

**HRVATSKI LIJEČNIČKI ZBOR
HRVATSKO DRUŠTVO ZA KLINIČKU PSIHIJATRIJU
POD POKROVITELJSTVOM
MINISTARSTVA HRVATSKIH BRANITELJA
IZ DOMOVINSKOG RATA**

Vera Folnegović-Šmalc
Dubravka Kocijan-Hercigonja
Boško Barac

PREVENCIJA SUICIDALNOSTI

Zagreb, 2001.

Vera Folnegović-Šmalc
Dubravka Kocijan-Hercigonja
Boško Barac

PREVENCIJA SUICIDALNOSTI

*Knjiga je napisana kao radni materijal
uz sudjelovanje u radionici o prevenciji suicida
u organizaciji Hrvatskog društva za kliničku psihijatriju
Hrvatskog liječničkog zbora 06.06.2001. god. u Puli, hotel "Brioni"*

*Radionica se održava u okviru programa prevencije suicida
pod pokroviteljstvom i sponzoriranjem Ministarstva hrvatskih
branitelja iz Domovinskog rata*

Zagreb, 06.06.2001.

SADRŽAJ

Ivica Pančić: Predgovor

V. Folnegović-Šmalc, D. Kocijan-Hercigonja: Uvod

D. Kocijan-Hercigonja, V. Folnegović-Šmalc: Prevencija suicidalnosti

Lj. Hotujac, M. Veldić, J. Grubišin: Epidemiologija suicida u Republici Hrvatskoj

N. Mandić: Suicidalnost psihotraumatiziranih osoba

D. Kozarić-Kovačić: Procjena suicidalnog ponašanja

D. Kocijan-Hercigonja, V. Folnegović-Šmalc, V. Hercigonja: Suicidalnost kod djece i adolescenata

V. Hećimović: Prevencija suicida psihotraumatiziranih osoba

N. Henigsberg, V. Folnegović-Šmalc, Z. Čokić, V. Erdeljić, Š. Foro: Program prevencije suicidalnog ponašanja na području grada Zagreba – načela ustrojstva i istraživanja za potrebe provođenja programa

M. Lončar: Uloga Ministarstva hrvatskih branitelja Domovinskog rata u prevenciji suicida

V. Folnegović-Šmalc, D. Kocijan-Hercigonja: Umjesto zaključaka

Predgovor

Ministarstvo hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata nastavilo je provođenje programa psihosocijalne pomoći stradalnicima iz Domovinskog rata u skladu s odredbama Vlade Republike Hrvatske od 1994. godine.

Zacrtni Program se nastavlja provoditi, ali se iz godine u godinu mijenja u skladu s promjenama, koje se javljaju u životu branitelja. Protekom ratnog perioda mijenjaju se potrebe branitelja i članova njihovih obitelji, i uvijek se u prvi plan stavlja rješavanje (ali i preveniranje) najaktualnijih problema. Uz još uvijek aktualne i dijelom još neriješene probleme zapošljavanja, osiguravanja stambenih problema kao i drugih egzistencijalnih problema kod dijela stradalnika, smatramo da je jedan od najvećih problema koji se vezuje uz branitelje problem suicida. Taj vrlo važan i nezaobilazan problem predstavlja osnovni zadatak u sklopu psihološke pomoći, i naše Ministarstvo daje sveukupnu potporu struci (priješvega psihijatrima i psiholozima) kako bi iznašla najoptimalnije metode u rješavanju tog velikog javnozdravstvenog problema kako u populaciji branitelja i članova njihovih obitelji tako i u cijeloj hrvatskoj populaciji.

Zato smo i ovoga puta spremno se odazvali na poziv naših eminentnih stručnjaka da se organizira radionica o prevenciji suicidalnog ponašanja, koja će biti posebno usmjerena na edukaciju u prevenciji suicidalnog ponašanja branitelja i djece i adolescenata. Ovo je treći stručni skup, koji se u posljednje dvije godine održava u Hrvatskoj s temom o suicidima. Za razliku od prvog stručnog skupa održanog u ljetu 1999. godine na Medicinskom fakultetu u Zagrebu pod nazivom Prepoznavanje, rano otkrivanje i sprečavanje suicidalnosti i Prvog hrvatskog kongresa o prevenciji suicidalnosti u prosincu 2000. godine ovaj skup ima karakter radionice, u kojoj će se stručnjaci manje baviti teoretskim spoznajama a više praktičkim radom i rješavanjem pojedinih kliničkih slučajeva suicidalnog ponašanja.

Smatramo, da su ovakove aktivnosti korisne i nužne, jer ćemo samo uz dobro educirane stručnjake moći biti učinkoviti u prevenciji suicidalnosti naših branitelja, a svaki spašeni život predstavlja neprocijenjivu vrijednost.

*Ivica Pančić
Ministar hrvatskih branitelja
iz Domovinskog rata*

UVOD

"Tek ako smo sasvim sigurni, da na ovom svijetu nije ništa vrednije od ljudskog života, možemo biti adekvatni borci u sprečavanju suicida."

Ova knjižica predstavlja treću u seriji publikacija, koje smo odlučile pripremiti u cilju edukacije svih članova timova, koji se bave i rade na prevenciji suicidalnog ponašanja. Time se knjižica namjerom i sadržajem nastavlja na priručnik Prepoznavanje, rano otkrivanje i sprečavanje suicidalnosti na Zbornik radova Prvog hrvatskog kongresa o prevenciji suicidalnosti. Uspjeli smo i ovoga puta okupiti eminentne stručnjake koji se tom problematikom bave i koji u svom svakodnevnom kliničkom radu liječe suicidalne bolesnike i koji će svoja znanja i iskustva, teškoće, napore, poraze i gratifikacije u život prenijeti na sudionike. Na tome im najljepše zahvaljujemo.

Pisani materijal, koji je pred Vama samo je dio sadržaja i emocija, koje ćete imati prilike pratiti u živo na našoj cijelodnevnoj radionici. Cilj mu je da Vas potakne na razmišljanja i na nužnost iznalaženja najoptimalnijih rješenja u prevenciji suicidalnog ponašanja svakog našeg bolesnika. Posebno se u ovoj radionici bavimo problemima suicidalnosti psihotraumatiziranih osoba, djece i adolescenata.

Zadovoljstvo nam je zahvaliti se gospodinu Ministru hrvatskih branitelja iz domovinskog rata Ivicu Pančiću, koji je i ovoga puta imao razumijevanja za psihičke probleme i njihovo rješavanje, kao i prof.dr.sc. Bošku Baracu, koji je ovaj naš program uvrstio u poslijediplomske tečajeve u okviru 41-og međunarodnog neuropsihijatrijskog pulskog simpozija, koji se održava od 6-9 lipnja ove godine.

Vera Folnegović-Šmalc
Dubravka Kocijan-Hercigonja

PREVENCIJA SUICIDALNOSTI

Dubravka Kocijan-Hercigonja, Vera Folnegović-Šmalc

Suicidalnost možemo promatrati s više različitih stajališta; psihijatrijskog, sociološkog, kulturološkog, religijskog i brojnih drugih a niti jedno ne zadovoljava u potpunosti već tek kroz interakciju različitih struka, pristupa i stavova možemo dobiti odgovor na pitanje: "Što dovodi do suicidalnog ponašanja, kakvo ima značenje za počinitelja suicidalno ponašanje kao i za njegovu okolinu, da li se može ili ne opravdati i konačno kako ga spriječiti".

Kada govorimo o sprečavanju suicidalnog ponašanja, tada se to u praksi neki puta razlikuje a neki puta poistovjećuje s pojmom prevencija. Najčešće se pod sprečavanjem podrazumjeva prepoznavanje rizika za suicid, tj. presuicidalni sindrom koji je prvi u stručnu literaturu uveo E. Ringel, 1973. godine kao i poduzimanje aktivnosti da do suicida ne dođe. Preventivne aktivnosti obuhvaćaju daleko 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 je primarna prevencija u užem smislu riječi), liječenje osoba sa suicidalnim ponašanjem, ali i liječenje osoba koje su žrtve suicida, tj. članova obitelji osobe koja je učinila suicid, kao i osobe nakon pokušaja samoubojstva. O prevenciji suicida zapravo ne možemo govoriti, jer suicid ili samoubojstvo znači neizvršeni suicid, koji dakle više ne možemo spriječiti. Za praksu je sigurno važnije istaknuti, da osobe sa suicidalnim ponašanjem sasvim sigurno spadaju u skupinu, koja svakakako traži ozbiljan preventivni rad, u koji psihijatar svakako treba biti uključen, a ovisno o vrsti intenziteta suicidalnosti i vrste ovisno je koji još stručnjaci trebaju biti zastupljeni u timu koji se bavi prevencijom.

Preventivne aktivnosti dijele se na primarnu prevenciju koja ima za cilj spriječiti neke pojave što u odnosu na suicid znači poduzimanje aktivnosti koje će smanjiti pojavnost suicidalnog ponašanja direktno, a time i smanjenje suicida indirektno. To su aktivnosti koje se odvijaju na širem društvenom planu i preko kojih se mijenja način razmišljanja i rješavanja problema kroz edukaciju i informiranost opće populacije o problemima suicidalnog ponašanja i njihovim uzrocima. To se prvenstveno odnosi na odgoj mladih ljudi za zdravo roditeljstvo kako bi njihovi potomci rasli bez nepotrebnih trauma, u toplom ozračju, sigurnosti, uvažavanju što sve rezultira stvaranjem pozitivnog selfa, samopoštovanja i samopouzdanja. Te osobine bitno utječu na djetetov razvoj i odnos prema životu i prepoznavanju vrijednosti života i ljepota življenja. To podrazumijeva život s manje trauma koliko je to god moguće a što je moguće ako su dobro educirani svih subjekti koji sudjeluju i utječu na razvoj djeteta dakle od roditelja preko odgajatelja do nastavnika, ali nikako ne smijemo tu izostaviti i sudionike sedme sile, prije svega televizije.

Istraživanja pokazuju da emocionalno zlostavljanje koje uključuje i blamiranje djeteta, nesudjelovanje u djetetovim potrebama tijekom razvoja, teroriziranje i manipuliranje djetetom i

brojni drugi negativni postupci dovode do niskog samopoštovanja a nisko samopoštovanje jedan je od rizičnih čimbenika za suicidalno ponašanje. Kako se emocionalna zlostavljanja dešavaju u obiteljima, vrtićima, školama, na radnom mjestu i drugim mjestima to onda i ne čudi potreba za edukacijom svih subjekata koji svojim postupcima mogu traumatizirati drugu osobu, utjecati na njezino psihičko stanje što može rezultirati suicidalnim ponašanjem. Već samo ovih nekoliko nabrojanih primjera ukazuje kako je prevencija suicidalnog ponašanja složen i multidisciplinarni zadatak.

Drugi važan čimbenik u primarnoj prevenciji je mjenjanje životnih ideologija kroz različite oblike utjecaja posebice javnih medija, crkve, kulturno-umjetničkih i sportskih društava i škole te konačno razvijanje adekvatnih "coping strategija" /načina, kako se suočavati, boriti, hrvati, nositi s teškim situacijama/ koje će nam pomoći da se na najoptimalniji način nosimo sa stresogenim situacijama. Kao što vidimo, primarni zadatak u sprečavanju suicidalnosti je: kroz edukaciju mjenjati stilove življenja, ideologija, coping strategije i informiranost i time smanjiti pojavu rizičnih faktora koji mogu biti prediktor suicidalnog ponašanja a time i rizičnih skupina.

Međutim, prevencija se odnosi i na zaštitu rizičnih skupina i eliminaciju rizičnih faktora.

Pod visoko rizičnih čimbenicima razumjevaju se određene demografske karakteristike, socijalne životne situacije koje mogu dovesti do ovisnosti o alkoholu ili sredstvima ovisnosti, psihički poremećaji, tjelesne bolesti, bol, napuštenost, ovisnost o drugima, beznade i drugi. Prema podacima iz literature u rizične psihosocijalne faktore ubrajaju se svi oni faktori koji dovode do izolacije pojedinca: gubitak bliskih članova, nezaposlenost, usamljenost, problematičan odnos sa okolinom, prekid značajnih veza i dr.

U psihijatrijske faktore ubrajaju se različita oboljenja kao što su depresije, uzimanje alkohola i droge, shizofrenija, stanja tjeskobe do panike, loš self koncept. Često se navode i karakteristični način razmišljanja, nerealna očekivanja, izostanak podrške a što najčešće proizlazi iz obiteljske sredine i poremećenih interpersonalnih odnosa. U literaturi se poremećaj osobnosti obično ne navodi kao dijagnostička kategorija s visokim rizikom za suicid, što se u praksi ne potvrđuje, a i s teoretskog stanovišta proizlazi, da su u tih osoba često poremećeni i/ili nedovoljno izgrađeni adekvatni međuljudski odnosi, a isto tako je činjenica, da se često prezentiraju pokušaji suicida. Osobe s pokušajem samoubojstva spadaju u visokorizične skupine.

U odnosu na našu zemlju možemo reći da postoji znatan broj visoko rizičnih čimbenika kao što su brojna traumatska ratna iskustva, susreti sa smrću i umiranjem, gubici brojnih bliskih osoba, osiromašenje i drugi socijalni problemi, alkohol, psihički poremećaji, dostupnost oružja, nerealna očekivanja od okoline te stalni osjećaj krivnje. Primarna prevencija u odnosu na navedene rizike primarno bi se sastojala u razvijanju takvih društvenih odnosa u kojima bi se problemi rješavali mirnim putem bez ratova i međusobnim uvažavanjem, no, na tom području psihijatri nisu i ne mogu biti učinkoviti. Na nama je stoga (u svezi s tim) osnovni zadatak edukacija, čiji će rezultati možda (ipak) prodrijeti i do onih koji su za navedena područja odgovorni. U Hrvatskoj se nažalost u borbi protiv suicidalnog ponašanja nalazimo u situaciji kada su se uslijed ratnih stradanja i poslijeratnih problema već razvili brojni visoko rizični faktori i visoko rizične skupine, pa je neophodno i nužno razvijanje takovih odnosa koji će pomoći u rješavanju problema koji rezultiraju visokim rizikom za suicid.

Sekundarna prevencija obuhvaća aktivnosti koje su usmjerene na ranu i učinkovitu dijagnostiku, otkrivanje problema i poduzimanje aktivnosti da se problem ublaži ili riješi.

U odnosu na suicidalnost to se odnosi na dobro educirane profesionalce koji će prepoznati suicidalnu soobu i poduzeti aktivnosti da se suicid spriječi.

Da bi se isto realiziralo potrebna je uz dobru edukaciju i smisao i razumijevanje da se sa suicidalnom osobom uspostavi optimalna empatija koja će omogućiti da stručnjak uspostavi dobar kontakt i da do dovoljno vremena da se do suicidalnih tema uopće dođe, a time i do mogućnosti za rano prepoznavanje simptoma suicidalnog ponašanja.

Smatramo da u nas postoji još uvijek velika potreba za osposobljavanje stručnjaka za provođenje najoptimalnijih terapijskih postupaka s različitim kategorijama suicidalnih osoba.

Tercijarna prevencija obuhvaća aktivnosti čiji je cilj poboljšanjem kvalitete tretmana i smanjenje invaliditeta nakon tentamena te bilo kakvih psihičkih posljedica po kasnije funkcioniranje parasuicidanta i članova njegove obitelji ali i drugih članova iz njegove zajednice (npr. kolega s radnog mjesta, djeca iz razreda, prijatelja iz grupa, bolesnika s odjela), jer nas iskustva uče da se pokušaji samoubojstva i samoubojstva mogu koristiti kao identifikacioni model u "rješavanju" sličnih problema.

Kao što smo već istaknule, u prevenciji suicidalnog ponašanja trebaju sudjelovati stručnjaci različitih profesija, ali isto tako i unutar psihijatrije postoje različiti postupci i metode, koje se trebaju razumijevati i primijenjivati kao komplementarne a ne kompetitivne. Kada se kod pojedinca otkriju suicidalne ideje, ili još i ranije, dok i sam bolesnik nije svijestan svoje suicidalnosti, već postoje simptomi samo tzv. pasivne suicidalnosti (gubitak ili slabljenje vitalnih nagona, depresivnost, sniženje mogućnosti uživanja, nemogućnost uživanja u situacijama koje su ga ranije veselile, izbjegavanje društva, kronični osjećaj umora, strah od života i neuspjeha, otuđivanje, sklonost bilansnom razmišljanju s negativnim ishodom i slično) ili tzv. larvirane suicidalnosti (nagli ili dipsomanski alkoholizam i slično) potrebno je uz različite metode psihoterapije i kognitivno bihevioralne terapije procijeniti i potrebu za eventualnu primjenu psihofarmakoterapije. Kod psihotičnih i depresivnih bolesnika (sve vrste osim blage depresije) farmakoterapija predstavlja *conditio sine qua non*, i uz današnja brojna učinkovita medikamentozna sredstva zanemarivanje farmakoterapije (a u određenim indiciranim slučajevima čak i elektrokonvulzivne terapije) je *vitium artis*. To istovremeno ne znači, da je u svih suicidalnih bolesnika neophodna psihofarmakoterapija. Radi dodatne opasnosti, na koju upućuje relativno visoki postotak osoba, koje pokušaju samoubojstvo ili ga pak izvrše, potrebno je odabiru psihofarmaka kod suicidalnih bolesnika voditi računa i o sigurnosti lijeka, a ponekad i o nepoželjnim nuspojavama, no i na tom području potrebna je dobra edukacija, kako bi se uz princip maksimalno optimalnog odabira poštivao i princip: *primum non nocere*. I osim navedenih indikacionih područja primjena farmakoterapije ima brojna druga opravdanja. Vrlo često se zaboravlja, da se većina suicida izvrši noću. Vrlo su oskudni podaci u domaćoj i stranoj literaturi, koji o tome govori, ali nas klinička iskustva uče, da depresivne osobe, osobe koje u stanju žalovanja, kriznim stanjima i sl. provode "teške i besane noći, kada je svaki problem još problematičniji, svaka situacija još crnja i teža". Bolesnici se PTSP-em vrlo često navode; "da ih je strah noći, da često bježeći od sučeljavanja s ostalim članovima obitelji najradije bježe od kuće, odlaze u gostione, piju da sve zaborave, sjedaju u automobil i bezglavo jure ulicama" (u tome prepoznajemo vapaj da im se pomogne u ambivalenciji za život i protiv njega, ili bar protiv života koji im je realnost). Nije jedina ni dovoljna terapija sedativ i/ili antidepresiv, ali je sasvim sigurno bolji sedativ i antidepresiv sa sedativnim djelovanjem nego li i alkohol i svako od navedenih ponašanja. Izrazito anksiozni i depresivni bolesnik nije pripremljen niti za psihoterapiju niti za druge nebiološke metode, a osim toga, suicidalni bolesnik je hitni bolesnik i u takovim slučajevima postoji obilježje primjene najučinkovitijih terapijskih metoda, a to je kombinacija sredstava i metoda po principu primjene maksimalno optimalnih. Liječenje suicidalnog bolesnika ukazuje na pravilo, da različite škole i unutar psihijatrije treba povezivati, graditi mostove a ne ih rušiti.

Dezintegracija kao česti etiološki ili bar precipitirajući faktor u razvoju suicidalnosti možda treba biti jače isticana kako bi se integracija struke i stručnih metoda jače prepoznavala i kao terapijsko i preventivno sredstvo parasuicidalnih i suicidalnih osoba.

Na kraju treba reći da preventivne aktivnosti predstavljaju skup kompleksnih aktivnosti u koje moraju biti uključeni profesionalci različitih profesija i naobrazbe ali obavezno i društveni djelatnici, javni mediji, crkva i posebice roditelji koji tek usklađenim radom, razvijanjem pozitivnih stavova u odnosu na sebe i okolinu, poticanjem pozitivnih stilova življenja, mjenjanjem ideologija i coping strategija a posebice razvijanjem pozitivnih odnosa u društvu uz uvažavanje svakog pojedinca i osiguranje zaštite i prava kroz neagresivno rješavanje problema. Tek na takav način stvoriti ćemo društvo u kojem suicid neće biti način rješavanja životnih problema a pesimizam i nesigurnost zamijeniti sigurnošću, samopouzdanjem, i optimizmom uz korištenje "zdravih" mehanizama obrane i optimalnih načina rješavanja različitih životnih situacija.

Na kraju, potrebno je reći i činjenicu, koja će pomoći (prevenirati krizu) i najboljem psihijatru, koji je maksimalno učinio za svoje bolesnike, koji je i puno znao i puno učinio, a bolesnik mu je ipak izvršio suicid. I to se događa, jer niti najbolji ne mogu spasiti život svakog suicidalnog bolesnika, ni društvo, ni život, ni struka nisu u stanju uvijek pomoći. Umjesto utjehe ostaje spoznaja, da smo uz kontinuiranu edukaciju cijelog svog života i veliko razumijevanje za suicidalne osobe učinili ono što smo smatrali "maksimalno optimalno", i da smo radeći tako pripomogli da mnogi suicidalni bolesnici "još i danas uživaju blagodati življenja".

Literatura

Kocijan Hercigonja D., Folnegović Šmalc V.: Prepoznavanje, rano otkrivanje i sprečavanje suicidalnosti, Marko M. Zagreb 1999

Folnegović Šmalc V., Gogić B., Kocijan Hercigonja D.: Zbornik radova prvog hrvatskog kongresa o suicidalnom ponašanju, Ministarstvo hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata, Zagreb, 2000.

Folnegović-Šmalc V., Folnegović Z., Mimica N., Henigsberg N.: Epidemiologija shizofrenih bolesnika, u tisku

Folnegović-Šmalc, Henigsberg N., Vilibić., Folnegović P.: Farmakoterapija suicidalnih shizofrenih bolesnika: usporedba novih i klasičnih antipsihotika, Zbornik radova, Zagreb, 2000.

Folnegović Šmalc V., Makarić G., Ivezić S., Mimica N.: Algoritam terapije suicidalnih shizofrenih bolesnika, Hrvatski liječnički zbor, Zagreb, 2000.

Lambert MT., Foxler D.: Suicide risk factors among veterans: risk management in the changing culture of the department of veterans affairs. J Ment Health ADM 1997/24/3:350-8

Kessler CR et al Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National comorbidity survey JAMA, 1999:56:617-626.

EPIDEMIOLOGIJA SUICIDA U REPUBLICI HRVATSKOJ

*Ljubomir Hotujac, Marin Veldić, Jasmina Grubištin
Psihijatrijska klinika, Klinički bolnički centar, Zagreb, Hrvatska*

SAŽETAK

U Republici Hrvatskoj se u posljednje vrijeme suicidu i suicidalnom ponašanju počinje organizirano posvećivati sve više pažnje o čemu govori nedavno održani Prvi hrvatski kongres o suicidu i suicidalnom ponašanju, Zagreb, prosinac 2000. Problematiziranje suicida kroz epidemiološke analize spada među najzastupljenije metode. U radu je analizirana epidemiologija suicida u Republici Hrvatskoj na temelju baza podataka MUP-a i Državnog zavoda za statistiku za razdoblje 1990-1999 (1998). Praćen je ukupan broj suicida, raspodjela po spolu, dobi, motivima i načinu izvršenja. U prosjeku je godišnje bilo 853 (MUP), odnosno 1054 (DZS) suicida. Vidljivo je da se epidemiološki podaci iz raznih izvora u znatnoj mjeri razlikuju. U perspektivi bi bilo potrebno napraviti koncenzus među službama uključenim u evidentiranje i praćenje suicida i suicidalnog ponašanja, što bi postavilo temelje za učinkovitiju prevenciju.

UVOD

Jedna od najčešćih tema psihijatrijskih ispitivanja jest upravo suicid. Važnost toga problema prepoznata je ne samo od strane pojedinih psihijatara nego i službene institucije često donose akte koji zadiru u područje suicida, tako su npr. u nekim zemljama čiji se zdravstveni sustavi smatraju najnaprednijima na svijetu doneseni čak i službeni dokumenti kojima se pokušalo utjecati na smanjenje stope suicida. U takvim dokumentima obično se sugerira da bi upravo zdravstveni djelatnici trebali imati ključnu ulogu u pokušaju smanjivanja stope suicida i naglašava se činjenica da značajan udio počinitelja suicida ima kontakte sa zdravstvenim službama u kratkom vremenskom razmaku prije smrti. Kao primjer navodimo Sjedinjene američke države čiji je Department of Health and Human Services takav dokument izdao 1991., odnosno Australiju sa sličnim dokumentom izdanim 1992. g. od strane Department of Health i Veliku Britaniju koja publicira takav akt 1993. g. od strane Commonwealth Department of Human Services and Health.

(1) Svjetska zdravstvena organizacija donijela je preporuke evropskim vladama, na temelju zaključka svoje radne skupine, u kojima navodi da postoji velika potreba za razvojem i poboljšanjem koordinirane nacionalne i multinacionalne strategije za prevenciju suicida. (2,3)

U Hrvatskoj se, također, u posljednje vrijeme suicidu i suicidalnom ponašanju počinje organizirano posvećivati sve više pažnje i od strane službenih institucija o čemu govori nedavno održan Prvi hrvatski kongres o suicidu i suicidalnom ponašanju (Zagreb, 1-2 prosinca 2000.g.). (4) Slični skupovi su izvan granica naše zemlje već ustaljena praksa, pa je tako u Sloveniji održan osmi po redu Europski simpozij o suicidu i suicidalnom ponašanju (Bled, 6-9 rujna 2000.g.). (5)

Problematiziranje suicida kroz epidemiološke analize spada među najzastupljenije metode, a literatura iz tog područja vrlo je opsežna. Uzrok tome vjerojatno leži u činjenici da nam epidemiološki podaci mogu na najplastičniji način prikazati stvarnu situaciju na terenu i realne dimenzije problema. Unatoč brojnim institucionalnim i neinstitucionalnim načinima praćenja stope suicida mnogi istraživači vjeruju da postojeće statistike podcjenjuju aktualni broj suicida. Osim ukupne stope uobičajeno se prate dobna i spolna obilježja, rizični čimbenici, način izvršenja, vrijeme izvršenja, motiv. Interesantno je za spomenuti da je sustavno praćenje suicida prema motivu u Republici Hrvatskoj započeto tek 1997. g.

UZORAK I METODE

U radu je primijenjena retrospektivna metoda koja se temeljila na analizi epidemioloških podataka o suicidima u Republici Hrvatskoj iz baza podataka MUP-a RH i Državnog zavoda za statistiku za razdoblje od 1990. do 1999. godine, odnosno 1998. godine. Podaci se razlikuju s obzirom na metodologiju prikupljanja. Državni zavod za statistiku evidentira podatke o suicidima za sve stanovnike na teritoriju Republike Hrvatske koji u RH žive barem godinu dana. MUP bilježi podatke za pretpostavljene slučajeve suicida gdje izlazi na očevid, evidentiraju se svi slučajevi koji se dogode na našem teritoriju bez obzira na duljinu boravka u što su uključeni i stranci i neidentificirane osobe. Obradeni su podaci o broju samoubojstava prema podacima MUP-a RH i prema podacima Državnog zavoda za statistiku, zatim razdioba po dobnim skupinama, također na osnovu obaju izvora. Analiza prema spolu, načinu izvršenja i motivu rađena je isključivo na osnovu podataka dobivenih iz baze podataka MUP-a RH.

REZULTATI

U analizi epidemioloških podataka o suicidima u R. Hrvatskoj koristili smo baze podataka MUP-a i Državnog zavoda za statistiku (DZS) za razdoblje od 1990. do 1999. godine, odnosno 1998. godine. Podaci se razlikuju s obzirom na metodologiju prikupljanja. Državni zavod za statistiku evidentira podatke o suicidima za sve stanovnike na teritoriju RH koji u RH žive barem godinu dana. Iz Matice umrlih dobivaju se podaci o smrti i izvješće mrtvozornika koji se upućuju Zavodu za javno zdravstvo čiji liječnici šifriraju uzrok smrti. MUP bilježi podatke za pretpostavljene slučajeve suicida gdje izlazi na očevid, pa se tako može dogoditi da osoba umre u bolnici nekoliko dana nakon samog čina, što MUP-u nije interesantno u smislu istrage pa postaje moguće da se takav slučaj onda niti ne registrira. Osim toga, MUP bilježi sve slučajeve koji se dogode na našem teritoriju bez obzira na duljinu boravka, a također i strance i neidentificirane osobe. Prema podacima MUP-a, u razdoblju od 1990. do 1999. godine u RH počinjeno je ukupno 8186 suicida. Najviše samoubojstava bilo je 1993. g., ukupno 930, a najmanje 1991., ukupno 726. Podaci za 1992. godinu su nepotpuni zbog toga što je u MUP-u vođena evidencija tek od 16.11.1992. godine, dok su za 2000. g. podaci prikupljeni do 30. travnja. Podaci dobiveni od Državnog zavoda za statistiku u znatnoj mjeri se razlikuju od MUP-ovih. Državni zavod za statistiku do sada je obradio razdoblje do 1998.g. U vremenu od 1990. do 1998. g. u RH ukupno je počinjeno 9489 samoubojstava, dok je u istom razdoblju prema MUP-ovim

podacima bilo 7278 samoubojstava, što je razlika od 2211 ljudi. Prema Državnom zavodu za statistiku najviše suicida bilo je 1992. g. – 1156, a najmanje 1997. g. – 949, u čemu se prikupljeni podaci tih dvaju ustanova također razlikuju.

U daljnjoj analizi korišteni su podaci MUP-a, a odnose se na broj suicida uvećan za broj pokušaja evidentiranih od strane policije. Broj pokušaja koje je MUP evidentirao relativno je mali u odnosu na broj počinjenih samoubojstava, pa je tako, na primjer, 1991. g. bilo počinjeno 726 suicida a uz to evidentirano 86 pokušaja. Shodno tome, u analizi je korištena brojka 812. U nekim drugim godinama broj pokušaja bio je veći, na primjer 1999. g. (kada je bio najveći) 324 pokušaja u odnosu na 908 počinjenih. Kako nam je iz literature poznato, (6) broj pokušaja je obično 8 do 10 puta veći od broja počinjenih samoubojstava, pa je tako za pretpostaviti da broj pokušaja evidentiranih od strane naše policije ne odgovara stvarnom broju pokušaja da se oduzme vlastiti život.

Samoubojstva općenito u više slučajeva dovršavaju muškarci, oko 3 puta češće nego žene. Žene pak oko 4 puta češće pokušavaju suicid. U RH, postotak suicida muškaraca u ukupnom broju tijekom promatranog razdoblja kretao se od 69 do 84%, prosječno 73%, što odgovara iz literature poznatim omjerima od 3:1.

U razdiobi suicida prema dobnim skupinama kroz navedeno desetogodišnje razdoblje vidljivo je da broj suicida raste sa životnom dobi, čime dobivamo sukladnost naših rezultata s rezultatima dobivenim u suicidološkim istraživanjima rađenim u drugim zemljama. Najviše samoubojstava bilježi se u dobnoj skupini od 51-65 godina i to 25% od ukupnog broja. Suicidi među starijim osobama (dobi od 65 godina na više) čine oko 23% od ukupnog broja suicida. Djeca i mladi do 18 godina zastupljeni su među ukupnim brojem počinjenih suicida sa 4.16%. Ukuliko te podatke kompariramo s podacima dobivenim analizom baze podataka Državnog zavoda za statistiku, koji koristi nešto drugačiju razdiobu dobnih skupina, vidimo da zapravo i nema neke značajnije razlike između tih dvaju izvora.

Prema načinu počinjenja najviše je samoubojstava od 1990. do 1999. g. počinjeno vješanjem i to u prosjeku 410 samoubojstava godišnje ili nešto više od 40%. Na drugom su mjestu po načinu počinjenja samoubojstava uporabom vatrenog oružja, prosječno 164 samoubojstava godišnje ili 16,2%. Zatim slijedi bacanje s građevine, trovanje, bacanje u vodu, ubadanje, bacanje pod vlak. Na žalost, kategorija "ostalog" zastupljena je u velikom postotku i raste iz godine u godinu. 1993.g. pod kategorijom ostali bilo je evidentirano 12 slučajeva ili 1,1%, dok za 1999. g. ta brojka iznosi 463 odnosno čak 37,6%.

U promatranom trogodišnjem razdoblju (1997-1999), prema podacima MUP-a, motiv samoubojstva najčešće je ostao neutvrđen i to u 30,87%, potom slijedi kategorija koja se vodi po nazivnikom duševne bolesti sa 24,71%, te tjelesna bolest za 13,60%. Inače broj neutvrđenih slučajeva i u ovom segmentu iz godine u godinu raste, pa je tako 1997. g. bio 18,13%, a 1999. g. je narastao na 38,22%.

RASPRAVA

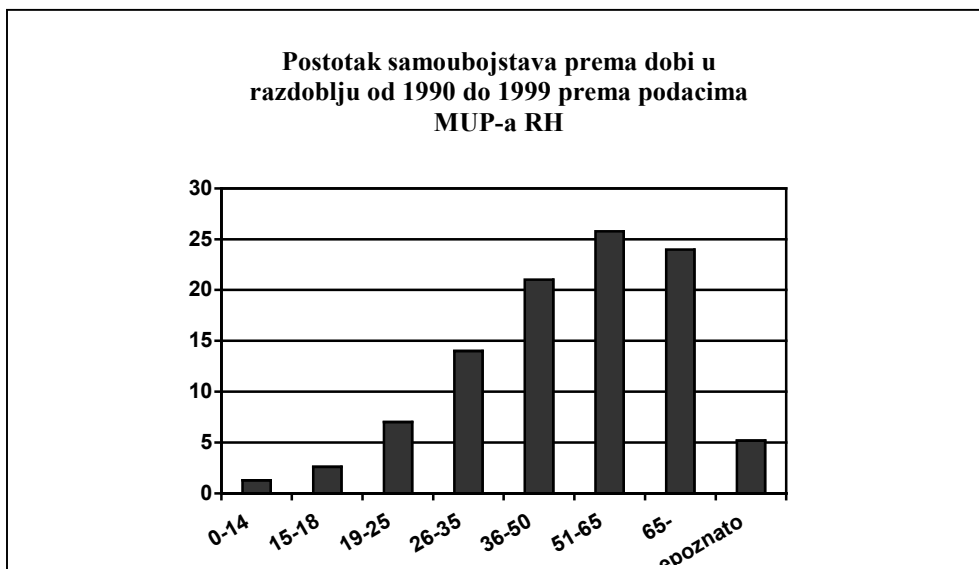
Epidemiološki parametri o broju suicida (učestalost, povećanje i smanjenje broja) ovise o sociodemografskim karakteristikama populacije u određenom području, ukupnom psihičkom i socio-ekonomskom stanju stanovništva. Prema međunarodnoj statistici, samoubojstvo je na devetom mjestu najčešćih uzroka smrti.

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO), iako još ne raspolaže statistički posve obrađenim podacima za 2000, procjenjuje u 2000. g. oko milion smrti zbog suicida. Opća stopa mortaliteta od suicida u svijetu je 16/100 000, ili jedno samoubojstvo svakih 40 sekundi. SZO nadalje izvještava da je suicid među 3 najčešća uzroka smrti u dobnim skupinama 15-44 godina (oba spola), a pokušaji suicida su i do 20 puta češći nego dovršeni suicidi. Iako je suicid tradicionalno najučestaliji među starijim muškarcima, stopa suicida među mladima je u porastu. Mentalna bolest (posebno depresija i ovisnost) povezani su sa više od 90% slučajeva suicida. Ipak, u etiologiji suicida ne smijemo zanemariti ni kompleksne socio-kulturalne čimbenike, kao ni podatke da se učestalost suicida povećava u razdobljima socioekonomskih, obiteljskih i individualnih kriza. (7) Procjenjuje se da je životna prevalencija suicidalnih ideacija između 10 i 18% a pokušaja suicida 3-5%. (8)

Uspoređujući stope samoubojstava na 100 000 stanovnika u Hrvatskoj i nekoliko susjednih zemalja vidljivo je da je u našoj zemlji ta stopa usporediva ili značajno niža, osim u odnosu na Italiju, bez obzira što bi se na osnovu dojma koji se stječe praćenjem medija moglo doći i do sasvim suprotnih zaključaka.

Tako je prema SZO, stopa suicida na 100 000 stanovnika u Austriji (1998. g.) iznosila 39,2, u Mađarskoj 65,8, u Sloveniji (1997. g.) 61,1, dok je u Italiji znatno niža i za 1996. g. iznosi 16,6. U Hrvatskoj, prema istom izvoru, za 1997. g., stopa suicida iznosi 42,3 na 100 000 stanovnika. (7) Ovdje se ponovno susrećemo s različitošću brojčanih podataka prema raznim izvorima, jer prema MUP-u, stopa suicida iznosi 18,9, a prema DZS 21. Vjerojatno se radi o različitim načinima prikupljanja podataka. U svakom slučaju, dobivene rezultate valja interpretirati u svjetlu ograničene pouzdanosti i nepoznatog broja maskiranih suicida.

Pitanje je koliko suicida se skriva iza nesretnih slučajeva ili nepoznatih uzroka smrti. Također naglašavamo da je u razdoblju 1991-1995. jedna trećina teritorija Republike Hrvatske bila okupirana i stanovništvo raseljeno, pa se podaci o broju suicida i pratećim parametrima za to razdoblje odnose na slobodni dio teritorija.



Podaci o ukupnom broju počinjenih suicida govore da se dnevno u RH ubije 2.24 (MUP) odnosno 3.04 (Državni zavod za statistiku) osobe. Drugim riječima, u našoj zemlji svakih 10 sati i 42 minute (MUP), odnosno 7 sati 54 minute ubije se jedan čovjek. Ukoliko bi se ta brojka uvećala za 10 puta, što bi na osnovu spoznaja iz literature bio hipotetski broj pokušaja, dolazimo do toga da si na teritoriju naše države praktički svakog sata netko pokuša oduzeti život. Mnogi istraživači vjeruju da službene statistike podcjenjuju aktualni broj suicida.

Iako postoje razlike u apsolutnim brojkama dvaju izvora korištenih u ovom radu, iz prikazanih podataka je vidljivo da nema određenog trenda u kretanju broja samoubojstava tijekom promatranog razdoblja.

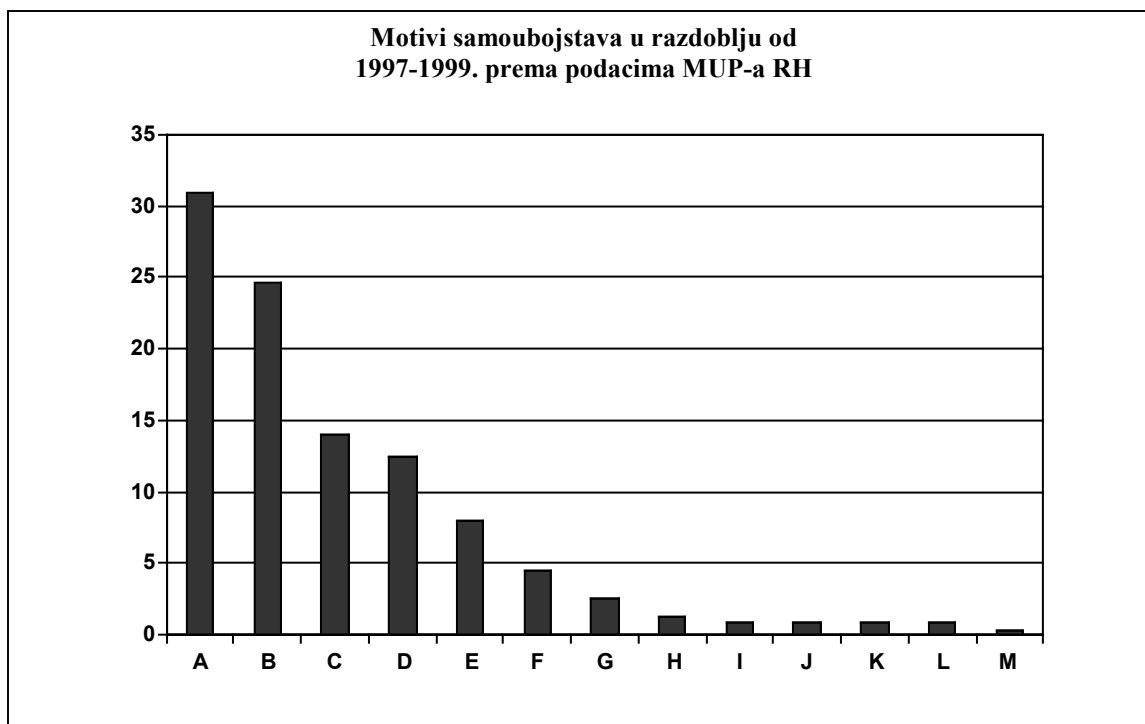
Omjer muškaraca i žena ne razlikuje se od podataka za nama geografski bliske zemlje Sloveniju, Italiju, Austriju i Mađarsku (7).

Najviše samoubojstava bilo je u dobnim skupinama od 51-65 g., odnosno 55-69.g.. Objašnjenja visoke suicidalnosti tih dobnih skupina vežu se uz češće ili uznapredovale tjelesne ili duševne bolesti (posebno neliječenu depresiju) zastupljene u toj dobi, zakazivanje na radnom mjestu, gubitak socijalnih uloga, odlazak djece iz obitelji i sl.. Dobiveni podaci sukladni su i jednom regionalnom ispitivanju u RH, na području Županije bjelovarsko-bilogorske, gdje je nađeno da velik dio samoubojstava počine osobe dobi 56-70 godina, a sam vrh čini dobnina skupina 61-65 godina (15).

Prema podacima SZO za RH u godini 1997., najučestalija su samoubojstva u dobnj skupni 65-74.g. U usporedbi sa susjednim zemljama, u Austriji najučestaliji suicid u osoba starijih od 75.g. i u dobnj skupini 45-54.g., Slovenija bilježi konstantan porast u dobnim skupinama od 55 naviše, dok Mađarska ima dobnu raspodjelu slično Austriji, s dva vrha, u dobnim skupinama 45-54 i preko 75.g. (7).

Udio maloljetnika među samoubojicama je malen, ali svako bi se društvo trebalo zabrinuti i zapitati uzrocima i interakcijama koje dovode do suicidalnog ponašanja kod mladih. Postoji značajan neovisni učinak psihosocijalnih čimbenika na porast suicida među djecom i adolescentima, povrh rizika koji se pripisuje verificiranoj psihijatrijskoj bolesti. Najvažniji rizik nose školski problemi, suicidi u obiteljskoj anamnezi, loša komunikacija roditelj djeteta i stresni životni događaji (gubitak voljene osobe, problemi sa zakonom).

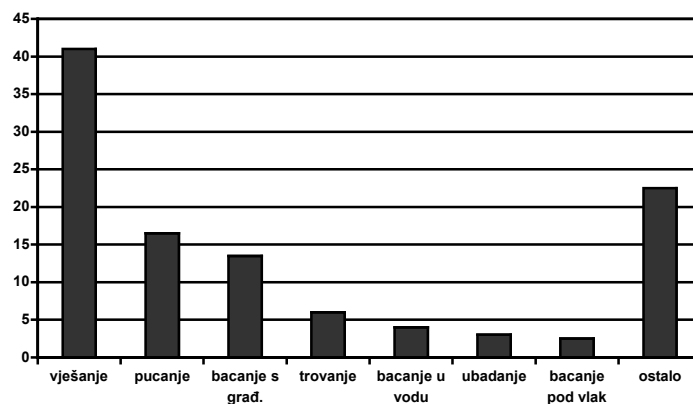
Kao predisponirajući čimbenici spominju se i alkohol, droga, agresivno impulzivno ponašanje. Socio-okolišni čimbenici značajno pridonose adolescentnom riziku od suicida i treba ih uzeti u obzir pri procjeni tog rizika. (10,11,12,13).



- | | | |
|--|---------------------------------------|-----------------------------|
| A – neutvrđeno | F – staračka besperspektivnost | K – gubitak posla |
| B – duševna bolest | G – ljubomora | L – neuspjeh u školi |
| C – tjelesna bolest | H – gubitak supružnika | M – gubitak djeteta |
| D – alkoholizam | I – siromaštvo | |
| E – nesređeni obiteljski odnosi | J – narkomanija | |

Tijekom cijelog promatranog razdoblja, vješanje dominira kao način izvršenja samoubojstva. Drugi autori također navode vješanje kao najučestaliju metodu oduzimanja vlastitog života (3,14,15,16). Udio suicida počinjenih vješanjem je u ratnom razdoblju manji, ali taj pad nastaje zbog povećane učestalosti drugih metoda, posebno vatrenog oružja.

Postotak samoubojstava prema načinu izvršenja u razdoblju 1990-1999. prema podacima MUP-a RH



Porast udjela suicida počinjenih vatrenim oružjem rezultat je dostupnosti oružja u ratnom razdoblju. Do sličnog zaključka došli su i drugi autori (6,16,17,18,19), a to potvrđuju i podaci Ministarstva unutarnjih poslova. Krajem 1989. bilo je registrirano 299 586 komada vatrenog oružja, a tijekom 1989. Ministarstvo je primilo 30 699 zahtjeva, od kojih je odobreno 21 499. Podaci se odnose samo na legalno posjedovanje oružja, a podaci o stvarnom broju oružja među stanovništvom nepoznati su, ali je u ratnom razdoblju vjerojatan značajan postotak ilegalno posjedovanog oružja. Za očekivati je da će zakonska regulativa o civilnom posjedovanju oružja utjecati na manju dostupnost oružja općenito, pa tako i oružja kao sredstva počinjena suicida (20).

Iz literature je poznato da muškarci češće koriste agresivne metode (oružje, vješanje i skakanje s visine) što bi mogao biti jedan od čimbenika koji utječu na veću stopu realiziranih suicida među muškom populacijom. Institucije koje prate kretanje broja suicida u našoj zemlji u svom dosadašnjem radu u toj kategoriji nisu uvele distinkciju prema spolnoj pripadnosti.

S obzirom na velikosrpsku agresiju kojoj smo bili izvrgnuti interesantno je za primjetiti da je u vrijeme najintenzivnijih ratnih zbivanja udio suicida počinjenih pucanjem iz vatrenog oružja ipak nešto veći nego što je to bio slučaj u nekim drugim godinama. Na primjer 1990. godine 9,8% ili 1999. godine 10,8%, dok je taj postotak 1992. godine bio 25,3%, a 1993. godine čak 27,4% od ukupnog broja suicida. U tim podacima svakako treba tražiti analogiju s istraživanjima u SAD-u koja govore da u saveznom državama koje uvedu "strožu" zakonsku regulativu vezanu uz vatreno oružje broj suicida počinjenih tim sredstvom opada.

Dostupnost nekog sredstva svakako određuje i njegov prioritet pri izboru načina počinjenja suicida, a rat je imao za posljedicu veću dostupnost oružja u široj populaciji. Zanimljivo je da postoje istraživanja osobnosti samoubojica (koji su preživjeli pokušaj) i izabranih metoda samoozljeđivanja. Intuitivno pretpostavljamo da sve metode nasilnog samoozljeđivanja reflektiraju sličnu psihopatologiju. U usporedbi preživjelih koji su pokušali suicid pucanjem iz vatrenog oružja i onih koji su skočili s visine nađeno je da vatreno oružje češće koriste mlađi muškarci, s forenzičkom anamnezom, skloni alkoholu i s psihičkim profilom antisocijalnog ili borderline poremećaja osobnosti. Činu suicida često prethodi kulminacija svađa, očaja i nagomilanih tenzija, a sam čin je jedan u nizu violentnih životnih incidenata.

Kod onih koji su skočili s visine identificirani stresor je manje prisutan, češća je teška psihopatologija definirana na osi I po DSM, češće su imperativne halucinacije, persekutorne, grandiozne ili nihilističke deluzije. Iako je općenito prihvaćeno da su kulturološki čimbenici i dostupnost metode determinatne pri izboru načina suicida, mentalni status je dodatna i važna varijabla u tome. (21)

Motivi samoubojstva najčešće su neutvrđeni, a među utvrđenim motivima ističe se duševna bolest, zatim tjelesna bolest, alkoholizam, nesređeni obiteljski odnosi i staračka besperspektivnost. Ljubomora, gubitak supružnika, siromaštvo, narkomanija, gubitak posla, školski neuspjeh i gubitak djeteta zastupljeni su u vrlo niskom postotku. Navedene kategorije su dobivene na temelju zaključka koji donosi policijski službenik koji je dužan prilikom očevida koji se vrši u slučaju sumnje na počinjeni suicid ispuniti za to pripremljeni obrazac. On se odlučuje za jednu od navedenih mogućnosti na osnovu zatečene situacije i razgovora s okolinom te u najboljem slučaju prethodne medicinske dokumentacije ili oprostajnog pisma. Nakon što se policijskom istragom utvrdi da se radilo o suicidu, a ne o eventualnom kaznenom djelu, slučaj za policiju prestaje biti zanimljiv i daljnje izmjene se više ne unose.

Razumljiv je visok stupanj nepoznatih motiva samoubojstva, jer su i navedeni motivi ipak najčešće samo vjerojatni, pretpostavljeni od strane članova obitelji ili drugih ljudi iz okoline. Suicidogeni motivi predstavljaju upravo onaj problem koji u nekom trenutku pobuđuje osobu da učini samoubojstvo. Bitno obilježje suicidogenih motiva jest da su subjektivni. Mogu biti endogeni, kao što su somatske ili psihičke bolesti (rak, depresija, alkoholizam i sl.) i egzogeni, koji opet obuhvaćaju afektivne motive (poremećana obiteljska dinamika, emocionalni nesporazumi), ekonomske (gubitak radnog mjesta, osiromašenje), moralne (oklevetanost, osramoćenost). Epidemiološko istraživanje suicida u Sloveniji kao vodeće motive navodi bračne i obiteljske konflikte, tjelesnu bolest i invaliditet, osamljenost, gubitak bliske osobe. (22) Duševne i tjelesna bolest vodeći su među poznatim motivima samoubojstva u niz istraživanja. Poremećaji raspoloženja su najvažniji dijagnostički entitet mentalnih poremećaja identificirani kao rizični faktor u suicidologiji. Studije metodom "psihološke obdukcije" uniformno pokazuju da je više od 50% umrlih od suicida bolovalo od poremećaja raspoloženja u vrijeme smrti. (23)

Rizičnim faktorima nazivamo one aspekte čovjekova života koji povećavaju vjerojatnost da će osoba pokušati ili izvršiti suicid.

Prisutnost verificiranih poremećaja na osi I po DSM (depresivni sindromi, alkoholizam, poremećaji prilagodbe), psihopatologija u obiteljskoj anamnezi i nedavni stresni životni događaj su značajni rizični faktori. Rizični faktori su univerzalni u različitim zemljama i kulturama. (6,15,24,25,26) Pokušaj suicida u anamnezi također je značajan rizični faktor, pa je najveći rizik od ponavljanja prisutan u dvije godine nakon prethodnog pokušaja. (27) Rizik perzistentnih suicidalnih misli i pokušaja determiniran je kompleksnim interakcijama psihijatrijske anamneze, neuroticizma, traumatskih životnih događaja, genetske vulnerabilnosti i sociokulturnih rizičnih i protektivnih faktora. (28) Psihijatrijsko liječenje i psihosocijalna pomoć koji ciljaju na bolju integraciju pacijenta u društvo, socijalnu adaptaciju i zaposlenost značajno smanjuju rizik od suicida. (29,30) Na žalost, izvori podataka kojima smo se služili u ovom radu ne evidentiraju ponavljanje pokušaja suicida, tako da nam je nepoznata učestalost pokušaja suicida kao prediktora ponovnog pokušaja. Prepoznavanje rizika nužno je jer većina muškaraca i značajan postotak žena umire u prvom pokušaju suicida (31). Valja naglasiti da je među počiniteljima suicida učestaliji kontakt sa zdravstvenom službom (kako psihijatrijskom tako i primarnom zdravstvenom zaštitom) u mjesecima, tjednima i danima pred sam čin (1,31). Vrlo je teško među pacijentima identificirati onoga za kojega je vjerojatno da će pokušati suicid u kratkom vremenu, ipak treba obratiti pozornost na rizične faktore-poremećaj raspoloženja, alkoholizam, komorbiditet tjelesnih bolesti, prethodni pokušaj suicida.

Kliničari mogu uskratiti ili znatno reducirati jednu metodu počinjanja suicida a to je propisana medikacija, međutim oni ne mogu podnijeti sav teret smanjenja stope suicida među populacijom, već su nužne i druge preventivne mjere. U svakodnevnoj psihijatrijskoj praksi stalno je prisutna potreba za sustavnim znanstvenim razmatranjem problema samoubojstva. (32)

U zaključku možemo reći da je u Republici Hrvatskoj o promatranom razdoblju od 1990. do 1999. godine prema evidenciji MUP-a godišnje u prosjeku počinilo 853 samoubojstava. Ako se analiziraju podaci dobiveni iz baze podataka pri Državnom zavodu za statistiku, ta brojka raste na 1054 suicida godišnje, s time da se radi o razdoblju od 1990. do 1998. godine. Za MUP-ove podatke vrijedi ograda da su za 1992. godinu podaci prikupljeni tek od 16. studenog pa ta godina nije ni uračunata u ovu srednju vrijednost.

Usporedbom nekih osnovnih demografskih pokazatelja koji su praćeni u ovim bazama podataka s istim takvim podacima poznatim iz drugih zemalja, vidljivo je da nema neke značajnije razlike.

Ako se prisjetimo da je tijekom najžešćih ratnih godina udio suicida izvršenih vatrenim oružjem bio veći nego ostalih godina bilo bi vrijedno razmisliti koliki utjecaj ima dostupnost nekog sredstva na sam način počinjenja.

Ono u čemu se u znatnoj mjeri razlikujemo od pojedinih gospodarski razvijenih država svakako je način na koji se evidentira broj suicida, te broj i raznovrsnost pratećih podataka.

Zahvaljujemo Državnom zavodu za statistiku i osobito MUP-u RH što su nam svojom ljubaznošću ove podatke učinili dostupnima i time omogućili ovaj rad.

Literatura:

1. Pirkis J, Burgess P. Suicide and recency of health care contacts. *Br J Psychiatry* 1998;173:462-474
2. Lewis G, Hawton K, Jones P. Strategies for preventing suicide. *Br J Psychiatry* 1997;171:351-354
3. Kozarić-Kovačić D. Epidemiologija suicida u Hrvatskoj – Neki svjetski epidemiološki pokazatelji suicida. U: Zbornik radova Prvog hrvatskog kongresa o suicidalnom ponašanju, Zagreb, prosinac 2000
4. Zbornik radova Prvog hrvatskog kongresa o suicidalnom ponašanju, Zagreb, prosinac 2000
5. Book of abstracts 8th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour, Bled, Slovenia, September 2000
6. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA: Psychiatric emergencies. U: Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Synopsis of Psychiatry*, Baltimore, Maryland: Williams&Wilkins, 1994;803-811
7. World Health Organization. *Suicide statistics*. Geneva 2000
8. Isomets ET. Suicide. *Current Opinion in Psychiatry* 2000;13:143-147
9. Čatipović V. Analiza samoubojstava na području Županije bjelovarsko-bilogorske u razdoblju 1988-1998. godine. *Soc psihijat*.2000;28:3-13
10. Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D. Psychosocial Risk Factors of Child and Adolescent Completed Suicide. *Arch Gen Psych* 1996;53:1155-1162
11. Kocijan-Hercigonja D. Suicidalnost kod djece i adolescenata. U: Zbornik radova Prvog hrvatskog kongresa o suicidalnom ponašanju, Zagreb, prosinac 2000
12. Gould MS, King R, Greenwald S, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(9):915-923
13. Goldston DB, Daniel SS, Reboussin DM, Fraizer PH, Harris AE. Cognitive risk factors and suicide attempts among formerly hospitalised adolescents: a prospective naturalistic study. *J Am Acad Child and Adolescent Psychiatry* 2001;41(1):91-99
14. Punder DJ. Why are the British hanging themselves? *Am J Forensic Med Pathol* 1993;14:135-40
15. Vijayakumar L, Rajkumar S. Are risk factors for suicide universal? A case control study in India. *Acta Psych Scand* 1999;99:407-411
16. Požgain I, Mandić N, Koić O. Suicid na osječkom području u ratu i miru. *Soc. Psihijat*. 1994;22:113-121
17. Hotujac Lj, et al. Some socio-demographic, psychopathologic and clinical characteristics of psychiatrycally treated soldiers of the Croatian Army. *Soc psihijat* 1993;21/1-2:3-12
18. Hotujac Lj. Psihijatrijski poremećaji u ratnim i drugim katastrofičnim prilikama – PTSD. *Liječ Vjesn* 1991;113:265-268
19. Jukić V et al. Psihijatrijske hospitalizacije pripadnika hrvatskih oružanih snaga. *Soc psihijat* 1991;19:315-324
20. Nikolić D. Socijalno psihološki aspekti posjedovanja i upotrebe vatrenog oružja. *Policija i sigurnost* 1992;3:144-156
21. De Moore GM, Robertson AR. Suicide attempts by firearms and by leaping from heights: a comparative study of survivors. *Am J Psychiatry* 1999;156(9):1425-31
22. Leskošek F. The Epidemiology of Suicidal Behaviour in Slovenia between 1985 and 1995. U: Book of abstracts 8th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour, Bled, Slovenia, September 2000

23. Isomets ET. Suicide and mood disorders. U: Book of abstracts 8th European Symposium on Suicide and Suicidal Behaviour, Bled, Slovenia, September 2000
24. Szadoczky E, Vitrai J, Rihmer Z, Furedij. Suicide attempts in the Hungarian adult population. Their relevance with DIS/DSM-III-R affective and anxiety disorders. *Eur Psychiatry* 2000;15(6):343-7
25. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ et al. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological Medicine* 1999;29:9-17
26. Boardman AP, Grimbaldeston AH, Handley C, Jones PW, Willmott S. The North Staffordshire Suicide Study: a case-control study of suicide in one health district. *Psychological Medicine* 1999;29:27-33
27. Nordstrom P, Asberg M, Aberg-Wisted A, Nordin C. Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorders. *Acta Psychiatr Scand* 1995;92(5):343-50
28. Statham DJ, Heath AC, Madden PA. Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychol Med* 1998;28(4):839-855
29. tejedor MC, D. A, Castillon JJ, Pericoj JM. Attempted suicide, repetition and survival – findings of a follow-up study. *Acta Psych Scand* 1999;100:205-211
30. Johnsson FE, -jehogen A, Trkman-Bendz L. A 5-year follow-up study of suicide attempts. *Acta Psych Scand* 1996;93:151-157
31. Isomets ET, Lannqvist JK. Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry* 1998;173:531-535
32. Bamburač J, Esapović-Greš N. Suicide Problem in Croatia Today. *Soc. Psihijat.* 1994;22:139-142.

SUICIDALNOST PSIHOTRAUMATIZIRANIH OSOBA

Nikola Mandić

2. Povijest samoubojstva

- "Quiseipsum occidit homicidaest"
("De civitati Dei"), Sv. Augustina 420.g.
- U V. Britaniji sve do 1961. g. suicid je kazneno djelo
- Krajem 18. st. suicid je rezultat bolesnog
- Polovicom 20. st. suicid je multifaktorijalno uvjetovan
- Durkheim, "Le suicide", 1897. god. suicid se javlja – češće pod nepovoljnim socijalnim uvjetima
- Kod slabije integriranih u grupu
- U anomiji (nedostatku vrijednosti veze pojedinca za grupu)

3. Intimni motivi pojedinca za suicid (psihodinamika)

- Suicid je krajnji i vrhunski izraz agresije
(Samoubojstvom u sebi ubijamo omrženu osobu)
- Wilhem Stekel (1910), "nitko se ne ubija tko nije pomislio ubiti drugoga"
- Samoubojica ubija čovjeka s kojim se poistovjetio, sebi okrenuta težnja za smrću primarno je uperena nekom drugom /S. Freud, 1920. g./
 - instinkt života /Eros/, instinkt smrti /Thanatos/
 - nadzor ugrađen u super ego i instanca krivnje obuzdavaju nagone
 - civilizacija je formiranje grupnog super ega
 - suvišna agresija se usmjerava na ja, okreće se protiv ja
 - izraz agresije na napuštajući objekt prema kojem gaji ambivalentne osjećaje

4. Psihodinamika suicida /II/

- Litman: "Suicid je odraz onoga zbog čega patim"
- Adler: "Suicid je povezan s kompleksom: inferiornosti, svetom i antisocijalnom agresijom"
- Fenichel: "Suicid je zabrana homicida, koji teži uništiti arhaične objekte inkorporirane u doba formiranja super ega"
- Fromm: "Suicid je odraz devijantnog ponašanja koji reflektira duševne uvjete, ozbiljne socijalne probleme, gomilanje energije koja vodi reakciji"

5. Psihodinamika /III/

- Ringel: Presuicidalni sindrom
 - progresivno stješnjavanje u nepovoljnim uvjetima razvoja ličnosti ili izuzetno nepovoljnih kasnijih okolnosti
 - inhibirana agresija – nesposobnost čovjeka da svoju agresivnost oslobodi na društveno prihvatljiv način
 - sve češće suicidalne fantazije koje olakšavaju donošenje konačne odluke i vode u fazu autoagresije

6. Osobe sklone suicidu

- Frustrirane i konfliktne situacije u razvoju (djetinjstvo i adolescencija)
- U kritičnim fazama razvoja nisu imale pozitivnu identifikaciju
- Aktualna životna opterećenja:
 - nagomilavanje
 - spremnost za suicid
- Spremnost za suicidalno reagiranje uglavnom se veže na čovjekovu mladost za period formiranja ega

7. Stengel

- Suicid je oblik komunikacije u času teške životne krize
- Suicid je odgovor na poremećenu globalnu komunikaciju
 - izlaz iz egzistencijalne krize
 - krik za pomoć koji nastoji proizvesti popustljivo ponašanje značajne osobe
 - suicidant je čovjek koji ostaje sam, bez nade i izlaza

8. Biološki pristup suicidu

- 70% suicidanata bili su depresivni
- Monoaminski neurotransmiterski deficit (DEA, NA, 5HT)
- Deficit kontrole impulsa omogućava stvaranje suicidalnih ideja
- Klimatski uvjeti i vremenske promjene
- Naslijeđe

9. Daljnji pogledi na suicid

- Esquirol (1838. godine)
 - suicid je redovito izraz bolesne psihe
- 0,2 promila suicida opće populacije
 - svake 40-te sekunde jedan suicid, 10-15 puta više pokušaja
- 40-60% nije liječeno po psihijatru
- Više je smrti od samoubojstva nego od ubojstva
- 60% svih suicida depresija i shizofrenija (rizik 30 puta veći od opće populacije)
- 25% direktno povezano s depresijom, 33% sa starosti, 10-40% sa alkoholizmom

10. Faktori rizika za suicid

- Adolescent stariji od 14 godina (15-19 godina)
- Stare usamljene osobe
- Kronični tjelesni bolesnici
- Invalidi s uvidom u progresiju bolesti
- Kod nastanka depresije, povećan broj stresnih i životnih događaja
- Gubitak voljenog životnog partnera
- Nakon neočekivanog /dobrog/ raspada braka
- Teška bolest bližeg člana obitelji
- Veliki materijalni gubitak
- Neugodnost na poslu

11. Faktori samoubojstva

- Suicid je rezultanta samobojstva psihe i samoubojstva motiva, oni djeluju zajedno
- Dispozicija: naslijeđeno ili rjeđe stečeno smanjenje životnog nagona (anksiozne i opsesivne neuroze, alkoholizam i ovisnosti)
- Uzroci: duševne bolesti, snažne afektivne krize, teške tjelesne bolesti, krizne konfliktne situacije
- Motivi: unutarnji, subjektivni impulsi, pokretači suicidalnog čina
 - svjesni izlaz iz preteške situacije
 - nesvjesni parasuicidalna pauza
- Povod: neposredni egzogeni izazovi (značajni i snažni događaji, doživljaji, "okidač" koji pokrene dugo kumulirane efekte)
- Suicidogeni stimulusi (pijano stanje, pubertet, klimaks, početna involucija, nerealni – nedostižni erotski objekti)

12. Vrste suicida /Durkheim/

- Anomično: normativne vrijednosti u zajednici gube svoj red
- Egoistično: odvojeni od grupe, društvene norme ništa ne znače
- Altruistično: pojedinac se odriče vlastite koristi i u potpunosti se poistovjećuje s društvenom zajednicom
- Fatalističko: društvena zajednica vlada pojedincem
 - bijeg iz normativne situacije kojoj se ne smije proturječiti

13. Druge karakteristike suicida

- Smišljeno: danima pripremano
- Naprasno, polagano, aktivno i pasivno
- Prema izboru sredstva (tipično i atipično)
- Prema izboru mjesta (javno i tajno)
- Prema broju osoba: pojedinačno, dvojno i višestruko (potpuno i nepotpuno, prividno, direktno i indirektno)
- Heteroseksualno i homoseksualno

- Kod Zelota u tvrđavi Masada 73.n.e. i 1978. g. Johnstawn – patološka ličnost Jimmy John oduzeo život 923 osobe
- Po svrsi: altruističko oslobađanje obitelji od tereta ili pribavljanje materijalne koristi obitelji
- Tendenciozno: u znak protesta da se drugome naškodi
- Simulirano: nesretni slučaj ili ubojstvo – prikrivanje kaznenog djela
- Disimulirano: samoubojstvo kao ubojstvo – prirodna smrt ili nesretni slučaj

14. Neke karakteristike samoubojstva i samoubojica

- 1/3 starijih od 60 godina
- 2/3 između 15 i 16 godina
- Stopa raste s dobi
- Odnos m:ž 2,5:1
- 2 puta češće u gradu
- Žene najčešće u vlastitom domu, a muškarci izvan doma
- Protestanti češće od katolika
- Više u kasno proljeće i rano ljeto
- Najčešće u ponedjeljak 6-12 sati i navečer 22-24 sata
- Način ubojstva: običaj, tradicija, spol (ž-trovanje, a m-vješanje, vatreno i hladno oružje)

15. Samoubojstvo i rat

- Podaci nekonzistentni
 - neki, tijekom rata opada ili je nepromijenjen koeficijent samoubojstva (teorija njihala, visoka stopa suicida a niska homicida i obratno)
- Lester u Francuskoj (1826-1913)
 - niže stope tijekom ratova, više istraživani ženski spol
- II svjetski rat (SZO),
 - 32 milijuna poginulih a tijekom 25 godina nakon rata 8.700.000 završilo suicidom, više od 1/4
- više samoubojica kod pobijeđenih (Njemačka i Japan)
- 1940. g. u Nizozemskoj stopa naglo porasla za 50% , a nakon oslobođenja 1945. g. opet porasla stopa suicida

16. Samoubojstvo i rat (II)

- 10 godina nakon II svj. rata stope suicida u Japanu bile najviše u svijetu za sve dobne skupine, najviše među mladima, visoka stopa i kod starih
- Sri Lanka (Somasundaram) u periodu od 10 godina - 1980-1989. g. za vrijeme rata pad suicida
Rat može djelovati kao izbor za suicid!
- Bullman: povećanje traume povećava rizik, veterani više puta ranjavani veliki rizik
- Požgain u Osijeku (1988-1993), porast suicida u ratnim godinama i visoke stope u vrijeme intenzivnih ratnih zbivanja
- Pereković u Osijeku (1986-1991) i (1991-1996), u prve tri ratne godine stopa povišena, kasnije izjednačena sa mirnodopskom (uzorak 114 u miru i 165 u ratu, ukupno 279)

17. Rat u Hrvatskoj

Rat – najteže i najmučnije ljudsko iskustvo

- Nije bilo granica između fronte i pozadine, između vojske i civila
- Ubijalo se i masakriralo civilno stanovništvo
- Rušila se sela i gradovi, pustošilo se
- Ubijalo se i masakriralo djecu, starce, borce i ranjenike
- PTSP 30-80% kod preživjelih katastrofičnih situacija, 18-54% kod veterana i 17-64% kod zarobljenika
- Akutne stresne reakcije trajne promjene ličnosti
- Žalovanje i drugo

18. Samoubojstva na području općine Osijek po godinama i spolu u dva perioda

Godina	Muški	Ženski	Ukupno	Godina	Muški	Ženski	Ukupno
1970	22	10	32	1990	10	5	15
1971	13	16	29	1991	22	1	23
1972	14	7	21	1992	30	5	35
1973	19	7	26	1993	22	13	35
1974	12	5	17	1994	23	7	30
1975	17	8	25	1995	14	9	23
1976	27	12	39	1996	16	9	25
1977	18	12	30	1997	28	14	42
1978	10	4	14	1998	19	12	31
1979	17	4	21	1999	17	9	26
Ukup	169	85	254		201	84	285
%	67	33	100		71	29	100

19. Način samoubojstva po periodima

Način	1970-1979	%	1990-1999	%
Vješanjem	144	58	291	51
Utapanjem	36	14	37	6
Pad s visine i pod vlak	29	11	29	5
Vatreno oružje	18	7	142	25
Trovanjem	17	7	25	4
Hladno oružje	10	3	9	2
Nepoznato	-	-	43	7
Ukupno	254	100	576	100

20. Samoubojstva po spolu u dva perioda

1970-1979			1990-1999		
Muški	Ženski	Ukupno	Muški	Ženski	Ukupno
169	85	254	425	151	576
67%	33%	100%	75%	26%	100%

21. Samoubojstva na području općina Osijek, D.Miholjac, Đakovo i Valpovo po godinama

Godina	Osijek	D.Miholjac	Đakovo	Valpovo	Ukupno
1990	15	8	21	8	52
1991	23	5	20	6	54
1992	35	12	15	8	70
1993	35	8	15	9	67
1994	30	11	12	11	64
1995	23	3	13	7	46
1996	25	11	11	8	55
1997	42	4	17	7	70
1998	31	6	8	3	48
1999	26	4	9	11	50
Ukupno	285	72	141	78	576

22. Samoubojstva po godinama i dobnim skupinama

Godina	do 25	26-35	36-50	51-65	66 i više	Ukupno
1990	4	12	8	22	6	52
1991	4	10	12	18	10	54
1992	11	11	19	17	12	70
1993	6	9	13	14	25	67
1994	8	11	9	17	19	64
1995	6	4	11	14	11	46
1996	5	7	10	18	15	55
1997	7	6	15	24	18	70
1998	5	3	12	11	17	48
1999	2	2	16	11	19	50
Ukupno	58	75	125	166	152	576

23. Samoubojstva po spolu od 1990-1999. g.

Godina	Muški	Ženski	Ukupno
1990	37	15	52
1991	49	5	54
1992	60	10	70
1993	46	21	67
1994	52	12	64
1995	30	16	46
1996	41	14	55
1997	46	24	70
1998	32	16	48
1999	32	18	50
Ukupno	425	151	576

24. Načini samoubojstava u osječkom području u periodu od 1990-1999. g.

Godina	Vješanje	Vatreno oružje	Utapanje	Bac. s visine	Trovanje	Hladno oružje	Nepozn.
1990	30	4	7	4	7	-	-
1991	28	19	1	1	1	1	3
1992	27	26	2	1	-	2	12
1993	35	16	5	3	3	-	5
1994	37	15	3	6	1	1	1
1995	19	18	4	1	-	2	2
1996	28	16	3	2	3	-	3
1997	39	13	5	3	3	1	6
1998	22	8	4	5	2	1	6
1999	26	7	3	3	5	1	5
Ukupno	291	142	37	29	25	9	43

25. Razlog samoubojstva na osječkom području 1990-1999. g.

Godina	Bolest	Starost	Nepoznato	Ukupno
1990	27	3	22	52
1991	26	4	24	54
1992	29	1	40	70
1993	37	3	27	67
1994	21	1	42	64
1995	19	-	27	46
1996	27	2	26	55
1997	27	4	39	70
1998	21	-	27	48
1999	26	6	18	50
Ukupno	260	24	292	576

26. Zaključak

- Rat i ratna situacija su najmučnija ljudska iskustva
 - snažno diraju u biologiju, psiho i sociodinamiku organizacije i integracije čovjeka
 - psihotrauma narušava svaki aspekt ljudskog funkcioniranja od biološkog do socijalnog
 - faktori rizika samoubojstva u ratnom i poratnom razdoblju su istaknutiji
- Na području Osijeka je u razdoblju od 1991-1999. g. u odnosu na razdoblje od 1970-1979. g. koeficijent samoubojstava porastao od 16 na 18 odnosno pojavnost samoubojstava je porasla za 11%.

27. Zaključak

- Problemi vezani za samoubojstvo su veoma različite prirode. U većini slučajeva oni su prije indikator da se osoba o kojoj se radi želi riješiti nekih životnih situacija nego li znak želje za umiranjem
- Problem suicidalnosti se rađa i raste s ljudskom osamljenošću, a mogu ga razumjeti i rješavati samo ljudi humanistički educirane svijesti koju upotrebljavaju s odgovornošću.

PROCJENA SUICIDALNOG PONAŠANJA

Prof. dr. sc. Dragica Kozarić-Kovačić
Nacionalni centar za psihotraumu
Odjel za psihijatriju
KB "Dubrava", Zagreb

Zbog toga što je literatura o suicidalnosti mnogobrojna, različita, a ponekad i proturječna, kliničari nailaze na teškoće utvrđujući relativnu važnost različitih čimbenika kada procjenjuju povišeni rizik suicidalnosti kod osobe. Čak i kada se koriste najefikasniji i najpouzdaniji instrumenti za procjenu, svakog pojedinog bolesnika moramo procjenjivati individualno jer ono što predstavlja skup pokazatelja za jednog bolesnika nije isti za drugog.

Oko 80% suicidalnih bolesnika pokazuje znakove prije samog čina, ali nema jedinstvenog prediktora koji bi ukazivao na sam suicid ili presuicidalno ponašanje već se tu radi o konstelaciji mnogobrojnih čimbenika kao što su demografski, stresni životni događaji, psihijatrijska povijest i potencijalni spasi me čimbenik. U literaturi se navode razni presuicidalni indikatori. Ustvari, nakon što je osoba pokušala izvršiti suicid i nije uspjela, slijedeća godina je najrizičnija jer vodi ka uspješnom suicidu. Od svih ovih čimbenika "jedinstveni faktor rizika" suicida je prethodni presuicidalni događaj, ali samo 1% presuicidalnih osoba se ubije u slijedećoj godini.

Visoko rizični čimbenici suicida su: (nisu prikazani po redoslijedu važnosti):

Suicidalne namjere:

1. izražavanje suicidalnih misli
2. odbacivanje
3. suicidalni plan
4. dostupnost oružju
5. preokupacija sa smrću i umiranjem

Psihijatrijska povijest:

1. prethodni suicidalni pokušaji
2. značajne promjene ličnosti (klinička dijagnoza poremećaja ličnosti)
3. konzumiranje droge ili alkohola
4. anksioznost (panične atake)
5. prethodni tretman kod psihijatra
6. os i poremećaji (prema DSM-IV)

Psihosocijalni čimbenici:

1. samci srednjih godina koji žive sami i koji su nezaposleni
2. mlade žene, nižeg obrazovanja koje imaju interpersonalnih problema – one su prije parasuicidalne
3. socijalna isključenost (npr. prekid romantične veze, gubitak posla i izolacija)
4. suicid kod članova obitelji
5. visoki postotak nedavnih stresnih životnih događaja
6. samci/udovice ili razvedeni
7. kriminalna anamneza (počinjeno ili preživljeno nasilje u posljednjih 5 godina)

Proces mišljenja:

1. ograničenost na sadašnjost
2. zaokupljenost samim sobom
3. mišljenje postaje ekstremno konkretno i rigidno, crno-bijelo mišljenje
4. procesirane misli postaju nefleksibilne, jednostrane, kognitivno rigidne
5. sposobnost kreativnog rješavanja problema je smanjena, percipira se nemogućnost rješavanja problema
6. ciljevi postaju ekstremno kratkotrajni
7. impulzivno ponašanje, nedostatak predviđanja posljedica
8. pasivnost, negiranje odgovornosti za ponašanje
9. identificiranje s ulogom žrtve

Depresivni simptomi:

1. depresija zbog prekinutog odnosa
2. očaj zbog kroničnih bolesti ili osobnih problema
3. promjene u prehrani ili spavanju
4. osjećaj bespomoćnosti (ne vidi mogućnost uspjeha u svojoj budućnosti)

Self-koncept:

1. osjećaj krivnje i srama
2. sram zbog osobnog neuspjeha
3. nesigurnost
4. osjećaj bezvrijednosti
5. depresivno raspoloženje

Nerealna očekivanja:

1. visoka očekivanja praćena neuspjehom zbog nemogućnosti ostvarenja:
npr. 1) financijsko siromaštvo nakon što je financijski dobro stajao
2) studenti koji su uvijek bili natprosječni sada su ispod prosjeka
3) biti samac nakon braka
4) poslije odmora (odmor nije bio onakav kakav se očekivao)
5) tinejdžeri kada ne ispunjavaju roditeljska očekivanja
6) liječnici kada ne ispune očekivanja društva

Najvažniji znaci i simptomi suicidalnog rizika su:

1. raniji pokušaji ili fantazirani suicid
2. anksioznost, depresija, iscrpljenost
3. dostupnost sredstva izvršenja
4. zabrinutost za efekt suicida na članove obitelji
5. verbaliziranje suicidalne ideje
6. rezignacija nakon agitirane depresije
7. znatne krize i bolesti
8. obiteljska anamneza suicida
9. pesimizam i bespomoćnost

Procjena parasuicida:

Parasuicidalno ponašanje se pojavljuje kod osoba koje se ljute, neprijateljski su raspoložene i iritabilne, dok suicidalni pacijenti više ispoljavaju apatiju i indiferentnost ili izostanak ljutnje. Interpersonalne veze parasuicidalnih osoba karakterizira neprijateljstvo, zahtijevnost i konflikt. Parasuicidalni pacijenti se često dijagnosticiraju kao granični poremećaj ličnosti.

U literaturi se navode slijedeći elementi za procjenu parasuicidalnog ponašanja:

1. insistiranje na detaljima i deskriptivnim informacijama
2. procjena prave prirode samoozljeđivanja (gdje i koliko duboki su rezovi, što i koliko kemikalija je popio/la)
3. okolina (sam ili s nekim)
4. fizički efekti pokušaja
5. potrebna medicinska pažnja
6. postojanje suicidalne namjere
7. svjesna namjera pokušaja

Neki epidemiološki pokazatelji suicida u Republici Hrvatskoj

Prema podacima dobivenim iz Registra Ministarstva unutarnjih poslova Republike Hrvatske u razdoblju posljednjih deset godina (1990-2000. g.) stopa suicida je iznosila 51,98 18,32 godina. Muškarci tri puta češće počinjavaju suicid, dok su žene u prosjeku 5 godina starije od muškaraca počinitelja suicida. Žene su češće nižeg obrazovanja, nezaposlene i iz grada, dok su muškarci počinitelji suicida češće samci.

Najčešći načini izvršenja suicida i kod muškaraca i kod žena je vješanje, muškarci češće počinjavaju suicid oružjem i eksplozivom, a žene skokom s visine, utapljanjem i trovanjem. Žene češće počinjavaju suicid radi zdravstvenih problema, a muškarci radi alkoholizma, sukoba u obitelji i materijalnih teškoća. 80% muškaraca i žena počinitelja suicida je verbalno najavilo suicid. Žene češće pokušavaju jednom ili više puta suicid. Kod suicida muškaraca češće je prethodio konflikt i alkoholizirano stanje.

Literatura:

1. Kozarić-Kovačić D, Grubišić-Ilić M. Samoubojstva u Republici Hrvatskoj od 1993. do 1998. godine. Projekt Ministarstva unutarnjih poslova Republike Hrvatske.
2. Retterstol N. Suicide: European perspective. Cambridge University Press, 1993.
3. Kessler CR et al. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National comorbidity survey. JAMA 1999;56:617-626.
4. Berman LA. Suicide. Microsoft, Encarta, 1993-1998:1-9.
5. Kozarić-Kovačić D. Epidemiologija suicida u Republici Hrvatskoj i neki svjetski epidemiološki pokazatelji suicida. U: Folnegović-Šmalc V, Gogić B, Kocijan-Hercigonja D (urednice). Zbornik sažetaka I hrvatskog kongresa o suicidalnom ponašanju, Zagerb: Marko M, 2000:21-25.

SUICIDALNOST KOD DJECE I ADOLESCENATA

D. Kocijan Hercigonja, V. Folnegović-Šmalc, V. Hercigonja

Posljednjih dvadesetak godina svjedoci smo povećanja broja suicida kod djece i adolescenata a što potvrđuju i brojna istraživanja posebice u SAD. Prema navedenim istraživanjima u posljednjih 10 godina suicidi se nalaze na trećem mjestu uzroka smrti kod djece i adolescenata a incidencija suicida u istoj populaciji se u posljednje četiri godine utrostručila. Prema podacima iznesenim na kongresu dječje psihijatrije u Tel Avivu 2001 Hrvatska se nalazi na osmom mjestu u Evropi po broju suicida kod mladih. Podaci svjetske literature upućuju, da iako je stopa suicida djece u izrazitom trendu povećanja, još su uvijek realni podaci viši od prikazivanih podataka, jer se podaci u djece i omladine nastoje prikriti maksimalno koristeći mogućnost razloga smrti nesretni slučaj i slično, a izbjegavajući navesti suicid kao razlog smrti. Neprecizna klasifikacija razloga smrti u svezi sa suicidom uvelike pomaže tendencioznom izbjegavanju navođenja suicida, jer suicid kao dijagnostička kategorija u ICD 10 ne postoji, pa su uvijek moguće pogreške s tim u svezi, a što je u konkretnom slučaju suicida (i to posebno kod djece i adolescenata) i razumljiva. Za to postoji niz razloga, među kojima je stigma jedan od važnijih, zatim izbjegavanje osjećaja krivnje, sramote i slično. Ti razlozi izbjegavanja prikazivanja stvarnog stanja djelomice imaju svoje opravdanje, ako ih shvatimo kao preventivni čimbenik u zaštiti psihičkog stanja roditelja, nastavnika i drugih članova obitelji i miljea kojemu dijete pripada. U praksi ima i slučajeva, gdje je procjena razloga smrti zaista delikatna, i čini se opravdanim odlučiti se za manje traumatizirajući razlog.

Kako bismo bolje razumjeli suicid taj zaista velik problem u mladim, potrebno je osvrnuti se na dječje razumjevanje smrti. To je razumijevanje u ovisnosti o dobi djeteta i adolescenta. Djeca do tri godine nemaju razumjevanje smrti, dok već djeca s četiri godine počinju imati spoznaju o smrti, naravno na svoj način u zavisnosti od uzrasta i individualne zrelosti. Dijete od pet godina postaje vulnerabilno na pojam smrti, sa šest godina će ispoljavati tjeskobu posebice u odnosu na moguću gubitak majke a s osam godina već se javlja razumjevanje neizbježnosti i vlastite smrti. Djeca od 8-9. godine smrt smaraju nečim privremenim a nakon tog perioda već postoji spoznaja o njezinoj trajnosti, neizbježnosti i univerzalnosti. Posebice je karakterističan odnos adolescenata prema smrti. Adolescenti imaju često filozofske stavove i razmišljanja koji se odnose na odnos života i smrti, čestu besmislenost življenja koja kao neminovnost ima smrt, želje za užitkom pa dok traje traje i sl.. Sve to proizlazi iz njihovog odnosa s okolinom i samim sobom u toj okolini. U analizi uzroka tog fenomena kod djece i mladih najčešće se spominje potištenost, depresivnost, ali i alkohol, droga, tjeskoba čije korijene nalazimo u najranijem periodu života posebice u ranim odnosima s majkom i bliskim članovima obitelji. Razvoj samopoštovanja i samopuzdanja ima svoje korijene u ranom djetinjstvu a baš se negativni self, loša slika o sebi najčešće spominje kao uzrok suicidalnog ponašanja.

Unatoč činjenici, da suvremena psihologija pa i psihijatrija primarno značenje razvoju suicidalnosti pripisuje psihološkim i socijalnim, dakle stečenim čimbenicima, no isto tako je poznato, da u istim ili sličnim uvjetima odrastaju suicidalna i nesuicidalna djeca i da u tumačenju suicidalnosti postoje i biološki čimbenici. Činjenica, koja opravdava dominantni pristup izučavanju psiholoških i socijalnih, dakle okolinskih čimbenika je stvarnost, da okolinske

čimbenike lakše mijenjamo od bioloških, a budućnost će pokazati da su njihove loge vjerojatno komplementarne. Činjenica, koja je dokazana je, da se u pojedinim obiteljima češće javljaju suicidi, što ukazuje da takove obitelji imaju veći rizik za suicid, a struka danas može aktivnije prevenirati okolinske nego li biološke čimbenike.

Najčešće nisko samopštovanje nalazimo u obiteljima u kojima nisu zadovoljene bitne djetetove potrebe: bliskost, sigurnost, važnost, ljubav bez uvjetovanja (volit ću te ako), struktura i sl..

Uskraćivanje ili čak kažnjavanje djeteta kada ispoljava svoje emocije jedan su od bitnih čimbenika koji dovodi i do niskog samopoštovanja i inhibicije što u kasnijem životu nalazimo kao karakteristike osoba sa suicidalnim ponašanjem. Jedan od značajnih faktora je i disharmonija između roditeljskog ponašanja i njihova identiteta jer u takvim situacijama dijete postaje konfuzno, ne razumije što se oko njega zbiva, koja je slika prava i kako zapravo treba postupati. Najčešće u takvim situacijama i iz takvih obitelji potječu djeca koja sebe smatraju odgovornim za loše odnose unutar obitelji, krivim za sve nesreće koje se zbivaju među članovima obitelji i takva loša slika o sebi prati dijete tijekom njegovog života.

Velik broj istraživača smatra da postoje dvije vrste niskog samopoštovanja situaciono i bazično, prvo se javlja samo u nekim situacijama i nekom području npr. profesionalnom, obiteljskom, seksualnom a bazično ima svoje korijene u najranijem djetinjstvu i najčešće je vezano uz rana traumatska iskustva, no značenja imaju i kasnija životna iskustva. U prve tri godine života samopoštovanje je odraz roditeljskih odnosa, ponašanja i vrijednosti a kasnije na razvoj samopoštovanja utječu i brojni drugi čimbenici, kao što su uspješnost ili neuspješnost, povoljni ili nepovoljni uvjeti razvoja, identifikacioni modeli i brojni drugi životni događaji i iskustva.

Često si postavljamo pitanja: zašto se djeca okupljaju u različite grupe, gangove, identificiraju se sa stilom ponašanja takve grupe, i često u grupno ili u serijama izvršavaju suicid. Analize su pokazale da se u gangovima okupljaju djeca bez tradicije i djeca niskog samopoštovanja. Već na ovoj teoretskoj i znanstvenoj spoznaji možemo ukazati kako naizgled "obični detalji" imaju važnu ulogu u psihičkom razvoju djeteta. Priča "kako je moja baka slavila djedov rođendan", "kako je lijepo bilo na kirvaju ili proštenju", "koliko su ljudi okupile fešte", "kako sam za tatin rođendan dobivala novu haljinu", "kako ćemo za Božić peći puno kolača" i slično nije samo priča, već identifikacija s tradicijom obitelji, to je nešto što djetetu diže samopoštovanje jer ima korijene, i ti su korijeni praćeni s ugodom i sigurnošću. Kako je svakome potrebna identifikacija, koju takova djeca često nalaze u grupi, identificiraju se sa ponašanjem grupe pa čak i kada se radi o izvršenju suicida. Ne smijemo zanemariti niti činjenicu da sve više djece posebice adolescenata živi vrlo rizičnim životom od ludih vožnja automobilom do izbora različitih drugih rizičnih interesa, hobija. Moramo se zapitati: "što je rizični način života", odgovor je "Ništa drugo nego jedan od oblika suicidalnog ponašanja."

Postoje brojni mitovi u odnosu na suicid, ali iz kojih proizlaze naša shvaćanja i stavovi kao npr. mit koji govori da osobe koje govore o suicidu nikada ne počine suicid. Činjenice i praksa potvrđuju da od 10 osoba koje govore o suicidu 8 ih i učini suicid. To je potrebno isticati, jer iz anamnestičkih podataka od suicidalnih bolesnika proizlazi, da su već ranije u svom iskustvu i od stručnjaka čuli, "Tko se na taj način pokušava ubiti, nikada se ne ubije". Radilo se o rezanju vena zapešća. Stručnjak čak i onda kada u parasuicidu prepozna alarm ili kako to uobičajamo kazati "narančasto svijetlo" treba situaciju shvatiti ozbiljno, jer struka kaže "da je vapaj za pomoći" hitna situacija za davanje pomoći. Jedan od mitova je i da suicidalna osoba definitivno želi umrijeti, kockaju se sa smrću i prepuštaju drugima da ih spase, dakle još jedna posljednja provjera da li je nekome stalo do njih, imaju li još nekoga kome je do njih stalo. Mit je također da suicide najčešće

izvrše mlade i bogate osobe. Činjenica je da suicid počine osobe svih uzrasta i svih socijalnih skupina. Mogli bismo tako nabrajati mitove o suicidima i uspoređivati ih sa činjenicama ali za ovu priliku čini nam se važnim navesti jedan mit koji se odnosi na djecu i mlade a to je mit da je djetinjstvo period sreće i bezbrižnosti i da djeca nemaju razloga za tugu.

Činjenica je da djetinjstvo nije uvijek period sreće i bezbrižnosti, da su djeca depresivna, obespravljena i ovisna o odraslim osobama koje ih vrlo često svojih postupcima povređuju i da počeci najvećeg broja depresija odraslih leže u djetinjstvu i počinju u djetinjstvu. Tijekom ratnih i poratnih godina često smo slušali vrlo tužne priče i djece i adolescenata. Često nam se obraćaju i roditelji, koji nas pitaju "Zašto naše dijete kad legne u krevet tiho i tužno plače?" Ako se pitanje samo malo sporije izgovori, dobije se odgovor "Tužno plače". Može li veselo ili netužno dijete tužno plakati?

Najčešći znakovi suicidalnog ponašanja kod djece su potištenost, promijene u ponašanju, gubitak interesa za ranije hobije i prijatelje, povlačenje od okoline, problemi koncentracije, zakazivanje u učenju, umor, bezvoljnost i brojni drugi. Ono što je uvijek znak za uzbunu je nagla promjena djetetovog ponašanja.

Zato je važno upoznati roditelje ali i sve druge osobe koje rade s djecom, s problemom dječjih suicida, ukazati na promjene i signale koji na to ukazuju i naučiti ih kako postupati da do toga ne dođe, kako razvijati samopoštovanje kod djece, samopouzdanja i povjerenje... Često odrasli svojim neodgovarajućim postupcima budu trigger za pokušaj suicida i zato ne čudi činjenica da su mnoge zemlje ugradile u svoje zakone i obaveznu edukaciju o prevenciji suicida kod djece i mladih.

U izvješću o preveniranju suicida za 2000. WHO kao osnovne obiteljske rizične čimbenike za djecu i mlade navodi:

- evidentnu psihopatologiju roditelja s posebnim naglaskom na afektivne poremećaje, alkohol i ovisnosti i antisocijalno ponašanje u obitelji
- obiteljska anamneza o suicidu i/ili parasuicidu, oskudna skrb i komunikacija s djetetom ili mladom osobom
- nasilničko ponašanje i zlostavljanja članova obitelji pred djecom
- učestale svađe i sukobi među roditeljima, rastava roditelja ili smrt jednog od roditelja
- česte selidbe i promjene životnih uvjeta, vrlo visoka ili vrlo niska očekivanja od roditelja, neadekvatni autoritet u roditeljima
- gubitak vremena roditelja za brigu i komunikaciju s djecom, rigidnost obitelji
- prelazak u obitelj usvojitelja ili udomitelja

Posebnu pažnju treba posvetiti u identificiranju nastalih visokorizičnih simptoma suicidalnosti, među kojima su česti:

- gubitak interesa za uobičajene aktivnosti
- sniženje ulaganja napora
- prepoznatljiva odsutnost (psihička i fizička)
- poremećena komunikativnost s vršnjacima
- povećanje intenziteta pušenja, konzumiranja alkohola i sl.
- dolaženja u sukob s učiteljima, profesorima ili policijom.

Svaku osobu koja počinje ispoljavati takovo ponašanje potrebno je detaljno saslušati, uputiti stručnjaku, koji će procijeniti radi li se o početku dubljeg poremećaja, ili je samo potrebno "stručno rame za plakanje", no u svakom slučaju, treba misliti na početak suicidalnog ponašanja i eventualnu prevenciju. Iz iskustva se zna, da roditelji teže uočavaju kada se njihova djeca

mijenjaju "na lošije" i obično su više skloni primijetiti promjene "na bolje". Zbog toga su u prepoznavanju navedenih promjena važniji učitelji i profesori. Upravo ta činjenica upućuje na važnost provođenja edukacije za prevenciju suicida u skupinama nastavnika i pedagoga. Često smo u svojoj praksi imali slučajeve, kada su nam nastavnici (nažalost prekasno) govorili, kako su prepoznavali već mjesecima, da s djetetom nešto nije u redu, slutili su, da je depresivno ili čak i suicidalno, a zbog "lebdeće" stigme nisu se "usuđivali" upozoriti na to roditelje.

Imajući na umu, da senzibilizirajući mlađe kolege, nastavnike, pedagoge i novinara da prepoznaju potencijalno suicidalno dijete ili drugu osobu, sigurno spašavamo koji ljudski život, jer nakon otkrivanja suicidalna osoba obično dolazi u tretman profesionalcu, a tada je šansa za sprečavanje suicidalnog ponašanja velika.

Litaratura

1. Andrews JA, Lewinshon PM. Suicidal attempts among older adolescents; prevalence and coocurrence with psychiatric disorders. *J Am Child Adolesc Psychiatry*, 1991;31:655-662
2. Brent DA. Risk factor for adolescent suicide and suicidal behavior; mental and substance abuse, disorders family, environmental factors and life stress. *Suicide Life Threat Behav*, 1995;25:suppl 52-63
3. Gould MS, Fisher P, Parides M, Shaffer D. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry*, 1996;53:1155-1162
4. Gould MS, King R, Greenwald S. Psychopathology asociated qith suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1998;37:915-923
5. Hercigonja V. Da li je djetinjstvo period sreće? A to znamo od dječjoj suicidalnosti. Marko M, Zagreb, 2000.

PREVENCIJA SUICIDA PSIHOTRAUMATIZIRANIH OSOBA

Vladimir Hećimović

Uvod:

Izlaganje je zamišljeno kao radionica (workshop) u kojoj će autor i učesnici razmatrati pitanja značajna za:

- zamišljanje samoubojstva kao rješenja,
- planiranje samoubojstva,
- manipuliranje samoubojstvom kao sredstvom ucjene,
- pokušaje samoubojstva i
- počinjanje samoubojstva.

Razmotrit ćemo teoretski, a zatim i na primjeru, pojedine sastavnice suicidalnosti.

Namjera da se netko ubije stvara se u unutarnjem svijetu, u psihološkom "prostoru" neke osobe i psihološke je prirode, iako pokušaj izvršenja samoubojstva može nekad izgledati premoćno utjecan društvenim ili biološkim čimbenicima.

Nagoni

Biološki orijentirani Siegmund Freud postavio je hipotezu da u pojedinoj osobi postoje dvije suprotstavljene sile: sila života Eros i sila smrti Thanatos (S onu stranu načela ugone 1920.) Thanatos bi trebalo razumjeti kao sklonost organizma da se vrati u neživo stanje, dakle bio bi utjelotvorena sklonost prema entropijskoj regulaciji razmjene tvari i energije. Načelo koje se iskazuje prevlašću Thanatosa Freud je nazvao "Načelom nirvane" (Nirvana prinzip). Shakesperae je to izrazio ovako:

"O raspadni se čvrsto, čvrsto meso, rasplini se, rastopi se u rosu."

Razum

Njemački filozof Nietzsche je tvrdio da je smrt (samoubojstvo) u starosti izraz premoći razuma nad prirodom.

Castaneda, vrlo popularan južnoamerički pisac, je opisao neku vrst oduševljenja mistika, vještca Don Juana u promatranju život koji vrije u umrlom tijelu. Savjetovao je svog učenika, da kad ubire neku biljku, koja će mu poslužiti u njegovom poslu, neka joj se ispriča, i obeća da će sada tijelo biljke poslužiti njemu, a poslije njegove smrti tijelo vještca će vratiti biljci ono što sada posuđuje. Riječ je o nekoj vrsti pravedne razmjene i o nekoj vrsti neutraliziranja osjećaja krivnje zbog ljudske lakomosti, destruiranja "majke prirode".

Osjećaji i manipulacija

Između *očekivanja od budućnosti* i *stvarnosti ostvarene budućnosti* često puta je velik raskorak. Kod nezrele ličnosti tada se javlja prkos, opiranje prihvaćanju stvarnosti i neprimjereno ponašanje. Svima nam je poznat primjer malog djeteta, kojem roditelj uskraćuje kupiti igračku, koju je dijete netom vidjelo u izlogu. Dijete se baca na pločnik, udara glavom i nogama po tlu i sramoti

zbunjenog roditelja pred prolaznicima. Ovdje je očigledna tijesna veza između osjećaja i sklonosti djeteta prema manipulaciji.

Ako dijete ne doživljava roditelja kao slabu osobu, koju će uspjeti navesti da uradi ono što mu je cilj, reagirat će depresijom. Osamljivati će se i tugovati.

Promatrač sklon razmišljanju otkrit će i u depresivnom ponašanju elemente manipulacije. Tužna osoba neizravno traži pomoć. Treba joj blagošću i obzirnošću vratiti smješak na lice i nadu u budućnost.

Slobodna volja ili uvjetovanost ponašanja

Religiozne osobe ne sumnjaju u postojanje slobodne volje, ali ima i takvih pristupa, koji negiraju bilo kakvu mogućnost izbora, vjerujući da je ljudsko ponašanje potpuno određeno (determinirano) čimbenicima kojih ne mora biti svjestan. Posljednje shvaćanje bilo je prevladavajuće početkom dvadesetog stoljeća, a danas ni fizičari više ne zastupaju takav strogi determinizam. Teorija kaosa je uvelike promijenila uvjerenje o apsolutnoj determiniranosti ponašanja nekog sustava. Pavlovljeva teorija uvjetovanih refleksa i psihoanalitička teorija su primjeri determinističkog znanstvenog pristupa.

Svjesno i podsvjesno

Za neke naše izbore, za koje vjerujemo da su svijesni i racionalni, mogu postojati našoj svijesti nepoznati razlozi, koji ipak presudno mogu uticati na neku našu odluku.

Ponašanje, kad neka osoba prividno na razuman način objašnjava razloge svog ponašanja, a da pri tome nije svjesna pravih uzroka, u psihodinamičkoj psihijatriji nazivamo *racionalizacijom*. Taj postupak svrstavamo u mehanizme obrane, jer pravi uzroci ponašanja ostaju svijesti subjekta skriveni, kako možda ne bi izazvali moguću duševnu povredu ili doveli do intrapsihičkog konflikta praćenog tjeskobom.

Nudi se racionalno objašnjenje za skriveni, neprepoznati pravi uzrok.

Motivi samoubojstva

Ako se usredotočimo na moguće motive samoubojstva, onda uočavanje zaista racionalnih motiva, dostupnih svjesnom raščlanjivanju, neće predstavljati teškoću. Njih lako prepoznajemo. O njima će potencijalni samoubojica jasno izvjestiti i tada se može napraviti plan kako bismo ih predusreli, neutralizirali ili obesnažili.

Kad je riječ o neosvještenim motivima, tada nam potencijalni samoubojica nije u stanju o njima ništa kazati. Terapeut treba poput detektiva posrednim zaključivanjem i prikupljanjem dokaza postaviti hipotezu, a zatim ih oprezno i obzirno predložiti pacijentu kao svoju pretpostavku. Ako se pacijent složi i sam doprinese novim dokazima tada se hipoteza može smatrati potvrđenom.

Ali pacijent se može složiti i iz potrebe da ugoditi terapeutu. Takva dokaz je bezvrijedan. Suprotno od toga, ako pacijent odbije terapeutovu pretpostavku, to još ne znači da ona nije točna, nego možda da nije priopćena u pravi čas, ili da će biti potvrđena u daljnjem tijeku događanja, iako može – naravno – biti i promašena.

Uvijek je korisno ako se može na nakanu o samoubojstvu gledati i s drugih stajališta osim onog na kojeg je pacijent navikao.

Grupe motiva za samoubojstvo

U ovom prikazu motive za samoubojstvo razvrstat ću u četiri grupe, koje ne bi trebalo shvatiti kao jedino moguće ili posebno ispravne, nego kao mnemotehnički potsjetnik, kao kriterije za utvrđivanje redoslijeda u analiziranju opasnosti od počinjanja samoubojstva. Ti motivi se u stvarnosti često međusobno prekrivaju, zbrajaju, nerazlučivo miješaju ili nadopunjavaju.

- 1.) Bilansno samoubojstvo
- 2.) Samoubojstvo uslijed društvenih pritisaka
- 3.) Samoubojstvo kao posljedica zablude
- 4.) Samoubojstvo kao poruka

1. Bilansno samoubojstvo

Bilansno samoubojstvo je naizgled racionalno izabrano. Subjekt npr. trpi od nepodnošljivih bolova, ili ga je fatalna bolest prikovala uz krevet, a njegovo postojanje svodi se na neprekidno obavljanje medicinskih zahvata potrebnih za njegovo održavanje u životu. Osoba koja počinja bilansno samoubojstvo kao da vjeruje, da je iskoristila sve prilike za promjenu svoje životne situacije, svoje subdine, ali bez uspjeha. Kao da kaže "Sve su karte odigrane. Nemam više razloga živjeti."

Psihičke terete koji mogu natjerati na samoubojstvo mogu predstavljati nezaposlenost, maltretiranje na radnom mjestu, usamljenost, teška tjelesna bolest, kronični intenzivni neizdrživi bolovi. Kockari se ubijaju kad izgube sav novac i zapadnu u dugove koje ne mogu vratiti.

2. Društveni pritisci na pojedinca

Društvo može nekad pojedince okrutno proganjati i natjerati na samoubojstvo.

Sokrat je popio čašu otrovne kukute, podvrgavajući se zakonima svoje države, iako je raspravljao o nepravdi koja mu je takvom otpužbom i osudom nanesena i iako je posve prozreo svu intelektualnu i moralnu bijedu i lažnost tužiteljevih argumenata.

U posljednjim mjesecima dosta se pažnje usmjerilo na pojavu koja se naziva "mobbing". Radi se o tome da u nekom kolektivu članovi izaberu žrtvu ("žrtvenog jarca" ili "žrtveno janje") kojem se neprekidno izruguju i na čiji račun rade neslane šale. U zdravstvenim časopisima se izlažu strategije koje osoba natjerana u takvu ulogu može primjeniti da se izvuče iz svog nepovoljnog društvenog položaja.

Među samoubojstva uslijed društvenih pritisaka moglo bi se svrstati i samoubojstva djece čiji su roditelji počinili samoubojstvo. Nije rijetka pojava da netko, čiji je roditelj u njegovom ranom djetinjstvu počinio samoubojstvo i sam to uradi nakon više godina pa čak i desetljeća. Kao da je neka vrst duševnog pritiska, sugestije ili *poistovjećivanja* s roditeljima djelovala poput tempirane bombe. Samoubojstvo roditelja je teško psihičko naslijeđe djeteta. Veterani se mogu positovjećivati s mrtvim suborcima. Poistovjećivanje je bilo počelo još na crti bojišnice, dok je prijatelj bio živ i dok su im životi bili isprepleteni u stupnju da su ovisili jedan o drugom u najvećoj mjeri.

Gubitak društvenog položaja može nekoj osobi biti nepodnošljiv, pa radije počini samoubojstvo. I ovaj motiv za samoubojstvo mogao bi se s jednakim pravom svrstati i među bilansna samoubojstva.

3. Samoubojstvo kao posljedica zablude.

Neka osoba može samo zamišljati da će biti osuđena i proganjana od društva i pod utjecajem te zablude počiniti samoubojstvo.

Mogli bismo smatrati djelimičnim samoubojstvom široko rasprostranjen strah da će u slučaju slobodnog djelovanja neke osobe društvo poduzeti osvetničko djelovanje protiv nje, obilježiti je, osvetiti joj se i iskaliti se na njoj, da će je osramotiti. Tako većina pripadnika društva ne ostvari i odustane od niza svojih mogućnosti, koje su nosile kao potencijalne u sebi, i ne postanu ono što su mogli biti. Zar nije i to jedan oblik samoubojstva, koji nekad može završiti i kao stvarno samoubojstvo neispunjene, nezadovoljene, otuđene osobe?

Samoubojstvi i pobol (morbiditet)

Ako osobe bolesne od duševne bolesti počine samoubojstvo, najčešće je to posljedica zablude. Statistički podaci pokazuju da su 91 do 93 posto samoubojstava povezana s psihičkim bolestima.

(Ovi statistički podaci temelje se na nizu promatranja. Ako su bila izvršena samo dva ispitivanja, oba su rezultata istraživanja navedena kao manja i veća vrijednost. U gornjem primjeru manja vrijednost je 91%, a veća vrijednost je 93%. Ako je bilo više od dva istraživanja, onda se između najmanjeg i najvećeg rezultata smještavaju ostali rezultati neiskazani u tom intervalu.)

Od tjelesne bolesti bolovalo je 25% do 75% samoubojica.

Depresiju i alkoholizam je imalo 85% samoubojica.

Povratni depresivni poremećaj raspoloženja 45% do 70%,

samo alkoholizam 15% do 26%,

shizofreniju 3% do 11%,

psihoorganski sindrom 4%.

Karakteristike depresije koje pogoduju samoubojstvu

Poznato je depresivno selekcioniranje informacija. Depresivne osobe kao da gledaju kroz filter koji propušta samo one informacije koje nepovoljno govore o njihovim sposobnostima, o njihovim ostvarenjima i o izgledima na uspjeh. One takve informacije neprekidno drže u središtu svijesti, stalno misle na njih i zanemaruju obavijesti koje im protivrječe ili ih opovrgavaju. Depresivna osoba je sužene svijesti i sklona je beskrajnom obnavljanju brižnih zamišljanja i mozganja o nepovoljnim ishodima. Takva mentalna aktivnost naziva se **ruminacija** (preživavanje), jer podsjeća na probavni proces preživara, koji uvijek iznova vraćaju hranu iz želuca u usta i ponovno je žvaču. Zato nepovoljni aspekti za njih imaju veće značenje i pretežu u procijeni situacije na nerealističan, pesimističan način.

U svakoj duševnoj bolesti može se javiti suženje svijesti i sklonost impulsivnom ponašanju. Nekada se takve reakcije nazivalo (eksplozivnim) kratkospojnim reakcijama. Radi se o slabosti podnošenja frustracija. Kapacitet za toleriranje frustracija je iscrpljen i sitnica izbaci osobu iz psihičke ravnoteže.

Psihopatologija normalnosti

I normalne osobe imaju sklonost prema depresivnom precjenjivanju nepovoljnih aspekata situacije. (Čini se da je to tako da bi se anticipirale moguće buduće teškoće i da se unaprijed nađe rješenje za njih.) Dokazalo se znanstvenim ispitivanjima da se oko 2/3 briga nikad ne ostvari, a ona trećina briga koja je ispravno anticipirana gotovo nikad nemaju onaj intenzitet, obim i značenje, kako je to bilo zamišljeno.

Posebno se često precjenjuju mogući gubici zdravlja, imetka, časti, voljene osobe.

I oslobađanje od zabluda u koje vjeruju svi ljudi, oslobađanje od vitalnih deluzija, npr. uvjerenja o vlastitoj besmrtnosti, o pravu na neokrnjeno zdravlje, o postojanosti vlastitog identiteta (sebsti) i vlastitoj sposobnosti kontrole situacije izaziva osjećaj duboke nesigurnosti i životne ugroženosti.

Tim prije će se deziluzioniranje nepovoljno odraziti, ako je riječ o precijenjenim osobinama vlastite osobnosti, o narcističkom precjenjivanju. Mnogi veterani ne žele se liječiti od PTSP-a kojeg imaju, jer bi u tom slučaju morali priznati da im treba pomoć da nadvladaju poteškoće koje imaju.

Nepovoljne okolnosti koje mogu utjecati na počinjanje samoubojstva

U situaciji, koja se naziva dvostrukim povezivanjem (double bind), dvije suprotne poruke potiru jedna drugu, a osoba ne može napustiti polje djelovanja suprotstavljenih poruka. (Treba prehraniti obitelj sa minimalnim primanjima, a posla na kojem bi se moglo normalno zaraditi nema.) U takvoj situaciji dolazi do suženja svijesti i impulsivnih agresivnih reakcija. Jedna od takvih reakcija može biti i samoubojstvo.

Mnogi prognanici bili bi pošteđeni depresivnih reakcija, a neki od njih i samoubojstava, da su u svoj svjetonazor ugradili činjenicu o *krajnjoj nesigurnosti ljudskog postojanja*. Ali taj zahtjev kršćanske poniznosti je jedno od najtežih dostignuća, koja bi čovjek tijekom svog života trebao ostvariti. O tome na nedmašan način govori "Knjiga o Jobu" u Starom zavjetu.

Među našim veteranima prošireno je uvjerenje da bi otuđena vladajuća birokracija bila najzadovoljnija da su poginuli u ratu i da postoji svjestan plan da se preživjeli ratnici dovedu do samoubojstva. Neki od veterana pritešnjeni egzistencijalnim tegobama uistinu "prave uslugu" tim fantaziranim neprijateljima u redovima vlastodržaca.

U ovoj fantaziji krije se zabluda o neprijateljstvu birokrata. Stvarnost je mnogo gora. Otušeni činovnici su ravnodušni. Srkanje kave ("kavice") i čitanje novina im je važnije od dovršavanja posla za kojeg primaju plaću i rješavanja pitanja koja su za "stranku" od životne važnosti.

Bolesna ljubav prema smrti (nekrofilija)

Postoje raširena vjerovanja među psihički izopačenim pojedincima da se približavajući smrti može doseći posebne užitke.

Neki njemački poštar se izručio vještici sektu radi nanošenja smrtonosnih muka u želji da tako ostvari krajnji mazohistički užitak.

Bolovi i krajnji strah mogu zaista potaći lučenje endorfina u središnjem živčanom sustavu, koji stvaraju osjećaje ugone. Endorfini se također luče i kad heroinoman uzme svoju dozu droge. Slučajne smrti narkomana i nisu toliko slučajne, ali svakako su posljedica zablude narkomana, da će doživjeti poseban užitak, koji im je do tada stalno izmicao.

Nekrofilija nije samo perverzija spolnog nagona. Fromm je proširio taj pojam i o opravdanosti tog proširenja pojma ima mnogo dokaza u funkcioniranju totalitarnih režima. Značenje smrti izbija u prvi plan, a vrijednost života se podcjenjuje.

Tzv. "darkeri" daju svoj doprinos u pogledu opravdanosti Frommovog proširenja pojma nekrofilije.

4. Samoubojstvo kao poruka

Dosta su česta samoubojstva, koj su zamišljena kao dijalog s osobama u okolini, a da je pri tom samoubojica barem djelomično nesvjestan konačne nepovratnosti svog čina. Samoubojice ostavljaju pisma u kojima raspravljaju s njima važnim osobama iz okoline. Velik broj pokušaja samoubojstva zapravo znači poruku okolini da pomogne. Osobe koje rade na hitnoj pomoći smatraju da je među njihovim klijentima najveći broj pokušaja samoubojstva potaknut željom da se nekome priopći potreba kako im je neophodna pomoć. Ovakvi pokušaji samoubojstva nazivaju se "apelima".

Samoubojice nekad žele poručiti osobama u okolini da su bile toliko nemilosrdne i zahtjevne pa im nije preostalo ništa drugo, nego da se ubiju. Takve osobe kao da kažu: "Evo Vam sad! Jeste li zadovoljni?" Lako se može prepoznati pokušaj agresivne manipulacije osjećajima krivnje u takvim postupcima. Ovom obliku samoubojstva sklona su osobito djeca i emocionalno nezrele osobe.

Samoubojice su nekad narcističke osobe koje svojim činom žele privući pažnju okoline na sebe, kao da kažu "Gledajte me koliko sam hrabar." Jedan je Grk prije 2000 g. želeći postati slavan počinio samoubojstvo skokom u vulkan.

Drugi Grk, efežanin Herostat, zapalio je kazalište da bi se proslavio. Državna administracija pametno je zabranila da se njegovo ime ikada uopće spomene. Međutim, naš tisak veliča samoubojstva i smatra objavljivanje opisa herostratskih djela dobrima za svoju tiražu.

Jedan veteran je izabrao trenutak kad je američka delegacija izlazila iz ministarstva obrane i sa dva zrna prostrelio je svoju ruku i nogu. Tvrdio je da je to učinio da bi privukao pažnju na brojne probleme invalida. Ali isti čovjek je već i ranije pokušao samoubojstvo javnim samospaljivanjem, također želeći izraziti protest. U trećem pokušaju bio je "uspješan".

Poigravanje sa samoubojstvom

Taj primjer pokazuje da terapeut treba biti uvijek oprezan kad se radi o samoubojstvima, i da se ne upušta u nagađanje je li neki pokušaj ozbiljan ili lažan. Igranje ruskog ruleta, s jednim metkom u bubnju pištolja također spada u ovakav groteskan pokušaj vlastite afirmacije. Želja da pokažu hrabrost može mladiće navesti na nerazumno rizične pothvate, koji nerijetko imaju smrt kao ishod. Samoubojstvo nekad može biti lažno, ali nesrećom završi kao pravo samoubojstvo. Sjećamo se Shakespearovog prikaza pokušaja lažnog samoubojstva nesretnih ljubavnika Romea i Julije, u nadi da će se tako osloboditi pritiska svojih zavađenih obitelji koje nisu trpjele njihovu ljubav. Ali pokušaj prevare, završio je tragično za oboje.

Jedan moj pacijent, veteran se opio, popio dvadesetak tableta Apaurina i stao telefonirati svim znancima objašnjavajući im što je učinio. Prijatelji su pozvali Hitnu pomoć. Veteran je prevežen u bolnicu. Dva dana se dobro osjećao i oporavljao, a onda je pao u komu, koja je završila smrtonosno. Pouka: sa samoubojstvom se nikad ne smije igrati. Prevelik je rizik.

Osobnost potencijalnog samoubojice (narcizam i beskompromisna manipulativnost)

Pokušaj samoubojstva možemo očekivati od osobe koja je i inače sklona manipulirati. Potencijalni samoubojica manipulacijama nastoji prisiliti sugovornika, da se ponaša onako, kako bi to odgovaralo manipulatoru, izazivajući kod sugovornika osjećaje krivnje ili ucjepljujući mu strah brutalnom agresivnošću usmjerenom protiv sebe.

Berneovim izrazima samoubojice su "beskompromisni igrači koji opasno igrajući ne štede sebe".

Mogući samoubojica često pokazuje narcističku samodostatnost. Često je usamljena osoba bez intimnih prijatelja.

Stoga, terapeutovo predstavljanje sebe kao osobe koja zna odgovora na sva pitanja i može doskočiti svih problemima, - višestruko je promašeno. Poistovjećivanje sa sveznajućim i svemoćnim terapeutom tijekom terapijskog procesa samo pojačava narcizam a time i vulnerabilnost pacijenta, jer je deziluzioniranje neminovno. Stvarnost će uvijek stvoriti situaciju, kad će se napuhane vrline i terapeuta i pacijenta pokazati kao zabluda. Nevolja je što ljudi tako teško uče iz vlastitog i tuđeg iskustva. Rješenje se nalazi upravo na suprotnom kraju kontinuuma kompetentnosti – nesavršenosti, - u prihvaćanju vlastitih ograničenja.

Religiozni aspekt samoubojstva

Za religiozne osobe život je dar Boga i čovjek svojim ograničenim sposobnostima ne smije dovesti u pitanje božju volju i božji dar, iako ga nekad nemože razumjeti, pa i ako mu se dar života ne čini uvijek dobrodošlim. Zato je istinksa religioznost jaka zaštita od samoubojstva.

Muslimani smatraju samoubojstvo težim grijehom od ubojstva.

Osobe koje sebe smatraju jedinim arbitrima koji imaju pravo odlučivati o svom životu i smrti, a nekad i o tuđim životima i smrti, smatraju da imaju puno pravo sebi oduzeti život.

Definicija

Schniedeman je samoubojstvo definirao kao svjestan čin hotimičnog samouništenja koje se najbolje može shvatiti kao višedimenzionalno oboljenje potrebitog pojedinca koji taj čin percipira kao najbolje rješenje.

Ova definicija označava samoubojstvo kao izraz svijesti. Tako netko, čija je svijest poremećena, ako se i uništi, nije počinio samoubojstvo. Očigledno je da i autor ove definicije (Schniedeman) vjeruje u slobodu izbora, tj. u slobodnu volju samoubojice. (Redak "najbolje se može shvatiti" treba razumjeti kao relativnost valjanosti ove tvrdnje, i spoznaju njenih nedostatnosti).

Izraz "višedimenzionalnost oboljenja" ukazuje na suvremenu epistemološku poziciju autora koji poznaje komplementarnost i zna da se neka pojava može opisati na više načina, ovisno o metodama koje su primjenjene da bi se došlo do spoznaje. To nadalje znači da samoubojstvo ima svoju biološku, psihološku i socijalnu sastavnicu i da nije potrebno silom nastojati sintetizirati sva ta tri pristupa nego svako od ovih objašnjenja vrijedi na svom području, objašnjeno pojmovima i jezikom svojstvenim određenom pristupu.

"Potrebite pojedinac" ukazuje na frustriranu osobu, zadovoljenje čijih potreba je ozbiljno osujećeno.

"Akt samoubojstva se percipira kao najbolje rješenje" ostavlja mogućnost, da iako subjekt smatra samoubojstvo najboljim rješenjem da to možda i nije tako.

Pomoć potencijalnim samoubojicama (Preveniranje samoubojstva)

Stavovi terapeuta

Vjerujem da nije upitno, da je osobama, koje razmišljaju o tome da počine samoubojstvo, potrebna stručna i sva druga moguća pomoć. Čak i ako je potencijalni samoubojica osoran i neprijateljski u svojim komunikacijama s terapeutom, on je uvijek u velikoj životnoj nevolji, u slijepoj ulici života. Pokušaj samoubojstva, namjeru da se pokuša počinuti samoubojstvo ili razmišljanje o samoubojstvu nikada ne bi trebalo shvatiti samo kao pokušaj obmanjivanja osoba u okolini ili kao hir prezahjevne osobe. Čak kad je i očigledno tako, opasnost od mogućeg samoubojstva je prisutna.

Potpuno je promašeno ako terapeut grubo ili osorno odgovara na pitanja pacijenta o samoubojstvu. Jedan samozvani psihoterapeut je u velikoj grupi na pitanje pacijenta što bi napravio s mislima koje ga u posljednje vrijeme opsjedaju, i koje ga navode da počini samoubojstvo, odgovorio: "Što čekate, ubijte se!"

Takav je odgovor kažnjiv prema Kaznenom zakonu može ga se okvalificirati kao poticanje na samoubojstvo. Terapeut nije dužan izigravati "mačo-tipa" kojeg ljudske slabosti ne mogu dirnuti.

Veoma je važno da terapeut sam vjeruje da samoubojstvo nije dobro rješenje. Ako to nije tako, ako se načelni stav terapeuta ne poklapa sa njegovih vršenjem dužnosti u svrhu pomaganja potencijalnom samoubojici, to će pacijent "šestim čulom" naslutiti i terapeutovo djelovanje za takvog pacijenta neće biti uvjerljivo. Terapeut koji smatra da je samoubojstvo časan i razuman, moralno prihvatljiv izbor, trebao bi izbjegavati pomaganje potencijalnim samoubojicama, a baviti se eutanazijom.

Postupci terapeuta

U grupi bi odgovor na pitanje nametanja misli o samoubojstvu trebalo tražiti u poticanju drugih članova grupe da o tome kažu što misle. Možda bi se netko javio i ispričao ovaj slučaj i rješenje koje je našao.

A u individualnom razgovoru terapeut bi trebao poticati pacijenta da još više izloži svoje psihičko stanje. Od kada tako razmišlja? Je li se nešto dogodilo što ga je potaklo na takve misli? Ima li kakvih tegoba u životu? Je li pretrpio kakve gubitke materijalne ili duševne prirode u posljednje vrijeme. Kako je njegova obitelj, kako su mu prijatelji? Je li s njima razgovarao o tim pitanjima?

Iz odgovora se mogu postaviti nova pitanja i tražiti razjašnjenja dok psihološki problem ne postane jasan, kako terapeutu, tako i pacijentu.

Bolje je kad terapeut strpljivo sluša nego kad izlaže svoje teorije i svoja gledišta. Ako pacijent ne govori o sklonosti pokušaju samoubojstva, a terapeut posumnja da ta sklonost postoji potrebno je izravno i bez okljevanja o tome pitati.

Ako se utvrdi motiv za pokušaj samoubojstva, treba se nastaviti i dalje propitkivati o mogućim drugim motivima samoubojstva (spomenuta "neodređenost motiva").

Ovo propitivanje samo po sebi pomaže pacijentu da jasnije sagleda razloge za i protiv samoubojstva i da na nov način razmatra problem. Uvijek je dobro ako terapeut uspije "redefinirati problem" dajući više pažnje i težište razmatranja na pojedinosti koje je pacijent držao po strani u svojim mislima, jer se tako pacijenta izbaci iz ustaljene kolotečine njegovih misli i osjeća (ruminacija).

U prvom susretu terapeut može rezolutno konfrontirati pacijenta s proturječjem da je, s jedne strane, došao tražiti pomoć i liječenje, a s druge strane, uvjerava terapeuta u ozbiljnost svoje namjere da se ubije. Pacijent treba izabrati, ili liječenje ili koketiranje sa samoubojstvom. Tu ne može biti kompromisa. Terapeut u takvoj situaciji odlučno pokazuje da se neće dati moralno zastrašivati, niti će se dati ucjenjivati prijetnjom da će ga pacijent razotkriti kao lošeg, nesposobnog pomagača, nego teži sklopiti tzv. terapijsku alijansu, tj. dogovor da će i pacijent i terapeut uložiti svoje najbolje znanje i napore sa svrhom postizavanja konstruktivnog, najboljeg mogućeg rješenja problema.

Ako je očividno da pacijent ima ozbiljne duševne smetnje potrebno je primijeniti i psihofarmakološko liječenje koje je u kompetenciji psihijatra, pa ga stoga treba povezati sa tim stručnjakom.

Ako je terapeut impresioniran ozbiljnošću mogućeg počinjanja samoubojstva potrebno je poduzeti sve što se može da se ukone sredstva i pogodnosti da se počini samoubojstvo. Pacijenta nekad treba smjestiti na psihijatrijski odjel, treba mu oduzeti lijekove, ograničiti mogućnosti uzimanja alkoholnih pića ili droga. Nekad je važno i moguće postići dogovor o odlaganju počinjanja samoubojstva. U tako dobivenom vremenu može se mnogo toga poduzeti u cilju odvratanja pacijenta od počinjanja samoubojstva.

Spomenuo sam unošenje novih načina sagledavanja problema. Intenzitet agresivnih pulzija se može smanjiti, ako se razmatraju situacije koje izazivaju nezadovoljstvo pacijenta, tj. ako pacijent o njima govori. Dio ljutnje pacijenta prenosi se na terapeuta (transfer) pa je s tim dijelom lakše moguće izraći na kraj (kontejnerska sposobnost terapeuta).

Terapeut može podsjetiti pacijenta, ako je vjernik, da vjera zabranjuje samoubojstvo (dogma), ali ako ima odgovarajuće znanje, može raspravljati i o kršćanskim stavovima koji se protive samoubojstvu. (U kršćanskim zemljama broj samoubojstava je manji nego u nekršćanskim.)

U psihoterapijskom procesu pacijent se osjeća prihvaćen od terapeuta, jer ga ovaj strpljivo i pažljivo sluša, raspravlja s njim kao s ravnopravnom osobom, i uvažava ga kao osobu s kojom može konstruktivno i razložno razgovarati i planirati u okvirima ostvarivog. Ovaj proces se naziva stjecanjem *korektivnog iskustva* pacijenta. Svakako dolazi do jačanja pacijentove samosvijesti i samopoštovanja.

Suženje svijesti se tako postepeno zamjenjuje snaženjem ega. U grupnim procesima kao i u pojedinačnoj terapiji, pacijent stječe nove socijalne vještine, ohrabruje se na aktivan pristup problemu i na kritičko procjenjivanje vlastitih postupaka. Strah od narcističkih povreda se smanjuje. Pacijent postaje sve više sposoban otprijeti narcističke povrede, koje su neizbježne u životu bilo koje osobe, i koje su u procesu psihičkog odrastanja i razvoja čak i potrebne.

O svemoći terapeuta

Konačno, treba još napomenuti da terapeut nije uvijek sposoban uočiti, predvidjeti i spriječiti samoubojstvo.

Pacijenti su uspijevali počinuti samoubojstvo u bolnicama na nevjerojatne načine.

Terapeutu jedino preostaje ponašati se tako, da rizik od počinjanja samoubojstva bude što manji. I za ishod terapije je dobro da terapeut sebe ne zamišlja kao sveznajućeg i svemoćnog, nego kao osobu čije sposobnosti nekad nisu dovoljne da uspješno riješi problem. Uz pomoć pacijenta izgledi na uspjeh se znatno povećavaju. Iako terapeut nije sposoban uvijek predvidjeti i spriječiti svako samoubojstvo, trebao bi biti zadovoljan time, da može dosta učiniti u cilju smanjenja opasnosti počinjanja samoubojstva ugroženog pojedinca.

PROGRAM PREVENCIJE SUICIDALNOG PONAŠANJA NA PODRUČJU GRADA ZAGREBA – NAČELA USTROJSTVA I ISTRAŽIVANJA ZA POTREBE PROVOĐENJA PROGRAMA

*Neven Henigsberg, Vera Folnegović-Šmalc, Zdravko Čokić,
Viktorija Erdeljić, Šarlota Foro
Psihijatrijska bolnica Vrapče; Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Ured za rad, zdravstvo i socijalnu skrb Grada Zagreba
Centar za krizne situacije (NVO)
Centar za razvoj informacijskog sustava za krizna stanja Medicinskog
fakulteta Sveučilišta u Zagrebu*

Suicidi se tijekom posljednjih godina u svim razvijenim zemljama smatraju značajnijim javnozdravstvenim problemom. Iako je problem suicida dugo vremena bio zanemarivan, njegove tragične posljedice po osobu i članove njegove obitelji te ukupni gubici uzrokovani suicidom po širu društvenu zajednicu doveli su do drugačijeg odnosa prema ovom problemu. Porast broja suicida u nekim zemljama, uspješno provođenje nekih programa prevencije suicidalnog ponašanja te rezultati studija koje pokazuju da je ukupni teret društva uzrokovan suicidima podudaran onom koji je uzrokovan prometnim nesrećama¹, naveli su više međunarodnih stručnih organizacija da preporuče svim zemljama započinjanje programa za prevenciju suicida (npr. Svjetska zdravstvena organizacija, 1998; Odjel UN za koordinaciju i održivi razvoj, 1996²). Mogući uspjeh programa prevencije suicidalnog ponašanja osniva se na opaženoj činjenici da je većina (preko 70%) suicida povezana sa znatnim promjenama zdravstvenog stanja, uglavnom klinički manifestnom depresivnom simptomatologijom koja uključuje znatne promjene kognitivnih funkcija i onemogućuje realne prosudbe³.

Između pojedinih zemalja ustanovljena je znatna razlika u stopama suicida i kretanju stopa suicida tijekom vremena. Premda je više istraživanja pokazalo podudarnost u prepoznavanju nekih prediktivnih čimbenika za pojavu suicida (npr. depresije, PTSP i drugi anksiozni poremećaji te drugi psihijatrijski poremećaji), jedan veliki dio varijabiliteta u učestalosti suicida znanost još uvijek ne može objasniti. Brojna provedena istraživanja upućuju na to da više čimbenika iz socio-ekonomskog okruženja utječu na učestalost suicida u populaciji, no čini se da su također od znatnog utjecaja i brojni drugi čimbenici iz okruženja koji se znatno razlikuju između pojedinih područja. Novija istraživanja upućuju da bi muška populacija mogla biti podložnija utjecaju socijalno-ekonomskih čimbenika na pojavu suicidalnog ponašanja⁴, te se čak iznosi pretpostavka da je depresivnost kod muškaraca često prikrivena simptomima agresivnosti i ovisnosti, no to je u velikoj mjeri još neistraženo. U analizi povezanosti suicidalnog ponašanja s psihotraumom dodatnu poteškoću predstavlja otežana međusobna usporedivost do sada provedenih epidemioloških studija PTSP-a⁵ uzrokovana izravnom ovisnošću pojave PTSP-a o intenzitetu i učestalosti pojedine vrste stresora, odnosno o izloženosti populacije traumatskim doživljajima i specifičnom kondicionalnom riziku. Problem kumulativnog utjecaja psihotraume na incidenciju

PTSP-a još dodatno otežava usporedivost provedenih istraživanja⁶. Bez obzira što je PTSP u Hrvatskoj očigledan javnozdravstveni problem, psihotrauma i s njom povezan rizik pojave suicidalnog ponašanja problem je i u razvijenim zemljama u kojima nije postojala značajnija izloženost ratnoj traumi, budući da se pokazalo da životna prevalencija PTSP-a i u takvim zemljama doseže do oko 10%^{7,8}. Značajna povezanost PSTP-a s razvojem komorbidnih poremećaja raspoloženja, drugih anksioznih poremećaja i ovisnosti¹⁰, koji su i sami prediktori suicidalnog ponašanja čini psihotraumu još značajnijim problemom u razvoju suicidalnosti. S druge strane, znatan broj osoba koje su proživjele traumatski doživljaj, umjesto PTSP-a razvijaju depresivni poremećaj, čije se postojanje u anamnezi smatra prediktorom suicidalnog ponašanja od jednakog značaja kao i prethodni pokušaj suicida⁹.

Više programa započetih u raznim državama s ciljem prevencije suicidalnog ponašanja pokazalo je svoju učinkovitost¹. Ipak, s obzirom na spomenutu varijabilnost u prisutnosti i značaju pojedinih rizičnih čimbenika suicidalnog ponašanja, učinkovito provođenje programa prevencije suicida čini se da izravno ovisi o pouzdanom prepoznavanju rizičnih čimbenika s obzirom na ekonomsko i socio-kulturalno okruženje. U Hrvatskoj, iako se sve više uočava značaj suicida kao javnozdravstvenog problema, sveobuhvatna istraživanja suicidalnosti su rijetka te na temelju postojećih nije moguće nedvosmisleno prepoznati rizične čimbenike i skupine pod povećanim rizikom kojima bi program prevencije suicidalnog ponašanja trebao biti poglavito namijenjen. Sukladno tome, čini se da je provođenje sveobuhvatnog istraživanja suicidalnog ponašanja i njegovih prediktora jedan od osnovnih preduvjeta učinkovitosti preventivnog programa.

Suicidalnost je problem s kojim se svakodnevno susreću ne samo zdravstveni djelatnici u specijalnosti psihijatrije, nego i liječnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Bez obzira na takvu učestalost problema, tečajevi trajne edukacije na području prevencije suicidalnog ponašanja izrazito su malobrojni. Isto tako, iako je suicidalnost problem s kojim se zdravstveni djelatnici susreću unutar zdravstvenih ustanova, rijetki programi imaju aktivni pristup u prepoznavanju i pristupu bolesnicima s povećanim rizikom suicidalnog ponašanja. U provođenju programa prevencije suicidalnog ponašanja kod psihotraumatiziranih osoba, aktivni je pristup neophodan, budući da se pokazalo da više od polovice oboljelih od PTSP-a ne traži zdravstvenu pomoć samoinicijativno¹⁰. Takav je aktivni pristup od posebnog značenja za učinkovitost prevencije ne samo stoga što je više istraživanja pokazalo da suicidalni bolesnici u većini slučajeva verbaliziraju svoje nakane okolini, nego i zato što je suicidalnost učestalo povezana s depresivnom simptomatikom koja im prethodi, a njome uzrokovani pasivnost i gubitak životnih dinamizma čine malo vjerojatnim da će osoba s povećanim suicidalnim rizikom samoinicijativno i aktivno tražiti pomoć kako bi njeno psihičko stanje bilo poboljšano. U slučaju kada su psihijatrijske ustanove jedine u kojima suicidalni bolesnik može dobiti stručnu pomoć, strah od stigme psihijatrijskog bolesnika čini takvo aktivno traženje pomoći još manje vjerojatnim. Slijedom navedenog, za pretpostaviti je da bi se uspostavljanjem mehanizma koji bi se osnivao na načelima aktivnog prepoznavanja i aktivnog pristupa suicidalnom bolesniku moglo znatno doprinijeti prevenciji suicidalnog ponašanja kod populacije pod rizikom. U prevenciji suicidalnog ponašanja značajna je uloga ne samo sustava zdravstvene zaštite nego i šire društvene zajednice, pa je tako pokazano da uspješnost provođenja programa prevencije suicidalnosti uvelike utječe o aktivnom sudjelovanju medija u njegovom provođenju.

Uz čimbenike rizika povezanih s promjenom socio-ekonomskog statusa, kojima se pokušalo

objasniti povećanu učestalost suicida u istočnim dijelovima Europe tijekom posljednjeg razdoblja, značajna prevalencija psihotraume povezane s proživljavanjem ratnih zbivanja, dovela je do pretpostavke da bi ovaj čimbenik mogao utjecati na stopu suicidalnosti u Hrvatskoj.

Kako bi se omogućilo što učinkovitije provođenje programa prevencije suicida i prepoznavanje skupina s povećanim suicidalnim rizikom čini se neophodnim prikupiti i analizirati detaljne podatke o počinjenim suicidima (tzv. metoda psihološke autopsije), između ostalih one o postojanju psihijatrijskih poremećaja i drugih zdravstvenih bolesti ili stanja, o socio-ekonomskom statusu počinitelja; o promjenama u obiteljskom, radnom i socijalnom okruženju u godinama koje prethode suicidu; o mogućim motivima počinjenja suicida, o mogućim ranijim manifestacijama suicidalnog ponašanja, te o načinu počinjenja suicida. S obzirom na učestalo navođenje proživljenih ratnih trauma kao rizičnog čimbenika suicidalnog ponašanja, neophodno je da se istraživanjem, prikupe i dodatni podaci o traumama proživljenim tijekom agresije protiv Republike Hrvatske i to po mogućnosti iz više izvora, kao što se preporuča u znanstvenoj literaturi^{11,12}.

U prepoznavanju rizičnih čimbenika suicidalnog ponašanja, uključujući i one koji se odnose na promjenu socio-ekonomskog statusa i proživljavanje ratne traume, čini se svrhovitim da istraživanje obuhvati vremensko razdoblje prije i tijekom rata protiv Hrvatske te razdoblje koje slijedi nakon toga. Na primjer, istraživanjem bi mogla biti obuhvaćena tri petogodišnja vremenska slijeda, i to od 1986. do 1990. godine, od 1991. do 1995. godine, te od 1996. do 2000. godine, odnosno istraživanje bi se moglo provesti na slučajno odabranom uzorku stratificiranom prema navedenim razdobljima.

Samo prikupljanje podataka moglo bi se provesti metodom strukturiranog intervjua s članovima uže obitelji te prikupljanjem podataka od zdravstvenih ustanova u kojima je eventualno počinitelj suicida bio liječen. Zdravstvene ustanove u tom modelu predstavljaju primarni izvor podataka o postojanju ranijih psihijatrijskih poremećaja te o drugim bolestima ili stanjima od kojih je žrtva bolovala tijekom razdoblja od pet godina prije počinjenja suicida.

Uz uspostavu modela sekundarne prevencije na temelju konkretnih rezultata istraživanja, za uspješno je provođenje programa neophodna suradnja s liječnicima opće prakse.

Dosadašnji programi prevencije suicidalnog ponašanja koji su se osnivali na tim načelima pokazali su se najuspješnijima. Vrijedi spomenuti primjer Švedske gdje je, na ograničenom području na kojem je program prevencije proveden, opaženo smanjenje stope suicida za 60%¹³. Bez obzira na značajne uspjehe, detaljne analize rezultata ovog programa pokazale su da je glavni njegov nedostatak bio u nepostojanju aktivnog pristupa rizičnim skupinama⁴. Ova, ali i iskustva drugih do sada u svijetu provedenih programa suicidalnog ponašanja, upućuju da je najučinkovitiji model prevencije suicidalnog ponašanja onaj koji bi se osnivao na suradnji liječnika unutar sustava zdravstvene zaštite te na aktivnom pristupu rizičnim skupinama prepoznatim putem prethodnog epidemiološkog istraživanja.

Reference:

1. World Health Organization. Suicidal behaviour in Europe: the situation in the 1990s. Copenhagen: World Health Organization; 1998
2. United Nations Department for Policy Coordination and Sustainable Development. Prevention of suicide. Guidelines for the formulation and implementation of national strategies. New York: United Nations Publications, 1996

3. Robins E. U: The final months - a study of the lives of 134 persons who committed suicide. New York: Oxford University Press. 1986
4. Rutz W. Preventing suicide and premature death by education and treatment. *Journal of Affective Disorders* 2001;62:123-129
5. Folnegović-Šmalc V. PTSD in Eastern Europe: The Croatian experience – psychiatric and personal perspective. U: Proceedings of 10th ECNP Congress, Vienna, Austria
6. Weine SM, Becker DF, McFlashan TH, et al. Psychiatric consequence of "ethnic cleansing": clinical assessments and trauma testimonies of newly resettled Bosnian refugees. *Am J Psychiatry* 1995;152:536-542
7. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:1048-1060
8. Ballenger JC, Davidson JRT, Lecrubier Y, Nutt DJ, Foa EB, Kessler RC, McFarlane AC, Shalev AY. Consensus statement on posttraumatic stress disorder from the International consensus group on depression and anxiety. *J Clin Psychiatry* 2000;61(5):60-66
9. Rihmer Z. Strategies of suicide prevention: focus on health care.
10. Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *J Clin Psychiatry* 2000;61(5):4-12
11. Beskow J, Runeson B, Asgard U. Psychological autopsies: methods and ethics. *Suicide Life Threat Behav.* 1990;20:307-323
12. Hawton K, Appleby L, Platt S, Foster T, Cooper J, Malmberg A, Simkin S. The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *Journal of Affective Disorders* 1998;50:269-276
13. Rutz W. Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioners by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:457-464

ULOGA MINISTARSTVA HRVATSKIH BRANITELJA DOMOVINSKOG RATA U PREVENCIJI SUICIDA

Mladen Lončar

Samo na prvi pogled izgleda, da je teško objasniti povezanost uloga Ministarstva hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i prevencije suicidalnosti. Svatko, tko će se i malo zamisliti o toj svezi, shvatit će i prepoznati, da je u ratnim i poratnim godinama veća učestalost psihotraumatiziranja, veća dostupnost vatrenog oružja, veća učestalost gubitaka ljudskih života, gubitaka osjećaja sigurnosti i pripadnosti, nesigurnosti i općih ljudskih nevolja, a time se povećava rizik za povećanje suicidalnosti. Većini psihotrauma najviše su bili izloženi upravo branitelji iz domovinskog rata, pa je briga upravo tog ministarstva logična i nužna. Pri tome ni najmanje ne smatramo da je time Ministarstvo zdravstva izgubilo svoju obvezu i ulogu, čak što više, u populaciji koja je na određeni način cijela sudjelovala u ratu, ali i u poratnom i tranzicijskom vremenu rastu rizični čimbenici za ukupnu populaciju, a time i potrebe za intenziviranjem općih preventivnih mjera za porast psihičkih poremećaja i suicidalnosti. Oba navedena ministarstva trebaju u tim aktivnostima komplementarno sudjelovati i povećavati napore, jer svaki je ljudski život dragocjen, a posebice ako taj život ne završava prirodnom smrću već kao posljedica suicida.

Ministarstvo hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata u okvirima Nacionalnog programa pružanja psihosocijalne pomoći ugrađuje i programe prevencije suicidalnosti preko sljedećih čimbenika:

- Nacionalnog centra za psihotraumu
- Regionalnih centara za psihotraumu
- Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu
- Hrvatskog društva za kliničku psihijatriju Hrvatskog liječničkog zbora

Osnovne djelatnosti prevencije suicidalnosti su:

- intenzivirati educiranost profesionalaca i zadužiti ih da svoje znanje i tehnike prenose na brojne druge stručnjake
- senzibilizirati stručnjake za psihosocijalnu pomoć, nastavnike i pedagoge za problem suicidalnosti
- senzibilizirati djelatnike javnog informiranja na problem suicidalnosti i načine adekvatnog djelovanja
- utjecati na promjene životnih stilova i pozitivnog mišljenja
- upozoravati na opasnost dostupnosti vatrenog oružja
- obogatiti domaću publicistiku adekvatnom literaturom iz područja suicidologije.

U cilju ostvarivanja navedenih zadaka i djelatnosti potpomažemo i ovu radionicu o prevenciji suicidalnosti u nadi, da će pridonijeti daljnjem poboljšanju kvalitete življenja naših branitelja, kao i članova njihove obitelji, jer je poznata činjenica da nakon svakog suicida strada i duboko pati (u prosjeku) još šest drugih osoba, a da ne govorimo da indirektno strada cijela zajednica.

Zahvaljujem kolegama, koji su uložili trud i organizirali ovaj skup i sudjelovali u njegovom provođenju.

UMJESTO ZAKLJUČAKA

V. Folnegović-Šmalc, D. Kocijan-Hercigonja

Svaki stručnjak osim terapijskih obveza ima i obvezu provođenja edukacije, kako opće populacije tako i svojih bolesnika. Jedan od osnovnih načina prevencije suicidalnog ponašanja je senzibiliziranje na mogućnost suicidalnosti. Javnost treba biti senzibilizirana na mogućnost suicidalnosti i upućena kako je prevenirati. To se posebno odnosi na liječnike primarnog kontakta, nastavnike, pedagoge, svećenike, medicinsko osoblje (sestre, tehničare i sl.), osoblje po domovima umirovljenika, socijalno ugroženih i napuštenih.

U cilju prosudbe, da li je osoba suicidalna ili nije, jedan od najučinkovitijih načina je direktno pitanje o tome. I veći broj profesionalaca, koje smo o tome pitali, smatra, da je potrebno indirektno zaključiti, da li je osoba suicidalna ili nije, a ne pitati je o tome direktno. Smatramo, da je to pogrešno (osim u nekim slučajevima psihotičnog bolesnika) i da direktni razgovor o suicidalnosti s osobom, s kojom imamo dobar transfer i dobru empatiju neće pomoći samo u otkrivanju suicidalnosti, već je i jedan od osnovnih terapijskih načina suicidalne osobe. Naravno, stručnjak je taj, koji će prethodno postaviti sumnju na suicidalnost i nakon toga će u direktnom i otvorenom razgovoru donijeti prosudbu o daljnjem tretmanu.

Često je teško započeti razgovor o suicidalnosti samu suicidalnu osobu. U tome WHO preporuča slijedeća pitanja:

- Da li se osjećate tužno?
- Da li smatrate, da o Vama nitko ne brine?
- Da li osjećate, da biste mogli počiniti samoubojstvo?
- Da li smatrate da Vaš život nema smisla?

Mi smatramo, da bi trebalo postaviti pitanje o vjerovanju u život nakon smrti, o ljepotama, koje im je život ranije donosio i svakako o eventualnim ranijim pokušajima samoubojstva, te procijeniti, da li se tada radilo o "vapaju za pomoć" ili o definitivnoj želji za samoubojstvom.

Obično je mnogo lakše o suicidalnosti dobivati heteropodatke, tj. od bračnih partnera, roditelja, djece i drugih osoba koje poznaju suicidalnu osobu. No, bez direktnog viđenja potencijalno suicidalne osobe nije moguće postaviti prosudbu o suicidalnosti.

Prilikom rada sa suicidalnom osobom i u razgovoru koji ima za cilj donošenje prosudbe o suicidalnosti i u razgovoru, koji ima primarno terapijski cilj potrebno je da stručnjak ostavlja utisak, da o suicidalnoj osobi brine, da s njom suosjeća, da je razumije i da joj je sklon pomoći. Također je neophodno suicidalnoj osobi (ako nije hospitalizirana) ostaviti termin slijedećeg viđenja, i ostaviti mogućnost da se javi, kada joj bude potrebna pomoć, savjet, ili naprosto "stručnjak".

U razgovoru s suicidalnom osobom ne smijemo pokazati nezainteresiranost "za njezinu situaciju i stanje", nedovoljnu empatiju, ignorirati suicidalna razmišljanja, ignorirati njezine probleme /ma kako se oni drugima čini trivijalnim/, shvatiti, da je neposredni povod možda posljednja kap, koja prelijeva čašu, davati suicidalnoj osobi lažna i nerealna obećanja već je uvoditi u realne situacije, kojima dati određeni smisao.

I probleme treba prikazati na način, koji može oplemenjivati i dati snagu za daljnji život.

I konačno, nešto što treba shvatiti kao ljepotu i moral kao kodeks ponašanja stručnjaka, kojemu je obveza i dužnost pomoći suicidalnoj sobi.

Ljudski život je najvrednije što čovjek ima. Profesionalac prema suicidu ne smije imati dileme, svakoj suicidalnoj osobi mora pomagati (što nažalost ne znači i pomoći). U prevenciji suicidalnosti ne smije pokazati pasivni stav, već aktivno upotrijebiti sve raspoloživo znanje i mogućnosti da suicidalnoj osobi pomogne. I u slučajevima, kada suicidalna osoba ima uvjerenje, da je ona "vlasnik svog života" i da "ima pravo na izvršenje suicida", stručnjak mora poduzeti mjere, da joj pomogne, da ne izvrši samoubojstvo.

Medicinar je stručnjak, koji treba uvažavati moral medicinske struke, a za medicinu je nagon življenja nadređen nagonu smrti i u tome ne smije biti dileme. Dakle, osim što trebamo stalno širiti znanje o prevenciji suicidalnog ponašanja i terapiji suicidalnih osoba, moramo usvajati i učvršćivati medicinske principe aktivnog stava u prevenciji suicidalnosti.

Medicinar može imati razumijevanja za moral i principe sociologa, vojnika, umjetnika i drugih za "herojska altruistička samoubojstva", ali u praksi treba ostati medicinar-liječnik u kojoj je individualni život hijerarhijski nadređen bilo kojem drugom /društvenom ili političkom/ idealu. Tek na taj način medicinar ostaje etičan dosljedno svojoj struci i pozivu.