

Suicidalnost u psihijatrijskim poremećajima

Suicide in Psychiatry Disorders

PETRANA BREČIĆ

Klinika za psihijatriju „Vrapče“, Zagreb

SAŽETAK Suicid je važan psihopatološki entitet i jedna od najzahtjevnijih kliničkih situacija. On je i velik javnozdravstveni problem, kao i sociopatološki entitet. Naime, suicid je među deset najčešćih uzroka smrti u većini zemalja, a u brojnim europskim zemljama njegov je broj znatno viši od broja smrti uzrokovanih prometnim nesrećama i homicidima čime dobiva epitet „tihe epidemije“. Svakih 40 sekunda netko u svijetu počinu suicid, što na godišnjoj razini čini oko 800.000 smrti. Jedno od osnovnih pitanja vezanih uz suicid jest njegova priroda, etiologija, pa i definicija o čemu je, dijelom, ovisna i psihijatrijska intervencija. Naime, postavlja se pitanje je li suicid bolest *sui generis* ili je simptom, komplikacija ili modifikacija nekih duševnih poremećaja i bolesti. Suicidalno je ponašanje složeno ponašanje koje uključuje, u dimenzionalnom spektru, čitav niz autodestruktivnih ponašanja koja bi trebala biti motivirana jasnom i osviještenom nakanom. Ipak, takva definicija nije primjenjiva za sve oblike suicidalnog ponašanja. Suicid najčešće nije potpuno predvidljiv; literatura navodi da samo trećina osoba koje imaju suicidalne ideacije i ponašanje o tome slobodno govori. Nema nijednog čimbenika rizika koji ima apsolutnu predikciju ili čimbenika koji uvijek, u linearnom kauzalitetu, uzrokuje suicidalno ponašanje. Stoga kažemo da je suicid vrlo složeno ponašanje multifaktorske etiologije. Na razini današnjih znanstvenih spoznaja faktori rizika nemaju veliko značenje ako se sagledavaju samo pojedinačno, već se etiologija suicidalnosti promatra kroz prizmu eksplanatornih modela u kojima se razni faktori rizika stavljaju u odnos i promatraju u funkciji vremena. Procjena suicidalnosti u pojedinim psihičkim poremećajima, a kao obvezatni dio kliničkog intervjua sagledava se upravo kroz eksplanatorne modele.

KLJUČNE RIJEČI: suicid, modeli suicidalnosti, psihijatrijski poremećaji

SUMMARY Suicide is an important psychopathological entity and one of the most demanding clinical situations. It also represents a major public health issue since it is one of the leading ten causes of death in a majority of countries. Number of deaths caused by suicide is higher than those caused by traffic accidents and homicide. This is why death by suicide is sometimes called „the silent epidemy“. Every 40 seconds one suicide is committed worldwide and 800.000 people die by suicide annually. One of the key questions around suicide is its nature, etiology and even definition which, at least partially, define psychiatric intervention. A question is raised whether suicide is a disorder in and of itself or a symptom, complication or modification of some mental disorder. Suicidal behavior is complex and includes, in dimensional spectrum, a broad range of self-destructive behavior which should be motivated by clear and conscious intent. Such definition is not applicable for all forms of suicidal behavior. Suicide is not usually predictable; only one third of people with suicidal ideation speak freely about them. Until now, there are no specific predictors which always, in linear causality, lead to suicidal behavior. Due to that, suicide is a very complicated multifactorial etiology. At the level of today's scientific knowledge, risk factors do not carry a great importance when looked at separately but etiology of suicide should be observed through the prism of explanatory models in which various risk factors are put into relationship and observed over a period of time. The assessment of suicidal ideation in some mental disorders as a compulsory part of a clinical interview is viewed precisely through exploratory models.

KEY WORDS: suicide, models of suicide, psychiatric disorders

Uvod

Suicid je važan psihopatološki entitet koji je jedna od najzahtjevnijih kliničkih situacija s kojom se psihijatri suočavaju u svakodnevnom radu. On je također kompleksni javnozdravstveni problem globalnih dimenzija (1). Naime, gotovo milijun ljudi na godinu počinu suicid, čime se suicid svrstava među deset najčešćih uzroka smrti u većini zemalja – u brojnim europskim zemljama njegov je broj znatno veći od broja smrti uzrokovanih prometnim nesrećama i homicidima (2 – 5). Unatoč veličini ovoga javnozdravstvenog problema, čini se da je senzibiliziranost društva nedostatna, zbog čega problematika suicida poprima obilježja „tihe epidemije“. Stoga je Svjetska zdravstvena

organizacija (WHO) proglasila „globalnim imperativom“ potrebu redukcije smrti uzrokovane suicidom i time ne samo naglasila veličinu problema nego u središte stavila temu koja je stoljećima bila krajnje tabuizirana i stigmatizirana.

Definicija

Jedno od osnovnih pitanja vezanih uz suicid jest njegova priroda, etiologija, pa i definicija o čemu je, dijelom, ovisna i psihijatrijska intervencija. Naime, postavlja se pitanje je li suicid bolest *sui generis* ili je simptom, komplikacija ili modifikacija nekih duševnih poremećaja i bolesti. Suvremene klasifikacije MKB-10 i DSM-5 ne specificiraju dijagnostičke

TABLICA 1. Terminologija i definicija suicidalnog ponašanja

Suicid	Fatalno samoozljeđujuće ponašanje s dokazanom namjerom
Pokušaj suicida	Potencijalno samoozljeđujuće ponašanje povezano s barem nekom mogućnosti namjere Katkad osobe navode da im nije bila nakana ubiti se, nego pobjeći od neke teške situacije, svratiti pozornost na sebe ili manifestirati zlovolju i hostilnost. Ipak, mnogi će navesti da znaju kako njihovo ponašanje može dovesti do smrti.
Suicidalne ideacije – aktivne	Misli o poduzimanju akcije za prekid života uključujući misli o metodi, postojanju plana i nakane za izvršenjem
Suicidalne ideacije – pasivne	Misli o smrti i umiranju; želja za smrću bez poduzimanja akcija. Npr., želja da osobe nema, da se ujutro ne probudi, da oboli od teške bolesti, da doživi neku fatalnu nesreću i sl.
Nesuicidalno samoozljeđivanje	Samoozljeđivanje bez namjere za prekid života. Razlika prema suicidalnom pokušaju jest u motivaciji, obiteljskom nasljeđu, godinama starosti, psihopatologiji i funkcionalnim oštećenjima. Najčešće se radi o paljenju kože, rezanju, ubadanju. Glavna motivacija jest pokušaj postizanja olakšanja distresa, pokušaj da se „nešto osjeti“, samokažnjavanje, zadobivanje pažnje ili pokušaj izbjegavanja neugodne situacije
Pripreme radnje nasuprot neposrednom suicidalnom ponašanju	Poduzimanje akcija pripreme za samoozljeđivanje, ali su suicidalne radnje prekinute samoinicijativno ili zaustavljene od drugih
Namjerno samoozljeđivanje	Bilo koja vrsta samoozljeđivajućeg ponašanja uključujući suicidalni pokušaj i nesuicidalni pokušaj. Kombinacija suicidalnog i nesuicidalnoga samoozljeđujućeg ponašanja upućuje na njihov visoki komorbiditet, dijeljenje dijateze, kao i činjenicu da je nesuicidalno samoozljeđivanje jak prediktor eventualnih suicidalnih pokušaja.

Modificirano prema 1.

kriterije za suicid kao zasebnu dijagnostičku kategoriju, nego suicidalna promišljanja, ponašanja i postupke označuju kao modifikatore ili komplikacije određenih duševnih poremećaja (3, 5, 6). S kliničkog aspekta gledajući, još je i danas aktualna Durkheimova definicija prema kojoj je termin suicid primjenjiv za sve smrti uzrokovane direktnim, pozitivnim ili negativnim djelovanjem žrtve koja je posve svjesna ishoda svojeg djelovanja (7). Dakle, svjesna nakana diferencira suicidalno od nesuicidalnog ponašanja. Nedostatak Durkheimove definicije i njezinih brojnih varijacija jest ponajviše isticanje potrebe da je osoba potpuno svjesna svojeg cilja. Danas, kada iz kliničke prakse znamo da su mnogi suicidalni pokušaji i ponašanja ovisni o podsvjesnome, jasno je da se pred nama nalazi čitav kontinuum samodestruktivnih, prikrivenih ljudskih postupaka za koje ne možemo tvrditi da su planski i svjesno usmjereni k uništenju iako u svojoj konačnici takva ponašanja skraćuju životni vijek (8).

U odnosu prema nomenklaturi, suicidalno se ponašanje kreće u dimenzionalnom spektru od manje do više ozbiljnih forma, od nesuicidalnih samoranjanja preko nediferenciranih ponašanja do suicidalnih ideacija (aktivnih i pasivnih) i suicidalnih ponašanja s jasnom namjerom (tablica

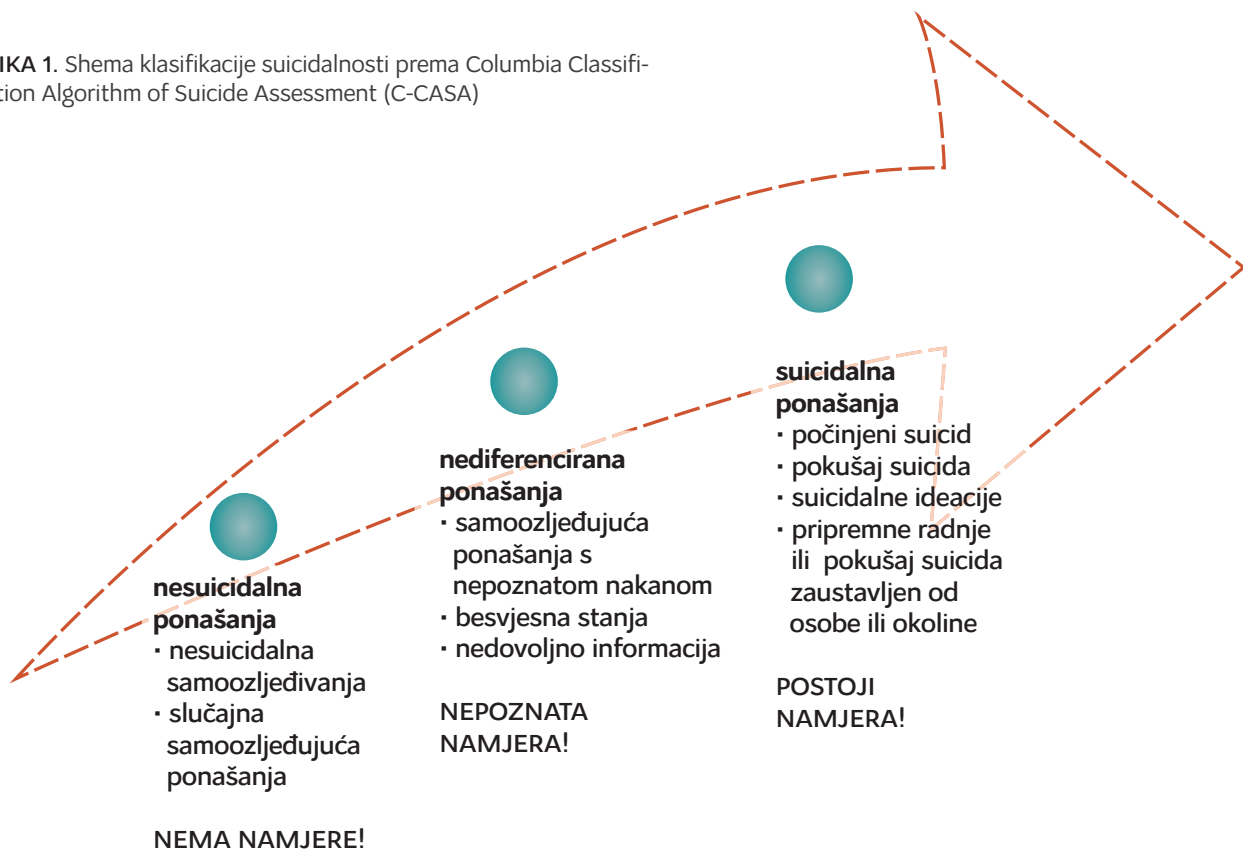
1. i slika 1.) te je toliko složeno da se pojedinim definicijama ne mogu obuhvatiti sve njegove dimenzije (1, 9).

Epidemiologija

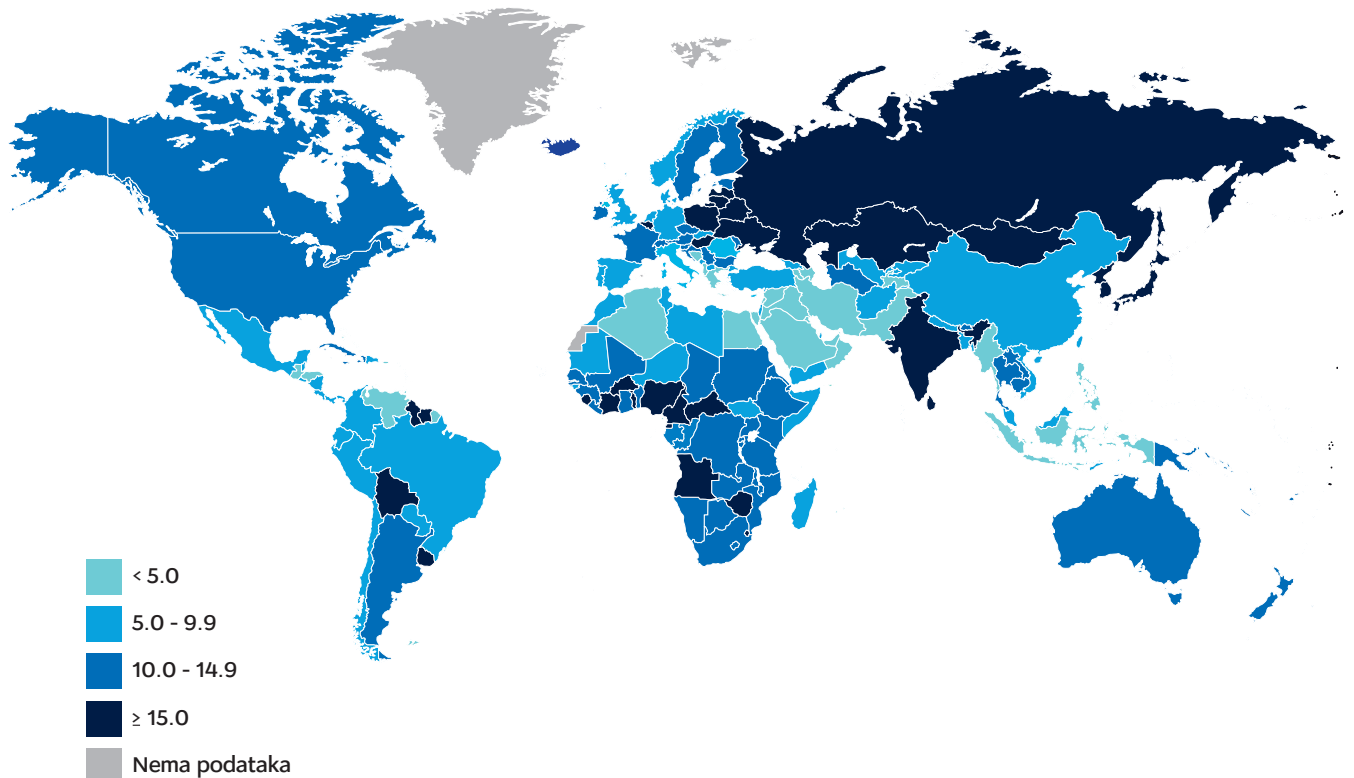
Teško se može govoriti o preciznim globalnim procjenama stopa suicidalnosti budući da samo 35% zemalja, članica Svjetske zdravstvene organizacije, ima sveobuhvatne načine registriranja i praćenja suicida (1). Ipak, procjena je da je stopa suicida na globalnoj razini 2015. g. iznosila 10,7/100.000, odnosno oko 800.000 smrti na godinu zbog počinjenja suicida. Suicid čini oko 1,4% svih smrti i time zauzima 17. mjesto uzroka smrti 2015. g. Istraživanja pokazuju da se razlike u stopama suicida bilježe i unutar iste zemlje, ovisno o raznim čimbenicima (10). Gotovo 78% suicida događa se u zemljama s niskim i srednje visokim dohotkom. Na svaki počinjeni suicid dolazi 20 i više pokušaja suicida (11).

U zemljama s visokim dohotkom sredovječni i stariji muškarci imaju najviše stope suicida, međutim, suicid je drugi vodeći uzrok smrti kod osoba od 15 do 29 godina (11). U starijih osoba stope suicidalnosti također su visoke, osobito među onima s tjelesnim poremećajima, depresijom i anksioznosti (12, 13). Spol je također bitan čimbenik u suicidalnosti

SLIKA 1. Shema klasifikacije suicidalnosti prema Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA)

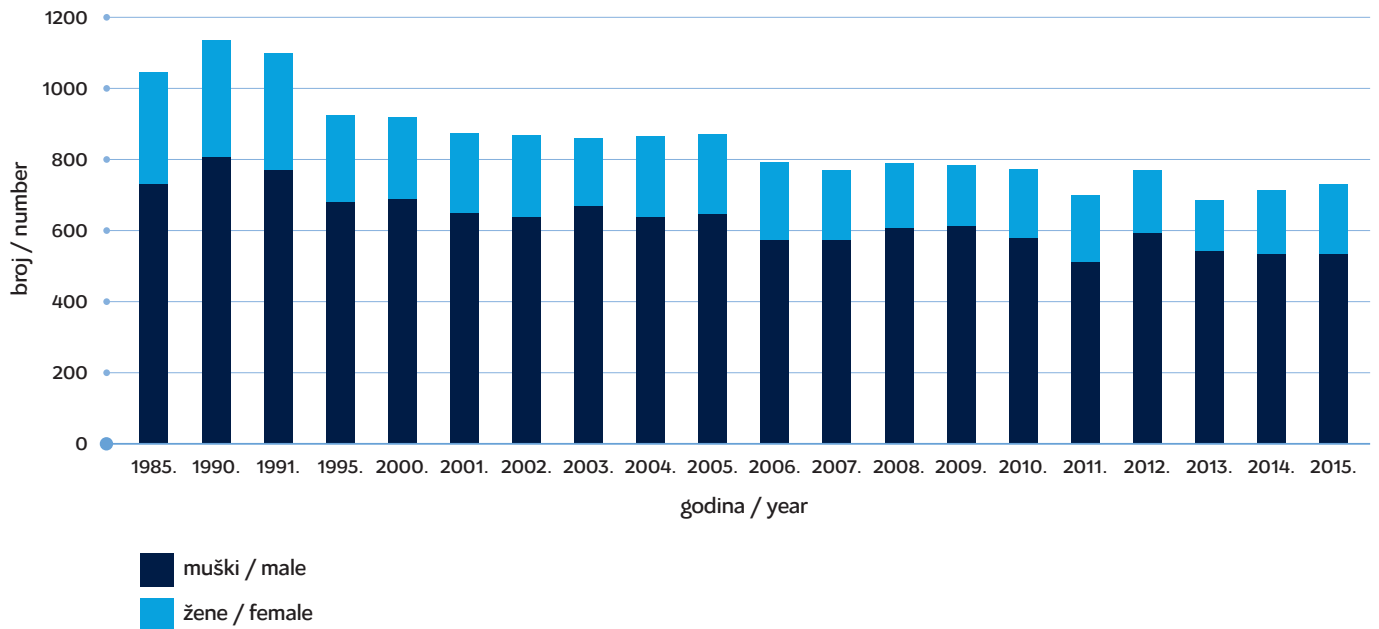


SLIKA 2. Epidemiološki podatci stopa suicida u oba spola



Izvor podataka: Svjetska zdravstvena organizacija, 2015. (11)

SLIKA 3. Suicidi u Hrvatskoj po pojedinim godinama



Izvor podataka: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/registar-izvršenih-samoubojstava-hrvatske/> (uz odobrenje autora)

s većim postotkom suicidalnih ideacija i suicidalnih pokušaja među ženama, ali s općenito višim stopama smrti uzrokovanih suicidima kod muškaraca (15/100.000 u muškaraca naspram 8/100.000 žena, globalno). Omjer suicida muškaraca i žena veći je u zemljama s visokim dohotkom naspram zemalja sa srednje niskim dohotkom (3,5 naspram 1,6) (11).

Epidemiološki podatci za Hrvatsku

Počinjani suicidi jedan su od vodećih uzroka smrti od ozljeda u Hrvatskoj. Tijekom godina bilježe se oscilacije u broju počinjenih suicida, kao i u njihovu broju prema broju stanovnika (stopa/100.000). Od 1999. godine prisutan je trend pada broja suicida. Najveći broj suicida registriran je 1987. i 1992. godine (1153 slučaja, stopa 24,1/100.000 i 1156 slučajeva, stopa 24,2/100.000). Najmanje počinjenih suicida registrirano je 1995. godine (930 slučajeva, stopa 19,4) te u razdoblju između 2000. i 2015. godine (926 slučajeva, stopa 20,9 2000. godine; 739 slučajeva, stopa 17,6/100.000 2015. godine) (slika 3.). S obzirom na spol, omjer suicida muškaraca i žena kretao se u rasponu od 2,2 do 3,7 : 1.

Dobno standardizirane stope smrtnosti zbog samoubojstava u Hrvatskoj za sve dobi, kao i za dob 0 do 64 godine, pokazuju oscilacije do 1997. godine, a od 1998. godine prisutan je kontinuirani pad stope (2014. godine stopa iznosi 14,0/100.000 za svu dob; stopa 12,3/100.000 za dob 0 – 64) (slika 4.).

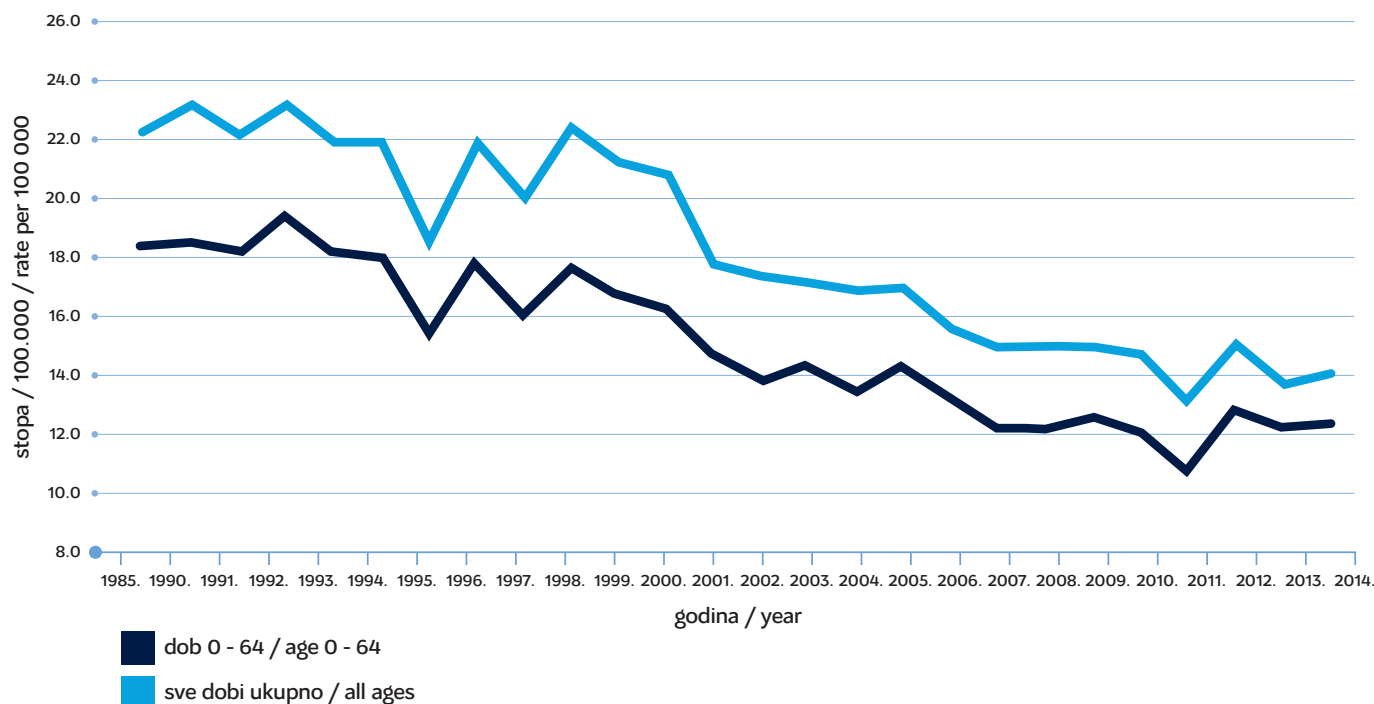
U Hrvatskoj je, kao i u mnogim zemljama, u pojedinim godinama bio zabilježen porast broja i stope počinjenih suicida u dobi od 15 do 19 godina.

U odnosu prema zemljama Europske unije, Hrvatska bilježi više stope smrtnosti zbog suicida od prosjeka stopa za zemlje EU-a članice prije svibnja 2004. te podjednake prosjeku stopa za zemlje EU-a članice od svibnja 2004. (12 –15).

Čimbenici rizika i modeli suicidalnosti

Suicid je kao psihopatološki fenomen složeno ponašanje koje se ne može objasniti samo jednim jedinim uzrokom pa zato kažemo da je multifaktorske etiologije, a čimbenici rizika mogu se podijeliti na razne načine: npr., opći i individualni, biološki, sociološki, psihološki, „proksimalni i distalni“ i dr. (16). Ipak, ne postoji linearni kauzalitet između bilo kojeg čimbenika rizika i suicidalnog ponašanja, odnosno nijedan čimbenik nema apsolutnu prediktivnu vrijednost pa se stoga suicidalnost u etiološkom pogledu pokušava objasniti međudjelovanjem navedenih rizičnih čimbenika, i to različitim eksplanatornim modelima. Od početka prošlog stoljeća predloženo je nekoliko teorija samoubojstva koje najčešće naglašavaju interakciju između predisponirajućih i precipitirajućih čimbenika (17 – 19). Samoubojstvo je etiološki heterogen fenomen, sa znatnom varijabilnošću snage i modela povezanosti faktora rizika prema spolu, dobi, kulturi, zemljopisnom položaju i osobnoj povijesti (20).

SLIKA 4. Dobno standardizirane stope smrtnosti zbog suicida u Hrvatskoj za sve dobi i za dob 0 do 64 godine 1985. godine i u razdoblju 1990. – 2014. godine



Izvor podataka: <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/registar-izvršenih-samoubojstava-hrvatske/> (uz odobrenje autora)

Stres-dijateza model suicida

Mann i sur. predložili su eksplanatorni model suicida koji uključuje predisponirajuću dijatezu kao „distalni faktor rizika“ koji u kombinaciji s „proksimalnim čimbenicima rizika“ djeluje kao precipitator i povisuje rizik od suicida (21).

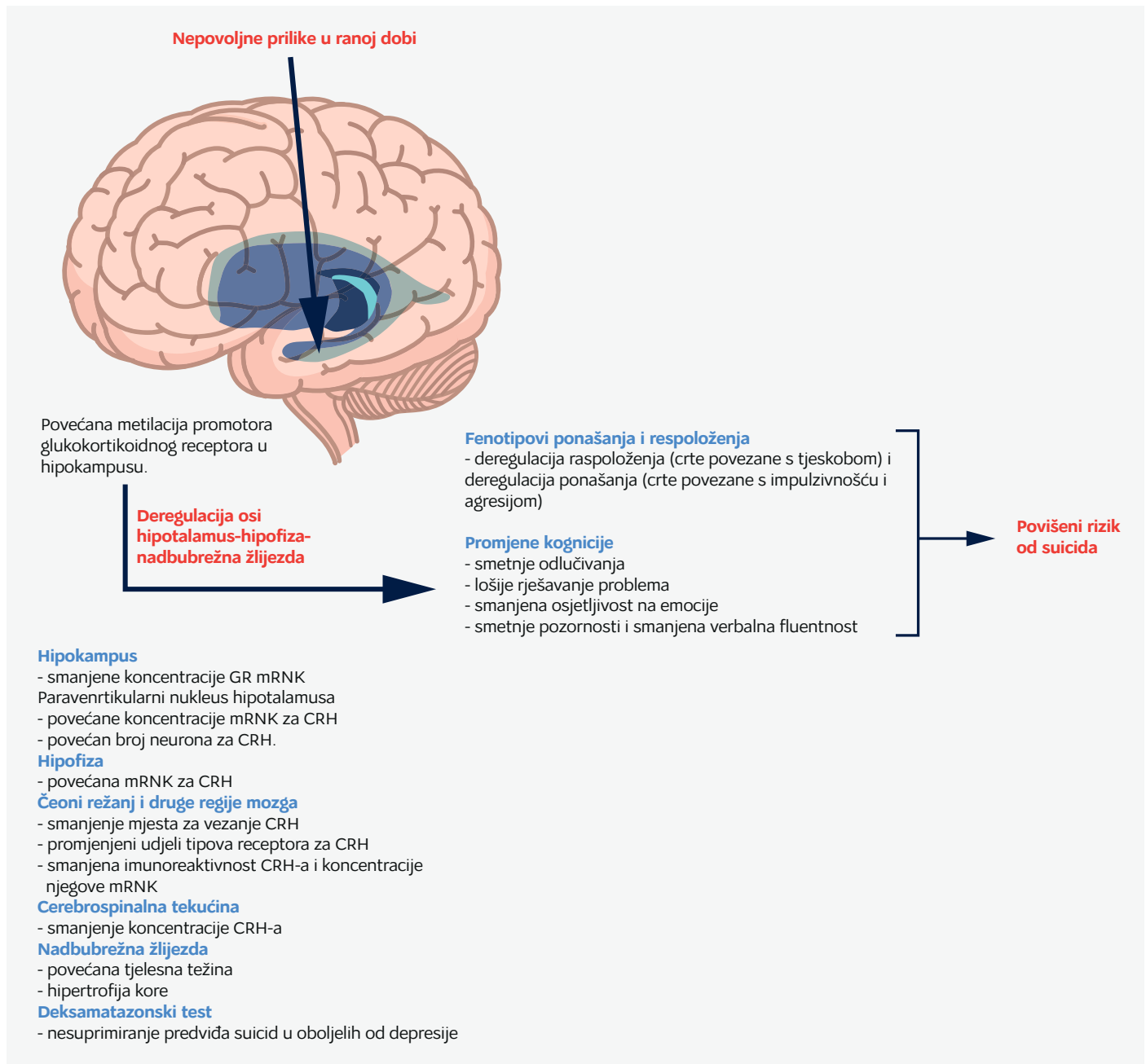
Distalni čimbenici rizika uključuju genetske, razvojne, osobne, obiteljske čimbenike kao što su traume u djetinjstvu, pozitivni obiteljski hereditet i impulzivno-agresivne osobine ličnosti (22). Posebice, uz genetsko opterećenje, naglašavaju se i rana traumatska iskustva poput roditeljskog zanemarivanja, fizičkog, seksualnog i psihičkog zlostavljanja. Takva iskustva mogu inducirati dugotrajne efekte mijenjajući epigenetskim mehanizmima gene i njihove ekspresije. To se posebice odnosi na hipotalamo-hipofizno-adrenalnu os koja regulira fiziološki odgovor na stres. U osoba koje imaju rana traumatska iskustva najčešće se bilježi hiperaktivnost HHA osi i pojačan odgovor na stres, a što je rezultat poremećaja metilacije DNK i smanjenja ekspresije hipokampalnoga glukokortikoidnog receptora. Rana traumatska iskustva također su povezana s epigenetskom modifikacijom gena koji su uključeni u regulaciju neuronalnog plasticiteta, neuronalnog rasta i neuroprotektivnih mehanizama (4, 23). Razvoj impulzivnih i agresivnih ponašanja te jake anksioznosti povezan je s ranim traumatskim iskustvima koja uzrokuju kognitivne deficite, posebice u obliku

prihvaćanja maladaptivnih obrazaca rješavanja problema i specifičnog pamćenja, a što pridonosi suicidalnosti. Naime, kognitivni učinci ranih traumatskih doživljaja u interakciji s nedovoljno razvijenim prefrontalnim kortikalnim sustavima adolescenata i mladih, povećavaju vjerojatnost prihvaćanja maladaptivnih obrazaca karakteriziranih rizičnim i impulzivnim ponašanjem (1) (slika 5.).

Proksimalni čimbenici rizika uključuju životne događaje, stres i psihijatrijske poremećaje uključujući zlouporabu alkohola i drugih psihoaktivnih tvari. Proksimalni čimbenici rizika vremenski su povezani sa suicidalnim ponašanjem i djeluju kao njihovi precipitatori. Osim prethodnog pokušaja suicida, psihopatologija je najvažniji prediktor suicida i snažno se povezuje s drugim oblicima suicidalnog ponašanja (24, 25).

Retrospektivne studije pokazuju da je oko 90% pojedinaca koji su počinili suicid imalo prepoznatljiv psihijatrijski poremećaj prije smrti (24). Iako većina pojedinaca sa psihijatrijskom bolešću ne umire zbog suicida, neke psihijatrijske bolesti snažno su povezane sa suicidalnim ponašanjem. Velika depresivna epizoda, povezana s velikim depresivnim poremećajem ili bipolarnim poremećajem, registrirana je barem u polovici smrtnih slučajeva. Među bipolarnim pacijentima mješovite se epizode najčešće povezuju s

SLIKA 5. Učinak nepovoljnih prilika u ranoj životnoj dobi



Modificirano prema 4.

pokušajima suicida, a rizik se povisuje ovisno o vremenu provedenom u mješovitoj depresivnoj epizodi (26). Rizik od počinjenja suicida najviši je u prvoj godini bolesti i povezan je s osjećajima beznadnosti. Oboljeli od shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja također su pod povišenim rizikom s glavnim kliničkim prediktorima suicida koji uključuju prisutnost depresivnih simptoma, mlađe životne dobi, muškog spola, višeg obrazovanja, pozitivnih simptoma (27, 28).

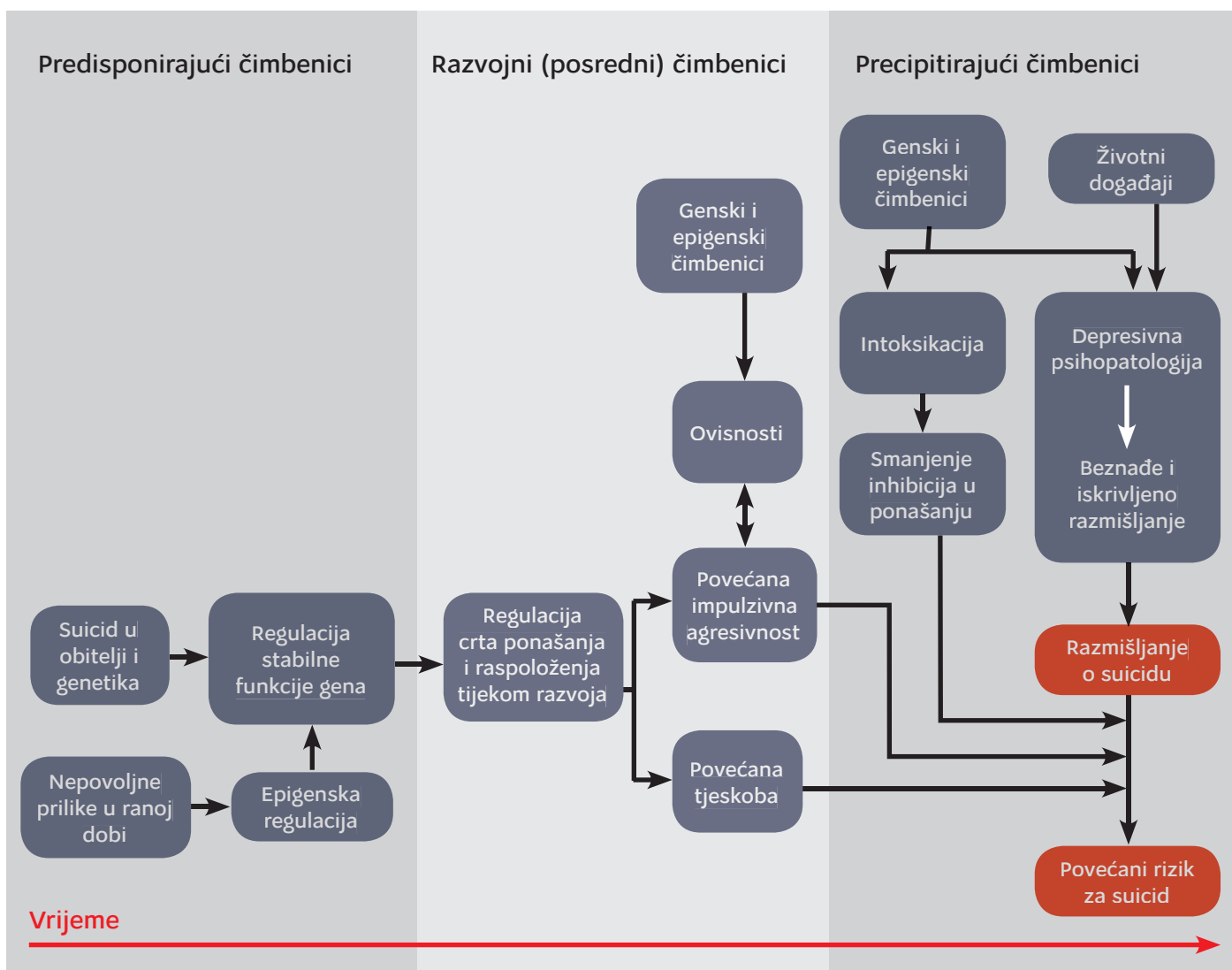
Posve je razvidno da neki faktori povisuju rizik stupajući u interakcije s postojećom psihopatologijom; bilo da se radi o komorbiditetima, bilo da se radi o anksioznosti ili upotrebi psihoaktivnih tvari.

Druge bolesti koje se povezuju s višim rizikom od suicida jesu poremećaji hranjenja i poremećaji ličnosti, osobito poremećaji ličnosti klastera B, poput graničnih i antisocijalnih, koji su obilježeni visokim razinama agresivnih i impulzivnih crta (1, 29, 30). Suicidalna stanja povezana su i s različitim molekularnim promjenama koje se mogu detektirati i na periferiji i u mozgu suicidalnih osoba. Među prvima koje su opisane bile su promjene razine serotonina u suicidalnih osoba (31).

Razvojni ili medijacijski faktori rizika _____

Distalni su čimbenici preko osobina ličnosti i kognitivnih stilova povezani sa suicidalnim ponašanjem. Iako depresija

SLIKA 6. Model suicidalnog rizika s predisponirajućim (distalnim), modulirajućim i precipitirajućim faktorima (proksimalni)



Modificirano prema 1.

i anksioznost tijekom života snažno pridonose suicidalnom ponašanju, retrospektivne i prospektivne studije pokazuju da su interpersonalni bremeniti odnosi, impulsivnost i agresivnost, poremećaji u ponašanju, antisocijalno ponašanje te upotreba psihoaktivnih tvari i alkohola važniji za suicidalno ponašanje u adolescenata i mlađe populacije, dok poremećaji raspoloženja dobivaju značenje s porastom životne dobi (32, 33). Najviši rizik od suicidalnog ponašanja tijekom života nastaje kada se poremećajima raspoloženja pridodaju i drugi poremećaji koji imaju visoku razinu anksioznosti poput paničnog poremećaja, posttraumatskoga stresnog poremećaja ili, pak, oni poremećaji koji smanjuju otpornost i fleksibilnost u adaptacijskim potencijalima poput poremećaja ponašanja, poremećaja ličnosti, upotrebe psihoaktivnih tvari (1).

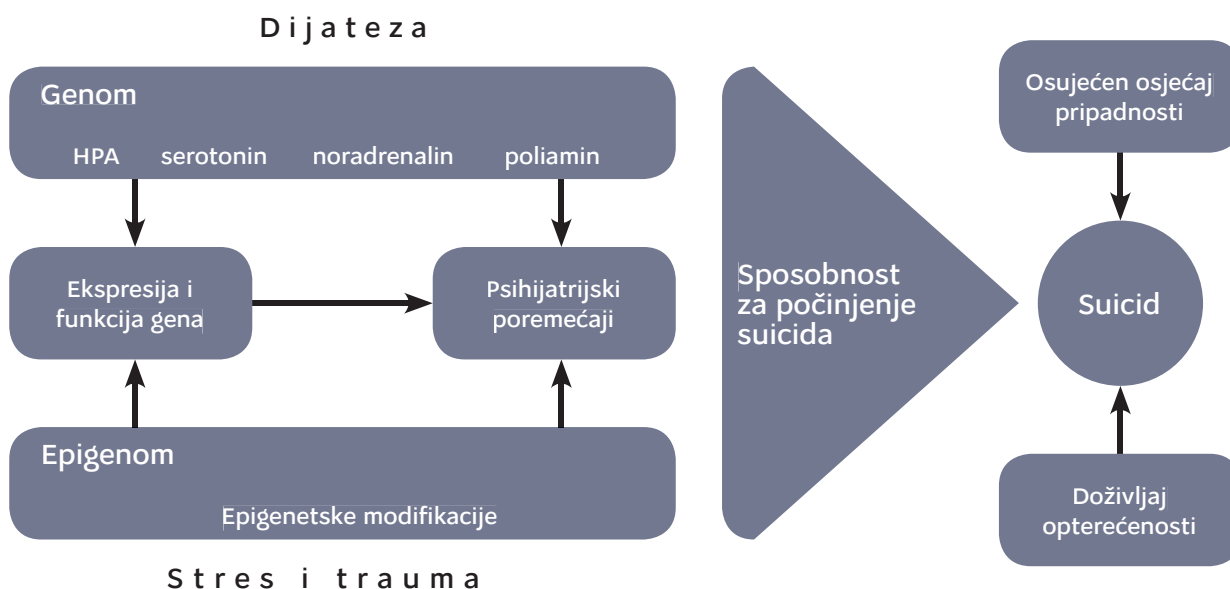
Zanimljivo je da se suicidalni pacijenti razlikuju od nesuicidalnih upravo prema distalnim faktorima rizika, dok su proksimalni čimbenici rizika uglavnom „trigeri“ (okidači)

suicidalnog ponašanja, česti u obje skupine. Mann je, dakle, predložio ovaj hipotetski prediktivni model stres-dijateze u kojem rizik od suicidalnih akcija nije rezultat samo proksimalnog stresora već i distalnoga – dijateze, vulnerabilnosti, osjetljivosti. Da bi se dosegnuo prag suicidalnog ponašanja, potrebne su obje komponente i njihovo sažimanje u određenom vremenu. Mannov model konceptualizira dijatezu kao dinamično i promjenjivo stanje, konceptualno kontinuiranog, a ne dihonomnog karaktera (1, 34, 35) (slika 6.).

Cjeloživotni model suicidalnosti i njegova neurobiološka osnova (*life span of suicide*)

Ovaj model pokušaj je kombiniranja modela Mannove stres-dijateze i Joinerove interpersonalne teorije, opisujući samoubojstvo kao sveukupnost kognitivnih i neurobioloških obilježja pojedinca. Okosnica modela *Life Span* jest na uspostavi neurobiološke zasade koja će poduprijeti postojanje tzv. *sposobnosti za suicid*, određene predisponirajućim

SLIKA 7. Cjeloživotni model suicida. Sposobnost samoubojstva prikazana je strelicom usmjerenom k suicidu, kao i dvije druge strelice koje čine osujećen osjećaj pripadnosti i doživljaj opterećenosti. Na sposobnost za počinjenje suicida utječu genetski, genski ekspresijski i epigenetski čimbenici, prikazani kao slojevi. Blizina epigenoma povezanog sa stresom i traumom te genoma povezanog s dijatezom upućuje na njihovu blisku povezanost



Modificirano prema 16.

čimbenicima (dijatezom) i precipitirajućim čimbenicima („stres i trauma“). Predisponirajući čimbenici mogu mijenjati genetski kod i time osobu činiti ranjivom. Međutim, ove genetske varijacije mogu dodatno povećati ranjivost pojedinca spram posttranskripcijskih i posttranslacijskih promjena genetskog materijala koje proizlaze iz epigenetskih promjena uzrokovanih traumatskim iskustvima i stresom tijekom životnog vijeka (16).

U ovome sveobuhvatnome modelu Mannova dijateza (distalni faktori) odražava sveukupnost nasljednih osobina genom suicidalnog pojedinca. Genetski polimorfizmi serotoninergičkog sustava, hipotalamo-hipofizno-adrenalna os, noradrenergički sustav i poliamini predisponiraju pojedinca na suicidalno ponašanje (36 – 39). Ove predispozicije također će utjecati na rizik od pojave određenih psihijatrijskih poremećaja. Usporedno s dijatezom za sposobnost počinjenja suicida, perzistira i komponenta stresa i traume koja na epigenetskom nivou mijenja genetski kod (proksimalni faktori). Između genetske razine na strani dijateze i epigenetske razine na strani stresne komponente nalaze se ekspresija i funkcija gena na koje utječu obje razine (16, 40) (slika 7).

Psihički poremećaji i suicid

Istraživanja pokazuju da oko 90% osoba koje počine suicid ima neki od duševnih poremećaja, što nesumnjivo podupire tezu o povezanosti psihijatrijske dijagnoze i suicida (8, 41). Ovakva objašnjenja povezanosti psihičkog poremećaja i sui-

cidnosti gotovo na tradicionalan način percipiraju psihičke poremećaje kao posve različite, epizodične i kategorijske. To gledište kompromitira činjenica da su mnogi poremećaji komorbidni, preklapajući, ponavljani, kronični i postojeći u kontinuumu. U tom smislu psihijatrijski poremećaji inicijalno se objašnjavaju u tri dimenzije: internalizirajući, eksternalizirajući i poremećaji mišljenja, ali se pokušavaju još bolje objasniti tzv. faktorom opće psihopatologije, odnosno *faktorom P*. Naime, faktor P, poput faktora G u psihološkoj terminologiji (faktor opće inteligencije), upućuje na opću sklonost psihičkim poremećajima. Viši faktor P povezan je sa znatnijim životnim poremećajima, većim obiteljskim opterećenjima, kompromitiranim razvojem i funkcijom mozga. Većina psihičkih poremećaja, kada se samostalno istražuje, povezana je s povišenim rizikom od pokušaja samoubojstva. Međutim, psihički poremećaji često dolaze u komorbidnim slikama koje se objašnjavaju modelima u kojima se specifični mentalni poremećaji shvaćaju kao manifestacije latentnih dimenzija psihopatologije. Dakako, nije posve jasno je li rizik od pokušaja suicida u funkciji specifičnih psihičkih poremećaja, specifičnih dimenzija psihopatologije (tj. internalizirajuća i eksternalizirajuća dimenzija), općega psihopatološkog faktora ili, pak, njihove kombinacije (42).

Shizofrenija i suicidalnost

Bolesnici oboljeli od shizofrenije imaju povišen rizik od suicidalnog ponašanja premda se relativno malo zna o psiho-

loškoj naravi te vulnerabilnosti. Naime, očekivana duljina trajanja života u oboljelih od shizofrenije kraća je 20 – 30 godina u odnosu prema općoj populaciji, velikim dijelom zbog visoke prevalencije suicida (43). Prema podacima iz suvremene literature, 20 – 40% bolesnika oboljelih od shizofrenije tijekom života pokuša počinuti suicid s najvišim rizikom tijekom ranih faza poremećaja, a otprilike 5% i uspije, čime je mortalitet oboljelih od shizofrenije osam puta veći od onoga u općoj populaciji (44, 45).

Dva su koncepta notirana kao moguća poveznica između shizofrenije i suicida: beznadnost i gubitak kontrole.

Najjača povezanost s povišenim suicidalnim rizikom nađena je sa simptomima depresije (agitacija, beznadnost i bezvrijednost), kao i poviješću prijašnjih suicidalnih pokušaja. U odnosu prema pozitivnim psihotičnim simptomima rezultati su različiti: neke studije navode statistički signifikantnu povezanost sa suicidalnošću, dok druge navode negativnu povezanost. U drugim istraživanjima dokazana je pozitivna povezanost ukupnog broja pozitivnih simptoma i suicidalnog rizika. Sumanute ideje i halucinacije proučavane su odvojeno. Sumanute ideje najčešće nisu povezane sa suicidalnim rizikom, dok su halucinacije povezane s niskim rizikom od suicida (28).

Nekonzistentni podaci dobiveni su u odnosu prema povezanosti negativnih simptoma i suicidalnosti (28).

Zaključno, najveći broj recentnih studija navodi da su prethodni suicidalni pokušaji i suicidalne ideacije, depresivni i psihotični simptomi, mlađa dob, duljina trajanja neliječene psihoze i upotreba psihoaktivnih tvari jače povezani sa suicidalnim planovima i pokušajima, čak i godinu dana nakon početka liječenja (28, 46) (slika 1.).

Depresija i suicidalnost

Studije pokazuju da čak 15% osoba liječenih zbog tzv. velike depresije počini samoubojstvo, a među neliječenima depresivnim bolesnicima taj je postotak zasigurno i veći. Suicidalna promišljanja prisutna su u gotovo 80% depresivnih osoba. Nadalje, smatra se da je 60 – 70% osoba koje su počinile suicid bilo u nekom od depresivnih stanja (8, 47). Rizik od počinjenja suicida kod depresivnih bolesnika ima ovaj profil: suicid se obično javlja u ranim fazama bolesti, pogoduju mu simptomi psihotičnosti, panike i visoke anksioznosti, upotreba alkohola i drugih zabranjenih psihoaktivnih tvari, kao i komorbiditet. Također, rizik od počinjenja suicida viši je u osoba koje uz depresiju imaju i nepovoljnu životnu konstelaciju, težu i kroničnu tjelesnu bolest, koje trpe dugotrajne i iscrpljujuće boli i imaju pozitivni psihijatrijski hereditet. Rizik za muškarce četiri je puta viši nego za žene isključujući bipolarni poremećaj pri kojemu žene imaju jednak rizik (47).

Bipolarni afektivni poremećaj i suicidalnost

U oboljelih od bipolarnе depresije suicidalni je rizik oko 15

puta viši nego u općoj populaciji. Suicidalnost u BAP-u ovisi o težini, tijeku i fazi bolesti (48). Iz više studija doznaje se da stopa suicida kod osoba s bipolarnim afektivnim poremećajem iznosi 21% (28). Suicidalno ponašanje nije često u potpuno razvijenoj slici manije, dok je u miješanoj slici bolesti (istodobna prisutnost maničnih i depresivnih simptoma bolesti), a poglavito u depresivnoj fazi bolesti, izrazito često. Prisutnost suicida u obitelji i prethodni suicidalni pokušaji te nedavni otpust s bolničkog liječenja smatraju se osobito visokim faktorima rizika. Najčešći rizici od suicida u oboljelih od BAP-a uzrokovani su suboptimalnim tretmanima (49).

Alkoholizam i suicidalnost

Iz literature se doznaje da su 20 – 50% počinitelja suicida osobe ovisne o alkoholu, odnosno da je 30 – 80% počinitelja u vrijeme suicida bilo alkoholizirano (28). Zloporaba alkohola i drugih psihoaktivnih tvari jest, prema nekim autorima, kronični, pasivni suicid kao oblik autodestruktivnog ponašanja. S druge strane, alkohol zbog psihotropnog djelovanja inhibira kortikalnu kontrolu, odnosno dezinhibira agresivne impulse, smanjuje sposobnost rasuđivanja, povećava impulzivnost i emocionalnu labilnost te na taj način usmjerava agresiju prema sebi ili prema van. Suicid se obično javlja poslije, tijekom trajanja bolesti. Pri počinjenim suicidima muškarci imaju višu stopu upotrebe alkohola, žene tableta. U zloporabi psihoaktivnih tvari i riziku od suicidalnog ponašanja važniji je povećan broj supstancija nego tip supstancije. Rizik povisuju nedavni životni stresovi i komorbidna depresija (41).

Poremećaji hranjenja: anoreksija i bulimija

Poremećaji hranjenja imaju najvišu stopu smrtnosti među psihičkim poremećajima. To uključuje smrti zbog suicida, ali i direktnih posljedica poremećaja hranjenja. Prevalencija suicidalnih pokušaja najniža je u ambulantnih pacijenata s anoreksijom (16%), a viša kod ambulantnih pacijenata oboljelih od bulimije (23%) i hospitaliziranih oboljelih od bulimije (39%). Najviša stopa suicidalnih pokušaja zabilježena je kod oboljelih od bulimije s komorbiditetom zloporabe alkohola (54%). Kliničke slike u osoba s poremećajima hranjenja komplicirane su visokom prevalencijom nesuicidalnog samoozljeđivanja (50).

Procjena suicidalnog rizika (1)

Kliničke indikacije suicidalnog rizika:

- prethodni pokušaj suicida i upotrijebljena metoda
- počinitelji suicida najčešće su imali ponavljane hospitalizacije; ponavljanje samoozljeđivanja najčešće je u 3 – 6 mjeseci od prve epizode samoozljeđivanja
- ambivalencija, osjećaj bezvrijednosti, bespomoćnosti i beznadnosti glavni su indikatori suicidalnog rizika

- upotreba *The Columbia Suicide Severity Rating Scale*
- visokorizični pacijenti moraju biti praćeni i nakon otpusta s bolničkog liječenja.

Dijagnosticiranje pacijenata:

- manje od trećine suicidalnih pacijenata verbalizira suicidalne intencije svojim liječnicima
- prethodna anamneza, prisutnost rizičnih faktora i heteropodatci mogu biti korisni u informiranju liječnika i drugih zdravstvenih radnika
- određena specifična stanja poput miješane epizode bipolarnog afektivnog poremećaja i psihotičnih epizoda u depresivnom poremećaju mogu znatno povisiti rizik od trenutne suicidalnosti pa stoga nalažu posebnu pozornost.

Definiranje razine intervencije:

- liječenje uključuje uvođenje farmakoterapije, bihevioralne terapije ili upućivanje pacijenta psihologu, psihijatru ili u jedinicu intenzivne njege ako se bilježi visok suicidalni rizik ili trenutno samoozljeđivanje
- svaki dijagnosticirani psihički poremećaj u podlozi suicidalnog ponašanja iziskuje liječenje uključujući uvođenje i odabir farmakološkog liječenja
- svako liječenje mora biti bazirano na specifičnostima svakog pacijenta pojedino, kao i na specifičnostima kliničke slike; uvijek multidisciplinarni pristup baziran na poglavito psihoterapijskim pristupima u kronično suicidalnih pacijenata, kao i znatno intenzivnije forme liječenja za akutnije slike suicidalnog ponašanja
- stariji pacijenti koji manifestiraju suicidalno ponašanje nalažu intervencije koje jamče sigurnost pacijenta – najčešće hospitalizacija
- monitoriranje pacijenta nakon otpusta i između kontrolnih pregleda putem telefona, interneta i drugih komunikacijskih pomagala
- dobra suradnja primarne i sekundarne zdravstvene zaštite uz praćenje pacijenta zalog je dobrih rezultata liječenja.

LITERATURA

1. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet* 2016;387:1227–39. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2.
2. Marčinko D (ur.). *Suicidologija*. Zagreb: Medicinska naklada 2011:1–12.
3. Jakovljević M. Suicid: tragedija beznadnosti. *Pro Mente Croatica* 2003;4:15–16.
4. Turecki G. The molecular bases of the suicidal brain. *Nat Rev Neurosci* 2014;15:802–16. doi: 10.1038/nrn3839.
5. Međunarodna klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja, MKB – X. revizija. Zagreb: Medicinska naklada, 1999.
6. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders*. 5. izd. American Psychiatric Association. Washington, 2013.
7. Durkheim E. *Suicide: A study in Sociology*. London: Routledge and Kegan, 1951.
8. Brečić P, Ostojčić D, Glavina T. Neke pravno etičke implikacije suicidalnosti u svakodnevnom psihijatrijskom radu. *Socijalna psihijatrija* 2012;40:254–8.
9. Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M. Columbia Classification Algorithm of suicide assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry* 2007;164:1035–43.
10. Karlović D, Gale R, Thaller V i sur. Epidemiological study of suicide in Croatia (1993–2003) – comparison of Mediterranean and continental areas. *Coll Antropol* 2005;29:519–25.
11. World Health Organization. *Mental health: suicide prevention*. 2017. Dostupno na: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/. Datum pristupa: 4. 7. 2017.
12. Silobričić Radić M, Jelavić M. Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske 2011:50–7.
13. Silobričić Radić M. Epidemiološki pokazatelji suicidalnog ponašanja u Hrvatskoj. U: Marčinko D (ur.). *Suicidologija*. Zagreb: Medicinska naklada 2011:6–12.
14. Silobričić Radić M, Kudumija Slijepčević M. Epidemiologija samoubojstava. U: Puntarić D, Ropac D, Jurčev Savičević A (ur.). *Javno zdravstvo*. Zagreb: Medicinska naklada 2015:184–91.
15. Silobričić Radić M. Registar izvršenih samoubojstava Hrvatske. U: Stevanović R, Capak K, Benjak T (ur.). *Hrvatski zdravstvenostatistički ljetopis za 2015. godinu*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo 2016:293–5.
16. Ludwig B, Roy B, Wang Q, Birur B, Dwivedi Y. The Life Span Model of Suicide and its Neurobiological Foundation. *Front Neurosci* 2017;11:74. doi: 10.3389/fnins.2017.00074.
17. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry* 2014;1:73–85. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70222-6.
18. Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci* 2003;4:819–28.
19. Moscicki EK. Gender differences in completed and attempted suicides. *Ann Epidemiol* 1994;4:152–8.
20. Barzilay S, Apter A. Psychological models of suicide. *Arch Suicide Res* 2014;18:295–312. doi: 10.1080/13811118.2013.824825.
21. Mann JJ, Waternaux C, Haas GL, Malone KM. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1999;156:181–9.
22. Roy A, Sarchiophone M, Carli V. Gene-environment interaction and suicidal behavior. *J Psychiatr Pract* 2009;15:282–8. doi: 10.1097/01.pra.0000358314.88931.b5.
23. McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC i sur. Epigenetic regulation of

- the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci* 2009;12:342–8. doi: 10.1038/nn.2270.
24. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004;4:37.
 25. Hoertel N, Franco S, Wall MM i sur. Mental disorders and risk of suicide attempt: a national prospective study. *Mol Psychiatry* 2015;20:718–26. doi: 10.1038/mp.2015.19.
 26. Holma KM, Haukka J, Suominen K i sur. Differences in incidence of suicide attempts between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. *Bipolar Disord* 2014;16:652–61. doi: 10.1111/bdi.12195.
 27. Sharifi V, Eaton WW, Wu LT i sur. Psychotic experiences and risk of death in the general population: 24–27 year follow-up of the Epidemiologic Catchment Area study. *Br J Psychiatry* 2015;207:30–6. doi: 10.1192/bjp.bp.113.143198.
 28. Brečić P. Utjecaj simptoma depresije na suicidalnost u oboljelih od shizofrenije. Doktorska disertacija. Osijek: Medicinski fakultet Sveučilišta u Osijeku, 2010.
 29. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet* 2015;385:717–26. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61995-4.
 30. Kim C, Lesage A, Seguin M i sur. Patterns of co-morbidity in male suicide completers. *Psychol Med* 2003;33:1299–309.
 31. Muck-Šeler D, Jakovljević M, Deanović Ž. Platelet serotonin in subtypes of schizophrenia and unipolar depression. *Psychiatr Res* 1991;38:105–13.
 32. McGirr A, Renaud J, Bureau A i sur. Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychol Med* 2008;38:407–17.
 33. Seguin M, Beauchamp G, Robert M, DiMambro M, Turecki G. Developmental model of suicide trajectories. *Br J Psychiatry* 2014;205:120–6. doi: 10.1192/bjp.bp.113.139949.
 34. Labonte B, Suderman M, Maussion G i sur. Genome-wide epigenetic regulation by early-life trauma. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:722–31. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.2287.
 35. Turecki G, Meaney MJ. Effects of the Social Environment and Stress on Glucocorticoid Receptor Gene Methylation: A Systematic Review. *Biol Psychiatry* 2014;79:87–96. doi: 10.1016/j.biopsych.2014.11.022.
 36. Höfer P, Schosser A, Calati R i sur. The impact of serotonin receptor 1A and 2A gene polymorphisms and interactions on suicide attempt and suicide risk in depressed patients with insufficient response to treatment—a European multicentre study. *Int Clin Psychopharmacol* 2016;31:1–7. doi: 10.1097/YIC.000000000000101.
 37. Heim C, Newport DJ, Heit S i sur. Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in woman after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA* 2000;284:592–7.
 38. Marčinko D, Pivac N, Martinac M i sur. Platelet serotonin and serum cholesterol concentration in suicidal and non-suicidal male patients with first episode of psychosis. *Psychiatry Res* 2007;150:105–8.
 39. Karlovic D, Karlovic D. Serotonin transporter gene (5-HTTLPR) polymorphism and efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors—do we have sufficient evidence for clinical practice. *Acta Clin Croat* 2013;52:353–62.
 40. Provencal N, Binder EB. The neurobiological effects of stress as contributors to psychiatric disorders: focus on epigenetics. *Curr Opin Neurobiol* 2015;30:31–37. doi: 10.1016/j.conb.2014.08.007.
 41. Nock MK, Hwang I, Sampson NA, Kessler RC. Mental disorders, Comorbidity and Suicidal Behaviour: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry* 2010;15:868–76. doi: 10.1038/mp.2009.29.
 42. Caspi A, Houts RM, Belsky DW i sur. The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders? *Clin Psychol Sci* 2014;2:119–37.
 43. Keshaven MS, Gilbert AR, Diwadker VA. Neurodevelopmental theories. U: Lieberman JA, Stropu TS, Perkins DO (ur.). *Textbook of Schizophrenia*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing 2006:69–83.
 44. Muesner KT, McGurk SR. Schizophrenia. *Lancet* 2004;363:2063–2072.
 45. Walker EF. Developmentally moderated expressions of the neuro-pathology underlying schizophrenia. *Schizophr Bull* 1994;20:453–80.
 46. Sartorius N, Jablensky A, Korten A i sur. Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychol Med* 1986;16:909–28.
 47. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry* 2014;13:153–60.
 48. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;170:205–28.
 49. Manic Depression Fellowship. Users survey of experiences of health services. London: Manic Depression Fellowship, 2001.
 50. Sansone RA, Levitt JL. Self-harm behaviour among those with eating disorders: an overview. *Eat Disord* 2002;10:205–13.

**ADRESA ZA DOPISIVANJE:**

Doc. dr. sc. Petrana Brečić, dr. med.
 Klinika za psihijatriju Vrapče, Zavod za liječenje
 i rehabilitaciju
 Bolnička cesta 32, 10000 Zagreb
 e-mail: petrana.brecic@bolnica-vrapce.hr

PRIMLJENO/RECEIVED:

30. 6. 2017./June 30, 2017

PRIHVAĆENO/ACCEPTED:

20. 7. 2017./July 20, 2017

