

Suicidalnost i depresija

Suicidality and Depression

Dragica Kozarić-Kovačić, Tihana Jendričko

Odjel za psihijatriju, KB Dubrava

Referentni centar za poremećaje uzrokovane stresom Ministarstva zdravstva RH

Nacionalni centar za psihotraumu, Regionalni centar za psihotraumu

10040 Zagreb, Avenija Gojka Šuška 6

Sažetak: Osobe s mentalnim poremećajima počinju oko 90% svih suicida. Afektivne bolesti (velika depresija, bipolarni poremećaj i shizoafektivni poremećaj) najčešće su dijagnoze među počiniteljima i čine 60 do 70% udjela u suicidima. Doživotni rizik od suicida kod bolesnika s depresijom je 15%. Neki čimbenici suicidalnog rizika su: suicidalna ili homicidalna promišljanja, namjere ili planovi; pristup sredstvima za počinjenje suicida i njihova letalnost; prisutnost psihotičnih simptoma, imperativnih halucinacija ili teške anksioznosti; zlouporaba alkohola ili psihoaktivnih tvari; povijest i ozbiljnost prijašnjih pokušaja te obiteljska anamneza. U kliničkoj praksi je važno procijeniti rizik od suicidalnog ponašanja i njegov intenzitet. Kako suicid nije mentalni poremećaj ili psihijatrijska dijagnostička kategorija, glavna tretmana odnosi se na depresivni poremećaj. Nema specifične farmakoterapije u liječenju suicidalnog ponašanja, ali se primjenjuju različite skupine lijekova. Velika je kontroverza mogu li određeni lijekovi povećati sklonost ekspresiji suicidalnog ponašanja ili preveniraju njegov početak kod osoba pod povećanim rizikom. Liječenjem simptoma djelujemo na ekspresiju suicidalnog ponašanja. Ipak, istraživanja pokazuju da je nedavni porast u propisivanju antidepresiva pridonio padu suicida. Specifični načini liječenja suicidalnog ponašanja su: 1. somatska terapija i 2. psihoterapija. Izbor psihofarmaka ovisi o težini bolesti, suicidalnom riziku, sigurnosti i učinkovitosti lijeka, nuspojavama ili interakcijama s drugim lijekovima, bolesnikovoj suradnji, socijalnoj potpori i tjelesnom komorbiditetu. Preventivni postupci obuhvaćaju adekvatno i pravovremeno prepoznavanje osnovne psihijatrijske bolesti, komorbiditeta te suicidalnog ponašanja bolesnika uz uvođenje odgovarajućih psihofarmaka, psihoterapijskih i psihosocijalnih postupaka.

Ključne riječi: suicidalnost, depresija, farmakoterapija, terapijski pristupi

Summary People with mental disorders commit about 90% of all suicides. Affective disorders (serious depression, bipolar disorder and schizoaffective disorder) are diagnosed in 60% to 70% of suicides. A lifetime risk of suicide in people suffering from depression is 15%. Some suicidal risk factors include: suicidal or homicidal thoughts, intentions and plans; access to the methods for committing suicide and their lethality; presence of psychotic symptoms, imperative hallucinations or serious anxiety; abuse of alcohol or psychoactive substances; history and seriousness of previous attempts, and positive family history. In clinical practice, it is important to evaluate the risk of suicide and its intensity. As suicide is neither a mental disorder nor a psychiatric diagnostic category, the treatment mainly focuses on a bipolar disorder. Although there is no specific pharmacotherapy, various drug classes are used. The question whether certain drugs can intensify or prevent suicidal behavior in people with increased risk is very controversial. By treating the symptoms, we influence the expression of suicidal behavior. However, the research shows that a recent increase in the prescription of antidepressants contributed to a drop in the suicide rate. Specific therapies for suicidal behavior include: 1) somatic therapy and 2) psychotherapy. The choice of psychopharmaceuticals depends on disease stage, suicidal risk, drug safety and efficacy, side effects or interactions with other medications, patient compliance, social support, and physical comorbidity. The preventive procedures comprise adequate and timely recognition of the underlying psychiatric disease, comorbidity (psychiatric or physical) and suicidal behavior in patients along with the introduction of appropriate psychopharmaceuticals and psychotherapeutic and psychosocial procedures.

Key words: suicidality, depression, pharmacotherapy, therapeutic approaches

Suicid je važan psihopatološki entitet koji, zbog njegove kompleksnosti i fenomenologije, treba promatrati s različitih aspekata. U modernome svijetu on je također važan sociopatološki entitet; u većini europskih zemalja broj suicida je značajno viši od broja smrti uzrokovanih prometnim nesrećama (1).

Postoje brojne i različite definicije suicida. Suicid je smrt koja nastaje iz čina nad samim sobom s namjerom oduzimanja života. Riječ "suicid" potječe iz latinske riječi *sui* (onaj koji se odnosi na "sebe") i *cide* ili *cidium* (ubijanje, ubojstvo). Pretpostavlja se da je riječ "suicid" prvi put upotrijebljena oko 1651. godine (2).

Definicija suicida uključuje sljedeće: **1.** smrt; **2.** namjeru; **3.** čin koji osoba počinu sama ili samoj sebi; **4.** može biti indirektan ili pasivan. Prema psihijatrijsko-psihoanalitičkoj definiciji suicid je: **1.** ubojstvo (selbstmord - samoubojstvo) i uključuje mržnju ili želju za ubijanjem, **2.** ubojstvo koje počinu *self* (često uključuje krivnju ili želju osobe da bude ubijena), i **3.** želju za umiranjem (uključuje beznade). Prema pravnoj definiciji suicid je poguban, svojevoljan, životno ugrožavajući čin nad sobom bez očite želje za životom, a implicitne su dvije osnovne komponente - letalnost i namjera (3).

Suicidalnost se može promatrati s više različitih stajališta kao što su psihijatrijsko, sociološko, kulturološko, religijsko i brojna druga. No tek je interakcijom različitih struka, pristupa i stavova moguće sagledati njegovu kompleksnost i pokušati razumjeti što dovodi do njega, njegovo značenje, opravdanost i mogućnosti njegove prevencije.

Durkheim dijeli suicide u tri socijalne kategorije: *egoističnu*, *altruističnu* i *anomičnu*. *Egoistični* suicid odnosi se na pojedince koji nisu dovoljno integrirani u neku socijalnu skupinu, *altruistični* na one čije pak počinjenje suicida proizlazi iz pretjerane integracije u zajednicu, dok se *anomični* suicid odnosi na osobe čije je uklapanje u zajednicu poremećeno i koje ne mogu slijediti uobičajene norme ponašanja (4).

Freud iznosi stajalište da suicid predstavlja agresiju okrenutu prema unutra protiv introjiciranog, ambivalentno katektiranog voljenog objekta (4).

Francuski filozof/romanopisac Albert Camus pisao je s egzistencijalnog stajališta o esencijalnom, prisilnom aspektu suicida i misli da je jedini doista ozbiljan filozofski problem da li netko može živjeti ili odabire živjeti. "Suicid", piše Camus, "priprema se u tišini srca, kao da je veliko umjetničko djelo" (5).

Zbog toga što je literatura o suicidalnosti mnogobrojna, različita, a ponekad i proturječna, kliničari nailaze na teškoće kada procjenjuju povišeni rizik od suicidalnosti kod osobe. Oko 80% suicidalnih bolesnika pokazuje znakove prije samog čina, ali nema jedinstvenog prediktora koji bi upućivao na sam suicid ili presuicidalno ponašanje, nego se radi o spletu mnogobrojnih čimbenika. Nakon što je osoba pokušala izvršiti suicid i nije uspjela, sljedeća je godina najrizičnija jer vodi k uspješnom suicidu (3).

Rizični čimbenici povezani sa suicidalnim ponašanjem uključuju biološke, psihološke i socijalne čimbenike. U biološke čimbenike spadaju somatske bolesti i promjene u funkciji neurotransmitora središnjega živčanog sustava (posebice serotonina). Psihološki čimbenici uključuju velike psihijatrijske poremećaje, osobito depresivne (uz alkoholizam i zlouporabu drugih psihoaktivnih tvari) i karakteristike ličnosti (npr. impulzivnost), dok socijalni čimbenici obuhvaćaju nezaposlenost, stresne životne događaje i određenu obiteljsku izloženost (odgoj, psihološko, emocionalno, fizičko ili seksualno zlostavljanje) (3).

Deseta međunarodna klasifikacija bolesti (MKB-10) ne specificira dijagnostičke kriterije za suicid, a suicidalan

čin i ponašanje uglavnom se javljaju kao modifikatori bolesti ili komplikacije. Dva poremećaja (veliki depresivni poremećaj i granični poremećaj ličnosti) u *Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje* (DSM-IV) uključuju suicidalne postupke ili ponašanje i suicidalna razmišljanja kao dio kriterija koji su uključeni u specificiranju ovih dijagnoza. Obje su klasifikacije u odnosu na parasuicide i suicide vrlo neprecizne i nedorečene te uz upotrebu samo jedne šifre obično nije jasno, niti prepoznatljivo je li riječ o suicidu ili parasuicidu. Vjerojatno zbog te nepreciznosti obje klasifikacije preporučuju uporabu dviju ili više šifara.

Epidemiologija samoubojstava

U općoj populaciji

Suicid je među 10 najčešćih uzroka smrti osoba svih dobi u većini zemalja (1, 2). U Australiji i Japanu broj suicida je dva puta veći od broja smrtnih slučajeva koji su uzrokovani prometnim nesrećama (6). U SAD-u suicid je među vodećih 10 uzroka smrti i čini oko 1,5% svih uzroka smrti, a stopa suicida nadmašuje godišnji broj homocida. Države s najvišom stopom suicida uključuju Latviju 42,5; Litvu 42,1; Estoniju 38,2; Rusiju 37,8 i Mađarsku 35,9. Zemlje s najnižom stopom suicida su Gvatemala 0,5; Filipini 0,5; Albanija 1,4; Dominikanska Republika 2,1 i Armenija 2,3 (7).

Prosječna stopa počinjenih suicida u Hrvatskoj bila je 19,26 na 100.000 stanovnika i nije se mijenjala tijekom predratnog, ratnog i poslijeratnog perioda (8). Prema tome Hrvatska spada u zemlje s prosječnom stopom mortaliteta uzrokovanih suicidom (8). Najveći broj osoba koje su počinile suicid bio je u dobnoj skupini između 60 i 75 godina (22%). Najviši broj suicida kod žena bio je u dobi iznad 60 godina, dok su muškarci bili zastupljeniji u skupini od 65 godina. Suicid je bio češći kod udanih žena nego kod oženjenih muškaraca, kod žena koje nisu imale djece i bile su nezaposlene. Medicinski problemi bili su češći kod žena (80,4% žena imalo je medicinske probleme u usporedbi sa 67,9% kod muškaraca). Alkoholizam je češće prisutan kod muškaraca (9,8%) nego kod žena (2,5%), kao i obiteljski konflikti (8,5% kod muškaraca prema 6,5% kod žena). Kod žena su češći bili mentalni poremećaji (59,8%) (8). Žene češće pokušaju suicid, dok muškarci češće počine suicid (6, 9).

Ako se promatraju uzroci smrti, stopa mortaliteta u općoj populaciji vezana uz suicid je 23,4, dok je kod kardiovaskularnih uzroka stopa 3,0, a kod respiratornih uzroka 3,1 (10).

U bolesnika s mentalnim poremećajima

Osobe s mentalnim poremećajima počine oko 90% svih suicida (11). Mortalitet zbog suicidalnosti među

bolesnicima s afektivnim poremećajem ili poremećajima raspoloženja je oko 30 puta, a ukupni mortalitet 2 do 3 puta viši nego u općoj populaciji (12, 13). Afektivne bolesti (velika depresija, bipolarni poremećaj i shizoafektivni poremećaj) najčešće su dijagnoze među počiniteljima suicida i čine 60 do 70% udjela u suicidima (12).

Doživotni rizik od suicida kod bolesnika s depresijom je 15% (14). Suicidalni rizik kod bipolarnog poremećaja je 15 puta veći nego u općoj populaciji, a kod velikog depresivnog poremećaja je 20 puta veći (15). Suicid se obično javlja tijekom depresivne epizode (79%) (16).

Bipolarni poremećaj čini 10-20% svih poremećaja raspoloženja. U 10-20% slučajeva osobe s bipolarnim poremećajem počine suicid (17, 18), dok je stopa suicida veća od 50% (19). Pokušaj suicida prisutan je kod 50,3% bolesnika s bipolarnim poremećajem, pokušaj suicida tijekom manične epizode kod 13,4% bolesnika i tijekom depresivne epizode kod 46,3% bolesnika, a potreba hospitalizacije zbog pokušaja suicida kod 34,8% slučajeva (19). Stopa mortaliteta kod bipolarnog poremećaja za muškarce je 15,0; za žene 22,0, dok je npr. stopa nasilne smrti za muškarce 10,3; za žene 14,2, ili stopa mortaliteta zbog mentalnog poremećaja (demencija, ovisnost o alkoholu ili drogama, psihoza) za muškarce 3,7; za žene 4,8 (20, 21).

Bipolarni poremećaj je relativno učestao kod djece (barem 1%), a prisutan je visok suicidalni rizik (22).

Stope pokušaja suicida više su kod bipolarnog poremećaja nasuprot velikomu depresivnom poremećaju (29% vs 16%) (23), odnosno (26% vs 14%) (24).

Samoubojstvo i mentalni poremećaji

Psihijatrijski poremećaji povezani s povećanim suicidalnim rizikom su veliki depresivni poremećaj, bipolarni poremećaj (primarno tijekom depresivne i mješovite epizode), shizofrenija, anoreksija nervoza, alkoholizam, ovisnost o drugim psihoaktivnim tvarima, poremećaj osobnosti (klaster B, osobito granični poremećaj osobnosti) te komorbiditet s poremećajima na osi I i/ili osi II, prema DSM-IV (25).

Suicidalni rizik veći je među ljudima sa psihijatrijskim poremećajima (11, 26) i među onima koji konzumiraju alkohol (27). Psihološki poremećaji češći su kod žena koje su počinile suicid (kod 59,8%), a alkoholizam kod muškaraca (11).

Kod bolesnika s mentalnim poremećajem nije pronađen omjer u odnosu na spol - s prevagom počinjenih suicida u korist muškog spola - koja je zabilježena u općoj populaciji. Nejasno je jesu li žene s mentalnim poremećajem pod povećanim rizikom ili su muškarci pod manjim rizikom (3).

Smrt se kod osoba ovisnih o alkoholu javlja kasnije tijekom njihove bolesti, dok se smrt kod onih s afektivnim poremećajem i shizofrenijom javlja ranije i bilježi strmi pad s razvojem kroniciteta (3). Na tablici 1. dan je prikaz povezanosti mentalnih poremećaja i stope suicida.

Samoubojstvo i depresija

U jednom od brojnih radova koji govore o važnosti poremećaja raspoloženja u pojavi svih suicidalnih djela, ti su poremećaji imali najveći doprinos vjerojatnosti pojave suicidalnog ponašanja (28). Iako neke studije nisu pronašle povezanost između određenih dijagnostičkih skupina i suicida, većina istraživanja upućuje na to da je pojava suicida najčešća kod sekundarne depresije, a zatim se smanjuje kod primarne unipolarne depresije, preko bipolarnog afektivnog poremećaja do bipolarnoga maničnog poremećaja. Kod suicidalnih pokušaja koji ne završavaju fatalno nema razlike između unipolarne i bipolarne depresije (29).

Depresija je prevalentni rizični čimbenik suicidalnosti kod žena (11). U finskoj *follow-back* studiji o suicidu kod velikog depresivnog poremećaja napominje se da je zastupljeno više muškaraca od očekivanoga, iako je veliki depresivni poremećaj češći kod žena (30).

Većina pokušaja suicida povezana je s depresivnim epizodama ili depresivnim slikama tijekom mješovitih epizoda (25).

Čimbenici rizika kod suicidalnog ponašanja

Specifični psihijatrijski simptomi koji mogu utjecati na suicidalni rizik uključuju agresiju, nasilnost prema drugima, impulzivnost, beznađe, agitaciju, psihičku anksioznost, anhedoniju, opću insomniju i panične atake (25).

Ostali čimbenici povećanog suicidalnog rizika su psihosocijalni (nedostatak socijalne potpore, nezaposlenost, pad standarda, loši obiteljski odnosi, nasilje u obitelji, nedavni stresni životni događaji), traume iz djetinjstva, genski i obiteljski utjecaj, kognitivne karakteristike (nemogućnost sagledavanja alternativnih rješenja, rigidno razmišljanje, slaba vještina u rješavanju problema, precjenjivanje nerješivosti problema, manja orijentiranost na budućnost, sjećanja vezana samo uz negativna iskustva) te demografske karakteristike (3, 25).

Somatski poremećaji također mogu povećati suicidalni rizik, posebno ako su udruženi s depresijom - stoga je oko 1/3 odraslih žrtava suicida imalo neki somatski poremećaj u trenutku smrti (11). Somatske bolesti koje povećavaju rizik od suicida najčešće su neurološke bolesti (multipla skleroza, Huntingtonova bolest, ozljede

Stanje	Broj studija	Standardizirana stopa suicida	Godišnja stopa suicida (%)	Procijenjena doživotna stopa suicida (%)
Prijašnji pokušaj suicida	9	38,40	0,549	27,5
Psihijatrijski poremećaji				
Poremećaji hranjenja	15	23,10		
Veliki depresivni poremećaj	23	20,40	0,292	14,6
Zloupotreba sedativa	3	20,30		
Politoksikomanija	4	19,20	0,275	14,7
Bipolarni poremećaj	15	15,00	0,310	15,5
Zloupotreba opioida	10	14,00		
Distimija	9	12,10	0,173	8,6
Obuzeto-prisilni poremećaj	3	11,50	0,143	8,2
Panični poremećaj	9	10,00	0,160	7,2
Shizofrenija	38	8,45	0,121	6,0
Poremećaj osobnosti	5	7,08	0,101	5,1
Alkoholizam	35	5,86	0,084	4,2
Pedijatrijski psihijatrijski poremećaj	11	4,73		
Zloupotreba kanabisa	1	3,85		
Neuroze	8	3,72		
Mentalna retardacija	5	0,88		

Tablica 1.
Rizik od suicida kod osoba s prijašnjim pokušajem suicida i psihijatrijskim poremećajem

Bazirano na metaanalizi 249 izvješća publiciranih između 1966. i 1993. godine (15, 25).

mozga i leđne moždine), maligne neoplazme, HIV/AIDS, peptički ulkus, kronična opstruktivna bolest pluća, bolesnici na kroničnoj hemodijalizi, sistemski eritematozni lupus, bolni sindromi, funkcionalno oštećenje (25). Na tablici 2. dani su neki čimbenici rizika važni za procjenu suicidalnosti.

U kliničkoj praksi je važno procijeniti rizik od suicidalnog ponašanja i njegov intenzitet. Pri tom treba uzeti u obzir brojne čimbenike. Prema Praktičkim smjernicama za liječenje psihijatrijskih poremećaja Američkoga psihijatrijskog udruženja iz 2004. godine (25) procjena suicidalnog bolesnika obuhvaća sljedeće postupke kako bi se mogla donijeti što objektivnija procjena suicidalnosti.

Tablica 2. Neki čimbenici suicidalnog rizika

- prisutnost suicidalnih ili homicidalnih promišljanja, namjera ili planova
- pristup sredstvima za počinjanje suicida i letalnost tih sredstava
- prisutnost psihotičnih simptoma, imperativnih halucinacija ili teške anksioznosti
- prisutnost zloupotrebe alkohola ili psihoaktivnih tvari
- povijest i ozbiljnost prijašnjih pokušaja
- obiteljska anamneza ili ranija izloženost suicidu

Procjena suicidalnog bolesnika obuhvaća

1. provođenje temeljite psihijatrijske evaluacije
 - identificirati psihijatrijske znakove i simptome
 - procijeniti prijašnje suicidalno ponašanje, uključujući namjeru za samoozljeđujućim aktom
 - prikazati prijašnju povijest liječenja i terapijskih odnosa
 - identificirati obiteljsku povijest suicida, mentalnih poremećaja i disfunkciju
 - identificirati aktualnu psihosocijalnu situaciju i prirodu krize
 - prepoznati psihološke snage i vulnerabilnost pojedinog bolesnika
2. detaljno ispitivanje o suicidalnim promišljanjima, planovima i ponašanju
 - istražiti prisutnost suicidalnih misli
 - istražiti prisutnost suicidalnog plana
 - procijeniti stupanj suicidalnosti bolesnika, uključujući suicidalne namjere i ozbiljnost plana
 - prepoznati da skale za procjenu suicidalnosti imaju vrlo nisku prediktivnu vrijednost i ne pružaju pouzdanu prosudbu o suicidalnom riziku
3. postavljanje multiaksijalne dijagnoze
 - zabilježiti sve aktualne ili prijašnje dijagnoze na osi I ili osi II, prema DSM-IV, uključujući i one koje aktualno mogu biti u remisiji
 - identificirati somatske bolesti (os III, prema DSM-IV), jer te dijagnoze mogu biti povezane s povećanim rizikom od suicida

- zabilježiti psihosocijalne stresore (os IV, prema DSM-IV) koji mogu biti akutni ili kronični. Uzeti u obzir doživljaj važnosti životnog događaja za pojedinog bolesnika
 - procijeniti opću i aktualnu razinu funkcioniranja bolesnika (os V, prema DSM-IV)
- 4. procjenu suicidalnog rizika**
- identificirati čimbenike koji mogu povećati ili smanjiti stupanj rizika kod bolesnika

Biologija suicida

Neuroznanost, a posebno neurobiologija suicida, područje je intenzivne znanstvene aktivnosti.

1. Genetika suicidalnog ponašanja

U istraživanja genetike suicidalnog ponašanja spadaju obiteljski hereditet, studije blizanaca i studije o posvajanju.

2. Biokemijska istraživanja

Tri su neurotransmitora povezana s afektivnim poremećajem i suicidalnim ponašanjem: serotonin, dopamin i noradrenalin. Sve je više dokaza o sniženoj razini serotonina kod depresivnih bolesnika, osoba koje pokušaju suicid i žrtava suicida. Brojne studije pokazale su da su niske vrijednosti 5-HIAK (5-hidroksiindolactone kiseline) u cerebrospinalnom likvoru (CSL) značajno povezane sa suicidalnim ponašanjem kod bolesnika s depresijom, poremećajem osobnosti i shizofrenijom. Bolesnici koji su ponovno pokušali suicid tijekom perioda praćenja imali su značajno niže vrijednosti CSL i metabolita serotonina 5-HIAK i metabolita dopamina HVK (homovanilične kiseline). Neki rezultati upućuju na to da bi među depresivnim bolesnicima koji su već ranije imali pokušaj suicida, ova mjerenja mogla biti prediktivni marker povećanog rizika budućeg suicidalnog ponašanja.

Os hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda bila je glavni fokus istraživanja kod depresivnih bolesnika. Povišen 24-satni slobodni kortizol i nesuprimirani deksametazon u urinu uobičajeni su nalazi kod depresivnih bolesnika. Suicidalno ponašanje povezuje se s povišenim 24-satnim urinarnim 17-ketosteroidima.

Također se navodi da bi povišenje CRF (faktor oslobađanja kortikotropina) moglo imati ulogu u suicidalnosti kod depresivnih bolesnika. Aktivnosti kortizola i serotonina u mozgu mogu biti povezane, posebno kod depresivnih bolesnika sa suicidalnim tendencijama. Kod psihotičnih bolesnika s depresivnim simptomima znatno je povišen ne samo kortizol nego i dopamin u plazmi. Postoje i studije o aktivnosti monoaminooksidaze (MAO), no nema jasnih dokaza o sniženim vrijednostima MAO kod suicidalnih osoba (3).

Terapijski pristup suicidalnom bolesniku

Kao što je navedeno prije odabira terapijskog postupka i pristupa osnovno je procijeniti suicidalni rizik te da li bolesnik iskazuje suicidalna ili homicidalna promišljanja, namjere ili planove (25).

Suicidologija ne uključuje samo učinjeni suicid i pokušaj suicida već i djelomičnu samodestrukciju, suicidalne postupke i razmišljanja, parasuicid, namjerno samoozljeđivanje i cijeli spektar autodestruktivnog ponašanja i stavova. Svaki pokušaj suicida psihijatar mora shvatiti ozbiljno, bez obzira na to u koju će ga od definicija i koncepcija svrstati, jer pokušaj suicida spada u visokorizične čimbenike suicidalnosti, a također zadire u psihopatologiju, čak i kada ga nazivamo "demonstrativni pokušaj" (3).

U terapiji suicidalnih osoba uz farmakoterapiju nužne su psihosocijalne intervencije i specifični psihoterapijski pristupi (25), što uključuje psihoedukaciju o nuspojavama lijekova, prepoznavanje ranih znakova bolesti, proširivanje socijalne potpore, i dr., kognitivno-bihevioralnu psihoterapiju, bračnu/obiteljsku terapiju i interpersonalnu psihoterapiju (31).

Psihoterapijski i psihosocijalni postupci su važni radi povećavanja učinkovitosti medikamentnog liječenja, sve većeg prihvaćanja modela "stres-vulnerabilnost" u nastanku depresije, neredovitog uzimanja farmakoterapije, problema medikamentne refrakternosti, ograničenja farmakološkog tretmana, rizika kod promjene farmakoterapije, rizika od suicida, uvođenja ambicioznije paradigme liječenja (32).

Suicidalnu osobu ne treba ostaviti samu. Grupne seanse su suportivnog karaktera, uz pokušaj pronalaženja novih vrijednosti i odlučivanja za novi izbor. U razgovoru bolesnici ostvaruju osjećaj da nisu sami ni izolirani. Individualna terapija temelji se na njegovanju odnosnih relacija. Potiče se promjena osnovnoga životnog stava, uz razumijevanje da se smrću ne rješava problem, nego da iza onoga tko počinu suicid ostaje patnja njegovim bližnjima (3).

Kada se kod pojedinca otkriju suicidalne ideje, ili još i ranije, dok i sam bolesnik nije svjestan svoje suicidalnosti, a već postoje simptomi samo pasivne suicidalnosti ili tzv. larvirane suicidalnosti (nagli ili dipsomanski alkoholizam i slično), potrebno je uz psihoterapijske metode liječenja procijeniti i potrebu za eventualnu primjenu psihofarmakoterapije. Kod psihotičnih i depresivnih bolesnika (sve vrste osim blage depresije) farmakoterapija je *sine qua non*, što ne znači da je u svih suicidalnih bolesnika nužna psihofarmakoterapija. Potrebno je u odabiru psihofarmaka kod suicidalnih bolesnika voditi računa o efikasnosti, sigurnosti lijeka, ali i o nepoželjnim nuspojavama (3).

Dakle, liječenje suicidalnosti je kompleksan postupak, različit i specifičan za svakog pojedinca.

Sljedeće ključno pitanje liječenja suicidalnog bolesnika je odluka o potrebi hospitalizacije. Hospitalizacija je

nužna ako bolesnik predstavlja ozbiljnu prijetnju da bi mogao ozljediti sebe ili druge (može biti potrebna i prisilna hospitalizacija), ako je ozbiljno bolestan ili mu nedostaje adekvatna socijalna potpora, ima komorbidni psihijatrijski ili somatski poremećaj, ili nema adekvatan odgovor na ambulantni tretman (27).

Prema Praktičkim smjernicama za liječenje psihijatrijskih poremećaja Američkoga psihijatrijskog udruženja iz 2004. godine (25) preporučuje se sljedeće:

Psihijatrijsko vođenje liječenja suicidalnog bolesnika:

- 1.** uspostaviti i održati terapijsku alijansu
- 2.** brinuti se za sigurnost bolesnika
 - za bolesnike na intenzivnim ili psihijatrijskim odjelima potrebna je individualna opservacija ili kontinuirano praćenje bolesnika kamerom dok se procjena rizika ne završi ili dok se ne procijeni da nije izražen suicidalni rizik
 - ukloniti potencijalno opasne predmete iz sobe bolesnika (ako je hospitaliziran)
- 3.** odrediti terapijsko okruženje
 - liječiti u okruženju koje je najmanje restriktivno, no dokazano sigurno i učinkovito
 - uzeti u obzir procijenjeni suicidalni rizik i potencijal opasnosti za druge
 - izvršiti ponovnu evaluaciju optimalnoga terapijskog okruženja i dobiti za bolesnika iz drugačije razine zbrinjavanja tijekom liječenja
- 4.** razviti plan liječenja
 - razmotriti potencijalne pozitivne i negativne strane svake opcije uz informaciju o sklonostima samog bolesnika
 - uočiti poremećaje zlouporabe psihoaktivnih tvari
 - osigurati intenzivnije praćenje u ranijim stadijima liječenja da bi se osigurala potpora i brzo i adekvatno liječenje
 - pripremiti vodič za ambulantne bolesnike s uputama za rješavanje eventualnih suicidalnih tendencija ili drugih simptoma koji se mogu javiti između dogovorenih kontrola
- 5.** koordinirati zbrinjavanje i suradnju s drugim kliničarima
 - uspostaviti jasne definicije uloga, redovitu komunikaciju između članova tima te planiranje unaprijed za slučaj rješavanja kriza
 - uspostaviti komunikaciju s drugim suradnicima, uključujući druge somatske liječnike ili profesionalce za mentalno zdravlje. Uspostaviti vodič za kontakt u slučaju značajne kliničke promjene
- 6.** poticati pridržavanje plana liječenja
 - uspostaviti pozitivan odnos liječnik-bolesnik
 - kreirati atmosferu u kojoj se bolesnik osjeća slobodnim razgovarati o pozitivnim ili negativnim aspektima terapijskog procesa

- 7.** osigurati edukaciju bolesnika i obitelji
- 8.** ponovno procijeniti sigurnost i suicidalni rizik
 - ponavljati procjenu suicidalnosti, zbog prirode suicida za javljanjem i povlačenjem
 - ponavljati procjenu u bolničkim uvjetima u kritičnim stadijima liječenja (npr. kod nagle promjene mentalnog statusa, prije otpusta)
 - ponovno procijeniti suicidalnost ako je bolesnik bio intoksiciran alkoholom ili drugim sredstvima kod početnog intervjua
- 9.** pratiti psihijatrijski status i odgovor na terapiju
- 10.** omogućiti konzultacije u slučaju potrebe

Psihofarmakoterapija depresivnih stanja

Budući da suicid nije mentalni poremećaj ili psihijatrijska dijagnostička kategorija, glavnina tretmana suicidalnog ponašanja i razmišljanja odnosi se na depresivni poremećaj (i druge afektivne poremećaje ili poremećaje raspoloženja) (3, 25).

Dakle, nema specifične farmakoterapije u liječenju suicidalnog ponašanja, ali se primjenjuju različite skupine lijekova.

Velika je kontroverza mogu li određeni lijekovi zapravo povećati sklonost ekspresiji suicidalnog ponašanja ili pak preveniraju početak suicidalnog ponašanja kod osoba pod povećanim rizikom (33). Nedostaju studije o učinkovitosti antidepresiva, osobito u dugotrajnijoj primjeni. Postoje uglavnom kratkoročne studije i one koje su fokusirane više na to da li antidepresivi induciraju (a ne da li uklanjaju) suicidalna razmišljanja ili ponašanje. lako možemo reći da je sveukupna postojeća literatura općenito bez dovoljno dokaza o tome da li antidepresivi smanjuju rizik od izvršenja suicida (34), liječenjem (poboljšanjem ili ublažavanjem) simptoma koji predstavljaju čimbenike povećanog rizika za suicid djelujemo i na ekspresiju samog suicidalnog ponašanja.

Ipak, istraživanja pokazuju da je nedavni porast u propisivanju antidepresiva pridonio padu suicida. Procjenjuje se da prebacivanje s tricikličkih antidepresiva na selektivne inhibitore ponovne pohrane serotonina (SIPPS) kao prvi izbor u liječenju depresije može prevenirati 300-450 smrtnih slučajeva na godinu zbog predoziranja toksičnijim antidepresivima (35).

Švedska studija pokazala je da je potrošnja antidepresiva porasla u periodu od 1977. do 1979. i od 1995. do 1997. godine, dok se u istom periodu stopa suicida smanjila. Zabilježen je značajan pad u stopi suicida nakon uvođenja SIPPS-a kod muškaraca i kod žena (36). Također je zabilježen pad broja suicida intoksikacijom medikamentima u općoj populaciji u posljednja dva desetljeća, dok je taj broj povećan kod starijih osoba. Broj suicida intoksikacijom benzodiazepinima porastao je kod starijih osoba usprkos tomu što se smanjila njihova prodaja na recept, što upućuje na

potreban oprez u propisivanju ovih lijekova (37).

Prema Praktičkim smjernicama za liječenje psihijatrijskih poremećaja Američkoga psihijatrijskog udruženja iz 2004. godine (25) preporučuje se:

specifični načini liječenja suicidalnog ponašanja:

1. somatska terapija

- izražena povezanost između depresivnih poremećaja i suicida upućuje na upotrebu antidepresiva
- dugotrajna terapija održavanja solima litija kod bolesnika s povratnim bipolarnim poremećajem i velikim depresivnim poremećajem povezana je sa značajnom redukcijom rizika od suicida i suicidalnih pokušaja
- nema utvrđenog dokaza o smanjenom riziku od suicidalnog ponašanja s nekim drugim stabilizatorom raspoloženja, antikonvulzivnim sredstvom
- smanjenje stope pokušaja suicida zabilježeno je u specifičnim studijama bolesnika sa shizofrenijom liječenih klozapinom. Ostali antipsihotici prve i druge generacije mogu također reducirati suicidalni rizik, osobito kod visokoagitiranih bolesnika
- budući da je anksioznost značajan i promjenjiv rizični čimbenik za suicid, upotreba anksiolitika može smanjiti taj rizik. Ipak, benzodiazepini povremeno dezinhbiraju agresivno i opasno ponašanje i pojačavaju impulzivnost, osobito kod bolesnika s graničnim poremećajem osobnosti
- elektrostimulirajuća terapija (EST) može reducirati suicidalna razmišljanja, barem kratkoročno

2. psihoterapija

Klinički konsenzus upućuje na to da su psihosocijalne intervencije i specifični psihoterapijski pristupi korisne metode.

U psihofarmakoterapiji suicidalnog ponašanja depresivnih bolesnika rabe se sljedeći lijekovi:

Antidepresivi

Iako su neki antidepresivi efikasni u liječenju opsesivno-kompulzivnog poremećaja, paničnog poremećaja i poremećaja hranjenja (posebice bulimije), fokusiramo se uglavnom na njihovu ulogu u liječenju depresije i posebice suicidalnog ponašanja.

Osnovni principi prilikom ordiniranja farmakoterapije kod depresivnih bolesnika jesu razgovor s bolesnikom o izboru lijeka i učinkovitosti nefarmakoloških tretmana te mogućim ishodima liječenja, propisivanje doze antidepresiva koja će biti učinkovita, nastavak tretmana barem 4-6 mjeseci nakon povlačenja simptoma, uz postupno ukidanje antidepresiva (38).

Izbor antidepresiva ovisi između ostalog o težini bolesti, suicidalnom riziku, sigurnosti određenog lijeka, učinkovitosti lijeka, nuspojavama ili interakcijama s drugim

lijekovima, bolesnikovoj suradnji, socijalnoj potpori i tjelesnom komorbiditetu. Kada odlučujemo o terapiji održavanja, čimbenici koje trebamo uzeti u obzir uz rizik od ponavljanja jesu i težina epizode koju procjenjujemo prema tome da li je bolesnik suicidalan, ima li psihotične elemente ili teška funkcionalna oštećenja (25).

Ako depresivne bolesnike liječimo samo dok ne dode do odgovora, bolesnici ostaju s rezidualnim depresivnim simptomima i povećanim rizikom od povrata bolesti ili kroničnog tijeka. Sve što je manje od potpune remisije treba držati neuspješnim tretmanom (39). Potpuna remisija i bolja dugoročna prognoza mogu se postići davanjem dugoročne antidepresivne terapije koja ima multireceptorski mehanizam djelovanja (posebno preko serotoninergičkih i noradrenergičkih receptora) (40).

1. Triciklički i tetraciklički antidepresivi

Visoko su učinkoviti za široki spektar poremećaja (uključujući na prvome mjestu depresiju), no uvođenjem antidepresiva koji imaju manje nuspojava, široka primjena tricikličkih antidepresiva (TCA) se smanjila (4).

Neka istraživanja pokazuju da ne postoje podaci prema kojima bi triciklički antidepresivi bili povezani s većim rizikom od suicida u odnosu na SIPPS-e (41). Uvođenjem novih generacija antidepresiva triciklici se i rjeđe nalaze kod intoksikacija. U istraživanju uzroka fatalnih intoksikacija u Švedskoj pronađeno je da su kao uzrok intoksikacija u 12% slučajeva bili SIPPS-i a triciklički antidepresivi u 10% slučajeva. TCA su češće bili prisutni u toksičnim koncentracijama (64% slučajeva) u odnosu na SIPPS-e (31%) (42). Neke studije navode TCA kao češći uzrok smrti od ostalih antidepresiva. SIPPS-i su povezani sa značajno nižim rizikom od toksičnosti, ali 93% smrti uzrokovanih SIPPS-ima javljalo se u kombinaciji s drugim lijekom, osobito TCA (24,5%) (43).

2. Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS)

Oni su lijekovi prve linije u liječenju depresije, a time vjerojatno i u općoj populaciji, kod starijih osoba, somatskih bolesnika i trudnica. Kod težih depresija i melankolije neke su studije pokazale veću učinkovitost inhibitora ponovne pohrane serotonina i noradrenalina i TCA (4).

Oko 90% kliničkog odgovora na SIPPS-e javlja se na početne doze, a više doze samo povećavaju javljanje nuspojava.

Direktna usporedba pojedinih SIPPS-a nije pokazala prednosti jednog u odnosu na druge. Studije su pokazale da SIPPS-i imaju sličnu učinkovitost kao TCA, no uz prihvatljiviji profil nuspojava. Antidepresivni učinak može se vidjeti u prvim tjednima uzimanja lijeka, no potrebno je pričekati 4-6 tjedana prije konačne evaluacije antidepresivne aktivnosti (4).

SIPPS-i značajno reduciraju rizik od suicida. Kada su se tek pojavili, brojne publikacije su upozoravale na

povezanost fluoksetina i suicida, no novija izvješća opovrgavaju tu povezanost. Pojava anksioznosti i agitacije može znatno pojačati ozbiljnost suicidalnih misli, kao što suicidalne osobe mogu biti sklonije provedbi svojih suicidalnih misli kada postanu manje depresivne, tako da je bolesnike koji uzimaju SIPPS-e potrebno pažljivo pratiti prvih nekoliko tjedana (4, 41).

Literatura opisuje postojanje kemijski inducirane akatizije, što podupiru i subjektivna izvješća o iritabilnosti i agitaciji povezanim s nekim oblicima *acting-out* ponašanja, koja mogu uključivati homocid, suicid i kućno nasilje (44).

Također postoji pojačana zabrinutost da bi SIPPS-i mogli precipitirati suicidalno ponašanje. Neki radovi pokazuju da ne postoji povećani rizik da će depresivni bolesnici na SIPPS-ima počinuti suicid u odnosu na one koji uzimaju druge antidepresive (45, 46). Metaanalizom podataka o fluoksetinu, koju je proveo njegov proizvođač, nisu pronađeni dokazi da bi suicidalnost bila češća kod osoba koje su uzimale fluoksetin. Ukupna incidencija suicida kod bolesnika koji su uzimali fluoksetin bila je 0,3%; 0,2% kod bolesnika na placebo i 0,4% kod bolesnika koji su uzimali tricikličke antidepresive (47).

Prema izvješću Američke uprave za hranu i lijekove (FDA) o kliničkim studijama za 9 modernih antidepresiva zabilježene su slične stope suicida među ispitanicima koji su uključeni u liječenje SIPPS-om (0,59%), standardnim (comparison) antidepresivom iz skupine tricikličkih antidepresiva (0,76%) ili placebo (0,45%) (48).

3. Inhibitori ponovne pohrane dopamina-noradrenalina

Bupropion je vrlo učinkovit u kombinaciji sa SIPPS-om. U kombinaciji s fluoksetinom jedan je od najučinkovitijih i najbolje toleriranih tretmana za sve tipove depresije, a ima vrlo povoljan profil nuspojava. Od posebnog je značenja da je među antidepresivima povezan s vrlo malom inhibicijom seksualne funkcije. Njegov mehanizam djelovanja nije potpuno jasan. Neki podaci upućuju da bupropion pojačava funkcionalnu učinkovitost noradrenergičkog sustava (4). Kako je bupropion relativno novi lijek koji je kratko u uporabi, ne zna se dovoljno o njegovoj eventualnoj povezanosti sa suicidalnim ponašanjem.

Zbog mogućeg induciranja hipertenzivne krize ne treba ga davati s inhibitorima monoaminooksidaze (MAOI) (4, 38).

Postoji studija koja je ispitivala toksičnost bupropiona kada je uziman u svrhu intoksikacije. Pokazalo se da su se javili klinički učinci u obliku uobičajenih nuspojava pa sve do epileptičkih napadaja (49).

4. Inhibitori ponovne pohrane serotonina-noradrenalina

Teško depresivni bolesnici mogu reagirati unutar 2 tjedna na 200 mg na dan venlafaksina (Velafax®, PLIVA), što je nešto brže u odnosu na 2-4 tjedna koliko je potrebno za SIPPS. Može imati brži početak djelovanja u odnosu na druge antidepresive kada mu se doza rapidno povećava (4).

Snažan je inhibitor ponovne pohrane serotonina i noradrenalina i slabi inhibitor ponovne pohrane dopamina. Podnošljivost venlafaksina općenito je dobra. Najvažnija nuspojava je povišenje krvnog tlaka. (4).

Usporedbom skupine ispitanika liječenih placebo i venlafaksinom, stopa suicida i pokušaja suicida nije se razlikovala između ove dvije skupine (50).

5. Modulatori serotonina

Imaju izraženiji sedativni učinak od drugih antidepresiva. Općenito se dobro toleriraju. Nefazodon u odnosu na SIPPS-e rjeđe utječe na seksualnu funkciju, a u kombinaciji s litijem može pojačati nuspojave litija. Njegove nuspojave mogu biti vrtoglavica, posturalna hipotenzija, mučnina, parestezije. Ne smiju se davati uz IMAO. Trazodon gotovo da nema antikolinergičkih nuspojava (4, 38). U studiji koja je ispitivala povezanost rizika između suicida i antidepresiva (TCA, SIPPS, trazodon) nije pronašla razlike između pojedinih skupina antidepresiva (52).

6. Inhibitori monoaminooksidaze (IMAO)

Osobito su učinkoviti kod terapijski rezistentnih bolesnika i atipičnih depresija. Kliničari su često zabrinuti da bi suicidalni bolesnici ignorirajući tiramin-restriktivne dijete ili uzimanjem dodatnih nepropisanih lijekova, mogli počinuti suicid. Ipak, IMAO su često učinkoviti kod nekih suicidalnih depresija. Djelotvorni su kod bolesnika s kojima liječnik ima dobar terapijski odnos i koji su suradljivi jer razumiju fiziološke posljedice inhibicije monoaminooksidaze i potencijalnih hipertenzivnih kriza (3, 25).

Kod bolesnika s terapijski rezistentnom depresijom (TRD) dodavanje ili kombinacija s litijem ili atipičnim antipsihoticima (risperidon, olanzapin, ziprasidon i kve-tiapin) evidentirana je prednost (53).

Prema literaturi, najučinkovitiji u liječenju bipolarnе depresije su SIPPS-i i lamotrigin. Neki podaci govore u prilog bupropionu i moklobemidu. Iako je učinkovita i monoterapija litijem, čini se da je manje efikasna od antidepresiva (54).

Stabilizatori raspoloženja

Dugoročna terapija solima litija kod bolesnika s povratnim bipolarnim poremećajem i velikim depresivnim poremećajem povezana je sa značajnom redukcijom rizika od suicida i suicidalnog pokušaja (13, 25, 55). Ne postoje još utvrđeni dokazi o reduciranom riziku od suicidalnog ponašanja kod nekog drugog antikonvulzivnog stabilizatora raspoloženja (13, 25).

Kod izbora dugotrajnog liječenja treba razmatrati litij kao inicijalnu monoterapiju antisuicidalnog djelovanja (6, 34). Ako je litij neučinkovit ili se teško podnosi, sljedeći izbori su valproat koji vjerojatno prevenira manične i depresivne relapse, olanzapin koji više prevenira manične nego depresivne relapse te karbamazepin i lamotrigin (38).

Anksiolitici

Simptomi anksioznosti, agitacije, iritabilnosti, poremećaja spavanja i panike česti su kod bolesnika s primarnom dijagnozom depresije, bipolarnog afektivnog poremećaja i drugih, koje su povezane s povišenim rizikom od suicida. Stoga se anksiolitici posebno rabe u tretmanu bolesnika koji iskazuju intenzivan početak suicidalnih razmišljanja, namjera ili planova. Isto tako se rabe u kombinaciji s drugim lijekovima, osobito antidepresivima zbog njihove latencije u djelovanju. No, ovi su lijekovi česti kod suicidalnih pokušaja i letalnih predoziranja. U kombinaciji s drugim lijekovima, posebno alkoholom, mogu biti letalni. Postoje mišljenja da je upotreba adekvatne doze anksiolitika liječenje izbora koje pomaže bolesnicima tijekom suicidalne krize. Kemijskom sedacijom snižava se njihova subjektivna razina anksioznosti i regulira se spavanje te se mogu eliminirati rizična stanja koja vode autodestruktivnom ponašanju (3). Ipak, benzodiazepini povremeno mogu dezinhbirati agresivno ponašanje i pojačati impulzivnost, posebno kod bolesnika s graničnim poremećajem osobnosti (3, 25).

Antipsihotici

Depresije sa psihotičnim simptomima i akutne manične faze bipolarnog afektivnog poremećaja također imaju povećan rizik od suicida. Često je teško razlikovati depresiju od kroničnih "negativnih simptoma" shizofrenije. Snižena stopa suicidalnih pokušaja i suicida dokazana je u specifičnoj studiji shizofrenih bolesnika liječenih klopazinom (25, 34). Postoje značajni dokazi koji upućuju na to da klopazin reducira stopu suicida kod bolesnika sa shizofrenijom i shizoafektivnim poremećajem (14, 56), kao i da su bolesnici liječeni klopazinom imali nižu ukupnu stopu mortaliteta (48). Mogući čimbenici koji bi mogli dovesti do smanjenja suicidalnosti kod uzimanja klopazina su: direktno antidepresivno djelovanje, poboljšanje kognitivnih funkcija i uvida, smanjenje negativnih simptoma, reducirana zlouporaba psihoaktivnih tvari i poboljšana suradljivost (compliance). InterSePT studija o komparativnim učincima klopazina i olanzapina pokazala je nadmoć klopazina nad olanzapinom u smanjenju rizika od suicidalnosti (14, 56).

Ostali antipsihotici prve i druge generacije također mogu reducirati suicidalni rizik, posebno kod visokoagitiranih bolesnika (25). Čini se da shizofreni bolesnici liječeni

risperidonom i olanzapinom mogu biti zaštićeni od suicida te da su antisuicidalni učinci različiti među novim antipsihoticima druge generacije (57), a isto se odnosi i na bipolarnu poremećaje (bipolarnu depresiju) (24).

Elektrostimulirajuća terapija (EST)

Kliničko iskustvo upućuje na to da je EST etabliran i učinkovit tretman za stanja u kojima su suicidalna razmišljanja ili namjera povezani sa psihijatrijskim poremećajima, osobito afektivnim poremećajima (3). EST je izbor inicijalnog liječenja ako postoji hitna potreba za djelovanjem (npr. suicidalnost) jer može barem kratkoročno reducirati suicidalna promišljanja (25).

Prevenција suicida kod depresivnih bolesnika

Preventivne aktivnosti obuhvaćaju mnogo širi pojam koji uključuje i aktivnosti koje imaju za cilj razvijanje takvih životnih i razvojnih uvjeta koji će eliminirati mogućnost stvaranja rizičnih situacija i grupa (što se naziva primarnom prevencijom u užem smislu riječi). Pravodobnim prepoznavanjem i liječenjem osoba sa suicidalnim ponašanjem i depresijom preveniraju se tragične posljedice koje imaju i značajan utjecaj na članove obitelji suicidalnih i depresivnih bolesnika. Ponekad je potrebno prevenirati depresiju i liječiti osobe koje su žrtve suicida, tj. članove obitelji osobe koja je učinila suicid, kao i osobe nakon pokušaja samoubojstva.

Važno je stvaranje tzv. ugovora (kontrakta) prevencije suicida. No, oslanjanje na ugovor može lažno umanjiti pažnju kliničara, a da ne uoči promjene bolesnikova statusa suicidalnosti. Ako bolesnik nije voljan poštovati ugovor, potrebna je ponovna procjena terapijske alijanse i bolesnikove razine suicidalnog rizika. Ugovori se ne preporučuju na intenzivnim odjelima, kod agitiranih, psihotičnih i impulzivnih bolesnika, ili kada je bolesnik pod utjecajem intoksicirajućeg sredstva (25).

U preventivne postupke u širem smislu riječi spada i adekvatno i pravodobno prepoznavanje osnovne psihijatrijske bolesti, komorbiditeta bilo psihijatrijskog ili tjelesnog, kao i suicidalnog ponašanja bolesnika te uvođenja odgovarajućih psihofarmaka, psihoterapijskih i psihosocijalnih postupaka.

Literatura

1. SCHMIDKE A. Perspective: suicide in Europe. *Suicide Life Threat Behav* 1997;27:127-36.
2. Oxford English Dictionary. Oxford: Barraclough & Shephard; 1994.
3. MARIS RW, BERMAN AL, SILVERMAN MM. *Comprehensive Textbook of Suicidology*. New York, London: The Guilford Press; 2000.
4. SADOCK BJ, SADOCK VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. Virginia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2003.
5. CAMUS A. Mit o Sifizu. Zagreb: Matica hrvatska; 1996.
6. GRUBIŠIĆ-ILIĆ M, KOZARIĆ-KOVAČIĆ D, GRUBIŠIĆ F, KOVAČIĆ Z. 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* 2002;17:259-64.
7. BERMAN LA. "Suicide," Microsoft(r) Encarta(r) Online Encyclopedia 2004. Dostupno na URL adresi: <http://encarta.msn.com>. Datum pristupa informaciji, 2004.
8. KOZARIĆ-KOVAČIĆ D, GRUBIŠIĆ-ILIĆ M, GRUBIŠIĆ F, KOVAČIĆ Z. Epidemiological indicators of suicides in the Republic of Croatia. *Društvena Istraživanja* 2002;1:155-70.
9. NEELMAN J, HALPERN D, LEON D, LEWIS G. Tolerance on suicide, religion and suicide raters; an ecological and individual study in 19 Western countries. *Psychol Med* 1997;27:1165-71.
10. SHARMA R, MARKAR HR. Mortality in affective disorder. *J Affect Disord* 1994;31:91-6.
11. HOPES LM, WILLIAMS A. Depression, self-defeating, and self-destructive behaviours as predictors of suicide ideation in males and families. *Psychol Rep* 1999;84:63-6.
12. BULIK CM, CARPENTER LL, KUPFER DJ, FRANK E. Features associated with suicide attempts in recurrent major depression. *J Affect Disord* 1990;18:29-37.
13. MULLER-OERLINGHAUSEN B, BERGHOFER A, AHRENS B. The antisuicidal and mortality-reducing effect of lithium prophylaxis: consequences for guidelines in clinical psychiatry. *Can J Psychiatry* 2003;48:433-9.
14. GUZE SB, ROBINS E. Suicide and primary affective disorder. *Br J Psychiatry* 1970;117:437-8.
15. HARRIS EC, BARRACLOUGH B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;170:205-28.
16. ISOMETSA E, HENRIKSSON M, ARO H, HEIKKINEN M, KUOPPASALMI K, LONNQVIST J. Suicide in psychotic major depression. *J Affect Disord* 1994;31:187-91.
17. GOODWIN FK, JAMISON KR. *Manic-Depressive Illness*. New York: Oxford University Press; 1990.
18. GOODWIN G. Establishing Treatment With Maintenance in Mind. *Bipolar Global Medical Conference*. Rome, Italy; 20-21 Sept 2004, str. 5.
19. KUPFER DJ, FRANK E, GROCHOCINSKI VJ, CLUSS PA, HOUCK PR, STAPF DA. Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry. *J Clin Psychiatry* 2002;63:120-5.
20. OSBY U, BRANDT L, CORREIA N, EKBOM A, SPAREN P. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:844-50.
21. DRUSS BG, BRADFORD WD, ROSENHECK RA, RADFORD MJ, KRUMHOLZ HM. Quality of medical care and excess mortality in older patients with mental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2001;58:565-72.
22. GELLER B, LUBY J. Child and adolescent bipolar disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1168-76.
23. CHEN YW, DILSAVER SC. Lifetime rates of suicide attempts among subjects with bipolar and unipolar disorders relative to subjects with other Axis I disorders. *Biol Psychiatry* 1996;39:896-9.
24. MITCHELL PB. The Challenges of Bipolar Depression Treatment. *Bipolar Global Medical Conference*. Rome, Italy; 20-21 Sept 2004.
25. American Psychiatric Association. *Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders*. Arlington: American Psychiatric Association; 2004.
26. CONWELL Y, DUBERSTEIN PR, COX C, HERRMANN JH, FORBES NT, CAINE ED. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *Am J Psychiatry* 1996;153:1001-8.
27. MÄKELÄ P. Alcohol consumption and suicide mortality by age among Finnish men, 1950-1991. *Addiction* 1996;91:101-12.
28. BEAUTRAIS AL, JOYCE PR, MULDER RT, FERGUSSON DM, DEAVOLL BJ, NIGHTINGALE SK. Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: a case-control study. *Am J Psychiatry* 1996;153: 1009-14.
29. LESTER D. Suicidal behavior in bipolar and unipolar affective disorders: a meta-analysis. *J Affect Disord* 1993;27:117-21.
30. ISOMETSA ET, HENRIKSSON MM, ARO HM, HEIKKINEN ME, KUOPPASALMI KI, LÖNNQUIST JK. Suicide in major depression. *Am J Psychiatry* 1994;151:530-6.
31. FRANK E. Treatment Adherence: Preventing Relapse and Optimising Solutions for Wellness. *Bipolar Global Medical Conference*. Rome, Italy; 20-21 Sept 2004, str. 3-6.
32. COLOM F, VIETA E, SANCHEZ-MORENO J i sur. Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders. *Bipolar Disord* 2004;6:294-8.
33. BALDESSARINI RJ, JAMISON KR. Effects of medical interventions in suicidal behavior. Summary and conclusions. *J Clin Psychiatry* 1999;60(Suppl 2):117-22.
34. ERNST CL, GOLDBERG JF. Antisuicide properties of psychotropic drugs: a critical review. *Harv Rev Psychiatry* 2004;12:14-41.
35. FREEMANTLE N, HOUSE A, SONG F, MASON JM, SHELDON TA. Prescribing selective serotonin reuptake inhibitors as strategy for prevention of suicide. *BMJ* 1994;309:249-53.
36. CARLSTEN A, WAERN M, EKEDAHL A, RANSTAM J. Antidepressant medication and suicide in Sweden. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2001;10:525-30.
37. CARLSTEN A, WAERN M, HOLMGREN P, ALLEBECK P. The role of benzodiazepines in elderly suicides. *Scand J Public Health* 2003;31:224-8.
38. TAYLOR D, PATON C, KERWIN R. The South London and Maudsley NHS Trust 2003 Prescribing Guidelines. 7.

- izd. London & New York: Martin Dunitz, Taylor & Francis Group; 2003.
39. McINTYRE RS, O'DONOVAN C. The human cost of not achieving full remission in depression. *Can J Psychiatry* 2004;49(3 Suppl 1):10S-16S.
 40. BAKISH D. New standard of depression treatment: remission and full recovery. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl 26):5-9.
 41. HEALY D. Lines of evidence on the risks of suicide with selective serotonin reuptake inhibitors. *Psychother Psychosom* 2003;72:71-9.
 42. JONSSON A, HOLMGREN P, AHLNER J. Fatal intoxications in a Swedish forensic autopsy material during 1992-2002. *Forensic Sci Int* 2004;143:53-9.
 43. CHEETA S, SCHIFANO F, OYEFESO A, WEBB L, GHODSE AH. Antidepressant-related deaths and antidepressant prescriptions in England and Wales, 1998-2000. *Br J Psychiatry* 2004;184:41-7.
 44. HEALY D. Antidepressant era. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1998.
 45. LAPIERRE YD. Suicidality with selective serotonin reuptake inhibitors: Valid claim? *J Psychiatry Neurosci* 2003;28:340-7.
 46. HAM P. Suicide risk not increased with SSRI antidepressants. *J Fam Pract* 2003;52:587-8.
 47. KHAN A, KHAN S, KOLTS R, BROWN WA. Suicide rates in clinical trials of SSRIs, other antidepressants, and placebo: analysis of FDA reports. *Am J Psychiatry* 2003;160:790-2.
 48. MELTZER HY, ALPHS L, GREEN AI i sur. Clozapin treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:82-91.
 49. BALIT CR, LYNCH CN, ISBISTER GK. Bupropion poisoning: a case series. *Med J Aust* 2003;178:61-3.
 50. KHAN A, KHAN SR, LEVENTHAL RM, BROWN WA. Symptom reduction and suicide risk in patients treated with placebo in antidepressant clinical trials: a replication analysis of the Food and Drug Administration Database. *Int J Neuropsychopharmacol* 2001;4:113-8.
 51. SALETU-ZYHLARZ GM, ANDERER P, ARNOLD O, SALETU B. Confirmation of the neurophysiologically predicted therapeutic effects of trazodone on its target symptoms depression, anxiety and insomnia by postmarketing clinical studies with a controlled-release formulation in depressed outpatients. *Neuropsychobiology* 2003;48:194-208.
 52. JICK SS, DEAN AD, JICK H. Antidepressants and suicide. *BMJ* 1995;310:215-8.
 53. KENNEDY SH, LAM RW. Enhancing outcomes in the management of treatment resistant depression: a focus on atypical antipsychotics. *Bipolar Disord* 2003;5(Suppl 2):36-47.
 54. SILVERSTONE PH, SILVERSTONE T. A review of acute treatments for bipolar depression. *Int Clin Psychopharmacol* 2004;19:113-24.
 55. SERNYAK M, DESAI R, STOLAR M, ROSENHECK R. Impact of clozapin on completed suicide. *Am J Psychiatry* 2001;158:931-7.
 56. MELTZER HY. Suicidality in schizophrenia: a review of the evidence for risk factors and treatment options. *Curr Psychiatry Rep* 2002;4:279-83.
 57. COPPEN A. Lithium in unipolar depression and the prevention of suicide. *J Clin Psychiatry* 2000;61(Suppl 9):52-6.