

# Suicidalnost: suvremeni pristupi prevenciji i terapiji

## *Suicidality: Contemporary Approaches to Prevention and Therapy*

PETRANA BREČIĆ<sup>1,2</sup>, MARKO ĆURKOVIĆ<sup>1,2</sup>,  
DOMAGOJ VIDOVIĆ<sup>1,2</sup>, SENKA REPOVEČKI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb; <sup>2</sup> Medicinski fakultet, Sveučilišta u Zagrebu

**SAŽETAK** — Suicidalnost je jedan od najsloženijih kliničkih i javnozdravstvenih problema suvremene medicine. Premda je često povezana sa psihičkim poremećajima, suvremena saznanja pokazuju kako ju nije moguće svesti ni na dijagnozu ni na jedan pojedinačni uzrok. Ona nastaje na sjecištu biološke ranjivosti, psihopatologije, psihičke boli, životne povijesti, aktualne krize, društvenih odnosa i osjećaja smisla. U tom okviru posljednjih se godina učvršćuje javnozdravstveni pristup sažet sintagmom „prevencija suicida u svim politikama“, koji odgovornost za prevenciju smješta i izvan granica zdravstvenog sustava. U kliničkoj praksi procjena rizika mora biti individualna, višekratna i utemeljena na terapijskom odnosu; nijedna ljestvica ne može zamijeniti izravna pitanja o suicidalnim mislima i planovima, procjenu ranijih pokušaja, dostupnosti sredstava, dinamike krize te zaštitnih čimbenika. Liječenje je nužno multimodalno i uključuje psihoterapijske, farmakološke i socioterapijske intervencije, uz naglasak na cjelovitosti i sveobuhvatnosti skrbi. Najveći preventivni učinak na populacijskoj razini i dalje imaju ograničavanje pristupa sredstvima suicida, odgovorno medijsko izvještavanje, rano prepoznavanje, aktivno praćenje rizičnih osoba te djelovanje na društvene odrednice suicidalnosti. Hrvatski podatci pokazuju dugoročni pad stopa, ali i trajnu potrebu za sustavnom, međusektorskom i smislenu usmjerenom prevencijom.

**KLJUČNE RIJEČI:** suicidalnost, prevencija suicida, procjena suicidalnog rizika, javno zdravstvo, multimodalni pristup

**SUMMARY** — Suicidality is one of the most complex clinical and public health problems in contemporary medicine. Although it is often associated with mental disorders, current evidence shows that it cannot be reduced either to a diagnosis or to any single cause. It arises at the intersection of biological vulnerability, psychopathology, mental pain, life history, acute crisis, social relationships, and a sense of meaning. Within this framework, recent years have seen the consolidation of a public health approach captured by the phrase “suicide prevention in all policies,” which locates responsibility for prevention beyond the boundaries of the healthcare system as well. In clinical practice, risk assessment must be individualized, repeated, and grounded in the therapeutic relationship; no scale can replace direct questions about suicidal thoughts and plans, assessment of previous attempts, access to means, dynamics of the crisis, and protective factors. Treatment must necessarily be multimodal and include psychotherapeutic, pharmacological, and sociotherapeutic interventions, with emphasis on the integrity and comprehensiveness of care. At the population level, the greatest preventive effect still comes from restricting access to means of suicide, responsible media reporting, early recognition, active follow-up of at-risk individuals, and action on the social determinants of suicidality. Croatian data show a long-term decline in rates, but also a continuing need for systematic, intersectoral, and meaningfully targeted prevention.

**KEY WORDS:** suicidality, suicide prevention, suicide risk assessment, public health, multimodal approach



### Uvod

Suicid je jedan od onih fenomena koji se opiru svakom pojednostavljenju. On je istodobno i znak, i čin, i posljedica, i klinički događaj, ali i odjek, odraz trenutnog poimanja društva (1, 2). U tom je smislu suicidalnost jedno od najtežih pitanja suvremene medicine, ne samo psihijatrije. Prema najnovijim procjenama Svjetske zdravstvene organizacije, u 2021. godini od suicida je umrlo 727 000 ljudi, što znači kako je suicid odgovoran za približno 1,1 % svih smrti u svijetu, a riječ je o trećemu vodećem uzroku smrti među

mladima u dobi od 15 do 29 godina (3). Osim toga, a isto vrijedi uvijek imati na umu, na svaki dovršeni suicid dolazi višestruko veći broj pokušaja. Suicid je, dakle, i dalje veliki javnozdravstveni problem globalnih razmjera.

Hrvatska u tom kontekstu nije iznimka. Premda naši podatci posljednjih desetljeća pokazuju trend pada učestalosti, u 2024. godini registrirano je 542 suicida, odnosno 14,0 slučajeva na 100 000 stanovnika, pri čemu su stope najviše u starijoj dobi (4). Službeni podatci i dalje upozoravaju kako je riječ o jednom od vodećih uzroka smrti od ozljeda, kao

i o problemu s izraženim spolnim i dobnim razlikama (4). Upravo navedeno, uz činjenicu kako iza svakog broja stoji jedna osoba, njezina povijest, jedna obitelj i nerijetko dugotrajno obilježena zajednica – nalaže da suicidalnost promišljamo i suicidalnosti pristupamo ozbiljno, sustavno i bez pojednostavljenih objašnjenja.

Tradicionalno je suicid bio gotovo sâm po sebi smještan u okvire psihijatrije i psihijatrijskih oznaka. Doista, psihološke autopsije i suvremene metaanalize uporno pokazuju kako je najveći udio osoba koje su počinile suicid bolovao od nekoga psihičkog poremećaja (2, 5). Međutim, iz toga ne slijedi kako je suicid moguće svesti na dijagnozu, baš kao što ne slijedi ni da će većina osoba s psihičkim poremećajem razviti suicidalno ponašanje, a još manje počiniti suicid. Iz upravo navedenoga može se izvesti jedno od ključnih pitanja: možemo li uistinu i dalje suicid promatrati isključivo kao problem psihijatrije? Suvremena znanja i spoznaje sugeriraju kako ne možemo, odnosno kako bismo time previdjeli upravo one razine djelovanja na kojima je prevencija najdjelotvornija (6, 7 – 12).

## Od kliničkog prema javnozdravstvenom pristupu

Unazad nekoliko godina može se primijetiti stanovita prekretnica koja predstavlja korijeniti zaokret u razmišljanju i pristupu suicidalnosti. Temeljna poruka je jednostavna, ali dalekosežna: suicid nije samo klinički problem pojedinca u krizi, nego i ishod društvenih, gospodarstvenih, kulturnih i političkih uvjeta u kojima ljudi žive (7 – 12). Drugim riječima, suicidalnost ne nastaje u zrakopraznom prostoru. Ona se razvija na podlozi određene ranjivosti, ali i u okruženju siromaštva, nezaposlenosti, zaduženosti, nasilja, usamljenosti i samoće. Hrani se nepravdom, pretjeranom i lakom dostupnošću alkoholnih pića i sredstvima suicida, neodgovornim javnim izvještavanjem te društvenim uređenjem koja slabo i teško podnosi patnju, slabost i nemoć.

Ovaj je pomak u skladu s poznatim Roseovim paradoksom prevencije: najveći učinak na razini populacije često ne postignemo isključivo intervencijama usmjerenima na osobe za koje već znamo kako su pod vrlo visokim rizikom, nego mjerama koje mijenjaju šire društveno okruženje i smanjuju ukupnu distribuciju rizika u populaciji (7, 9, 11, 12). To ne umanjuje važnost intenzivnog rada s osobama u suicidalnoj krizi, naprotiv, samo nas podsjeća kako je klinička intervencija nužna, ali ne i dovoljna. Uspješna prevencija jednostavno mora započeti mnogo ranije.

Upravo stoga krilatica „prevencija suicida u svim politikama“ (engl. *suicide prevention in all policies*) nije pusta retorička figura, nego stvaran zahtjev, nalog za temeljitu promjenu. Ona znači kako prevencija suicida ne pripada samo psihijatriji, psihijatrima i njenim pojedinim ispostavama nego zahvaća obrazovni sustav, socijalne politike,

radno zakonodavstvo, javnozdravstvene kampanje, medije, urbanistička rješenja, propise o dostupnosti oružja, pesticida i lijekova te politike prema alkoholu i kockanju (7 – 12). Za kliničare je ovaj zaokret važan jer ih oslobađa privida da će samo liječenjem, suzbijanjem simptoma uvijek biti moguće spriječiti najteži ishod. Za društvo i zajednicu je on pak presudan jer vraća odgovornost tamo gdje i pripada – na cijeli sustav.

## Suvremeno poimanje suicidalnosti: isprepletenost ranjivosti, patnje i gubitka pripadnosti

Suvremeni modeli suicidalnosti sve manje traže jedan „glavni uzrok“, a sve više nastoje razumjeti međuodnos više čimbenika koji se u određenom trenutku „poslože“ u smjeru i prema rubu suicidalnosti. Psihološki pristupi naglašavaju beznade, kognitivnu suženost, rigidnost mišljenja i osjećaj kako ne postoji izlaz; interpersonalna teorija suicidalnosti upućuje na važnost doživljaja bivanja teretom drugima, osjećaja nepripadanja te postupnog stjecanja sposobnosti za suicid. Noviji pristupi u prvi plan stavljaju nepodnošljivu psihičku bol, patnju i složenu mrežu utjecaja koji se mijenjaju kroz vrijeme (6, 11, 13).

Klinički to znači kako se suicidalnost ne može razumjeti samo kao „dodatan simptom depresije“, niti samo kao (nus)produkt impulzivnosti, psihoze i/ili očaja. Ona je često rezultat susreta više razina ranjivosti: biološke (pre)dispozicije, ranijih trauma, aktualne psihičke smetnje, upotrebe alkohola ili drugih psihoaktivnih tvari, odnosnoga gubitka, financijskog sloma i/ili iskustva sramote. U nekim je slučajevima u središtu beznade, u drugima akutna agitacija, u trećima duboki osjećaj isključenosti. Zbog toga je svaka suicidalna osoba na neki način klinički jedinstvena, premda se u pozadini mogu prepoznati određeni zajednički obrasci.

Ova je spoznaja osobito važna za sve liječnike i zdravstvene djelatnike koji se s takvim osobama susreću izvan psihijatrije. Pacijent s karcinomom, kroničnom boli, novonastalim invaliditetom, teškom ovisnošću, naglim socijalnim padom i/ili iskustvom obiteljskog nasilja može razviti suicidalnu krizu i onda kada ne zadovoljava „školsku sliku“ depresivnog bolesnika. Upravo je zato potrebno sačuvati kliničku budnost te širinu pogleda i pristupa. Suicidalnost ne nastaje samo ondje gdje postoji dijagnoza – ona često nastaje ondje gdje se ranjivost susretne s doživljajem kako više nema izlaza, smisla ni pripadanja.

## Procjena suicidalnog rizika u kliničkoj praksi

Procjena suicidalnog rizika ostaje jedan od najzahtjevnijih zadataka u medicini. Ona je zahtjevena upravo zato što se od liječnika često očekuje nešto što nije posve moguće: točno

TABLICA 1. Ključne sastavnice procjene suicidalnog rizika u svakodnevnom kliničkom radu

| PODRUČJE                      | NA ŠTO OBRATITI PAŽNJU                                                                                                                             | ZAŠTO JE VAŽNO                                                       |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Trenutačni poriv              | Postojanje misli, namjere, plana, vremenskoga horizonta i doživljene kontrole nad impulsima.                                                       | Određuje težinu stanja i žurnost pružanja pomoći.                    |
| Dostupnost sredstava/načina   | Oružje, lijekovi, pesticidi, visina, užad, prijevozna sredstva i sve ostalo što je lako dostupno („nadohvat ruke“).                                | Povećava neposrednost, izravnost opasnosti i pogibelnost samog čina. |
| Ranija ponašanja/postupci     | Prijašnji pokušaji suicida, (nesuicidalno) samoozljeđivanje, pripreme radnje, oprostajne poruke.                                                   | Jedni od najjasnijih znakova buduće ugroženosti.                     |
| Trenutno psihičko stanje      | Depresija, agitacija (nemir), psihoza, intoksikacija, nesanica, beznađe, psihička bol/patnja, gubitak sna, impulzivnost.                           | Pomaže razumjeti izvor i tijek trenutačne nevolje.                   |
| Trenutni tereti               | Gubitak, nasilje, sramota, dugovi, pravni ili radni slom, teška tjelesna bolest, usamljenost.                                                      | Često potiču prijelaz iz ranjivosti u krizu.                         |
| Zaštitni čimbenici i uporišta | Bliski odnosi, djeca, vrijednosti, vjera, suradljivost, osjećaj odgovornosti i sve što osobu veže uz život.                                        | Mogu ublažiti, umanjiti opasnost i biti glavni oslonac u oporavku.   |
| Prijelomne točke (trenutci)   | Prijam, otpust, pogoršanje ili ponovna pojava smetnji/poremećaja, prekid terapije, nedavni suicid u okolini, važne obljetnice ili sudski postupci. | Zahtijevaju dodatnu budnost i ponovnu procjenu stanja.               |

predviđanje individualnog ishoda. Sustavni pregledi dosadašnjih saznanja pokazuju kako postojeći modeli imaju ograničenu prediktivnu vrijednost i kako ne mogu zamijeniti kliničku procjenu (14, 15). To, međutim, ne znači kako je procjena beskorisna niti uzaludna. To samo znači da se ona ne smije svesti na puko, mehaničko popunjavanje pojedinih ljestvica.

Suvremene hrvatske smjernice stoga s pravom naglašavaju lječidbeni (terapijski) susret i odnos, izravna pitanja o suicidalnim porivima, mislima i planovima, procjenu prethodnih pokušaja, neposredne dostupnosti sredstava, (zlo) uporabe alkohola i drugih sredstava ovisnosti, aktualne psihopatologije, stupnja impulzivnosti, podrške okoline i zaštitnih čimbenika (14). Ključna je poruka ovdje kako se o suicidu mora pitati jasno i nedvosmisleno. Izbjegavanje pitanja ne štiti pacijente, naprotiv, često im samo produbljuje osjećaj usamljenosti i neshvaćenosti. Za mnoge je pacijente upravo iskustvo da ih je netko pitao izravno, mirno i bez osude, prvi trenutak stvarnoga terapijskoga kontakta.

Mimo navedenog, u procjeni je važno razlikovati kroničnu suicidalnu ranjivost od akutne suicidalne krize. Raniji pokušaj suicida, nesuicidalno samoozljeđivanje, obiteljska anamneza suicida, određeni poremećaji osobnosti, poremećaji raspoloženja (posebice bipolarni poremećaj i depresija), psihotični poremećaji, ovisnosti i ozbiljna tjelesna bolest mogu upućivati na povišenu osnovnu ranjivost. Ipak, odluku o stupnju hitnosti i modalitetu liječenja često određuju upravo oni promjenjivi čimbenici: trenutna namjera, stvaran plan, vremenska blizina planiranog čina, pristup sredstvu, agitacija, intoksikacija, osjećaj potpune beznadnosti, zapovjedne obmane osjetila i/ili izostanak ikakvih zaštitnih

čimbenika ili odnosa. Procjena stoga mora biti ponavljana, osobito u prijelaznim točkama – pri prvom susretu, pri prijemu, otpustu, nakon pokušaja suicida, nakon naglog pogoršanja stanja i/ili značajnoga životnoga gubitka.

Jednako je važno podsjetiti kako pojedinac koji pomišlja na suicid nije samo „ugroženi bolesnik“, nego prije svega čovjek u dubokoj nevolji. Ako procjenu svedemo samo na administrativni, birokratski zaklon bilo liječnika ili ustanove, promašit ćemo njezinu bit i svrhu. Temelj prave procjene nije ljestvica, nego odnos: sposobnost pružiti osobi ispred nas osjećaj kako je viđena, ozbiljno shvaćena i dovoljno sigurna reći ono što možda nikome nije povjerila (ili pak ono što je nekada jednostavnije misliti i činiti nego izreći).

### Suvremeni pristupi liječenju: sveobuhvatno, višeslojno, postupno i poosobljeno

Liječenje suicidalnosti uvijek znači dvije stvari istodobno: zaštititi život i liječiti ono što je u njoj podlozi. Zbog toga ne postoji jedna „terapija suicidalnosti“ koja bi bila dovoljna niti dobra za sve. U nekim je slučajevima ključno hitno bolničko liječenje i osiguravanje sigurnosti; u drugima intenzivnije izvanbolničko liječenje uz blisko praćenje; u trećima sustavno liječenje depresije, psihoze, ovisnosti, trauma, rješavanje sukoba s drugima ili ublažavanje trajne beznadnosti. Multimodalni, višeslojni pristup nije znak neodlučnosti, nego odraz složenosti same pojave.

Od psihoterapijskih pristupa najsnažniju razinu dokaza danas imaju kognitivno-bihevioralna terapija, suradnički pristup liječenju suicidalnosti (engl. *Collaborative Assessment and Management of Suicidality*, CAMS) i dijalektičko-bihevioralna terapija (DBT) (16 – 19). Nedavni sustavni pregledi

spoznaja pokazuju kako kognitivno-bihevioralna terapija u odraslih ne smanjuje samo suicidalne misli kratkoročno, nego i kasniji rizik suicidalnog i samoozljeđujućeg ponašanja (17). Posebice je usmjerena na prepoznavanje i promjenu kognitivnih distorzija povezanih sa suicidalnim mislima, uključujući osjećaj beznadnosti, kognitivnu rigidnost i deficite u rješavanju problema. CAMS i DBT imaju osobitu vrijednost jer suicidalnosti ne pristupaju kao usputnom znaku nečeg drugog, već je stavljaju u samu srž liječenja i oporavka. U mladima se upravo DBT zasad pokazao najuspješnijim u smanjenju ponavljanih pokušaja i samoozljeđivanja, premda noviji osvrti upozoravaju na skromnije učinke nego u odraslih (18, 19).

Za širu medicinsku publiku posebno je važna spoznaja kako se učinkovita skrb za suicidalne pacijente ne odvija samo u okrilju psihijatrije. Sustavni pregledi pokazuju kako suradnički pristupi skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti mogu smanjiti suicidalno ponašanje i poboljšati kontinuitet praćenja, osobito kada su dobro uspostavljeni i usustavljeni (20). To je važno jer mnogi pacijenti, zapravo – većina njih, prije suicida ili pokušaja suicida kontaktiraju upravo liječnika obiteljske medicine, hitnu službu ili druge „nepsihijatrijske“ dijelove sustava.

Sigurnosno planiranje također ima važno mjesto, ali ga treba razumjeti ispravno. U odraslih postoje razmjerno čvrsti dokazi kako sigurnosni plan praćen s aktivnim praćenjem i pregledima može smanjiti suicidalno ponašanje i povećati uključivanje u liječenje (21). Međutim, novije spoznaje, posebice u djece i adolescenata upozoravaju kako sigurnosni plan ne treba shvaćati kao samostalan tretman, nego kao dio šire, strukturirane skrbi (22). To je važna klinička poruka: sigurnosni plan, kao i mnogo toga drugog u ovom području, nije papir koji treba „odraditi“, nego sredstvo koje ima smisla samo ako je ugrađeno u odnos, praćenje i stvarni plan djelovanja.

Farmakoterapija ostaje važna, ali njezino mjesto treba ispravno postaviti i prikazati. Najkraće rečeno, kada govorimo o farmakološkom pristupu suicidalnoj osobi, važno je naglasiti temeljnu postavku: ne postoji lijek koji specifično i isključivo liječi suicidalnost. Farmakoterapija se indicira u skladu s dominantnim simptomima i psihičkim poremećajem koji se nalazi u podlozi suicidalnog ponašanja. Među lijekovima najviše dokaza za specifičan antisuicidalni učinak i dalje imaju litij u poremećajima raspoloženja te klopazin u poremećajima psihičnog spektra (1). Ketamin može brzo reducirati suicidalne misli u dijela bolesnika s depresijom i time biti iznimno vrijedan, ali ta je korist vremenski ograničena i zahtijeva nastavak sveobuhvatnoga liječenja (23). Esketamin je otvorio nove mogućnosti u akutnom liječenju depresivnih bolesnika sa suicidalnošću, a ima i određene učinke koji mogu biti posebice korisni u suicidalnosti – poput utjecaja na osjećaj

beznada i anhedoniju, no nedavni pregledi dosadašnjih dokaza pozivaju na oprez i odupiranje jednoznačnim i pojednostavljenim tumačenjima (24). Ovdje svakako moramo izdvojiti i antidepressive koji su jasan izbor u liječenju suicidalnosti posebice u kontekstu depresivnih poremećaja. I doista, antisuicidalni učinak antidepressiva u snažnom je odnosu s poboljšanjem kliničke slike depresije, odnosno sa smanjenjem depresivnih simptoma u pozadini suicidalnosti (1, 2). No ono što ograničava njihovu ulogu u akutnome zbrinjavanju suicidalnosti jest odgođeni učinak. Drugim riječima, ni jedan lijek sam po sebi ne može nadomjestiti odnos, psihoterapijski i socioterapijski rad, praćenje i uklanjanje ili rad na društvenim i svim drugim (dohvatljivim i promjenjivim) čimbenicima suicidalnosti. Na kraju, valja naglasiti i vrijednost kratkih intervencija i organiziranog praćenja nakon akutnog događaja. Brojni podatci vezani uz postupke u akutnoj skrbi pokazuju kako povezivanje procjene, sigurnosnog planiranja, kratkih pregleda i djelotvornog povezivanja s daljnjim liječenjem može smanjiti ponovne pokušaje suicida i poboljšati nastavak skrbi (25). To je osobito važno nakon otpusta s bolničkog liječenja jer je upravo to razdoblje jedno od najosjetljivijih.

## Prevenција suicida (u) svim politikama

Ako prihvatimo da se suicidalnost razvija i izvan zidova bolnica, to jest zdravstvenog sustava, tada i prevencija mora biti organizirana izvan nje. Najčvršći javnozdravstveni dokazi i dalje podupiru ograničavanje pristupa sredstvima suicida: pesticidima, vatrenom oružju, velikim pakiranjima lijekova, kao i intervencijama na takozvanim *hotspot* mjestima (7, 11). To je možda i najbolji primjer kako skup naizgled „nepsihijatrijskih“ i „nemedicinskih“ mjera može spašavati živote.

Drugo važno područje odnosi se na medije i digitalni prostor. Danas znamo kako je suicid djelomično i „prenosiva“ pojava: način na koji se o njemu govori može povećati, ali i smanjiti opasnost (10, 26). Senzacionalističko izvještavanje, romantizacija i veličanje samog čina, podrobno opisivanje načina i nepromišljeno širenje sadržaja mogu u drugima p(r)obuditi određene (lančane) porive za oponašanjem (takozvani Wertherov učinak ili *copycat* suicid). Isto posebice treba imati na umu u okružju sveprisutnosti digitalnih sredstava i snažne uronjenosti u digitalni prostor u kojemu je stvaranje i dijeljenje neposrednih sadržaja silno olakšano (i poticano). S druge strane, medijske priče nade, oporavka i traženja pomoći mogu imati zaštitni, takozvani Papageno učinak (10, 26). U vremenu kada se sadržaji šire brže nego ikada, odgovorno izvještavanje o suicidu nije tek neko sporredno etičko (ili kakvo drugo) pitanje, nego izravna i nezaobilazna preventivna intervencija.

Treće područje odnosi se na društvene odrednice. Ovdje svakako treba posebno istaknuti alkohol, kockanje, obiteljsko nasilje i iskustvo gubitka bliske osobe suicidom kao

snažne čimbenike koji se ne mogu rješavati samo na razini pojedinaca (2, 11). Gospodarski slomovi, dugovi, nezaposlenost i nesigurni uvjeti života također nisu samo pozadinski, nego vrlo stvarni (aktivni) čimbenici suicidalnog rizika (9, 12). Kada društvo zanemari te razine, ono u određenom smislu prepušta najslabije same sebi. Ispravno shvaćeno čuvanje života u smislu sprječavanja samoubojstava zato podrazumijeva i stvarnu društvenu potporu, dostupnu pomoć žrtvama nasilja, nadzor nad tržištem koje produbljuje ovisnosti, sigurnost na radnom mjestu i politiku koja ne gasi nadu onima koji su već umnogome i/ili uvelike beznadni.

Četvrto, preventivne sposobnosti zajednice mogu se jačati i osnažiti poukom i vježbom. Programi za one koji prvi prepoznaju krize (takozvani *gatekeeper* programi) mogu poboljšati namjeru pomaganja i, iako u nešto manjoj mjeri, stvarnu pomoć osobama u potrebi (27). Njihova je vrijednost u tome što šire sposobnost prepoznavanja i primjerenog odgovora izvan uskoga kruga stručnjaka. To je osobito važno u svim zajednicama u kojima ljudi dijele svakodnevicu – od mjesta učenja i rada do ustanova u kojima borave najosjetljiviji ili oni u zatvorenim sustavima (u kojima je svakodnevica bitno podređena nadzoru). Ipak, ni ovdje ne smijemo upasti u pojednostavljenje: edukacija sama po sebi nije dovoljna ako iza nje ne postoji jasan put upućivanja, dostupna stručna pomoć i sustav koji može prihvatiti osobu u krizi.

Ovdje svakako vrijedi izdvojiti i ulogu digitalnih tehnologija i prostora jer razvoj istih zasigurno otvara nove mogućnosti u prevenciji, liječenju i praćenju suicidalnosti. Digitalna rješenja koja omogućuju samopraćenje raspoloženja, izradu personaliziranih sigurnosnih planova te pristup kriznim intervencijama mogu predstavljati koristan dodatak uobičajenim terapijskim pristupima (28). Postoji veliki dio istraživanja digitalnih sredstava (posebice onih koji se oslanjaju na umjetnu inteligenciju) koji ukazuju na brojne mogućnosti u smislu predviđanja suicidalnog rizika na temelju podataka iz elektroničkih zdravstvenih zapisa, društvenih mreža i drugih tehnologija (28). Ipak, valja biti oprezan u očekivanjima jer sva ova nastojanja nose i donose brojne izazove. Digitalne tehnologije trebaju dopunjavati, a ne zamjenjivati temeljni ljudski susret i odnos koji su u srži zbrinjavanja suicidalnih osoba. Uostalom, u suicidalnosti, možda više nego igdje drugdje u medicini, vrijedi pravilo kako tehnologija može pomoći, ali ne može nositi terapijski teret sama.

## Hrvatska stvarnost i značenje za sustav skrbi

Hrvatski podatci pokazuju dugoročni pad smrtnosti zbog suicida, ali istodobno potvrđuju kako ovaj problem nipošto nije riješen. Posebno zabrinjavaju više stope u starijoj dobi,

trajno izražena spolna razlika te činjenica kako suicid i dalje ostaje jedan od vodećih uzroka smrti od ozljeda (4). Sve navedeno ukazuje kako prevenciju ne smijemo zamišljati samo kao pitanje nekoliko „samo za to namijenjenih“ ustanova, nego kao trajnu zadaću cijelog sustava.

Za hrvatske prilike tri se stvari čine osobito važnima. Prvo, potrebno je dodatno osnažiti znanja, vještine i sposobnosti liječnika izvan psihijatrije – od liječnika obiteljske medicine i hitne medicine do specijalista i zapravo, svih drugih koji se susreću s osobama u teškim životnim i zdravstvenim okolnostima. Drugo, moramo ujednačiti i doista oživotiti podršku u onim najosjetljivijim trenutcima: nakon pokušaja samoubojstva, povratka kući iz bolnice, naglog pogoršanja stanja ili teškoga životnoga gubitka. Treće, važno je prevenciju snažnije povezati s brigom za starije, usamljene, žrtve nasilja, one koji se bore s ovisnošću te one koji su na samom rubu siromaštva.

U tome smislu vrijedi podsjetiti kako je suicidalnost uvijek i pitanje dostojanstva. Način na koji se zdravstveni sustav odnosi prema suicidalnoj osobi, koliko brzo i smisleno reagira, koliko ju ozbiljno shvaća i kako ju prati nakon otpusta, nije samo (tehničko) pitanje kvalitete skrbi, nego i civilizacijsko pitanje odnosa prema ljudskoj patnji. Ondje gdje bolesnik osjeti kako je prepušten sam sebi, opasnost raste. Ondje gdje osjeti kako postoji kontinuitet skrbi, odnos i nada, otvara se prostor u kojem liječenje uopće postaje moguće (2). Isto je danas važnije nego ikada, u vremenu kada se o ljudskom životu sve češće raspravlja kroz prizmu izračuna „vrijednosti“ ili već nekog oblika „dostojanstva“, a bolesnima se pod krinkom suosjećanja nude razni oblici „olakšanja“ (29).

Potrebna je i veća osjetljivost prema onome što dolazi *poslije* – prema brizi za obitelji, ali i za same stručnjake nakon samoubojstva ili njegova teškog pokušaja. Samoubojstvo nikada ne pogađa samo jednu osobu. Ono razara odnose, ostavlja duboke ožiljke na zdravlju bližnjih te može obeshrabriti i same stručnjake koji skrbe za bolesnike. Sustav koji ozbiljno pristupa prevenciji mora zato ozbiljno pristupiti i nositi se i s posljedicama. To je osobito važno u manjim sredinama u kojima stigma dodatno otežava traženje pomoći.

## Zaključak

Suicidalnost ostaje jedno od najtežih pitanja kliničke medicine i javnog zdravstva. U suvremenom razumijevanju više nije dovoljno reći kako je ona simptom psihičkog poremećaja, premda to najčešće jest. Jednako tako nije dovoljno ni reći kako je ona posljedica društvenih nepravdi, premda i to često jest. Suicidalnost nastaje na sjecištu biologije, psihopatologije, životne povijesti, aktualne krize, društvenih odnosa i osjećaja smisla. Upravo zato i odgovor mora biti višeslojan i višerazinski.

Za kliničara to znači pitati izravno, slušati ozbiljno, procjenjivati dinamički i liječiti multimodalno. Za zdravstveni sustav to znači organizirati kontinuitet skrbi, osobito u prijelaznim i visokorizičnim razdobljima. Za društvo to znači prihvatiti kako se prevencija suicida ne događa samo u psihijatriji, nego i u školama, obiteljima, medijima, socijalnoj politici, radnom zakonodavstvu i javnom diskursu.

## LITERATURA

1. Brečić P. Suicidalnost u psihijatrijskim poremećajima. *Medicus*. 2017;26(2):173-83.
2. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*. 2016 Mar 19;387(10024):1227-39. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00234-2.
3. World Health Organization. Suicide worldwide in 2021: global health estimates. Geneva: WHO; 2025. Dostupno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110069> (Pristupljeno: 3. travnja 2026.)
4. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Samoubojstva u Hrvatskoj, 2025 [Internet]. Zagreb: HZJZ; 2025. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/samoubojstva-u-hrvatskoj-2025/> (Pristupljeno: 3. travnja 2026.)
5. Sutar R, Kumar A, Yadav V. Suicide and prevalence of mental disorders: A systematic review and meta-analysis of world data on case-control psychological autopsy studies. *Psychiatry Res*. 2023 Nov;329:115492. doi: 10.1016/j.psychres.2023.115492.
6. O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*. 2014 Jun;1(1):73-85. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70222-6.
7. Pirkis J, Dandona R, Silverman M, Khan M, Hawton K. Preventing suicide: a public health approach to a global problem. *Lancet Public Health*. 2024 Oct;9(10):e787-e795. doi: 10.1016/S2468-2667(24)00149-X.
8. Hawton K, Knipe D, Pirkis J. Restriction of access to means used for suicide. *Lancet Public Health*. 2024 Oct;9(10):e796-e801. doi: 10.1016/S2468-2667(24)00157-9.
9. Sinyor M, Silverman M, Pirkis J, Hawton K. The effect of economic downturn, financial hardship, unemployment, and relevant government responses on suicide. *Lancet Public Health*. 2024 Oct;9(10):e802-e806. doi: 10.1016/S2468-2667(24)00152-X.
10. Pirkis J, Bantjes J, Gould M, Niederkrotenthaler T, Robinson J, Sinyor M i sur. Public health measures related to the transmissibility of suicide. *Lancet Public Health*. 2024 Oct;9(10):e807-e815. doi: 10.1016/S2468-2667(24)00153-1.
11. Pirkis J, Bantjes J, Dandona R, Knipe D, Pitman A, Robinson J, Silverman M, Hawton K. Addressing key risk factors for suicide at a societal level. *Lancet Public Health*. 2024 Oct;9(10):e816-e824. doi: 10.1016/S2468-2667(24)00158-0.
12. Hawton K, Pirkis J. Preventing suicide: a call to action. *Lancet Public Health*. 2024 Oct;9(10):e825-e830. doi: 10.1016/S2468-2667(24)00159-2.
13. Pompili M. On mental pain and suicide risk in modern psychiatry. *Ann Gen Psychiatry*. 2024 Jan 16;23(1):6. doi: 10.1186/s12991-024-00490-5.
14. Smjernice za procjenu suicidalnog rizika i postupci prevencije za osobe s poteškoćama mentalnog zdravlja. Zagreb: Klinika za psihijatriju Vrapče; Hrvatski liječnički zbor; Hrvatsko psihijatrijsko društvo i sur.; 2025. Dostupno na: <https://bolnica-vrapce.hr/wp-content/uploads/2026/01/SMJERNICE-Procjena-suicidalnog-rizika-i-plan-prevencije.pdf> (Pristupljeno: 3. travnja 2026.)
15. Large M, Kaneson M, Myles N, Myles H, Gunaratne P, Ryan C. Meta-Analysis of Longitudinal Cohort Studies of Suicide Risk Assessment among Psychiatric Patients: Heterogeneity in Results and Lack of Improvement over Time. *PLoS One*. 2016 Jun 10;11(6):e0156322. doi: 10.1371/journal.pone.0156322.
16. Jobes DA, Rizvi SL. The use of CAMS and DBT to effectively treat patients who are suicidal. *Front Psychiatry*. 2024 Jul 18;15:1354430. doi: 10.3389/fpsyt.2024.1354430.
17. Tong F, Zhang Y, Jiao Y. The efficacy of cognitive behavioral therapy on reducing suicidal symptoms among adults: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychol*. 2025 Oct 14;16:1672957. doi: 10.3389/fpsyg.2025.1672957.
18. Kothgassner OD, Goreis A, Robinson K, Huscsava MM, Schmahl C, Plener PL. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2021 May;51(7):1057-1067. doi: 10.1017/S0033291721001355.
19. Sim L, Murad MH, Croarkin PE, McKean AJ, Mohammed KS, Rajjo TI i sur. Suicide Interventions for Youths: A Systematic Review. *JAMA Pediatr*. 2025 Nov 1;179(11):1217-1224. doi: 10.1001/jamapediatrics.2025.3485.
20. Ko W, Jeong H, Yim HW, Lee SY. Collaborative care interventions to reduce suicidal behavior among patients with depression or at risk of suicide in primary-care settings: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2025 Apr 1;374:141-149. doi: 10.1016/j.jad.2025.01.012.
21. Ferguson M, Rhodes K, Loughhead M, McIntyre H, Procter N. The Effectiveness of the Safety Planning Intervention for Adults Experiencing Suicide-Related Distress: A Systematic Review. *Arch Suicide Res*. 2022 Jul-Sep;26(3):1022-1045. doi: 10.1080/13811118.2021.1915217.
22. Albaum C, Irwin SH, Muha J, Schumacher A, Clarissa S, Finkelstein Y i sur. Safety Planning Interventions for Suicide Prevention in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Pediatr*. 2025 Aug 1;179(8):886-895. doi: 10.1001/jama-pediatrics.2025.1012.

23. Shen Z, Gao D, Lv X, Wang H, Yue W. A meta-analysis of the effects of ketamine on suicidal ideation in depression patients. *Transl Psychiatry*. 2024 Jun 10;14(1):248. doi: 10.1038/s41398-024-02973-1. Erratum in: *Transl Psychiatry*. 2024 Jul 23;14(1):302. doi: 10.1038/s41398-024-02979-9.
24. Fountoulakis KN, Saitis A, Schatzberg AF. Esketamine Treatment for Depression in Adults: A PRISMA Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*. 2025 Mar 1;182(3):259-275. doi: 10.1176/appi.ajp.20240515.
25. Doupnik SK, Rudd B, Schmutte T, Worsley D, Bowden CF, McCarthy E i sur. Association of Suicide Prevention Interventions With Subsequent Suicide Attempts, Linkage to Follow-up Care, and Depression Symptoms for Acute Care Settings: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2020 Oct 1;77(10):1021-1030. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.1586.
26. Niederkrotenthaler T, Till B, Kirchner S, Sinyor M, Braun M, Pirkis J i sur. Effects of media stories of hope and recovery on suicidal ideation and help-seeking attitudes and intentions: systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2022 Feb;7(2):e156-e168. doi: 10.1016/S2468-2667(21)00274-7.
27. Spafford SG, McWhirter Boisen MR, Tanner-Smith EE, Rodriguez G, Muruthi JR, Seeley JR. The Effects of Suicide Prevention Gatekeeper Training on Behavioral Intention and Intervention Behavior: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Prev Sci*. 2024 Aug;25(6):978-988. doi: 10.1007/s1121-024-01710-w.
28. Jendričko T, Žegura I, Brečić P, urednice. *Mentalno zdravlje i digitalne tehnologije: dijagnostika, terapija, edukacija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2024.
29. Ćurković M, Borovečki A, urednici. *The bridge between bioethics and medical practice: medical professionalism*. Cham: Springer International Publishing; 2022.

**ADRESA ZA DOPISIVANJE:**

izv. prof. prim. dr. sc. Petrana Brečić, dr. med.  
Klinika za psihijatriju Vrapče  
Bolnička cesta 32, 10 090 Zagreb  
e-mail: petrana.brecic@bolnica-vrapce.hr

**PRIMLJENO/RECEIVED:**

9. travnja 2026./April 9, 2026

**PRIHVAĆENO/ACCEPTED:**

20. travnja 2026./April 20, 2026

