



Osnove suicidalnog ponašanja

prof.dr.sc.Darko Marčinko, prim.dr.med.

specijalist psihijatar

Klinika za psihijatriju KBC Zagreb

Definicija suicidalnosti

Suicid se najčešće definira kao dobrovoljno i namjerno samouništenje. Erwin Stengel daje slijedeću definiciju: Suicid je poguban čin uzrokovan samopovredom i svjesnom namjerom za samouništenjem. Često korištena definicija Erwin Stengela dobila je svoj konačan oblik objavljivanjem u "Enciklopedija Britannica" i glasi "Suicid je ljudski čin samouništenja, namjerno oduzimanje vlastitog života". Prema klasičnim psihijatrijskim stavovima, suicid je čin povezan s poremećajem vitalnog nagona, za samoodržanjem. Ako se nagon za samoodržanjem smatra čovjekovim najvažnijim i hijerarhijski najjačim nagonom, onda se samoubojstvo može smatrati poremećajem osnovnog nagona. Sociološka istraživanja ukazuju da je osnovni nagon u čovjeku - socijalni, za statusom i/ili afirmacijom, pa je suicid posljedica gubitka ideala, statusa i sl.

Klasifikacija suicidalnog ponašanja

Jedna od najcitiranijih klasifikacija suicidalnog ponašanja je od O'Carroll i sur.:

- samoubojstvo (suicid) – dokazano samo-uzrokovana smrt (bilo da je metoda ili ponašanje koje je dovelo do smrti bilo izravno ili neizravno smrtonosno)
- pokušaj samoubojstva – samoozlijeđujuće ponašanje gdje izostaje fatalni ishod, pri čemu postoje dokazi da je osoba namjeravala opisanim činom posredno ili neposredno dovesti do vlastite smrti



- prekinuti pokušaj samoubojstva – potencijalno samoozlijeđujuće ponašanje o kojem postoje dokazi da je osoba namjeravala dovesti do vlastite smrti, ali je radnja prekinuta prije nego što je došlo do tjelesnog oštećenja
- promišljanja o samoubojstvu (suicidalna ideacija) – razmišljanja da se skrivi vlastita smrt; promišljanja o samoubojstvu mogu se kretati od razrađivanja ozbiljnih planova do nesistematiziranih misli
- suicidalna namjera – subjektivno očekivanje i želja da vlastiti samodestruktivni čin dovede do svoje smrti
- smrtnost samoubilačkog ponašanja (letalnost suicidalnog ponašanja) – objektivna opasnost po vlastiti život povezana s metodom izbora; treba naglasiti da je objektivna smrtnost različita od očekivanja pojedinca o ishodu, odnosno o njegovim saznanjima koji je način medicinski opasan po život
- namjerno samoozlijeđivanje – svjesno nanošenje boli i ozljeda samome sebi bez želje i nakane da se skonča vlastiti život

Silverman i sur. daju slijedeću klasifikaciju suicidalnog ponašanja:

- prijetnja samoubojstvom – svaka interpersonalna interakcija (verbalna i neverbalna) koja ne uključuje direktan čin samoozlijeđivanja, ali koju bi razumna osoba mogla protumačiti kao iskazivanje ili sugeriranje pojavljivanja samoubilačkog ponašanja u bliskoj budućnosti
- plan samoubojstva – metoda ili promišljeni slijed ponašanja koja će potencijalno dovesti do vlastite smrti
- samoozlijeđivanje – vlastitim ponašanjem uzrokovana ozljeda pri čemu osoba nije namjeravala dovesti do vlastite smrti, može rezultirati lakšim ili težim ozljedama, smrću (napr. samoskrivljena nenamjerna smrt), a može proći i bez tjelesnog oštećenja
- pokušaj samoubojstva – vlastito destruktivno ponašanje bez smrtnog ishoda (postoji dokaz o posrednoj ili neposrednoj želji i namjeri da se skonča vlastiti život), pokušaj samoubojstva koji dovodi do smrti klasificira se kao samoubojstvo
- samoubojstvo – samoskrivljena vlastita smrt (postoji dokaz o posrednoj ili neposrednoj želji i namjeri da se skonča vlastiti život)



- neodređeno ponašanje povezano sa samoubojstvom: vlastito potencijalno ozljeđujuće i oštećujuće ponašanje koje je praćeno s nepoznatim ili neodređenim stupnjem suicidalne namjere; može proći bez ozljeda, ili dovesti do lakših, težih tjelesnih oštećenja i smrti

Jedna od podjela suicidalnosti (Jakovljević) iznosi spektar suicidalnog ponašanja, u rasponu od indirektnog suicidalnog ponašanja do izvršenog suicida:

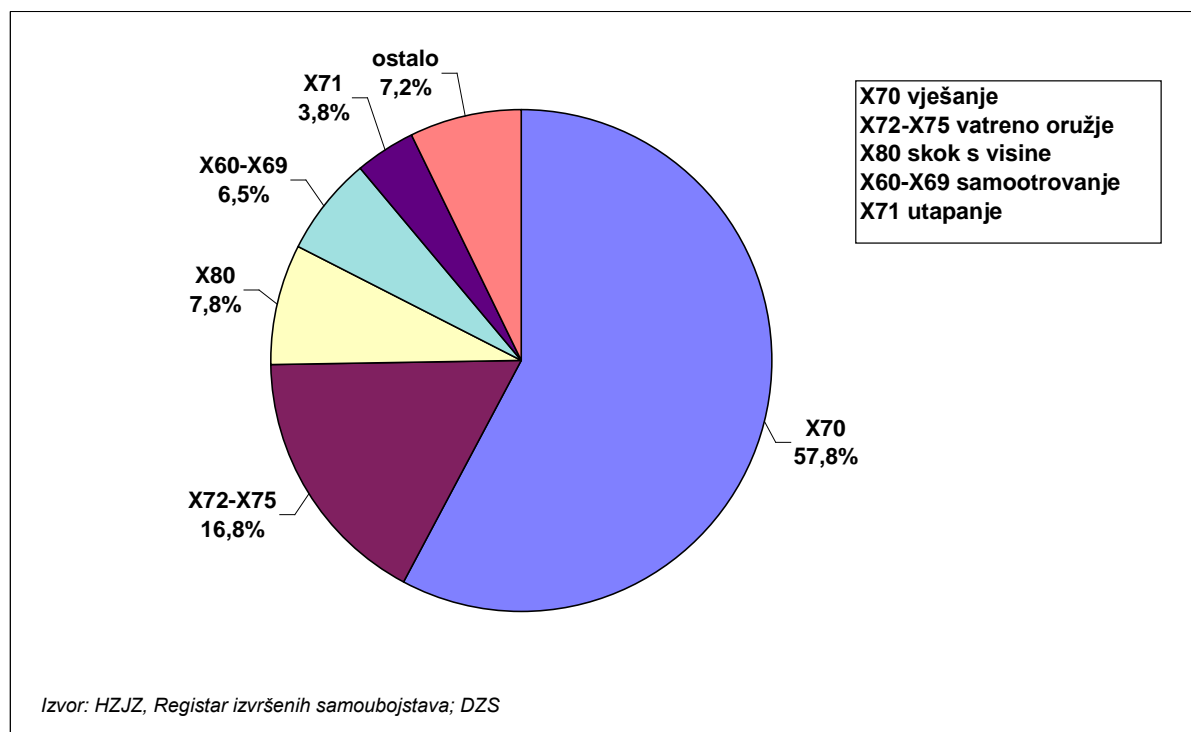
- **1. indirektno samodestruktivno ponašanje i sklonost nesrećama** koje osoba ne doživljava kao samoubilačko iako je vidljivo da način života predstavlja podsvjesno stremljenje ugrožavanja i skraćivanja vlastitog života;
- **2. suicidalne misli** - osoba razmišlja o mogućnosti samoubojstva, ali misli ostaju samo u njezinoj intimi;
- **3. suicidalne namjere** – tendencije usmjerene protiv sebe samog, koje se kroz ponašanje takvima mogu prepoznati, ali se postupcima još ne ostvaruju;
- **4. “parasuicidalna pauza”** (Feuerlein) – čin sličan pokušaju samoubojstva kojeg osoba negira i prikazuje ga kao želju da privremeno umre i na taj način prekine tijek mučne stvarnosti uz pomoć toksične, ali ne smrtne doze uspavljujućeg ili sličnog drugog sredstva;
- **5. prijetnja suicidom** – osoba upoznaje okolinu s namjerom da počini samoubojstvo, a da pri tome ništa ne poduzima;
- **6. parasuicidalni gest** (Feuerlein) – ugrožavajući čin okrenut protiv sebe koji predstavlja prijetnju apelativnog ili demonstrativnog karaktera;
- **7. namjerno samopovređivanje** – impulzivna reakcija u subjektivno nesnosnoj situaciji, bez prave namjere da počini samoubojstvo;

Učestalost suicida i suicidalnog ponašanja

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), oko milijun ljudi godišnje oduzme vlastiti život, što prelazi broj osoba poginulih u ratu i ubijenih. Iz toga proizlazi da se svakih četrdeset sekundi, u svijetu dogodi jedan suicid. U većini zemalja incidencija

suicida veća je od incidencije homicida. Stopa suicida izražava se kao broj izvršenih suicida na 100000 stanovnika godišnje. U većini svjetskih zemalja suicid je jedan od prva tri uzroka smrti u populaciji između 15 i 44 godine života. Pokušaji suicida višestruko češći od izvršenih suicida. Samoubojstva spadaju u prioritetne javnozdravstvene probleme u Hrvatskoj. Izvršena samoubojstva jedan su od vodećih uzroka mortaliteta od ozljeda, kao i jedan od vodećih uzroka ukupnog mortaliteta u dobi 15-29 godina. Prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i srodnih zdravstvenih problema (10 revizija), samoubojstva se prikazuju šiframa X60.*-X84.* u okviru podskupine Vanjski uzroci mortaliteta i morbiditeta. Tim se šiframa označuju sva namjerna samoozljeđivanja, bilo da jesu ili nisu dovela do smrtnog ishoda, odnosno na isti se način šifriraju pokušaji samoubojstava kao i izvršena samoubojstva. U Hrvatskoj se, u okviru rutinske mortalitetne statistike, registriraju svi uzroci smrtnosti na godišnjoj razini pa tako i broj slučajeva samoubojstava. 1986. godine u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo osnovan je Registar izvršenih samoubojstava Hrvatske, koji predstavlja specijalni zdravstveno-statistički instrument i ima značajke populacijskog registra. U Hrvatskoj je stopa suicida zadnjih godina u rasponu od 15-18, tako da spadamo u zemlje visokog rizika za suicidalno ponašanje.

Na slici 1 su navedeni najčešći načini izvršenja samoubojstava u Hrvatskoj





Suvremeno razumijevanje suicidalnog ponašanja: model stres dijateze

Sve je više znanstvenih dokaza da je suicidalno ponašanje višestruko uvjetovano. Suvremene teorije opisuju stres dijatezu kao važan eksplanatorni model, u nastanku psihijatrijskih poremećaja i suicidalnosti. Termin stres, odnosi se na psihološke i/ili biološke čimbenika koji nastaju nakon izlaganja vanjskom događaju. U ovoj interakciji, dolazi do aktiviranja hipotalamo-hipofizno-adrenalne osi. Koncept dijateze, uključuje predispoziciju ili perzistirajuću vulnerabilnost (osjetljivost), koja se očituje putem bioloških, psiholoških i socijalnih faktora.

Prema stres-dijatezi, kod osoba s prisutnom vulnerabilnošću, u situaciji kada su izloženi dovoljno jakim stresorima, dolazi do suicidalnog ponašanja. Faktori stresa (stresori) u ovom modelu, mogu biti generalno gledano, biološki ili psihosocijalni. Primjer ranih bioloških stresora su intrauterine infekcije, slaba prenatalna prehrana, ozljede pri porodu i trauma glave u dječjoj dobi.

Traumatska interpersonalna iskustva, kaotična okolina odrastanja i smanjena sposobnost razvijanja vještina suočavanja su primjeri psihosocijalnih stresora. Dijateza se javlja kao kontinuum u općoj populaciji, od malene do srednje vulnerabilnosti, u većini populacije, do visokog stupnja vulnerabilnosti, u manjem broju. Vulnerabilnost može odražavati smanjenu sposobnost samokontrole, uz tendenciju prema agresivnim ili impulzivnim ponašanjima te nedostatak vještina suočavanja s problemom. Na slici 2 je prikazan model stres dijateze, uz naglasak na važnijim komponentama stresa i dijateze.

Od stresora su vrlo bitni akutni obiteljski i psihosocijalni stresori kao i akutna faza nekog psihijatrijskog ili ozbiljnog medicinskog poremećaja. Od faktora dijateze, ima sve više istraživanja koja pokazuju kako genetski faktori, osobito oni koji uključuju oštećenu funkciju serotonina, mogu biti značajan rizični suicidalni čimbenik. U seriji radova tima psihijatara s KBC Zagreb (Rebro), dokazan je prosuicidogeni efekt niske razine kolesterola kod većine psihijatrijskih poremećaja (Marčinko i sur., serija radova: 2002-2011), što je u skladu s

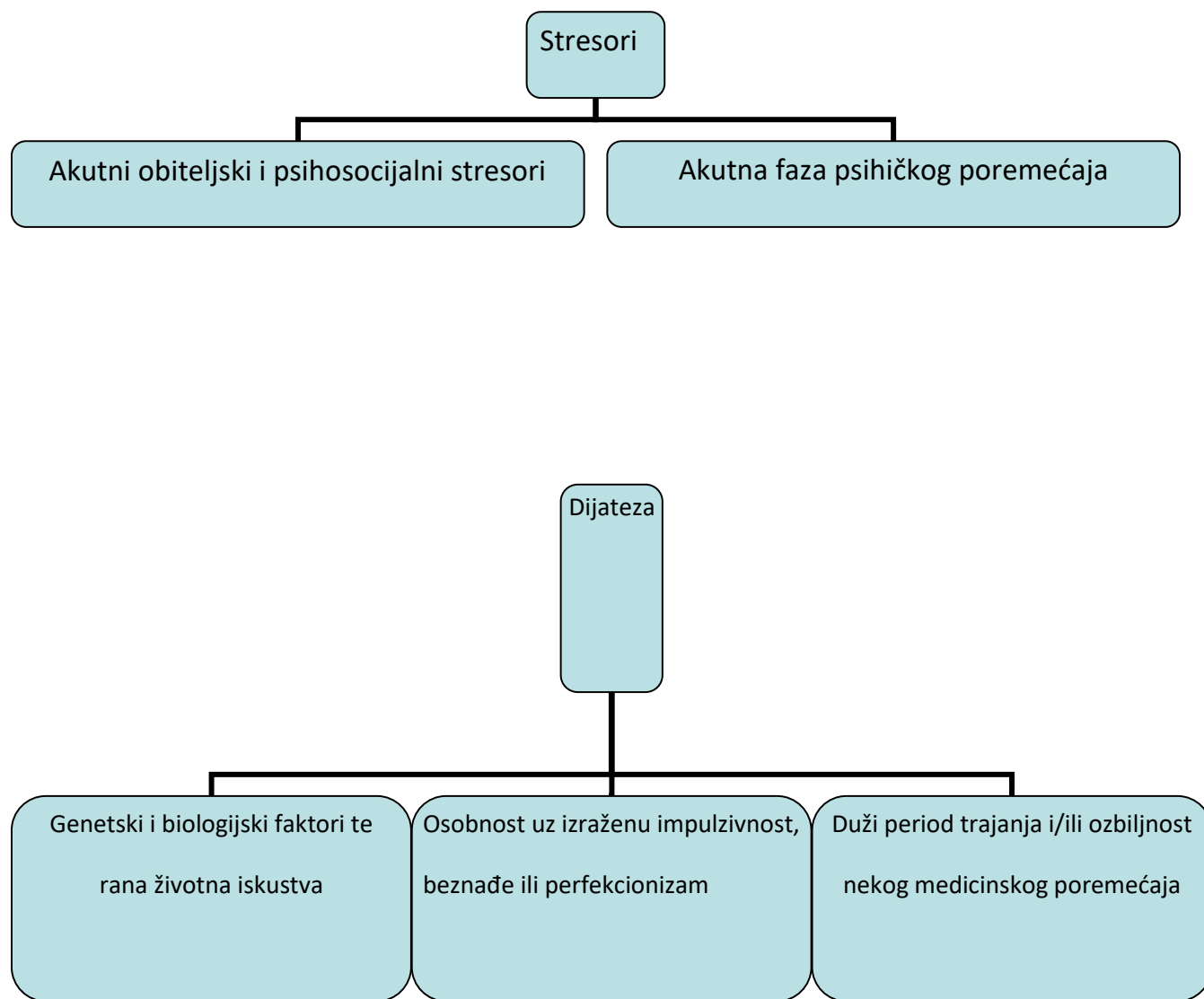


istraživanjima europskih i američkih psihijatara. Isto tako, rana traumatska iskustva, mogu imati posljedice ne samo na razini psihološkog razvoja, već je dokazano kako nepovoljan rani razvoj izravno oštećuje i funkciju serotonina u odrasloj dobi i predisponira osobu za razvoj suicidalnih oblika ponašanja.

Vrlo bitan faktor dijateze za suicidalno ponašanje su i pojedina obilježja ličnosti, s time da se procjenjuje patološka narcisoidnost, razni poremećaji ličnosti, poremećaji hranjenja, suicidalnost se smatra nasiljem prema sebi (kao opozitno ponašanje dijalogu), a nakon suicida kod okoline dolazi do žalovanja koje je često patološko. O navedenim fenomenima je tim psihijatara s KBC Zagreb pisao u seriji knjiga koje je vezano uz organizaciju tematskih znanstvenih skupova (Rudan, Jakovljević, Marčinko i sur., 2012-2015). Tako je dokazano da suicidalne osobe imaju izraženiji faktor impulzivnosti (često je to odraz smanjenje funkcije serotonina, što je bitno glede određivanja farmakoterapije), kao i faktor beznađa, koji je pak odraz smanjenje funkcije noradrenalina.

Kognitivna suicidološka istraživanja kao rizični faktor suicidalne osobnosti navode perfekcionizam i rigidnost mišljenja (sklonost crno-bijelom sagledavanju stvari), što bi psihodinamski gledano, bilo blisko konceptu granične organizacije osobnosti (Kernberg). U kliničkoj praksi, važno je prepoznati faktore stresa i faktore predispozicije te zatim procijeniti njihove interakcije. Dobro poznavanje dinamike interakcija, omogućuje puni uvid u suicidalno ponašanje i daje jasne temelje za provođenje terapijskog procesa i spašavanja života suicidalne osobe.

Slika 2. Model stres dijeteze suicidalnog ponašanja – važne komponente stresa i dijeteze





Faktori suicidalnog rizika

Statističko-epidemiološka istraživanja u psihologiji, psihijatriji i suicidologiji stvorila su teze o pravilnostima koje prate suicidalno ponašanje - tzv. faktorima suicidalnog rizika. Tu spadaju muški spol, starija životna dob (iznad 65. godine života), bračni i obiteljski status u smislu povećanog rizika kod osoba koje žive kao samci, etno-kulturalni faktori (tako se tumači viša stopa suicida u pojedinim zemljama), usamljenost, nezaposlenost, neprepoznata i neliječena krizna stanja, nasljedni faktori i postojanje duševne ili kronične tjelesne bolesti. Među važne rizične faktore spadaju i faktori deprivacije ranog rasta i razvoja, među kojima je posebno rizičan faktor psiho-fizičko i seksualno zlostavljanje.

U suicidološkim istraživanjima, kao primjer obitelji s jakom predispozicijom za suicidalno ponašanje ističe se obitelj Hemingway. Suicid glumice Margaux Hemingway 1997.godine, bio je peti slučaj suicida (po nekima i šesti, jer jedan slučaj suspektnog suicida je razvrstan u uzroke smrti zbog nesretnog slučaja), u četiri generacije obitelji pisca Ernesta Hemingwaya. Postoji i spolna razlika vezano za rizik suicida, tako muškarci 3-4 puta češće izvrše suicid, dok žene nekoliko puta češće pokušavaju suicid. To se dijelom objašnjava time da muškarci češće koriste više letalne metode suicida (vješanje, uporaba vatrenog oružja) dok žene koriste manje letalne metode kao što je predoziranje medikamentima. Ima više rizičnih faktora za suicid. Jedna od podjela rizičnih faktora je hijerarhijska (prikazano u tablici 1), gdje se rizični faktori za suicid dijele na primarne (psihijatrijski faktori), sekundarne (psihosocijalni faktori) i tercijarne (demografski faktori).



Tablica 1. Rizični faktori za suicidalno ponašanje

<p>Primarni (psihijatrijski faktori)</p>	<p>prisutnost psih.poremećaja, nedostatak adekvatnog tretmana, komorbiditet drugog psih. poremećaja, prethodni suicidalni pokušaji, suicid u obitelji, sklonost impulzivnosti ili beznađu poremećaj serotoninskog sustava, nizak kolesterol u serumu</p>
<p>Sekundarni (psihosocijalni faktori)</p>	<p>traumatski događaji u djetinjstvu, recentni i ozbiljni tzv.negativni životni događaji, nezaposlenost ili gubitak posla, socijalna izolacija, slab obiteljski i socijalni suport, pušenje</p>
<p>Tercijarni (demografski faktori)</p>	<p>muški spol, bijela rasa, adolescentna i mlađa dob kod muškaraca, starija dob kod oba spola, dijelovi godine (proljeće, osobito mjesec svibanj), premenstrualni period kod žena</p>



U tablici 2, navedene su komponente bitne za procjenu suicidalnog rizika. Preporuke kliničarima koji procjenjuju suicidalni rizik su da idu hijerarhijski, po točkama (navedenim u tablici), kako bi se ostvarila sveobuhvatna procjena rizika suicidalnog ponašanja. Postupnim i empatijskim pristupom, kliničar može tijekom intervjua u značajnoj mjeri djelovati i terapijski, što se očituje kroz postupno smanjenje simptoma anksioznosti i depresije kod suicidalnog bolesnika te kroz uspostavu odnosa povjerenja na razini bolesnik-lijječnik.



Tablica 2. Faktori procjene suicidalnog rizika

I.	Predispozicija za suicidalno ponašanje
	Postojanje psihijatrijskog poremećaja (rizik viši u slučaju komorbiditeta ili kronificiranja poremećaja)
	Prethodna anamneza suicidalnog ponašanja (rizik viši ukoliko postoje suicidalni pokušaji visokog letaliteta)
	Nedavni otpust s bolničkog liječenja
	Istospolna seksualna orijentacija
	Muški spol
	Pozitivna anamneza za ovisnosti
II.	Odrediti precipitirajuće faktore ili stresore
	Značajni gubici - financijski gubici, prekid ili promjena u interpersonalnim odnosima, kriza identiteta
	Akutni ili kronični zdravstveni problemi
	Nestabilnost u vezi s bliskim osobama
III.	Klinički simptomi
	Depresivni simptomi (anhedonija, pad samopouzdanja, tuga, poremećaj sna)
	Bipolarni simptomi (kod BAP-a, viši rizik u ranijoj fazi bolesti)
	Anksiozni simptomi (viši rizik ukoliko je naglašena anksioznost obilježje osobnosti)
	Psihotični simptomi (kod shizofrenije, viši rizik nakon aktivne faze bolesti)
	Granični simptomi (osobito simptomi graničnog i antisocijalnog poremećaja osobnosti)
IV.	Prisutnost beznađa
	Procijeniti ozbiljnost i trajanje beznađa
V.	Priroda suicidalnih misli



	Učestalost, intenzitet i trajanje suicidalnih misli; postojanje suicidalnog plana (rizik viši ukoliko je plan specifičan); dostupnost sredstava za pokušaj suicida i njihov letalitet; uvid u aktivno suicidalno ponašanje i eksplicitne suicidalne namjere
VI.	Prethodno suicidalno ponašanje
	Učestalost i kontekst prethodnog suicidalnog ponašanja kao i stupanj letaliteta te ishod prethodnih pokušaja
	Mogućnost pomoći i samopomoći
VII.	Impulzivnost i samokontrola
	Subjektivni osjećaj samokontrole
	Objektivna kontrola nad ponašanjem (ovisnosti, impulzivno ponašanje, agresivnost)
VIII.	Protektivni faktori
	Socijalna podrška, vještine razrješenja problema, postojanje aktivnog liječenja, prisutnost djece u obitelji, trudnoća, religiozna uvjerenja, zadovoljstvo životom, stupanj testiranja realiteta, strah od socijalnog neprihvatanja, strah od suicida ili smrti



Psihijatrijski poremećaji i suicidalnost

Psihijatrijski poremećaji sami po sebi nisu uzrok suicida, no preko 90% od ukupnog broja suicida događa se kod osoba koje u periodu pred suicid zadovoljavaju kriterije za dijagnozu nekog od psihijatrijskih poremećaja. Većina psihijatrijskih bolesnika koji izvrše suicid, učine to u periodu van bolničkog liječenja. Najčešće je to u prvih par tjedana po otpustu iz bolnice što naglašava koliko je bitna pojačana skrb cjelokupne zajednice za osobe koje iziđu s psihijatrijskog liječenja. Od ukupnog broja suicida shizofrenih bolesnika, oko 15% ih otpada na period tijekom liječenja u bolnici. Mnogi od tih suicida se ne događaju na samom bolničkom odjelu, već se događaju tijekom izlaska bolesnika u krug bolnice, u okolinu bolnice, na rijeci, u prometu (bacanje pod vlak). Dio suicida hospitaliziranih bolesnika događa se tijekom vikend izlazaka koji bolesnici provode kod kuće.

Rizik za suicid je veći kod osobe koje žive same i nemaju potporu obitelji. Psihijatrijski poremećaji koji nose najviši rizik za izvršeni suicid jesu bipolarni afektivni poremećaj (rizik u rasponu 15-18%), alkoholizam i depresija (kod ova dva poremećaja, rizik da će osoba završiti život suicidom je između 10 i 15%, podaci se razlikuju ovisno o studiji). Zatim slijede shizofrenija (5%), poremećaji ličnosti (osobito podtip B, gdje spadaju antisocijalni, granični, histrionični i narcistični por. ličnosti) i ovisnosti (rizik suicida je 5-10%). Ovisnosti o alkoholu i drogama mogu biti značajni suicidogeni faktori, tako što smanjuju inhibiciju i anksioznost pa osoba stječe «snagu» da počini suicid. U novije vrijeme sve je više radova koji govore o riziku suicida kod ranije manje spominjanih poremećaja kao što su anksiozni poremećaji, a među njima PTSP i panični poremećaj kao i kod poremećaja hranjenja.

Tjelesne bolesti i suicidalnost

Povezanost tjelesnih bolesti i suicidalnog ponašanja vrlo je kompleksna. Postmortem studije pokazuju kako kod 25-75% žrtava suicida postoji neka tjelesna bolest, a smatra se kako je ona značajan suicidogeni rizični čimbenik kod 11-51% žrtava suicida. Za oba slučaja, postoci su viši ukoliko je prisutna starija dob. Uglavnom se radi o tjelesnim



bolestima koje zahvaćaju mozak, tako da bolesti središnjeg živčanog sustava (SŽS) spadaju među najčešće rizične čimbenike suicida. Vrlo često, na tjelesne bolesti, nadovezuje se velika depresivna epizoda pa je to temelj suicidalnog ponašanja. S druge strane, u teškoj tjelesnoj bolesti, izlazi na vidjelo i to kako se pojedina ličnost nosi s problemom patnje i neadekvatnosti pa su pojedine osobe koje imaju negativno programirani životni obrazac i negativno gledanje na životne vrijednosti, sklone suicidalnom ponašanju.

Razvoj tjelesne bolesti, često rezultira promjenama u individualnom doživljavanju sebe, svoje obitelji, prijatelja, društva i posla. Kod osoba osjetljivije strukture, takve promjene su često prejake te rezultiraju suicidalnim promišljanjima s ciljem smanjivanja rastuće napetosti koja osobu vitalno opterećuje.

Kod muškaraca koji boluju od karcinoma, a počine suicid, polovica ih učini to unutar godine dana od postavljanja dijagnoze. Kod žena koje imaju karcinom, a počine suicid, 70% ih ima karcinom dojke ili neki od ginekološki karcinoma. Za sedam bolesti i stanja koje izravno ili neizravno pogađaju središnji živčani sustav (SŽS) se smatra kako imaju povećan rizik suicidalnog ponašanja: epilepsija, multipla skleroza, ozljede i bolesti glave (uključujući moždani udar), kardiovaskularne bolesti (s komplikacijama u SŽS), Huntingtonova bolest, demencija i AIDS (s komplikacijama u SŽS). Od endokrinoloških poremećaja, za četiri je dokazan povećan rizik suicida: Cushingova bolest, anorexia nervosa (kao endokrinološka, ali i psihijatrijska bolest), Klinefelterov sindrom i porfirija. Za dvije bolesti probavnog sustava – ulkus (vrijed) i ciroza, koje su često posljedica ovisnosti o alkoholu, se smatra kako imaju povišen rizik od suicida.

Također postoji povećan rizik suicida kod Chronove bolesti i ulceroznog kolitisa. Od urogenitalnih problema izdvajaju se dva kod kojih postoji povećan rizik suicida, to su bolesti prostate i hemodijaliza. Čest pratilac svih ovih bolesti jesu poremećaji raspoloženja, posebno depresivni poremećaji. Većina pacijenata s kroničnim tjelesnim bolestima nema suicidalne misli. Manji broj onih koji imaju suicidalne misli i pokazuju suicidalno ponašanje ili čak imaju pokušaj suicida, zapravo imaju rizične faktore (koji mogu biti na vrijeme prepoznati, ali često nisu!) za suicidalno ponašanje. Ti faktori uključuju od



ranije prisutnu psihopatologiju, slabu sposobnost za nošenje sa psihičkim i emocionalnim stresom te izostanak adekvatne podrške od strane obitelji i socijalne zajednice. Ostali rizični čimbenici povezani su s nepovoljnim crtama temeljne bolesti. To se odnosi i na promijenjeni psihički status zbog sekundarnog nastanka depresije, anksioznosti ili psihotičnih simptoma, zatim promijenjeno stanje svijesti koje nastaje zbog bolesti (npr. delirij) ili primjene lijekova, tjelesno i psihičko propadanje, problem boli, socijalna izolacija i vanjski stresovi (npr. financijski problemi). Osoba koja se teško nosi s tjelesnom bolešću, obično s psihičke strane prvo pokazuje znakove i simptome depresije ili distimije prije nego što razvije znakove suicidalnog ponašanja

Suicidi i životna dob

U usporedbi s ostalim dobnim skupinama, osobe starije od 65 godina, imaju najviši rizik izvršenja suicida. Pod povećanim rizikom su muškarci stariji od 75 godina, koji su udovci i imaju simptome depresivnog poremećaja i ovisnosti o alkoholu (alkoholizam). Ispitivanja pokazuju kako 70% žrtava suicida starije dobi ima ozbiljnu sliku depresije u tjednima prije izvršenja suicida. Oko 20% žrtava suicida starije dobi zadovoljava u tjednima prije suicida kriterije za ovisnost o alkoholu. Kao rizični čimbenici za depresiju i alkoholizam starijih osoba, navode se loše tjelesno zdravlje, kronične i onesposobljavajuće bolesti, naglo intelektualno propadanje, osjećaj ispraznosti vezan uz gubitak radne sposobnosti, zatim smrt supružnika te materijalne poteškoće.

Kod osjetljivijih osoba bez obiteljske i socijalne podrške, takvi gubici uvjetuju socijalno izoliranje, osjećaj bespomoćnosti, usamljenosti, demoralizacije, a posebno se izdvaja osjećaj beznađa koji prate suicidalne ideje. U mlađim dobnim skupinama, povezano s rastućim problemom ovisnosti o drogama u razvijenom svijetu, u porastu je i suicidalno ponašanje.

Zlouporaba i ovisnost o drogama često izazivaju simptome depresije i beznađa, od čega je kratak put do suicidalnog ponašanja. Pojedine droge izravno mijenjaju funkcije svijesti i rasuđivanja, tako da osoba koja ih uzima nije više kritična prema svom ponašanju, a česta



posljedica je agresivno ponašanje, prema van, ali i prema sebi – slučajevi samoubojstava kod ovisnika.

Važno je napomenuti i da postoje slučajevi takozvanih kroničnih i pasivnih suicida. Osobe sklone prekomjernom pušenju, nekontroliranoj uporabi alkohola i sredstava ovisnosti, kao i osobe sklone rizičnim sportovima i rizičnom ponašanju u prometu, također pokazuju znakove suicidalnog ponašanja. Iako su njihovi motivi često nesvjesni, ishod njihovog ponašanja je ugrožavajući po njihovo mentalno zdravlje i dugoročnim, nezdravim obrascima ponašanja one iscrpljuju svoj organizam.

Anti-suicidalni ugovor

Ne postoji stručni konsenzus da li kod procjene suicidalnog rizika treba koristiti tzv. anti-suicidalni ugovor, kada se suicidalni bolesnik potpisom na papiru pred psihijatrom koji ga liječi, obveže da će se suzdržati od suicidalnog ponašanja. Nema dovoljno znanstvenih dokaza, koji ukazuju da ovaj postupak značajno smanjuje rizik suicidalnih pokušaja. Anti-suicidalni ugovor međutim može biti značajan faktor za procjenu snage terapijskog saveza bolesnik-liječnik (American Psychiatric Association, 2003), jer ukoliko bolesnik izričito odbije prijedlog psihijatra glede anti-suicidalnog ugovora, to može biti znak njegovog gubitka vjere u terapijski savez.

Postavlja se pitanje, da li psihijatar treba staviti naglasak na anti-suicidalni ugovor ili na terapijski savez? Nedostatak anti-suicidalnog ugovora je da on ima jednu formalnu komponentu, a suicidalnost je problem koji je suštinski i ne može se razriješiti formalnim pristupom. Moguća prednost anti-suicidalnog ugovora može biti činjenica da ukoliko liječnik i bolesnik izgrade dobar terapijski savez, ovaj ugovor može biti još jedan faktor za jačanje terapijskog saveza.



Kategorije suicidalnog rizika

Bryan i Rudd (navedeno u knjizi „Suicidologija“), navode četiri kategorije suicidalnog rizika.

- Bazični rizik. Odsutnost akutne suicidalnosti, nema značajnih stresora i naglašenih simptoma. Ova kategorija, prikladna za osobe s jednim suicidalnim pokušajem i suicidalnim promišljanjima u anamnezi.
- Akutni rizik. Prisutnost akutnih suicidalnih promišljanja, postoje značajni stresori i/ili naglašeni simptomi. Ova kategorija, prikladna za osobe s jednim suicidalnim pokušajem i suicidalnim promišljanjima u anamnezi.
- Kronično visoki rizik. Rizik kod osoba s višestrukim pokušajima u anamnezi, ne postoje akutna suicidalna promišljanja, bez značajnih stresora i naglašenih simptoma.
- Kronično visoki rizik uz akutno pogoršanje. Postoji akutni rizik kod osoba s višestrukim pokušajima u anamnezi, prisutnost akutnih suicidalnih promišljanja, značajnih stresora i naglašenih simptoma.

Najčešće zabluda i mitovi o suicidalnosti u općoj populaciji

U narodu se obično drugačije promatraju ponašanja osobe sklone suicidu, uz dosta zabluda (netočnih pretpostavki o problemu suicida). Protiv zabluda se medicinski djelatnici i svi uključeni u zaštitu mentalnog zdravlja, trebaju aktivno boriti i širenjem istinitih informacija utjecati na smanjenje suicidalnog ponašanje i poboljšanje mentalnog zdravlja.

Ovdje navodimo neke konkretne primjere zabluda o suicidalnom ponašanju:

- Ljudi koji govore o samoubojstvu ne bi ga počinili,
- Samoubojstvo se najčešće događa bez upozorenja,
- Ljudi skloni suicidu potpuno su odlučni u svojoj namjeri da umru,
- Kada počne da misli o samoubojstvu, osoba stalno misli o tome,
- Poboljšanje stanja, nakon suicidalne krize, znaci da je rizik od suicida završen,



- Samoubojstvo se javlja daleko češće kod bogatih,
- Samoubojstvo se javlja gotovo isključivo među siromašnima,
- Sve osobe koje razmišljaju o samoubojstvu mentalno su poremećene.

Utjecaj medija na suicidalno ponašanje kod psihijatrijskih bolesnika

Fenomen imitacijskih mehanizama suicidalnog ponašanja ili Wertherov efekt, dobio je ime po glavnom liku Goetheove novele «Patnje mladog Werthera», koja je objavljena 1774.godine. Glavni lik novele izvršio je suicid, potaknut nesretnom ljubavi, a kratko nakon što je djelo objavljeno pojavilo se više suicida koji su bili potaknuti identifikacijom s likom iz novele. Jedan od primjera Wertherovog efekta u novijoj povijesti bio je suicid rock zvijezde, Curta Cobbaina, (1994.godine, u američkom gradu Seattle), koji je potaknuo čitav niz suicidalnih i parasuicidalnih ponašanja mlađe populacije u SAD-u, a u psihijatrijskoj literaturi se navodi kao prototip imitacijskih mehanizama suicidalnog ponašanja.

U vrijeme interneta i globalizacije, iznimno je važno kako mediji prenose poruku o nečijem suicidu. Jedan pozitivan primjer suradnje psihijatrijske struke i medija objavljen je od strane austrijskih autora. Naime, nakon uvođenja podzemne željeznice u Beču 1978.g., to je postalo učestalo mjesto za izvršenje suicida tako da je niz godina broj izvršenih suicida na tom mjestu bio u porastu. Mediji su o tim suicidima izvještavali na dosta dramatičan način, tako da je austrijsko udruženje za prevenciju suicida odlučilo donijeti smjernice za izvještavanje o suicidima putem medija.

Nakon što su u medijima prihvatili stručne smjernice, došlo je do promjene u načinu



izvještavanja o suicidima i posljedično do značajnog pada broja suicida u podzemnoj željeznici.

U Hrvatskoj postoje „Preporuke medijima vezano uz napise o suicidima“, koje, na žalost, u dosta primjera od strane novinara nisu korištene na optimalan način. Austrijski autori (Sonneck i sur., a navedeno u knjizi „Suicidologija“), u kampanji za medije koristili su više hipoteza. Kod medijskih napisa o suicidima bitno je smanjiti potencijalne suicidogene efekte koji mogu biti detaljni opis metode suicida, kontradiktorni napisi («imao je sve što život može dati»), romantiziranje suicidalnih motiva («sada su zauvijek zajedno») i pojednostavljivanje uzroka suicida koji je kompleksni, tragični fenomen («ubio se zbog loše vijesti»).

Wertherov efekt kod medijskih napisa o suicidima će biti veći ukoliko se naslovi pišu velikim slovima, riječ suicid koristi na naslovnici novina, ukoliko se objavljuju fotografije osoba koje su izvršile suicid te ukoliko se žrtvu suicida opisuje u kontekstu herojstva. Mediji mogu i pozitivno utjecati na populaciju, u smislu prevencije suicidalnog ponašanja, ukoliko objavljuju i izvještaje o kriznim situacijama koje su uspješno razriješene i nisu rezultirale suicidalnim ponašanjem kao i kada daju korisne savjete o tome što da osoba učini ako u blizini ima suicidalnu osobu (ponuditi oblike pomoći i telefone stručnih službi).

Stack je objavio da pisanje o suicidima realnih osoba, nosi 4 puta veću vjerojatnost Wertherovog efekta nego pisanje o suicidima bez spominjanja konkretnih osoba kao žrtava suicida (primjer je emitiranje 4 televizijska filma o suicidima adolescenata 1984.godine, koji nisu prema istraživanju imali negativan, Wertherov efekt na mlade).



Očito je da se vulnerabilne osobe puno lakše identificiraju sa stvarnim osobama, nego s junacima filmova i serija.

Oblici prevencije suicidalnog ponašanja

Suicid predstavlja veliki javnozdravstveni problem u cijelom svijetu te je prevencija i smanjenje učestalosti suicida jedan od prioriteta poboljšanja zdravstvenog sustava u velikom broju zemalja. Strategije prevencije suicidalnog ponašanja trebale bi obuhvatiti brojne rizične čimbenike.

Postoje tri razine prevencije suicida:

- **Primarna prevencija** – uključuje aktivnosti kojima je cilj spriječiti i smanjiti pojavnost suicida. Uključuje aktivnosti na širem društvenom planu, pomoću kojih se mijenja način razmišljanja i pristupa problemima ponašanja. Provode je polivalentni timovi stručnjaka različitih profila: suicidolozi, psihijatri, psiholozi, kriminolozi, defektolozi, pedagozi, sociolozi itd., a usmjerena je na društvenu zajednicu s ciljem da preduhitri, otkloni uzroke i motive te onemogući pojavu suicida.
- **Sekundarna prevencija** – uključuje aktivnosti usmjerene na ranu i učinkovitu dijagnostiku i rješavanje problema. Takvom vrstom prevencije obuhvaćene su osobe koje su već suicidalno ugrožene, iskazuju suicidalne misli i tendencije. Provodi se u specijaliziranim centrima u kojima rade liječnici i drugi terapeuti. Pri zdravstvenim ustanovama postoje odjeli za hitne intervencije, na kojima se ugroženima pruža prva pomoć, a potom ih se ukoliko je potrebno, upućuje na odgovarajuće odjele za liječenje i rehabilitaciju. Da bi se navedene aktivnosti mogle provesti, potrebno je sudjelovanje dobro educiranih profesionalaca te dobro informiranog društva i obitelji, sa svrhom ranog prepoznavanja suicidalnosti i poduzimanja aktivnosti s ciljem sprečavanja suicida, mijenjanja načina funkcioniranja i razvijanja pozitivnog životnog stila;
- **Tercijarna prevencija** – obuhvaća mjera nakon pokušaja suicida, u smislu



stručnog praćenja osoba pod rizikom, s ciljem sprečavanja recidiva, poboljšanja psihičkog stanja te uklanjanja povoda i motiva koji su prouzročili prethodni pokušaj.

S obzirom na složenost i raznovrsne aspekte suicidalnog ponašanja, tretman suicidalnih bolesnika je kompleksan i višeznačno uvjetovan. Osobe sklone suicidalnom ponašanju zahtijevaju individualan tretman baziran na posebnostima, a temelj uspješnog tretmana je usklađenost psihofarmakoterapije, psihoterapije (individualna, grupna, obiteljska terapija) i socio-terapije.

Pristupi u prevenciji suicida

Izdvajaju se dva pristupa prevenciji suicida i suicidalnog ponašanja:

- 1) strategija probira pojedinaca i grupa pod visokim rizikom i
- 2) populacijska strategija.

1) Strategija probira visokorizičnih pojedinaca i grupa, usmjerava preventivne mjere i akcije na ljude koji boluju od duševne bolesti, imaju u anamnezi epizode samoozlijeđivanja ili osobe koje su zaposlene u rizičnim zanimanjima. Dakle, koriste se informacije o demografskim i kliničkim čimbenicima, za koje je potvrđeno da nose rizik od suicida. Jedna od jasnih prednosti ove strategije je usmjeravanje sredstava na osobe kojima su ona najpotrebnija (npr. duševne bolesnike). Međutim, većina rizičnih čimbenika ima malu prediktivnu vrijednost. Usmjeravanje isključivo na osobe koje su „visokorizične“, može značiti nepravedno zanemarivanje i previđanje pojedinaca, koji su pod „niskim rizikom“. Istraživanje Applebyja, Shawa i suradnika iz 1999. godine donosi interesantan podatak, da su duševni bolesnici koji su počinili suicid, prethodno bili procijenjeni od strane zdravstvenih djelatnika kao nisko rizični.

2) Strategija prevencije usmjerena na cijelu populaciju, često se bavi socijalnim čimbenicima vezanim uz suicid, kao što je na primjer konzumacija alkohola. Ovdje i mali



rezultati u cijeloj populaciji mogu imati veliki utjecaj na smanjenje stope suicida. Ipak, problem je u tome što nije jednostavno utjecati i promijeniti većinu socijalnih čimbenika rizika.

Tablica 3, pokazuje strategije za prevenciju suicida, prema Rihmeru i sur. (navedeno u knjizi „Suicidologija“), gdje se pristupa dvojako, uz strategije usmjerene prema bolesniku i strategije usmjerene prema javnosti.

Tablica 3. Strategije za prevenciju suicida (prema Rihmeru i sur., 2002)

Kompetencije i odgovornost

1. Strategije usmjerene prema bolesniku

- a) uklanjanje akutne suicidalne opasnosti (hospitalizacija, sedacija, anksioliza, krizne intervencije)
- b) poboljšanje dijagnoze i tretmana psihijatrijskih poremećaja
 - edukacija zdravstvenih djelatnika, bolesnika i njihovih obitelji
 - adekvatan akutni i profilaktičkih tretman (psihofarmakoterapija, psihoterapija)
- c) za osobe s visokim suicidalnim rizikom, praćenje nakon otpusta iz bolnice
- d) krizni telefoni

2. Strategije usmjerene prema javnosti (važnost edukacije putem medija)

- a) smanjenje negativnih stavova prema psihijatrijskim poremećajima i problemu suicida
 - b) edukacija javnosti vezano uz:
 - simptome i terapijske mogućnosti kod raznih psihijatrijskih poremećaja
 - rizične faktore za suicid, visoko-rizične skupine
 - c) druge terapijske mogućnosti
-



Literatura.

- **“Suicidologija”** - udžbenik Sveučilišta u Zagrebu, urednik: Darko Marčinko, Medicinska naklada, 2011.
- **“NARCISTIČNI POREMEĆAJ LIČNOSTI I NJEGOVA DIJAGNOSTIČKA OPRAVDANOST – DOPRINOS MEĐUNARODNOJ RASPRAVI”**, urednici Darko Marčinko i Vlasta Rudan, Medicinska naklada, 2013.
- **“Poremećaji hranjenja: od razumijevanja do liječenja”**, urednik: Darko Marčinko, Medicinska naklada, 2013.
- **“Žalovanje”**, urednici Vlasta Rudan i Darko Marčinko, Medicinska naklada, 2014.
- **“Od nasilja do dijaloga”**, urednici Vlasta Rudan i Darko Marčinko, Medicinska naklada, 2014.
- **“Poremećaji ličnosti: stvarni ljudi, stvarni problemi”**, urednici: Darko Marčinko, Miro Jakovljević i Vlasta Rudan. Medicinska naklada, 2015.
- **„Krizna stanja“**, autor: Jakovljević M. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1986.