,32	0,186
Socijalna izolacija	1,90	1,13	2,00	0,86	1,93	1,06	-0,95	0,345
Gubitak apetita	1,87	1,05	2,52	1,08	2,04	1,09	-2,48	0,013
Poremećaj sna	2,58	1,15	2,90	0,89	2,66	1,10	-1,00	0,316
Beznadežnost	2,07	1,03	2,71	0,78	2,23	1,01	-2,79	0,005
Bizarni misaoni sadržaji	1,50	0,98	1,57	1,03	1,52	0,99	-0,23	0,815
Halucinacije	1,30	0,77	1,40	0,99	1,33	0,82	-0,13	0,900
Konceptualna dezorganizacija mišljenja	1,51	0,70	1,76	0,83	1,58	0,74	-1,33	0,182
Manirizmi	1,18	0,61	1,05	0,22	1,14	0,54	-0,73	0,466
Sumnjicavost	1,97	1,14	1,86	1,06	1,94	1,12	-0,35	0,723
Hostilnost	1,70	0,97	1,53	0,84	1,66	0,94	-0,71	0,480
Nekooperativnost	1,74	0,96	1,29	0,56	1,63	0,89	-2,06	0,039
Agitiranost	1,56	0,87	1,56	0,51	1,56	0,79	-0,79	0,427

Briga za telesno zdravlje je bila statistički značajno više izražena kod žena koje su počinile suicid, u odnosu na muškarce ($Z_U = -3,25$, $p = 0,001$).

Depresivno raspoloženje je bilo statistički značajno više izraženo kod žena koje su počinile suicid, u odnosu na muškarce ($Z_U = -3,11$, $p = 0,002$).

Gubitak apetita je bio statistički značajno više izražen kod žena koje su počinile suicid, u odnosu na muškarce ($Z_U = -2,48$, $p = 0,013$).

Beznadežnost je bila statistički značajno više izražena kod žena koje su počinile suicid, u odnosu na muškarce ($Z_U = -2,79$, $p = 0,005$).

Nekooperativnost je bila statistički značajno više izražena kod muškaraca koji su počinili suicid, u odnosu na žene ($Z_U = -2,06$, $p = 0,039$).

Ostali pokazatelji psihopatologije nisu bili statistički značajno različiti između polova.

Tabela. 38

Metod izvršenja		muški		ženski		ukupno	
		n	%	n	%	n	%
Metod izvršenja	vjesanje	14	22,6%	1	4,8%	15	18,1%
	vatreno oružje	28	45,2%	2	9,5%	30	36,1%
	hladno oružje	2	3,2%	1	4,8%	3	3,6%
	skok sa visine	10	16,1%	9	42,9%	19	22,9%
	utopljenje	5	8,1%	7	33,3%	12	14,5%
	medikamentozna intoksikacija	1	1,6%	0	0,0%	1	1,2%
	intoksikacija drugim sredstvom	0	0,0%	1	4,8%	1	1,2%
	pregazen od strane nekog saobraćajnog vozila	1	1,6%	0	0,0%	1	1,2%
	struja	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	više načina istovremeno	1	1,6%	0	0,0%	1	1,2%
Mjesto izvršenja	blisko	39	62,9%	7	33,3%	46	55,4%
	udaljeno	23	37,1%	14	66,7%	37	44,6%
Da li je bio sam na mjestu izvršenja	ne	25	40,3%	9	42,9%	34	41,0%
	da	37	59,7%	12	57,1%	49	59,0%
Oproštajno pismo	ne	57	91,9%	18	85,7%	75	90,4%
	da	5	8,1%	3	14,3%	8	9,6%

Najzastupljeniji način izvršenja suicida kod muškaraca bio je vatrenim oružjem (45,2%), zatima vješanjem (22,6%) i skokom (16,1%). Kod žena je najzastupljeniji bio skok sa visine (42,9%), slijedi utopljenje (33,3%) i vatreno oružje (9,5%).

Na uzorku na kome je urađena psihološka autopsija nađeno je da je mjesto izvršenja kod muškaraca bilo statistički značajno češće blisko, a kod žena češće udaljeno ($\chi^2=5,55$; $df=1$; $p=0,018$).

I muškarci i žene koji su izvršili suicid su podjednako često bili sami na mjestu izvršenja ($\chi^2=0,43$; $df=1$; $p=0,838$).

Oba pola su podjednako često ostavljala oproštajno pismo ($\chi^2=0,70$; $df=1$; $p=0,404$).

Tabela. 39

Vrijeme/doba dana/dan u nedjelji/doba godine		muški		ženski		ukupno	
		n	%	n	%	n	%
Vreme otkrivanja	trenutno	36	58,1%	7	33,3%	43	51,8%
	1-3 sata	21	33,9%	10	47,6%	31	37,3%
	3-24 sata	1	1,6%	3	14,3%	4	4,8%
	nakon jednog ili više dana	4	6,5%	1	4,8%	5	6,0%
Doba dana	noc	9	14,5%	3	14,3%	12	14,5%
	rani jutarnji casovi	14	22,6%	4	19,0%	18	21,7%
	dan	39	62,9%	14	66,7%	53	63,9%
Dan u nedelji	ponedjeljak	6	9,7%	5	23,8%	11	13,3%
	utorak	10	16,1%	4	19,0%	14	16,9%
	srijeda	12	19,4%	5	23,8%	17	20,5%
	cetvrtak	13	21,0%	1	4,8%	14	16,9%
	petak	9	14,5%	2	9,5%	11	13,3%
	subota	8	12,9%	3	14,3%	11	13,3%
	nedjelja	4	6,5%	1	4,8%	5	6,0%
Doba godine	proljeće	18	29,0%	5	23,8%	23	27,7%
	ljeto	13	21,0%	5	23,8%	18	21,7%
	jesen	13	21,0%	4	19,0%	17	20,5%
	zima	18	29,0%	7	33,3%	25	30,1%

Na uzorku na kome je urađena psihološka autopsija nađeno je da je bilo potrebno statistički značajno više vremena da se otkrije suicid žena nego muškaraca ($Z_U = -2,01$, $p = 0,044$).

Polovi se nisu razlikovali prema dobu dana u kome je izvršen suicid ($\chi^2 = 0,13$; $df = 1$; $p = 0,939$).

Polovi se nisu razlikovali prema danu u nedjelji u kome je izvršen suicid ($\chi^2 = 5,43$; $df = 6$; $p = 0,490$).

Polovi se nisu razlikovali prema dobu godine u kome je izvršen suicid ($\chi^2 = ,34$; $df = 3$; $p = 0,953$).

DISKUSIJA

Cilj ove teze je bio da prikupi informacije o faktorima rizika koji su povezani sa suicidalnim procesom kod žrtava suicida u odnosu na pol. Faktori rizika za suicidalno ponašanje ispitivani su u pogledu socio-demografskih i psihijatrijsko-psihopatoloških karakteristika. Sociodemografski faktori su uključivali pol, godine, bračni status, školsku spremu, zaposlenost, suicidalnu metodu i dr. Psihijatrijsko-psihopatološke karakteristike su uključivale varijable kao što su organicitet, upamćivanje, kontrola impulsa, tjelesno zdravlje, anksioznost, osjećanje krivice, raspoloženje, interesovanje, efikasnost, socijalna izolacija, gubitak apetita, poremećaj sna, beznadežnost, bizarni misaoni sadržaji, konceptualna dezorganizacija mišljenja, halucinacije, manirizmi, sumnjičavost, hostilnost, nekooperativnost (nesaradljivost) agitiranost, stresni životni događaji, poremećaj zloupotrebe supstanci i dr.

U istraživanje je bilo uključeno 1773 učesnika koji su realizovali suicidal. Dva slučaja su isključena iz istraživanja iz razloga nejasnog pola, pa je ukupan uzorak bio 1771. Muškarci i žene su uzeti iz ukupne suicidalne populacije. Metoda psihološke autopsije je primijenjena u na uzorku od 83 slučaja. Rezultati su dati u dva dijela u kojima će biti opisan njihov cjelokupni aspekt.

U prvom (I) dijelu studije rizični faktori za suicidal su identifikovani u velikom uzorku od 1771 suicidalanta.

U drugom (II) dijelu studije koja je uradjena na individualnom nivou primijenjena je Metoda psihološke autopsije kod 83 slučaja.

Podaci o smrti koja je nastupila suicidalom u istraživanom periodu sakupljani su u Direkciji policije Crne Gore i Zdravstvenim centrima u Crnoj Gori.

Sociodemografski faktori, psihopatološke karakteristike i istorija liječenja nadjeno je da su različiti kod muškaraca i kod žena.

I DIO

SOCIO-DEMOGRAFSKI FAKTORI RIZIKA

Od ukupno 1771 uključenih, učesnici u studiji su bili starosne dobi od 13 do 99 godina, prosječne dobi 50,92 (SD 18,66). Muškog pola je bilo 1195 ili 67,5%, a ženskog pola 576 ili 32,5%. Ovakva zastupljenost polova statistički značajno odstupa od distribucije polova u

opštoj populaciji Crne Gore ($\chi^2=236,20$; $df=1$; $p<0,001$). Najveći broj suicida realizovan je u urbanoj sredini 1213 ili 68,7%, dok je u ruralnoj sredini realizovano 545 ili 30,9%. Podaci zvanične statistike (Statistički godišnjak, 2006) pokazuju da je ukupna populacija u Crnoj Gori bila 1995. godine 601.022 stanovnika, a 2005. godine 623.277 stanovnika. Prema popisu stanovništva iz 1991.godine muškog pola je bilo ukupno 305.931, a ženskog pola 309.104 stanovnika (odnosno na 100 muškaraca, 101 žena), dok, prema popisu stanovništva iz 2003 godine muškog pola je bilo ukupno 305.225, a ženskog pola 314.920 stanovnika (odnosno na 100 muškaraca, 103 žene). U odnosu na ukupno veću zastupljenost žena u populaciji, bio bi očekivan i veći broj suicida žena u odnosu na muškarce. Međutim, očekivani broj suicida u odnosu na distribuciju polova u opštoj populaciji je statistički značajno manji kod žena, a statistički značajno viši kod muškaraca ($\chi^2=236,20$; $df=1$; $p<0,001$).

Prema rezultatima našeg istraživanja prosječna stopa mortaliteta od suicida u ovom periodu je 23.1/100.000 stanovnika (standardizacija je izvršena direktnom metodom, korišćenjem svetske populacije kao standarda), kako bi bile poredive sa drugim zemljama.

Suicidne stope ispoljavaju veliku raznolikost širom Evrope. Crna Gora se početkom 21 vijeka, prema podacima WHO (2007) sa 17 smrtnih slučajeva na 100.000 stanovnika, nalazila u gornjoj polovini evropske rang liste zemalja prema vrijednosti opšte stope suicida, a prema najnovijim raspoloživim podacima (oko 2005. godine), sa 18.9 smrtnih slučajeva, veće stope suicida zabilježene su u 11 (Srbija, Hrvatska, Slovenija, Rusija, Bjelorusija, Ukrajina, Estonija, Letonija, Litvanija, Mađarska i Belgija) od ukupno 39 posmatranih evropskih zemalja. U poslednjih nekoliko godina zabilježeno je povećanje broja suicida u Crnoj Gori. Poredjenja radi stope su se u periodu 1971-1980 kretale oko 14,8/100.000, dok su u periodu od 1980-1990 bile u opadanju i kretale su se oko 13,2/100.000 (Peković 2005).

U studiji Injac (2006) je pokazano da je prosječna stopa suicida u Crnoj Gori za period 1992-2002. godine bila 23,61/100.000 stanovnika, i ukazuje na značajan porast prosječne stope suicida. U poredjenju sa periodom prije 1990. godine kada se stopa suicida kretala oko 15/100.000, Crna Gora se može svrstati u zemlje sa visokom stopom suicida.

Ono što je zabrinjavajuće kada je broj žrtava suicida u Crnoj Gori u pitanju, je diskrepanca između podataka o broju suicida dobijenih u MUP-u u odnosu na podatke jedine referentne institucije Odjeljenja za sudsku medicinu KCCG u Crnoj Gori (Šoć i sar. 2006). Ovi autori su našli da je za period 2000-2005. godine bilo 166 samoubistava (ukupan broj obdukovanih). Prema podacima Uprave Policije Crne Gore za ovaj isti period suicid je realizovalo 1088 ljudi. Ovako mali broj suicida, koji je potvrđen od strane sudsko-medicinskih stručnjaka je zabrinjavajući. Šoć i sar. (2006) ukazuju da je neophodno sprovoditi obdukciju u svim slučajevima nasilne smrti u cilju nedvosmislenog ustanovljavanja uzroka smrti i motiva, a u konačnom društvene vrijednosti određivanja prave prevencije i mogućnosti očuvanja svakog pojedinca u Crnoj Gori. Postaje jasno da se radi o stvarima koje tjeraju na zabrinutost, i dok god se suicid kompleksno ne istraži izvještavanja o smrti suicidom, kao i broj suicida i dalje će biti neizvjestan.

Trend kretanja standardizovanih stopa suicida u Crnoj Gori u periodu 1995-2005 je pokazao da je stopa suicida 20,83 ($p=0,252$). Trend prosječne stope suicida kod muškaraca je 27,95 ($p=0,065$), a kod žena 14,00 ($p=0,973$). Ovakav trend ukazuje na rastući trend za muškarce, ali ne i za žene. Ukupni trend porasta standardizovanih stopa nije bio statistički značajno različit od konstantnog.

Pokazano je da su u odnosu na prosječnu starosnu dob žene koje su realizovale suicid bile starijih godina u odnosu na muškarce. Dosadašnje studije u kojima su razmatrana, osnovna poredjenja u odnosu na pol, demografske informacije su takodje pokazale da su suicidi žena koji su obrađivani u studiji, pokazivali tendenciju da budu starijih godina u odnosu na suicide muškaraca (Arsenault-Lapierre i sar. 2004).

U odnosu na pol, stope suicida muškaraca su bile više u odnosu na stope suicida žena. Srednje uzrasno standardizovane stope su bile oko 2,3 puta više kod muškaraca u odnosu na žene. Srednje uzrasno standardizovane stope suicida kod muškaraca su bile 32.9/100,000, a srednje uzrasno standardizovane stope kod žena su bile 14.1/100,000. Zanimljivo je pogledati kako se ovaj odnos mijenjao tokom godina u Crnoj Gori. Istraživanja Pekovića (1995) pokazuju da je odnos muškaraca i žena u Crnoj Gori za period 1972-1982. godine bio 1:1,23 u korist muškaraca, odnosno 55,60% muškaraca i 44,60% žena, a to se dogodilo i 1969. godine i odnos je bio 0,8:1, a ako idemo još dalje u prošlost 1911. godine dominirale su žene. Na prostorima bivše Jugoslavije 1973. godine bilo je 1:3,5 puta više samoubica muškaraca, da bi se taj odnos smanjio na 1:2,2 (1980. godine) (Penev i Stanović 2007). Dominacija muškog pola gotovo je univerzalni fenomen u realizovanim suicidima, a može se donekle objasniti povišenim pokazivanjem agresivno-impulsivnog ponašanja i izborom violentnije, a time i efikasnije suicidalne metode (Hawton 2000). Prema epidemiološkim studijama suicida u našem okruženju možemo vidjeti da je u Srbiji u periodu 1953-2006. godine posmatrano po dekadama (ovi podaci ne uključuju Kosovo i Metohiju) da je posljednje deкаде 20. vijeka, kada je došlo do kulminacije jugoslovenske krize, odlikovala i najvećim prosječnim godišnjim brojem suicida (1537) (Penev i Stanović 2007). Isti autori navode da praćenjem kretanja decenijskog indeksa rasta prosječnog godišnjeg broja suicida upućuje na sedmu (1961-1970) i devetu (1981-1990) deceniju 20. vijeka, kao na periode najintenzivnijeg povećanja, dok je smanjenje prosječnog godišnjeg broja suicida zabilježeno jedino početkom 21. vijeka (2001-2006). Slične, ali nešto umjerenije izražene tendencije se zapažaju i kod promjena vrijednosti stopa suicida, tj. broja umrlih usled suicida na 100.000 stanovnika. Najniže vrijednosti tog opšteg pokazatelja suicidalnosti stanovništva su registrovane tokom 1950-ih godina kada je u Srbiji broj suicida u prosjeku iznosio oko 12 na 100.000 stanovnika. Tokom posljednje decenije 20. vijeka stopa je dostigla nivo od oko 20 na 100.000 stanovnika (u prosjeku 19,7), sa maksimumom od 20,9 koji je registrovan 1992. i 1997. godine. Prema najnovijim podacima, sredinom prve decenije 21. vijeka, u Srbiji je stopa suicida iznosila oko 19,5 na 100.000 stanovnika. U radu Grubišić-Ilić i Kozarić-Kovačić (2002) u Hrvatskoj je upoređen prijeratni, ratni i poslijeratni period (1985-2000). Oni su našli da je stopa suicida za period od 1995-1999. godine bila 19,5. Prije rata je bila 17,83, za vrijeme rata 16,59, dok je u poslijeratnom periodu iznosila 17,78 što znači da se mijenjala, ali bez značajnih razlika, kao i da su oblasti koje su bile pod direktnim ratnim dešavanjima, imale stopu suicida značajno nižu u odnosu na druge oblasti u periodu od 1993-1998. godine kada je studija radjena. Oni su utvrdili da je broj suicida kod oba pola niži u oblastima koje su bile pod direktnim uticajem

rata i ta niža stopa je nadjena više kod muškaraca nego kod žena. Pokazano je da su suicidalne stope u Vojvodini tokom 1993 i 1994. godine nakon ratnih dešavanja na prostorima bivše Jugoslavije porasle u odnosu na period prije i da je statistički značajno povećanje bilo među penzionerima muškog pola starosne dobi od 50-70 godine života, kao i da je njihova ekonomska situacija bila odgovarajuća kod 48% slučajeva, a kod 21% u potpunosti neodgovarajuća (Ćulibrk i sar. 1999). Autori dalje navode da je nasuprot očekivanjima zabilježeno malo povećanje stope suicida, a da je socioekonomski faktor imao dominantnu ulogu u nastanku suicida u posleratnom periodu. Baković (1997) navodi da sadašnja društvena kretanja idu u potpuno neočekivanom pravcu, od totalitarizma do anomalije, raslojavanja društva te stvaranja privatnog kapitala i klase bogatih i siromašnih, visoke nezaposlenosti, tako da su sve aktivnosti koje su bile usmjerene na žrtvovanje za pleme i zajednicu nestale. Promjene su se neminovno odrazile i na makro i na mikrosocijalnom nivou sa svim oblicima disfunkcionalnosti (društvene, porodične, obrazovne), kao i subkulturnim devijacijama u vidu kriminogenog ponašanja, zloupotrebe supstanci, tako da sada kada agresivnost nema adekvatan kanal pražnjenja, pojedinci je usmjeravaju prema sebi.

Pol je u najvećem broju studija potvrđen kao sociodemografski faktor koji je značajno udružen sa suicidalnim ponašanjem i jedan je od najčešće ponavljanih prediktora suicida (Zhang i sar. 2005). U najvećem broju zemalja stopa suicida je viša kod muškaraca, dok je stopa pokušaja suicida uobičajeno viša kod žena (Voros i sar. 2004). Ova obrnuta povezanost često je izvještavana kao „paradoks pola u suicidalnom ponašanju“. Objašnjenja za ove razlike koje su široko potvrđene, generalno se slažu, da je paradoks pola realan fenomen, a ne artefakt u sakupljanju podataka (Canetto i Sakinofsky 1998) i koji istovremeno otvara mnoga pitanja. U vezi sa rizičnim faktorima za suicid, otvara se pitanje da li postoje razlike između muškaraca i žena koji realizuju i pokušavaju suicid. Svakako, pitanje, da li polne razlike za suicidalno ponašanje zahtijevaju različita objašnjenja već poznatih faktora rizika ili zahtijevaju druge faktore neodvojive od pola ostaje zagonetka (Hawton i sar. 2000).

Različite stope suicidalnog ponašanja u specifičnim polnim i kulturološkim grupama su opisivane u različitim zemljama (Canetto i Lester 1995). U pogledu stopa odnos između muškaraca i žena je veoma različit na primjer, u veoma nastanjenim zemljama Južne i Istočne Azije. Žene predvode na Tajvanu i u Hong Kongu, Singapuru, među kineskim imigrantima u SAD-u, a najviše podataka o visokim stopama suicida kod žena odnose se na Indiju, njihovim dijasporama u Britaniji, Istočnoj Africi, SAD-u, Kanadi (WHO, 2001). Izvještavanja visoke stope suicida među ženama od strane Ji i sar. (2001) su pokazala da su stope suicida žena bile 25% više u odnosu na stope suicida muškaraca, a Cheng i sar. (2000) su pokazali da je u grupi od 15 godina i niže i u grupi između 15 i 24 godine stopa suicida kod žena bila viša. Nadalje mi smo objavili da je u Podgorici 1996. godine odnos muškaraca i žena bio 1:1.66 (Injac i sar. 2000).

Novije studije u nekoliko zemalja sa nižim i višim socioekonomskim statusom kao što su Kina i Indija ukazuju da je pojava suicidalnog ponašanja različita od zemalja sa visokim razvojem. Ova istraživanja su pokazala da pol i postojanje mentalnog poremećaja igraju

manju ulogu u pojavi suicidalnog ponašanja u niže i srednje razvijenim zemljama (Vijayakumar, Phillips i sar. 2004;2002).

Prosječne uzrasno specifične stope suicida u Crnoj Gori u ispitivanom periodu se povećavaju sa godinama starosti i kod muškaraca i kod žena. Srednje uzrasno specifične stope suicida muškaraca su bile više nego srednje uzrasno specifične stope suicida žena u svim dobnim grupama. Takođe, i kod muškaraca i kod žena su bile više u nekim dobnim grupama. Posebno više uzrasno specifične stope kod muškaraca su zabilježene u dobnim grupama od 40-50 godine, a posebno visoke u dobnim grupama iznad 55 godina. Kod žena više uzrasno specifične stope su zabilježene u dobnoj grupi od 55-59 godine, a posebno visoke u dobnim grupama iznad 65 godina starosti. Prema trendu kretanja suicidalnih stopa kao što smo već ranije istakli postoji rastući trend stopa za muškarce, ali ne i za žene. Nema mnogo studija koje su se bavile ovim istraživanjima, ali postoji nekoliko izvještaja o nekim razlikama: Neke studije su otkrile da je starije životno doba faktor suicidalnog rizika za muškarce (Rygnestad 1997), dok su druge studije našle da se faktor rizika povećava sa godinama samo kod žena (Holley i sar. 1998). Zacharakis i sar. (2005) su istraživali slučajeve realizovanih suicida u hrišćanskoj populaciji na Kipru u periodu 1988-1999. godine, a rezultati su uglavnom, ukazivali na: značaj godina, a standardne suicidalne stope su bile najniže u Evropi i to kod muškaraca 3,08, a kod žena 1,05, a zabilježen je statistički značajan trend porasta i kod muškaraca i kod žena u svim dobnim grupama. Utvrdili su da su suicidalne stope značajno povećane sa godinama kod muškaraca, a jedino povećanje kod žena zabilježeno je u dobnoj grupi od 15-24 godine. Međutim, aktuelni podaci u svijetu pokazuju da se suicid pojavljuje u velikom broju i kod mlađih ljudi. Tokom poslednjih godina zabilježen je značajan porast suicida među adolescentima, a u mnogo zemalja ustanovljeno je da je suicid drugi uzrok smrti i to u dobnoj grupi od 15-24 godine WHO (2001). Ovakva kretanja su zabilježena np. u Americi, Australiji, Novom Zelandu i u zemljama sjeverne Evrope. Žene u Americi koje realizuju suicid, izgleda da su mlađe nego u drugim regionima, dok su žene i muškarci u Australiji stariji nego oni u drugim regionima.

U zavisnosti od ovih ograničenja predlagano je da je psihopatologija ta koja posreduje suicidima širom svijeta i izgleda da su razlike u različitim dijelovima svijeta u relativnoj proporciji sa specifičnim psihičkim bolestima nadjenim u realizovanim suicidima. Podaci koji se odnose na najveći broj zemalja ipak pokazuju da se stope suicida povećavaju sa godinama, pa je najveća stopa suicida u starijoj životnoj dobi, što je u skladu sa našim podacima, a smatra se da su u proporciji sa hroničnim bolestima kod starijih. Postoji nekoliko specifičnosti za stariju životnu dob: Dijagnoza psihopatologije u starijem životnom dobu je mnogo kompleksnija. Drugo, stariji imaju niži socijalni prioritet u prevenciji suicida. Prepoznavanje suicidalnog rizika je mnogo teže kod starijih zbog komorbiditeta i drugih hroničnih bolesti, a samim tim i prevencija suicida je kompleksnija zbog socijalne izolacije starijih, kao i veće letalnosti pokušaja.

Analiza dobnih grupa suicidalnata u odnosu na dobne grupe opšte populacije, pokazuje da se nalaze u odnosu obrnute srazmjere. Kod mlađih dobnih grupa broj suicida je značajno niži u odnosu na opštu populaciju, a sa povećanjem starosne strukture opšte populacije, broj suicida se povećava.

Najveći broj suicida u Crnoj Gori realizovan je u urbanoj sredini 1213 ili 68,7%, dok je u ruralnoj sredini realizovano 545 ili 30,9%. Opšte suicidalne procjene pokazuju da je broj suicida 2 do 3 puta češći u urbanim, nego u ruralnim sredinama. I naši zaključci su u saglasnosti sa onim iz Zapadnih zemalja da je povećan broj suicida realizovan u urbanim oblastima. Izuzetak je samo Kina (Qin i Mortensen 2001). Kada su u pitanju polne razlike, život u urbanim oblastima povećava suicidalni rizik kod žena, a smanjuje suicidalni rizik kod muškaraca. Jedno od mogućih objašnjenja je da život u većim gradovima daje bolje mogućnosti za izbor poslova za muškarce što donosi benefite, dok su žene mnogo osjetljivije na konkurenciju u odnosu na muškarce. Kada su u pitanju procjene stope pokušaja suicida, postoje izvještavanja koja ukazuju na njihovu dominaciju u urbanoj sredini (Ostamo i sar. 1991). Ovi autori su takodje objavili da su stope pokušaja suicida kod muškaraca u Finskoj, veće u gradovima u odnosu na stope pokušaja žena skoro u svakoj oblasti istraživanja, od sjevera do juga, i od istoka do zapada. Treba međutim imati u vidu da u gradovima raste broj suicida među osobama ženskog pola.

Prosječna stopa suicida (na 100.000) u periodu 1995-2005 po gradovima u Crnoj Gori pokazuje da je najveća stopa suicida u Pljevljima (54,3), Plužinama (46,8), Cetinju, Žabljaku, Šavniku i Kolašinu (sa po 36,9), Nikšiću (35,7), Kotoru (35,3), Andrijevići (34,6) i Danilovgradu (33,0). U ostalim gradovima su stope bile: Tivtu (17,3), Beranama (18,8), Budvi (19,4), Herceg Novom (20,9), Podgorici (22,8), Bijelom Polju (24,0) i u Mojkovcu (25,3). Najniže stope suicida su zabilježene u Rožajama (8,8), Plavu (13,2), Baru i Ulcinju (sa po 13,9). Ovi podaci pokazuju da postoje razlike u stopama suicida u različitim geografskim regionima Crne Gore. Regionalna neujednačenost nije novina u Crnoj Gori, a ni u drugim dijelovima svijeta, kao i između zemalja. Incidenca suicida varira između različitih regiona pa i u okvirima zemalja. Prateći kretanja regionalnih suicidalnih stopa u Crnoj Gori, Peković (2006) je geografski podijelio Crnu Goru u tri stratumu. U periodu 1971-1980. godine, najveća stopa suicida bila je u prvom stratumu kome pripadaju opštine Pljevlja, Žabljak, Šavnik, Danilovgrad, Cetinje, Kotor i Tivat. Dalje autor navodi da su u periodu 1981-1991 najveće prosječne stope (24,50) zabilježene u regionu koji čine sledeće opštine: Pljevlja, Žabljak, Šavnik, Plužine, Bijelo Polje, Mojkovac, Kolašin, Andrijevica, Nikšić, Danilovgrad, Cetinje, Kotor, Herceg Novi, Tivat, Budva i Bar, kao i u periodu 1991-2000 visoku stopu od 29,9 su imale opštine Žabljak, Šavnik, Mojkovac, Danilovgrad, Cetinje, Kotor, Tivat i Herceg Novi. Interesantno je da su Pljevlja, Plužine i Nikšić u periodu 1991-2000. godine pripadala stratumu II sa prosječnom stopom od 18,20. Prema našim rezultatima najugroženije opštine od suicida su Pljevlja (54,3), Plužine (46,8), Cetinje, Žabljak, Šavnik i Kolašin (sa po 36,9), Nikšić (35,7), Kotor (35,3), Andrijevica (34,6) i Danilovgrau (33,0). Takodje je primijećeno da su stope suicida u pojedinim gradovima, naročito u onim sa visokim stopama, one sada dvostruko više u odnosu na ranija kretanja. U odnosu na ranije periode bilježi se značajno povećanje stope suicida u Tivtu (17,3), Beranama (18,8), Budvi (19,4), Herceg Novom (20,9), Podgorici (22,8), Bijelom Polju (24,0) i Mojkovcu (25,3). Ovakav izrazit porast traži složena objašnjenja koja nije jednostavno dati upravo iz razloga značajnih promjena u društvu koja su i danas prisutna kao što je period tranzicije te njenog odraza na one gradove, a u kontekstu Dirkemove (1987) teorije gdje postoji značajan uticaj socijalnih faktora rizika. Prema Dirkemu (1987) stopa suicida je društveno uslovljena i zavisi od stepena društvene integracije (stepen jedinstva) i društvene regulacije (stepen normiranosti) pri čemu je suicid

obrnuto srazmjeran stepenu integracije društvenih grupa kojima pojedinac pripada. Takođe gradovi sa najvećom urbanizacijom kakva je Podgorica i gradovi na primorju imaju značajno više stope suicida u odnosu na ranija kretanja iako su one sada dvostruko niže u odnosu na gradove u Crnoj Gori koji imaju najviše stope. Različite stope u različitim regionima Crne Gore mogu odražavati uticaje socijalnih i ekonomskih faktora i faktora kulture, koji mogu sa svojih aspekata, uticati na razlike u stopama suicida. Kada su demografski faktori u pitanju, a sa aspekta sadašnje situacije ova studija je pokazala da živjeti u urbanoj i kulturno razvijenijoj sredini, u kontekstu svih drugih faktora, znači biti u nižem suicidalnom riziku.

Regionalne varijacije u suicidima zabilježene su prije više od 100 godina od strane Dirkema, a i u poslednjih osamdeset godina postoje brojne epidemiološke i sociološke studije koje istražuju ovaj problem. Najčešći opšti zaključci govore da u oblastima gdje je niska socijalna integracija (socijalna fragmentacija), neke kategorije kao što su usamljene osobe, domaćice, razvedene i u kojima je stanovništvo izuzetno mobilno u jednoj oblasti nadjene su visoke stope suicida. Nasuprot ovome skorije analize radjene u veoma malim oblastima np. u Engleskoj su pokazale da se najači prediktor suicidalnog rizika u ovim oblastima pojavljuje upravo inkapsuliranost odnosno zatvorenost tog stanovništva što je i u saglasnosti sa Dirkemovim teorijim socijalne integracije (Davey Smith i sar. 2001). Novije studije su predložile da je socijalna fragmentacija nezavisna od nivoa jačine psihijatrijske bolesti, kao indeksa psihijatrijskih stopa (Evans i sar. 2004).

Ove geografske razlike u stopama suicida bilo bi interesantno dalje observirati u kontekstu relativne povezanosti socioekonomskih i kulturnih uticaja na razvoj psihičkih i drugih poremećaja među onima koji realizuju suicid. Ove razlike se mogu objasniti i prevalencom psihičkih bolesti u pojedinim regionima. Međutim, postoje ograničenja kao što su ona kada se analiziraju polne razlike primijenjene na analizu geografskih razlika u stopama psihopatologije udružene sa suicidom. U nekim regionima se pojavljuje da su stope u ruralnim predjelima niže jer se radi o nešto starijem stanovništvu nego u drugim regionima, a i zbog migracije mlađih ljudi u urbane regione.

PORODIČNA STRUKTURA

Od ukupnog broja učesnika u studiji, 1032 (62,2%) lica je bilo u braku. Udatih je bilo 350 (64,3%), a oženjenih 682 (61,1%). Ukupan broj neoženjenih/neudatih je bio 500 (30,1%). Neudatih je bilo 142 (26,1%), a neoženjenih 358 (32,1%). Razvedenih, udovaca-ica i onih koji žive u vanbračnoj vezi bilo je ukupno 52 (9,6%) žena i 76 (6,8%) muškaraca. Naši podaci pokazuju da su osobe koje žive u braku u višem suicidalnom riziku, odnosno da živjeti u porodici ne znači automatski biti zaštićen. Zaključci da je suicidalni rizik povećan među kategorijama onih koji su u braku, žive u vanbračnoj vezi, usamljeni i zvaničnim homoseksualnim brakovima, predlažu da porodična struktura i kohezija utiču na suicid, moguće zato što ljudi sa tradicionalnom porodičnom orijentacijom manje često praktikuju

neka za zdravlje negativna ponašanja (Joung i sar. 1995) koja utiču na suicidalni rizik kao što je np. zloupotreba supstanci. Stabilan brak ima veću protektivnu moć u sprečavanju pojave depresije, i to više kod muškaraca nego kod žena.

Podaci iz literature govore, da je broj realizovanih suicida signifikantno češći među razvedenim i samcima, kao i među osobama nižeg obrazovanja. U pogledu porodične strukture, ranije studije su izvještavale da neoženjeni i neudati, razvedeni i samci, mnogo češće realizuju suicid (Kposova i Lawrence 2000;1999). Međutim, savremene studije su pokazale značajno visoki rizik za ljude koji žive u vanbračnoj vezi, koja je u uslovima zapadnih zemalja ekvivalentna zvaničnom braku. U studiji Qin-a i sar. (2003) pokazano je da postoji statistički visok rizik za ljude koji žive u vanbračnoj vezi. U studiji Injac (2006) objavljeno je da je u Crnoj Gori jedan od motiva za suicidalno reagovanje povezan sa životom u zajednici (54,4% osoba u braku) i razvojem konflikata koji dovode do intrapsihičkih emocionalnih poremećaja i psihopatološkog razvoja ličnosti u pravcu suicidalnosti. I ranija istraživanja ovog fenomena govore da je 59,52% osoba koje su realizovale suicid bilo u braku, kao i da je ova situacija dugo prisutna u Crnoj Gori (Peković 2002).

Prema našim podacima 61,1% osoba koje su realizovale suicid je bilo u braku, odnosno brak je faktor suicidalnog rizika. Moramo primijetiti u tom pogledu da do zaštitnih mjera u preveniranju ovog stanja nije došlo. Postoje neki dokazi da je brak faktor rizika za suicid. Sa aspekta porodične psihodinamike, najčešća geneza depresije potiče iz domena partnerskih poremećaja, bilo da je ona kauzalno povezana, ili da su posledica partnerske disfunkcionalnosti. Može se desiti u partnerskom odnosu, u kojem je jedan od partnera evidentno depresivan i koji zahtijeva terapijsku pomoć da postoji komplementarna kognitivna struktura, koja je generator cirkularno depresivnog ponašanja (Pejović 1997). Brak je takodje i kulturna kategorija koja je u Crnoj Gori kao i u Zapadnim zemljama zasnovana na romantičnoj ljubavi koja je glavna odrednica i u mnogim drugim zemljama. Međutim, smatramo da je tradicionalni brak i tradicionalna porodična struktura i kohezije dovedena u pitanje, a neke od razloga možemo potražiti i u opredeljenjima za izbor partnera jer je za roditelje i rodjake, postao važan i ekonomski faktor, koji može uticati na bračnu odluku, pa osobe u takvom braku imaju nizak status u svojoj novoj porodici.

Nepovoljni socioekonomski status, može biti faktor rizika za pojavu depresivne simptomatologije. Takodje, navodi se u literaturi da prisustvo nasilja u porodici, može uticati na suicid kao i da žene posle ovog iskustva, pokušaju suicid (5-10%). Postoji saglasnost nekoliko studija koje su radile istopolnu seksualnu orijentaciju i njenu udruženost sa suicidalnošću (Qin i Agerbo 2003). Rezultati danske studije jasno pokazuju povećani suicidalni rizik za homoseksualce, međutim ovakav efekat je često bio potcijenjen iz razloga što su podaci bili dostupni samo zvaničnim registrima, i postojali su samo za period posle 1994. godine (Bagley i Aureli 2000). Uzeti zajedno, podaci pokazuju da tradicionalna porodična struktura može biti udružena sa nižim suicidalnim rizikom, međutim mi ne možemo odrediti da li je niži suicidalni rizik rezultat zaštitnih efekata braka i slično, ili je to odraz dobrog izbora partnera.

PRISUSTVO DJECE U PORODICI

Ova varijabla razmatra se u pogledu zaštitnih efekata koji donosi roditeljstvo i prisustvo djece u porodici. Prema podacima naše studije djecu je imalo 364 (68,7%) žena i 699 (65%) muškaraca. Djecu nije imalo 159 (30%) žena i 363 (33,7%) muškaraca. Podaci su bili nepoznati kod 1,3% žena i 1,3% muškaraca. Zaključci iz literature o polnim razlikama povezanim sa efektima bračnog statusa i roditeljstva kao protektivnog faktora, podržavaju Dirkemovu (1897) hipotezu da protektivni efekti braka za žene su zapravo efekti koje za njih donosi roditeljstvo. Ova hipoteza je takodje u saglasnosti sa takozvanim efektom privrženosti predloženim od strane Adama (1990). Ovo je potvrđeno i u Danskoj studiji da biti roditelj male djece, prije nego brak sam po sebi objašnjava zaštitne efekta braka za žene nasuprot pojave zaštitnih efekata braka za muškarce samog po sebi (Hawton 2000). Da dodamo da je protektivni efekat roditeljstva statistički značajno nadjen jedino za muškarce koji su imali djecu mlađu od dvije godine, a da je protektivni efekat ostao statistički značajan za žene sa djecom do šest godina starosti (Qin i sar. 2003), mnogo više nego kod onih koji su imali više djece starijeg uzrasta. Naši rezultati pokazuju da su osobe koje su realizovale suicid bile roditelji djece starije životne dobi. Ovi rezultati su u saglasnosti sa ranijim rezultatima istraživanja u Crnoj Gori da je 63,2% osoba koje su realizovale suicid, imalo djecu, od čega je 22,8% živjelo sa njima, dok je 40,4% imalo djecu i bilo u kontaktu sa njima, a 36,8% osoba nije imalo djecu, i da u odnosu prema polu nije zabilježena statistički značajna razlika (Injac 2006). U studiji Kapamadžije i sar. (1981) u Vojvodini bilo je 63% suicidanata koji su imali dvoje ili više djece, a njih sedmoro imalo je više od sedmoro djece. Ima i drugačijih izveštavanja koja pokazuju da prisustvo djece u porodici predstavlja zaštitni faktor za suicid, osim kod oboljelih od postpartalne psihoze (Rihmer i sar. 1991).

Naši zaključci o polnim razlikama povezanim sa efektima bračnog statusa i roditeljstva kao protektivnim faktorima rizika govore da je najveći broj osoba koje su realizovale suicid bili u braku i imali djecu starije životne dobi što ukazuje da roditeljstvo, bilo da je željeno ili ne, donosi porodične nesporazume, a nerijetko je jedini ili glavni motiv suicida.

ŠKOLSKA SPREMA

Školska sprema se dovodi u indirektnu vezu kao faktor suicidnog rizika, jer ona odredjuje socio-ekonomski status u društvu, te na taj način indirektno utiče na razvoj suicidnog rizika. Naša studija je pokazala dominaciju osoba sa srednjom školom. Sa osnovnom školom najviše je bilo ženskog pola bilo 294 (53,6%). Kod osoba muškog pola najzastupljenija je bila srednja školska sprema 657 (57,7%). Neobrazovanih, sa visokom školskom spremom i univerzitetskom diplomom bio je značajno manje kod oba pola. Naši rezultati takodje

pokazuju da je distribucija obrazovnog nivoa suicidanata statistički značajno različita od opšte populacije ($\chi^2=468,40$; $df=3$; $p<0,001$). Prema istraživanju Pekovića (2002) u Crnoj Gori je uočena prevalenca (24,76%) suicida kod suicidanata bez školske spreme i srednjoškolaca (31,5%) što govori u prilog da je populacija sa višim obrazovnim nivoom značajno manjeg rizika za suicid, odnosno da viši obrazovni nivo ima protektivnu ulogu. Nasuprot našim rezultatima, neke druge studije su zabilježile prevagu suicidanata bez obrazovanja i sa nižom školskom spremom (do 8 razreda) (Kapamadžija i sar. 1981).

ZAPOSLENOST

Zaposlenost uopšte se smatra protektivnim faktorom za suicid (Kaplan i Sadock 2000), a nezaposlenost i niski socioekonomski status dovode se u vezu u 35% slučajeva kao osnovni faktor rizika, a kao doprinoseći faktor u 60% slučajeva (Sainsbury 1995). U ukupnom uzorku naše studije zaposlenih je bilo 611 (37,1%), nezaposlenih je bilo 542 (32,9%), penzionera 430 (26,1%) i učenika i studenata 63 (3,8%). U odnosu na pol najveći broj osoba ženskog pola koje su realizovale suicid je bilo nezaposleno, 331 (61,4%). Zaposlenih žena je bilo 97 (18%), penzionisanih žena je bilo 87 (16,1%) i učenika/studenata ženskog pola 24 (4,5%). Najveći broj muškaraca, je bio zaposlen 514 (46,4%), nezaposlenih muškaraca je bilo 211 (19,1%), a penzionera je bilo 343 (31,0%) i učenika/studenata muškog pola je bilo 39 (3,5%). Nezaposlenih i penzionera muškog pola bilo je ukupno 554 (59%), što ukazuje na blagu prevagu u odnosu na osobe muškog pola koje su bile zaposlene. Nezaposlenih žena bilo je 61,4%, a penzionisanih žena 16,1%.

Suicid je nadjen u svim socio-ekonomskim nivoima, a najčešći je bio kod osoba ženskog pola koje su bile nezaposlene i kod zaposlenih muškaraca sa nižim socio-ekonomskim nivoom. Nije lako tumačiti povezanost između zanimanja (zaposlenosti) i pola, zato što su neki poslovi specifični i mnogo češe se pojavljuju kod jednog u odnosu na drugi pol. Rizik za suicid je uopšte veći među ljudima koji pate zbog ekonomskih stresora, kao što je nezaposlenost, niskih primanja ili finansijskih problema i lošeg zdravstvenog statusa. U Danskoj studiji Qin-a i sar. (2003) zaključci u pogledu efekta zaposlenosti i ekonomske moći na suicid se slažu sa drugim izvještavanjima da je većina osoba koje su realizovale suicid pripadala grupi nezaposlenih i penzionera. Ovi autori su našli da se suicidni rizik povećava sa stepenom nezaposlenosti kod muškaraca, ali ne i kod žena. Upoređujući visoki, niski i srednji nivo socio-ekonomskog statusa, oni su našli da srednji nivo socio-ekonomskog statusa značajno redukuje stopu suicidnog rizika kod žena, ali ne i kod muškaraca. Naši rezultati pokazuju da nezaposlenost i efekti niskih primanja povećavaju suicidni rizik i kod žena i kod muškaraca, ali da je nezaposlenost kod žena bila značajno više zastupljena (61,4%), u odnosu na (19,1%) nezaposlenost muškaraca. Ne raspoložemo sa podacima o visini prihoda zaposlenih, ali se kod muškaraca našeg uzorka može govoriti o efektima niskih primanja, s obzirom da se radi o muškarcima koji su u 57,7% slučajeva imali srednju školsku spremu koja limitira visinu dohotka, i sa tog aspekta ona je doprinoseći faktor suicidnog rizika. Poznato je da ekonomski stresori kao što su nezaposlenost i niska primanja povećavaju suicidni rizik više

kod muškaraca nego kod žena koji su označeni sa rezultatima ranijih studija (Qin i sar. 2000) i koje podržavaju hipotezu da se loš ekonomski status odražava mnogo više na muškarce nego na žene (Crombie i sar. 1990). Neke studije govore u prilog, da efekti socio-ekonomskih faktora na suicid mogu da budu precijenjeni kada raspodjela psihijatrijskih poremećaja nije uzeta u obzir. U studiji slučaja radjenoj na osnovu Danskog registra podataka stanovništva, je utvrđeno da su nezaposlenost, niska primanja i istorija mentalne bolesti koja zahtijeva hospitalizaciju, povezani sa povećanim rizikom od suicida (Qin i sar. 2000). Autori Danske studije su takodje potvrdili da su nezaposlenost, penzionisanje, usamljenost i odsustvo bolesti značajni faktori rizika. Dok se polemise jaka povezanost nezaposlenosti i suicidnog ponašanja (Plat i Hawton 2000), Danski zaključci su očigledni da su faktori profesionalne zaokupljenosti posebno važni u prevenciji suicida muškaraca. Povećanje profesionalne nestabilnosti se predlaže kao jedan od faktora koji doprinose nedavnom povećanju suicida kod mlađih muškaraca, ali ti podaci su dvosmisleni (Hawton 1998). U studiji Pekovića (2002) u Crnoj Gori (u periodu 1972-1981) domaćice su bile visoko ugrožene od suicida (32,50%), slede radnici sa 25,60% i penzioneri sa 14,76%, što su potvrdili i naši rezultati, odnosno da nezaposlene žene (domaćice) i danas prednjače medju realizovanim suicidima u Crnoj Gori, odnosno da je taj procenat sada dvostruko veći (61,4%), kao i kod radnika (37,1%) i penzionera (26,1%). Nepovoljni socio-ekonomski status može objasniti visoke stope suicida medju ovim grupama. Jašović-Gašić (2008, izjava za „Politiku“) kaže: „Gubitak posla je jedan od najstresogenijih faktora u životu jednog čovjeka, koji će uzdrmati psihu i vrlo stabilnih ljudi. Vrlo osjetljive, psihički nježnije osobe neće izdržati. Uskaćemo u način funkcionisanja Zapada, ali vrlo nepripremljeni. U Americi ljudi od malih nogu znaju da mogu da ostanu bez posla u svakom trenutku. To je i za njih veliki stres, ali ne takve težine kao za našeg čovjeka. Mi još živimo u pogrešnom ubjeđenju da smo time što smo se zaposlili u jednoj firmi sada spokojni, pa čak i kada na svom radnom mjestu ne radimo. Mnoge stvari moraćemo da učimo iznova, a za ovakve stresne situacije ljudi će morati da se pripremaju već kroz sistem obrazovanja“.

MJESTO IZVRŠENJA

Mjesta na kojima se realizuje suicid obično su skrivena, usamljena. Rezultati naše studije su pokazali da su oba pola podjednako često izvršavali suicid u stanu/kući (muškarci 55,4%, žene 56,4%, $\chi^2=0,17$; $df=1$; $p=0,684$). Muškarci su češće izvršavali suicid u dvorištu ili okolini u odnosu na žene (muškarci 28,5%, žene 23,6%, $\chi^2=4,79$; $df=1$; $p=0,029$). Muškarci su češće izvršavali suicid na poslu u odnosu na žene (muškarci 2,7%, žene 0,2%, $\chi^2=13,33$; $df=1$; $p<0,001$). Žene su češće izvršavale suicid u rijeci, jezeru, moru ili bistijerni u odnosu na muškarce (muškarci 6,4%, žene 14,4%, $\chi^2=30,82$; $df=1$; $p<0,001$). Muškarci su češće izvršavali suicid u automobilu u odnosu na žene (muškarci 1,4%, žene 0,0%, $\chi^2=8,27$; $df=1$; $p=0,004$). Žene su češće izvršavale suicid na pruzi u odnosu na muškarce (muškarci 0,6%, žene 1,6%, $\chi^2=4,14$; $df=1$; $p=0,042$). Ostala mjesta izvršenja su bila ređe zastupljena i nisu se statistički značajno razlikovala među polovima. Naši podaci su u saglasnosti sa rezultatima iz

našeg okruženja koji pokazuju da se najveći broj suicida dogodio u kući ili okolini (Kovačević 2004). Oba pola su podjednako često izvršavali suicid u stanu/kući. Muškarci su bili skloniji da izvršavaju suicid u dvorištu ili okolini, na poslu ili u automobilu. Žene su bile sklonije da izvršavaju suicid u rijeci, jezeru, moru ili bistijerni i na pruzi.

METOD IZVRŠENJA

Najčešće korišćeni metod suicida je bio vješanje (41,8%) i vatreno oružje (34,6%), a rjedje je korišćen metod utopljenje, skok i eksplozivne naprave.

U odnosu na pol, metod izvršenja suicida statistički je signifikantno različit kod muškaraca i žena. Muškarci su statistički značajno češće koristili vatreno oružje (45,7%), a žene su statistički značajno češće koristile vješanje (53,5%), skok sa visine (10,2%), utopljenje (15,3%) i trovanje (4,5%).

Upotreba vatrenog oružja kao metode suicida bila je statistički značajno zastupljenija kod muškaraca u odnosu na žene (45,7% u odnosu na 11,6%, $\chi^2=199,20$; $df=1$; $p<0,001$) i razlika je bila statistički značajna u svakoj pojedinačnoj godini ispitivanog perioda. Primijećen je statistički značajan pad zastupljenosti vatrenog oružja kao metode suicida kod muškaraca u toku 2000. godine u odnosu na 1999. godinu (sa 52,3% na 34,0%, $\chi^2=6,46$; $df=1$; $p=0,011$), dok kod žena nije bilo statistički značajne promjene (10,9% u obe godine, $\chi^2=0,00$; $df=1$; $p>0,999$). Zastupljenost vatrenog oružja kod muškaraca je zatim 2001. godine statistički značajno porasla u odnosu na prethodnu godinu (na 49,6%, $\chi^2=5,72$; $df=1$; $p=0,017$), dok kod žena i dalje nije bilo statistički značajne promjene (zastupljenost je 2001. godine iznosila 7,4%, $\chi^2=0,36$; $df=1$; $p=0,547$). U ostalim periodima nije bilo statistički značajnih promjena u učestalosti vatrenog oružja ni kod muškaraca ni kod žena. Međutim, nakon 2002. godine zapaža se linearni trend opadanja relativne učestalosti metode vatrenog oružja (kod muškaraca 3,4% godišnje $r^2=0,970$, $p=0,008$, a kod žena za 4,9% godišnje $r^2=0,976$, $p=0,005$).

Žene su statistički značajno više koristile vješanje kao metod (53,5% u odnosu na 33,2% kod muškaraca, $\chi^2=66,52$; $df=1$; $p<0,001$). Razlika među polovima je bila statistički značajna u svim godinama osim 1997. i 2000. Primijećen je statistički značajan porast učestalosti vješanja kod muškaraca u toku 2000. godine u odnosu na 1999. godinu (sa 27,9% na 47,6%, $\chi^2=7,65$; $df=1$; $p=0,006$), dok kod žena nije bilo statistički značajne promjene (sa 49,1% na 50,0%, $\chi^2=0,01$; $df=1$; $p=0,927$). U kontekstu vremenskih dešavanja tokom 1999. godine nad našom zemljom bila je izvršena „intervencija NATO snaga“, a brojne studije suicida govore da tokom ratnih dešavanja stopa suicida opada, a posebno suicida muškaraca koji svoje nagonske težnje sublimiraju kroz učešća u ratnim dešavanjima, a nakon završetka počinje da raste, čime se može objasniti ovaj porast učestalosti suicida kod muškaraca tokom 2000. godine u odnosu na 1999. godinu. U periodu od 2000. do 2002. godine zapaža se linearni trend opadanja relativne učestalosti metode vješanje kod muškaraca (12,9% godinje,

$r^2=0,996$), ali ne i kod žena. U periodu od 2002. do 2005. godine postoji linearni trend porasta relativne učestalosti ove metode (kod muškaraca 4,2% godišnje $r^2=0,724$, a kod žena za 5,1% godišnje $r^2=0,782$).

Žene su statistički značajno više koristile skok sa visine kao metod (10,2% u odnosu na 5,9% kod muškaraca, $\chi^2=10,57$; $df=1$; $p=0,001$). Razlika među polovima je bila statistički značajna samo u toku 1996. i 2001. godine.

Žene su statistički značajno više koristile utopljenje kao metod (15,3% u odnosu na 7,0% kod muškaraca, $\chi^2=30,16$; $df=1$; $p<0,001$). Razlika među polovima je bila statistički značajna u toku 1995, 1997, 2000, 2001 i 2004. godine.

Žene su statistički značajno više koristile trovanje tabletama kao metod (4,5% u odnosu na 1,3% kod muškaraca, $\chi^2=16,92$; $df=1$; $p<0,001$). Razlika među polovima je bila statistički značajna samo u toku 1997. i 2003. godine.

Zastupljenost ostalih metoda suicida (eksplozivna naprava, pregaženje, hladno oružje, ubodi i presjecanja vrata, rezanje vena, ugušenje, samospaljivanje, elektrokucija) nije se statistički značajno razlikovala kod muškaraca i žena (6,8% kod muškaraca i 4,9% kod žena, $\chi^2=2,47$; $df=1$; $p=0,116$).

I ranije studije suicida u Crnoj Gori (Peković 1994) u periodu 1972-1981. godine, su našle da je vješanje i ranije bio dominantan metod (47,86%), a da je sada došlo do manjeg opadanja u korišćenju ove metode (41,8%), dok je vatreno oružje bilo na drugom mjestu (23,81%), što je potvrđeno i našim rezultatima (34,6%), ali da je došlo do značajnog povećanja u korišćenju ove metode u odnosu na ranije periode. Redje korišćene metode su bile utopljenje i skok kao i prema našim rezultatima. Isti auto je našao da su muškarci statistički značajno češće koristili vatreno oružje (39,40%), a mi smo našli da je taj procenat 45,7%, dok su žene statistički značajno češće koristile vješanje, a mi smo zabilježili da su te vrijednosti 53,5%, a takodje skok sa visine (10,2%), utopljenje (15,3%) i trovanje (4,5%).

I muškarci (vatreno oružje) i žene (vješanje, skok sa visine, utopljenje) su češće koristili više nasilne metode suicida, a rjeđe su korišćene manje nasilne metode.

Kao i u drugim zemljama (Hawton i sar. 2001; Diekstra i Gulbinat 2004) muškarci su mnogo češće koristili vatreno oružje, a žene su češće koristile vješanje, skok i utopljenje kao metod suicida. I muškarci i žene su koristili trovanje, ali žene češće nego muškarci (4,5% u odnosu na 1,3% kod muškaraca, $\chi^2=16,92$; $df=1$; $p<0,001$). U odnosu na ovu metodu razlika među polovima je bila statistički značajna samo u toku 1997. i 2003. godine. Primjeri iz okruženja pokazuju razlike u učestalosti korišćenja suicidalnih metoda, pa je tako u Beogradu nadjeno da je kod oba pola najčešće korišćeni metod vješanje, davljenje i zagušenje (Nikolić-Balkoski i sar. 2006). U radu Grubišić-Ilić i Kozarić-Kovačić (2002) u Hrvatskoj pokazana je statistički značajna razlika u metodi izvršenja suicida izmedju oblasti koje su bile u ratu i onih koje nisu. Vatreno oružje i eksplozivne naprave su metode koje su korišćene najčešće u oblastima koje

su pod direktnim uticajem rata, dok je u oblastima koje su bile pod indirektnim uticajem rata, najčešće korišćeno vatreno oružje.

Činjenice govore da dostupnost vatrenog oružja u kući, povećava suicidalni rizik, nezavisno od drugih poznatih faktora rizika. Postoje jaki dokazi u literaturi da restrikcija raspoloživosti sredstava za suicid, može uticati na ukupan broj tj. na stopu suicida. Dobar primjer je Australija, gdje se nakon kontrole nad receptima izdatim za sedative, smanjila stopa suicida. Nakon toga je zaključeno, da je restrikcija pristupa sredstvima, značajna i efektna, samo ukoliko je to sredstvo rasprostranjeno. U SAD-u vatreno oružje je korišćeno kao metod u 60% suicida. Studija koja je radjena o suicidima u Njujorku za period od preko godinu dana, uporedili su samoubistva koja su realizovana skakanjem, sa drugim samoubistvima. Uporedili su demografske, kulturalne i psihološke karakteristike samoubistava skakanjem sa karakteristikama samoubistava trovanjem, pucanjem i vješanjem. Postavili su hipotezu da bi samoubistva skakanjem imala različite karakteristike i nakon kontrolisanja mjesta koja se koriste za skakanje (Prospekt svetske populacije 1996). Ovo govori u prilog činjenici, da je za određenu grupu individua skakanje najprihvatljiviji metod suicida i da limitirajući pristup ovoj metodi može dovesti do smanjenja broja suicida. Što se tiče metoda kod žena one se okreću, vješanju, skakanju sa visokih zgrada, u stanjima jakih očajanja. Medjutim, najveći problem u brojnim industrijalizovanim zemljama, kao i u našoj zemlji, je porast suicida vješanjem. Pristupi sa ciljem limitiranja pristupa vezivanju i vješanju ima glavnu ulogu u svakodnevnom životu, izgleda nažalost bez uspjeha sa izuzetkom kontrolisanja okruženja u bolnicama i zatvorima. Alternativni pristupi prevenciji vješanja su urgentna potreba, posebno iz razloga epidemijskog porasta u upotrebi, posebno među mladim ljudima.

PSIHIJATRIJSKO LIJEČENJE

Psihijatrijsko liječenje je bilo kod 30% učesnika, dok 70% nije bilo psihijatrijski liječeno. Savremene studije su pokazale da je više od 90% slučajeva realizovanog suicida ispunjavalo kriterijume za psihijatrijski poremećaj (Isometsä i sar. 1995; Conwell i sar. 1996). Ovi zaključci su doneseni na osnovu ispitivanja povezanosti između mentalnih bolesti i psihičkih poremećaja retrospektivnim sakupljanjem detaljnih informacija od strane intervjuista i informatora (metodom psihološke autopsije) ili praćenjem stanja mentalno oboljelih i prikupljanjem incidence suicida (studije stanovništva). U pogledu činjenice da ljudi sa psihijatrijskim poremećajima mnogo češće realizuju suicid (Harris i Barraclough 1997), upućuje na mogući zaključak da se predispozicija za suicidalno ponašanje prenosi kroz porodicu kao crta koja je zavisna od psihijatrijskog poremećaja. Na osnovu ovih činjenica naši zaključci govore o nedovoljnom procentu psihijatrijski liječenih osoba koje su realizovale suicid u Crnoj Gori, a mogući razlozi mogu se naći u još uvijek jako prisutnoj stigmatizaciji mentalno oboljelih i njihovih porodica. Žene su statistički značajno češće psihijatrijski liječene u odnosu na muškarce (36,3% žena i 26,9% muškaraca, $\chi^2=15,86$; $df=1$;

$p < 0,001$). Više žena nego muškaraca traži pomoć od ljekara opšte prakse za probleme mentalnog zdravlja. Ovo vjerovatno objašnjava činjenicu zašto se pojavljuju benefiti od obrazovnih programa u prepoznavanju i tretmanu depresije od strane ljekara opšte prakse na švedskom ostrvu Gotland koje je bilo potvrđeno kod žena, i to više kod onih koje su bile liječene od depresije, a prema rezultatima ove studije samo nekoliko njih je realizovalo suicid (Rutz i sar. 1992). Da je poboljšano prepoznavanje i upravljanje psihijatrijskim poremećajima nesumnjivo ključni faktor u prevenciji suicidnog ponašanja kod muškaraca, a takodje i kod žena, ima sve više dokaza. Danska studija Qin-a i sar. (2000) je potkrijepila da promjene u socio-ekonomskim uslovima su takodje veoma relevantan faktor u prevenciji suicida muškaraca.

DOBA DANA

Muškarci su statistički značajno češće realizovali suicid noću u odnosu na žene (13,7% muškaraca i 7,8% žena, $\chi^2=9,88$; $df=1$; $p=0,002$). Ali ima i drugačijih rezultata prema kojima su npr. visoke stope realizovanog suicida zabilježene tokom dana i za muškarce i za žene (stope žena 2.9, stope muškaraca 6.6), a takodje je navedeno da je moguće da se to ne može precizno uzeti u obzir zbog toga što je u izveštajima islednika upisano vrijeme kada je zapravo tijelo nadjeno (Nikolić-Balkoski i sar. 2006).

DAN U NEDJELJI

Naši rezultati pokazuju da su dani kada je broj suicida bio veći od očekivanog utorak i subota. Utvrđeno je međutim da se suicidi obično realizuju tokom prve polovine nedjelje, ali ima i studija koje govore da su srijeda i nedjelja najrizičniji dani za suicid (Kapamadžija i sar. 1981).

MJESEC

Češće izvršenje suicida se očekuje u proljeće i u jesen kod oba pola. Takođe je poznato i da stopa suicida raste u periodu od januara do jula, a zatim opada. Najveći broj suicida realizuje se tokom maja, što se tumači egzacerbacijom psihijatrijskih obolenja uz veću učestalost kriminogenih radnji u tom periodu godine. Naša studija je pokazala da je broj suicida bio veći od očekivanog od aprila do avgusta ($\chi^2=36,61$; $df=11$; $p < 0,001$) što se razlikuje u odnos na postojeće studije, te da ststistički značajne razlike nije bilo između polova. Međutim najniže stope suicida su zabilježene u decembru i mogu se objasniti posljedicama porodična okupljanja tokom praznika. Prema ranijim istraživanjima u Crnoj Gori taj period se kretao

počev od februara sa kulminacijom u maju, padom tokom juna i ponovnim porastom tokom jula (Peković 2002). Broj suicida prema ovom autoru opada tokom novembra tj. krajem i početkom godine, što su potvrdili i naši rezultati.

MOTIVI

Različiti razlozi objašnjavaju suicidalnu akciju u podesnom terminu, u odnosu na okruženje, da pojedinci donesu odluku o tome ili pripreme to mjesto. Razlozi se koriste da objasne početak akcije sa početnom namjerom prije toga. U suicidološkoj literaturi ima konfuzija oko pojmova razloga, motiva i namjere u objašnjenju zašto su pojedinci zauzeti suicidalnim ponašanjem. Termin motiv će se u prezentovanoj tezi koristiti da opiše razloge za suicid. Ipak, izgleda da postoji neka povezanost između motiva i psiholoških i psihijatrijskih karakteristika: Williams (1986) je objavio da je visoki nivo beznadežnosti kod pacijenata koji su pokušali suicid nadjen kao motiv bjekstva koji je bio centralni, dok je niži nivo beznadežnosti kod pacijenata mnogo češće dao interpersonalne motive kao što su traženje pomoći, pokazivanje nekome ljubavi, ili pravljenje nekome osjećanja krivice. Kasnije studije su ipak saopštavale da je želja za smrću više povezana sa depresijom i drugim unutrašnjim problemima.

Prema rezultatima našeg uzorka najčešći razlog suicida bila je mentalna bolest kod 31,7% osoba. Alkoholizam i narkomanija su bili razlog kod 6,5%, tako da su psihičke bolesti bile prisutne kod 38,2% osoba koje su realizovale suicid.

Drugi razlog po učestalosti je somatska bolest (30,6%), slede konflikti (11,1%), socijalni problemi (9,8%), emotivni problemi (3,6%), gubitak člana porodice (3,0%), razvod (1%), ostalo (hendikep i invalidnost, slab uspjeh u školi, ubistvo i samoubistvo), (1,5%) i razno (1,1%).

U odnosu na pol *mentalna oboljenja* su bila statistički značajno češći razlog suicida kod žena (41,2%), dok je kod muškaraca mentalna bolest bila razlog kod 27,0% ($\chi^2=33,99$; $df=1$; $p<0,001$). I ovi zaključci pokazuju da je značajno manji procenat osoba nadjen sa mentalnim bolestima u odnosu na često izvještavane zaključke da je više od 90% svih osoba koje su realizovale suicid patilo od psihijatrijskog poremećaja u vremenu smrti. Ovakvi zaključci u pogledu broja liječenih u našoj studiji su vjerovatno iz razloga što je u izvještajima uglavnom notirano bolničko liječenje. Istorija psihijatrijske bolesti ima jači suicidalni rizik kod žena nego kod muškaraca, kao i da porodična istorija suicida povećava suicidalni rizik nešto više kod žena nego kod muškaraca (Qin 2003). Istraživanje porodične povezanosti suicidalnog ponašanja i psihijatrijskih poremećaja u realizovanim suicidima i u pokušajima suicida je prikazana u brojnim studijama i kod adolescenata i kod starijih žrtava suicida (Brent i sar. 1994; Murphy i Wetzel 1982; Gould i sar. 1996). Danska studiji Qina i sar. (2003) je pokazala da postoji statistički značajna razlika između polova u odnosu prema uticaju ranije psihijatrijske hospitalizacije na suicid, za koju je pokazano da povećava suicidalni rizik značajno više kod žena nego kod muškaraca. Međutim ovi zaključci ne znače da su žene sa psihijatrijskim

poremećajem za koji je potrebna hospitalizacija imale veći suicidalni rizik nego muškarci sa istim, iz razloga što je suicidalni rizik u opštoj populaciji niži kod žena nego kod muškaraca.

Isti autori su evidentirali porast dva porodična faktora koji povećavaju suicidalni rizik, posebno onog koji donose efekti statusa psihijatrijskog liječenja i od drugih faktora prilagođavanja koji nastupaju nakon psihijatrijskog liječenja, međutim ovi zaključci se mogu primijeniti samo u slučaju mladih ljudi, jer kod starijih ljudi u ovoj studiji je postojala rijetka povezanost sa njihovim rođacima. Međutim njihovi zaključci predlažu da se porodična povezanost sa suicidalnim ponašanjem može očekivati jedino sa porodičnim prenošenjem mentalne bolesti, ali ipak u manjem procentu. Ovakve zaključke smo nalazili i u drugim studijama (Qin i sar. 2002). Da dodamo da je primijećen značajan uticaj na prenošenje porodične istorije suicida kod žena, mada u manjem obimu i da se s tog aspekta mogu objasniti polne razlike u reakcijama prema tugovanju kod žena (Cleiren i sar. 1994).

Prema navodima iz literature psihički poremećaji povećavaju suicidalni rizik čak za 12 puta. Depresivna stanja i oboljenja povećavaju rizik čak 14 do 16%. Oko 13% osoba sa shizofrenijom realizuju suicid. U SAD-u je utvrđeno da su više od polovine osoba koje su pokušale suicid bile depresivne. Afektivni poremećaji su udruženi sa visokim povećanjem suicidalnog rizika. Rizični faktori za suicid mogu varirati od dijagnoze do dijagnoze i između grupa, u zavisnosti od kvaliteta ocjenjivanja tretmana i od zemlje do zemlje.

Somatska bolest je bila drugi razlog po učestalosti za suicid (30,6%) u našoj studiji. Kao razlog suicida, somatska bolest je bila podjednako zastupljena i kod muškaraca i kod žena (30,5%, odnosno 31,0%, $\chi^2=0,23$; $df=1$; $p=0,629$). Lošiji status opšteg zdravlja prije nego psihijatrijski poremećaj je takodje značajan faktor rizika za suicid. Naši zaključci su u saglasnosti sa zaključcima drugih studija (Harris i Barraclough 1994) da somatske bolesti mogu povećati suicidalni rizik, a i u saglasnosti su sa drugim istraživanjima da su mentalni poremećaji, somatske bolesti, interpersonalni i finansijski problemi, glavni izvještavani razlozi (Zacharakis i sar. 2005). Svakodnevni život, zdravorazumska logika, ljudsko iskustvo i literatura govore da je izlaz iz bola usled hroničnih bolesti - suicid. Međutim, istraživanja pokazuju da su stadijum oboljenja i snaga bola, manje odlučujući u suicidu od sposobnosti podnošenja bola, njegove kontrole i spremnosti društvene sredine da bolesniku pruži potporu i podršku. Prema savremenoj literaturi među somatskim bolestima kao faktorima rizika najvažnije mjesto zauzimaju maligne bolesti, HIV/AIDS, peptički ulkus, hemodijaliza, sistemski lupus eritematosus, bolni sindromi, funkcionalna oštećenja i oboljenja nervnog sistema. Najnovija istraživanja pokazuju tijesnu povezanost između malignih bolesti i suicida. Da bi odredili da li visoki skor na Upitniku zdravstvenog stanja pacijenata-9 (PHQ-9) koji ukazuje na suicidalnost, Walker i sar. (2009) su kod ambulantnih bolesnika koji boluju od malignih oboljenja analizirali anonimne podatke (sa etičkim odobrenjem) koji su sakupljeni u rutinskom kliničkom ocjenjivanju upitnikom za samopopunjavanje i telefonskim intervjuom sa pacijentima koji su posjećivali Centre za maligne bolesti u UK. Kompletni podaci su urađeni kod 330 pacijenata. Oni sa visokim skorom su mnogo češće bili suicidalni i tokom samog intervjua. Međutim, znatan broj njih sa skorom od 1. poena takodje su bili suicidalni, s tim da je visoki skor na PHQ-9 pokazao visoku vjerovatnoću da su pacijenti suicidalni. Međutim, i pacijenti čiji je skor bio 1. takodje mogu biti suicidalni i oni zahtijevaju

dalje ocjenjivanje. Ovo istraživanje pokazuje značajan uticaj malignih bolesti na razvoj suicidalnosti.

Alkoholizam i narkomanija su bili statistički značajno češći razlog za suicid kod muškaraca 8,5%, a kod žena 2,5%, ($\chi^2=19,74$; $df=1$; $p<0,001$). Poznato je da alkoholizam povećava suicidalni rizik. Približno 25% osoba koje realizuju suicid su bili intoksicirani alkoholom, a oko 60% slučajeva pokušaja suicida su posledica uzimanja alkohola prije pokušaja. Naši zaključci pokazuju manji procenat alkoholisanih u odnosu na opšte zaključke, ali su saglasni u pogledu polnih razlika sa drugim studijama (Arsenault-Lapierre i sar. 2004), koje su potvrdile da je rizik za alkohol i drugim supstancama uzrokovani problemi, poremećaji ličnosti ili poremećaji u djetinjstvu, bio viši kod muškaraca, nasuprot suicidima kod žena. Milčinski (1972) je našao da je među muškarcima bilo 56,9% alkoholičara. Sa druge strane, rizici od depresivnih poremećaja ili nekih afektivnih poremećaja su nadjeni niži kod muškaraca. Ranija istraživanja u Crnoj Gori govore da je procenat realizovanih suicida zbog alkohola bio 7,5%. (Peković 1995). Kapamadžija i sar. (1981) su našli alkoholizam kod ukupno 41% osoba, i to toksikomanski kod 23%, a netoksikomansko kod 18% osoba koje su realizovale suicid. Učešće alkoholičara u suicidima, prema aktuelnoj literaturi, kreće se između 6 i 40%. U radu Selaković i sar. (1981) na području Vojvodine taj procenat iznosi od 40-50% kao i da alkoholičari samoubistvo najčešće izvršavaju u situacijama kada se javi griža savjesti zbog dugogodišnjeg pijenja i posledica koje je to pijenje donijelo: rasturena porodica, problemi na poslu, socijalna degradacija. Uz alkoholizam se vrlo često javlja i depresija. Mnogi smatraju i sam alkoholizam vidom produženog, hroničnog samoubistva.

Učestalost *socijalnih problema* kao razloga suicida nije bila statistički značajno različita kod muškaraca i žena (10,5%, odnosno 8,5%, $\chi^2=1,32$; $df=1$; $p=0,250$). Novije studije su pokušale da osvijetle nedostatke nekih ranijih, studija suicida kada su u pitanju socijalni faktori i faktori zdravstvene zaštite. Učestalost socijalnih problema povezuje sa povećanim brojem razvoda, smanjenim brojem sklopljenih brakova, povećanjem onih sa niskim, neujednačenim ili neredovnim primanjima. Navedene promjene prema našim rezultatima imale su podjednake efekte na suicide kod oba pola. Moguće je da su ove promjene uticale i na opadanje nivoa socijalne integracije, i za koje kako Dirkem predlaže: “Ima, nakratko, nešto u spajanju i animiranju društva, konstantnim razmjenama ideja i osjećanja jednih prema drugima, nešto slično zajedničkoj moralnoj podršci, gdje se umjesto predavanja individualnosti i sopstvenim kapacitetima, ide ka dijeljenju kolektivne energije i podršci ventiliranju“. Rutter i Smith (1995) se pozivaju na teorije koje su istraživane, da su promjene moralnog koncepta i sistema vrijednosti među uzrocima koji povećavaju psihosocijalne poremećaje. Posebno “promjene individualnih vrijednosti, isticanje povećane samorealizacije i ispunjenja, kao posledicu imaju porast očekivanja”. To je verodostojno utvrđeno, da povećanje individualnosti vodi povećanom riziku, posebno za mlade ljude u periodima tranzicije”.

Učestalost *emotivnih problema* kao razloga suicida nije bila statistički značajno različita kod muškaraca i žena (3,9%, odnosno 3,1%, $\chi^2=0,53$; $df=1$; $p=0,466$). Naši zaključci su usmjereni prema dvijema veoma različitim hipotezama: Da suicidi mladih predstavljaju

“ostrvo patnji i okean sreće”, ili “vrh ledenog briega patnji”. Doslednost Dirkemovih teorija suicida, dokaz je da se na povećanje suicida kod mladih odražava neuspjeh društva, da obezbijedi pogodniji položaj ili dodatne izvore socijalnog identiteta, a suprotna očekivanja će promovisati nerealne i neprikladne prikaze individualnih sloboda i samostalnosti. Razvojne krize, životni konflikti, sve do gubitka partnera, značajno povećavaju broj suicida.

Interpersonalni konflikti su bili statistički značajno češći razlog kod muškaraca (13,0%, kod žena 7,3%, $\chi^2=10,34$; $df=1$; $p=0,001$). Interpersonalni konflikti su manje izvještavani u studijama realizovanih suicida, a više u studijama pokušaja suicida. Jedan od najkorisnijih indikatora suicida je prisustvo ozbiljnih interpersonalnih konflikata koji se pojavljuju u 11,1% osoba koje su realizovale suicid u našoj studiji, kao i da su statistički značajno češći kod muškaraca. Ovaj procenat je bio statistički manji od do sada izvještavanih kao što su studije pokušaja suicida, gdje su interpersonalni konflikti nadjeni i do 78% (Richard i sar. 1999). Još su klasične teorije elaborirane od strane Henrija i Shorta (1954), obezbijedile divan primjer da je osnovna psihološka pretpostavka, koja je jednostavna, da je frustracija u pozitivnoj korelaciji sa agresijom i ljudi pripisuju odgovornost za njihovu frustraciju bilo spoljašnjim ili unutrašnjim faktorima, ali i da spoljašnji atributi određuju agresivne čineve koji su orjentisani prema drugima (homicid) i unutrašnje attribute orjentisane agresivnim aktima prema sebi (suicid). Negativni razvoj ekonomije u društvu povećava frustraciju među individuuama, a samim tim posleđično i broj agresivnih činova. Promjene u socioekonomskom statusu u periodu od 90-tih naovamo kao što su rat u okruženju, ekonomska kriza, sankcije UN, period tranzicije (zatvaranje fabrika, gubitak posla, naglo socijalno raslojavanje), NATO intervencija 1999, doveli su do značajnih promjena i u našem društvu (nezaposlenost, finansijski gubici, oskudna primanja), koje su se poslednjih godina posebno odrazile na muškarce.

Učestalost razvoda kao razlog suicida nije bila statistički značajno različita kod muškaraca i žena (0,8%, odnosno 1,3%, $\chi^2=1,38$; $df=1$; $p=0,240$).

Gubitak člana porodice kao razlog suicida bio je više zastupljen kod žena, ali razlika nije dostigla prag statističke značajnosti (2,6% kod muškaraca, a 4,0% $\chi^2=2,83$; $df=1$; $p=0,092$). I druge studije su pokazale da među porodičnim gubicima, gubitak djeteta povećava suicidalni rizik i kod muškaraca i kod žena i da je relativni rizik bio posebno povećan kada su postojali i drugi faktori rizika (Qin i sar. 2003), što su pokazali i naši rezultati. Prema istim autorima, relativni rizik opada kada su djeca bila starijeg uzrasta, ali smrt suicidom starijeg djeteta takodje pokazuje jaku povezanost sa suicidalnim rizikom roditelja, a posebno majki. Osim toga nadjen je ekstremno visok rizik za suicid u toku prvog mjeseca nakon gubitka djeteta (Qin i sar. 2003).

Ostali povodi za suicid su bili rijetki i nisu se statistički značajno razlikovali među polovima.

Nije bilo statistički značajne razlike između muškaraca i žena u faktorima kao što su somatska bolest, socijalni problemi, razvod braka kao i kod ostalih faktora.

Prema podacima naše studije *prethodni pokušaj suicida* je bio češći kod žena u odnosu na muškarce, ali razlika nije dostigla prag statističke značajnosti (muškarci 11,2%, žene 16,8%, $\chi^2=3,30$; $df=1$; $p=0,069$). Ovaj činilac smo više puta spominjali kao nedvosmisleni korelat suicida. Poznata je povezanost između ženskog pola i pokušaja suicida (Schmidtke i sar. 1996; Beutrais 2002). Mnogi autori zastupaju i tezu da neuspjeli pokušaji suicida imaju prevashodno „apel“ funkciju. Ipak, statistika je neumoljiv pokazatelj: retrospektivna psiholoska analiza je pokazala da 20-65% realizovanih suicida ima prethodnu istoriju pokušaja, kao i da je mentalni poremećaj snažno povezan sa onima koji su pokušali suicid (Cavanagh i sar. 2003). Predloženo je da su pokušaji suicida kod žena mnogo češće zasnovani na ne-suicidnoj motivaciji i da su one naviknute na opasnosti u komunikaciji ili se privikavaju na ponašanja i reakcije od strane drugih ljudi (Hawton i sar. 2000). Kulturološki se suicidalne ideje i pokušaji suicida više povezuju sa „ženstvenošću“, a da ubiti sebe se smatra „muškošću“ i „snagom“ - kao racionalan odgovor na nesreće. Žene koje pokušavaju suicid ga uglavnom ponavljaju i mnogo češće koriste samotrovanje. Kod muškaraca samooštećujuća ponašanja su mnogo češće udružena sa visokom suicidalnom namjerom i češće odražava nedijagnostifikovani mentalni poremećaj.

Medju pokušajima suicida najčešće prisutne dijagnoze su poremećaji ličnosti, a komorbiditet graničnog poremećaja ličnosti je zabilježen kod 48-55% (Bongar i sar. 1990; Söderberg 2001). Nadjeno je da postoji značajna povezanost između poremećaja kontrole impulsa (Iliev i sar. 2000) i pokušaja suicida. Prije njih su Suominen i sar. (1996) objavili da je najmanje jedan poremećaj dijagnosticiran u 98% pokušaja suicida i da su depresivni sindromi češći među ženama, dok je zavisnost od alkohola, češća zajednička dijagnoza među muškarcima, a takodje u pokušajima suicida su češće bili prisutni poremećaji ličnosti i istorija prethodnog pokušaja suicida, kao i veći broj psihijatrijskih liječenja u poređenju sa kontrolnim subjektima. Međutim, pokušaji suicida nisu se razlikovali u pogledu suicidalne namjere, beznadežnosti, letalnosti ili impulsivnosti između subjekata sa ili bez dijagnoze poremećaja ličnosti. U Americi su na osnovu Nacionalne studije Komorbiditeta (NCS) Kessler i sar. (1999) našli, da su faktori rizika kod pokušaja suicida značajno vezani za ženski pol, i to kod onih koje su ranije bile u braku (razvedene ili udovice), kod onih koje su nedavno rodjene (godina rođenja 1966-1975) i imaju nizak obrazovni nivo. U ponavljanom istraživanju, nadjeno je da su sa pokušajem suicida povezane žene mlađe starosne dobi i osobe koje su ranije bile u braku i koje u odnosu na muškarce imaju stalno višu stopu pokušaja suicida u većini zemalja. Takodje Borges i sar. (2006) i Zahl i Hawton (2004), navode da je prethodno samopovređivanje jak indikator budućih pokušaja suicida. Istraživanje praćenja suicidalnog mortaliteta sprovedeno je na 11 583 pacijenata koji su pregledani u Opštoj bolnici u Oksfordu u Velikoj Britaniji od 1978 do 1997 godine (Hawton i sar. 2003). Praćenjem ove kohorte sprovedeno je ispitivanje rizika od smrti zbog različitih uzroka tokom perioda praćenja od 3 do 23 godine (Hawton i sar. 2006). Od ukupne kohorte umrlo je od suicida ili vjerovatnog suicida 1185 (10,2%) i taj procenat je bio 2,2 puta veći od očekivanog broja, sa značajno većim procentom muškaraca nego žena (Hawton i sar. 2006). Najčešći metod suicida bio je trovanje, sa malim razlikama između polova u raspodjeli između ove i drugih metoda suicida (Hawton i sar. 2003). Sokero i sar. (2003) su objavili da ozbiljnost depresije i aktuelne zavisnosti od alkohola ili zloupotrebe supstanci, posebno kod mlađeg uzrasta, nizak nivo

socijalne i profesionalne funkcionalnosti može nezavisno predvidjeti pokušaj suicida među psihijatrijskim bolesnicima sa dijagnozom MDP prema DSM-IV klasifikaciji. U skorijoj studiji radjenoj u Finskoj od 5 do 8% onih koji su pokušali suicid su i realizovali suicid u toku perioda praćenja, a najviši rizik od suicida je bio u toku prve godine nakon pokušaja suicida (Suominen i sar. 2004a; 2004b).

Saopštavanje suicidalnih namjera-*najava suicida*, je očigledan znak suicidalnog rizika, ali i odsustvo ne znači da nema rizika. Suicidna komunikacija je fokus istraživanja u svim studijama psihološke autopsije.

Medjutim, šta precizno predstavlja „saopštavanje suicidalne namjere“ je dvosmisleno i izvještaji žrtava koje su saopštavale njihovu namjeru široko variraju. Jedino, ako se radi o veoma eksplicitnoj izjavi koja uključuje namjeru, onda je ta pojava nadjena kod jedne trećine ili jedne polovine svih žrtava koji su njihove namjere saopštili porodici, (i grubostima slične namjere, koje su različite kod različitih subjekata) i zdravstvenim profesionalcima u toku nekoliko mjeseci prije kraja (Barracough i sar.1974; Isometsä i sar.1995)

Za realizovani suicid „saopštavanje namjere“, nije vremenski usko povezano sa samim činom. Ovo je moguće zato što odluka o oštećujućem ponašanju je donesena i osoba se plaši da je neko ne bi u tome poremetio. Naprimjer od 100 osoba koje su realizovale suicid u Finskoj, a koje su se javile ljekarima na dan suicida tokom 1987-88 godine, 21% od njih je saopštilo svoju namjeru (Isometsä i sar.1995). Da li putevi koji vode do realizovanog suicida upravo ne uključuju uobičajeno saopštavanje suicidalne namjere tokom poslednjeg dana posjete doktoru ili je osoba ambivalentna u odluci da traži pomoć kontaktirajući profesionalce, i tom slučaju ovo traženje pomoći može izostati.

Naši zaključci u pogledu najave suicida je da su žene statistički značajno češće najavljivale suicid u odnosu na muškarce (muškarci 23,8%, žene 43,4%, $\chi^2=9,16$; $df=1$; $p=0,002$). Saopštavanje suicidalnih ideja i najava suicida je mnogo češće kod žena u odnosu na muškarce. Medjutim, suicidalne namjere muškaraca su veće, tako da njihovi pokušaji suicida imaju tendenciju da budu smrtonosniji u odnosu na većinu žena. (Haw i sar. 2003).

FAKTORI SUICIDNOG RIZIKA: POLNE RAZLIKE

Mnogi faktori rizika su statistički značajni za oba pola. Statistički značajne razlike u faktorima rizika su nadjene kada su upoređivani slučajevi suicida muškaraca i žena.

Socio-demografski faktori rizika su imali značajan uticaj na povećanu stopu suicida. U nekoliko posljednjih godina u našem društvu su se desile značajne socioekonomske promjene-period tranzicije. Ljudi su živjeli u stanju prolongiranog stresa, koji postaje njihova realnost. U tom kontekstu stres je bio emocionalni i finansijski, psihološki i fizički (Nikolić-Balkoski i sar. 2006). Transformacije u porodičnim odnosima, nedostatak porodične kohezije, otežano prevazilaženje kriznih perioda, smanjena podrška i pomoć od strane najbližih, su činovi koji ne djeluju protektivno za suicid.

Naše istraživanje je pokazalo da je u periodu od 1995-2005 godine prosječna stopa mortaliteta od suicida u Crnoj Gori bila 23.1/100.000 stanovnika., što govori o povećanju stope u odnosu na ranije dekade. Najveći broj suicida realizovan je u urbanoj sredini 1213 ili 68,7%, dok je u ruralnoj sredini realizovano 545 ili 30,9%.

Geografske specifičnosti su drugi izvor varijacija koji pokazuje da je najviša stopa suicida u Pljevljima (54,3), Plužinama (46,8), Cetinju, Žablaku, Šavniku i Kolašinu (po 36,9), Nikšiću (35,7), Kotoru (35,3), Andrijevići (34,6) i Danilovgradu (33,0). Najniža stopa suicida je u Rožajama (8,8), Plavu (13,2), Baru i Ulcinju (po 13,9). Stope suicida u pojedinim gradovima, posebno onim sa visokom stopom, su dostigle dvostruko više vrijednosti u odnosu na ranije dekade. Od ukupno 1771 uključenih, učesnici u studiji su bili starosne dobi od 13 do 99 godina, prosječne dobi 50,92 (SD 18,66). Muškog pola je bilo 1195 ili 67,5%, a ženskog pola 576 ili 32,5%. Ovakva zastupljenost polova statistički značajno odstupa od distribucije polova u opštoj populaciji Crne Gore. Prosječna starosna dob bila je za muškarce 49,34 (SD18,20), a za žene 54,19 (SD19,19), t.j. suicidi žena koji su obradjeni u studiji, pokazivali su tendenciju da budu starijih godina.

Srednje uzrasno standardizovane stope su bile 2,3 puta više kod muškaraca u odnosu na žene. Srednje uzrasno standardizovane stope suicida kod muškaraca su bile 32.9/100,000, a srednje uzrasno standardizovane stope kod žena su bile 14.1/100,000. Srednje uzrasno specifične stope muškaraca su bile više nego srednje uzrasno specifične stope žena u svim dobnim grupama.

Prema trendu kretanja suicidalnih stopa postoji rastući trend stopa za muškarce, ali ne i za žene. Najveći broj učesnika je bio u braku (62,2%), a u odnosu na pol učešće osoba koje su bile u braku je bilo ujednačeno.

Djecu je imalo ukupno 66,2% osoba, a u odnosu na pol, procenat osoba koje su imale djecu je bio ujednačen.

Kod učesnika je dominirala srednja školska sprema. Najveći broj muškaraca je bio sa srednjom školom (57,7%), a najveći broj žena je bio sa osnovnom školom (53,6%).

Zaposlenih je bilo (37,1%), nezaposlenih (32,9%) i penzionera (26,1%). Najveći broj osoba ženskog pola je bio nezaposlen (61,4%), a najveći broj muškaraca, je bio zaposlen (46,4%) ili u penziji (31,0%).

Somatska bolest je bila podjednako zastupljena i kod muškaraca i kod žena. Učestalost razvoda kao razlog suicida nije bila statistički značajno različita kod muškaraca i žena. Dani kada je broj suicida bio veći od očekivanog su utorak i subota. Period u toku godine kada je broj suicida bio veći od očekivanog je od aprila do avgusta. Oba pola su podjednako često izvršavali suicid u stanu/kući.

Osnovna poredjenja pola su pokazala da su:

1. Ženski suicidi koji su obradjeni u studiji, pokazivali tendenciju da budu starijih godina u odnosu na muškarce.
2. Mentalna oboljenja su bila statistički značajno češći razlog suicida kod žena.
3. Suicidne metode-vješanje, skok, utopljenje i trovanje tabletama su bile statistički značajno češće zastupljene kod ženskog pola.
4. Žene su statistički značajno češće psihijatrijski liječene u odnosu na muškarce.
5. Žene su statistički značajno češće najavljivale suicid u odnosu na muškarce (muškarci 23,8%, žene 43,4%, $\chi^2=9,16$; $df=1$; $p=0,002$).
6. Gubitak člana porodice kao povod suicida bio je više zastupljen kod žena, ali razlika nije dostigla prag statističke značajnosti
7. Žene su češće pokušavale suicid u odnosu na muškarce, ali razlika nije dostigla prag statističke značajnosti (muškarci 11,2%, žene 16,8%, $\chi^2=3,30$; $df=1$; $p=0,069$).
8. Žene su češće izvršavale suicid u rijeci, jezeru, moru, bistijerni i na pruzi u odnosu na muškarce. Faktori koji su uticali na suicidalni rizik kod muškaraca su:
 1. Alkoholizam i narkomanija su bili statistički značajno češći kod muškaraca.
 2. Upotreba vatrenog oružja kao metode suicida bila je statistički značajno zastupljenija kod muškaraca.
 3. Muškarci su statistički značajno češće izvršavali suicid noću.
 4. Interpersonalni konflikti su bili statistički značajno češći povod kod muškaraca.
 5. Muškarci su češće izvršavali suicid u dvorištu ili okolini, na radnom mjestu i u automobilu.

II DIO:

Drugi dio studije je urađen na individualnom nivou. Cilj II dijela je da se primjenom Metode psihološke autopsije, analiziraju socio-demografske, psihopatološke i sa suicidom povezane varijable u realizovanim suicidima u odnosu na pol.

Metodom psihološke autopsije u našoj studiji je istraženo i ocijenjeno 50 varijabli: 10 socio-demografskih, 9 sociopatoloških, 22 varijable psihopatološke i somatopatološke prirode i 9 varijabli vezanih za okolnosti i karakteristike suicidnog čina.

SOCIO-DEMOGRAFSKI PODACI

Metoda psihološke autopsije je obuhvatila ukupno 83 osobe koje su realizovale suicid, i to 62 muškarca (74,7%) i 21 ženu (25,3%). Na uzorku na kome je urađena psihološka autopsija nađeno je da se radi o dominaciji muškaraca u realizovanim suicidima u odnosu na žene. U odnosu na dobne grupe distribucija dobnih grupa se nije statistički značajno razlikovala kod muškaraca i žena ($Z_U = -0,88$; $p = 0,378$). *Psihijatrijsko liječenje* je bilo kod 43,4% osoba ukupnog uzorka. U odnosu na pol psihijatrijski liječeno je bilo 37,1% muškaraca i 61,9% žena. Rezultati u pogledu liječenja su pokazali da su žene bile statistički češće liječene u odnosu na muškarce i u I i u II dijelu studije.

Rezultate iz II dijela studije u pogledu sociodemografskih faktora upoređićemo sa rezultatima u I dijelu studije u kojoj je već obradjen socio-demografski aspekt.

U odnosu na *varijable ruralno/urbano* nađeno je 21,7% ruralnih naspram 78,3% urbanih suicida, što ukazuje na dominaciju suicida koji se realizuju u gradskim sredinama. Polovi se nisu statistički značajno razlikovali prema varijabli selo/grad ($\chi^2 = 0,08$; $df = 1$; $p = 0,785$). Rezultati u I i II dijela studije su pokazali dominaciju suicida u urbanim područjima (u I dijelu studije, 68,7%).

U odnosu na *porodičnu strukturu* u ukupnom uzorku nađena je dominacija osoba koje su u braku (56,6%). U odnosu na pol nije bilo statistički značajne razlike prema bračnom stanju ($\chi^2 = 5,54$; $df = 6$; $p = 0,476$), a rezultati se ne razlikuju u odnosu na I dio studije (56,6%).

Ispitivanje varijable da li su imali djecu je pokazalo da je ukupno 63,8% osoba imalo djecu, a rezultati se ne razlikuju u odnosu na I dio (66,2%), a nađeno je i da je 33,7% osoba bilo roditelji starije djece. U odnosu na pol nije bilo statistički značajne razlike prema varijabli da li su imali djecu ($\chi^2 = 1,90$; $df = 4$; $p = 0,684$).

U odnosu na *školsku spremu* u ukupnom uzorku dominirala je srednja školska sprema, a u odnosu na pol muškarci koji su realizovali suicid su bili statistički značajno višeg nivoa obrazovanja u odnosu na žene ($Z_U = -3,92$; $p < 0,001$) što je u saglasnosti sa rezultatima u pogledu školske spreme u I dijelu studije.

U odnosu prema *zanimanju* nadjeno je u ukupnom uzorku najveći broj penzionera (27,7%), slede nezaposleni (22,9%) i radnička zanimanja (21,7%). Polovi se nisu statistički značajno razlikovali prema zanimanju ($\chi^2=11,46$; $df=8$; $p=0,177$). U odnosu na pol najveći broj je pripadao nezaposlenim osobama ženskog pola (61,4%), dok je penzionisanih žena bilo 33,3%. Nezaposlenih osoba muškog pola je bilo 21,0%, a penzionera je bilo 25,8%. Na uzorku na kome je urađena psihološka autopsija nađeno je da postoji odstupanje u rezultatima u odnosu na I dio studije u kome je bilo dvostruko više nezaposlenih žena (61,4% naspram 38,1% u II dijelu), a u II dijelu studije dvostruko veći broj penzionisanih žena (16,1% naspram 33,3% u II dijelu).

U odnosu na *nacionalnu pripadnost* dominirali su pripadnici crnogorske nacionalne pripadnosti (84,3%), slede srbi (7,2%), muslimani (6,0%), albanci (1,2%) i katolici (1,2%). U odnosu na pol nije bilo statistički značajne razlike prema nacionalnoj pripadnosti ($\chi^2=0,96$; $df=4$; $p=0,915$). Prema popisu stanovništva iz 1981.godine prema nacionalnoj strukturi crnogoraca je bilo 68,5%, srba 3,32%, albanaca 6,46%, muslimana 13,36%, hrvata 1,18%. Prema popisu iz 1991.godine prema nacionalnoj strukturi crnogoraca je bilo 61,86%, srba 9,34%, muslimana 14,57%, albanaca 6,57%, hrvata 1,02%. Prema popisu iz 2003.godine prema nacionalnoj strukturi crnogoraca je bilo 43,16%, srba 31,99%, albanaca 5,03%, muslimana 3,97%, bošnjaka 7,77%, hrvata 1,1%. S obzirom da je istraživanje obuhvatilo period 1995-2005, ovaj podatak je u saglasnosti sa zastupljenošću nacionalne strukture ukupne populacije stanovništva Crne Gore.

U odnosu prema *religioznosti* najveći broj osoba je pripadao pravoslavnoj pasivnoj religioznosti (75,9%). Polovi se nisu statistički značajno razlikovali prema religioznosti ($\chi^2=3,09$; $df=4$; $p=0,543$). Faktori kao što je religioznost i dr. su važni i ranije se pominju u klasifikovanju faktora. Pretpostavlja se da utiču na suicid indirektno, kroz modifikovanje osnovnih kognitivnih setova koji su uključeni u razvoj suicidalnih misli. Na primjer, tumačenje odnosa između religije i suicidalnih stopa mogu biti od koristi u nekim studijama. U modelu koherencije je prikazano da je najvjerodostojnija solucija zauzimanje nekoliko centralnih stavova koji utiču na suicidalne misli, u ovom slučaju to je način na koji ljudi misle i osjećaju o životu (kognitivni set života), smrti (kognitivni set smrti), i suicidu (kognitivni set suicida) kao i da religija može da utiče na njih i na odnose među njima. (Stack 2000; Douglas 1967).

Prema porijeklu najveći broj u ukupnom uzorku pripadao je osobama koje su rodjene u sredini u kojoj su živjele (50,6%), i onih koje su rodjene u drugoj ali sličnoj sredini (44,6%). Polovi se nisu statistički značajno razlikovali prema porijeklu ($\chi^2=4,31$; $df=3$; $p=0,230$).

U odnosu na varijablu *stanovanje*, ono je bilo zadovoljavajuće riješeno kod 78,3% osoba, nezadovoljavajuće riješeno kod 13,3% i izrazito neodgovarajuće kod 8,4%. U odnosu na pol bilo nije bilo statistički značajne razlike ($Z_U=-0,96$; $p=0,336$).

U odnosu prema *ekonomskoj situaciji* u ukupnom uzorku osrednja ekonomska situacija bila je prisutna kod 37,3%, sledi zadovoljavajuća ekonomska situacija kod 28,9%, nezadovoljavajuća kod 24,1% i veoma nezadovoljavajuća kod 7,2%. Odlična ekonomska situacija nadjena je kod svega 2,4% osoba. Ekonomska situacija je bila slična kod muškaraca i žena koji su realizovali suicid ($Z_U=-0,02$; $p=0,978$). Rezultati studija iz našeg okruženja su pokazali da je u posleratnom periodu (nakon 1996) u Vojvodini kod 48% suicidanata, nadjena odgovarajuća ekonomska situacija, a kod 21% potpuno neodgovarajuća (Čulibrk 1999), što

ukazuje da ekonomska situacija doprinosi generisanju suicida. Pored toga, Canetto (1997) predlaže, da zbog socijalnih pritisaka, muškarci mogu biti zaštićeni od nefatalnog suicidalnog ponašanja, ali je više vjerovatno da će pribjeći smrtonosnijim sredstvima za suicid kako bi se smanjila mogućnost da prežive.

U odnosu na varijablu *odrastanje* zabilježeno je u ukupnom uzorku 7,2% osoba sa nedostatkom roditelja prije 16 godine života, kompletno odraslih bez oca/majke 1,2% i prisustvo alkoholizma u porodici u 6% slučajeva. Polovi se nisu statistički značajno razlikovali prema odrastanju ($\chi^2=6,99$; $df=3$; $p=0,072$).

Stresni životni događaji su postojali u visokom procentu u ukupnom uzorku kod žrtava suicida. Smrt bliske osobe nadjena je kod 48,1%, usamljenost kod 26,9%, tjelesna bolest i bolovi kod 21,2% i učešće u ratu kod 3,8% učesnika. Polovi se nisu statistički značajno razlikovali u odnosu na stresne životne događaje ($\chi^2=2,19$; $df=3$; $p=0,534$). *Akutna stresna konfliktna situacija* nadjena je ukupnom uzorku sa članovima porodice kod 19,8%, sa partnerom kod 13,6%, u interpersonalnim relacijama kod 12,3% i na radnom mjestu ili školi kod 6,2% osoba. Polovi se nisu statistički značajno razlikovali prema akutnoj stresnoj konfliktnoj situaciji ($\chi^2=2,92$; $df=4$; $p=0,571$). Naši rezultati u pogledu pola, se razlikuju u odnosu na izvještavanja iz literature. Jedni podaci govore u prilog da su stresni životni događaji nadjeni u većem procentu kod muškaraca nego kod žena, a prosječno veći broj stresnih životnih događaja zabilježen je među muškarcima koji pokušavaju suicid (Heikkinen i Aro 1994). Drugi, kao npr. Ge i sar. (1994) su izvijestili da su kod mladih koji su izloženi brojnim stresnim životnim događajima u adolescenciji (uključujući i smrt ili bolest voljene osobe, porodičnim promjenama, porodičnim finansijskim problemima), osobe ženskog pola reagovala negativno na stresne životne događaje. Povećanje depresivnog raspoloženja kod djevojaka je jasno povezano sa stresnim životnim događajima. Brojni autori su ispitali biološke faktore rizika za depresiju. U Novom Zelandu u longitudinalnoj studiji mladih Caspi i sar. (2003) su utvrdili da individualna genetska predispozicija posreduje između stresnih životnih događaja i dijagnoze depresije (drugim riječima, učinak stresnih životnih događaja na depresivnost je jača za pojedince koji nose određeni gen). Razlike u putanjama stresnih životnih događaja mogu da utiču na polne razlike u depresiji (Ge i sar. 1994).

Najveći broj istraživanja odnosi se na stresne životne događaje u pokušajima suicida prema kojima mnogo osoba koje hronično pate od samodestruktivnog ponašanja, govore da su njihovi glavni razlozi za pokušaj suicida bili da smanje tenziju i da dobiju olakšanje od intenzivnih osjećanja bola, praznine, utrnulosti koja se pojačava, ili posebnog osjećanja euforije. Drugi pak, govore da im pokušaj suicida pomaže da steknu osjećaj kontrole nad sobom ili da se čvrsto uhvate sa realnošću sa kojom su suočeni. Drugi, ne neobičan motiv za suicidalno ponašanje uključuje dobit ili uticaj da se promijeni ponašanje drugih u odnosu prema njima ili pokazivanje ljutnje ili osjećanje osvetoljubivosti prema drugima. Takodje, u studiji Mehluma i sar. (2003), motivi i namjere kao što su ovi ovdje pomenuti bili su značajno češće izvještavani u pokušajima suicida koji su dijagnostikovani kao posttraumatski stresni poremećaj (PTSD) u odnosu na druge pokušaje suicida.

Ovo predstavljanje mogućih puteva od traume do suicida i mehanizama koji su posredno uključeni, široko su potvrđeni. Moguće je ako, naprimjer, diskutujemo o mogućnostima da trauma može voditi do povećanja suicidalnog rizika, kroz potencijalno štetne efekte na kapacitete socijalnog uključivanja i stvaranja mogućnosti za razvoj prijateljskih i stabilnih veza sa drugima. Žrtve traume često govore da su ranjiviji u odnosu na veći broj ljudi. Konačno postoje neki egzistencijalni aspekti koje možda treba pomenuti, kao što je percepcija dubokog gubitka, što se odnosi na odnose sa drugima, kao i gubitka osjećaja za vrijednosti i identitet koja se sreće kod brojnih traumatizovanih individua. Posebno egzistencijalno povezano osjećanje krivice može voditi do suicidalnog ponašanja koje probudi trauma, a koje je pokazano u studiji Hendina i Haasa (1991) i Fontana i Rosenhecka (1994) u borbama veterana Vijetnamskog rata, gdje je ono što su veterani činili kao vojnici, podsjećalo ih godinama posle i povećavalo rizik za suicidalno ponašanje. Precipitirajući faktori i/ili stresori se umeću kao fakti t.j. triggeri za poslednju odluku za suicid.

Psijhijatrijski hereditet je bio prisutan u ukupnom uzorku kod 25,3% učesnika i to suicid u porodici kod 7,2%, duševna bolest-neodređeno kod 6,0%, alkoholizam kod 6,0%, poremećaj ličnosti-čudak kod 3,6% i depresija kod 2,4%. Polovi se nisu statistički značajno razlikovali prema postojanju psijhijatrijskog herediteta. ($\chi^2=3,78$; $df=5$; $p=0,571$). Smatramo da ovako mali procenat psijhijatrijskog herediteta se može objasniti skrivanjem psijhijatrijskih bolesti, jer se duševna bolest na našim prostorima još uvijek smatra porodičnom sramotom i skriva se od drugih, a posebno da je hereditet za depresiju bio prisutan kod svega 2,4% osoba našeg uzorka.

Upotreba psihofarmaka bila je prisutna u ukupnom uzorku kod 45,8%. U odnosu na pol nije bilo statistički značajne razlike u upotrebi psihofarmaka ($\chi^2=3,35$; $df=2$; $p=0,187$). Podaci iz literature ukazuju da je broj osoba koje su realizovale suicid, a koje su psihofarmakološki liječene statistički značajno mali (Ćulibrk i sar.1999).

Alkoholizam i zloupotreba supstanci nadjena je u ukupnom uzorku kod 20,5%. Netoksikomanski alkoholizam je bio prisutan kod 15,7%, toksikomanski kod 3,6% i zloupotreba supstanci kod 1,2%. Polovi se nisu statistički značajno razlikovali prema alkoholizmu/zloup.supstanci ($\chi^2=2,46$; $df=3$; $p=0,483$). U II dijelu studije je nadjen značajno viši procenat osoba koje su koristile alkohol i zloupotrebljavalo supstance u odnosu na I dio studije (20,5%, naspram 6,5%). I skoriji rezultati pokazuju da je među psijhijatrijskim poremećajima bilo statistički značajno povećanje netoksikomanskog alkoholizma i depresivnih reakcija.

Reaktivno stanje je bilo prisutno u ukupnom uzorku kod 77,1%, od toga 49,4% je reagovalo depresivno, a 27,7% razdražljivo, uznemireno. Polovi se nisu statistički značajno razlikovali prema reaktivnom stanju ($\chi^2=4,05$; $df=2$; $p=0,132$). Procenat reaktivnog stanja od 77,1%, pokazuje da su žrtve suicida ipak značajno pokazivale promjene u svom psihičkom stanju, a da je mali broj njih tražio stručnu pomoć.

Najzastupljeniji *način izvršenja suicida* u ukupnom uzorku bio je vatreno oružje (36,1%), sledi skok (22,9%), vješanje (18,1%), i utopljenje (14,5%).

U odnosu prema polu, kod muškaraca je prednjačilo vatreno oružje (45,2%), zatim vješanje (22,6%) i skok (16,1%). Kod žena je dominantna metoda skok sa visine (42,9%), slijedi utopljenje (33,3%) i vatreno oružje (9,5%).

I u I i u II dijelu studije kod muškaraca je dominantna metoda bila vatreno oružje, dok je kod žena u I dijelu dominantan metod bio vješanje, a u II dijelu skok sa visine. Mi smo u istraživanjima ranije radjenim u Crnoj Gori našli da je najčešći metod izvršenja bio vatreno oružje 44%, skok sa visine 19%, vješanje 18%, utopljenje 16%, pregaženje od strane nekog saobraćajnog vozila 1,8% i više načina istovremeno 1,8%, a razlika je bila visoko statistički značajna (Injac 2006), što je pokazano i u ovoj studiji. Ovo ukazuje da je u istraživanom periodu došlo do blažeg opadanja u korišćenju metode vatrenog oružja (sa 44% na 34,6%).

Na uzorku na kome je urađena psihološka autopsija (II dio) nađeno je da je *mjesto izvršenja* kod muškaraca bilo statistički značajno češće blisko, a kod žena češće udaljeno ($\chi^2=5,55$; $df=1$; $p=0,018$).

I muškarci i žene koji su izvršili suicid su podjednako često bili sami na mjestu izvršenja ($\chi^2=0,43$; $df=1$; $p=0,838$).

Oba pola su podjednako često ostavljala *oproštajno pismo* ($\chi^2=0,70$; $df=1$; $p=0,404$).

Na uzorku na kome je urađena psihološka autopsija nađeno je da je bilo potrebno statistički značajno više *vremena da se otkrije* suicid žena nego muškaraca ($Z_U=-2,01$, $p=0,044$).

Polovi se nisu razlikovali prema *dobu dana* u kome je izvršen suicid ($\chi^2=0,13$; $df=1$; $p=0,939$).

Polovi se nisu razlikovali prema *danu u nedjelji* u kome je izvršen suicid ($\chi^2=5,43$; $df=6$; $p=0,490$).

Polovi se nisu razlikovali prema *dobu godine* u kome je izvršen suicid ($\chi^2=,34$; $df=3$; $p=0,953$).

Izvjese razlike u rezultatima u ove dvije studije su moguće iz razloga što postoji razlika u veličini uzorka, koja može u konačnom uticati na ishod rezultata.

PSIHIJATRIJSKO-PSIHOPATOLOŠKE KARAKTERISTIKE

Iako se mnogo diskutuje o mogućim faktorima koji mogu pomoći u objašnjenju polnih razlika u stopama suicida, najveći broj studija je primarno fokusiran na psihosocijalne i demografske faktore rizika.

Medjutim, malo podataka ima o mogućoj ulozi psihijatrijskih i/ili bihevioralnih karakteristika koje mogu takodje posredovati u polnim razlikama u suicidalnom riziku. U našoj studiji rezultati su pokazali da postoje izvjesne razlike u kliničkim/bihevioralnim karakteristikama izmedju muškaraca i žena.

Kod ženskog pola nadjeno je da je:

Briga za tjelesno zdravlje bila statistički značajno više izražena kod žena koje su počinile suicid, u odnosu na muškarce ($Z_U = -3,25$, $p = 0,001$).

Depresivno raspoloženje je bilo statistički značajno više izraženo kod žena koje su počinile suicid, u odnosu na muškarce ($Z_U = -3,11$, $p = 0,002$).

Gubitak apetita je bio statistički značajno više izražen kod žena koje su počinile suicid, u odnosu na muškarce ($Z_U = -2,48$, $p = 0,013$).

Beznadežnost je bila statistički značajno više izražena kod žena koje su počinile suicid, u odnosu na muškarce ($Z_U = -2,79$, $p = 0,005$).

Kod muškog pola nadjeno je da je:

Nekooperativnost (nesaradljivost) bila statistički značajno više izražena kod muškaraca koji su počinili suicid, u odnosu na žene ($Z_U = -2,06$, $p = 0,039$).

Ostali pokazatelji psihopatologije nisu bili statistički značajno različiti između polova.

Karakteristike-varijable nadjene kod ženskog pola kao što su briga za tjelesno zdravlje, depresivno raspoloženje, gubitak apetita i beznadežnost predstavljaju simptome depresivnog poremećaja prema ICD-10 klasifikaciji i govore u prilog statistički značajnog prisustva depresije kod žena, u odnosu na muškarce. *Varijabla nekooperativnost (nesaradljivost)* je bila statistički značajno više izražena kod muškaraca koji su počinili suicid, u odnosu na žene. Polne razlike u verbalnim sposobnostima ili protivljenjima od strane mnogih muškaraca da podijele emocionalne probleme i ostala negativna ponašanja kao što je izražavanje ljutnje i protesta može ukazivati na prisustvo depresije kod muškaraca. Ima relativno malo studija koje su istraživale depresiju jedino kod muškaraca, ali su različiti modeli objašnjavali pojave polnih razlika. Međutim, još uvijek ne znamo da li je depresija zaista manje uobičajena među muškarcima, ili je muškarci manje od žena prepoznaju, priznaju i traže pomoć za depresiju. Potvrđeno je da se polne razlike u depresivnim simptomima izgleda pojavljuju još u ranoj adolescenciji, a zatim ostaju i dalje tokom životnog vijeka (Nolen-Hoeksema 1994).

Simptomi depresije koja se pojavljuje u mladosti mogu da predvide razvoj više ozbiljnih depresija u odraslom dobu (Weissman i sar. 1999). Hankin i sar. (1998) primećuju da postoje polne razlike u poremećajima koji su komorbiditetni sa depresijom, odnosno da muškarci imaju tendenciju da razviju poremećaj prilagođavanja udružen sa depresijom, a žene imaju tendenciju da razviju anksiozno-depresivne poremećaje. Drugi autori spekuliraju da manja zastupljenost depresije kod muškaraca može biti rezultat manjih izvještavanja (usled dugotrajnih stereotipa o depresiji kao karakterističnoj kod žena), a da podsjetimo i na pristrasnosti (Piccinelli i Wilkinson 2000) i / ili neadekvatan dijagnostički i terapijski koncept u vezi depresije i suicida kod muškaraca (Walinder i Rutz 2001). Takođe je moguće da standardna definicija depresije i dijagnostičkih testova koji su zasnovani na ovoj definiciji „ne adekvatno posmatraju stanja koja se javljaju kod muškaraca“ (National Institute of Mental

Health USA, 2005). Walinder i Rutz (2001) su predložili „simptome depresije kod muškaraca“ da bi objasnili razliku između depresije kod muškaraca i žena i suicidnosti.

Predložili su da se depresija kod muškaraca karakteriše sa: niskom tolerancijom na stres, ponašanjem van kontrole, smanjenom kontrolom impulsa, razdražljivošću, nemirom, nezadovoljstvom, bolestima zavisnosti, antisocijalnim ponašanjem, depresivnim misaonim sadržajima, naslednim faktorom, depresijom, alkoholizmom i suicidom. Neki muškarci mogu da vjeruju da nije muški da budu depresivni i da na emocionalne probleme gledaju kao na „ženske“. Oni mogu da prihvate fizičke nesposobnosti, ali mentalna ometenost čini da se osjećaju bespomoćno i van kontrole. Takođe su predložili da muškarci nose vezano sa depresijom angažovanje u fizičkim aktivnostima, mogu da rade kompulzivno, da se okreću alkoholu ili supstancama, postaju frustrirani, bijesni, razdražljivi i nasilni, ili počinju da se angažuju u nesmotrenim rizičnim ponašanjima (National Institute of Mental Health USA, 2005; Piccinelli i Wilkinson 2000).

U simptomima kod mladih, također je potvrđeno da „muškarci ekternalizuju, a žene internalizuju“. Depresija kod mladih muškaraca se manifestuje durenjem, popuštanjem u školi, mrzovoljom i osjećanjem da su pogrešno shvaćeni (National Institute of Mental Health USA, 2005). Eksternalizacija kod muškaraca se manifestuje u vidu poremećaja ponašanja i agresivnog (Canetto 1997) i antisocijalnog poremećaj ličnosti i bolesti zavisnosti (Piccinelli i Wilkinson 2000). Postoje neke rasprave o tome da li su bolesti zavisnosti simptom depresije (National Institute of Mental Health USA, 2005). Fergusson i Woodvard (2002) su potvrdili da je kod depresivnih mladih muškaraca (od 14-16 godine) češće nego kod ne-depresivnih mladih muškaraca i depresivnih mladih žena prisutna zloupotreba alkohola ili zavisnosti, napuštanja škole bez obrazovnih kvalifikacija, kao i duži periodi nezaposlenosti uzrasta od 16 i 21. Potvrđeno je i da adolescentni muškarci izvještavaju manje simptoma depresije od adolescentkinja ženskog pola (Hankin i sar. 1998), ali da depresivni muškarci i žene iskuse slična socijalna i profesionalna pogoršanja (Piccinelli i Wilkinson 2000).

Postoje dokazi koji predlažu da je „rizik od suicida nakon depresivne bolesti najveći gdje su stope dijagnostikovanja i profesionalnog tretmana najniže“ (Walinder i Rutz 2001). Dalje, Walinder i Rutz (2001) vjeruju da se depresivna oboljenja kod muškaraca mogu manifestovati na način koji je „neprepoznat od strane trenutnih dijagnostičkih sistema i / ili nije prihvaćen od strane sadašnjeg sistema zdravstvene zaštite“.

Žene sa druge strane, mogu da se nose sa njihovom depresijom u razmišljanjima ili govore o svojoj depresiji, tražeći profesionalnu pomoć, moleći se i tražeći vjersku pomoć. Varijabla *briga za tjelesno zdravlje* koja je u našoj studiji statistički češće nadjena kod žena je potvrdila da žene češće posjećuju zdravstvene ustanove, a također su to pokazali naši rezultati (žene su bile češće liječene u odnosu na muškarce, 61,9% žena, naspram 37,1% muškaraca). Ranija istraživanja u Crnoj Gori su također pokazala (Injac 2006), da postoji statistički značajna razlika u odnosu na pol, i da je 30% muškaraca i 60% žena, pokazivalo simptome briga za tjelesno zdravlje. Horwood i Fergusson (1998) su izvijestili da velika većina (76.5%) mladih ljudi (od 18 godina) koji su ispunili kriterijume za psihijatrijski poremećaj nisu tražili tretman. Mladi ljudi sa poremećajima raspoloženja (uglavnom žene) su mnogo češće tražile liječenje

(35,4% traži tretman), dok oni sa poremećajima zloupotrebe supstanci (pretežno muškog pola) su najmanje tražili liječenje (7,3% tražilo tretman) (Horwood i Fergusson 1998). Autori navode da oko 30% žena sa bilo kojim psihijatrijskim poremećajem traži tretman, dok samo 16% muškaraca traži tretman. Neke teorije govore i da se iza brige za tjelesno zdravlje skriva i veliki strah za sebe i nesvjesno traži zadovoljenje svojih potreba, a takodje se može zapravo skrivati nesvjesna autodestrukcija i osjećanje krivice. U osnovi ovih ponašanja može biti fragilni narcizam, kao jedan od značajnih faktora rizika za suicidalno ponašanje. Ovo može odražavati i hipohondričnu zabrinutost u kojoj je često paralelno prisutna i depresija i anksioznost.

Žene takođe mogu ispoljavati suicidalna ponašanja kroz razvoj poremećaja ishrane. *Gubitak apetita* je nadjen u našoj studiji statistički značajno više kod žena koje su počinile suicid. Prema Walinderu i Rutzu (2000), žene se češće od muškaraca pušenjem nose sa svojom depresijom.

Brojni istraživači ističu da je poremećaj raspoloženja najveći doprinoseći faktor suicidalnog ponašanja (Maris i sar. 2000).

Najranija kognitivna objašnjenja suicidalnog ponašanja su razvijena iz kognitivne teorije depresije. Suicidni pacijenti su bili, kao što možemo pretpostaviti, dio depresivnih pacijenata sa visokom frekvencijom negativnih razmišljanja, povezanih logičkim greškama (np. generalizovanjem, katastrofičnošću, rigidnošću u razmišljanju (crno-bijelo) sa šemama ili vjerovanjima koja su dugoročno izgrađivana i koja se aktiviraju sa skorijim životnim događajima. U zavisnosti od udjela opštih kognitivnih karakteristika depresije, Beck je pokazao da je suicidalnost posebno tijesno povezana sa beznadežnošću u budućnosti, i neravnotežom između razloga za životom i razloga za smrću. Dalja istraživanja su naglasila značajno prisustvo smanjenih mogućnosti u rješavanju interpersonalnih problema kod suicidalnih individua što je potvrđeno i u našoj studiji gdje smo našli prisustvo *interpersonalnih konflikata* kod 11,1% učesnika i bili su statistički značajno češći kod muškaraca. Prisustvo smanjenih mogućnosti za rješavanje problema u interpersonalnim relacijama dovelo je vremenom do razvoja kratkih terapija za rješavanje problema. U stvari, od svih psiholoških varijabli koje se proučavaju kod suicidalnih individua, posebno onih sa depresijom, beznadežnost i rješavanje problema postaju stalne teme.

Model „zaustavljeni let“, kao i druge teorije suicidalnog ponašanja, uključuju objašnjenja brojnih varijabli. Ali izgleda da modeli o suicidalnim ponašanjima ne brinu o krajnjem odgovoru na pitanje: koje su to varijable koje su u stvari povezane sa dugotrajnom vulnerabilnošću (kao crtom u karakteru), a koje predstavljaju kratkotrajne precipitirajuće faktore (Williams i sar. 2005). Autori navode da je svakako, moguće da se ove varijable pojavljuju kao kratkotrajni precipitirajući faktori, koji se mogu ispostaviti kao reakcija na poremećaj raspoloženja u suicidalnoj krizi prije nego njeni uzroci. Ovo je veoma kompleksno u slučaju suicidalnog ponašanja. Međutim, isti autori kažu, da kada su ove varijable u pitanju da se radi o epizodičnoj pojavi, koja se pojavljuje najčešće kod osoba kada su u jednoj od epizoda depresije, a ne i kada su u remisiji, kao i da neće sve osobe koje pate od rekurentne depresije postati suicidalne, i da se neka suicidalna ponašanja pojavljuju i kod osoba koje nisu

depresivne. Mann i sar. (1999) su zaključili da je potreban model koji nam može pomoći da odredimo ko ostaje vulnerabilan, uprkos izgledima za ponovno vraćanje, i kako je ova osnovna vulnerabilnost povezana sa stanjem akutne suicidnosti.

Ako pogledamo naučne dokaze o beznadežnosti i rješavanju problema, vidjet ćemo da su obje ove varijable ili crte u karakteru ili faktori stanja. Pa prvo da pogledamo *beznadežnost* koja se u našoj studiji postojala kod oba pola, ali je bila statistički značajno više izražena kod žena koje su počinile suicid ($Z_U = -2,79$, $p = 0,005$).

Malone i sar. su ispitivali koji od njihovih depresivnih pacijenata (svi sa dijagnozom major depresivnog poremećaja), imaju istoriju suicidnog ponašanja (Malone i sar. 2000). Naglasili su, da su kod posebno opasnih suicidnih ponašanja, koja su se desila ranije, našli da je nivo beznadežnosti statistički značajno viši kod onih sa prethodnom istorijom suicida, što je i povezano sa ženskim polom, s obzirom da one češće pokušavaju suicid. Podaci od drugih studija potkrepljuju ove zaključke da beznadežnost ostaje visoka i između epizoda pokušaja suicida, i izgleda da predstavlja vulnerabilnost i za suicidnu ideaciju i za suicidno ponašanje (Young i sar. 1996). Schotte i sar. (1990) su našli jasne dokaze da nivo beznadežnosti opada rapidno kada se suicidna kriza završi. Ovo je važno naglasiti, da su u najvećem broju studija testirani pacijenti tokom sedmice u kojoj se desio pokušaj suicida. Jasno je, da je posebno značajno vrijeme kada se te osobe ispituju. Iz do sada izloženog, važno je istaći da beznadežnost, pokazuju dokazi, postaje stanje, koje je slično stanju crte karaktera. I taj nivo je veoma visok u odnosu na normalno stanje koje postoji između epizoda, ali i da raste dalje u slučaju krize i opada ponovo kasnije (Williams i sar. 2005).

Postavlja se pitanje da li su crte karaktera i nivo stanja u osnovi isti fenomeni? Podaci govore da jesu. I crte beznadežnosti koje su u karakteru i visoki nivoi stanja beznadežnosti, koji se pojavljuju u sredini pojave krize, usko su povezani sa nesposobnošću da se zamisle pozitivni događaji u budućnosti. Ova „disfluentnost“ za pozitivne događaje je povezana sa smanjenim nivoom pozitivnog raspoloženja, koje naravno, može varirati tokom vremena (Williams i sar. 2005). U našoj studiji *depresivno raspoloženje* bilo značajno prisutno kod oba pola, ali je bilo statistički značajno više izraženo kod žena koje su počinile suicid, u odnosu na muškarce ($Z_U = -3,11$, $p = 0,002$). Smatra se da između pojave stanja u kojem prevladava depresivno raspoloženje i beznadežnosti, postoji međusobna tijesna povezanost.

Period depresivnih osjećanja može biti najviše povezan sa osjećajem poraza i težnjom za bjekstvom. Prema Williamsu (2005), to je pozitivno saznanje koje obezbjeđuje elastičnost i štiti osobu od oštećujućih ponašanja što je jedno od mogućih objašnjenja da je prisustvo depresivnog raspoloženja češće prisutno kod žena i da je i to jedan od razloga manjeg broja fatalnih suicida kod ženskog pola. Autori dalje navode da pozitivno raspoloženje ima tendenciju da bude prilično nisko posebno između epizoda, ali dalje sniženje pozitivnog raspoloženja može se pojaviti u teškim situacijama koje su povezane sa već postojećim problemima, kada vulnerabilna osoba proba da generiše pozitivne misli o budućnosti. Uzroci beznadežnosti su u porastu, a mogu biti podstaknuti sa bilo kojim drugim raspoloženjem i mislima koje su asocirane sa beznadežnošću u prošlosti. Prirodno je da ćemo ovu asociranost

mi preokrenuti u momentu. Ali prije nego što to uradimo potrebno je da vidimo da li varijabla „rješavanje problema“, takodje sadrži oba fenomena i crtu karaktera i fenomen stanja.

Zapaženo je da se promjene pojavljuju na skor pacijenata na skali Način konačnog rješavanja zadataka (MEPS-Means Ends Problem Solving Task) u hitnim i neposrednim poslasticama suicidalne krize (podaci od Schotta i sar. 1990). Jasno je, da se mogućnost rješavanja problema vraća sasvim brzo. Medjutim Pollock i Williams (2004) su prateći osobe nakon suicidalne krize, od prve do šeste nedjelje, u toku tog perioda našli da su se promjene u njihovom raspoloženju poboljšale značajno. Autori dalje iznose, da su uprkos promjeni raspoloženja, performanse rješavanja problema ostale umanjene. Ovi podaci potvrđuju da su osobine crta karaktera iste kao i stanja u rješavanju problema, jer su oba i beznadežnost i rješavanje problema i crta u karakteru i faktor stanja. Ako želimo razumjeti tu interakciju crta i faktora stanja ovih varijabli potreban je model koji će da objasni ovaj medjuodnos. Zato treba da razumijemo model „diferencijalne aktivacije“.

Godinama unazad, psiholozi su proučavali šta se podrazumijeva pod kontekstom zavisne memorije-fenomen kojim osoba priziva informacije. Fenomen koji označava da ukoliko osoba priziva informacije onda je to bolje, ukoliko se nadje u situaciji u kojoj je već bila ili je nešto od te situacije podsjeća na neku raniju situaciju. Klasičan primjer je studija ronilaca Eksperiment sproveden na ronionicima u sjevernom moru. Ako np. ronionci usvoje neku informaciju na kopnu pokazalo se da kada zarone, ne mogu da se podsjetite tako dobro te informacije već moraju da izrone ako žele da se podsjetite u potpunosti naučenog. Takodje slična stvar se dešava ukoliko oni nauče određenu stvar ispod vode, ne mogu se toga podsjetiti kada izrone već moraju ponovo da zarone da bi se podsjetili (Goden i Baddeley 1975). Dalje istraživanje pokazuje da se pozitivno ili negativno raspoloženje može uporediti sa prethodno opisanom situacijom kada su u pitanju ronionci u odnosu na kontekst u kojem se nešto uči. Kao rezultat, ukoliko se prizove određeno raspoloženje, mnogo je prihvatljivije ukoliko se ono ponovi nego u momentu kada se prvi put ranije doživjelo. Vraćanje na staro raspoloženje može ponovo postaviti cijeli kontekst onoga što je preživljeno: misaone obrasce, fizički osjećaj, pažnju na predrasudi u vezi sa tim, preosetljivost itd.

Kakve implikacije ovo ima za razumijevanje suicidalnih misli i ponašanja? To ukazuje da moramo uočiti obrasce koji su bili povezani sa različitim raspoloženjima tokom životnih iskustava individue (Mark i sar. 2005).

Ovaj model ukazuje na neke od elemenata koji se mogu aktivirati kada se neko osjeća depresivnim kao što su suicidalne misli, zamor, nedostatak zadovoljstva, beznadežnost, anksioznost. Ti elementi se mogu inicijalno pojaviti zajedno sa manjim gubitkom asocijacija. Prvi put kada se osoba osjeti loše dešava se najvjerojatnije tokom adolescencije, iako u tom periodu ne postoji kriterijum za pojavljivanje major depresije (Mark i sar. 2005). Oni navode da ako se depresija ponovo pojavi, tada se obrazac uspostavlja i izgrađuju se asocijacije izmedju raspoloženja, razmišljanja i fizičkih osjećaja (primjer izmedju osjećanja beznadežnosti i uhvaćenosti u zamku, uznemirenosti i suicidalnih ideja). Od tada, ubuduće ovi obrasci mogu biti reaktivirani kad god se pojavi loše raspoloženje. Čak i kada se raspoloženje

normalizuje izmedju epizoda, asocijacije još uvijek postoje: one postaju latentne čak i kada osoba nije depresivna i mogu biti veoma lako aktivirane kako razvojem depresije tako i sa ostalim raspoloženjima koja su povezana sa uhvaćenošću u zamku, a koja su se desila u prošlosti. Ovo je isti proces koji smo pomenuli u kontekstu zavisne memorije: naučeni materijal je još prisutan ali nije toliko aktivan da bi se svjesno doživio. To je ponovno postavljanje konteksta (u ovom slučaju lošeg raspoloženja) koje ponovo postavlja obrasce, kao što su iznenadno negativno samoprocenjivanje, nisko samopoštovanje, inertnost ili uznemirenost, beznadežnost itd.

Ukoliko se suicidalne ideje pojave tokom jedne epizode depresije, one će sigurno ponovo biti aktivirane zajedno sa svim ostalim elementima depresivnog razmišljanja u određenim prilikama. Kod nekih ljudi suicidalne ideje se međjutim nikada ne pojavljuju kada su depresivni. Kao rezultat toga suicidalna ideja nikada nije povezana sa ostatkom obrasca tako da reaktivacija depresivnog ponašanja ne mora da aktivira suicidalnu ideju ili ponašanje. Ovo se naravno, kod ozbiljnih stanja ponižavanja ili bezizlaznih životnih situacija pojavljuje, jer se u tim situacijama suicidalne misli pojavljuju u takvim obrascima. Kada se jednom pojave ostali elementi obrasca (np. depresija, ljutnja, inertnost) može podstaći kapacitet da se reaktiviraju suicidalne ideje.

U nekim situacijama depresija zajedno sa suicidalnim idejama je dovoljno ozbiljna čak i u situacijama kada se prvi put pojavljuju da se pokuša suicid koji je najčešće smrtonosan. U ostalim slučajevima suicidalno ponašanje će se pojaviti samo kada prati ponovljenu epizodu reaktiviranja suicidalne ideje. Tokom takvih ponovljenih aktivacija suicidalnih ideja mogu se razraditi i ostala negativna ponašanja kao što je ljutnja koja može biti povezana sa suicidalnim idejama. Takva negativna ponašanja će onda dati mogućnost da se pokaže sveobuhvatna šema uhvaćenosti u zamku (i suicidalno ponašanje) čak i u odsustvu depresije. Ovo označava kako komorbiditeti mogu imati mogućnost da predvide mnogo jasnije nego samo jedna pojedinačna dijagnoza, i da daju mnogo više tipova raspoloženja, misli i konteksta uključujući i fizičke osjećaje sa kojima suicidalna ideja može biti povezana (Williams i sar. 2005), kao i da svaki od njih mogu djelovati kao okidač za ponovno uspostavljanje suicidalnog obrasca kasnijeg djelovanja kao što je np. početak epizode major depresije.

Izmedju epizoda, one koji su vulnerabilni za dalje suicidalno ponašanje neće biti lako razlikovani od onih koji su bili suicidalni, ali su pronašli način da se njihovo raspoloženje promijeni bez aktiviranja ostalih raspoloženja i suicidalnog modela ili obrasca.

Postavlja se pitanje, ako se neko prethodno nosio sa suicidalnim obrascima ponašanja koji su bili latentni, i koji su mogli biti aktivirani velikim spektrom raspoloženja, kako mi možemo sa sigurnošću zaključiti ko se istinski oporavio, a ko je ostao vulnerabilan?

Williams i sar. (2005), navode da to možemo utvrditi na osnovu raspoloženja koje je promijenjeno sa životnim događajima sa uvjerenjem da će uskoro biti dovoljno pratiti promjene u disfunkcionalnim i obrascima samokritičnog razmišljanja koji se mogu aktivirati. Autori navode da je alternativa za to da se sprovede klinički eksperiment kojim bi se iskusila mala količina osjećanja tužnog raspoloženja i da se direktno posmatra kakve promjene to

raspoloženje donosi u odnosu na faktore koji se prate. Ova paradigma „izazivanja raspoloženja“ se koristi da pomogne u razumijevanju vraćanja i ponovnog javljanja major depresije, iako se suicidalno ponašanje razlikuje na mnogo načina od depresije, mi ipak možemo naučiti dosta o suicidalnom razmišljanju sa aspekta istraživanja radjenjem na vraćanju depresije. Segal i sar. (1999) su sproveli studiju u kojoj su depresivni pacijenti procjenjivani posle oporavka od depresije. Oni su bili tretirani sa antidepressivnom terapijom ili sa kognitivnom terapijom i kod obje grupe je postignuto povlačenje simptoma. Istraživači su htjeli da predvide ko je bio više vulnerabilan za razvoj sledeće epizode depresije.

Poznato je da je broj prethodnih epizoda, najveći prediktor budućih epizoda, ali u vrijeme potencijalnog ponovnog pojavljivanja, za ovu tradicionalnu varijablu potreban je proksimalni psihobiološki proces sa kojim se ovaj rizik prevodi u trenutno preobraćanje raspoloženja. Segal i sar. (1999) su željeli da potvrde hipoteze da je u vrijeme početka vraćanja ili povratka to najača faza aktivacije procesa (kako lako negativne misli i disfunkcionalni stavovi mogu biti podstaknuti sa malim promjenama u ponašanju) na osnovu čega se otkriva da li je osoba prešla u sledeću epizodu. Oni su dali njihovim pacijentima Skalu disfunkcionalnih stavova (Dysfunkcional Attitudes Scale) koja je sadržala sledeća pitanja: 1. Ja ne mogu pronaći sreću bez ljubavi druge osobe. 2. Ljudi koji izgledaju uspešno/izgledaju dobro/koji su poznati i imaju vrijednost su bliže tome da budu srećni od ljudi koji ovo nisu. 3. Ja ću biti srećan neprestano. 4. Obratiti se nekom drugom za pomoć je priznanje slabosti. U prethodnoj studiji utvrđeno je da su rezultati zasnovani na ovim mjerenjima viši kod pacijenata koji su trenutno u depresiji, ali vraćaju se na normalu ili su približno u normali kada se depresija povlači (slično je i sa beznadežnošću u slučaju suicidalnih pacijenta). Segal i sar. (1999) su dali oporavljenim pacijentima početna objašnjenja o raspoloženju, upućujući ih da slušaju neku vrstu tužne muzike i da razmišljaju o tužnim stvarima u prošlosti. Onda su ponovo pristupili mjerenju skale disfunkcionalnih stavova i zaključili su da su rezultati u porastu u odnosu na početno raspoloženje, doduše kod nekih više, a kod nekih manje. Kod nekih pacijenata je raspoloženje drastično palo dok su kod nekih ovi rezultati bili zanemarljivo smanjeni. Kod ostalih mala promjena raspoloženja je aktivirala veliku skalu disfunkcionalnih stavova. Trideset od tih pacijenata je posmatrano u narednom periodu između 13 i 48 mjeseci. Autori su otkrili da nivo disfunkcionalnih stavova poslije sprovedene procedure aktiviranja raspoloženja u značajnoj mjeri može predvidjeti povratak depresije, čak i ako se uzmu u obzir rezultati disfunkcionalnih stavova prije aktivacije.

Dvije novije studije su pokazale da diferencijalna aktivacija može biti relevantna za razumijevanje stanja pojedinca kada se nađe u suicidalnoj krizi. Prva studija koju su sproveli Goldstein i Willner (2002) je pokazala da osjećanja poraza i uhvaćenosti u zamku (kao disfunkcionalni stavovi) mogu biti reaktivirani sa izazivanjem raspoloženja većinom kod individua koje imaju viši bazični nivo depresije. Druga studija koju je sproveo Williams i sar. (2005) zasnivala se na upoređivanju pojedinaca koji iako nisu trenutno depresivni imaju prethodnu istoriju depresije sa ili bez suicidalnih ideja. Umjesto da se koristi izazivanje negativnog raspoloženja, pojedinci su bili anketirani da se izjasne koliko su nivoa misli i osjećanja iskusili kada je njihovo raspoloženje bilo lošije nego uobičajeno (koristeći standardizovani upitnik) Lejdenov indeks osjetljivosti kod depresije (LEIDS) (Van der Does

2002). Pojedinci koji su bili suicidalni tokom prethodnih epizoda depresije utvrđeno je Lejdenovim indeksom osjetljivosti na depresiju, da je kod onih koji su imali beznadežnost i suicidalne ideje ovaj indeks bio snažniji nego kod onih bez istorije depresije i suicidalnih ideja. Nasuprot tome ove dvije grupe se nisu razlikovale u nekim drugim stvarima kao što je mjerenje agresije i izbjegavanja povredjivanja. Ove studije su pružile preliminaran dokaz da osjećanja poraza i uhvaćenosti u zamku mogu biti reaktivirani negativnim raspoloženjem i da kod onih koji imaju istoriju suicidalne ideje i suicidalnog ponašanja, depresivno raspoloženje mnogo češće podstiče ponovno vraćanje beznadežnosti i suicidalnih ideja.

Dakle, vidjeli smo da je ponovno pojavljivanje depresije mnogo češće kod osoba koje reaguju na male promjene raspoloženja, i veliku količinu negativnih misli. Ostala istraživanja depresije ukazuju da se u tome ne sastoji cjelokupni problem. Za tužno raspoloženje je karakteristično ne samo da pokreće izvjesne misli već aktivira i određene procese, a ti procesi mogu postati jednako ili više opasni nego što su negativne misli (Williams i sar. 2005). Najopasniji od svih je razmišljanje i ono je jedan od najtežih procesa sa kojima se ljudi susreću, zato što osjećaju da im to može pomoći. Oni navode da razmišljanje u tom kontekstu može biti definisano kao tendencija suprostavljanja depresiji pokušavajući da se otkriju stvari ili otkriju njihovi uzroci. Susan Nolen-Hoeksema dokazuje kako takva razmišljanja proizvode kod ljudi osjetljivost na depresiju zato što u situacijama kada se osjete malo tužni oni se onda fokusiraju više i više na simptome ili na razloge koji su prouzrokovali da se osjećaju ružno (Nolen-Hoeksema 1991). Kada se ne mogu otkriti razlozi onda se nastavlja sa razvijanjem tuge i sa razmišljanjem o stvarima koje su je izazvale. Oni sebe kontinuirano kroz proces izazivanja raspoloženja, ali ovog puta ne pod rukovodjenim eksperimentom, nastavljaju da forsiraju sebe da bi otkrili sledeće stvari: „Šta se dešava samnom“, „Gdje sve ovo vodi“, „Zašto sam ovakav“? Ako ih pitate oni će odgovoriti da će im preispitivanje i razmišljanje pomoći da riješe svoje probleme, međutim dokazi iz istraživanja pokazuju da se upravo suprotno dešava: da je mogućnost rješavanja problema smanjena kada se ruminira o tome neprekidno. Može li biti tako i kada se ponašanje javlja u kontekstu ponovo reaktiviranih negativnih misli koje takodje reaktiviraju proces razmišljanja koji se nastavlja bez daljih podsticanja ponašanja? Kao rezultat razmišljanja fokusiranog na sebe, osoba može postati depresivna i zbog toga što je upravo depresivna. Osjeća se krivom zbog toga što nema energije, osjeća se loše zato što je isključivo fokusirana na samu sebe i slično, a ta loša osjećanja jednostavno izazivaju osobu da razmišlja još više, praveći na taj način začarani krug. To nam može u krajnjem pomoći da razumijemo procese zbog kojih se neko osjeća depresivno ili suicidalno, čak i kada događaji koji podstiču osjećanje poniženja ili uhvaćenosti u zamku se dese prije više mjeseci ili godina. Taj događaj je mogući povod za početak procesa i kada je došlo do suicidalnih ideja koje su povezane sa lošim raspoloženjem.

Tokom perioda čestih ponavljanja ovakvog raspoloženja asociraju se razmišljanja koja postaju obrazac koji je karakterističan za sami život te osobe i za koji postoji mogućnost da bude reaktiviran sa sasvim malim promjenama raspoloženja. Primjer za to se navodi u studiji čiji su autori Joiner i Rudd (2000) koji su otkrili da ogorčeni pojedinci koji su prethodno imali nekoliko pokušaja suicida iskazuju mnogo slabiju povezanost između ozbiljnosti trenutnih suicidalnih ideja i prisustva negativnih životnih događaja, nego oni koji su samo razmišljali o

suicidu ili povredjivali sebe samo jednom, odnosno radi se o obrascu koji je konzistentan u odnosu na senzitivnost ili pobudjivanje suicidalnih ideja i ponašanja.

Činjenica da ponašanje može biti podstaknuto sa negativnim mislima i negativnim procesom je ključno za razumijevanje šta se zapravo dešava u suicidalnim krizama (Mark i sar. 2005), odnosno razmišljanje hrani samo sebe, dodajući tome i najgore preživljene situacije.

Osim toga u odnosu na modele suicidalnog ponašanja koji su nam poznati razmišljanje također utiče na rješavanje problema i način na koji to treba postići, a također pokazuju da ako su procesi razmišljanja ponovo aktivirani, sa njima se aktivira porast nadopšte memorije koja je kako smo diskutovali prethodno poznata kao faktor kojim se smanjuje rješavanje problema kod suicidalnih pacijenata.

Poznato je da kliničari pitaju suicidalne pacijente o događajima koji su se desili, a kojima je bilo podstaknuto njihovo suicidalno ponašanje, jer nije uvijek očigledno zašto je neki određen događaj bio važan za prouzrokovanu situaciju.

Naš pristup je da određeni ključni događaji mogu biti ponižavajuće porazni i biti zamka ili da ih tako ta osoba vidi, a u tome se sastoji ta tvrdnja i kako oni mogu biti reaktivirani potrebom da budu u fokusu ispitivanja. Mi smo također uočili da se efekti tih događaja ne mogu pojaviti iznenada, jer raspoloženja, misli i fizički osjećaji povezani sa njima moraju proći kroz proces inkubacije. Asocijacije se izgrađuju ne konstantnim podsjećanjem na takve događaje koji se često pojavljuju već sa svakim padom raspoloženja. Diferencijalni model aktivacije pokazuje da se ljudi razlikuju jedan od drugih kao i da te *nijanse* u kojima se male promjene raspoloženja mogu reaktivirati određenim konstelacijama samoupućivanja negativnih misli i u određenom kontekstu ovih obrazaca razmišljanja (pretjerani osjećaj potrebe da se nestane, zatvori ili ne spasi).

Implikacija ovoga je da naši tretmani moraju da uzmu u obzir kombinovane efekte raspoloženja na nivou kognitivnog sistema koji je vulnerabilan i načina na koji je izgrađen obrazac povezanosti između depresivnog raspoloženja, inhibicija pozitivnog raspoloženja, negativnog razmišljanja i ruminacija, a pristupi rješavanju problema ne moraju biti tako uspješni kao što se očekuje zato što postoje određene nejasnoće o tome kako dolazi do takvih nedostataka i kako se oni razvijaju (Mark i sar. 2005).

Ako je tačno da je rješavanje problema otežano sa porastom razmišljanja i da do toga dolazi zbog porasta nadopšte memorije, onda se ovi procesi moraju mnogo eksplicitnije tretirati. Takođe, ako je osjećaj beznadežnosti u porastu kada je u porastu i inhibicija pozitivnog raspoloženja, otežava pozitivne buduće događaje, onda tretmani treba da se fokusiraju na porast lakšeg prihvatanja specifičnih budućih događaja polazeći od sledećih 24h ili sledeće sedmice. Pacijenti treba da znaju povod zbog kojih su ovi kognitivni mehanizmi (nedostatak pozitivnog uticaja i nadopšta memorija) mogli uticati na njihove obrasce razmišljanja koji su povezani sa suicidom, kako oni mogu biti uspostavljeni tokom života i kako, bez obzira na njihove najveće napore, ovaj obrazac može eskalirati s obzirom da je već ranije aktiviran. Suicidne ideje i planovi se mogu prvo desiti u njihovom životu kao dokaz postojanja depresije, ali sada postoje i mogu se pogoršati, a da do njihovog pogoršanja može doći zbog nedostatka kapaciteta da se oni eliminišu. Postoji, također, nekoliko pozitivnih scenarija

razrješenja toga, kojima bi se prirodno zaustavila suicidalna razmišljanja. Takođe postoji i nekoliko specifičnih memorija sjećanja na prethodno usvojeno ponašanje, koje ima za cilj da se pronadju alternativna rješenja za postojeće probleme. Suicidne ideje mogu naglo da izmaknu kontroli zbog nedostatka nečeg što bi ih zaustavilo.

Pomenuti tretmani nisu u mogućnosti da uspješno spriječe suicid ukoliko nisu usmjereni da omoguće samoj osobi da shvati kako najbolje može upravljati sa tim obrascima kognitivnog reaktiviranja, da dozvole raspoloženjima da dodju i odu, nedozvoljavajući im da proizvedu katastrofalne posledice kako kod kognitivnih misli tako i kod kognitivnih procesa.

To istraživanje je stoga usmjereno na Punoj svjesnosti baziranoj kognitivnoj terapiji (MBCT-Mindfullnes Based Cognitive Therapy) i kako ovaj pristup može pomoći. MBCT je razvijen sa namjerom da istakne pitanje vraćanja i relapsa kod hroničnih rekurentnih depresija. To se zasniva na opažanjima koja se odnose na prethodni period, a tiču se toga, ako je osoba jednom oporavljena od epizode depresije, to znači da relativno mala količina negativnog raspoloženja može izazvati veliku količinu negativnih misli kao np „ja sam gubitnik“, „ja sam slab“, „ja sam beznačajan“, zajedno sa fizičkim osjećajima, (np. slabost ili neobjašnjivi bol). I negativne misli i zamor veoma često izgledaju da ne odgovaraju stvarnoj situaciji. Pacijenti koji vjeruju da su se oporavili mogu se osjetiti kao da su se vratili na prethodno stanje i pronaći se u vrstama razmišljanja koja su ranije opisana.

Na osnovu Kabat-Zinovog programa kontrole stresa, na Univerzitetu Masačusets 1991. godine, MBCT uključuje jednostavne vježbe meditacije, disanja i joge koje su namijenjene da pomognu učesnicima da postanu svjesniji trenutka, uključujući i promjene koje se svakog momenta dešavaju u njihovom tijelu i mislima (Kabat-Zinn 1991). Tokom osam nedjeljnih časova kao i slušanjem snimaka kod kuće ili tokom sedmice, učesnici tih časova uče se vježbanju MBCT meditaciji. MBCT takođe uključuje osnovne podatke o depresiji i nekoliko primjera kognitivne terapije kojom se pokazuje veza između razmišljanja i osjećanja, te kako učesnici mogu najbolje brinuti o sebi, tokom tretmana depresije da to prevaziđu. MBCT pomaže učesnicima tih časova da jasnije sagledaju obrasce razmišljanja i da nauče da prepoznaju kada počinje njihovo raspoloženje da se mijenja na gore. To im pomaže da prekinu vezu između negativnog raspoloženja i negativnih razmišljanja koja bi im normalno mogla biti glavni okidač. Učesnici su razvili kapacitete koji im omogućavaju da im tužna raspoloženja, misli i osjećaji dodju i odu, a da se ne bore sa njima, bez pokušaja da ih pobijede. Oni su otkrili da ostanu povezani sa sadašnjošću bez potrebe da razmišljaju o prošlosti ili da brinu šta će biti u budućnosti. Preliminarni dokaz da MBCT može imati važnu ulogu u pomaganju ljudima da otkriju suicidalno ponašanje kod sebe, a koriste se i za tretman graničnog poremećaja ličnosti i pacijenata koji imaju hroničnu suicidalnost (Linehan 1999; Williams i Swales 2005) i u dokazima da MBCT ograničava nadopštu memoriju (Williams 2000). Otkriveno je da MBCT redukuje ponovni relaps bolesti i simptoma kod major depresije (MDP) (Teasdale 2000; Segal 2002; Ma i Teasdale 2004). Sledeći nivo istraživanja je da se provjeri da li to takođe može pomoći ljudima da prepoznaju obrasce ranije suicidalne reaktivacije i da se nose sa njima na vješt način, koji ih ne pogoršava.

Varijabla nekooperativnost (nesaradljivost) je bila statistički značajno više izražena kod muškaraca koji su počinili suicid, u odnosu na žene ($Z_U = -2,06$, $p = 0,039$) i ostala negativna ponašanja kao što je izražavanje ljutnje koja se ispoljava „protestom“, može biti povezana sa suicidalnim idejama. Tokom takvih ponovljenih ponašanja čini se da su neke od uobičajenih terapija razgovorom manje privlačne za neke muškarce, specifično na samom početku tretmana. Programski tretmani koji imaju više praktične naglaske, i koje je moguće usresrediti na rješavanje problema, mogu pokazati više uspjeha u privlačenju muškaraca koji su u riziku.

Ovdje moramo razmotriti i pojam komplijanse koja podrazumijeva saradljivost koju pacijent pokazuje u terapijskom odnosu, a koji se ogleda u doslednom prihvatanju ordinirane terapije (Kane 1983). Nekomplijansa je čest fenomen u ljekarskoj praksi (Keith i Kane 2003). Hronični bolesnici često ispoljavaju nedovoljnu saradnju u režimu liječenja i ordinirane terapije. Psihijatrijski pacijenti su vodeća grupa u nekomplijantnosti. Impresije specijalista psihijatrije i neurospihijatrije su potkrijepljene iskustvom da pacijenti nerado, neregularno i djelimično ili nikako ne uzimaju terapiju kako je propisana. Terapeut očekuje da je svaki četvrti pacijent nekomplijantan sa propisanom terapijom. Neosporan je medicinski argument da je stepen komplijantnosti siguran prediktor ishoda liječenja.

Sa druge strane, mala pažnja istraživača se obraća na moguće polne razlike u odgovorima na liječenje kod ljudi koji su u riziku za suicidalne činove. Klinički utisak je da je komplijansa muških pacijenata mnogo slabija u odnosu na ženske. Ima nekih indikacija iz studija tretmana, da manje muških u odnosu na ženske pacijente koji pokušaju suicid ima koristi od pruženog tretmana (Hawton 1997). Dok ovo može odražavati razlike u sveobuhvatnom pristupu za pomoć, a to takodje može zavisiti od oblika terapije koja je na raspolaganju, pa smatramo da fokus treba da bude i na individualnom tumačenju sa suicidom povezanih faktora rizika.

FAKTORI SUICIDNOG RIZIKA: POLNE RAZLIKE (PRIMJENOM METODE PSIHOLOŠKE AUTOSIJE)

Primijenjena metoda psihološka autopsija u pogledu socio-demografskih karakteristika je potvrdila rezultate iz I dijela studije u kome je dat socijalni aspekt. Na uzorku na kome je urađena psihološka autopsija nađeno je da se radi o dominaciji muškaraca u realizovanim suicidima u odnosu na žene. Psihijatrijsko liječenje je bilo statistički češće kod žena u odnosu na muškarce.

Suicidni rizik je povećan u gradskim sredinama, ali se polovi nisu statistički značajno razlikovali prema varijabli urbano/ruralno.

Suicidni rizik je povećan za osobe koje su bile u braku, ali u odnosu na pol nije bilo statistički značajne razlike prema bračnom stanju.

Prisustvo djece nije protektivni faktor, a u odnosu na pol nije bilo statistički značajne razlike. Suicidni rizik je povećan za osobe sa srednjom školskom spremom, a muškarci koji su realizovali suicid su bili statistički značajno višeg nivoa obrazovanja u odnosu na žene.

Manja odstupanja su nađena u pogledu zanimanja gdje je najveći suicidni rizik bio za penzionere i nezaposlene, ali u odnosu na pol nije bilo statistički značajne razlike, a takodje je suicidni rizik nađen za nezaposlene žene, ali i za žene koje su bile u penziji. Takodje, nešto veći suicidni rizik je nađen u ukupnom uzorku kod muškaraca koji su bili nezaposleni i penzionera. Stresni životni događaji i akutna stresna konfliktna situacija su bili značajan faktor suicidnog rizika za oba pola. Alkoholizam i zloupotreba supstanci nađena je kao značajan faktor rizika za oba pola. Psihijatrijski hereditet posebno vezan za suicid u porodici je faktor rizika kod oba pola. Period odrastanja je imao manji uticaj kod oba pola istovremeno.

Suicidna metoda se takodje razlikovala u odnosu prema polu. Kod muškaraca je prednjačilo vatreno oružje, vješanje i skok. Kod žena je dominantna metoda bila skok sa visine, utopljenje i vatreno oružje. Mjesto izvršenja suicida kod muškaraca je bilo statistički značajno češće blisko, a kod žena češće udaljeno. Bilo je potrebno statistički značajno više vremena da se otkrije suicid žena nego muškaraca.

Metoda psihološke autopsije je pokazala da postoji statistički značajno prisustvo depresije kod žena koje su realizovale suicid, odnosno da su poremećaji raspoloženja bili najveći doprinoseći faktor suicidnog rizika kod žena. Utvrđena je statistički značajna povezanost suicidnosti kod žena sa beznadežnošću, brigom za tjelesno zdravlje, depresivnim raspoloženjem i gubitkom apetita. Kod muškaraca je statistički značajno bila priutna nekooperativnost (nesaradljivost). Polne razlike u verbalnim sposobnostima ili protivljenjima od strane mnogih muškaraca da podijele emocionalne probleme i ostala negativna ponašanja kao što je izražavanje ljutnje i protesta može ukazivati na prisustvo depresije kod muškaraca. Međutim, ne možemo sa sigurnošću potvrditi da li je depresija zaista manje bila uobičajena među muškarcima, ili je muškarci manje od žena prepoznaju, priznaju i traže pomoć za depresiju, ali da ove razlike u psihopatologiji mogu dijelom objasniti polne razlike u suicidnom ponašanju.

Karakteristike faktora suicidalnog rizika

Veoma je teško upoređivati rezultate dobijene u našem istraživanju sa rezultatima drugih studija iz razloga što je najveći broj studija radjen u zemljama sa visokim socio-ekonomskim statusom, međutim u najvećem broju studija potvrđena je povezanost i izdvojeni su i kvantifikovani važni faktori rizika. Studije psihološke autopsije su slično našoj studiji, pokazale da je u više zemalja sa različitim kulturnim miljeima i do 80-90% suicidalnata imalo psihički poremećaj, posebno depresiju i zloupotrebu supstanci (Cheng 1995). U studijama slučaja u ozbiljnim pokušajima suicida je pokazano postojanje poremećaja raspoloženja i zloupotrebe supstanci (Beautrais i sar. 1996). Studije blizanaca su potvrdile važnost naslednih faktora, a takodje i faktora okruženja (Statham i sar. 1998). Velike retrospektivne studije kohorte su pokazale visoki stepen povezanosti pokušaja suicida sa negativnim životnim iskustvom u djetinjstvu, uključujući emocionalnu, fizičku i seksualnu zloupotrebu, zloupotrebu supstanci u porodici, psihičku bolest, zatvor, nasilničko ponašanje roditelja i odvajanje ili razvod (Dube i sar. 2001).

Dosadašnje longitudinalne analize kohorte su pokazale da postoji vulnerabilnost/elastičnost suicidalnog odgovora medju onima koji su depresivni (ili onima koji nisu depresivni), kao i medju onima gdje postoji veći broj faktora rizika uključujući: porodičnu istoriju suicida, seksualnu zloupotrebu u djetinjstvu, faktore ličnosti i povezanost sa uspjehom u školi (Ferguson i sar. 2003).

Velika studija slučaja uradjena na stanovništvu, zasnovana na Danskom registru podataka, otkrila je snažnu povezanost suicidalnog rizika sa mentalnom bolešću za koju je potrebna hospitalizacija, nezaposlenošću i niskim socio-ekonomskim statusom (Mortensen i sar. 2000; Qin i sar. 2003). U tom pogledu je pokazano da kliničari ne mogu uticati na dešavanja u prošlosti, ali mogu uticati na socijalne promjene koje mogu imati snažan uticaj na buduće generacije. Zbog toga je primjena prevencije suicida važna iz razloga da se precizno obezbijedi održavanje relativne važnosti različitih faktora rizika.

U tom pogledu Danski registar studija Mortensena i sar. (2000) i Qina i sar. (2003) ima posebnu vrijednost jer je koristio na stanovništvu zasnovan statistički rizik (population attributable risk statistik-PAR-s). Ovo je jedina pouzdana statistika za istraživanje i ocjenjivanje različitih faktora rizika koji pridonose suicidalnom ponašanju, zasnovana na stanovništvu kao potencijalnom za nastanak faktora rizika u perspektivi. PAR-s obezbjeđuje i proporcionalna mjerenja određenih uslova koji mogu zajedno sa faktorima rizika doprinositi suicidalnom riziku, kao i proporcionalne uslove koji bi se mogli eliminisati ukoliko faktori rizika ne bi bili prisutni. Analogno ovome, ako se razmatra kroz primjer udruženosti izmedju pušenja i raka pluća, np. pušenje uzrokuje rak pluća, ali ne kod svih pušača. Prema PAR-s, pušača koji imaju rak pluća ima 80%, što znači da ako eliminišemo pušenje kod svih koji puše, približno oko 80% uzroka svih karcinoma pluća biće eliminisano (Lilienfeld i Lilienfeld

1980). Na jedan analogan način različiti PAR-s za suicidalno ponašanje, također može biti izračunat. Qin i sar. (2003) su sakupili podatke za 21 169 suicidalnata i 423 128 osoba kontrolne grupe. Na osnovu PAR-s, pokazano je da je psihijatrijsko liječenje bilo prisutno u procentu od 40,3%, a u našoj studiji kod 30%. Nezaposlenost je bila prisutna u procentu od 2,8%, a u našoj studiji kod 32,9%, nižim socioekonomskim statusom od 8,8%, a naši rezultati pokazuju da je nezadovoljavajuća ekonomska situacija bila kod 24,1%; penzioneri su u Danskoj studiji bili zastupljeni kod 10,2%, a u našoj studiji kod 26,1%. Qin i sar. (2003) su izračunali i da je u prosjeku bolest koja je povezana sa odsustvom sa posla bila prisutna kod 6,4%. Naši rezultati pokazuju značajno veće prisustvo socioekonomskih faktora u odnosu na razvijene zemlje Evrope kao što je Danska. Uticaj psihosocijalnih faktora koji su nadjeni u našoj studiji je nesumnjiv, i potvrđeno je da ovi faktori ne treba da budu zanemareni, ali i da pažnja treba da bude usmjerena prema onima koji zahtijevaju psihijatrijsko liječenje. Takođe, koristeći iste podatke Danskog registra, Agerbo i sar. (2002) godine su naglasili da je među 492 analizirana suicidalnata, bilo dosta mladih ljudi između 10 i 21 godine života, a da je najsnažniji faktor rizika kod njih bio psihička bolest, porodična istorija psihičke bolesti i suicida, kao i da je u opadanju faktor socio-ekonomskog stanja roditelja.

PAR statistiku su koristile i druge studije i došle su do sličnih rezultata kao np. Beautrais i sar. (1996) godine su objavili da „u populaciji pod rizikom, eliminacija poremećaja raspoloženja može rezultirati bitnim redukovanjem rizika kod ozbiljnih pokušaja suicida čak i do 80%“. Beautrais (1999) je, reanalizirao podatke iz radova na suicidu američkih autora Shafera i sar. Gould i sar. Brenta i sar., a koje su na osnovu PAR-s predviđele da je za poremećaje raspoloženja suicidalni rizik bio 46% u prve dvije studije i 37% u trećoj studiji.

I druge PAR-s studije, su koristile različita mjerila za depresiju i suicidalnu ideaciju (Goldney i sar. 2003; Pirkis i sar. 2000) i također su kao i PAR-s, našli 47%, 57% i 39% suicidalnog rizika u prosjeku za depresiju i suicidalnu ideaciju i 40% za depresiju i pokušaj suicida (Pirkis i sar. 2000). U ovoj studiji su ispitivani i određeni doprinosi kliničke depresije, traumatičnih i psihosocijalnih faktora na suicidalnu ideaciju, ali je to vjerovatno više intuitivno izračunato.

Goldney i sar. (2000) su pokazali, da kada su koristili rezultate multivarijantnih analiza (*p*), da su postojale interakcije između različitih varijabli, i jedino je pokazano da klinička depresija značajno utiče na suicidalnu ideaciju, a PAR-s studije su našle da je taj procenat iznosio 47%. Prema tome, nije bilo značajnog uticaja od strane individualnih traumatskih događaja, kao što su naprimjer, rat, životno ugrožavajuće nesreće, torture, ozbiljna somatska bolest, ili psihosocijalni događaji kao što su neplanirani gubitak posla, razvod, krađa, gubitak nekog bliskog, koji su pokazali statistički značaj. Nadalje, iako sumiranje traumatičnih životnih događaja postiže statistički značaj (prema PAR-s 38%), sumiranje psihosocijalnih događaja ne postiže statistički značaj koji je udružen sa suicidalnom ideacijom. Ovo ne znači da ovi događaji nisu važni, nego jednostavno znači da oni zauzimaju značajno mjesto u pogledu razmatranja faktora koji su povezani sa suicidalnom ideacijom.

Najnovija studija Noka i sar. (2008) takođe je pokazala da je 29% ljudi koji su razmišljali o suicidu kasnije i pokušalo suicid, pri čemu su se ti pokušaji uglavnom desili u toku jedne godine od pojave suicidalnih misli. Vjerovatnoća suicida među osobama sa mislima i planom je

bila 56%, a kod osoba bez plana samo 15,4%. Štaviše, pokazalo se da među ljudima sa suicidalnim mislima rizik od pokušaja suicida nije najjači kod osoba sa afektivnim poremećajem, nego je on upravo najizraženiji kod onih koji zloupotrebljavaju psihoaktivne supstance i imaju poremećaje kontrole impulsa. Nock i sar. (2008) su zaključili, da su najjači faktori rizika za suicidalno ponašanje poremećaji raspoloženja u zemljama sa visokim prihodima, dok su u zemljama sa nižim i srednjim prihodima naročito ugrožene osobe koje imaju poremećaje kontrole impulsa.

Nadalje, Ferguson i sar. (2003) su evidentirali da mnogi od ovih faktora rizika, posebno oni koji su se javili u djetinjstvu i adolescenciji, nisu tako specifični za suicidalno ponašanje, kao što su oni, koji su povezani sa psihičkim poremećajima kod starijih osoba uopšte

Nadalje, prisustvo samo jednog faktora rizika, ne može upućivati na budući rizik za suicid. Neki od faktora, kao što su naprimjer, seksualna zloupotreba u djetinjstvu, nasilničko ponašanje roditelja i nezaposlenost, zahtijevaju pažnju i zdravstvenih radnika i društva u cjelini.

I druge istraživačke metodologije takodje ukazuju na važnost prepoznavanja i adekvatnog tretmana psihičkih bolesti u prevenciji suicida. Isacson i sar. 1999 i Marzuk i sar. 1995 su istakli „*nedostatak podudarnosti između upotrebe psihotropnih medikamenata koji su korišteni u vremenu suicida sa dijagnostičkim obrascima koji su urađeni u psihološkoj autopsiji*“. Hulten i Wasserman su 1998. godine, iznijeli primjedbu na nedostatak kontinuirane brige. Waern i sar. (1999) su iznijeli odsustvo raspitivanja o suicidalnim mislima u suicidima starijih. U dva velika istraživanja suicida u Engleskoj, (National Confidential Inquiry 2001) i Australiji (Burgess i sar. 2000), u studijama koje su razmatrale mogućnosti prevencije suicida, nadjeno je u prosjeku kod 21% i 20%, nedostatak u ocjenjivanju tretmana tih pacijenata, kao i oskudne komunikacije između osoblja i pacijenata i porodice, neadekvatne supervizije i nedostatak kontinuirane brige.

Situacija se može pojasniti kroz iskustva sa Gotlanda, gde je 80-tih godina sprovedena intenzivna edukacija ljekara opšte prakse. Tom edukacijom proširene su njihove kompetencije u smislu boljeg prepoznavanja i liječenja depresije, što je dovelo do značajnih poboljšanja u tretmanu i praćenju depresije. Takodje, došlo je i do drastičnog pada broja prijavljenih bolesnika, smanjenja hospitalizacije i potrošnje lijekova. S druge strane, pojavio se porast u potrošnji specifičnih antidepresiva koji ne stvaraju zavisnost, a koji su ranije nedovoljno korišćeni. Pojava suicida vidljivo je opala, ali taj pad odnosi se skoro isključivo na grupu suicida žena, a trend suicida muškaraca gotovo da je ostao nepromijenjen (Rutz i sar. 1992). Pojava suicida među ženama na Gotlandu danas je skoro u potpunosti iskorijenjena. Efekat na nivo suicida kod muškaraca je izostao, a razlog tome nalazi se u činjenici da većina muškaraca, počinitelaca suicida, nisu bili poznati zdravstvenim službama.

U skladu sa ovim zaključcima naši podaci bilježe dvostruko manji procenat od 37,1% liječenih muškaraca u odnosu na dvostruko veći procenat žena od 61,9%. S obzirom da su se značajno manje obraćali ljekarima za pomoć, nisu ni mogli imali koristi od tretmana. U Gotland studiji su pokazali da ako su muškarci imali kontakt sa ljekarom bilo je to zbog somatskih, često banalnih, problema. Pojedini od njih bili su pod uticajem lijekova ili

zavisnici u tolikom stepenu, da je dijagnostikovanje bilo nemoguće zbog promijenjenog ponašanja, nedostatka motivacije i uvida u vlastito stanje, ili zbog agresivnosti ili ispada očajanja. Muškarci koji su uprkos tome dobili dijagnozu kao depresivni i kojima je predlagan tretman, često su izbjegavali kontrolne preglede. Takvi muškarci obično nisu imali kontakta ni s jednom društvenom instancom koja bi im mogla pružiti pomoć. Kada bi došlo do kontakta onda je to bilo sa policijom, socijalnim službama, ustanovama za alkoholičare ili sa poreskim vlastima. Često uopšte i nije bilo nikakvog kontakta. Kod bližeg posmatranja i ispitivanja simptoma tih muškaraca, pokazalo se da je slika depresije kod njih drugačija. Karakteristična je bila impulsivnost, samodestruktivnost i agresivnost, neodlučnost i neprepoznavanje vlastite bespomoćnosti, depresije, zabrinutosti i/ili potrebe za pomoći. Jedini izlaz koji su oni videli je najčešće bilo "samo-liječenje" – unošenjem alkohola ili korišćenjem "zavisničkih ekvivalenata", kao i prekomjerno bavljenje sportom, zavisnost od rada ili drugo – što sve može biti sredstvo za prikrivanje straha ili depresije.

S obzirom na značaj, logično bi bilo razmišljati o potrebi da se ublaži uticaj rizičnih faktora na suicidalno ponašanje, što je još jedan od razloga što se umjesto riječi „suicid“ ili „pokušaj suicida“, koristi sinonim „suicidno ponašanje“. U pogledu ovoga Whitlock je 1977. godine, izjavio da „ako mi napišemo otvoreno o prisustvu suicida, mi možemo uraditi puno da preveniramo suicid i tako omogućimo korišćenje medicinskih znanja, koja utiču na takvo ponašanje“. Još davne 1828. godine praktično je identičan komentar od strane Burrows. Medjutim, takodje je jasno da ovo nije svakodnevni događaj i da prevladava osjećanje pesimizma u dijelu izazova zbog odsustva randomiziranih kontrolisanih studija koje dokazuju efikasnost naših intervencija. Pored toga, postoje studije intervencija koje su razmatrajući intervale povjerenja, pokazale da suicidalno ponašanje može biti prevenirano.

Randomizirane kontrolisane studije

Suicid je rijedak fenomen – čak i u rizičnim grupama kao što su oni koji pokušavaju suicid, pri čemu će manji broj njih na kraju i realizovati suicid. U kontekstu dokaza efikasnosti tretmana ovo je paradoksalan, ali stvaran problem: Zato je i zahtijevan veliki uzorak pacijenata da bi se dokazala statistička značajnost redukcije suicidalne stope. Ako se ponavljani pokušaj suicida izabere kao varijabla, onda postoje bolje šanse da se dokaže statistička značajnost efikasnosti tretmana. Kao dokaz efikasnosti tretmana, randomizirane kontrolisane studije (RCT:s) su zlatni standard.

Hawton i sar. (1998) su našli dvije studije koje dokazuju statistički značajnu redukciju ponavljanja pokušaja suicida: jedna poredjuje flupentiksol sa placebo u višestrukim pokušajima suicida i druga koja poredi dijalektičko-bihejvioralnu terapiju (DBT) sa standardnim psihijatrijskim tretmanom. Arensman i Hawton (2004) su objavili RCT:s koja potiče iz 1998. godine i koja je pokazala da su neke dodatne forme tretmana imale dokaz statistički značajnog smanjenja stopa kod ponavljanih pokušaja: paroxetine nasuprot placebo

(jedna studija), kognitivno/bihevioralna terapija sa elementima rješavanja problema nasuprot standardnim metodama zaštite (putem kontrola), (dvije studije uključuju skorije RCT od strane Brown i sar. 2005) i psihoanalitički orjentisane terapije nasuprot standardnom tretmanu (dvije studije).

Dodatni dokazi da DBT u poredjenu sa standardnim tretmanom (putem kontrola) smanjuje stope ponavljanja pokušaja suicida medju pacijentima sa graničnim poremećajem ličnosti takodje je potvrđeno (jedna studija).

To svakako nije jedino interesantno u prevenciji suicidalnog ponašanja, nego je generalno gledano važno, da život pacijenta učini boljim kao i u pogledu drugih važnih ciljeva. Meta-analiza šest RCT:s koje su koristile terapiju rješavanja problema je otkrila da su neki tretmani bili efikasniji u smanjivanju nivoa beznadežnosti, depresije i brojnih prijavljenih problema. (Townsend i sar. 2001).

Kvalitativna evaluacija tretmana je takodje važna. Jedan primjer je studija intervjuja od strane Perseus i sar. (2003), koja je ispitala poglede pacijenata i terapeuta na DBT u kojoj je potvrđeno koji su elementi tretmana opaženi kao pomažući i zašto.

Studije psihološke autopsije

Rezultati dosadašnjih studija su pokazali da se dijagnostička raspodjela ključnih dijagnoza nadjenih u suicidima značajno razlikuje u različitim regionima u svijetu. Npr. suicidi u Americi su mnogo češće dijagnostikovani sa psihijatrijskim poremećajem, od suicida u našoj zemlji i drugim regionima svijeta. Tako 89,7% suicida u Americi je na kraju imalo najmanje jednu dijagnozu, s obzirom da je 88.8 % suicida u Evropi, 83.0 % suicida u Aziji i 78.9 % suicida u Australiji su na kraju imali prisutan najmanje jedan psihijatrijski poremećaj (Arsenault-Lapierre i sar. 2004).

Mnogo toga je već poznato kad je riječ o psihički oboljelim osobama. U UK na podacima zasnovanim tokom sakupljanja nacionalnog kliničkog istraživanja (the National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness) od strane Kapura (2009), nadjeno je da pacijenti koji su realizovali suicid tokom hospitalizacije ili kratko nakon otpusta iz bolnice mogu biti posebno važna grupa zato što okolnosti njihove smrti mogu osvijetliti nedostatak servisa za pružanje liječenja. Autor navodi da stope suicida medju psihijatrijskim pacijentima koji su hospitalizovani u UK su u opadanju. Predloženo je da rigorozno kliničko ocjenjivanje i liječenje mentalnih poremećaja je korisna polazna tačka u smanjivanju suicida kod mentalno oboljelih, ali naučni dokazi ovo nisu potvrdili. Ovo se predlaže iz razloga što je suicid rijedak događaj i što se opšte strategije za prevenciju suicida i specifične strategije za smanjenje suicida međusobno prepliću kao i da je njihova primjena podjednako važna.

Od prvih studija psihološke autopsije od strane Robinsa i sar. (1959) u Sjevernoj Americi i Barraclougha i sar. (1974) u Evropi, do sada je sproveden relativno mali broj studija psihološke autopsije. Originalna studija meta-analize Arsenault-Lapierre i sar. (2004) je

uglavnom bila deskriptivna u svojoj prirodi, a u skorije vrijeme je uradjeno više kontrolnih studija. Bilo je uključeno ukupno 3275 osoba koje su realizovale suicida. Podaci iz ove studije su imali konzistentne predloge u jasnoj povezanosti između mentalnih poremećaja i suicida. Rezultati ove studije su sistematično objedinjeni i objavljeni kada god je to bilo moguće. Rezultati njihove studije su pokazali da prosječno 87.3 % osoba koje su realizovale suicid su imale mentalni poremećaj. Sa druge strane, u prosjeku 14.0 % od ovih lica nije imalo dijagnozu psihijatrijskog poremećaja. Moguće objašnjenje je da se dijagnoza nije mogla otkriti zbog različitih metodoloških nedostataka. Ovo je stvarno i moguće iz razloga što se studije psihološke autopsije oslanjaju na informatore i/ili dostupne medicinske informacije u određivanju dijagnostičkih podataka. U nekim slučajevima, informatori imaju malo informacija za period poslednje nedjelje ili mjeseca života osobe. Ali, moguće je da su sveobuhvatne stope psihopatologije još uvijek potcijenjene. Ovo se slaže sa zaključcima novijih studija koje se fokusiraju na suicide koji se ne nalaze na osovini I dijagnoza (Ernst i sar. 2004).

Rezultati ove studije su potvrdili sveobuhvatne utiske od strane individualnih studija da afektivni, sa supstancama povezani, poremećaji ličnosti i psihotični poremećaji su najčešće dijagnoze među osobama koje su realizovale suicide. Dvije pojedinačne najčešće zajedničke dijagnostičke kategorije među realizovanim suicidima su bile afektivni poremećaji (uključujući depresivne i bipolarnе poremećaje) dijagnostikovani kod 43.2 % slučajeva suicida, i neki sa supstancama povezani poremećaji (predstavljeni u 25.7 % slučajeva suicida). U ovim grupama, posebno, depresivni poremećaji i problemi sa alkoholom su bili najčešći. Konačno, poremećaji ličnosti, predstavljeni su sa 16.2% dijagnoza u realizovanim suicidima i psihotični poremećaji, uključujući shizofreniju sa 9.2%.

Takodje je pokazano da sa izuzetkom organskih poremećaja i poremećaja prilagođavanja, da u slučaju suicida viši rizik imaju oni kod kojih je ustanovljena dijagnoza od kontrolnih kod kojih je svaka pojedina dijagnoza razmatrana. Od ovih dijagnoza rizik za psihotične poremećaje je povećan. Rizik za shizofreniju bio je takodje posebno visok. U kontrolnoj grupi je samo 15 osoba kontrolne grupe imalo dijagnozu shizofrenije i 2 osobe su imale psihotični poremećaj.

Neke skorije studije koje su se bavile komorbiditetima su pokazale da u realizovanim suicidima ima mnogo češće više od jedne psihijatrijske dijagnoze (Foster i sar. 1999; Kim i sar. 2002). U poredjenju sa označenim zajedničkim kontrolnim, Foster i sar. (1999) su našli statistički značajno povećanje za suicidalni rizik u prisutnim Axis I - Axis II komorbiditetima.

Kim i sar. (2002) su ispitivali slučajeve suicida muškaraca sa kontrolnom grupom iz opšte populacije i našli su da je u slučajevima suicida bilo prisutno u prosjeku 2.36 dijagnoza kao i da komorbiditeti kod realizovanih suicida imaju tendenciju da budu u saglasnosti sa srednjim brojem dijagnoza (u nivou 1.19 – 4.05), a zapaženo je i prisustvo impulsivno-agresivnog ponašanja. Ovo može biti interesantno u ocjenjivanju sveobuhvatnog nivoa komorbiditeta, međutim, veoma malo studija komorbiditeta je predstavljeno u originalno objavljenim

studijama, tako da je jedino ove informacije je bilo moguće dobiti iz do sada objavljenih podataka.

Svakako, naši rezultati se mogu smatrati sličnim onima koji su potvrđeni u dosadašnjim studijama, da je pol moderator suicidnog rizika i da je povezan sa nedostatkom podesnih istraživanja koja se fokusiraju na polne razlike u realizovanim suicidima. Observirane su razlike u stopama psihopatologije kod muškaraca i kod žena koji su realizovali suicid tako da interesovanje treba da bude usmjereno na vođenje računa o validnosti budućih studija. Dosadašnji rezultati pokazuju da je rizik za sa supstancama povezane poremećaje, poremećaje ličnosti i poremećaje u djetinjstvu statistički značajno viši kod muškaraca, dok je rizik za afektivne poremećaje, posebno, depresivne poremećaje viši u suicidima žena (Arsenault-Lapierre i sar. 2004). U prosjeku, ovi autori su našli da su bilo koji sa supstancama uzrokovani problem predstavljeni kod 41.8% dijagnoza kod muškaraca, i 24.0% dijagnoza kod žena. Za razliku od njih afektivni poremećaji su predstavljeni sa 59.4 % dijagnoza kod žena i 47.4 % dijagnoza kod muškaraca.

Medjutim, interesantan je zaključak jedne studije koja je imala za cilj da precizira odsustvo polnih razlika u shizofreniji. Ovaj zaključak je nekonzistentan sa dosadašnjim zaključcima koji se slažu da je najveći broj slučajeva suicida u shizofreniji muškog pola (Breirer i Astrashan 1984; Rossau i Mortensen 1997). Zaključci ove studije uglavnom upućuju da nema razlike između polova u slučajevima suicida koji su dijagnostikovani kao shizofrenija. Takodje, zaključci ove studije nisu konzistentni sa opštim zaključcima da bolesni od shizofrenije imaju tendenciju da realizuju suicid ranije tokom bolesti (Konnecke 2000), posebno muškarci to čine mnogo češće na početku bolesti, u mladosti, i jedno moguće očekivanje je da se potvrde visoke stope osoba muškog pola oboljelih od shizofrenije među realizovanim suicidima, posebno u odnosu na distribuciju dobnih grupa koja je nadjena u ovom uzorku i koja pokazuje da su žene uopšte izgleda starije u suicidima od muškaraca.

Studije radjene na stanovništvu

Vlade velikog broja zemalja u okviru svojih Instituta sprovode programe za nacionalnu prevenciju suicida, ali mi ćemo razmatrati dva primjera, i to jedan iz Zapadnih, a drugi iz zemalja u razvoju.

Prvi primjer je Finsko Ministarstvo zdravlja koje je 1985. godine, postavilo program, sa zadatkom da smanje stopu suicida za 20% za sledećih 10 godina (Kerkhof 1999). Činjenica je da se broj suicida povećavao na početku, a zatim se smanjiivao, tako da je na kraju stopa suicida bila za 9% niža od početnog nivoa. Ovo je bio prvi pristup koji je bio baziran na istraživanju. On je obuhvatio nacionalne programe koji su radjeni u svijetu i uključio edukaciju u zajednici o faktorima rizika, zajedno sa vodičem za promociju zdravlja koji je obezbijedjen za škole, vojsku, sveštenstvo i za sektor Centara za socijalni rad. Bilo je

potvrđeno da ima praznina „između medicinskih paradigmi i sociokulturnih paradigmi u razumijevanju i prevenciji suicidalnog ponašanja“, kao i da više pažnje treba posvetiti redukovanju pristupa metodama suicida kod starijih. Potvrđeno je međutim, da „projekat može doprinijeti preokretu u povećanju stope“ i da „dostignuća projekta uveliko postaju njegovi nedostaci“ (Kerkhof 1999).

Više novije sprovedenih nacionalnih programa iz zemalja u razvoju kao što je Sri Lanka (ranije Cejlon) su uticali na smanjenje stope suicida (De Silva i Jayasinghe 2003). U periodu između 1950. godine i 1985. godine, suicidalne stope u Sri Lanki su povećane šestostruko i 1995. godine ukupan broj suicida je bio 8.514. Predsjedavajući komitet je 1997. godine saopštio da se iz razloga visoke stope suicida treba usredsrediti na prvom mjestu na smanjenje pristupa pesticidima i smanjenju toksičnih alternativa kao i povećanju kapaciteta medicinskih usluga koje će tretirati ozbiljne psihičke poremećaje; obeshrabrili senzacionalna izveštavanja u medijima i legalizovati suicid.

Dakle, uzroci suicida se nemogu povećavati primijenom „bilo kakvih“ specifičnih mjera, a to je bilo uvjerljivo, jer se broj suicida značajno smanjio u 2000. godini.

Dok su neke velike intervencija na stanovništvu kritikovane zbog njihove opšte prirode i smanjenja specifičnog teoretskog okvira, dvije novije objavljene studije koje su bile mnogo rigoroznije u istraživačkom dizajnu su objavile veoma obeshrabrujuće rezultate.

U kohorti od preko 5 miliona vojnika Sjedinjenih Američkih Država, Knox i sar. (2003) su zabilježili smanjenje od 33% suicida između 1990-1996 i 1997-2002, praćenjem uputstava za sprovođenja programa od 11 tačaka u populaciji vojnika SAD u cjelini. Fokus je bio na uklanjanju stigme u traženju pomoći za psihosocijalne probleme, povećanju saznanja u oblasti mentalnog zdravlja i promjeni administrativne politike u smislu olakšanog pristupa servisima za intervenciju. Takođe je saopšteno da je došlo do „značajne redukcija rizika“ za slučajeve zadesne smrti, homicida i porodičnog nasilja. Pozitivni rezultati su takođe saopšteni od strane Hegerla i sar. (2003) iz Njemačkog Saveza koji su radili studiju protiv depresije, gdje je dvije godine nakon kampanje u Njemačkom gradu od oko 500 hiljada stanovnika u informisanju stanovništva o depresiji, treningu porodičnih doktora, osnažila olakšanu saradnju sa stanovništvom kao što su profesori, popovi, mediji i takođe podršku grupama za pomoć što je rezultiralo značajnim smanjenjem suicidalnih činova u poredjenju sa Wirzburgom koji je bio korišten kao kontrolni region.

Nedavno objavljene strategije za prevenciju suicida od strane Mann i sar. (2005) su pokazale da obrazovanje ljekara o depresiji i njeno rano prepoznavanje i liječenje, kao i ograničavanje pristupa smrtonosnim metodama (naročito vatrenom oružju) značajno utiče na smanjenje stope suicida. Druge metode, uključuju obrazovanje javnosti, skrining programe i medijsko obrazovanje, gdje je potrebno pružiti više dokaza o efikasnosti. Pored toga, Mann i sar. (2005) su predložili da u formulisanju strategija i upravljanju prilikom liječenja suicidalnih pacijenata, tri glavna aspekta zahtijevaju pažnju: 1. Dijagnostika i liječenje postojećih psihijatrijskih poremećaja, procjena rizika od suicida i uklanjanje dostupnosti sredstvima, poseban tretman za smanjivanje sklonosti za pokušaj suicida.

Od strane Rosena (1954) je je pak istaknuto da postoje ograničenja u predikciji, posebno kada postoji manji broj faktora rizika koji su prisutni kod suicidalnih osoba, koji u osnovi mogu da predvide suicid kod onih osoba kod kojih postoje konvencionalni faktori rizika koji su udruženi sa suicidom.

Nešto kasnije isticano je da na individualnom nivou „Mi ne posjedujemo informacije o bilo kojoj varijabli ili bilo kojoj kombinaciji varijabli, koja nam omogućava da identifikujemo koji je to stepen specifičnosti koji treba da postoji kod osoba koje će realizovati suicid“ (Pokorny 1983).

Gunel i Frankel (1994) su na uzorku od preko 140 000 pacijenata, procijenili da je smanjen rizik od suicida za 15% kod onih koji su otpušteni iz psihijatrijske bolnice, ali da 0,9% njih ima šanse da realizuje suicid u sljedećoj godini. Zbog nedostatka specifičnih faktora rizika za suicid, neočekivano su ispoljene velike rezerve prema izvodjenju i demonstriranju efikasnosti, od strane ovih studija. Brojni zahtjevi za analizom dovoljno ubjedljivih podataka posebno obeshrabruju.

Potvrđeno je i da su brojni zahtjevi za demonstriranje efikasnosti u prevenciji pokušaja suicida manje razumljivi nego suicid sam po sebi. Međutim, još više obeshrabruje, a i Hawton i sar. (1998) su u njihovim ranije objavljenim rezultatima o prevenciji pokušaja suicida, istakli da su čak podaci od 20 randomizovanih kontrolisanih studija, kombinovanih u meta-analizi, pokazali da su brojne od njih bile male da bi detektovale razlike u rezultatima, pa autori navode da nedostatak dovoljnog broja uzoraka se ne može iskoristiti, i da je to „gubljenje naučnog vremena“, a zaključci bi se mogli smatrati neetičkim u pogledu učešća pacijenata.

Međutim, neki objavljeni rezultati nisu razočarali u postojanju podrške dugo-održivim kliničkim benefitima, ali su zato odbacili druge istraživačke metodologije osim randomiziranih kontrolisanih istraživanja, posebno kada su neka od tih istraživanja planirana nepraktično.

Dakle, potreban je više pragmatičan pristup, kako bi se razmatrala i druga istraživanja, na osnovu kojih bi se moglo imati kliničko povjerenje u postupku redukovanja suicidalnog ponašanja.

PREVENTIVNE STRATEGIJE

Već više od 50 godina kao jedan od neophodnih zahtjeva i postavki istraživačke metodologije, postavljeni su izazovi da se otkriju oni koji mogu izvršiti suicid, u cilju preveniranja takvih ponašanja.

Sa sticanjem saznanja o suicidalnom ponašanju, sa povećanjem svjesnosti o važnosti promjena u prevenciji suicida širom svijeta, WHO (1993) je objavila „Šest osnovnih koraka u prevenciji

suicida“, koji sadrže: liječenje psihijatrijskih pacijenata, kontrolu posjedovanja oružja, detoksifikaciju plina za domaćinstva, detoksifikaciju izduvnih gasova automobila, kontrolu dostupnosti toksičnih supstanci i smanjivanju izvještavanja o suicidu u novinama.

Dok su preporuke WHO čini se logične i nisu u suprotnosti, a takodje su zasnovane na kliničkom iskustvu kroz određeno vrijeme, Wilkinson (1994) je došao do zaključka, da „realno nema ubjedljivih naučnih dokaza da obrazovanje i poboljšanje socijalnih uslova i podrška ili bolja obučenost, igraju bitnu ulogu u prevenciji suicida“. U literaturi nalazimo da su takva izvještavanja bila ispravna, a zatim i bitna u sistematskim razmatranjima tretmana.

Nekoliko godina kasnije, Hawton i sar. (1998) su istakli efikasnost psihosocijalnog i farmakološkog tretmana u prevenciji pokušaja suicida, zaključivši da je „sadašnje saznanje nauke na osnovu kojeg su napravljene preporuke o najefikasnijim oblicima tretmana za pacijente koji su pokušali suicid, nedovoljno“. Slično je objavljeno i o ulozi litijuma u prevenciji suicida pri njegovom održavanju u terapiji poremećaja raspoloženja. Istaknuto je da „nema definitivno objavljenih naučnih dokaza o tome da li litijum ima antisuicidni efekat ili ne“ (Burgess i sar. 2001). Ovi prikazi i zaključci su imali neželjene posljedice na naučne dokaze u medicini krajem dvadesetog vijeka. Upravo zbog toga, potrebno je bilo fokusirati se na razmatranja u pogledu perspektive suicida.

Razmatranja su išla u pravcu kojim retrospektivnim analizama bi se mogle obezbijediti manje baze podataka koje bi obezbijedile najpreciznije stope suicida, zatim baze kliničkog praćenja sa istraživačkim ograničenjima koja se pri tome nameću, a posebno u predstavljanju efikasnosti tretmana (Goldney 2000; Cuijpers 2003).

Internacionalne studije sugerišu da samo oko 40% pacijenata koji imaju depresiju bivaju prepoznati od strane ljekara primarne zdravstvene zaštite, a od ovih pacijenata samo 10-15% se adekvatno tretira (Rutz 1999), a pokazano je da rana identifikacija i adekvatan tretman depresije je moćan protektivni faktor za suicidalno ponašanje.

Primarna prevencija suicida je idealan metod zaštite. To zahtijeva široku promjenu društvenih, ekonomskih i bioloških uslova u sprečavanju određenih članova društva da postanu suicidalni. Primarna prevencija je usmjerena na rane socijalne intervencije na suicidalne puteve. Ovaj pristup snaga za intervenciju na nivou životne sredine i sredstava za samouništenje, umjesto fokusiranja na individue koje su u riziku istakao je Maris (2002). Prevencija suicidalne ideacije i pokušaja suicida na kraju služi kao prevencija novih suicida. Primarno preventivne mjere ili zaštitni faktori mogu da uključe smanjenje stope razvoda i nasilja (posebno u porodicama), ograničavanje pristupa smrtonosnim metodama (vatreno oružje, pesticidi, otrovni gas, barbiturati i sl), promovišu fizičko zdravlje, pravilno vježbanje, ishranu, spavanje i sl. (Maris 2002; Mana i sar. 2005). Popularne su javne obrazovne kampanje u cilju povećanja znanja i poboljšanja odnosa prema duševnoj bolesti i suicidu, međjutim mjere za prevenciju suicida su i dalje nedovoljne (Mann i sar. 2005). Mnogo kompleksnija varijacija pristupa javnog zdravlja je da se shvate opšti mehanizmi i procesi koji dovode do ovih negativnih ishoda i kreiranje preventivnih intervencija koje redukuju duževremensku vulnerabilnost. Kao što se može vidjeti, pristup javnog zdravlja pomjera naše razmišljanje prema intervencijama što ranije, idealno prije nego što se poremećaj razvije.

Pristup javnog zdravlja takodje širi naše intervencije od fokusiranja samo na individue pod rizikom i na vršioce samodestrukcije. Npr., rane intervencije mogu biti kreirane tako da povećaju vještine copinga kod djece (ograničeni pristup sredstvima kao što je vatreno oružje i/ili da se poboljša edukacija zajednice/roditelja u cilju bezbjednog čuvanja oružja). Gordon-ov operacionalni model npr. identifikuje ciljne grupe za ovakve intervencije, i protežu se od široko zasnovanih, opštih intervencija do onih mnogo selektivnijih, do još uvijek mnogo indikovanih.

Pokazalo se da smanjivanje dostupnosti popularnih i lako raspoloživih sredstava za vršenje suicida može smanjiti stope suicida.

Maris i sar. (2000) su predstavili jedan obris preventivnih intervencija posebno povezan sa mjerljivim ishodima u posebnim fazama prevencije. Ovaj pristup prevenciji, da prekroji spoljašnju sredinu da bi zaštitila individuu pod rizikom, suprotan je mnogo tradicionalnijim pristupima javnom zdravlju koji se oslanjaju na edukaciju ili zakonodavstvo, da ubijede ili stave pod starateljstvo bihevioralnu promjenu.

Kao opcija sekundarne prevencije (npr. kada pojedini članovi društva postaju suicidalni), vjerovatno najbolje zaštitne mjere su rano otkrivanje suicidalnih pojedinaca, utvrđivanje tačne dijagnoze i efikasno liječenje psihijatrijskih poremećaja (posebno MDD).

Prevencija suicida u ovoj fazi je moguća zbog toga što je najmanje 83% osoba koje su realizovale suicid imalo kontakta sa lekarima primarne zdravstvene zaštite u toku godine u kojoj se desila njihova smrt, i do 66% u toku mjesec dana prije smrti (Andersen i sar. 2000; Luoma i sar. 2002). U Engleskoj su sprovedene multidisciplinarne obrazovne obuke nepsihijatrijskog osoblja u cilju intervencija, procjene rizika od suicida i upravljanja suicidalnim pacijentima (Morris i sar. 1999). Procjena rizika od suicida i vještina upravljanja, kao što je rješavanje problema, buduća uočavanja i pružanje neposredne podrške su značajno poboljšani nakon prvog mjeseca obuke (Morris i sar. 1999). Međutim, stopa suicida nije promijenjena ni prije ni posle obuke. Čini se da će informisanje i obrazovne intervencije poboljšati procjenu i upravljanje suicidom kod zdravstvenih profesionalaca koji su u kontaktu sa suicidalnim pacijentima, ali možda neće biti dovoljan da smanji stopu suicida (Morris i sar. 2005).

Dakle, poboljšano prepoznavanje depresije od strane lekara i procjena suicidalnog rizika je značajna komponenta u prevenciji suicida. Nekoliko studija koje su ispitivale suicidalno ponašanje u odgovoru na obrazovni program u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, uglavnom sa ciljem prepoznavanja depresije i tretmana, su izveštavale pozitivne rezultate (Mann i sar. 2005). Od farmakoloških tretmana, na primjer litijum je efikasan u prevenciji suicida, pokušaja suicida i od svih uzroka smrti kod bolesnika sa poremećajima raspoloženja (Cipriani i sar. 2006). Obrazovanje lekara u prepoznavanju i liječenju depresije je vjerovatno najvjerodostojniji način za sekundarnu prevenciju suicida.

U posljednje vrijeme mnoge studije su koristile statističku metodu atributivnog rizika stanovništva (PAR), koji se odnosi na srazmjernost uslova koji mogu biti povezani sa izloženošću faktorima rizika, ili proporcionalno koji uslovi treba da se eliminišu kako bi se eliminisalo prisustvo faktora rizika. Beautrais je izvijestio da eliminacija poremećaja raspoloženja može rezultirati do 80% smanjenja rizika kod ozbiljnih pokušaja suicida i 37% do 46% na smanjenje stope suicida (Beautrais i sar. 1996). Slično ovom i Goldney i sar.

(2003) su objavili da je za 39% do 57% smanjena suicidalna ideacija i za 40% pokušaji suicida.

S obzirom da je realizovani suicid rijedak, zdravstvene ustanove bi morale da priznaju da će mnogi pacijenti biti ciljani kako bi se spriječio suicid. Međutim, komponente prevencije suicida, kao što su povećani klinički nadzor, podsticanje saradljivosti/poštovanje, kao i poboljšano vođenje pacijenata, će dovesti do poboljšanja medicinske zaštite za teško bolesne pacijente (Appleby i sar. 2005). Osobe sa istorijom prijema u psihijatrijsku bolnicu bile su u visokom riziku od suicida, a suicidalni rizik se povećavao u periodu odmah nakon prijema ili otpusta. Rizik od suicida je značajno veći kod pacijenata koji su imali manje od srednje prosječne dužine bolničkog liječenja (Qin i Nordentoft 2005). Na osnovu Danske studije (Mortensen i sar. 2000) rizik od suicida kod pacijenata postoji za period od jedne godine ili manje nakon prvog prijema, a povećava se značajno u prvoj godini nakon otpusta.

Očigledno je da su potrebni dalji naponi i angažovanje naučne i stručne javnosti u cilju efikasnijeg tretmana i prevencije suicida. Gotland studija, 1983-84 (Rutz i sar. 1989) je dala edukacioni program za primarnu zdravstvenu zaštitu u smislu prepoznavanja i ordiniranja terapije za afektivne poremećaje (antidepresivi). Pokazano je da antidepresivi smanjuju stopu suicida, smanjuju trajanje bolesti, broj hospitalizacija i povećavaju broj psihijatrijskih konsultacija.

Literatura iz ne Zapadnih zemalja, podržava razliku u pokušajima suicida kod muškaraca i žena, ali ove studije su dizajnirane retrospektivno (Khan i Reza 1998; Aghanwa 2004).

Neke zemlje su implementirale Nacionalnu strategiju za prevenciju suicida prema vodiču Ujedinjenih Nacija i WHO. Ima nekoliko pitanja koja zahtijevaju dalju pažnju u odnosu na prevenciju suicida. Prvo, u porastu je broj zemalja koje su uradile Nacionalnu strategiju za prevenciju suicida, ali prevencija suicida još uvijek nije prioritetni zdravstveni problem globalno, što je slučaj i u našoj zemlji. Drugo, u toku su rasprave o efikasnosti i efektima od individualnih intervencija.

Međutim, dokazi o intervencijama iz studija tzv. „zlatnog standarda“ (kao što su randomizirane kontrolisane studije) su poželjne, ali često ih nije moguće ostvariti. Korišćenje najboljih dokaza je pragmatičan pristup u razvoju preventivnih strategija. Treće, najbolju praksu predstavljaju informacije od evaluacija šta je, a šta nije uradjeno. Ovi zahtjevi za evaluacijom efikasnosti i specifičnim intervencijama i efektima strategija za prevenciju suicida kao što su preventivne strategije, zahtijevaju inicijative zdravstvene politike. Ciljevi treba da budu usmjereni ka internacionalnoj evaluaciji podataka, koji mogu pomoći razvoju razumijevanja najbolje prakse u odnosu na prevenciju suicida uopšte.

STANDARDNI TRETMANI

Standardni tretmani se koriste da preveniraju ponašanja koja se očigledno pojavljuju u suicidalnom ponašanju. Istraživanja su pokazala da rutinska klinička briga može biti veoma korisna. Na primjer, Hickey i sar. (2001) su objavili da su pacijenti koji su pokušali suicid, a koji su prije toga imali značajan broj samopovredjujućih ponašanja i koji su nakon tog događaja napustili Urgentni centar u Oksfordu bez psihijatrijskog pregleda, mnogo češće ponavljali samopovredjujuće ponašanje ponovo u sljedećoj godini, nego oni koji su činili kontrolnu grupu i koji su u Urgentnom centru pregledani od strane psihijatra.

Takodje, su i drugi autori kao np. Kapur i sar. (2002) u studiji sprovedenoj u šest bolnica na sjeveru i zapadu Engleske, pokazali da su pacijenti koji su pokušali suicid trovanjem i koji nisu pregledani psihijatrijski, mnogo češće, ponovo pokušali suicid trovanjem. Ovi autori su našli da je samo dvanaest pacijenata imalo potrebnu psihosocijalnu pomoć u prevenciji ponavljanja pokušaja suicida trovanjem, nakon čega su zaključili da „ako se preduzimaju mjere kod 50% pacijenata, možemo prevenirati 7000 ponovljenih epizoda pokušaja suicida trovanjem, primjenjujući postojeće vodiče, tako da treba omogućiti da se svi pacijenti podvrgnu psihijatrijskom ocjenjivanju.

NEFARMAKOLOŠKI PRISTUP

Metode za poboljšanje efikasnosti kontakata sa onima koji su suicidalni, radjene su još u prošlom vijeku. Telefonski servisi za podršku u krizi su osnovani u USA još 1895. godine i 1906. godine (Retterstol 1996). Centri za hitnu prevenciju suicida su osnovani tokom 1950. godine i 1960. godine u Evropi, Americi i drugim dijelovima svijeta, ponekad pod pokroviteljstvom volonterskih organizacija kao što su Samarićani, Befrienders International, Internacionalna federacija urgentnih telefonskih servisa (IFOTES) i Lifeline. Medjutim, pojavili su se rezultati koji nisu bili konzistentni, kao i ozbiljni metodološki problemi u demonstriranju njihove efikasnosti (Bagley 1968; Baraclough i sar. 1977).

Studije Lestera (1997) su pokazale postojanje njihovih preventivnih efekata „čak iako su ti efekti mali i nekonzistentni“. Na skorije održanoj komisiji za ocjenjivanje servisa za telefonsko savjetovanje za adolescente, nadjen je značajan pad u mjerenju suicidalnosti između početnog i zadnjeg savjetovanja (King i sar. 2003).

Efikasnost principa „sprijateljivanja“, je prikazana u jednom projektu iz Sri Lanke koji je iniciran od strane Sumithrazo, volonterske organizacije koja je na taj način osvetlila prevenciju suicida (Marecek i Ratnayeke 2001). U ruralnim područjima, u slučajevima suicidalnog ponašanja ponudjena emocionalna podrška i upoređivana je sa drugim selima u kojima je korišćena. U selima koja su imala 13 suicida i 18 drugih samooštećujućih ponašanja šest godina prije programa, četiri i po godine nakon sprovođenja programa nije bio nijedan

primjer suicidalnog ponašanja. Nasuprot ovom upoređujući sela koja su ranije imala 16 suicida i 25 epizoda drugih samooštećujućih ponašanja, nakon sprovođenja programa i nadjena su 3 slučaja suicida i 10 epizoda drugih samooštećujućih ponašanja. U sljedeće dvije godine praćenja, ova sela su bila uključena u prošireni program istraživanja koji je radjen u selima.

Motto i Bostrom (2001) su objavili jednostavne forme na osnovu kontakta koji su imali sa osobama koje su pokušale suicid. Naime, osobe koje su pokušale suicid, sa kojima su ostali u kontaktu mjesec dana nakon suicidalnog pokušaja i osobe koje nisu tražile nastavak tretmana, su označene kao grupa sa slučajanim kontaktom i grupa bez kontakta. Grupa sa kojom su bili u kontaktu imala je tretmane jednom mjesečno tokom 4 mjeseca zaredom, zatim svaki drugi mesec u toku 8 mjeseci, potom svaka 3 mjeseca narednih četiri godine i ukupno je za pet godina u kontaktu bilo 24 osoba. U periodu od preko 5 godina zabilježeno je značajno opadanje suicida.

Posebne mjere prevencije treba koristiti u dostupnosti oružja u vojnim i policijskim službama. Naučni dokazi predlažu da smanjivanje pristupa vatrenom oružju i drugim metodama, smanjuju suicidalne stope i kod stanovništva (Lewis i sar. 1997; Marzuk i sar. 1992). Vatreno oružje je neophodna vojna i policijska radna opasnost, tako da postoji samo nekoliko studija o efikasnosti strategija za smanjivanje suicidalnih stopa u vojsci (Knox i sar. 2003). Sigurno je da radna mjesta (kao što su vojni položaji) mogu potvrditi neophodnost pristupa da se smanji mogućnost korišćenja opasnosti na poslu kao što su oružje i municija i treba ga prevenirati tako da osobe ne ostaju same sa oružjem u vojsci. Posebno, ostvariti ciljeve u strategiji smanjivanja, uključujući smanjivanje broja osoba koje nose oružje ili smanjivanja frekvence vojnih i policijskih dužnosti, supervizija osoba koje nose oružje i razmatranja profila osoba koje nose oružje (godine života, istoriju psihijatrijske bolesti, ranija samooštećujuća ponašanja), zajedno sa smanjivanjem specifičnog stresa radnog mjesta. Vojne i policijske vlasti treba da obezbijede za sve da se pridržavaju odvojenog držanja municije od oružja. Strogi protokoli treba da se prate u pogledu ko može imati pristup i to jedni municiji, a drugi oružju, ili oba kao i u pogledu supervizije takvog osoblja, a moguće je koristiti metaldetektor koji može da minimizira zalihe municije ili oružja.

PROTEKTIVNI FAKTORI

Već duži period vremena, pažnja istraživača se posvećuje faktorima rizika, ali je malo pažnje usmjereno na faktore koji štite od suicida. Qin i sar. (2000) su identifikovali protektivnu ulogu materinstva za žene koje imaju malu djecu do 6 godina starosti. Našli su da je statistički značajan efekat roditeljstva kod muškaraca koji imaju djecu mlađu od 2 godine. Ovo potvrđuju i zaključci ranijih istraživanja u pogledu radjanja koji pokazuju da je trudnoća period koji redukuje suicidalni rizik (Appleby 1996). Interesantni su zaključci Danske studije da

biti roditelj male djece može objasniti ulogu protektivnih efekata braka za žene prije nego braka per se, dok je potvrđeno da se brak pojavljuje kao protektivni faktor kod muškaraca sam po sebi (a status usamljenost je faktor rizika).

OCJENJIVANJE FAKTORA RIZIKA

Smatra se da mnogi faktori rizika direktno utiču na povećanje rizika za suicid. Faktori rizika se mogu pojavljivati u nekoliko nivoa od niskog do visokog rizika u zavisnosti od kategorije da li se radi o individualnim (genetski, porodični), faktorima spoljašnje sredine (socio-demografski, stresni životni događaji) i međusobnim djelovanje prve dvije grupe faktora. Svaki od ovih faktora rizika povećava vjerovatnoću da osoba pokuša ili realizuje suicid, pa tako mogu postojati faktori visoke, srednje i niske letalnosti.

Faktori rizika:

-Suicidna ideacija ili aktuelni plan

-Poklanjanje ličnih stvari i posjeda

-Preokupacija sa smrću

-Skorašnji ozbiljni gubitak

-Depresija ili beznadežnost

-Česta upotreba alkohola ili drugih supstanci

-Raniji pokušaj suicida

-Sredstva i pripremanje plana

Drugi faktori rizika (godine, pol, bračni status, zdravstveni status, raspoloženje, kognitivni/afektivni procesi)

Odredjivanje letalnosti:

Visoka letalnost:

-Postoji mnogo prisutnih faktora rizika

-Dobro napravljen plan i metoda je ekstremno letalna

-Bliska opasnost

Mogući postupci:

- Dobiti verbalno obećanje ili potpisati „ugovor protiv suicida“
- Hospitalizovati (dobrovoljno ili prisilno)
- Neprekidna budnost

Srednja letalnost:

- Prisutni su neki od faktora rizika
- Suicidna ideacija, al nespecifična
- Razmatranje manje letalne suicidalne metode

Mogući postupci:

- Preventivno savjetovanje
- Praćenje

Niska letalnost:

- Prisutni su minimalni faktori rizika
- Neodredjena upućivanja u suicid, ali bez realnog verbalizovanja namjere

Mogući postupci:

- Ne iziskuje hitne akcije
- Upućivanje za potencijalno savjetovanje

Procjena suicida je od suštinskog kliničkog rasuđivanja i zasniva se na sveobuhvatnom psihijatrijskom pregledu. Kako smjernice kažu: „Suicid se ne može predvidjeti i u nekim slučajevima ne može spriječiti, ali individualni suicidalni rizik se može procijeniti i plan liječenja može biti projektovan sa ciljem smanjenja rizika.“

Naši rezultati potvrđuju nalaze velikog broja autora da je pol jedan od najvažnijih rizičnih faktora kada je suicid u pitanju, kao i nalaze onih studija koje su pokazale da su mnogi faktori rizika značajni za oba pola. Potvrđeno je da postoje različiti faktori rizika u odnosu na pol koji doprinose suicidalnom procesu. Psihičke bolesti su nadjene kao najdosledniji prediktor suicida kod oba pola, a naročito kod žena. Suicid je jedan od najznačajnijih problema u oblasti mentalnog zdravlja u Crnoj Gori i predstavlja jedan od glavnih uzroka smrtnih slučajeva.

Do sada su korišćeni različiti prilazi u određivanju faktora rizika za suicid: Studije psihološke autopsije, retrospektivna poredjenja suicidalnih stopa između različitih grupa (testirane su hipoteze da izvjesne grupe imaju više stope suicida u odnosu na druge, kao što je np. povezanost registra obrazovnog nivoa sa registrom uzroka smrti), zatim prospektivne studije rizičnih grupa kao što su psihijatrijski pacijenti ili oni koji pokušavaju suicid.

Medjutim, od svih pristupa, Metoda psihološke autopsije se smatra jednom od najdirektnijih tehnika koja je trenutno na raspolaganju, koja može da utvrdi povezanost između pojedinih faktora rizika i suicida. Ovom metodom je utvrđeno da postoji povezanost suicida sa psihijatrijskim poremećajima, što smo i mi potvrdili u našoj studiji. Podaci iz literature pokazuju da je suicid moguće razumijeti uglavnom retrospektivnim ispitivanjem. Ovaj način ocjenjivanja je potvrdio da identifikovanje direktnih i indirektnih faktora rizika povezanih sa smrtnim ponašanjem određuje namjeru i ulogu odluka u pogledu nastanka smrti.

Očekuje se da će primjena Metode psihološke autopsije u narednim istraživanjima biti usmjerena na faktore rizika ili domene faktora rizika kod specifičnih populacija suicidalnata, ka prevenciji suicida i kombinovanju metode psihološke autopsije sa biološkim parametrima. Mogućnost kliničkih i drugih bihevioralnih faktora mogu u konačnom, djelimično posredovati polnim i geografskim razlikama u suicidalnim stopama koji su na kraju uzevši veoma malo istraživani.

Svi rigorozni istraživački naponi, kao što su primjena multivarijantnih modela za testiranje hipoteza uzročno i kod realizovanih i kod pokušaja suicida, proširili su naučno razumijevanje multiplih, međusobno povezanih faktora rizika za suicid. Jasno je da polne razlike u medicinski ozbiljnom suicidalnom ponašanju zaslužuju više istraživanja. Identifikovanje rizičnih faktora posebno za oba pola može pomoći da razumijemo zašto se ove razlike pojavljuju. Da bi smanjili smrtnost, informacije o kulturnim specifičnostima mogu voditi unapredjivanju kliničke prakse i povećanju efikasnosti u prevenciji suicidalnog ponašanja u oba pola u osnovi.

Fenomen suicida još uvijek nije potpuno razjašnjen i pored velikog povećanja znanja iz ove oblasti. Stoga su dalja, multidisciplinarna istraživanja, uključujući statistička i demografska, neophodna, kako bi se smanjila ograničenja vezana za predikciju i prevenciju suicida. Posebno mjesto zauzimaju strategije koje mogu dovesti do razvoja čvrstih baza podataka, koje bi pružile dokaze istraživačima, i koje održavaju nadu u uspjeh.

ZAKLJUČCI

1. Socio-demografski i klinički faktori rizika su imali značajan uticaj na povećanje stope suicida. Utvrđeno je da je periodu 1995-2005. godine prosječna stopa mortaliteta od suicida u Crnoj Gori 23.1/100.000 stanovnika. U poredjenju sa ranijim periodima od 1971-1980. godine, kada je iznosila 14,8/100.000 i od 1980-1990.godine, kada je iznosila 13,2/100.000 (Peković 1995), došlo je do značajnog povećanja stope suicida. Najveći broj suicida realizovan je u urbanoj sredini. Geografske specifičnosti su drugi izvor varijacija koji pokazuje da je najviša stopa suicida u gradovima u sjevernom dijelu Crne Gore. Stopa suicida u gradovima sa najvećom stopom je dostigla dvostruko više vrijednosti u odnosu na ranije dekade.
2. Pokazano je da postoji dominancija muškog pola što implicira da je muški pol jedan od najvažnijih faktora rizika kada je suicid u pitanju, a što značajno odstupa od distribucije polova u opštoj populaciji Crne Gore. Srednje uzrasno standardizovane stope su bile 2,3 puta više kod muškaraca u odnosu na žene. Srednje uzrasno standardizovane stope suicida kod muškaraca su bile 32.9/100,000, a srednje uzrasno standardizovane stope kod žena su bile 14.1/100,000. Srednje uzrasno specifične stope muškaraca su bile više nego srednje uzrasno specifične stope žena u svim dobnim grupama. Prema trendu kretanja suicidalnih stopa postoji rastući trend stopa za muškarce, ali ne i za žene.
3. Naše istraživanje je potvrdilo da postoje polne razlike u prirodi realizovanih suicida. Mnogi od faktora rizika su statistički značajni za oba pola. Nadjeno je da je brak faktor suicidalnog rizika, ali u odnosu prema polu, brak je kao faktor rizika imao ujednačen uticaj. Prisustvo djece u porodici nije protektivni faktor, a u odnosu prema polu i ovaj faktor rizika je bio ujednačen. Povezano sa ovim uočeno je da su više od polovine učesnika u studiji bili roditelji starije djece. Pokazano je da je srednja školska sprema doprinoseći faktor suicidalnog rizika. Psihička bolest, somatska bolest, loša socijalna situacija i emotivni problemi kao razlog suicida su bili prisutni podjednako kod oba pola.
4. Faktori rizika koji objašnjavaju polne razlike u suicidalima kao što su socio-demografski faktori su pokazali:Realizovani suicidi su bili češći kod muškaraca nego kod žena. Kod žena:prema prosječnoj starosnoj dobi utvrđeno je da su suicidi žena koje su obradjene u studiji, bili starijih godina u odnosu na muškarce. Doprinosеći faktor rizika kod ženskog pola je bio niži obrazovni nivo (osnovna škola), i nezaposlenost. Kod muškaraca:srednja školska sprema je bila dominantno doprinoseći faktor rizika. Suicidni rizik se povećava kod zaposlenih muškaraca niskog socioekonomskog nivoa i

penzionera. Psihopatološki faktori rizika su pokazali: Da je prisustvo psihijatrijskog poremećaja imalo jači efekat na suicidalni rizik kod žena u odnosu na muškarce. Žene su statistički značajno češće psihijatrijski liječene u odnosu na muškarce. Žene su statistički značajno češće najavljivale suicid u odnosu na muškarce. Žene su češće pokušavale suicid u odnosu na muškarce, ali razlika nije dostigla prag statističke značajnosti. Gubitak člana porodice kao faktor rizika suicida bio je više zastupljen kod žena, ali razlika nije dostigla prag statističke značajnosti. Kod muškog pola alkoholizam i narkomanija su bili statistički značajno češći faktor suicidalnog rizika. Interpersonalni konflikti su bili statistički značajno češći faktor rizika suicida kod muškaraca.

5. Suicidne metode: Muškarci su statistički značajno češće koristili smrtonosne metode- vatreno oružje. Muškarci su statistički značajno češće izvršavali suicid noću. Pokazano je da su muškarci statistički značajno češće izvršavali suicid u dvorištu ili okolini, na radnom mjestu i u automobilu. Žene su statistički značajno češće koristile vješanje, skok, utopljenje i trovanje tabletama. Žene su češće izvršavale suicid u rijeci, jezeru, moru, bistijerni i na pruzi u odnosu na muškarce. Sa polom povezani preferirani metod suicida može da objasni razlike u stopama suicida između muškaraca i žena. Muškarci su preferirali više smrtonosne metode (npr. vatreno oružje), dok je među metodama koje su preferirale žene bilo i onih koje su manje smrtonosne (npr. trovanje). Dakle, muškarci imaju mnogo veću vjerovatnoću da realizuju suicid, a žene imaju veću vjerovatnoću da pokušaju suicid.
6. Dani kada je broj suicida bio veći od očekivanog su utorak i subota. Period u toku godine kada je broj suicida bio veći od očekivanog je od aprila do avgusta. Oba pola su podjednako često izvršavali suicid u stanu/kući.
7. Primijenjena metoda psihološka autopsija u pogledu socio-demografskih karakteristika je potvrdila rezultate iz I dijela studije u kome je dat socijalni aspekt, sa manjim odstupanjima. Faktori rizika koji su posredovali podjednako kod oba pola bili su stresni životni događaji. Kod oba pola je nadjeno i značajno prisustvo faktora akutna stresna konfliktna situacija. Alkoholizam i zloupotreba supstanci nadjena je kao značajan faktor rizika za oba pola. Period odrastanja je imao manji uticaj. Psihijatrijski hereditet, posebno vezan za suicid u porodici je bio statistički značajan za oba pola.
8. Metoda psihološke autopsije je pokazala da postoji statistički značajno prisustvo depresije kod žena koje su realizovale suicid, odnosno da su poremećaji raspoloženja bili najveći doprinoseći faktor suicidalnog rizika kod žena. Utvrđena je statistički značajna povezanost suicidalnosti sa beznadežnošću, brigom za tjelesno zdravlje, depresivnim raspoloženjem i gubitkom apetita. Kod muškaraca je statistički značajno bila prisutna nekooperativnost (nesaradljivost). Polne razlike u verbalnim sposobnostima ili protivljenjima od strane mnogih muškaraca da podijele emocionalne probleme i ostala negativna ponašanja kao što je izražavanje ljutnje i protesta može ukazivati na prisustvo depresije kod muškaraca. Međutim, ne možemo

sa sigurnošću potvrditi da li je depresija zaista manje bila uobičajena među muškarcima, ili je muškarci manje od žena prepoznaju, priznaju i traže pomoć za depresiju, ali da ove razlike u psihopatologiji mogu dijelom objasniti polne razlike u suicidalnom ponašanju. Ipak, žene u Crnoj Gori manje realizuju suicid u odnosu na muškarce, pa se može zaključiti da su crnogorke psihološki rezistentnije na suicid, zbog ideala materinstva i sklonosti nesebičnom žrtvovanju za porodicu.

9. Rezultati predlažu brojne faktore koji mogu biti ciljevi u programima prevencije suicida. Prevenciju suicida treba usmjeriti na mnogo faktora rizika koji su kompleksni. Na osnovu prepoznatih faktora rizika, mi vjerujemo, da mentalne bolesti treba da budu u fokusu preventivnih intervencija i ocjenjivanje ovih intervencija. Opšte strategije sa potencijalima za smanjenje suicidalnih stopa uključuju obezbjeđivanje psihijataru, posebno u oblastima sa najvećom stopom suicida kao i drugih profesionalaca u ovoj oblasti u cilju eliminacije poremećaja raspoloženja. Postoji potreba za edukovanjem doktora opšte prakse sa boljim treninzima u dijagnostikovanju i tretmanu mentalnih poremećaja kao i kontinuiranoj brizi za psihijatrijske pacijente u čijoj osnovi leži klinički oporavak pacijenata. S obzirom na značajnu zastupljenost somatskih bolesti u suicidalima razumljivo je da strategije za prevenciju suicida podrazumijevaju i da kliničari i drugi ljekari koji se susreću sa ljudima u riziku posjeduju vještine adekvatnog ocjenjivanja rizika. Osnivanje bračnih savjetovališta, široka edukacija o mentalnim bolestima i njihovom prepoznavanju u ranom stadijumu, kao i o ulozi akutnog i hroničnog psihosocijalnog stresa i značaja faktora koji deluju protektivno na psihološki stres, a zatim široki pristup u promovisanju obrazovanja, sprječavanju nezaposlenosti, siromaštva i raspoloživosti suicidalnih metoda, posebno vatrenog oružja, kreiranje obrazovnih programa, koji treba da budu usmjereni na mijenjanje i unapređenje stavova društva prema mentalnim bolestima i prevenciji suicidalnog ponašanja, poboljšanje socijalne kohezije, mogu dovesti do redukovanja stope suicida. Posebnu pažnju treba obratiti na polne razlike kako u odgovorima na liječenje tako i u pristupu za pomoć kod ljudi koji su u riziku za suicidalne čineve. Dizajn skrininga, kliničke procjene i intervencija treba da uzmu u obzir razlike između muškaraca i žena u faktorima povezanim sa psihijatrijskim poremećajima i suicidalnim namjerama. S obzirom da je suicid jedan od vodećih uzroka smrti u Crnoj Gori, prevencija suicida treba da postane prioritet u zdravstvenoj politici u našoj zemlji.

LITERATURA:

Abramson, L.Y. (1989): Hoplessness depression: a theory based subtype of depression, *Psychological Review*

Adam, K.S. (1990). Environmental, psychosocial, and psychoanalytic aspects of suicidal behavior, in *Suicide Over the Life Cycle: Risk Factors, Assessment, and Treatment of Suicidal Patients*. Edited by Blumenthal SJ, Kupfer DJ. Washington, DC, American Psychiatric Press, pp 39-96

Ahmad, O.B., Boschi-Pint, C., Lopez, A.D., Murray, C.J.L., Lozano, R., Inoue, M. (2001). *Age Standardization of Rates: a new WHO standard*. Geneva: World Health Organization, 2001.

Agerbo, E., Nordentoft, M., Mortensen, P.B. (2002). Familial, psychiatric and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested case-control study, *British Medical Journal*

Alvarez, A. (1975). *Okrutni Bog-studija o Samoubistvu*, Zodijak-Beograd

Ambrogini, P., Cuppini, R., Cuppini, C., Ciaroni, S., Cecchini, T., Ferri, P., et al (2000): Spatial learning affects immature granule cell survival in adult rat dentate gyrus. *Neurosci Lett*

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edn) (DSM-IV). Washington, DC: APA.

American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition, Text revision. Washington, DC; American Psychiatric Association

American Psychiatric Association (APA). (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *Am J Psychiatry*; 160 (suppl 11): 1-60.

Appleby, L. (1996). Suicidal behaviour in childbearing women. *International Review of Psychiatry*, 8, 107-115.

Apter, A., Plutchik, R., van Praag, H.M. (1993). Anxiety, impulsivity and depressed mood in relation to suicidal and violent behavior. *Acta Psychiatr Scand*.

Arango, V., Underwood, M.D., Gubbi, A.V., Mann, J.J. (1995). Localized alterations in pre- and postsynaptic serotonin binding sites in the ventrolateral prefrontal cortex of suicide victims. *Brain Res*; 688:121-133.

Arensman, E., Hawton, K. (2004). Efficacy of treatment for deliberate self harm: Have we learned from the past? Oral presentation at the 10th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour. Copenhagen.

Arffa, S. (1983): Cognition and suicide, A methodological review, *Suicide and Life threatening Behavior*

Arnetz, B.B., Wasserman,J., Petrini,B., Brenner, S.O., Levi,L., Eneroth,P., Salovaara,H., Hjelm,R.,Salovaara,L., Theorell,T.(1997).Immune function in unemployed women, Psychosomatic Medicine, Vol 49, Issue 1 3-12.

Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry 4:37.

Bagley, C., D'Augelli, A.R.(2000). Suicidal behaviour in gay, lesbian, and bisexual youth. Br Med J; 320:1617-1618

Baković,T.(1997).Depresivni Optimizam Hrišćanstva, Elit, Savremena Administracija,I.P.OBOD Cetinje, Beograd, II izdanje.

Baković T.(1997).Depresivni Optimizam Crnogoraca, Elit, Savremena Administracija,I.P.OBOD Cetinje, Beograd, III izdanje.

Bancroft, J.H.J., Skrimshire, A.M., Simkin, S. (1976). The reasons people give for taking overdoses.Br J Psychiatry

Barracrough, B., Bunch, J., Nelson, B., Sainsbury, P. (1974). A hundred cases of suicide: Clinical aspects. Br J Psychiatry;125:355-373.

Baumeister, F.(1990). Suicide as escape from self. Psychol Rev ; 97: 90-113.

Beautrais, A.L.,Joyce,P.R.,Mulder, R.T., Fergusson, D.M., Deavoll, B.J., Nightingale, S.K. (1996). Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case control study. Am J Psychiatry;153(8):1009-1014.

Beautrais, A.L.(2001). Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? Psychol Med;31:837-845.

Beautrais, A.L. (2002). Gender issues in youth suicidal behaviour. Emerg Med;14:35-42.

Beautrais A. Life course factors associated with suicidal behaviors in young people. Am Behav Sci 2003;46:1137-56.

Beautrais, A.L., (2003). Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: a 5 year follow-up, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37 pp. 595–599.

Beautrais,A.L.(1999).Risk factors for suicide and attempted suicide amongst zoung people .National Health and Medical Research Council,Camberra

Beck, A.T., Davis, J.H., Frederick, C.J., Perlin, S., Pokorny, A., Schulman, R., Seiden, R., Wittlin,B. (1972). Classification and nomenclature. In H.L.P. Resnick & B. Hathorne (Eds.), Suicide prevention in the seventies. Washington DC: Government Printing Office.

Beck, A.T., Kovacs, M., Weissman, A.(1975). Hopelessness and suicidal behavior. JAMA 1975;234:1146-1149.

Beck, A., Steer, R., Beck, J., Newman, C.(1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. Suicide and Life-Threatening Behavior 3; 23: 139-145.

Beck, A.T., Weissman, A, Lester, D., Trexler, L.(1974). The measure of pessimism: The hopelessness scale. J Consult Clin Psychol;42: 861-865.

- Beck, A.T., Weishaar, M.E.(1990). Suicide risk assessment and prediction. *Crises*;22:22-30.
- Beck, A.T. (1986). Hopelessness as a predictor of eventual suicide. *Ann N Y Acad Sci*;487:90-96.
- Beck, A.T., Brown, G., Berchick, R.J., Stewart, B.L., Steer, R.A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*
- Beck, A.T., Steer, R.A., Epstein, N., Brown, G. (1989). The Beck Self-concept Test, *Journal of Clinical Psychology*
- Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M., Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry*;142:559-563.
- Binstock, R.H. (1997). Late life suicide and the euthanasia debate: what should be done about suffering in terminal illness and chronic disease? *Gerontologist*; 37: 269-271
- Beck, K.A., Stewart, A.K. (1998). Improving 5-year-olds narrative recall and comprehension *Journal of Applied Developmental Psychology*, Volume 19, Issue 4, Pages 543-569
- Belliver, F., Chaste, P., Malafosse, A. (2004). Association between the TPH gene A218C polymorphism and suicidal behavior: a meta-analysis. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*;124:87-91.
- Berglund, M., Öjehagen, A. (1998). The influence of alcohol drinking and alcohol use disorders on psychiatric disorders and suicidal behavior. *Alcohol Clin Exp Res*.
- Beskow, J. (2000). *Självord och självordsprevention. Om livsavgörande ögonblick. (Suicide and suicide prevention. Life-determining moments.)* Lund: Studentlitteratur. (Swedish)
- Beskow, J., Beskow Palm, A., Ehnvall, A. (2005). *Suicidalitetens språk. (The language of suicidality.)* Lund: Studentlitteratur. (Swedish)
- Biblija-Stari Zavjet. (1968). Stvarnost, Zagreb
- Biblija (2005). *Jevandjelje po Jovanu, glava I str.996*, Glas Crkve, Šabac-Valjevo
- Biegon, A., Fieldus, S. (1992). Reduced tyrosine hydroxylase immunoreactivity in locus coeruleus of suicide victims. *Synapse*;10:79-82.
- Brådvik, L. (2000). *Suicide in Severe Depression. A Longitudinal Case-Control Study.* Academic Thesis, Lund University, Sweden.
- Biro, M. (1982). *Samoubistvo-psihologija i psihopatologija* (Beograd: Nolit).
- Blumenthal, S.J. (1990). An overview and synopsis of risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients over the life cycle. In: Blumenthal SJ, Kupfer DI, editors. *Suicide Over the Life Cycle: Risk Factors, Assessment, and Treatment of Suicidal Patients.* Washington, DC, American Psychiatric Press.
- Borges, G., Angst, J., Nock, M.K., Ruscio, A.M., Walters, E.E., Kessler, R.C. (2006). A risk index for 12-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychol Med*;36:1747-1757.

- Brown, G.K., Beck, A.T., Steer, R.A., Grisham, J.R.(2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol*;68:371-377.
- Breier, A., Astrachan, B.M. (1984): Characterization of schizophrenic patients who commit suicide. *Am J Psychiatry*, 141:206-209
- Breault, K.D. (1986). Suicide in America: a test of Durkheim's theory of religious and family integration, 1933-1980. *Am J Sociol*.
- Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., Liotus, L., Schweers, J., Balach, L., Roth, C. (1994). Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Acta Psychiatr Scand*; 89:52-58
- Brent, D.A., Mann, J.J.(2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Menet*;133(1):13.24.
- Bridge, J.A., Goldstein, T.R., Brent, D.A.(2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*;47(3-4):372-94.
- Bondy, B., Buettner, A., Zill, P.(2006). Genetics of suicide. *Mol Psychiatry*;11:336-351.
- Boner, R.L., Rich, (1987).Toward a predictive model of suicide ideation and behaviour:Some preliminary data in college students *Suicide Life Threat Behav*. Spring;17(1):50-63.
- Bongar, B., Peterson, L.G., Golann, S., Hardiman, J.J. (1990). Self-mutilation of the chronically parasuicidal patient: An examination of the frequent visitor to the psychiatric emergency room. *Ann Clin Psychiatry*
- Bowlby,J.(1973).Separation,Anxiety and Anger,Attachment and Loss,Hogarth,London,
- Brown, G.K., Ten Have, T., Henriques, G.R., Xie, S.X., Hollander, J.E., Beck, A.T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA*, 294, 563-570.
- Burgess,P.,Pirkis,J.,Morton.,Croke,E.(2000).Lessons from a comprehensive clinical audit of users of psychiatric services who committed suicide,Psychiatric Services.
- Caces, F., Harford, T. (1998). Time series analysis of alcohol consumption and suicide mortality in the United States, 1934-1987. *J Stud Alcohol*; 59:455-61.
- Campbell,J.R.(2009).Campbell's Psychiatric Dictionary ninth edition, str.860.
- Canetto,S.S.,Lester,D.(1995).Women and suicidal behavior / New York, NY : Springer Pub. Co.
- Canetto, S. S. (1997). Meanings of gender and suicidal behavior during adolescence. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 27(4), 339-351.
- Canetto, S.S. (1997). Gender and suicidal behaviour: Theories and evidence. In R.W. Maris, S.S.
- Canetto, M.M. Silverman (Eds.), Review of suicidology (pp. 138-167). New York: Guilford.
- Canetto, S.S., Sakinofsky, I.(1998). The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav*; 28(1):123
- Cantor, C.H. (2000). Suicide in the Western world. In K. Hawton, K. van Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 9-28). Chichester: Wiley.

- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A., & Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301(5631), 386-389.
- Catalan, J. (2000). Sexuality, reproductive cycle and suicidal behaviour. In K. Hawton, K. van Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 293-307). Chichester: Wiley.
- Cavanagh, J.T.O., Carson, A.J., Sharpe, M., Lawrie, M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003;33:395-405.
- Chaudron, L.H., Caine, E.D. (2004). Suicide among women: a critical review. *J Am Med Womens Assoc*; 59(2):125-34.
- Cheng, A.T.A. (1995). Mental illness and suicide, a case control study in East Taiwan. *Archives of General Psychiatry*
- Cheng, A.T., Chen, T.H., Chen, C.C., Jenkins, R. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. Case-control psychological autopsy study. *Br J Psychiatry*; 177:360-5.
- Chiles, J.A., Strosahl, K., Cowden, L., Graham, R., Linehan, M. (1986). The 24 hours before hospitalization: factors related to suicide attempting. *Suicide and Life Threatening Behavior*, Fall; 16(3): 335-42.
- Cleiren, M., Diekstra, R.F., Kerkhof, A.J., van der Wal, J. (1994). Mode of death and kinship in bereavement: focusing on "who" rather than "how." *Crisis*; 15:22-36
- Clum, A.J., Lerner, M.S. (1990). Treatment of suicide ideators: A problem-solving approach, *Behavior Therapy*, Volume 21, Issue 4, Pages 403-411
- Conner, R., Duberstein, P.R. (2004). Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcohol Clin Exp Res* 28:6S-17S.
- Conwell, Y., Duberstein, P.R., Cox, C., Herrmann, J.H., Forbes, N.T., Caine, E.D. (1996). Relationship of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *Am J Psychiatry*.
- Crombie, I.K. (1990): Can changes in the unemployment rates explain the recent changes in suicide rates in developed countries? *Int J Epidemiol*; 19:412-416
- Culibrk, L.^a, Sekulic-Bartos, O.^a, Selakovic-Bursic, S.^a (1999). Institute of Neurology, Psychiatry and Mental Health, Hajduk Vebjkova 3 Novi Sad, Vojvodina F.R. Yugoslavia Available online 14 April
- Douglas, J. D. (1967). *The Social Meanings of Suicide*, Princeton: Princeton University Press.
- Davey Smith, G., Whitley, E., Dorling, D., Gunnell, (2001). Area based measures of social and economic circumstances, *Journal of epidemiology and community health* 55, 149-50
- Delgado, P.L. (1990): Serotonin function and the mechanism of antidepressant action: reversal of antidepressant-induced remission by rapid depletion of plasma tryptophan, *Archives of General Psychiatry*
- Deluty, R.H. (1988-1989). Factors affecting the acceptability of suicide. *Omega*, 19, 315-326.

De Luca, V., Voineskos, D., Wong, G.W., Shinkai, T., Rothe, C., Strauss, J., Kennedy, J.L.(2005). Promoter polymorphism of second tryptophan hydroxylase isoform (TPH2) in schizophrenia and suicidality. *Psychiatry Res* 2005;134:195-198.

de Man, A.F., Leduc, C.P., Labreche-Gauthier, L.(1992). Correlates of suicidal ideation in French-Canadian adults and adolescents: a comparison. *J Clin Psychol*;48(6):811-816.

Department for Economic and Social information and Policy Analysis
Population Division.(1996):World population prospects,New York,United Nations

De Rubeis, R.J., Hollon, S.D., Amsterdam, J.D., Shelton, R.C., Young, P.R., Salomon, R.M., O'Reardon, P., Lovett, M.L., Gladis, M.M., Brown, L.L., Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry*;62:409-16.

Diekstra, R.F.W., Garnefski, N.(1995). On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: An international perspective. *Suicide Life Threat Behav*;25(1):36-57

Diekstra, R.F.,Gulbinat, W.(2004). The epidemiology of suicidal behavior: a review of three continents. *Compr Psychiatry*; 45:333-9.

Dirkem, E.(1997). Samoubistvo, BIGZ, Beograd

Dorpat, T.L., Ripley, H.S. (1960). A study of suicide in Seattle area. *Compr Psychiatry*;1:349-359.

Dube,S.R.,Anda,R.F.,Felitti,V.J.,Chapman,D.P.,Williamson,D.F.,Gilles,v.H.(2001).Childhood abuse,household dysfunction, and the risk of attempted throughout the life span.Findings from the Adverse Childhood Experiences Study.*Journal of the American Medical Association*

Dublin, L. (1963). *Suicide: a sociological and statistical study*. New York: Ronald Press.

Džon El Espozito, (2002):Oksfordska Istorija Islama, Clio

Ellis,T.E. (1986).Toward a Cognitive Therapy for Suicidal Individuals,*Professional Psychology: Research and Practice* Volume 17, Issue 2, Pages 125-130.

Eriksson, P.S., Perfilieva, E., Björk-Eriksson, T., Alborn, A.M., Nordborg, C., Peterson, D.A., Gage, F.H. (1998). Neurogenesis in the adult human hippocampus. *Nat Med*

Ernst, C., Lalovic, A., Lesage, A.D., Seguin, M., Trautman, P., Turecki, G.(2004).Suicide and no axis I psychopathology. *BMC psychiatry*., 4:

Evans,J.,Middleton,N.,Gunnell,D.(2004).Social fragmentation, severe mental illness and suicide, *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology*,39,165-70

Fawcett, J., Scheftner, W., Clark, D., Hedeker, D., Gibbons, R., Coryell, W. (1987). Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: A controlled prospective study. *Am J Psychiatry*

Fennig, S.K., Geva, G., Zalzman, A., Weitzman, S., Fennig, A. Apter.(2005) Effect of gender on suicide attempters versus nonattempters in an adolescent inpatient unit, *Comprehensive Psychiatry* 46 (2005), pp. 90–97.

- Fergusson, D. M., Woodward, L. J. (2002). Mental health, educational and social role outcomes of adolescents with depression. *Archives of General Psychiatry*, 59, 225-231.
- Ferguson, D.M., Beautrais, A.L., Horwood, L.J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviors in young people, *Psychological Medicine*
- Fontana, A., Rosenheck, R. (1994). Traumatic war stressors and psychiatric symptoms among World War II Korean and Vietnam War veterans, *Psychology of aging*, 9, 27-33
- Foster, Y., Gillespie, K. & McClelland, R. (1997). Mental disorder and suicide in Northern Ireland. *Br J Psychiatry*
- Foster, T., Gillespie, K., McClelland, R., Patterson, C. (1999): Risk factors for suicide independent of DSM-III-R Axis I disorder. Case-control psychological autopsy study in Northern Ireland. *Br J Psychiatry*, 175:175-179
- Frankl, V. (1978). *Zašto se niste ubili? Uvod u logoterapiju*, Biblioteka "oko 3 ujutru", Zagreb
- Frankl, V. (2000): *Nečujan vapaj za smislom, psihoterapija i humanizam*, Beograd, Žarko Albulj
- Frojd, S. (1976). *Žalost i melanholija*, Matica Srpska, Beograd
- Friedman, J.M.H., Asnis, G.M., Boeck, M., DiFiore, J. (1987). Prevalence of specific suicidal behaviors in a high school sample. *Am J Psychiatry*; 144:1203-1206.
- Fuster, J.M. (1997). *The Prefrontal Cortex: Anatomy, Physiology, and Neuropsychology of the Frontal Lobe*, New York
- Gabbard, G. (2000). A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. *Br J Psychiatry*,
- Garber, J. (2006) *Depression in Children and Adolescents Linking Risk Research and Prevention* PhD (Am J Prev Med 31(6S1):S104–S125) © 2006 American Journal of Preventive Medicine
- Ge, X., Lorenz, F. O., Conger, R. D., Elder, G. H., & Simons, R. L. (1994). Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Developmental Psychology*, 30(4), 467-483.
- Gilbert, P. (1989). *Human nature and Suffering*, Hove and London: Erlbaum
- Goden, D.R., Baddeley, A.D. (1975). Context dependent memory in two natural environments, *British Journal of Psychology* 66, 325-61. Goldacre, M., Seagroatt, V., Hawton, K. (1993). Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet*
- Goldney, R.D., Winefield, A.H., Tiggeman, M., Winefield, H.R., Smith, S. (1989). Suicidal ideation in a young adult population. *Acta Psychiatr Scand*; 79(5):481-489.
- Goldney, R.D., Wilson, D., Dal Grande, E., Fisher, L.J., McFarlane, A.C. (2000). Suicidal ideation in a random community sample: attributable risk due to depression and psychosocial and traumatic events. *Aust N Z J Psychiatry*; 34(1):98-106.
- Goldney, R.D. (2003). *New Ideas in Psychology* 2; 1141–146 143
- Goldacre, M., Seagroatt, V., Hawton, K. (1993): Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet*; 342:283-286.

- Goldney, R.D., Schioldann, J.A. (2002): Pre-Durkheim suicidology the 1892 reviews of Tuke and Savage, Adelaide Academic Press, Burnside,
- Goldney, R.D., Schioldann, J. (2004). Evolution of the concept of altruistic suicide in Pre-Durkheim Suicidology. *Archives of Suicide Research*, 8:23-27.
- Goldney, R.D., Fisher, L.J., Wilson, D.H., Cheok, E. (2001). Suicidal ideation and health-related quality of life in the community, *Medical Journal of Australia*
- Goldney, R.D. (2003). *New Ideas in Psychology* 21;141-146
- Goldney, R.D., Dal Grande, E., Fisher, L.J., Wilson, D. (2003). Population attributable risk of major depression for suicidal ideation in a random and representative community sample, *Journal of Affective Disorders*
- Goldstein, R.C., Willner, P. (2002). Self-report measures of defeat and entrapment during a brief depressive mood induction, *Cognition and Emotion*, 16, 629-141.
- Gould, M.S., Fisher, P., Parides, M., Flory, M., Shaffer, D. (1996): Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry*; 53:1155-1162
- Gould, E., Beylin, A., Tanapat, P., Reeves, A., Shors, T.J. (1999). Learning enhances adult neurogenesis in the hippocampal formation. *Nat Neurosci*
- Gould, M.S., Greenberg, T., Velting, D.M., Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 42:386-405.
- Grossman, D.C., Milligan, B.C., Deyo, R.A. (1991). Risk factors for suicide attempts among Navajo adolescents. *Am J Public Health*,
- Grubišić-Ilić, M., Kozarić-Kovačić, D., Grubišić, F., Kovačić, Z. 2002. Epidemiological study of suicide in the Republic of Croatia –comparison of war and post-war periods and areas directly and indirectly affected by war, *Eur Psychiatry*,
- Gunnell, D., Harbord, R., Singleton, N., Jenkins, R., Lewis, G. (2004). Factors influencing the development and amelioration of suicidal thoughts in the general population. Cohort study. *Br J Psychiatry*, 185, 385-393.
- Gururaj, G., Isaac, M.K., Subbakrishna, D.K., Ranjani, R. (2004). Risk factors for completed suicides: a case-control study from Bangalore, India. *Inj Control Saf Promot*
- Haby, M.M., Donnelly, M., Corry, J., Vos, T. (2006). Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: a meta-regression of factors that may predict outcome. *Aust N Z J Psychiatry*; 40:9-19.
- Hankin, B., L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 128-140.
- Harris, E.C., Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*; 170:205-28.

- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *Br J Psychiatry* 178:48-54.
- Haw, C., Haw, K., Hawton, K., Houston, and E. (2003). Townsend, Correlates of relative lethality and suicidal intent among deliberate self-harm patients, *Suicide and Life Threatening Behaviour* 33, pp. 353-364.
- Hawton, K.(1987). Assessment of suicide risk. *Br J Psychiatry* 1987;150:145-153.
- Hawton, K. (1998). Why has suicide increased in young males? *Crisis*, 19, 119-124
- Hawton, K. (1997) Attempted suicide. In *Cognitive Behaviour Therapy: Science and Practice* (eds D. Clark and C. Fairburn), pp. 285-312. Oxford: Oxford University Press.
- Hawton K., Heeringen,K., Goldney, R.,Traskman/Bendz,L., Kerkhof,A.,Platt,S.Shaffer,D. (2000). The international Handbook of Suicide and Attempted Suicide,John Wiley and Sons,LTD
- Hawton, K., Houston, K., Haw, C., Townsend, E., Harriss, L.(2003a). Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. *Am J Psychiatry*;160:1494-1500.
- Hawton, K., Harriss, L., Zahl, D.(2006). Deaths from all causes in a long-term follow-up study of 11,583 deliberate self-harm patients. *Psychol Med*;36:397-405.
- Hawton, K.(2000).Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. *Br J Psychiatry*;177:484-485.
- Hawton, K.(2005).Prevention and treatment of suicidal behavior, from science to practice, Oxford University press.
- Hawton, K., Clements, A., Sakarovitch, C., Simkin, S.,Deeks, J.J.(1996). Suicide in doctors: a study of risk according to sex, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995
- Hawton, K.(1994). Suicide. In: Paykel ES, Jenkins R, editors. *Prevention in Psychiatry*. Dorset, Gaskell
- Heikkinen, M.E., Isometsä, E.T., Aro, H.M., Sarna, S.J., Lönnqvist, J.K. (1995). Age-related variation in recent life-events preceding suicide. *J Nerv Ment Dis*.
- Heikkinen, M., Aro,H.(1994).Recent life events, social support and suicide, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 377 (1994), pp. 65-72.
- Hem, E., Haldorsen, T., Aasland, O.G., Tyssen, R., Vaglum, P., Ekeberg, O. (2005). Suicide among physicians,*Psychol Med*,162 (11):2199
- Hendin, H.,Haas,A.P.(1991).Suicide and guilt as manifestation of PTSD in Vietnam combat veterans,*American Journal of Psychiatry*,148, 586-91.
- Henri, A.F., Short, J.F. (1954) *Suicide and Homicide*, New York: The Free Press
- Henriksson, M.M., Aro, H.M., Marttunen, M.J., Heikkinen, M.E., Isometsä, E.T., Kuoppasalmi, K.I.,
- Henriksson, S. (2004). The treatment of depression in clinical practise. A public health perspective. Academic thesis, Karolinska Insitutet, Stockholm.

Hesselbrock, V., Dick, D., Hesselbrock, M., Foroud, T., Schuckit, M., Edenberg, H., Bucholz, K., Kramer, J., Reich, T., Goate, A., Bierut, L., Rice, P., Nurnberger, I. (2004). The search for genetic risk factors associated with suicidal behavior. *Alcohol Clin Exp Res.*; 28: 70S-76S.

Hintikka, J., Viinamäki, H., Koivumaa-Tanskanen, H.T., Saarinen, P., Tanskanen, A., Lehtonen, J.(1998). Risk Factors for suicidal ideation in psychiatric patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:235-240.

Holley, H.L., Fick, G., Love, E.J. (1998). Suicide following an inpatient hospitalization for a suicide attempt: a Canadian follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33, 543-551.

Hoyer, G., Lund, E. (1993): Suicide among women related to number of children in marriage. *Arch Gen Psychiatry*; 50:134-137

<http://www.who.int/>

Hufford, R.(2001). Alcohol and suicidal behavior.*Clin Psychol Rev.* 21:797-811

Hulten,A.,Wasserman,D.(1998).Lack of continuity-a problem in the care of young suicides.*Acta Psychiatrica Scandinavica*

Qin, P., Agerbo, E., Westergaard-Nielsen, N., Eriksson, T., Mortensen, P.B.(2000). Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry*;177:546–550

Qin,P.,Mortensen,P.B.(2001).Specific characteristic of suicide in China, *Acta psychiatrica scandinavica*,103,117-2

Qin, P., Agerbo, E., Mortensen, P.B. (2002): Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet*; 360:1126-1130

Qin,P.,Agerbo,E.,Mortensen,P.B.(2003).Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors:a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997.*American Journal of Psychiatry*

ICD-10.(1992).Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja, Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva,

Iliev, Y.T., Mitrev, I.N.,Andonova, S.G. (2000). Psychopathology and psychosocial causes in adult deliberate self-poisoning in Plovdiv region, Bulgaria. *Folia Med,Inserm* (2005). Suicide : autopsie psychologique, outil de recherche en prévention (Paris: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale – INSERM).

Injac L, Baković T, Vuković O. (2000).Analysis of suicides committed in Podgorica during 1995–1999 period. *Eur Psychiatry*; 15(Suppl 2):359

Injac, L.(2006).Samoubistvo, istraživanje motiva, uzroka i posledica, Magistarski rad, Medicinski fakultet u Beogradu

Isometsä, E., Heikkinen, M., Marttunen, M., Heikkinen, M., Aro, H., Kuoppasalmi, K., Lönnqvist, J. (1995). Mental disorders in young and middle aged men who commit suicide. *BMJ*

Isometsä, E.T., Lönnqvist, J.K.(1998). Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry*;173:531-535.

- Isometsä, E.T.(2001). Psychological autopsy studies – a review. *Eur Psychiatry* 2001;16:379-385.
- Issacson, G., Holmgren, P., Druid, H., Bergman, U. (1999). Psychotropics and suicide prevention. Implication for toxicological screening of 5281 suicides in Sweden, *British Journal of Psychiatry*
- Isacsson, G. (2000). Suicide prevention – a medical breakthrough. *Acta Psychiatr Scand*, 102, 113-117.
- Ivkovic, M., Damjanovic, A., Jovanovic, A., Cvetic, T., Jasovic-Gasic, M. (2009). Lamotrigine versus lithium augmentation of antidepressant therapy in treatment-resistant depression: efficacy and tolerability, *Psychiatr Danub* Year: 2009 21 187 193 195 569 47
- Jasovic-Gasic M., Paunovic V. R., Timotijevic I. (1989): Serotonergic control of behaviour: fluvoxamine and suicidal syndrome, *Yugoslav Physiol. Pharmacol. Acta*.
- Jašović Gašić, M. (2008). Izjava za novine „Politika“ od 23.4.2008, Beograd
- Jasovic-Gasic, M., Crnobaric, C., Miljevic, S., Milovanovic, S. (1998). Efficacy of clozapine therapy in aggression, *European Psychiatry*, Vol 13/Suppl 4.
- Jašović-Gašić, M. (1997). Depresija u shizofreniji, Beograd
- Jašović-Gašić, M., Švrakić, D., Paunović, R. V. (1981). Analiza autodestruktivnih postupaka u shizofrenih bolesnika, *Engrami*
- Ji, J., Kleinman, A., Becker, A.E. (2001). Suicide in contemporary China: a review of China's distinctive suicide demographics in their sociocultural context. *Harv Rev Psychiatry*; 9(1):1-12.
- Jakovljević, M., Sedić, B., Martinac, M., Marčinko, D., Ljubičić, Dj., Vukušić, H., (2004): Update of suicide trends in Croatia 1966-2002, *Psychiatria Danubina*, Vol. 16, No. 4, pp 299-308 Original paper, Medicinska naklada -Zagreb, Croatia
- Johansson, L.M., Sundquist, J., Johansson, S.E., Bergman, B. (1997). Ethnicity, social factors, illness and suicide: a follow-up study of a random sample of the Swedish population. *Acta Psychiatr Scand*; 95:125-131
- Joiner, T.E., Rudd, M.D. (2000). Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous suicide attempts and negative life events, *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 68, 909-16.
- Joiner, T.E., Steer, R.A., Brown, G., Beck, A.T. (2003). Worst-point suicidal plans: a dimension of suicidality predictive of past suicide attempts and eventual death by suicide. *Behav Res Ther*. 41(12):1469-80.
- Joung, I.M., Stronks, K., Van de Mheen, H., Mackenbach, J.P. (1995). Health behaviours explain part of the differences in self reported health associated with partner/marital status in The Netherlands. *Journal of epidemiology and community Health*, 49, 482-8.
- Kabat-Zinn, J. (1991). Full catastrophe living, Dell Publishing, New York.
- Kandel, E.R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *Am J Psychiatry*,
- Kane, J.M. (1983). Problems of compliance in the outpatient treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 1983; 44:3-6.

Kapamadžija, B., Šovljanski, M., Biro, M. (1981): Sociopsihijatrijska i patomorfološka analiza izvršenih samoubistava u SAP Vojvodini, Novi Sad,

Kaplan & Sadock. (2000): Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Williams

Kapur, N, Cooper J, King-Hele S, Webb R, Lawlor M, Rodway C, Appleby L. (2006). The repletion of suicidal behavior: A multicenter cohort study. *J Clin Psychiatry*; 67:1559-1609.

Kapur, N. (2009). Suicide in the mentally ill. Suicide in specific sub-groups. Navneet Kapur MBChB MMedSci MD FRCPsych is Professor of Psychiatry and Population Health & Head of Research at the Centre for Suicide Prevention, University of Manchester, UK. He is also Assistant Director of the National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness. His research interests include the epidemiology, aetiology, and treatment of suicidal behaviour. Conflicts of interest: NK has been appointed Chair of the Guideline Development Group for the new NICE guidelines on self-harm, Abstract, Available online 26 June 2009

Karlovic, D. (2005). "Epidemiological Study of Suicide in Croatia (1993–2003). Comparison of Mediterranean and Continental Areas", *Collegium antropologicum*, 29, 2: 519–525.

Kecmanović D. (1989): Psihijatrija-Tom II, Medicinska Knjiga Beograd-Zagreb, Svjetlost

Keith, S.J., Kane, J.M. (2003). Partial compliance and patient consequences in schizophrenia: our patients can do better. *J Clin Psychiatry*; 64:1308-1315.

Kennedy, M.A., Miller, A.L., Rogers, G., Lutym S., Mulder, R., Joyce, P. (2003). Polymorphic variants and associations analysis of TPH2, brain tryptophan hydroxylase. *Neuropsychiatr Genet*; 122B:69.

Kerkhof, A. (2000). Attempted suicide: Patterns and trends. In K. Hawton, K. van Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp. 49-64). Chichester: Wiley.

Kessler, R.C., Borges, G., Walters, E.E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*; 56:617-626.

Kessler, R.C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M., Wang, P.S. (2005). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *JAMA*; 293:2487-2495.

Khan, A., Brodhead, A.E., Kolts, R.L., Brown, W.A. (2005). Severity of depressive symptoms and response to antidepressants and placebo in antidepressant trials. *J Psychiatr Res*; 39:145-50.

Kim, C., Lesage, A.D., Seguin, M., Chawky, N., Vanier, C., Lipp, O., Turecki, G. (2002): Patterns of comorbidity in male suicide completers.

Kinkel, R.J., Bailey, C.W., Josef, N.C. (1988). Suicide ideation in normal adolescents. Department of Sociology/Anthropology/Social Work, University of Michigan, Flint.

Knox, K.L., Litts, D.A., Talcott, W.G., Feig, J.C., Caine, E.D. (2003). Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *BMJ* 2003; 327:1376–1378

Konnecke, R., Hafner, H., Maurer, K., Löffler, W., An der, H.W. (2000). Main risk factors for schizophrenia: increased familial loading and pre- and peri-natal complications antagonize the protective effect of oestrogen in women. *Schizophr Res*, 44:81-93.

- Kovačević, D.(2004).Epidemiologija suicida u Moslavini, Stručni rad,UDK 616.89-008.44(497.5 Moslavina)
- Kposowa, A,J.(2000): Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. J Epidemiol Community Health; 54:254-261
- Kuran.(1989):Poglavlje En-nisa, 29 ajet. Stvarnost, Zagreb
- Lalovic, A., Turecki, G. (2002). Meta-analysis of the association between tryptophan hydroxylase and suicidal behavior. Am J Med Genet; 114:533-540.
- Lau, M.A., Segal, Z.V., Williams, J.M.G.(2004).Teasdale's differential activation hypothesis: Implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behavior. Behav Res Ther 42:1001-1017.
- Lawrence, D.M., Holman, C.D., Jablensky, A.V., Fuller, S.A.(1999). Suicide rates in psychiatric in-patients: an application of record linkage to mental health research. Aust NZ J Public Health; 23:468-470
- Lawrence,D., Almeida,O.P.,Hulse,G.K., Jablensky,A.V., Holman,J.D.(2000). Suicide and attempted suicide among older adults in Western Australia, Psychological Medicine, 30:4:813-821
- Leon, A.C., Friedman, R.A., Sweeney, J.A., Brown, R.P., Mann, J.J. (1990). Statistical issues in the identification of risk factors for suicidal behaviour: the application survival analysis. Psychiatry res
- Lester,D.,Beck,A.T.,Metchell,B.(1979).Extrapolation from attempted suicide to completed suicides:a test.Journal of Abnormal Psychology
- Levenson,M.,Neuringer,C.(1971).Problem solving behavior in suicidal adolescent.Journal of Consulting and Clinical Psychology
- Levenson,M.(1974).Cognitive characteristics of suicide risk.In C.Neuringer (Ed.)Psychological assessment of suicide risk,springfield,Il:Charles C Thomas.
- Lewis, G., Hawton, K., Jones, P. (1997).Strategies for preventing suicide. Br J Psychiatry; 171:351–354
- Lilienfeld,A.M., Lilienfeld,D.E.(1980).Foundations of epidemiology,Oxford University Press,Oxford
- Linehan, M.M. (1973). Suicide and attempted suicide: Study of perceived sex differences. Percept Mot Skills, 37, 31-34.
- Linehan,M.M.Heard,H.L.Armstrong,H.E.(1993).Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients,Archives of General Psychiatry, 56, 617-26.
- Linderman, S., Larra,E., Hirvonen,J.,Lonnquist,J.(1997). Suicide mortality among medical doctors in Finland: are females more prone to suicide than their male colleagues? Psychological Medicine (1997), 27:1219-1222 Cambridge University Press Copyright © Cambridge University Press
- Linkowski, P., de Maertelaer, V., Mendlewicz, J.(1985). Suicidal behavior in major depressive illness. Acta Psychiatrica Scandinavica; 72: 233–238.
- Lönnqvist, J.K. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. Am J Psychiatry ;150(6):935-40.

- Lsberg, M., Träskman, L., Thorén, P. (1976). 5-HIAA in the cerebrospinal fluid. A biochemical suicide predictor? *Arch Gen Psychiatry*, 33, 1193-1197.
- Maes, M., Delanghe, J., Meltzer, H.Y., Scharpé, S., Dhondt, P.D., Cosyns, P. (1994). Lower degree of esterification of serum cholesterol in depression: relevance for depression and suicide research. *Acta Psychiatr Scand*
- Maes, M., Smith, R., Christophe, A., Vandoolaeghe, E., van Gastel, V., Neels, H., Demedts, P., Wauters, A., Meltzer, H.Y. (1997). Lower serum high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) in major depression and in depressed men with serious suicide attempts: relationship with immune-inflammatory marker. *Acta Psychiatr Scand*
- Ma, S.H., Teasdale, J.D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31-40.
- McGuffin, P., Marušić, A., Farmer A. (2001). What can psychiatric genetics offer suicidology? *Crisis*; 22: 61-65.
- MacLeod, A.K., Rose, G.S., Williams, J.M.G. (1993) Component of hopelessness about the future of parasuicide. *Cognitive therapy and research*
- MacLeod, A.K., Tarbuck, A.F. (1994): Explaining why negative events will happen to oneself: Parasuicide are pessimistic because they can't see any reason not to be, *British Journal of clinical Psychology*
- MacLeod, A.K., Pankhania, B., Lee, M., Mitchell, D. (1997). Parasuicide, depression and the anticipation of positive and negative future experiences. *Psychological Medicine*
- Madianos, M.G., Madianou-Gefou, D., Stefanis, C.N. (1993). Changes in suicidal behavior among nationwide general population samples across Greece. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*; 243:171-178.
- Magne Ingvar, U., Öjehagen, A., Träskman-Bendz, L. (1992). The social network of people who attempt suicide. *Acta Psychiatr Scand*.
- Malcolm, R., Anton, F., Conrad, E., Sutherland, S. (1999). Carbohydrate-deficient transferrin and alcohol use in medical examiner cases. *Alcohol*; 17 : 7-11.
- Malone, K.M., Corbitt, E.M., Li, S., Mann, J.J. (1996). Prolactin response to fenfluramine and suicide attempt lethality in major depression. *Br J Psychiatry*; 168(3):324-329.
- Malone, K.M., Oquendo, M.A., Hass, G.I., Ellis, S.P., Li, S.H., Mann, J.J. (2000). Protective factors against suicidal act i major depression: reason for living, *American Journal of psychiatry* 157, 1084-8.
- Mann, J.J. (1980). The neurobiology of suicide. *Nat Med*; 4:25-30.
- Mann, J.J., Malone, K.M., Nielsen, D.A., Goldman, D., Erdos, J., Gelernter, J. (1997). Possible association of a polymorphism of the tryptophan hydroxylase gene with suicidal behavior in depressed patients. *Am J Psychiatry*; 154:1451-1453.
- Mann, J.J., Waternaux, C., Haas, G.L., Malone, K.M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry*; 156:181-189.

- Mann, J.J.(1999). Role of the serotonergic system in the pathogenesis of major depression and suicidal behavior. *Neuropsychopharmacology*;21:100S-105S.
- Mann, J.J. (2002). A current perspective of suicide and attempted suicide. *Ann Intern Med*;136:302-311.
- Mann, J.J. (2005). The medical management of depression. *N Engl J Med*;353:1819-1834.
- Mann, J.J.(2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci*.;4(10):819-28.
- Mann, J.J., Malone, K.M., Psych, M.R., Sweeney, J.A., Brown, R.P., Linnoila, M., Stanley, B., Stanley, M.(1996).Attempted suicide characteristics and cerebrospinal fluid amine metabolites in depressed inpatients. *Neuropsychopharmacology* 1996;15:576-586.
- Mann, J.J., Huang, Y.Y., Underwood, M.D., Kassir, S.A., Oppenheim, S., Kelly, T.M., Dwork, A.J., Arango, V.(2000). A serotonin transporter gene promoter polymorphism (5-HTTLPR) and prefrontal cortical binding in major depression and suicide. *Arch Gen Psychiatry*;57(8):729-38.
- Mann, J.J., Apter, A., Bertolode, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lönnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Philips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Schaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Ypi, P., Hendin, H.(2005). Suicide Prevention Strategies. A systematic review. *JAMA*;294:2064-2074.
- Maris, R. (1981). Pathways to suicide. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Maris, R.W. (1985).The adolescent suicide problem. *Suicide Life Threat Behav*.
- Maris,R.W.,Berman,A.L.Silverman,M.M.(2000).The theoretical component of suicidology.In *Comprehensive textbook of suicidology*,New York:Guilford.
- Mark, J.Williams,C.C.,Barnhofer,T.,Duggan,D.(2005).Psychology and suicidal behaviour: elaborating the entrapment model, *Prevention and treatment of suicidal behaviour*, edited by Keith Hawton,Oxford University Press.
- Marusic, A., Farmer, A. (2001).Genetic risk factors as possible causes of the variation in European suicide rates. *Br J Psychiatry*;179:194-196.
- Marušić,A.(2007).Medjuseoni uticaj genetike i okruženja u etiologiji samoubilačkog ponašanja,Engrami,2007
- Marusić,A., McGuffin,P.(2005).Interply of genes and environment as contributory factors in suicidal behaviour, (ed by Hawton, *Prevention and treatment of suicidal behaviour, from science to practice*)
- Marzuk, P.M., Leon, A.C., Tardiff, K., Morgan, E.B., Stajic, M., Mann, J.J. (1992).The effect of access to lethal weapons of injury on suicide rates. *Arch Gen Psychiatry*; 49:451–458
- Marzuk,P.M.,Tardiff,K.,Leon,A.C.(1995).Use of prescription psychotropics drugs among suicide victims in New York,*American Journal of Psychiatry*
- McGuffin, P., Marušić, A., Farmer, A.(2001). What can psychiatric genetics offer suicidology? *Crisis*; 22: 61–65.

- Mehlum, L., Zstgaard, M., Hstetun, I. (2003). Traumatic stress Szmtomatology-its influence on the clinical outcome in suicide attempters-a follow-up study. Paper presented at XXII congress of The internacional Association of suicide Prevention, Stockholm, 10-14 September 2003.
- Melges, F.T., Bowlby, J. (1969). Types of hoplessness in psychopatological process, Archives of General Psychiatry
- Milovanović, M. (1929): Samoubistvo, Izdanje naučne knjižare "Scientia", Beograd
- Milovanović, M. (1985). Sudska Medicina, Medicinska Knjiga Beograd-Zagreb
- Michel, K. (2000). Suicide prevention and primary care. In K. Hawton, K. van Heeringen (Eds.), The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide, Chichester: Wiley.
- Milčinski, L. 1972. Kritična pitanja prevencije samoubistva, Zbornik, I Jug.simp.o prevenciji samoubistva, Zagreb.
- Mittendorfer-Rutz, E., Rasmussen, E., Wasserman, D. (2004). Restricted fetal growth and adverse maternal psychosocial and socioeconomic conditions as risk factors for suicidal behaviour of offspring: a cohort study. Lancet
- Morgan, H.G., Priest, P. (1991). Suicide and other unexpected death among psychiatric inpatients, The Bristol Confidential Inquiry, British Journal of psychiatry,
- Morris, J.B; Kovacs, M; Beck, A.T; Wolffe, A. (1974). Comprehensive psychiatry 15 (6): 537-547
- Mortensen, P.B., Agerbo, E., Erikson, T., Qin, P., Westergaard-Nielsen, N. (2000). Psychiatric illness and risk factors for suicide in Denmark. Lancet; 355(9197): 9-12.
- Moscicki, E.K., O'Carroll, P., Rae, D.S., Locke, B.Z., Roy, A., Regier, D.A. (1988). Suicide attempts in the Epidemiologic Catchment Area Study. Yale J Biol Med; 61:259-268.
- Moscicki, E.K. (1994) Gender differences in completed and attempted suicides. Ann Epidemiol; 4(2):152-8.
- Moscicki, E.K. (1994). Gender differences in completed and attempted suicides. Ann Epidemiol; 4:152-158.
- Moscicki, E. (2001). Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention Available online 6 November 2001. Pages 310-323 Copyright © 2001 Elsevier Science
- Moscicki E. (2001). Risk Factors for Suicide: Summary of a Workshop Institute of Medicine (IOM)
- Möller-Leimkühler, A.M. (2000). Men and depression: Gender-related help-seeking behaviour. Fortschritt Neurol Psychiatr, 68, 489-495.
- Muehrer, P. (1995). Suicide and sexual orientation: a critical summary of recent research and directions for future research. Suicide Life Threat Behav.
- Murphy, G.E. (1998). Why women are less likely than men to commit suicide. Compr Psychiatry, 4, 165-175.
- Murphy, G.E. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: substance abuse, in The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide. Edited by Hawton K, van Heeringen K. Chichester, UK, John Wiley & Sons, pp 135-146

Murphy, G.E., Wetzel, R.D. (1982): Family history of suicidal behavior among suicide attempters. *J Nerv Ment Dis*; 170:86-90

Murray, C.J.L., Lopez, A.D. (1996). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA, Havard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).

Nassberger, L., Traskman-Bendz, L. (1993). Increased soluble interleukin-2 receptor concentrations in suicide attempters. *Acta Psychiatr Scand*; 88: 48–52.

National Centre for Suicide Research and Prevention of Mental Ill-Health (2005). Available at:<http://www.ki.se/suicide/statistik.html>

National Confidential Inquiry (2001). Safety first: Five-year report of the National Confidential Inquiry into suicide and Homicide by people with Mental Illness, Department of Health Publications, London

National Institute of Mental Health USA. (2005). Men and Depression. National Institute of Mental Health. Available: <http://menanddepression.nimh.nih.gov/clientfiles/menanddep.pdf>

Neaton, D., Blackburn, H., Jacobs, D., Kuller, L., Lee, J., Sherwin, R. (1992). Serum cholesterol level and mortality findings for men screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. *Arch Intern M*; 152: 1490–1500.

Neuringer, C. (1964). Rigid thinking in suicidal individuals. *Journal of Consulting Psychology*

Nikolić-Balkoski, G., Lasković, N., Barišić-Rojnić, J., Leposavić, Lj. (2002). Changes in quality of life among healthy population during the period of last ten years in FR Yugoslavia. In: Antić BP & Vujić JLj, editors. *Environmental Recovery of Yugoslavia*, 803-10. Belgrade: Vinča Institute of Nuclear Science

Nikolić-Balkoski, G., Pavličević, V., Jašović-Gašić, M., Leposavić, Lj., Milovanović, S., Lasković, N. (2006) Suicide in the capital of Serbia and Montenegro in the period 1997-2004-sex differences, *Psychiatria Danubina*, Vol. 18, No. 1-2, pp 48-54, Original paper.

Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W.T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R.C., Lepine, J.P., Levinson, D., Medina-Mora, M.E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts *The British Journal of Psychiatry* 192, 98–105. doi: 10.1192/bjp.bp.107.040113

Nolen Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes, *Journal of abnormal psychology*, 100, 569-82.

Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115(3), 424-443.

Novi zavjet gospoda našega Isusa Hrista-Preveo Vuk Stef. Karadžić-Published by The British and Foreign Bible Society for The Gideons International

Nordström, P., Lsberg, M., Lberg-Wistedt, A., Nordlin, C. (1995). Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorders. *Acta Psychiatr Scand*; 92:345-350.

- Nordentoft, M., Breum, L., Munck, L.K., Nordestgaard, A.G., Hunding, A., Bjaeldager, P.A.L.(1993). High mortality by natural and unnatural causes: a 10 year follow-up study of patients admitted to a poisoning treatment centre after suicide attempts. *BMJ*;306:1637-1641.
- Norlev, J., Davidsen, M., Sundaram, V., Kjoeller, M. (2005). Indicators associated with suicidal ideation and suicide attempts among 16-35-year-old Danes: A national representative population study. *Suicide Life Threat Behav*;35:291-308.
- Ordway, G.A., Widdowson, P.S., Smith, K.S., Halaris, A.(1994a). Agonist binding to alpha 2-adrenoreceptors is elevated in the locus coeruleus from victims of suicide. *J Neurochem*;63:617-624.
- Ordway, G.A., Smith, K.S., Haycock, J.W.(1994b).Elevated tyrosine hydroxylase in the locus coeruleus of suicide victims. *J neurochem*;62:680-685.
- Ottoson,J.O.(1979).The suicidal patient-can the psychiatrist prevent his suicide ?In *Origin, prevention and treatment of affective disorder*,Academic Press London
- Owens, D., Horrocks, J., House, A.(2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry* 2002;181:193-199.
- Owens, D., Wood, C., Greenwood, D.C., Hughes, T., Dennis, M.(2005). Mortality and suicide after non-fatal self-poisoning: 16-year outcome study. *Br J Psychiatry*;187:470-475.
- Patsiokas, A. T., Clum, G. A. (1985). Effects of psychotherapeutic strategies in the treatment of suicide. *Psychotherapy* 22, 281±290.
- Paunović R.,V.Babinski T.(1995). *Biološka Psihijatrija 1*,Medicinski Fakultet Univerziteta u Beogradu.
- Paykel, E.S., Myers, J.K., Lindenthal, J.J., Tanner, J.(1974).Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *Br J Psychiatry* 1974;124:460-469.
- Paykel, E.S., Prusoff, B.A., Myers, J.K. (1975). Suicide attempts and recent life events. A controlled comparison. *Arch Gen Psychiatry*,
- Pejović, M.(1997).*Porodica i Psihopatologija*, Savremena Administracija,Beograd
- Peković.M.(1994).*Izabrana smrt*, Unireks, Nikšić
- Peković, M.(1995). *Izabrana Smrt*, II izdanje,Unireks,Nikšić
- Peković, M. (2002).*Izabrana smrt*, Unireks,Podgorica
- Peković, M.(2006).*Vrijeme Psihijatrije*,Oktoih,Podgorica,
- Penev, G., Stanović, B.(2007).Samoubistva u Srbiji početkom 21 vijeka i kretanja u proteklih pedeset godina, *UDK 340.622 (497.11)"1953-2006"*
- Perseus, K.I., Ojehagen, A., Ekdahl, S., Lsberg, M., Samuelsson, M. (2003). Treatment of Suicidal and Deliberate Self-Harming Patients with Borderline Personality Disorder Using Dialectical Behavioral Therapy: The Patients' and the Therapists' Perceptions. *Arch Psychiatr Nurs*, 5, 218-227.
- Petrovic, R, Opalic,P, Radulović D, (1990). *Samoubistva u Jugoslaviji* (Beograd: Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta u Beogradu)
- Pfeffer, C.R., Normandin, L., Kakuma, T.(1994). Suicidal children grow up: suicidal behavior and psychiatric disorders among relatives. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*;33(8):1087-97.

Phillips, M.R., Yang, G., Zhang, Y., Wang, L., Ji, H., Zhou, M.(2002). Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet*; 360: 1728–36.

Phillips, M.R., Xianyun, Li., Zhang, Y., Suicide rates in China, 1995—99, *The Lancet*, Volume 359, Issue 9309, Pages 835 - 840, 9 March 2002

Piccinelli, M.,Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. Critical review. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.

Pirkis J.,Burgess,P.,Dunt,D.(2000).Suicidal ideation and suicidal attempts among Australian adults, *Crisis*

Pirkola, S., Sohlman, B., Wahlbeck, K.(2005).The characteristics of suicides within a week of discharge after psychiatric hospitalization - a nationwide register study. *BMC Psychiatry* 2005;5:32.

Platt, S., Bille-Brahe, U., Kerkhof, A., Schmidtke, A., Bjerke, T., Crepet, P., De Leo, D., Haring, C.,Lönnqvist, J., Michel, K., Philippe, A., Pommereau, I., Querejeta, I., Salander-Renberg, E.,Temesvary, B., Wasserman, D., Sampaio Faria, J. (1992). Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Scand*, 85, 97-104.

Platt, S., Hawton, K. (2000). Suicidal behaviour and the labour market. In *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (eds K. Hawton & K. Van Heeringen), pp. 303-378. Chichester: John Wiley & Sons.

Pollock,L.R., Williams,J.M.G.(2004).Problem solving u suicide attempters, *Psychological Medicine*, 34, 163-7.

Republički zavod za statistiku Crne Gore,Statisticki godisnjak,2006

Rich, A.R., Kirkpatrick-Smith, J., Bonner, R.L., Jans, F. (1992). Gender differences in the psychosocial correlates of suicidal ideation among adolescents. *Suicide Life Threat Behav*, 22, 364-373.

Richard, C. W., Hall, M.D., Dennis, E., Platt, M.D., Ryan, C. W.(1999).Suicide Risk Assessment: A Review of Risk Factors for Suicide in 100 Patients Who Made Severe Suicide Attempts, *Psychosomatics* 40:18-27, February

Rihmer, Z., Kis, K. Belso,N.(1991): Suicide risk factors and preventive strategies, Institute for Psychiatry and Neurology, Budapest, Hungary,Eur Psychiatry Vol.8

Ringel, E.(1953).”Da odbaciš život”, biblioteka Oko tri ujutro,Zagreb

Ringel, E. (1976). The Presuicidal Syndrome. *Suicide Life Threat Behav*,

Robins, E., Murphy, G., Wilkinson, R.H. (1959). Some clinical observations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. *Am J Public Health*49:888-898..

Robinson, L.J., Ferrier, I.N. (2006). Evolution of cognitive impairment in bipolar disorder: a systematic review of cross-sectional evidence. *Bipolar Disord*;8:103-116.

Rommelspacher, H., May, T., Dufeu, P., Schmidt, L. (1994). Longitudinal observations of monoamine oxidase B in alcoholics: differentiation of marker characteristics. *Alcohol Clin Exp Res*; 18: 1322–1329.

Rossau, C.D., Mortensen, P.B.(1997): Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case-control study. *Br J Psychiatry*, 171:355-359

Roy, A.(2000). Relation of family history of suicide to suicide attempts in alcoholics. *Am. J. Psychiatry*; 157: 2050– 2051.

Roy, A., Nielsen, D., Rylander, G., Sarchiapone, M.(2000): The genetics of suicidal behaviour, in *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Edited by Hawton K, van Heeringen K. Chichester, UK, John Wiley & Sons, , pp 209-221

Roy, A.(2003). Distal risk factors for suicidal behavior in alcoholics: replications and new findings. *J Affect Disord*; 77: 267–271.

Roy, A.(1983). Family history of suicide. *Arch Gen Psychiatry*;40(9):971-4.

Roy, A., Segal, N.L., Sarchiapone, M.(1995) Attempted suicide among living co-twins of twin suicide victims. *Am J Psychiatry*;152(7):1075-6.

Rujescu, D., Giegling, I., Sato, T., Hartman, A.M., Moller, H.J.(2003).Genetic variations in tryptophan hydroxylase in suicidal behavior: analysis and meta-analysis. *Biol Psychiatry*;54(4):465-73.

Runeson, B.S., Beskow, J., Waern, M. (1996). The suicidal process in suicides among young people. *Acta Psychiatr Scand*, 93, 35-42.

Rudd, D. (2000). *The Suicidal Mode: A Cognitive-Behavioural Model of Suicidality*. Suicide Life Threat Behav.

Rutter, M., Smith, D.J.(1995). *Psychosocial disorders in young people: time trends and their causes*, Wiley for Academia Europaea.

Rutz, W., von Knorring, L., Wålinder, J. (1989).Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand*; 80:151-154.

Rutz, W., von Knorring, L., Wålinder, J.(1992).Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the prevention and treatment of depression. *Acta psychiatrica Scandinavica* 85, 8-3

Rutz, W.(1999).Improvement of care for people suffering from depression: the need for comprehensive education. *International Clinical Psychopharmacology*, 14, S27-33.

Rygnestad, T.K. (1997). Mortality after deliberate self-poisoning. A prospective follow-up study of 587 persons observed for 5279 person years: risk factors and causes of death. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 32, 443-450.

Samuelsson, M., Jokinen, J., Nordström, A-L, Nordström, P.(2006). CSF 5-HIAA, suicide intent and hopelessness in the prediction of early suicide in male high-risk suicide attempters. *Acta psychiatr Scand* 2006;113:44-47.

Sartorius, N. (2000) Gender differences and suicide prevention. u: 8th European symposium on suicide and suicidal behaviour, Bled, SIO, 6-9.sep

Sainsbury,P.,Jenkins,J.Levey,A.(1995).The social corelates of suicide in Europe

Segal,Z.V.,Teasdale,J.D.,Williams,J.M.G.,Gemar,M.C.(2002).The mindfullness-based cognitive therapy adherence sacale:Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness,Clinical Psychology and psychotherapy,9, 131-8.

Selaković-Buršić,S.,Kapamadžija,B.,Biro,M. (1981).Alcoholics and non-Alcoholies in Suicide Attempts,XI Kongres of IASP,Pergamon press,Paris

Shaffer,D,Garland,A.,Gould,M.,Fisher,P.andTrautman,P.(1988) Preventing teenage suicide:a critical review.Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

Schafii, M., Schafii, S.L.(1982).Pathways of Human Development,New York

Schulsinger, F., Kety, S.S.,Rosenthal, D.,Wender, P.H.(1979).A family study of suicide.In Origin prevention and treatment of affective disorders, Academic Press,London,

Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., De Leo, D., Kerkhof, A., Bjerke, T., Crepet, P., Haring, C., Hawton, K., Lönnqvist, J.K., Michel, K., Pommereau, X., Querejeta, I., Philippe, I., Salander-Renberg, E., Temesvary, B., Wasserman, D., Fricke, S., Weinacker, B., Sampaio-Faria, J.G.(1996) Attempted suicide inEurope: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Acta Psychiatr Scand;93(5):327-38.

Schmidtke, A. (1997).Perspective: suicide in Europe.Suicide Life Threat Behav;27:127-136.

Schotte,D.E,Clum,G.A. (1962):Suicide ideation in a college population:A test of model, Journal of Consulting and Clinical Psychology.

Schotte, D. E., Clum, G. A. (1987). Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, 49-54

Schotte, D.E.,Cools,J.,Payvar,S.(1990).Problem solving deficits in suicidal patients-trait vulnerability or state phenomenon.Journal of Consulting and Clinical Psychology,58, 562-4.

Schwab, J.J., Warheit, G.J., Holzer, C.E.(1972). Suicidal ideation and behavior in a general population.Dis Nerv Syst;33(11):745-8.

Sher, L., Mann, J.J., Traskman-Benzd, L., Winchel, R., Huang, Y.Y., Fertuck, E., Stanley, B.H.(2006) Lower cerebrospinal fluid homovanillic acid levels in depressed suicide attempters. J Affect Disord;90(1):83-9.

Shneidman, E.S. (1993). Suicide as a psychache. J Nerv Ment Dis

Shneidman, E.S. (1998). Further Reflections on Suicide and Psychache. Suicide Life Threat Behav
Suokas, J., Lönnqvist, J. (1991).Outcome of attempted suicide and psychiatric consultation: risk factors and suicide mortality during a five-year follow-up. Acta Psychiatr Scand ; 84:545-549.

Skegg, K. (2005).Self-harm. Lancet;366:1471-1483.

Skoog, I., Aevarsson, O., Beskow, J., Larsson, L., Palsson, S., Waern, M., Landahl, S., Ostling, S.(1996).Suicidal feelings in a population sample of non-demented 85-year-olds. Am J Psychiatry;153(8):1015-20.

Söderberg, S. (2001). Personality disorders in parasuicide. *Nord J Psychiatry*

Sokero, T.P., Melartin, T.K., Rytälä, H.J., Leskelä, U.S., Lestelä-Mielonen, P.S., Isometsä, E.T. (2003). Suicide ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder, *Journal of Clinical Psychiatry*

Sokero, P., Eerola, M., Rytälä, H., Melartin, T., Leskelä, U., Lestelä-Mielonen, P., Isometsä, E. (2006). Decline in suicidal ideation among patients with MDD is preceded by decline in depression and hopelessness. *J Affect Disord*; 95:95-102.

Sorenson, S.B., Rutter, C.M. (1991). Transgenerational patterns of suicide attempt. *J Consult Clin Psychol*; 59(6):861-6; discussion 867-73.

Stack, S. (2000) "Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part I: cultural and economic factors", *Suicide and Life Threatening Behavior*, 30:145-62.

Statham, D.J., Heath, A.C., Madden, P.A.F. (1998). Suicidal behavior: an epidemiological and genetic study, *Psychological Medicine*, 28:839-855

Statistički godišnjak. (2006). MONSTAT, Crna Gora

Stenager, E.N., Madsen, C., Stenager, E., Boldsen, J. (1998). Suicide in patients with stroke: epidemiological study. *Br Med J*; 316:1206-1210

Stillion, J.M., White, H., Edwards, P.J., McDowell, E.E. (1989). Ageism and sexism in suicide attitudes. *Death Stud*, 13, 247-261.

Sutker, B.P., Adams, E.H. (2000). *Comprehensive handbook of psychopathology* third edition

Suominen, K., Henriksson, M., Suokas, J., Isometsä, E., Östamo, A., Lönnqvist, J. (1996). Mental disorders and comorbidity in attempted suicide. *Acta Psychiatr Scand*,

Suominen, K., Isometsä, E., Ostamo, A., Lönnqvist, J. (2004a). Level of suicidal intent predicts overall mortality and suicide after attempted suicide: a 12-year follow-up study. *BMC Psychiatry*; 20:11.

Suomen, K., Psykiatriyhdistys, S. (Finnish Psychiatric Association). (2004). Depression käypä hoito suositus. (The National Finnish Current Care Guidelines for the Treatment of Depression). *Duodecim*; 120:744-764.

Suominen, K., Isometsä, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., Lönnqvist, J. (2004b). Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry*; 161:562-563.

Sumiyoshi, T., Stockmeier, C.A., Overholser, J.C., Thompson, P.A., Meltzer, H.Y. (1995). Dopamine D4 receptors and effects of guanine nucleotides on [3H]raclopride binding in postmortem caudate nucleus of subjects with schizophrenia or major depression. *Brain Res* 1995; 681:109-116.

Šoć, M., Radović, D., Radosavović, J. (2006). Karakteristike suicida u Crnoj Gori u novom vijeku (autopsički materijal), *Medicinski zapisi*, br.61

Taylor, S.J., Kingdom, D., Jenkins, R. (1997). How are nations trying to prevent suicide? An analysis of national suicide prevention strategies (rev). *Acta Psychiatr Scand*; 95:457-463.

Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M., Lau, M.A.(1998). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cogn Emot*;2:247-274.

Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M., Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 65-73.

Topol, P., Reznikoff, M. (1982). Perceived peer and family relationships, hopelessness and locus of control as factors in adolescent suicide attempts. *Suicide Life Threat Behav*, 12, 141-150.

Townsend, E., Hawton, K., Altman, D.G., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., House, A., Van Heeringen, K. (2001). The efficacy of problem-solving treatments after deliberate self-harm: meta-analysis of randomized controlled trials with respect to depression, hopelessness and improvement in problems. *Psychol Med*, 31, 979-88.

Träskman, L., Åsberg, M., Bertilsson, L., Sjöstrand, L. (1981). Monoamine metabolites in CSF and suicidal behaviour. *Arch Gen Psychiatry*, 38, 631-636.

Träskman-Bendz, L., Mann, J.J. (2000). Biological aspects of Suicidal Behaviour. In K. Hawton, K. van Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Chichester: Wiley.

The UK ECT Review Group (2003). Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*;361:799-808.

Turecki, G., Zhu, Z., Tzenova, J., Lesage, A., Seguin, M., Tousignant, M., Chawky, N., Vanier, C., Lipp, O., Alda, M., Joober, R., Benkelfat, C., Rouleau, G.A. (2001). TPH and suicidal behavior: a study in suicide completers. *Mol Psychiatry* 2001;6:98-102.

Turecki, G. (2005). Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviours. *J Psychiatry Neurosci*;30(6):398-408.

Underwood, D., Mann, J., Arango, V. (2004). Serotonergic and noradrenergic neurobiology of alcoholic suicide.

Van der Does, A.J.V. (2002). Cognitive vulnerability to depression. Validity of a new measure, *Journal of affective disorders*, 68, 137-8.

van Egmond, M., Diekstra, R.F.W. (1989). The predictability of suicidal behavior. The results of a meta-analysis of published studies. In R.F.W. Diekstra, R. Maris, S. Platt, A. Schmidtke, G. Sonnek (Eds.), *Suicide and prevention. The role of attitude and imitation*. Amsterdam: EJ Brill

van Heeringen, K., Hawton, K., Williams, J.M.G. (2000). Pathways to suicide: an integrative approach. In Hawton K, van Heeringen (eds), *The international Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. England. Wiley J & Sons Ltd,

van Heeringen, K. (2000). The neurobiology of suicide and suicidality. *Can J Psychiatry*;48:292-300.

Vijayakumar, L. (2004). Suicide prevention: the urgent need in developing countries. *World Psychiatry*; 3: 158-9.

Vijayakumar, L., Nagaraj, K., Pirkis, J., Whiteford, H. (2005). Suicide in developing countries 1: frequency, distribution, and association with socioeconomic indicators. *Crisis*; 26: 104-11.

- Voros, P. Osvath and S. Fekete, P.(2004), Gender differences in suicidal behaviour, *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 6 pp. 65–71.
- Vuković, O., Jašović-Gašić, M.(2005). Alkoholizam i suicid, *Engrami*, vol. 27. br. 1-2
- Waern,M.,Beskow,J.,Runeson,B.,Skoog,I.(1999).Suicidal feelings in the last years of life in elderly people who committed suicide,*Lancet*
- Walinder, J., & Rutz, W. (2001). Male depression and suicide. *International Clinical Psychopharmacology*, 16(SUPPL. 2), S21-S24.
- Weiner RD. Treatment optimization with ECT. *Psychopharmacol Bull* 1994; 30:313-320.
- Weissman, M. M., Wolk, S., Goldstein, R. B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., Klier, C. M., Ryan, N. D., Dahl, R. E., & Wickramaratne, P. (1999). Depressed adolescents grown up. *Journal of the American Medical Association*, 281(18), 1707-1713.
- Weissman,M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Greenwald, S., Hwu, H.G., Joyce, P.R., Karam, E.G., Lee, C.K.,Lellouch, J., Lepine, J.P., Newman, S.C., Rubio-Stipec, M., Wells, J.E., Wickramaratne, P.J, Wittchen,H.U., Yeh, E.K.(1999). Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychol Med*;29(1):9-17.
- Welch, S. S. (2001). A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatr Serv*
- Westrin, L. (1999). Stress-related peptides in suicide attempters. Academic Thesis, Lund University, Sweden.
- Wenz, F. (1976). Self-evaluation and suicidal potential. *Psychol Rep*, 39, 289-290.
- Whitlock,F.A.,(1977).Psychiatric epidemiology:Its uses and limitations,Australian and New Yeland Journal of Psychiatry.
- Windle, M., Davies, P.(1999). Developmental theory and research. In Leonard E, Blane T (2nd Eds). *Psychological Theories of Drinking and Alcoholism*, Guilford Press, New York. 164–202.
- World Health Organization. (1998). *World Health Statistics Annual 1996*. Geneva, WHO
- World Health Organization. Working Group on Preventive Practices in Suicide and Attempted Suicide: (1986). Summary Report (ICP/PSF 017 (S) 6526 V). Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe.
- World Health Organization.(1989): *World Health Statistics Annual*. Geneva, WHO
- World Health Organisation.(1998).Primary prevention of mental, neurological and psychological disorders. WHO, Geneve.
- World Health Organisation.(2000). *Mental Health*, Bull WHO; 78:505-506
- WHO: *World Health Report*.(2001). *Health System: Improving Performance* Ref Type: Report 2001
- WHO:The *World Health Report* (2002). *Reducing Risks, Promoting Healthy Life*
- WHO:The *World Health Report* (2004). *Changing history*
- WHO:The *World Health Report* (2005). *Make every motherand child count*

WHO.(2007).Suicide prevention (SUPRE). Country reports and charts available http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html (website of WHO - Last update: 2007).

Williams, J.M.G. (1986). Differences in reasons for taking overdoses in high and low hopelessness groups. *Br J Med Psychol*, 59, 269-277.

Williams, J.M.G.,Dritchel,B.H. (1988).Emotional disturbance and the specificity of autobiographical memory,*Cognition and Emotion*

Williams, J.M.G.(1997).Cry of pain,Harmond-sworth:Penguin

Williams,J.M.G.,Swales, M.(2005).The use of mindfulness-based approaches for suicidal patients, *Archive of Suicide Research*,8, 315-30.

Williams, J.M.G., Barnhofer, T., Crane, C., Beck, A.T.(2005a). Problem solving deteriorates following mood challenge in formerly depressed patients with a history of suicidal ideation. *J Abnorm Psychol* ;114:421-431.

Williams, J.M.G., Crane, C., Barnhofer, T., Duggan, D. (2005b). In: *Prevention and treatment of suicidal behaviour. From science to practice*. Ed. Hawton K. Oxford University Press

Williams,J.M.G,Crane,C.,Barnhofer,T.,Duggan,D.(2005).Psychology and suicidal behaviour: Elaborating and entrapment model-Prevention and treatment of suicidal behavior,Edited by Keith Hawton

Williams, J.M.G., Crane, C., Barnhofer, T., van der Does, A.J.W., Segal, Z.V.(2006). Recurrence of suicidal ideation across depressive episodes. *JAD* 91:189-194.

Williams, J.M.G.Pollock, L.R. (2000). The psychology of suicidal behaviour. In K. Hawton, K. van Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*. Chichester: Wiley.

Windle, M.(1994). Characteristics of alcoholics who attempted suicide: Co-occurring disorders and personality difference with a sample of male Vietnam era veterans. *J Stud Alcohol* 55:571-577.

Wolfersdorf, M., Straub, R.(1994). Electrodermal reactivity in the male and female depressive patients who later died by suicide. *Acta Psychiatr Scand*;89:279-284.

Walker Jane M.B.Ch.B^a Christian Holm Hansen M.Sc^a, Laura Hodges Ph.D^a, Parvez Thekkumpurath M.B., B.S.^a, Mark O'Connor M.B.Ch.B^a, Neelom Sharma M.B.Ch.B^a, Annet Kleiboer Ph.D^a, Gordon Murray Ph.D^a, Kurt Kroenke M.D.^b and Michael Sharpe M.D.^a (2009).Screening for suicidality in cancer patients using Item 9 of the nine-item patient health questionnaire; does the item score predict who requires further assessment?^a Psychological Medicine Research, University of Edinburgh Cancer Research Centre, Western General Hospital, Edinburgh EH4 2XR, UK^b Regenstrief Institute, Indiana University, 1050 Wishard Blvd., RG6 Indianapolis, IN 46202, USA, General Hospital Psychiatry Article in Press,Received 6 September 2009; accepted 23 November 2009. Available online 4 January 2010.

Yerevanian, B.I., Feusner, J.D., Koek, R.J., Mintz, J.(2004). The dexamethasone suppression test as a predictor of suicidal behavior in unipolar depression. *JAD*;83(2-3):103-8.

Young,M.A.,Fogg,L.F.,Scheftner, W.,Fawcett,J.,Akiskal,H.,maser,J.(1996). Stable trait compents of hoplessness:Baseline and sensitivity to depression, *Journal of abnormal psychology*, 105, 155-65.

Zhang, J., Mckeow, R.E., Hussey, J.R., Thompson, S.J., Woods, J.R. (2005). Gender Differences in Risk Factors for Attempted Suicide among Young Adults: Findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, *Ann Epidemiol* 2005;15:167–174. Elsevier Inc.

Zacharakis, C.A., Hadjivassilis, V., Madianos, M.G., Papadimitriou, G.N., Stefanis, C.N. (2005). Suicide in Cyprus 1988–1999, *European Psychiatry*,

Zahl, D.L., Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11 583 patients. *Br J Psychiatry* 2004;185:70-75.

Zill, P., Buttner, A., Eisenmenger, W., Moller, H.J., Bondy, B., Ackenheil, M. (2004). Single nucleotide polymorphism and haplotype analysis of a novel tryptophan hydroxylase isoform (TPH) gene in suicide victims. *Biol psychiatry*;56:581-586.

PODACI POTREBNI ZA DIGITALIZACIJU DOKTORSKE DISERTACIJE

Ime i prezime autora:Lidija Injac Stevovic

Godina rođenja: 1961

E-mail:injac19@gmail.com

Organizaciona jedinica Univerziteta Crne Gore:Medicinski fakultet

* Naslov doktorske disertacije:Faktori suicidnog rizika:polne razlike

Prevod naslova na engleski jezik: Suicide risk factors:gender differences

Datum odbrane: 2.07.2011.g.

Signatura u Univerzitetskoj biblioteci¹

Naslov, sažetak, ključne riječi (priložiti dokument sa podacima potrebnim za unos doktorske disertacije u Digitalni arhiv Univerziteta Crne Gore):

Naslov: Faktori suicidnog rizika:polne razlike

Sažetak: Predmet ove disertacije su suicidi realizovani u Crnoj Gori u periodu 1995-2005.godine. Sve žrtve suicida istražene su u pogledu sociodemografskih karakteristika (kao što su pol, dobne grupe, porodična struktura, školska sprema, zaposlenost, suicidna metoda), kliničkih dijagnoza-životne istorije somatskog ili psihijatrijskog oboljenja, porodične istorije suicida ili pokušaja suicida. Istraživane su informacije o faktorima rizika koji su povezani sa suicidalnim procesom kod žrtava suicida u odnosu na pol. U obradi je korišten sledeći metod i instrumenti:Medicinska dokumentacija, socijalna anketa, heteroanamneza i Metoda psihološke autopsije. Socio-demografski i

klinički faktori rizika su imali značajan uticaj na povećanje stope suicida. Prosječna stopa mortaliteta od suicida u ispitivanom periodu je 23.1/100.000 stanovnika. Pokazano je da postoji dominacija muškog pola kao jednog od najvažnijih faktora rizika kada je suicid u pitanju. Prema trendu kretanja suicidalnih stopa postoji rastući trend stopa za muškarce, ali ne i za žene. Istraživanje je potvrdilo da postoje polne razlike u prirodi realizovanih suicida. Faktor rizika kod ženskog pola je niži obrazovni nivo (osnovna škola) i nezaposlenost, a kod muškaraca srednja školska sprema, zaposlenost sa niskim primanjima i penzionisanost. Psihopatološki faktori su pokazali da je prisustvo psihijatrijskog poremećaja imalo jači efekat na suicidalni rizik kod žena u odnosu na muškarce. Žene su u odnosu na muškarce statistički značajno češće psihijatrijski liječene, češće najavljivale suicid i češće pokušavale suicid. Gubitak člana porodice kao faktor rizika suicida bio je više zastupljen kod žena. Kod muškog pola alkoholizam, narkomanija i interpersonalni konflikti su bili statistički značajno češći faktor rizika. Muškarci su statistički značajno češće koristili smrtonosne metode-vatreno oružje, a žene vješanje, skok, utopljenje i trovanje tabletama. Metoda psihološka autopsija je pokazala da su faktori rizika koji su podjednako posredovali kod oba pola bili stresni životni događaji i akutna stresna konfliktna situacija. Statistički značajno je bila prisutna depresija kod žena koje su realizovale suicid, a dominirali su beznadežnost, briga za tjelesno zdravlje, depresivno raspoloženje i gubitak apetita. Kod muškaraca je statistički značajno bila prisutna nekooperativnost (nesaradljivost) i protivljenje od strane mnogih muškaraca da podijele emocionalne probleme i ostala negativna ponašanja, izražavanje ljutnje i protesta koji mogu ukazivati na prisustvo depresije kod muškaraca, ali ne možemo sa sigurnošću potvrditi da li je depresija zaista bila manje uobičajena među muškarcima, ili je muškarci manje od žena prepoznaju, priznaju i traže pomoć, ali da ove razlike u psihopatologiji mogu dijelom objasniti polne razlike u suicidalnom ponašanju. S obzirom da je suicid jedan od vodećih uzroka smrti u Crnoj Gori, prevencija suicida treba da postane prioritet u

zdravstvenoj politici u našoj zemlji.

Ključne riječi: suicid, faktori rizika, polne razlike

Izjava o korišćenju (priložiti potpisanu izjavu)

Napomena

¹ Podatak o signaturi (lokaciji) može ispuniti biblioteka organizacione jedinice/Univerzitetska biblioteka

**PODACI POTREBNI ZA UNOS DOKTORSKE DISERTACIJE U DIGITALNI ARHIV
UNIVERZITETA CRNE GORE**

Prevod naslova disertacije na engleski jezik: Suicide risk factors:gender differences

Mentor i članovi komisija (za ocjenu i odbranu)

Mentor: Prof. dr. Mirko Peković

Komentor: Prof. dr. Miroslava Jašović Gašić

Komisija za ocjenu doktorske disertacije: Prof. dr. Mirko Pejović, Prof. dr. Miroslava Jašović Gašić, Prof. dr. Mirko Peković, vanredni profesor

Komisija za odbranu doktorske disertacije: Prof. dr. Mirko Pejović, Prof. dr. Miroslava Jašović Gašić, Prof. dr. Mirko Peković, vanredni profesor

Sažetak *

Sažetak na engleskom (njemačkom ili francuskom) jeziku

The subject of this dissertation are the suicides committed in Montenegro in the period from 1995 to 2005. All victims of the suicides have been examined in terms of socio-demographic characteristics (such as gender, age groups, family structure, education, employment, and suicide method), clinical diagnosis of life history of somatic or psychiatric disorder, family history of suicide or attempted suicide. The information about risk factors associated with suicidal process among victims of suicide in relation to gender has been examined. The following methods and instruments have been used: medical records, social survey, heteroanamnesis and method of psychological autopsy. Socio-demographic and clinical risk factors had significant impact on the increase in suicide rates. It is shown that there is the domination of male gender as one of the most important risk factors when it comes to suicide. According to the trend in suicide rate, there is a growing trend rate for men, but not for women. The research confirmed that there are some gender differences in the nature of committed suicides. Risk factors among female gender was lower educational level (primary school) and unemployment, and among male gender was high-school education, low-income employment and retirement. Psychopathological factors show that the presence of psychiatric disorders had stronger effect on suicide risk among females than among males. Comparing to males, females were much more frequently psychiatrically treated, and more often announced and attempted suicide. The loss of a family member as a risk factor for suicide was prevalent among females. In males, alcoholism, drug abuse and interpersonal conflict were statistically significant risk factor and males more frequently used firearms, while women used hanging, jumping, drowning and medicine poisoning. Psychological autopsy method shows that the risk factors which equally mediated in both gender were stressful life events and acutely stressful conflict situation. Statistically strong presence of depression in females who committed suicide is confirmed, and dominant symptoms were hopelessness, concern for physical health, depressed mood and loss of appetite. Among males, there was statistically

strong presence of noncooperation and refusal by many males to share emotional problems and other negative behavior, expression of anger and protests that could indicate the presence of depression in males, but we can not confirm whether the depression was actually be less common among males or that males were less than females to recognize, acknowledge and seek help, still these differences in psychopathology may partly explain gender differences in suicidal behavior. Given that suicide is one of the leading causes of death in Montenegro, prevention of suicide should become a priority in health policy in our country.

Ključne riječi

Ključne riječi na engleskom jeziku: suicide, risk factors, gender differences

Naučna oblast/uža naučna oblast: Psihijatrija, Suicidologija

Naučna oblast/uža naučna oblast na engleskom jeziku: Psychiatry/Suicidology

Ostali podaci

* Ukoliko je predviđeni prostor za polja Sažetak, Sažetak na engleskom jeziku, Ključne riječi i Ključne riječi na engleskom jeziku nedovoljan, priložiti ih u posebnom prilogu.

IZJAVA O KORIŠĆENJU

Ovlašćujem Univerzitetsku biblioteku da u **Digitalni arhiv Univerziteta Crne Gore** unese doktorsku disertaciju pod naslovom:

Faktori suicidnog rizika;polne razlike

koja je moj autorski rad.

Doktorska disertacija, pohranjena u Digitalni arhiv Univerziteta Crne Gore, može se koristiti pod uslovima definisanim licencom Kreativne zajednice (Creative Commons), za koju sam se odlučio/la.

Autorstvo

Autorstvo – bez prerada

Autorstvo – dijeliti pod istim uslovima

Autorstvo – nekomercijalno

Autorstvo – nekomercijalno – bez prerada

Autorstvo – nekomercijalno – dijeliti pod istim uslovima

Potpis doktoranda



U

; Odabrati (ćekirati) jednu od šest ponuđenih licenci (kratak opis licenci dat je na poledini ovog priloga)

Autorstvo

Licenca sa najširim obimom prava korišćenja. Dozvoljavaju se prerade, umnožavanje, distribucija i javno saopštavanje djela, pod uslovom da se navede ime izvornog autora (onako kako je izvorni autor ili davalac licence odredio).

Djelo se može koristiti i u komercijalne svrhe.

Autorstvo – bez prerada

Dozvoljava se umnožavanje, distribucija i javno saopštavanje djela, pod uslovom da se navede ime izvornog autora (onako kako je izvorni autor ili davalac licence odredio). Djelo se ne može mijenjati, preoblikovati ili koristiti u drugom djelu.

Licenca dozvoljava komercijalnu upotrebu djela.

Autorstvo – dijeliti pod istim uslovima

Dozvoljava se umnožavanje, distribucija i javno saopštavanje djela, pod uslovom da se navede ime izvornog autora (onako kako je izvorni autor ili davalac licence odredio). Ukoliko se djelo mijenja, preoblikuje ili koristi u drugom djelu, prerade se moraju distribuirati pod istom ili sličnom licencom.

Ova licenca dozvoljava komercijalnu upotrebu djela i prerada. Slična je softverskim licencama, odnosno licencama otvorenog koda.

Autorstvo – nekomercijalno

Dozvoljavaju se prerade, umnožavanje, distribucija i javno saopštavanje djela, pod uslovom da se navede ime izvornog autora (onako kako je izvorni autor ili davalac licence odredio).

Komercijalna upotreba djela nije dozvoljena.

Autorstvo – nekomercijalno – bez prerada

Licenca kojom se u najvećoj mjeri ograničavaju prava korišćenja djela. Dozvoljava se umnožavanje, distribucija i javno saopštavanje djela, pod uslovom da se navede ime izvornog autora (onako kako je izvorni autor ili davalac licence odredio). Djelo se ne može mijenjati, preoblikovati ili koristiti u drugom djelu.

Komercijalna upotreba djela nije dozvoljena.

Autorstvo – nekomercijalno – dijeliti pod istim uslovima

Dozvoljava se umnožavanje, distribucija, javno saopštavanje i prerada djela, pod uslovom da se navede ime izvornog autora (onako kako je izvorni autor ili davalac licence odredio). Ukoliko se djelo mijenja, preoblikuje ili koristi u drugom djelu, prerada se mora distribuirati pod istom ili sličnom licencom.

Djelo i prerade se ne mogu koristiti u komercijalne svrhe.